

UNIVERSITÉ DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES de LILLE I

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE I

Discipline : sociologie

Présentée et soutenue publiquement

Par

Michel VANDENBERGHE

07 Décembre 2001

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique :
Une conversion identitaire et une transformation
de l'action publique dans le champ de la santé

Thèse dirigée par Lise DEMAILLY, professeur des Universités

Membres du Jury :

- M. Alexis FERRAND, Président, professeur de Sociologie à l'université de LILLE I
- Mme Lyse DEMAILLY, Directrice, professeur de Sociologie à l'université de LILLE I
- Mme Janine PIERRET, Rapporteur, directrice de recherche au GERMES (CNRS) PARIS
- M. François ABALLEA, Rapporteur, professeur de Sociologie à l'université de ROUEN
- M. Pierre MATHIOT, professeur de Sciences Politiques à l'université de LILLE II

TOME I

Remerciements

à Lise DEMAILLY... pour tout

à Alain PLOCKYN pour son efficace assistance
bureautique ;

sans oublier

tous les médecins qui ont bien voulu m'accorder de
leur temps, et m'ont, en toute confiance, fait le récit
de leur vie professionnelle ;

les directeurs des administrations de l'État qui m'ont
autorisé ces rencontres au sein de leurs services et
m'ont apporté leur point de vue sur la question traitée.

SOMMAIRE

Introduction générale	7
PREMIÈRE PARTIE.....	18
CADRE D'ANALYSE.....	18
CHAPITRE I	22
LA DIFFICILE ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ..	22
1) Les paradoxes de la profession médicale.....	23
2) La santé publique : un enjeu de pouvoir pour la profession médicale et l'État.....	24
3) Place et rôle de l'État dans le système de santé.....	26
4) Structure et organisation des politiques publiques différentes : le cas de la Grande Bretagne.....	32
5) Conclusion	41
CHAPITRE II.....	43
LA CRÉATION D'UNE ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET LA CRÉATION DU CORPS DES MISP	43
1) Les missions de l'administration sanitaire et sociale de l'État.....	43
2) Évolution du fonctionnement des services déconcentrés de l'État.....	48
3) Conclusion intermédiaire.....	68
4) La modernisation administrative aux Affaires Sociales au cours des années 90.....	69
5) La transformation des politiques publiques de santé et l'action de l'administration.....	76
6) CONCLUSION.....	83

CHAPITRE III	86
LES CARACTÉRISTIQUES FORMELLES DU CORPS DES MÉDECINS INSPECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.	86
1) Les fondements juridiques du statut de MISP : approche généalogique des principaux textes relatifs aux corps et aux fonctions de médecin dans l'administration de l'État.....	86
2) Les médecins inspecteurs de santé publique : démographie et gestion du corps.....	97
3) Approche comparative avec d'autres catégories de médecins salariés non-soignants: santé publique, P.M.I., santé scolaire, assurance maladie.....	102
4) Le corps des MISP : actualité du recrutement et formation.....	110
5) Conclusion	115
CHAPITRE IV	116
CADRE MÉTHODOLOGIQUE	116
1) L'étude documentaire	119
2) Les entretiens exploratoires.	122
3) Participation à un séminaire du collège des médecins inspecteurs de santé publique du Nord/Pas de Calais, le 19 Juin 1997.....	125
4) Méthodologie des récits de vie professionnelle	127
5) La construction de l'échantillon.....	130
6) La grille d'entretien.....	135
7) Enquête complémentaire.....	142
8) Cadre et mode d'analyse.....	142
CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE	150
DEUXIÈME PARTIE	152
L'EXERCICE DU MÉTIER DE MISP	152
CHAPITRE V	154
LES DYNAMIQUES D'ACCÈS À L'EMPLOI.....	154
1) les MISP : Origine sociale et construction des choix pour faire médecine.....	154

2) Les voies du changement : analyse des trajectoires.....	162
3) Les pratiques de recrutement : premiers contacts et découverte de l'administration.	174
4) Une illustration longitudinale : l'histoire d'Etienne.	181
5) Les raisons du changement.	184
6) Conclusion.	193
CHAPITRE VI	194
LA FORMATION	194
1) Que disent les MISP de leur formation initiale ?.....	194
2) La formation professionnelle des MISP.....	199
3) Conclusion	205
CHAPITRE VII	206
LES TÂCHES DES MISP	206
1) Les missions dans le champ de la santé.	206
2) La place des médecins par rapport aux missions confiées à l'administration de la santé....	216
3) Les activités des MISP.....	223
4) Conclusion	243
CHAPITRE VIII	245
VARIATIONS DES TÂCHES SELON LE NIVEAU INSTITUTIONNEL	245
1) Les pratiques professionnelles en DDASS et en DRASS. Existe-t-il des spécificités régionales qui influent sur l'exercice du métier ?	245
2) Conclusion intermédiaire.	258
3) Les MISP en administration centrale : un milieu de travail propice à une nouvelle forme de segmentation.....	259
4) Conclusion	265

CHAPITRE IX	266
OPPORTUNITÉS, RESSOURCES ET RÉSEAUX.	266
1) La division du travail en services déconcentrés : les rapports des MISP avec les autres services des DDASS et des DRASS.	266
2) L'effet des caractéristiques de l'environnement externe sur le métier de MISP.	274
3) Émergence de réseaux locaux et formes de coopération.	284
4) Conclusion.	297
CHAPITRE X	299
L'USAGE DE L'AUTONOMIE ET DES CHOIX PRATIQUES.....	299
1) Étendue et limites de l'autonomie au travail des MISP.....	299
2) Usage stratégique de la contestation de l'autorité hiérarchique.....	318
3) Nature, sources et circuits de l'information traitée par les MISP.	336
4) Le professionnalisme comme voie de l'autonomie et l'hétérogénéité des attentes en matière de compétences des MISP.....	348
5) Conclusion.	353
CONCLUSION DEUXIÈME PARTIE	355
LES LIGNES DE FORCE DU JEU STRATÉGIQUE.....	355
TROISIÈME PARTIE.....	363
LE SENS DU MÉTIER : QUE FONT LES MISP DANS LA SOCIÉTÉ ?	363
CHAPITRE XI	365
LE RAPPORT AUX MÉDECINS ET À LA MÉDECINE.....	365
1) Les MISP et la profession médicale : entre distanciation et différenciation.....	365
2) Les différentes formes d'approche de la profession médicale soignante du point de vue des MISP : quelques repères pour une typologie des MISP.....	371
3) Conclusion	386

CHAPITRE XII.....	387
LE RAPPORT À L'ÉTAT ET À L'ADMINISTRATION.....	387
1) À quoi les MISP servent-ils dans l'administration ?	388
2) Les valeurs des MISP sont reconstruites dans leur appartenance à l'administration de l'État.	402
3) Conclusion.	413
CHAPITRE XIII	415
LE RAPPORT À LA POPULATION ET AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE.	415
1) Le rapport des MISP à la population.	415
2) Population : un concept central du métier de MISP.	425
3) L'histoire d'Anne-Marie : un exemple type de professionnel de santé publique.	429
4) Conclusion.	433
CONCLUSION TROISIÈME PARTIE.....	434
LA TRANSFORMATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ.	434
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	437
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	452
TABLE DES ANNEXES.....	468
TABLE DES MATIÈRES.....	683

Introduction générale

Dans le domaine de la sociologie des professions de santé, le point commun des travaux de recherche réalisés est de contribuer à l'étude des métiers et des institutions qui œuvrent pour la préservation de la santé de l'homme grâce au développement de la connaissance, de la prévention et du traitement des maladies. Ce champ est large parce qu'il correspond à une approche sociale de la santé, objet de multiples formes d'échanges très diverses entre les acteurs sociaux. Dans ce champ, cette recherche sociologique s'intéresse à l'organisation particulière d'un métier qui pourrait être considéré comme une nouvelle forme de pratique médicale en lien avec la santé publique, entendue comme un espace social et politique de représentations, de pratiques et d'institutions ayant pour but de connaître et de préserver la santé des populations. Cette hypothèse se fonde sur une question devenue récurrente depuis les années 70 : la pratique soignante est-elle la voie la plus efficace du développement de la santé ?

Parmi les acteurs exerçant dans ce champ, j'ai considéré que les médecins employés par l'administration sanitaire et sociale de l'État pouvaient représenter un groupe professionnel propice à un questionnement. Dans les services du ministère en charge de la santé, ils sont environ 400 médecins, employés en qualité de fonctionnaires de l'État dans le corps des Médecins Inspecteur de Santé Publique. Recrutés par concours, le plus souvent parmi les praticiens professionnels (libéraux, hospitaliers, salariés de prévention...) formés à l'École Nationale de la Santé Publique, ils exercent dans leur grande majorité comme titulaires de la fonction publique. Peu nombreux et peu connus, ils n'ont jamais fait l'objet d'une recherche approfondie, à l'exception de quelques rapports internes consacrés essentiellement aux difficultés de leur recrutement. Pour savoir qui sont les médecins inspecteurs, peut-on se contenter de dire qu'ils ont reçu une formation médicale ? Est-ce que l'administration a besoin de médecins pour assurer ses missions ? Quels rapports ces médecins employés par l'État entretiennent-ils avec la profession médicale ? Puisque leur travail ne consiste ni à établir de diagnostics, ni à soigner des patients, comment finalement ces médecins réussissent-ils à changer de métier ?

Depuis plus d'un siècle, le développement de la science médicale, l'inévitable division sociale du travail soignant avec ses spécialisations, le développement exponentiel des pratiques, des techniques et des moyens ont généré un besoin de régulation et de contrôle auquel l'emploi de médecins inspecteurs de santé publique pourrait contribuer à répondre. Que font concrètement ces médecins inspecteurs de santé publique (que j'appellerai MISP le plus souvent par la suite pour faciliter la lecture). Une majorité d'entre eux voient la majeure partie de leur temps de travail prise par leur présence dans les hôpitaux. Le contrôle et la régulation du dispositif hospitalier correspondent à la première mission que leur confie l'État. Pour suivre des établissements hospitaliers, donner des avis médicaux sur des projets d'équipement, vérifier la concordance de la réalisation de ces projets avec des orientations planifiées, les MISP élaborent par exemple des grilles d'analyse qui leur servent à examiner les dossiers que les gestionnaires hospitaliers déposent auprès de l'administration lorsqu'ils envisagent de créer un établissement ou un service, de procéder à une extension d'activités, de reconvertir des lits, de renouveler leur autorisation de dispenser des soins. Un établissement de soins en France ne peut en effet ouvrir et fonctionner sans avoir une autorisation accordée par l'État. Ces procédures doivent correspondre à des schémas de planification hospitalière, corrélés à des schémas régionaux d'organisation sanitaire élaborés entre divers partenaires gestionnaires, financeurs, administratifs, politiques, médicaux, publics et privés sous la conduite de représentants de l'État. Ces documents servent de référence pour l'instruction des dossiers de projets de création ou d'extension qui sont soumis à la décision de directeurs d'Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) après avis d'une commission siégeant dans chaque région baptisée Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale. Chaque dossier de projet fait l'objet d'une analyse préalable à laquelle participent un ou plusieurs MISP en collaboration avec des médecins de l'Assurance Maladie qui relèvent des organismes de Sécurité Sociale et des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales exerçant leurs fonctions en DRASS ou en DDASS (Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales). Lorsqu'un MISP analyse un projet, il en étudie l'opportunité, il en vérifie la cohérence avec la réglementation et les schémas de planification. Il doit développer une expertise technique qui va porter sur la conformité à des normes et des pratiques médicales. Une tâche concrète qui leur incombe consiste ainsi à élaborer un outil d'analyse, à le tester, à en adapter l'utilisation à des intervenants

non-médecins, à associer à des références juridiques des indicateurs d'activités médicales (comme des pourcentages de grossesses pathologiques dans un secteur sanitaire donné ou un service d'obstétrique par exemple). Pour réaliser ce travail un MISp doit raisonner en termes de politique de santé, avec des indicateurs macro sociaux au niveau d'un secteur géographique donné. Le point de vue des médecins conseils de l'Assurance Maladie est une approche complémentaire qui prend en compte l'application de la réglementation aux patients d'un service de soins. Ce raisonnement se situe là davantage au niveau d'un établissement de soins. Tout ce travail de lecture de l'organisation et du fonctionnement hospitalier représente un très important chantier parce qu'il s'étend au renouvellement des autorisations d'accueillir des malades et de dispenser des soins. Autrement dit, tous les établissements de soins, publics ou privés, doivent faire l'objet tous les cinq ou dix ans, selon leur nature, d'une nouvelle procédure d'agrément à laquelle les MISp sont en priorité mis à contribution.

À ce secteur dit « hospitalier » de leurs activités les MISp superposent en l'intégrant ce qu'ils appellent la santé publique. Ils constituent en effet des réseaux à la fois formels (parce qu'ils sont membres de jurys d'examens ou de concours médicaux et paramédicaux, en tant que représentants de l'État, de commissions spécialisées, en tant qu'experts désignés par l'État) et informels (parce qu'ils participent à des groupes de travail, des réunions d'échanges, des séminaires d'information voire de formation, des groupes de contact) où interviennent de nombreux professionnels de santé avec lesquels ils dégagent ce qu'ils appellent des problématiques de santé publique (maltraitances à enfants, suicides des adolescents par exemple). Ces échanges permettent de tisser des dispositifs qui deviennent sources de projets et d'organisations finalisés (commission régionale de la naissance, mise en place d'un dispositif de dépistage des troubles sensoriels de l'enfant, regroupement de médecins libéraux en union régionale par exemple). Les MISp disent souvent qu'ils ont l'initiative de la réflexion sur ces types de problématiques dont l'objectif est la recherche du meilleur moyen pour améliorer une situation ainsi repérée. Chaque problème retenu s'appuie sur des indicateurs à affiner, sur une mobilisation de réseaux, le développement de méthodes d'animation pour formaliser des propositions de solution (comment développer le volet santé par exemple de l'action socio-éducative en direction des jeunes défavorisés). Ces activités

d'échanges et d'élaboration de projets peuvent également servir à la gestion de programmes régionaux de santé, c'est à dire des organisations planifiées d'actions destinées à traiter de questions de santé publique prioritaires (par exemple le programme régional relatif aux maladies cardio-vasculaires, reconnues comme une pathologie fréquente dans certaines régions françaises). La première question posée dans un tel programme est de savoir comment réduire un niveau de mortalité dans un délai donné. Un MISP est souvent considéré comme un référent dans la mise en œuvre et le suivi de ces programmes. Pour les élaborer, il anime des réunions avec la presse, des spécialistes, des médecins libéraux, des associations de malades ; il conduit des campagnes de sensibilisation en développant toutes formes de communication, en formant des généralistes... Les MISP participent à de nombreuses réunions. Ils rencontrent très souvent les professionnels avec lesquels ils traitent de nombreuses questions qui n'ont d'ailleurs pas toutes un caractère strictement médical.

Ils peuvent aussi être appelés à bien d'autres formes d'interventions, le plus souvent encore en rapport avec le fonctionnement des hôpitaux, ou plus exactement avec les formes d'échanges qui font la vie des acteurs hospitaliers. Ils répondent ainsi aux préoccupations des médecins des hôpitaux et de leurs directeurs en particulier lorsqu'ils se débattent dans des conflits internes. Ils peuvent conseiller sur des procédures d'élaboration de projets de toutes sortes. Si par exemple deux petits hôpitaux sur un même secteur sous emploient chacun un radiologue à mi-temps, alors qu'à proximité se trouve un important centre hospitalier qui emploie un radiologue sur occupé, une mesure de rationalisation peut être envisagée selon une procédure réglementaire que le MISP doit pouvoir expliciter. Il pourra être amené dans ces conditions à animer une ou plusieurs réunions où il aura l'occasion de faire des recommandations avant de transmettre un dossier à la DDASS.

Il existe également dans le fonctionnement d'un hôpital de nombreuses situations soumises à réglementation et qui sont des passages obligés pour un MISP, appelé à formuler un avis ou opérer un contrôle. Lorsqu'un dossier de transformation d'une structure hospitalière a été approuvé par un directeur d'ARH, l'autorisation entraîne l'attribution de moyens financiers, puis après travaux, le recrutement de professionnels. Lorsqu'un établissement se trouve ainsi prêt à fonctionner, il doit subir une procédure de conformité, c'est à dire une inspection destinée à vérifier que

la réalisation est conforme au projet qui a été accepté, que ce qui a été financé correspond à ce qui a été autorisé et que les conditions techniques de fonctionnement sont réunies. Or il s'avère parfois que dans la réalité, il n'en est pas tout à fait ainsi. Tout le mobilier ou le matériel médical n'a peut-être pas été livré ou installé. Un MISP peut constater qu'une autorisation d'exploiter un scanner n'est pas conforme si aucun local d'attente pour les patients n'a été aménagé. En fait, les non conformités sont peu nombreuses, en revanche les autorisations avec réserves sont fréquentes, lorsque par exemple l'installation d'équipements n'est pas totalement achevée et que certaines fonctions techniques n'ont pu être vérifiées. Les MISP ne sous estiment pas l'importance de tout ce travail parce que c'est de leur visite sur place que va dépendre l'ouverture du droit d'exploitation avec ses conséquences financières et leur corollaire, la garantie de sécurité des soins pour les usagers.

C'est dans ce champ, à la fois strict parce qu'il est réglementé, et largement imprécis parce que les contours de la santé publique ne font pas l'objet d'une définition univoque, que j'ai observé et analysé ce métier méconnu, à l'effectif très réduit (environ 400 individus) qui s'exerce derrière le titre de Médecin Inspecteur de Santé Publique. Dans ces conditions, l'emploi de médecins par l'État opère une transformation radicale du métier de soignant. Ce groupe professionnel apparaît très éloigné de la médecine parce qu'il ne soigne plus, mais en même temps très proche parce qu'il vient d'une profession à laquelle il ne cesse de se référer dans son action.

L'intérêt d'une recherche concernant le groupe professionnel des MISP peut se construire autour de cinq arguments :

1. Comprendre la nature des rapports que ce groupe entretient avec son groupe professionnel d'origine, la profession médicale ;
2. Rendre compte du processus de transformation identitaire qui s'est développé à partir de la référence classique au modèle biomédical (la médecine est un savoir qui traite la maladie en vue de sa guérison) ;
3. Comprendre le rôle de ce groupe professionnel dans le champ de la santé publique qui s'est développé depuis la fin de la deuxième guerre mondiale sous trois formes :

↳ Comme espace politique de la santé,

- ⌘ Comme espace professionnel,
 - ⌘ Comme spécialité médicale.
4. Expliquer en quoi ce groupe professionnel participe au renforcement du pouvoir de l'État :
- ⌘ En représentant l'État sur le terrain ;
 - ⌘ En participant à une fonction de contrôle et d'inspection (le contrôle des MISP n'est plus un contrôle des pairs mais un contrôle de l'État).
5. Mesurer le degré d'homogénéité d'un groupe professionnel exposé à des conflits d'intérêts :
- ⌘ Ceux des pairs,
 - ⌘ Ceux de la hiérarchie administrative,
 - ⌘ Ceux de professionnels internes ou extérieurs à l'institution mais impliqués dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé (IASS, médecins conseils).

Les axes de cette recherche se sont efforcés de prendre en compte les caractéristiques de l'organisation sociale, la question de l'identité et les stratégies mises en œuvre dans l'action collective pour analyser le métier de cette catégorie professionnelle si singulière. La sociologie interactionniste des métiers faisant le lien entre les formes de rétribution, l'exercice d'une compétence productive, la reconnaissance d'une valeur à des biens ou des services produits et la nécessité d'une organisation sociale, j'ai porté l'analyse sur ces différents points en soulignant particulièrement l'importance des mécanismes sociaux de reconnaissance et d'identification. D'autant que l'intérêt d'une recherche pour l'analyse du métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique concerne aussi bien les aspects culturels et les connaissances qui conduisent à la profession que la manière dont chacun s'y engage et y construit son identité. A l'instar de FREIDSON qui analysait il y a plus de trente ans la profession médicale aux États-Unis, j'ai cherché à mettre au centre de cette étude non pas seulement la description des modes de recrutement et les déroulements de carrière mais l'ensemble des différentes formes de pratique du métier.

Cette orientation m'a conduit à considérer ce métier de MISP en référence à ce que FREIDSON appelle les professions certifiées comme un travail ni totalement appliqué et pratique, c'est à dire amené à résoudre des problèmes posés par des clients, ni totalement académique, c'est à dire amené à résoudre des problèmes intellectuels nouveaux. Les MISP ne sont ni des praticiens ni des chercheurs, et pourtant leur travail répond à des demandes parfois très précises d'une part, et ils contribuent au développement de la connaissance en santé publique d'autre part.

Cette première hypothèse sur la complexité du métier a ouvert la voie de la méthode : celle d'une approche biographique prenant comme point de départ le point de vue de l'acteur avec l'objectif de comprendre les manières de vivre un métier, de le découvrir, de s'y investir, d'en tirer des satisfactions, de se réaliser, mais aussi à côté de ce point de vue subjectif, de recueillir des trajectoires et des itinéraires objectifs.

Le cadre méthodologique ainsi retenu a pu être déjà largement expérimenté : J.M. CHAPOULIE pour son étude des professeurs de l'enseignement secondaire (éd. de la MSH, 1987) ou M. BUNGENER, C. HERZLICH, G. PAICHELER et M.C. ZUBER pour leur étude sur les médecins retraités français et leur passé (Solidarité Santé –Études statistiques n°3, 1991-juillet-septembre) Il s'agit de décrire l'histoire individuelle des médecins inspecteurs de santé publique, leur insertion sociale, leurs conditions d'emploi et le contexte institutionnel de leur exercice pour comprendre leurs comportements effectifs et apprécier l'évolution d'un métier délibérément coupé de toute pratique soignante.

Ainsi d'entrée, la question posée est de savoir pourquoi au cours de leur parcours professionnel certains médecins choisissent cette filière de l'inspection et de la santé publique plutôt que la voie d'une pratique médicale proprement dite. La reconstitution du déroulement des études et des expériences professionnelles est vite apparue comme le bon moyen de retrouver les moments forts qui ont conduit à l'exercice de ce métier de même qu'à en retracer le vécu. La démarche entreprise considère l'acteur certes comme auteur de ses projets, mais dans des conditions déterminées, d'où la nécessité de reconstituer avec lui un parcours fortement soumis à de nombreuses et multiples interactions entre les différentes composantes de son existence. Cette approche microsociologique n'exclut pas la mise en évidence des

valeurs et des représentations communes défendues au sein du groupe professionnel, ni les stratégies individuelles et collectives rendues possible par l'évolution des situations rencontrées. En d'autres termes, mettre à jour la trame des rapports sociaux derrière la diversité des profils, implique une confrontation des appréciations subjectives des individus aux opportunités objectives des situations auxquelles ils sont confrontés.

Pour défendre le sens de ce point de vue interactionniste sur les professions, je m'appuie sur les arguments développés par DUBAR et TRIPIER (1998, p. 103) appelant à une nécessaire distinction entre l'homogénéité apparente d'un groupe professionnel sur le plan technique et la diversité de ses réalités professionnelles sur le plan social. Ainsi les médecins inspecteurs de santé publique peuvent se retrouver dans des situations similaires, mobiliser les mêmes outils et être finalement très différents parce qu'ils ont chacun leur définition de la situation. La vie du groupe est le produit des comportements individuels aux prises avec les comportements des autres, les contraintes de l'action collective et le poids de l'environnement institutionnel. L'approche macrosociologique n'est pas absente de ce cadre de lecture. La sociologie des professions de santé n'est pas indifférente à l'interprétation des changements intervenant dans cet univers de travail qu'est le marché de la santé où de nouvelles formes de relations peuvent s'établir entre les acteurs conscients de ce qui se joue autour de la prise en charge de la maladie. L'évolution socio-historique de la santé publique et de l'administration sanitaire en France, qui va faire l'objet de la première partie, permettra de configurer le champ d'exercice du métier de MISP ; il sera complété par une présentation des caractéristiques socioprofessionnelles de ce corps de fonctionnaires de l'État et des hypothèses méthodologiques retenues pour conduire la recherche.

Dans ce cadre la méthode devient aussi comparative ; tant à une échelle individuelle (pourquoi le comportement de l'un est-il différent de l'autre ?) que collective (qu'est ce qui différencie les MISP des autres segments, salariés ou libéraux de la profession médicale et de l'administration ?) En médecine, la segmentation correspond à une distribution sociale de groupes de praticiens plus qu'à une division technique de groupes de spécialistes. Pour analyser ces groupes, FREIDSON recommandait de chercher à comprendre l'ensemble du système dans lequel ils s'insèrent, en incluant leurs clients et leurs besoins. Parti ainsi de l'idée,

pour donner un exemple concret illustrant cette consigne, que les médecins pouvaient exercer un métier relationnel, la notion de face à face propre au colloque singulier cher à la médecine de soins doit être confrontée à la fonction d'interface propre aux enquêtes publiques confiées à des médecins chargés d'inspection. Je vais donc rappeler que la mise en œuvre de chaque fonction se concrétise par de nombreuses interactions qui se développent dans les dynamiques d'accès à l'emploi, le suivi des formations, la répartition des tâches et la réalisation des activités, le choix des opportunités, la constitution des ressources et des réseaux, l'usage de l'autonomie et la mise en œuvre des stratégies. Ainsi, j'avancerai l'idée que les MISP exercent un métier qui témoigne d'une part de la transformation des modes d'exercice de la médecine, et d'autre part des formes de travail dans l'administration. Cet exercice du métier est décrit et analysé dans la seconde partie.

La troisième partie de cette thèse s'attachera à mettre en évidence cette hétérogénéité d'appartenance qui caractérise les MISP dans leur champ professionnel. Le sens de leur métier s'inscrit dans un contexte social qui divise. Il n'y a pas consensus en France sur la manière de traiter la santé. Ceci est le lot de la plupart des politiques publiques. La ligne de partage entre les professionnels de santé et plus particulièrement la profession médicale, l'État et les usagers n'est pas sans influencer sur ce métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique, qui est loin de désigner un groupe professionnel homogène. Parce que les enjeux de pouvoir qui traversent le domaine de la santé sont contradictoires, les représentations qui guident les MISP dans leurs trajectoires ne les amènent pas à un même processus de conversion identitaire. Leur mobilité institutionnelle, leur instabilité professionnelle, concrétisée par la diversité de leurs expériences, et les incertitudes sur les perspectives de leur emploi en font un groupe professionnel très singulier au sein de la fonction publique. Pour en arriver à ce constat, j'ai fait le choix d'une méthode qui privilégie en amont le point de vue de l'acteur. En lui proposant de faire le récit de sa vie professionnelle, j'ai pu retrouver les conflits d'intérêts et les changements intervenus au cours des trajectoires.

Dans ces conditions, la reconnaissance de soi synthétise le point d'orgue de la recherche : l'identité professionnelle est le nœud de cette analyse du métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique parce que cette identité est le résultat d'une conversion difficile dont il fallait rendre compte, afin de sortir ce métier de la

méconnaissance professionnelle qui l'affectait (de la part des médecins, des administrateurs et des usagers). En ce sens, il y a peut-être là matière à répondre à certaines attentes : que peut-on demander au chercheur qui s'intéresse aux professions de santé publique ? Si l'on veut bien considérer que celles-ci ont le souci de mettre à jour les inégalités devant la maladie et devant les soins, de proposer des solutions, d'analyser socialement l'impact des politiques de santé, alors on peut admettre que l'éclairage porté sur l'un des métiers qui y contribue doit apporter davantage de lisibilité aux échanges entre les acteurs.

Je montrerai que les MISP constituent un groupe professionnel qui transforme le mode de contrôle de l'État. Ils opèrent une mutation du contrôle de la règle vers la connaissance de l'objet du contrôle. Ils donnent une légitimité nouvelle à la violence légale de la police administrative dans le champ sanitaire et social. Il s'agit d'une légitimité qui repose non plus seulement sur une compétence juridique mais sur une compétence professionnelle. Il s'agit moins de connaître le droit qui codifie les règles que de faire sens à des règles qui s'appliquent à des réalités que le droit saisit imparfaitement. En ce sens la fonction de régulation confiée à des fonctionnaires représentant l'État ne se résume pas à une animation ou un savoir-faire de communication, mais au pilotage d'une dynamique d'échanges de savoirs. Ainsi donc les MISP ne sont pas des fonctionnaires chargés de missions à caractère technique, ils sont des médecins chargés de fonctions de santé publique dans l'espace politique de la santé. C'est parce que la loi leur confère des prérogatives de puissance publique qu'ils n'exercent plus la médecine, mais c'est parce qu'ils sont médecins que ces prérogatives peuvent leur être confiées dans le domaine de la santé.

Je montrerai également que les MISP constituent un groupe professionnel qui transforme le mode d'exercice de la médecine. La deuxième grande fonction sociale importante de ce groupe concerne la transformation du travail médical. En l'amenant à s'intéresser à la santé et non plus seulement à la maladie, il décroïsonne les pratiques médicales. Sous leur impulsion, les médecins qui participent à des activités de prévention relativisent le travail thérapeutique, et transforment leur approche de la maladie et des malades. Et finalement lorsque les MISP amènent les médecins à coopérer dans le champ de la santé publique avec d'autres métiers, ils contribuent à limiter de plus en plus l'indépendance de la profession médicale. Si le champ de la maladie est un univers technique et scientifique, le champ de la santé publique est

d'abord un monde social où les caractéristiques environnementales et les milieux de vie représentent les grandes questions posées aux divers professionnels, pas seulement médicaux, qui y interviennent. Avec les MISP, la médecine devient une profession largement interdépendante ; l'exercice de la médecine n'est plus une affaire de spécialistes mais un ensemble de métiers en interaction avec de nombreux autres acteurs, profanes, professionnels et politiques. Sans doute seuls des médecins, dans un cadre d'emploi très différent des soins, pouvaient-ils favoriser cette évolution.

PREMIÈRE PARTIE

CADRE D'ANALYSE

Cette première partie a pour objectif de permettre au lecteur de situer le métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique dans une double dimension : socio-historique d'abord parce qu'il faut retrouver dans le temps les conceptions tirées des événements qui ont contribué d'une part à structurer le champ de la santé publique et d'autre part à l'institutionnaliser avec le développement en particulier de l'administration sanitaire ; socioprofessionnelle ensuite parce que ce groupe professionnel, petit en nombre, n'est quasiment jamais évoqué dans les travaux portant sur la profession médicale et représente un corps de fonctionnaires extrêmement réduit au sein de l'administration de la santé. Je forme ici l'hypothèse que l'analyse d'un métier à la marge d'un champ professionnel peut-être propice à l'exploration des grandes questions qui font la problématique de ce champ.

C'est par une approche de la santé publique à la fois comme champ socio-politique et comme discipline que cette partie va être introduite. Ce concept très évolutif, qui bénéficie d'une définition par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1952 (Définition retenant la notion d'action collective concertée visant à assainir le milieu, et la mise en œuvre de mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé) a guidé la structuration et l'organisation de toute l'administration sanitaire et sociale en France au cours du XX^{ème} siècle. Il justifie l'intervention des pouvoirs publics chaque fois qu'une maladie ou les facteurs susceptibles de la provoquer s'appréhendent non plus au niveau d'un individu mais d'une population, avec l'usage privilégié de critères économiques quantitatifs. Cette approche s'est néanmoins limitée pendant une bonne partie de cette période à une simple pratique de gestion des praticiens, des écoles, des budgets et des hôpitaux, c'est à dire un encadrement administratif et financier de l'activité soignante.

L'émergence de la santé publique comme source d'élaboration d'une politique publique a certainement influé comme je l'expliquerai, sur la dynamique interne du corps des médecins inspecteurs, dynamique que j'assimilerai à une forme de segmentation prise dans le jeu des relations entre l'État et la profession médicale. Je montrerai que c'est dans le bénéfice du jeu que ces même médecins inspecteurs trouvent les ressorts de leur implication et les voies stratégiques de leur reconnaissance. Je rappellerai à ce sujet quelques grands traits de l'idéologie et de la

pratique médicale qui continuent en France de peser sur les représentations auxquelles n'échappent pas les MISP. Les médecins sont souvent très sensibles à tout ce qui est relationnel. La satisfaction et le pouvoir qu'ils en tirent expliquent probablement cette sensibilité. Le médecin soignant avoue facilement qu'il acquiert vite l'habitude des relations individuelles avec les gens. Il est le médecin qui voit celui qui ne va pas bien, et qui tire un bénéfice à voir quelqu'un qui va mieux, qui peut l'orienter. Cette vision très individuelle des choses avec la connaissance qu'on tire de ce que disent les gens donne du terrain une vision particulière qui n'a de chance d'être reconstruite dans une perspective santé publique que si elle procure autant de ressources et de satisfaction ou bénéfice. De plus, le système de santé français, à la différence de certains pays industrialisés ayant investi plus tôt la santé publique (la Grande Bretagne notamment) ou de pays en voie de développement (en Afrique particulièrement où certains MISP ont pratiqué la coopération) a contribué à l'émergence tardive de cette préoccupation collective de la santé. Le médecin qui s'initie à la démarche santé publique en Afrique redécouvre en effet l'importance fondamentale de l'eau et de l'hygiène dans un environnement qui oblige à redéfinir des priorités très différentes de celles qui caractérisent notre système de santé. En réalité, la différence tient plus au fait que les problèmes sanitaires des pays en voie de développement sont à résoudre, alors qu'en France, chacun peut être tenté de considérer qu'un certain nombre de ces problèmes sont résolus. Il existerait donc une conception de la santé publique consistant en une vigilance critique à l'égard de ces croyances.

Il sera utile enfin dans cette première partie d'introduire les questions auxquelles la troisième partie de cette recherche s'intéressera et qui résulteront de l'analyse du métier de MISP qui en constituera la partie intermédiaire :

- ↳ la santé publique a à voir avec la question sociale parce que dans sa logique politique elle renoue avec les principes de l'idéal républicain (l'égalité et la citoyenneté, l'universalité et la liberté) et dans sa logique professionnelle elle catégorise les populations à partir de critères rationnels de différenciation (risques définis par rapport à un comportement, variables statistiquement liées à une pathologie considérée : origine sociale, niveau d'instruction...). Cette idée a été développée par D. FASSIN (*les figures urbaines de la santé publique*, la découverte, Paris, 1998, p.34-35)

↳ la santé publique est devenue progressivement un espace de transformation de l'action publique et des pratiques d'acteurs plus nombreux et plus diversifiés. Nous verrons que parmi ces acteurs les médecins inspecteurs de santé publique sont peut-être plus que d'autres amenés à le constater : la santé publique est un espace d'activités disparates que les professionnels trouvent intérêt à s'approprier dans le champ disciplinaire auquel ils s'identifient.

CHAPITRE I

LA DIFFICILE ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Il est question dans ce chapitre des relations entre la profession médicale et l'État, de l'interdépendance qui les lie et des interactions qui les guident. C'est en effet dans le jeu des échanges entre ces deux institutions que le concept de santé s'est précisé et que les politiques publiques de santé se sont élaborées. L'une comme l'autre sont aux prises avec la vie : la première, pour la préserver, le second, pour l'organiser socialement. Entre la santé individuelle et la santé publique c'est la prise en compte de la dimension sociale de l'existence qui incite le professionnel et le politique, plus ou moins relayés par l'expression des usagers/citoyens, à trouver les compromis nécessaires à l'organisation et au fonctionnement du système de santé dont le cadre politique n'est pas étranger à la question du lien social.¹

Je vais donc exposer les ambivalences qui structurent ce jeu relationnel auxquelles s'ajoutent les représentations conflictuelles de la notion de santé publique. Je vais montrer que celle-ci recouvre de plus en plus un champ stratégique moins propice au monopole médical que le monde des soins. Je vais expliquer pourquoi dans ce champ nouveau l'État devient un acteur central comme régulateur d'une politique publique dont je situerai les principaux enjeux (pouvoir médical et légitimité de l'État) ainsi que les limites (développement des technologies médicales et transformation des comportements individuels).

Après un aperçu des différences qui caractérisent le système de santé publique britannique, je conclurai en signalant la présence dans le champ évoqué, du groupe professionnel des MISP que je singulariserai de la profession médicale en le situant dans l'univers de l'administration de l'État, c'est à dire un système d'emploi dont le

¹ ADAM P., HERZLICH C. préconisent à ce sujet que « les politiques de santé devraient se donner pour objectif non pas uniquement le développement de nouvelles technologies médicales et l'adoption par les individus de comportements sains mais, plus largement, d'investir dans l'amélioration du lien social... Des aménagements dans les domaines de la protection de l'enfance et de l'éducation, des milieux de travail et de l'environnement urbain pourraient avoir un impact bénéfique sur les états de santé de la population » *Sociologie de la maladie et de la médecine*, NATHAN Université, Paris (1994, p.56).

critère d'efficacité au travail repose sur le souci du bien commun des usagers et du respect de règles communes. Cette notion d'usager apparaît d'ailleurs plus complexe pour un MISP que celle de patient pour un praticien soignant. Elle recouvre des significations diverses et des réalités contradictoires. Elle préfigure de la complexité d'un métier dont la mission n'est ni de soigner, ni de faire la loi.²

1) Les paradoxes de la profession médicale.

Il est admis depuis longtemps que les médecins exercent un métier socialement reconnu. Pour les fonctionnalistes, l'idéologie médicale repose fondamentalement sur une représentation d'un rôle techniquement supérieur et d'une fonction socialement valorisée.³ L'analyse de la profession médicale par Eliot FREIDSON a contribué un peu plus tard, dans le courant interactionniste, à renforcer ce constat. Comme pour les professions juridiques, l'exercice de la médecine s'est développé sur une base universitaire exigeante en nombre d'années d'études. HUGHES avait déjà fait remarquer⁴ que la longueur des études était un facteur important de valorisation d'un statut. Ainsi, parmi les métiers, il en existe de plus élevés socialement que d'autres, reconnus dans une hiérarchie comme des métiers plus nobles que certaines activités moins considérées. La profession médicale en serait un bel exemple, et les médecins ne sont pas les derniers à défendre ce point de vue.⁵ L'honneur de la profession va de pair avec la grandeur de la médecine, historiquement et philosophiquement fondée sur une modélisation de l'action médicale que le Dr DREUIL (Médecin Inspecteur en Santé Publique) rappelle fort justement en citant PLATON.⁶

² Sur ce point, J.CHEVALLIER précise : « on a ainsi vu émerger plusieurs figures nouvelles de l'usager, qui impliquent des représentations différentes de l'administré et débouchent sur des perspectives différentes de réforme : l'usager-acteur, doté d'un pouvoir d'intervention dans la marche des services (d'où le thème de la participation) ; l'usager-partenaire, capable de se poser en interlocuteur des services (d'où le thème de la transparence) ; l'usager-client, dont les services publics doivent assouvir les aspirations (d'où le thème de la qualité). Toutes ces figures restent cependant équivoques, dans la mesure où la participation peut être illusoire, le partenariat en trompe-l'œil et la clientèle manipulée » CHEVALLIER J, La réforme de l'État et la conception française du service public, in *Revue française d'administration publique* n°77, janvier-mars 1996 (p.189-205).

³ Ces deux traits sont particulièrement soulignés par PARSONS T., *Éléments pour une sociologie de l'action*, introduction et traduction de F. BOURRICAUD, Paris, Plon 1955, p.197-238.

⁴ HUGHES.E, *Le regard sociologique*, Paris, École des Hautes études en sciences sociales, 1996, p.114.

⁵ Pour le professeur GIRAUD, ce qui fait l'honneur de la profession médicale ou en d'autres termes son état de grandeur, c'est l'art de s'intéresser, en l'améliorant, à l'existence de son prochain ; médecins aujourd'hui, une réalité complexe, in *Actualité et dossier en santé publique*, « les médecins aujourd'hui en France » n° 32, septembre 2000, la documentation française.

⁶ DREUIL D. *Pouvoir guérir ? Philosophie de l'action médicale*, mémoire de D.E.A. sous la direction de M. MACHEREY et F. WORMS, université de Lille III (2001).

Sur de telles bases, c'est grâce à l'action stratégique des médecins eux-mêmes et parce que la société croit que la profession médicale présente de grandes qualités (compétences, morale, niveau de connaissances...) que celle-ci occupe une position élevée dans le monde des professions. Personne ne conteste la grandeur de la mission qu'elle remplit, c'est à dire préserver la vie humaine. Sur ce fondement, le premier paradoxe est que les médecins ont pu obtenir en négociant avec l'État dont ils se sont toujours méfiés, l'autonomie et la reconnaissance qui font la caractéristique principale de leur métier. Les autorités politiques garantissant les modes d'accès à la profession, la croissance économique lui accordant les moyens de son exercice, et la reconnaissance d'une clientèle à l'égard d'une profession qui répond à un besoin fondamental de l'existence ont constitué le socle du statut social dont elle bénéficie encore aujourd'hui, même si l'histoire des rapports des malades avec la maladie, tout en soulignant l'importance des relations avec le personnel soignant, sur ce qu'il a été convenu d'appeler le moral du malade, se complète aujourd'hui par l'émergence de groupes d'usagers de la santé plus critiques à l'égard des institutions sanitaires et des professionnels en exercice.⁷

2) La santé publique : un enjeu de pouvoir pour la profession médicale et l'État.

Évoqués dans cette triangulation de rapports, les acteurs sont soucieux d'exercer sur les autres un pouvoir qui leur soit favorable. Qui de l'État, des médecins, et des usagers a intérêt à faire prévaloir son point de vue ? Les médecins sont souvent critiques à l'égard de l'État et sont peu sensibilisés à la santé publique qui a connu historiquement de graves déficits.⁸ Dès la fin du XIX^{ème} siècle, l'indigence de la santé publique semblait contraster avec le développement libéral de la profession médicale.⁹ Si cette culture reste néanmoins encore peu développée en France,¹⁰ c'est probablement parce que la santé publique est confondue avec l'action de l'administration. Cette représentation explique la méconnaissance des médecins à

⁷ HERZLICH C, PIERRET J, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Payot, Paris, 1984.

⁸ L'un des faits les plus dramatiques concerne la tuberculose au début du XX^{ème} siècle dont MURARD L. et ZYLBERMAN P. rappelaient que « cette maladie qui décimait le plus la nation n'était, pour ainsi dire, pas reconnue légalement » *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux guerres, le ministère de l'hygiène : création et action*, CERMES, Paris, (1996 p. 4).

⁹ C'est ce que rappelle O. FAURE lorsqu'il décrit la manière dont le lien s'est progressivement constitué entre la médecine sociale en France et les praticiens libéraux. Second paradoxe de la profession médicale : la santé publique dont elle s'est détournée pendant un temps a finalement été réinvestie majoritairement par les médecins parce qu'il n'existe finalement aucune question de santé publique qui ne soit soumise à l'avis d'un expert médical ; *les français et leur médecine au XIX^{ème} siècle* Belin, Paris, 1993.

¹⁰ Rapport François PIEDNOIR, mars 95, p.49.

son égard et leur méfiance vis-à-vis de l'État. Avant d'être intégrés dans la fonction publique de l'État, un certain nombre de médecins inspecteurs de santé publique, anciens médecins soignants, ont partagé cette méconnaissance.

Ainsi parmi les raisons qui expliquent le désintérêt des médecins pour la santé publique, je cite la propension à critiquer tout ce qui, non seulement n'est pas médical, mais aussi est soupçonné de vouloir porter un regard à l'intérieur de la profession, regard d'autant plus illégitime qu'il apparaît incompetent. L'autorité de l'État est aussi parfois contestée par la profession médicale parce qu'elle reposerait sur un pouvoir bureaucratique et non sur une connaissance approfondie des réalités du terrain. Autrement dit, l'État est jugé trop éloigné de l'exercice professionnel de la médecine (A. MORELLE, 1996, p. 46), d'autant que cet exercice est pour un nombre important de médecins un exercice libéral, donc antinomique d'une activité administrative salariée. Hughes avait déjà relevé chez les médecins une forte « *réticence au travail dans le cadre d'une organisation et contre salaire* ». L'État et son administration sont fréquemment critiqués par les médecins. Ainsi l'administration est bien souvent perçue comme un univers étranger. Le développement d'une administration de la santé en France tout au long du XX^{ème} siècle va certainement contribuer à le rendre moins étrange. Ainsi donc si l'organisation de la santé publique en France a démarré tardivement, le champ qu'elle était sensée couvrir a été presque exclusivement investi par la profession médicale. Mais parallèlement les exigences de développement de l'hygiène urbaine et ses enjeux économiques ont progressivement ouvert ce champ à des approches pratiques qui avaient plus à voir avec un travail administratif que la médecine classique.¹¹ L'analyse des pratiques en matière de santé permet aujourd'hui de considérer la réparation de la santé, donc la consommation médicale, comme une catégorie au côté de laquelle les pratiques de consommation de tabac/alcool et celles de la préservation ou du développement de la santé (hygiène alimentaire, activités sportives...) prennent une importance croissante.¹²

¹¹ Ce constat a été développé dans l'ouvrage de CLAUDE V. (sous la direction de TOPALOV C.) « Technique sanitaire et réforme urbaine : l'association générale des hygiénistes et techniciens municipaux, 1905-1920 », in Laboratoires du nouveau siècle, la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914 ; Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris (1999).

¹² PIERRET J, (1996/09) Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales, PARIS, CERMES (rapport pour la MIRE).

3) Place et rôle de l'État dans le système de santé.

La santé se trouve être à la fois un bien individuel et un bien collectif.¹³ Vouloir préserver la vie implique des moyens de toutes sortes que l'individu seul ne peut fournir. En France, cette appropriation collective de la santé pour des raisons économiques, est passée par l'État, acteur essentiel du développement du système de protection sociale. On peut penser que la solvabilité de la demande de soins a été l'un des facteurs du développement de la profession médicale. La couverture financière de la maladie garantie par un régime de protection encadré par l'État, et le développement d'un dispositif de distribution de soins, tant en équipements qu'en personnels, planifié et organisé par l'État ont investi cet acteur institutionnel d'un rôle central dont le pouvoir de légitimation reste fort.¹⁴ C'est l'État qui garantit la formation des acteurs de santé et qui arbitre les conflits. Il défend l'intérêt général devant la maladie en veillant à ce que chaque citoyen puisse se faire soigner correctement en cas de besoin, reconsidérant du même coup les inégalités d'exposition devant la maladie et les inégalités de consommation devant l'appareil de soins¹⁵ ; et même si des inégalités demeurent, justifiant d'ailleurs le réinvestissement dans le champ de la santé publique, personne ne lui conteste cette fonction de pilotage de la complexité du système de santé malgré l'épisode difficile de l'affaire du sang contaminé. On ne voit pas en France, qui d'autre que l'État pourrait assumer seul la régulation des rapports sociaux entre les acteurs dans « *l'espace politique de la santé* » (D. FASSIN, 1996, p. 47). Ce sont les rapports entre la médecine et l'État qui continuent de poser problème dans cet espace politique au sens où ce sont essentiellement « *des pouvoirs qui sont en jeu* » (D. FASSIN, 1996, p. 47) et qui font dire à cet auteur que le pouvoir médical confronté aux logiques de l'État ne débouche

¹³ On peut résumer en deux grandes catégories les conceptions modernes de la santé selon F. BAUDIER : « Au XIX^{ème} siècle, l'histoire de la médecine est marquée par la découverte de la clinique c'est à dire d'une approche organiciste qui vise à objectiver la maladie dans le corps humain. Mais une autre conception de la santé et de la maladie se développe également, qui est davantage centrée sur la relation de l'homme avec son milieu et qui prend en compte ses conditions de vie (environnement, situation socio-économique, etc...) » l'enrichissement du concept d'éducation sanitaire in *Politique santé N°1*, Fondation de France (décembre 1997, p.14).

¹⁴ Pour SCHWEYER F.X. la médecine est devenue victime de son propre développement : la division du travail, les spécialisations, la hiérarchisation des actes et des praticiens ont provoqué des remises en cause qui ont bousculé la cohérence qui s'attachait au modèle libéral originel de la profession. « Histoire et démographie médicale » in *Actualité et dossier en santé publique*, « les médecins aujourd'hui en France » N° 32, La documentation française, (septembre 2000, p. 17-19).

¹⁵ Par exemple, la question de l'inégalité d'accès aux soins a un rapport avec la distinction qu'opère F.ABALLEA entre pratiques possibles et pratiques effectives, citant le système de protection sociale qui rend solvable la demande de soins en général, et ouvre ainsi un champ de pratiques possibles aussi bien pour l'ouvrier que pour le cadre supérieur, dans leurs sollicitations du système de soins, ajoutant que l'un pourra faire appel à une médecine énergique tandis que l'autre optera pour une médecine douce, révélant ainsi les tendances de son groupe d'appartenance dans les formes de consommation médicale. ABALLEA F, Le besoin de santé, in *recherche sociale n°81*, Besoin de santé et classes sociales, janvier-mars 1982 (p.17).

pas sur une crise de la médecine mais une forme de négociation particulière entre acteurs disposant d'une forte légitimité. En matière de santé, l'État ne se contente pas de légaliser l'exercice de la médecine, il l'organise dans le marché de la santé qu'il régleme et dans le cadre des politiques sanitaires qu'il gouverne.

Les difficultés d'une politique de santé publique

La profession médicale connaît aujourd'hui des difficultés qui sont en même temps des problèmes pour l'État : l'évolution de la démographie médicale et la maîtrise des dépenses de santé en sont les principaux éléments ; ils fragilisent la profession et ses membres. Or Il existe bien une spécificité française du contrôle effectué par l'État, distinct du modèle anglo-saxon, même si les valeurs du libéralisme auxquelles semble attachée la profession médicale restent un fondement de l'organisation de la médecine de soins. L'organisation des conditions d'exercice de la médecine est soumise en France à une délimitation par l'État à laquelle médecins et patients semblent s'être accommodés. Ce contrôle par l'État, admis d'ailleurs dans bien d'autres domaines, est le fruit d'une culture républicaine qui semble avoir intégré depuis longtemps dans ses valeurs « *une conception plus solidaire du bien public* » (AÏACH, FASSIN, Paris 1994, p. 80). Par ailleurs, en analysant le corporatisme d'État comme un modèle français spécifique de reconnaissance et de légitimation des professions, de régulation des conflits sociaux dans un ordonnancement intégrateur, DUBAR et TRIPIER (1998, p. 149) rappellent que le corps médical reste en France très adossé à l'État parce que garant d'un dispositif juridiquement efficace et producteur d'effets sociaux (reconnaissance, prestige, autonomie, revenus...) équivalents à ceux des anciennes corporations. Si des alliances avec l'État sont donc envisageables, elles peuvent prendre des formes diverses, jusqu'à la coopération professionnelle et l'intégration dans les corps de la fonction publique.

Je montrerai plus loin que les formes d'intégration peuvent toutefois être très variables d'un individu à l'autre, car la légitimité de la sphère publique en France n'entraîne pas ipso facto, lorsque l'État contrôle, et en particulier dans le domaine de la santé, une implication sereine. Autrement dit, lorsque l'administration de l'État emploie directement des médecins, elle s'expose à des conflits internes susceptibles

de raviver les antagonismes : l'opposition médecin libéral/État devient une opposition médecin inspecteur de santé publique/autorité administrative.

Lorsque des médecins s'opposent à l'État, ils expriment un conflit d'intérêt, mais aussi des conflits de valeurs et des conflits de méthodes. Mais toutes ces tensions servent moins à constater les oppositions qu'à donner consistance aux échanges, à susciter même des formes d'entente ou d'alliance.

L'État est donc devenu un acteur prioritaire.¹⁶ Son intervention en matière de contrôle dans le domaine sanitaire s'est considérablement accrue et les accidents de santé publique de ces dernières années semblent l'inciter à renforcer sa fonction de contrôle, relégitimant du même coup l'État régalien face à un État Providence en perte de confiance, du moins dans le monde des financeurs. Citoyens et professionnels de santé redécouvrent dans ces conditions, qu'il existe toujours plein de bonnes raisons pour exercer un contrôle et faire de l'inspection, depuis l'affirmation du pouvoir des municipalités devant la poussée des épidémies et des guerres du XV^{ème} siècle, en passant par l'interdiction du bain, en période de peste¹⁷ jusqu'aux décisions restrictives du financement de l'activité médicale.

L'intervention de l'État est aussi facteur de transformation de l'action médicale

Plus que du rôle de l'État, c'est à dire comment il agit, c'est de la position de l'État dans le champ politique de la santé qu'il importe en matière de relations avec la profession médicale, c'est à dire à partir de quoi il intervient. Ce point de vue est important parce que la position occupée est fonction des enjeux qui se dessinent dans cet espace où les légitimités s'affrontent. Il s'agit bien du contrôle de ce que les médecins produisent, lorsque l'État se préoccupe de maîtriser les dépenses de santé, et donc, il s'agit aussi d'agir pour que les Français consomment moins de soins, et ceci est particulièrement vrai depuis la loi hospitalière de 1970. On comprend alors facilement que l'État soit institutionnellement reconnu pour fixer des règles qui vont

¹⁶ Il a contribué, comme le rappelle V.P. COMITI, à l'édification d'une éthique de la santé publique définie par le droit. La loi de 1902 relative à la protection de la santé publique disposait dans son article 9 : « Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune » L'éthique de la santé publique et de la recherche au XIX^{ème} siècle, *in Échanges Santé Social* N° 86, (juin 1997, p. 45-48).

¹⁷ RAUCH, Histoire de la santé, PUF, 1995.

encadrer l'exercice de la profession médicale, et que ces règles peuvent autant concerner des conditions d'autorisation d'exercer que des normes d'évaluation de l'exercice lui-même. En matière de contrôle de l'offre de soins en France, on est en présence d'une logique « par le haut » dont l'un des risques pour la profession médicale est une dérive vers un contrôle des pratiques. Cette orientation n'est pas étrangère à l'emploi de médecins dans l'administration, lié à un contrôle de la qualité, et par voie de conséquence à la mise en œuvre d'un regard critique sur les comportements professionnels. Le nouveau pouvoir de l'État s'exprime dans ce rôle actif qui consiste à entourer la production des règles d'une connaissance plus précise du champ auquel elles s'appliquent.¹⁸ Il s'agit donc de rendre moins opaque la prescription et l'influence médicale. Cette mission est délicate parce qu'elle renforce en permanence la tension entre l'État et le pouvoir médical. Existerait-il une troisième voie vers une régulation capable de maintenir un contrôle et de le faire accepter par toutes les parties, réduisant du même coup les tensions de départ ? Je relie cette hypothèse à la position et au rôle des médecins inspecteurs de santé publique, autant identifiable comme métier de régulation que comme espace professionnel de recherche de sens. Ainsi donc le développement de l'espace politique de la santé publique s'est accompagné dans le domaine sanitaire de l'émergence d'un contre pouvoir économique face au pouvoir médical. Vu sous l'angle technique, la santé publique n'est pas une spécialité séparée, elle emprunte à de nombreuses autres disciplines. Vu sous l'angle professionnel, elle défriche un territoire inconnu de la médecine, celui de la compétence collective pluri-professionnelle.¹⁹

Le métier de médecin inspecteur trouve sa place dans l'évolution récente des relations entre l'État, l'assurance maladie et la profession médicale. Les politiques publiques ont besoin de plus en plus de s'appuyer sur une connaissance approfondie du domaine qu'elles régissent. Cet effort de rationalisation mais aussi de stratégies négociatrices touche aussi le domaine de la santé. Dans le système de soins, par exemple, l'information médicale semble bien devenir une véritable obsession. Mais c'est le traitement de cette information qui pose maintenant le gros problème.

¹⁸ BERTHOLD-WURMSER M. Régulation et réformes de la protection maladie en Europe, revue française d'administration publique n°76, 1995, p.596.

¹⁹ Cette idée a fait l'objet d'un article de VINCENT G. : « De la charité à l'accréditation, la longue marche de l'hôpital » in Un siècle de santé publique, *Politique Santé N°1*, (décembre 1997).

Jusqu'à présent dans le système de santé, le contrôle étatique portait principalement sur les qualifications et les diplômes; l'information encore peu exploitée porte sur le contenu de l'activité médicale et non plus seulement sur les fraudes et erreurs professionnelles à la marge.²⁰ L'enjeu c'est la réduction de l'autonomie, le développement de nouvelles interactions entre mondes qui s'ignorent mais qui découvrent leurs formes actuelles d'interdépendances, juridiques, économiques et financières... et ces interactions ont à voir avec une transformation des métiers. Par l'encadrement juridique et technique de l'activité soignante auquel participent les MISP, c'est toute une série de relations de confiance dont G.CRESSON dit qu'elles se conditionnent mutuellement, qui se développent au bénéfice même de la profession médicale, en participant de la réduction des incertitudes de leurs patients. Entre les MISP, représentant l'État, et les usagers de la médecine, il y a ce que G.CRESSON appelle la construction de « la confiance globale ».²¹

Médecine et politique ne traitent pas de la santé de la même manière

Il y a bien eu, aux origines, une dimension politique de l'hygiène publique avec la multiplication des interventions de l'État dans le domaine social (l'enseignement de l'hygiène préventive par exemple, décrété par un texte du 21 Juin 1865) pour éviter les maux dégénératifs (RAUCH, 1995, p. 63). Cette dimension constitue une bonne introduction à une médecine d'inspection et à la production d'une réglementation qui va, depuis la loi de santé publique de 1902, irradier de nombreux domaines de la vie sociale et déborder l'exercice même de la profession médicale.

Autant la maladie interpelle le médecin comme homme d'action, dont l'intervention consiste à trouver des solutions à des problèmes concrets qui affectent l'existence de ses patients, (pour reprendre la distinction de HUGHES entre profession consultante et profession savante), autant la santé interpelle l'homme politique comme décideur dont la responsabilité consiste à prévenir les problèmes qui détériorent les conditions d'existence des individus et des groupes.

²⁰ DEVELAY, NAILDITH, POUVOURVILLE, Information médicale et régulation de la médecine générale, une approche comparative, revue française d'administration publique n°76,1995, p.649.

²¹ CRESSON G, *La confiance dans la relation médecin/patient*, ouvrage collectif sous la dir. De CRESSON G, SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, éd. ENSP, 2000 (p. 333-350).

L'évolution du ministère en charge de la santé a subi probablement l'influence de l'évolution de la médecine en France, beaucoup plus investie dans le soin que dans la prévention. La question de la santé des populations a longtemps cédé la place au fameux colloque singulier médecin/malade, les seules approches collectives de la santé ne concernant que la gestion et le financement du système de soins²² ou plus en amont l'hygiène publique

La lecture du métier d'hygiéniste (RAUCH, 1995, p. 58) rééclaire aujourd'hui les fondements des politiques de santé publique : l'hygiène a gagné cette dimension d'un savoir social, et au delà de la lecture scientifique qu'elle fait du corps, objet d'observation, elle établit un lien entre la capacité de l'individu à traiter son corps et les ressources symboliques, économiques, sociales et culturelles qu'il tire de son milieu de vie pour se conformer aux règles de salubrité publique (première urgence politique de l'autorité publique) et alimenter les nouveaux indicateurs de santé publique (la distribution de la morbidité en France, par exemple, ou les taux de prévalence de certaines maladies...). Devant le constat de la recrudescence de certaines maladies (tuberculose par exemple) ou de l'exposition à des maladies profondément inégalitaires du fait des conditions sociales de l'habitat par exemple (saturnisme infantile) il est possible de s'interroger sur les avancées et les retards de la médecine dans notre système de santé, plus habitué à la médiatisation des prouesses technologiques financées par l'État et l'assurance maladie qu'à l'accompagnement préventif des populations socialement fragilisées.

La confiance des usagers pour des institutions qui, dans leurs conceptions et leurs modes d'intervention empruntent de plus en plus à des mondes différents (activité libérale, service public, activité soignante, activité de gestion) se développe elle-même de manière complexe parce que l'enseignement, l'éducation et l'information dont ils bénéficient aujourd'hui leur permettent de transformer en permanence leurs points de vue sur la médecine et l'État au gré des références justificatrices diverses. Ce qu'on pourrait ainsi traduire par de l'ambivalence ou la versatilité de l'opinion pourrait aussi être une émancipation du sens critique.

²² Médecins inspecteurs, rôle et formation, Rapport n°1 de la commission santé publique, mars 1988, p.5.

Dans ces conditions, la question de l'autonomie relative de la profession médicale par rapport à l'État doit aussi se décliner par rapport au public et aux attentes qu'il exprime à différents niveaux. Une profession libérale se veut une profession indépendante, mais le fonctionnaire salarié, dans une organisation administrative peut disposer parfois d'une grande autonomie, selon que, dans le premier cas, les clients manifestent des exigences dans une logique marchande, et que, dans le second, l'utilisateur ne soit pas en mesure, pour des raisons d'éloignement ou de capacité de mobilisation, d'exercer une pression sociale forte par exemple. Ainsi, dans les rapports entre la profession médicale et l'État, on n'est pas en présence d'un monde libre, actif et performant face à un monde froid de procédures et de règles, contrairement à ce que pensent les médecins libéraux. Les interactions dans l'espace des politiques publiques de santé rendent ces univers beaucoup plus complexes.

4) Structure et organisation des politiques publiques différentes : le cas de la Grande Bretagne.

Est-ce que le système de santé anglais, qui présente des caractéristiques très différentes du nôtre a fait émerger un métier ou des fonctions proches du corps des médecins inspecteurs de santé publique français ? Comment la question de l'emploi de ces médecins non soignants, au sein de l'administration se pose outre-Manche ? Qu'est ce qui différencie les deux systèmes ? Voilà les questions qui m'ont conduit à mener une investigation dans divers rapports, études ou séminaires centrés sur le système de santé britannique. Cet aperçu sur un autre pays ayant ici seulement pour but de mieux percevoir la spécificité de la situation française. Je vais tenter ici d'en présenter une synthèse.

L'organisation du système de santé britannique.

Le service national de santé anglais (National Health Service, NHS) regroupe la quasi-totalité des services et établissements sanitaires du pays et l'essentiel de son financement est assuré par l'impôt.²³ C'est la fonction d'intégration qui caractérise

²³ Le dispositif de santé publique britannique présente un caractère intégré à l'organisation générale du N.H.S. Les agents de santé publique ont occupé leur place en même temps que s'organisait le système de santé autour d'une définition historiquement différente de la construction française, c'est à dire, comme le précise M. SETBON « un bien relevant à la fois de l'action individuelle et collective » *Pouvoirs contre SIDA*, Seuil, Paris, (1993).

les rapports entre les différents acteurs du système; professionnels, gestionnaires, usagers évoluent dans un même ensemble²⁴ qui s'est organisé en régions, zones et districts, avec aujourd'hui un ministère spécifique chargé de la santé (créé en 1988) et des acteurs prioritaires de la relation avec les usagers que sont les généralistes. Ces derniers sont souvent considérés comme des « *pivots de l'orientation des patients* ». ²⁵ En 1991, le NHS a fait l'objet d'une réforme qui a introduit le principe de la concurrence entre producteurs de soins, en autorisant notamment les hôpitaux à s'autogérer. Sur le plan économique, ce qui singularise cette « modernisation » par rapport à la France, c'est qu'elle n'a pas été conçue pour réduire des déficits. L'augmentation des dépenses de santé en Grande-Bretagne a été beaucoup plus contenue qu'en France. Leur pourcentage dans le PIB a toujours été très inférieur à la France. En revanche, ce serait une crise de confiance dans la capacité du système à faire face aux besoins des patients (accès rapide aux soins de toute nature) qui aurait conduit les réformateurs à s'engager dans cette voie nouvelle.²⁶ C'est néanmoins sur le plan financier que cette réforme semble mettre particulièrement l'accent. Le financement du système, assuré par l'État, sur la base de l'impôt proportionnel au revenu, consacre d'une part, la solidarité parmi les usagers, et l'autonomie pour les prestataires de soins d'autre part, libres de s'installer et de prescrire avec toutefois l'incitation à la contractualisation pour exercer dans le public, dans le cadre du service national de santé.

Les structures ont pris l'habitude de fonctionner sans véritable responsabilité financière. La réforme des années 90 a mis en lumière le problème des coûts, désignant par là même le corps médical comme un acteur économique nécessairement responsable des dépenses qu'il engage au nom de la collectivité, dans ses pratiques soignantes, à l'instar d'une conception française contenue dans la formule « le médecin est le premier ordonnateur des dépenses de santé ». Cette évolution a probablement contribué à installer la critique au sein de la profession médicale, et à ouvrir des clivages fonctionnels entre professionnels du système.²⁷

²⁴ Dans son ouvrage sur la profession médicale (PAYOT, 1984) E. FREIDSON n'a pas manqué de rappeler le contexte particulier de l'après deuxième guerre mondiale en Angleterre marqué par une forte volonté générale et des pressions politiques à l'origine de la création du Service National de Santé, qui ont poussé la profession médicale à négocier avec l'État.

²⁵ DURIEZ M., LEQUET-SLAMA D., *Les systèmes de santé en Europe*, PUF, 1998, p.63.

²⁶ « Grande-Bretagne, NHS, la réforme passée au crible » *Espace social européen*, 7/6/96.

²⁷ GLENNERSTER H., la contractualisation au sein du service national de santé au Royaume-Uni, *Revue française d'administration publique* n°76, oct./ déc. 95, p.646.

Sur le plan structurel, les hôpitaux ont longtemps fait partie intégrante du ministère de la santé, et se trouvaient donc reliés directement à une chaîne de commande simple et directe qui comprenait l'administration centrale, la région, le district et les établissements hospitaliers, le mode de financement de ces différentes structures répondant à l'unique principe de la capitation (nombre d'habitants). Certains ont pu faire l'hypothèse que c'était la simplicité du système qui l'avait rendu performant en matière de maîtrise des dépenses.²⁸ On notera par la même occasion, la complexité qui s'attache à l'organisation du système français, en ce sens très différent du modèle britannique. En effet, aux entités centrales des cabinets ministériels, répondent les services déconcentrés, en parallèle des modes d'intervention de l'assurance maladie, et des engagements très divers des autorités politiques locales; dans ce paysage compliqué, cohabitent les établissements publics hospitaliers et les cliniques privées à but lucratif, professionnels hospitaliers, spécialistes et généralistes de ville etc... Système intégré et concurrence interne organisée constituent un premier aspect de singularité du service national de santé anglais.

Un acteur central du système : le médecin généraliste.

Dans ce système, contrairement à une idée reçue, le principe du libre choix est admis, mais son mode de gestion est réglementé. En effet, le patient est tenu de s'inscrire sur la liste d'un « general practitioner ». S'il est libre d'en choisir, il l'est moins d'en changer, et même si le transfert est possible, l'opération semble assez difficile. Chaque généraliste est sensé ainsi couvrir une moyenne de 2000 patients. Une majorité de cabinets de médecine générale sont informatisés et ils gèrent les dossiers médicaux de leur clientèle. Cette source d'informations et la possibilité d'exploitation qu'elle offre, positionne par conséquent les généralistes comme des acteurs essentiels dans le champ de la santé publique.²⁹

Dans la mesure où les patients ne peuvent avoir accès aux diverses structures de soins qu'en passant par le généraliste, leur attractivité, dans un système

²⁸ CAUSSE D., Regards sur le National Health Service, *Revue hospitalière de France* n°2 mars/avril 91.

²⁹ Colloque d'Hammet, « médecine générale et santé publique » juin 1995.

aujourd'hui concurrentiel, résulte d'un choix effectué pour le malade et non par lui-même. À cette fonction de médiation, participent également les districts, qui sont des autorités sanitaires locales.

L'action concertée en matière de prévention et de soins est un mode essentiel d'opérationnalisation de la santé publique.³⁰ La politique publique de santé en Grande-Bretagne suppose un cadrage d'objectifs construits à partir d'une information intégrée, c'est à dire contenue dans une chaîne de traitement qui rend les acteurs fortement interdépendants. La loi « The Health of the Nation » de 1992 a ouvert un champ de compatibilité entre objectifs nationaux et locaux de santé publique auxquels ont été associés les médecins généralistes comme acteurs principaux des services de soins primaires et communautaires. L'engagement de ces derniers est une conséquence directe de la fixation d'objectifs individuels et quantifiés de santé publique sur une base de données dont ils sont en partie les fournisseurs, alors qu'en France, à la fois le législateur est relativement en retrait dans ce domaine, le gouvernement est essentiellement préoccupé par les questions d'équilibre des dépenses, et les médecins généralistes restent attachés à une pratique libérale de soins, indépendante de toutes prescriptions de santé publique.³¹

Il y a en Grande-Bretagne un lien direct entre les autorités administratives de districts et les prestataires de soins. Celui-ci se concrétise dans des formes de contractualisation entre producteurs et acheteurs de soins. Ces contrats s'inscrivent dans des conventions régionales qui prennent en compte des programmes de santé publique comme la surveillance et la prévention des maladies transmissibles.³² C'est dans ce contexte que le rôle des médecins généralistes a été renforcé. Sachant que le financement du système par l'impôt demeure, et donc le principe de gratuité pour les patients, ce sont des mécanismes de concurrence interne qui ont été introduits dans les rapports entre acteurs, qui restent, quelles que soient leurs fonctions (offreurs, décideurs...) des organes du système. Les médecins généralistes, comme les autorités

³⁰ Selon M. BRODIN, historiquement la Grande Bretagne a une tradition de santé publique plus culturellement marquée qu'en France. Cet auteur rappelle que « L'École anglaise a fait la trace. Les institutions médicales insulaires ont très vite inscrit les préoccupations opérationnelles de santé publique comme une des responsabilités et des expressions de la médecine et des médecins. Pendant ce temps là les institutions médicales françaises se focalisaient sur la naissance de la clinique. Sur le sol français, les préoccupations de santé publique sont d'abord restées affaire de non-médecins ou de quelques marginaux célèbres. » BRODIN M., « De quelques constantes bien françaises » in Un siècle de santé publique, *Politiques santé N°1*, Fondation de France (décembre 1997).

³¹ Colloque d'Hammamet, « médecine générale et santé publique » juin 1995.

³² « Le système de santé britannique, 5 ans de réforme » *Actualité et dossier en santé publique n°9*, déc. 94.

de districts y deviennent des acheteurs de soins, s'impliquant ainsi dans des programmes supervisés par les NHS Executive Regional Offices, autorités régionales dépendant du ministère de la santé.

Dans ce nouveau système, les hôpitaux, appelés « trusts » ou fondations autonomes, ont acquis de l'indépendance, mais dans le même temps de la responsabilité, en particulier sur le plan économique. Placés sous la surveillance de l'État, soucieux de réduire les activités non rentables, ils sont soumis à des indicateurs de performance qu'ils mettent en œuvre, notamment en négociant avec les médecins généralistes selon une relation client/fournisseur. Les généralistes achètent des soins, les « hôpitaux/entreprises » se font concurrence, l'État examine les coûts, et les autorités locales coordonnent des programmes.

Ainsi la grande différence par rapport au système français, du moins dans le domaine des soins, réside dans le fait que les généralistes ne sont plus seulement des prescripteurs ou de simples « *dépensiers qui s'ignorent* » (D. CAUSSE, avril 91, p. 152), mais des acheteurs de biens et services pour leurs malades. Près de la moitié des médecins généralistes gèrent ainsi des budgets d'achats. Ces médecins sont appelés GP Fundholders et développent ainsi un « marché interne » au sein des professionnels de santé. On voit bien que l'évolution de ce processus va dans le sens d'une plus grande participation des médecins à la gestion, mais aussi et surtout d'un renforcement des interactions entre acteurs du système, contraints de négocier des contrats, et donc de s'intéresser aux préoccupations de chaque partenaire. Ceci ne signifie pas pour autant que les rapports entre acteurs soient des plus sereins. Le principal syndicat de médecins, la BMA (British Medical Association) qui regroupe 80% de la profession est de plus en plus critique à l'égard du NHS dont ils déplorent l'insuffisance de moyens financiers et le renforcement bureaucratique lié à des démarches administratives de contrôle plus assidues.³³ Cette organisation fait état d'une démoralisation des médecins, due à la surcharge de travail et à la précarité de la situation de certains spécialistes. Quoi qu'il en soit, la forte représentativité de ce syndicat lui assure toujours une prédominance de participation au Conseil central des services de santé et aux commissions médicales locales. FREIDSON avait déjà souligné cette forte représentation au sein de ces instances officielles

³³ BEAU P. « NHS, le généraliste glorifié, l'hôpital rationné » *Espace social européen*, 7/6/96, p.15.

d'administration susceptibles d'influer sur l'exercice de la profession médicale. Autrement dit, c'est bien encore la profession médicale qui s'exprime lorsqu'il s'agit de formuler les usages professionnels, de déterminer des normes techniques du travail médical, et de définir ce qui est conforme ou contraire à l'éthique (FREIDSON, 1984, p.47).

Place et rôle des médecins de santé publique.

Les médecins sont présents dans les districts. Ces autorités administratives locales sont gérées par des équipes pluridisciplinaires qui regroupent une minorité de permanents ; il y a dans chacune de ces équipes un médecin spécialiste formé en santé publique ainsi que des représentants de collectivités locales et des différents corps professionnels de santé.³⁴ Médecins de santé publique, hospitaliers et généralistes sont ainsi associés à la fonction d'achat de services pour la population desservie par le district. Les fonds dont dispose ce dernier lui parviennent des régions en fonction de l'importance de la population et non pas des différentes structures existantes.³⁵

Dans l'espace d'un district, le rôle des médecins de santé publique se précise davantage, en même temps que leur nombre d'ailleurs, puisqu'ils sont chargés d'étudier les besoins, de comparer les prix, d'évaluer la qualité des services offerts dans le cadre de cette politique contractualisée d'achats. Ces administrations sanitaires de districts ou conseils départementaux de santé ont probablement servi de référence à la constitution en France des Agences Régionales de l'Hospitalisation et des conférences régionales de santé. Mais les médecins prescripteurs anglais, sont constamment présents dans les procédures. Les patients pour lesquels on achète des soins ou prestations diverses de prévention sont ceux inscrits sur les listes des médecins généralistes de districts. L'évaluation des besoins en matière de soins, l'organisation d'enquêtes auprès des consommateurs ne peuvent se faire sans consultation des généralistes. La mise en œuvre des actions au moyen des contrats où sont spécifiés les services demandés et les prix ne peut se faire sans le contrôle des

³⁴ POLTON D., la décentralisation du système de santé, analyse de l'expérience britannique, *Revue française des affaires sociales* N°1, 1984, p.135.

³⁵ «Le Royaume-Uni : peut-on introduire un peu de marché dans un service national ? », *Informations hospitalières* N°39, mars 1993, p.25.

médecins de santé publique des districts, lesquels détiennent des enveloppes budgétaires pour contractualiser directement des achats au bénéfice des patients dont les généralistes ne gèrent pas de crédits (tous les généralistes ne sont pas GP Fundholders). Il faut enfin signaler que les besoins locaux en matière de santé et le choix des priorités s'effectue en relation avec une autre instance de représentation médicale de terrain : les autorités de médecine de famille (FHSA, Family Health Services Authorities).

L'administration de la santé : un acteur faible.

Dans ce système fortement interdépendant les relations entre les administrations sanitaires de district et les médecins gestionnaires de budget sont inégales, car les administrations, plus proches du ministère, font l'objet d'une surveillance plus attentive, en matière de performances que les médecins gestionnaires. Elles disposent de moins de marge de manœuvre financière que les médecins; elles ne peuvent pas conserver les économies qu'elles réalisent d'une année sur l'autre (P. BEAU, 1996, p. 13). D'autre part, comme souvent dans l'administration, les autorités sanitaires agissent pour le compte d'une population avec laquelle elles n'ont pas de contact, ce qui n'est pas le cas des médecins soignants. Enfin, ces administrations ont un personnel réduit, dont la majorité n'a pas de qualification médicale, hormis les médecins spécialistes de santé publique. Et pour ces derniers, leur compétence est surtout reconnue en épidémiologie, et à partir d'échantillons très larges de population. Ainsi donc, les véritables compétences médicales et financières sont ailleurs, laissant supposer que les effets de la réforme sont moins réels dans « *la chasse aux prestataires que dans l'asservissement des acheteurs* ». ³⁶ Autrement dit, les acteurs les mieux placés pour faire valoir leur point de vue sont les médecins généralistes. Et ceux-ci semblent également extrêmement bien placés pour mener des actions de santé publique. Au-delà des incitations financières qui les y conduisent, ils sont reconnus comme les acteurs de premier niveau à l'égard de la population dans son ensemble. Ils détiennent sur celle-ci des informations de terrain précieuses pour monter des programmes de santé publique, et ils passent des contrats avec de nombreux autres acteurs pour la mise en œuvre

³⁶ GLENNERSTER H., « la contractualisation au sein du service national de santé au Royaume-Uni », *Revue française d'administration publique* N°76, oct./ déc. 95, p.647.

d'actions coordonnées de santé. Présent sur l'ensemble du territoire national, le médecin généraliste anglais peut être considéré comme « *un acteur privilégié au sein du système de santé* ». ³⁷ C'est sa polyvalence qui le différencie du généraliste français. A la rémunération du médecin, selon le régime de la capitation, peuvent s'ajouter des paiements à l'acte pour des prestations qui correspondent à des priorités de santé publique (vaccinations pour les enfants, rappels, examens de dépistage de certains cancers, la prescription de contraceptifs, les consultations de nuit...), et les résultats qu'il obtient dans ce domaine lui ouvrent droit à intéressement. A cette incitation s'ajoutent également des primes pour l'exercice médical en zone défavorisée ou la présence de personnes âgées sur sa liste de patients.

Conclusion sur le système britannique : de la santé publique à l'économie de la santé.

Le système britannique associe des mécanismes de marché à la conduite négociée d'une politique de santé entre autorités administratives et professionnels de santé. Soins de santé primaire, investissement dans la prévention et la promotion semblent aujourd'hui devenir des critères de flexibilité tant des consultants hospitaliers que de leurs confrères généralistes. Les autorités sanitaires de district organisent en fait la planification à partir des propositions des acteurs médicaux installés. Le travail des médecins de santé publique se développe dans le partenariat ou la coordination pour la plupart des problèmes de santé à traiter, définis par les commissions locales, tels que la santé mentale, la toxicomanie, l'orthopédie (GLENNERSTER, 1995, p. 644). Mais il s'agit d'un partenariat initié au sommet, puisque la déclinaison des tableaux de bord et des objectifs locaux s'intègre dans la définition des priorités du livre blanc « Health of the nation ». ³⁸ Cette procédure articulée au processus concurrentiel engagé depuis 92, a, d'une certaine manière, dégagé l'État des urgences de la gestion pour le recentrer sur la définition des politiques de santé publique, dans laquelle son rôle de planificateur, financeur et prestataire de services a cédé la place à celui de « *garant des relations contractuelles passées entre offreurs et fournisseurs de soins* ». ³⁹ La principale raison de

³⁷ « Médecine générale et santé publique », Colloque d'Hammamet, juin 1995.

³⁸ Le livre blanc avait d'ailleurs lancé la création d'observatoires régionaux de santé publique (Regional Public Health Observatories ou RPHO) dont le financement est entièrement assuré par le ministère de la santé, alors que le budget des ORS en France est également alimenté par les contributions des commanditaires d'études. GRIMAUD O., TRUGEON A., Observer la santé dans les régions de France et d'Angleterre, *A.D.S.P. n°35*, juin 2001 (p. 86-87).

³⁹ « les incidences des réformes des systèmes de santé en Allemagne, Grande-Bretagne et Pays-Bas », *Solidarité/Santé N°1*, 1995, p.116.

l'achèvement de cette réforme au Royaume-Uni tiendrait au caractère intégré et étatisé du NHS qui a permis aux pouvoirs publics de conduire une telle initiative (GLENNERSTER, 1995, p. 117), mais des effets pervers ont pu voir le jour en matière d'augmentation des inégalités devant la santé du fait de la concurrence entre producteurs de soins qui ont pu être incités, pour réduire des coûts, à être plus sélectifs dans les pathologies à traiter et donc les patients à prendre en charge. Par conséquent, les médecins de santé publique se voient contraints de rechercher des dispositions pour éviter les biais d'une stricte régulation économique du dispositif. La santé publique se trouve donc aujourd'hui en Grande Bretagne organisée selon les mécanismes du marché alors qu'elle obéit en France à une logique de service public. Si dans ce domaine la France a connu un retard historique par rapport à son voisin d'outre Manche, elle s'en distingue de nos jours par une forte implication de l'État et de ses services.

En conclusion, il n'existe pas en Grande-Bretagne, une fonction similaire à l'exerce du métier de MISP en France, parce que celle-ci se distribue entre acteurs sociaux hétérogènes au sein d'une organisation homogène constituée par un marché originellement garanti par l'État, alors que le système français, qui se caractérise par une grande hétérogénéité d'institutions, de structures et de régimes juridiques fonctionne avec des normes sociales plus homogènes (les règles de droit plutôt que les échanges marchands). En Grande-Bretagne, l'État semble inciter au développement de métiers dans le monde des affaires et la profession médicale y saisit toutes les opportunités nécessaires. On est en présence d'une évolution d'un « monde civique » vers un « monde marchand », selon la conception de BOLTANSKI. Dans le modèle français, où les métiers sont préoccupés par leur organisation interne, les méthodes et la justification de l'action par la recherche du bien commun, on assiste à une recherche de compromis entre les valeurs du monde civique et l'efficacité du monde industriel. La profession médicale en Grande-Bretagne s'exerce de plus en plus dans un mouvement de modernisation managériale inspirée du marché, alors qu'en France, tiraillée entre les impératifs du service public d'inspiration républicaine (l'intérêt général, l'importance de la sphère publique, légitimité de l'État, suprématie du droit) et les principes du libéralisme, elle s'inscrit dans un mouvement qui rend difficile une modernisation par un ensemble homogène

de pratiques professionnelles. L'existence du métier de médecin inspecteur de santé publique semble bien correspondre à cette forme de tension, entre le Droit et le management de la santé.

5) Conclusion

L'intervention sociale et économique de l'État dans le domaine de la santé s'est considérablement accrue tout au long du XX^{ème} siècle, en France comme dans de nombreux pays industrialisés. J'ai montré qu'en Grande-Bretagne, les rapports entre acteurs sont conduits par une logique marchande, de type client/fournisseur, à différents niveaux du système, depuis la base jusqu'aux autorités administratives. Même la santé publique y fait l'objet d'une négociation (on ne parle pas de sensibilisation, mais d'intéressement). L'organisation est intégrée et c'est le marché qui unifie, alors qu'en France, il n'existe pas de système intégré conduit par une seule logique dominante. Les interactions y sont plus conflictuelles, ce qui justifie les formes d'intervention d'acteurs classés parfois sommairement dans la catégorie des métiers de régulation ou d'interface. Cet interventionnisme public a contribué d'une part à transformer l'organisation de la profession médicale et son autonomie, et d'autre part à restructurer le champ de la santé publique dans une dimension politique du système de santé. La santé publique a pris également une dimension européenne. La commission européenne a défini les trois grandes orientations d'une politique européenne de santé publique (surveillance de la santé et de ses déterminants, surveillance des maladies transmissibles et contrôle concerté, actions de prévention et promotion de la santé).

C'est parce que l'État porte son attention non pas sur le contenu de l'activité médicale, mais sur la dimension sociale et collective du champ dans lequel elle se pratique que cette autonomie se voit remise en cause. Contenu et enjeux de la santé publique sont étroitement liés ; politique et technique s'y rencontrent (définir des priorités, construire des modes d'actions, par exemple en bioéthique, en sécurité des systèmes d'information, en nouvelles technologies, en sécurité sanitaire des aliments, en particulier ceux qui sont génétiquement modifiés). Il y a forcément un lien entre l'état sanitaire d'une population et des pratiques de soins individuelles; il y en a également un entre l'analyse et la compréhension d'une situation sanitaire et les

modes de traitement et de prise en charge des maladies. Entre la prévention et le soin, il y a du social, de l'éducatif et de l'économique. C'est la construction ou le repérage des rapports entre tous ces niveaux qui façonne la santé publique, donc un espace propice à des démarches pluridisciplinaires et pluri-professionnelles, susceptibles d'associer la médecine à des modes d'intervention qu'elle ne prescrit pas. La santé publique pose donc problème : qui peut en maîtriser le champ ? Quelles sont les formes organisationnelles de l'administration sanitaire qui la régleme ? Comment dans ce cadre les acteurs de santé publique se mobilisent-ils et comment cette évolution influe t-elle sur la transformation des métiers ?

CHAPITRE II

LA CRÉATION D'UNE ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET LA CRÉATION DU CORPS DES MISP

L'objet de ce chapitre consiste en une présentation ainsi qu'un rappel historique du cadre institutionnel de l'administration sanitaire en France. Quand on parle aujourd'hui de système de santé, on le désigne officiellement comme l'ensemble des personnels, institutions, administrations, établissements publics ou privés, contribuant à la prévention, aux soins des malades et à la santé publique dans un pays. Cette définition très large implique des relations entre des activités de soins et des activités de santé publique correspondant à l'observation de la santé, la planification du système, la définition et la conduite de programmes d'actions spécifiques et d'évaluation. À ces activités participent les Médecins Inspecteurs de Santé Publique que je situerai au cours de cette présentation.

1) Les missions de l'administration sanitaire et sociale de l'État.

L'administration sanitaire et sociale en France recouvre 4 types de structures : d'abord une administration centrale et des services déconcentrés qui emploient près de 15 000 agents, avec un budget de 86,6 MF pour 1999, ensuite des établissements sous tutelle (hôpitaux, organismes de sécurité sociale...) et enfin des agences régionales de l'hospitalisation.

L'actuel ministère de l'Emploi et de la Solidarité voit ses attributions définies par un décret du 11 juin 1997. Celles-ci ont trait à la préparation et la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de travail, d'emploi et de formation professionnelle, d'action sociale et de lutte contre l'exclusion, de santé, de sécurité sociale et d'intégration. Il est chargé aussi de la politique de la ville et du retour des français auparavant hors de la métropole.

Le décret de juin 97 a donné au ministre de l'Emploi/Solidarité compétence en matière de défense et de promotion de l'emploi, formation professionnelle des jeunes et des adultes, négociation collective et conditions de travail. Un second pôle de compétences concerne la famille et l'enfance, les droits des femmes, les personnes âgées, les handicapés, les immigrés, les naturalisations, la lutte contre la toxicomanie. Le troisième volet de ses interventions concerne la protection sociale et la protection de la santé, la prévention, l'organisation des professions médicales, paramédicales et sociales.

Enfin, ce même décret charge le ministre de l'Emploi/Solidarité des questions relatives au financement de la sécurité sociale.

Organisation générale des services.

Sur le plan structurel, cette administration centrale comprend 9 directions, 9 délégations, 3 services spécialisés, une Inspection Générale des Affaires Sociales, et dispose d'une mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

L'administration sanitaire et sociale recouvre également tout un ensemble d'établissements et services placés sous tutelle, constitué principalement d'hôpitaux, d'organismes de sécurité sociale, d'établissements nationaux de santé, tels l'Agence du Médicament, l'Agence du Sang... ainsi que des organismes sociaux comme les établissements nationaux pour jeunes sourds ou jeunes aveugles. À ces organismes, s'ajoutent depuis 1996, les Agences Régionales d'Hospitalisation, chargées de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers publics et privés.

Dans ce paysage institutionnel, les services déconcentrés de l'État, qui emploient 11 000 agents, dont 354 médecins inspecteurs de santé publique (effectif réel au 01/05/1997) sont représentés par les directions régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (22 DRASS métropolitaines, une direction interrégionale Antilles/Guyane, une Direction régionale à la Réunion), et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, auxquelles s'ajoutent des délégués régionaux et départementaux des droits des femmes rattachés directement aux préfets.

Aperçu historique.

Les origines.

Ce ministère a connu beaucoup de changements dans son évolution organisationnelle. Ceux-ci sont révélateurs de la mouvance des besoins sanitaires et sociaux, soumis aux changements économiques, sociaux, technologiques. En charge de ce qui est communément appelé aujourd'hui les Affaires Sociales, ce ministère a des origines anciennes, si on fait référence aux hôpitaux, par exemple, qui lui sont bien antérieurs, mais aussi des origines plus récentes si on étudie ses structures administratives. Le « social » des origines était assimilé à l'assistance, et englobait la notion de santé, comme si le lien entre maladie et pauvreté relevait d'un constat de première heure. Le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a été créé le 27 janvier 1920. Il est né d'un accident d'ordre sanitaire, dans l'urgence consécutive à l'épidémie de grippe espagnole de 1918. Les services de l'hygiène de l'époque étaient distribués entre différents ministères. Le souci de regrouper des services, rendus inefficaces de par leur dispersion, a présidé à la constitution de cette administration.⁴⁰

Ce ministère d'action sociale disposait de pouvoirs de nature préventive. L'hygiène concernait la salubrité des logements, des navires, des ateliers, des eaux minérales et des sources. Il avait également une responsabilité en matière de promotion démographique. Bien que non chargé des services de la population, relevant du ministère de l'Intérieur, il disposait d'un bureau « natalité et protection de l'enfance ». Il était également doté d'une direction générale de la santé publique et de l'hygiène sociale. Mais il n'intervenait quasiment pas dans le fonctionnement hospitalier et l'exercice médical.

La durée de vie de ce ministère socio-hygiéniste de 1920 a été brève, puisqu'en 1921, ses services ont réintégré le ministère du Travail, de l'Assistance et de la Prévoyance. Cette opération de globalisation s'est accompagnée de la création d'une direction de l'administration générale. Il s'agissait d'une première association entre le

⁴⁰ MURAND L., ZYLBERMAN P., « *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux guerres, le ministère de l'hygiène : création et action* », Cermès, 1996, note de synthèse p.8, précisent « qu'Émile Littré en réclamait la création depuis 1859. A peine créé, ce ministère est « sournoisement battu en brèche et menacé de disparaître ». Il sera effectivement supprimé le 23 mars 1924, l'hygiène désormais associée au Travail jusqu'en 1930 où sera reformé un petit département de la santé publique.

travail et la santé, qui a duré 6 ans, jusqu'à la création, sous l'influence d'André TARDIEU, ministre de l'Intérieur, d'un ministère de la santé autonome, qui va voir ses effectifs augmenter, ses attributions se renforcer (l'éducation physique par exemple) jusqu'à donner naissance à un sous-secrétariat d'État à l'organisation des loisirs et des sports. La prévoyance sociale, qui deviendra plus tard la sécurité sociale, est intégrée au ministère du travail; le ministère de la santé ayant en charge, l'assistance aux adultes et à l'enfance.

Les années trente.

Sur le plan de l'organisation, la question, à l'époque, est de savoir à qui, du Travail ou de la Santé, confier les questions relatives à la prévoyance, l'assistance et la démographie. Avec la crise économique et politique des années 30, les questions de santé et d'assistance perdent de leur priorité, mais il faut signaler au cours de cette période l'organisation du contrôle sur place des lois d'assistance et la création par un décret du 30 octobre 1935 d'un corps d'inspecteurs de l'assistance publique. Une loi du 14/1/1933 organise également la surveillance des établissements de bienfaisance privée. Le statut des assistants de service social est fixé par un décret du 12/1/1932. L'assistance éducative est mise en place. En revanche, l'action de l'État en matière d'hôpitaux n'est pas institutionnalisée; il n'existe pas de service spécifique dans ce domaine, où néanmoins les investissements se développent, et qui avait déjà disposé d'une division des hôpitaux au ministère de l'Intérieur en 1880. Quant à la situation démographique de la France, les années 30 accusent une décroissance du taux de natalité, avec un remplacement des générations qui n'est pas assuré. Si la situation est médiocre, les ministères du travail et de la santé ont en charge les allocations familiales et la natalité. La famille va devenir une priorité du gouvernement de Vichy qui va créer un secrétariat d'État à la santé et à la famille, disposant de 30 bureaux (contre 12 en 1930).⁴¹ On va y trouver une direction de la santé, qui va organiser la tutelle du ministère sur l'exercice des professions médicales et paramédicales, un service central de la pharmacie, un bureau de l'équipement et de l'organisation des établissements hospitaliers. De cette période date la création de la PMI, et c'est le domaine de la santé qui va s'enrichir de structures et dispositions nouvelles. L'organisation hospitalière est annoncée par une loi du 21/12/41 portant sur les

⁴¹ ZIEGLER A, "Quelques étapes du passé", *Revue française des Affaires Sociales*, N°4, Oct/Déc.1980, p. 19.

hôpitaux et hospices civils. Ce texte établit le principe d'une garantie d'accès à toutes les catégories sociales; il construit l'idée d'une modernisation de l'équipement hospitalier, et il annonce la prévision d'un plan général de l'organisation hospitalière en France.

L'après-guerre.

Après la guerre un ministère de la population est créé le 21/11/45. Les préoccupations des pouvoirs publics ont trait, à ce moment là au développement de la protection de la famille, de la natalité, et à l'application d'une politique de peuplement. C'est le 24/11/47 qu'apparaît un ministère de la Santé Publique et de la Population. Jusqu'en 1966, ce ministère va connaître 14 ministres successifs. La période des plans, dans les années 50, va s'accompagner d'un interventionnisme étatique de plus en plus marqué dans le fonctionnement hospitalier. Les plans d'équipements hospitaliers et sociaux traduisent bien un changement d'optique par rapport au fonctionnement des hôpitaux. Le ministère est alors doté d'une direction générale de l'Hygiène Publique et des Hôpitaux, chargée des constructions et aménagements. Le statut des hôpitaux va être fixé par les ordonnances du 11/12/1958 qui créent les CHU. La direction des Hôpitaux et la Direction Générale de la Santé Publique ont été créés en 1956. L'intervention de l'État va aussi toucher le fonctionnement interne des établissements puisqu'une circulaire du 5/12/1958 se préoccupe de leur humanisation et de la fonction d'accueil des malades. Cet interventionnisme public va être renforcé par un effort de rationalisation juridique avec la parution d'un code de la santé publique le 5/10/1953. Le même effort va se vérifier dans le secteur social avec le décret du 24/1/56 qui officialise le code de la famille et de l'aide sociale. Enfin, l'intervention de l'État s'amplifie et se diversifie : la sectorisation psychiatrique est mise en place par une circulaire du 15/3/1960.

La période de développement accéléré.

Toute cette évolution institutionnelle et politique se traduit sur le plan administratif par l'émergence de deux grands pôles de l'action des ministères sociaux : le travail et la santé.⁴² Les transformations organisationnelles qui vont

⁴² FRIOT B., "les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946", *Revue Française des Affaires Sociales* n°1, janvier/mars 96, p. 141.

suivre, avec la multiplication de ces ministères et les mouvements de compétences vont caractériser la forte instabilité des structures internes en lien avec une double formulation des fonctions figurant dans les intitulés ministériels depuis le début du siècle : hygiène/santé, assistance/population, prévoyance sociale/sécurité sociale, travail/emploi.⁴³

Le poids grandissant de cet interventionnisme public devait influencer sur la transformation des modes de gestion administrative et politique des services de l'État. Les structures administratives françaises héritées de la III^{ème} République, en dehors du niveau central, étaient organisées autour d'une pièce maîtresse : le département. Le Préfet, qui est le représentant du pouvoir central dans le département, avait en charge la coordination des services de l'État, la tutelle sur les communes, l'exécutif du département, et la gestion du personnel des préfectures.

2) Évolution du fonctionnement des services déconcentrés de l'État

Il faut rappeler que les services relevant du ministère de l'Intérieur, s'étaient vus attribuer de nombreuses activités nouvelles, liées aux fonctions qui viennent d'être énumérées. Les engagements de l'État dans la vie économique et sociale, avec le développement de la législation et de la réglementation, et des formes d'action sociale, vont favoriser les interventions hiérarchiques territoriales des ministères, parfois sans le relais des préfets, ou par l'intermédiaire direct de leurs services extérieurs. Ces pratiques ont pu contribuer à limiter les pouvoirs des préfets, servant souvent de boîtes aux lettres pour transmettre des dossiers aux ministères, qui seuls, décidaient. Or, on sait, en particulier grâce aux travaux de sociologues⁴⁴ que les systèmes d'administration locale sont complexes, parce qu'ils sont faits d'une multiplicité de relations enchevêtrées, mettant en scène du personnel politique national, des forces et des personnalités locales, des agents de la fonction publique. On sait ainsi que dans les faits, les pouvoirs de tutelle des préfets sont exercés avec modération, que ces derniers composent prudemment, par exemple, avec les maires des villes importantes, qu'ils ménagent les maires de l'opposition, qu'ils avaient, avant la décentralisation, à l'égard des petites communes, plutôt une fonction de

⁴³ FRIOT B., "les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946", *Revue Française des Affaires Sociales* n°1, janvier/mars 96, p.151.

⁴⁴ DUPUY F., THOENIG J.C., « *Sociologie de l'administration française* », Armand Colin, 1983.

conseil et de concertation qu'une fonction de tutelle etc... On comprend mieux pourquoi le pouvoir politique de l'État a éprouvé le besoin d'un rééquilibrage de la fonction préfectorale. Cette volonté s'est exprimée par la réforme du décret du 14 mars 1964, destinée à restaurer l'autorité préfectorale et à accroître les pouvoirs du préfet par un processus de déconcentration.

La réforme de 1964.

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales.

Le préfet est réaffirmé comme agent du ministère de l'Intérieur, comme le dépositaire de l'autorité de l'État dans le département, et comme le délégué de chacun des ministres. S'il n'est pas le chef de tous les services de l'État, il en est néanmoins l'animateur et le coordinateur. Les chefs des services de l'État dans le département, décident par délégation du préfet. Si certains services échappent à son autorité (Défense, Finances, Justice, Éducation Nationale) l'administration sanitaire et sociale de l'État va lui être confiée pleinement. A la modernisation des services administratifs des préfectures (réorganisation et redéploiement de moyens), va s'ajouter la création des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale et des Services Régionaux de l'Action Sanitaire et Sociale. Car le décret du 14 mars 64 organise également les services de l'État dans les circonscriptions d'action régionale. Les attributions du préfet de région ne correspondent pas toutefois à un véritable pouvoir de décision. Elles sont consultatives et d'information. Son rôle essentiel est limité à l'action économique et sociale. Si la région n'est pas encore un échelon, elle devient un relais, mais c'est le département qui demeure la cellule fondamentale de l'administration de l'État. Le préfet de région est assisté d'une conférence administrative régionale qu'il préside, et qui est constituée des hauts fonctionnaires de la région, dont le chef du Service Régional de l'Action Sanitaire et Sociale, qui a une compétence consultative, la compétence effective du préfet concernant d'une part, la préparation et l'exécution du plan, et la coordination administrative. Dans le domaine sanitaire et social, la réforme de 64 marque donc la création des DDASS et des SRASS.

Les DDASS.

Les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale ont donc été créées le 30 juillet 64, par la fusion des Directions Départementales de la Population et de l'Action Sociale, de la Direction de la Santé, des divisions ou services d'aide sociale des préfetures, et des services médicaux et sociaux de l'Éducation Nationale.⁴⁵ Parmi ces derniers, figure notamment le service de santé scolaire qui avait été créé la même année que la Protection Maternelle et Infantile, par une Ordonnance du 12 octobre 1945. Ce service avait pour mission de protéger la santé de toute la population scolaire, dans une période où la situation sanitaire n'était pas très brillante. L'ambition était de promouvoir une médecine du travail scolaire.⁴⁶ La mise en place de bilans de santé et de bilans sociaux apportait ainsi au contrôle médical une dimension psychologique et sociale. Ce sont donc ces services, gros recruteurs de personnels médicaux, qui ont été rattachés en 1964 aux Directions de l'Action Sanitaire et Sociale.

Les SRASS, ancêtres des DRASS.

Au niveau régional, le décret du 30 juillet 64 instituait un service régional de l'action sanitaire et sociale. On verra par la suite que ce service va donner naissance en 1977 aux actuelles DRASS (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales). Ce service a des attributions de planification, en matière d'équipement sanitaire et social; il est chargé de la préparation de tranches régionales de plan dans ces domaines. Il a aussi une fonction de contrôle et d'inspection: contrôle d'institutions de caractère régional, comme les centres de formation de travailleurs sociaux, les écoles paramédicales; il organise les épreuves des diplômes d'État des professions sanitaires et sociales, il contrôle les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. Le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale bénéficie du concours technique d'un pharmacien inspecteur régional pour mettre en œuvre les attributions qui ont trait à l'inspection de la pharmacie. Ce service a également une fonction de coordination et d'animation d'un certain nombre de commissions qui sont sensées préparer les décisions du préfet en matière de plan, d'agrément d'établissements sanitaires et sociaux, de définition de la carte sanitaire.

⁴⁵ THEVENET A., « *L'aide sociale aujourd'hui* » Paris, ESF, 1992.

⁴⁶ THEVENET A., « *L'aide sociale aujourd'hui* » Paris, ESF, 1992. P. 12

Les inspections de la santé.

Il faut rappeler que depuis le gouvernement de Vichy, existait un corps de médecins inspecteurs de la santé. La réforme de 1964 a précisé les attributions du médecin inspecteur régional de la santé, placé comme conseiller technique directement auprès du préfet. Il est chargé de contrôles médicaux spécialisés, notamment au niveau du CHU. Il coordonne l'action des médecins inspecteurs départementaux; il assure des relations avec les Ordres médicaux et paramédicaux; il participe à des commissions régionales; il organise les concours médicaux. Son avis doit être rendu obligatoirement dans la préparation des plans d'équipement sanitaire, et pour l'organisation des services médicaux des établissements hospitaliers.

Les compétences spécialisées de ce médecin inspecteur régional de la santé le positionnent par rapport au chef du service régional de l'action sanitaire et sociale comme un acteur incontournable à consulter lors de l'élaboration et l'exécution des conventions relatives au CHU, dans l'organisation des concours et examens régionaux pour le recrutement des personnels hospitaliers et sanitaires.

Les directions régionales de la sécurité sociale, futures DRASS.

Il faut enfin signaler, dans ce paysage institutionnel des services sanitaires et sociaux de l'État dans la région, les directions régionales de la sécurité sociale, qui avaient été mises en place, au moment de l'organisation générale de la sécurité sociale en 1945/1946.

Étendue des missions confiées aux DDASS.

Les DDASS de 1964 se présentent très vite comme des structures complexes. Leurs attributions sont très variées, et elles animent ou participent à l'activité d'un grand nombre d'organismes ou d'institutions publics ou privés. L'architecture des DDASS se composait de 4 groupes d'attributions : les actions et l'aide sociale (aide médicale, infirmes, personnes âgées, migrants, inadaptés sociaux...), le service unifié de l'enfance (regroupant la PMI, la santé scolaire, l'aide à l'enfance et la prévention, l'enfance inadaptée), la tutelle et le contrôle des établissements (les établissements à prix de journée et l'instruction des dossiers d'équipement), les actions sanitaires (hygiène de l'eau, règlement sanitaire départemental, prophylaxie des maladies,

vaccinations, contrôle sanitaire aux frontières...). On trouvait dans les DDASS 5 catégories de personnels : les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, issus de l'École Nationale de la Santé Publique, les médecins de la santé publique, notamment dans le service des actions sanitaires et en santé scolaire, et un service social départemental placé sous l'autorité d'une assistante sociale chef, conseillère technique. La DDASS disposait également de personnels techniques (infirmières, éducateurs, inspecteurs de salubrité...) et de personnels administratifs. Ses moyens financiers provenaient du budget départemental voté par le Conseil Général et d'une participation de l'État dans des proportions correspondant à la taille du département et la nature des dépenses. Il faut signaler parmi les collaborateurs du DDASS, le médecin inspecteur départemental de la santé. Il présente la particularité d'être situé sur le même rang hiérarchique que le directeur de l'action sanitaire et sociale, et sa fonction première est celle de conseiller technique du préfet dans le domaine sanitaire. Il contrôle les établissements de soins, les laboratoires, et en relation avec les Ordres professionnels, il veille à l'exercice des professions médicales et paramédicales. Il délivre des avis techniques sur les projets d'équipements sanitaires et sociaux, dont la DDASS conduit l'instruction. Et c'est la DDASS qui assure le secrétariat du MID.

Les effets de la réforme de 1964.

Officiellement, cette réforme de 1964, qui opérait un certain nombre de regroupements sous l'autorité du directeur de l'action sanitaire et sociale, sauf pour le corps des médecins inspecteurs, avait pour but d'unifier une conception du travail, d'affirmer la cohérence interne de l'institution. Elle s'est présentée comme une mesure de rationalisation par les structures, et d'un agglomérat d'attributions auparavant dévolues à des services très éparpillés.

Ce processus de globalisation va se renforcer par la création le 9 janvier 1966 d'un vaste ministère des Affaires Sociales, mettant fin à l'existence séparée des ministères de la santé publique et de la population et du travail. C'est la question du positionnement de la direction de la sécurité sociale qui a pu influencer sur cette transformation, puisque celle-ci avait à traiter de nombreux problèmes de santé, tout en étant rattachée au ministère du Travail. Aux interventions du 1^{er} ministre pour assurer les arbitrages nécessaires, se substituait donc la compétence générale du

nouveau ministre des Affaires Sociales qui va développer la notion de santé publique avec l'apparition structurelle des services d'action médico-sociale, la PMI et la santé scolaire. Il s'agit là de secteurs d'intervention publique fortement marqués du souci de prévention. A celui-ci va s'ajouter celui de la prévision, avec la création d'un service spécialisé des Études et des Prévisions.

Les années 70.

Après le départ du Général De Gaulle, et sous la présidence de Georges Pompidou, on va assister à une nouvelle partition entre la santé et le travail. Un ministère de la santé publique et de la sécurité sociale est confié à Robert BOULIN, et celui du travail, de l'emploi et de la population, à Joseph FONTANET, les services de la population y étant rattachés du fait d'un important mouvement d'emploi de travailleurs étrangers. Les années 70 marquent donc la structuration des services autour de deux pôles : travail et santé, qui va s'accompagner d'un désir de clarification des compétences lié à la multiplication des services, et entraînant une relative instabilité institutionnelle.⁴⁷ Le ministre de la santé devait dégager trois principes d'action pour son ministère⁴⁸ : rationaliser la gestion, industrialiser les équipements sanitaires et sociaux, et responsabiliser les agents. L'analyse de B. FRIOT⁴⁹ fait état d'une technicisation des pôles travail et santé, parallèlement à la complexification stratégique de leur domaine d'action. L'organisation centrale du ministère de la santé va comporter 5 directions techniques : la direction générale de la santé, la direction de la sécurité sociale, la direction des hôpitaux, la direction de l'action sociale et le service central de la pharmacie. Ainsi, dans les années 70, le domaine de la santé a été conduit par une volonté rationalisatrice de rentabilisation des moyens, une approche technocratique des équipements, et un intérêt particulier pour la gestion des personnels. D'après cette analyse⁵⁰, l'instabilité interne était un écho à l'interdépendance des deux pôles. Ce mouvement s'est traduit par les changements d'intitulés ministériels qui se sont succédé autour des grandes fonctions déjà citées : hygiène/santé, assistance et population, prévoyance et sécurité sociale, travail.

⁴⁷ FRIOT B., les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946, *Revue française des Affaires Sociales* n°1, janvier/mars 96, p. 141.

⁴⁸ ZIEGLER A., Quelques étapes du passé, *Revue française des Affaires Sociales* n°4, oct/déc.80, p. 24.

⁴⁹ Ibid. 1996

⁵⁰ Ibid. p. 151

Complexité nouvelle de l'administration sanitaire.

La technicisation du pôle santé a directement pesé sur la restructuration des services centraux, dans un constant effort d'adaptation à un environnement fortement évènementiel (greffes d'organes, dynamiques d'exclusion, équilibre de la sécurité sociale, IVG, augmentation de la morbidité par cancers et infarctus). L'interventionnisme public a été par conséquent croissant, dans le cadre notamment d'une planification socio-sanitaire importante (construction d'équipements, prévention périnatale, politique en faveur des handicapés, programmes d'actions prioritaires axés sur la réduction des inégalités, maintien à domicile des personnes âgées...) cette politique au sommet et l'orientation des actions à partir de structures de plus en plus complexes et spécialisées recouvrent une double dimension : idéologique (traiter la question de la santé avec des outils macro-économiques), et stratégique (l'intégration de la sécurité sociale dans le champ des affaires sociales traduit le souci du politique pour la régulation de la protection sociale. On est donc progressivement passé d'un service public d'hygiène sociale à prestations peu techniques en direction de populations exposées à des fléaux sociaux, à un pilotage de la gestion de l'activité hospitalière, après l'essor sans précédent de l'hospitalocentrisme et de la médecine curative et le constat de l'émergence de la composante financière du système de soins comme objet prioritaire de l'intervention publique.

Les nouvelles préoccupations de la politique publique de santé et l'apparition des DRASS.

En 1977-1978, la réforme des services extérieurs du ministère va se fonder sur le souci d'une régulation de la consommation sanitaire et d'une responsabilité du financement de l'appareil de soins. Simone VEIL, alors ministre de la santé, va conduire une démarche de fusion des services destinée à renforcer leur position et leur action dans ce domaine. Cette fusion va concerner les services régionaux de l'action sanitaire et sociale, les inspections régionales de la santé et les directions régionales de la sécurité sociale. Elle va donner naissance aux DRASS: les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, placées sous l'autorité de directeurs régionaux, eux-mêmes sous l'autorité des préfets de région. Il faut signaler également que les postes de direction des services déconcentrés (régionaux et départementaux)

ont été alors fonctionnalisés, c'est à dire soumis à des modes de nomination laissés à la discrétion du ministre.⁵¹ Cette nouvelle organisation a été mise en place par un décret du 22 avril 1977, et son personnel administratif d'encadrement a pris la dénomination "d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales". Le personnel de l'inspection de la santé, comprenant notamment les médecins inspecteurs, a été placé sous l'autorité du nouveau directeur régional, tout en conservant sa compétence technique, mais voyant du même coup son autonomie limitée.

L'organisation des DRASS.

En 1977, l'ossature générale d'une DRASS est constituée de trois services : un service planification chargé des plans sanitaires et sociaux, de la carte sanitaire, de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire, du fonctionnement du comité régional correspondant, et de l'organisation des concours et examens ouvrant accès aux carrières médicales hospitalières, paramédicales et sociales; un service de contrôle de gestion chargé d'élaborer des indicateurs pour mieux maîtriser les coûts de fonctionnement des organismes et services sanitaires et sociaux, et enfin un service de législation de sécurité sociale qui assure une tutelle sur les organismes et un contrôle de l'application de la réglementation.

L'un des objectifs majeurs de cette restructuration était de mieux connaître le fonctionnement des organismes sanitaires et sociaux et la nature réelle de leurs activités. Cet objectif a fait l'objet d'une rationalisation du travail, d'une technicisation de processus d'analyse et d'évaluation. Dans le domaine des soins, par exemple, la politique d'évaluation devait porter sur les pratiques professionnelles et les modalités d'organisation des services ainsi que sur des systèmes d'information portant notamment sur les pathologies et les modes de prise en charge. L'exercice de cette mission devait se concrétiser en particulier par des investigations sur place impliquant des collaborateurs techniques, dont des médecins inspecteurs.

Les inspections spécialisées.

Aux trois services de la DRASS, s'ajoutent deux inspections techniques : l'inspection régionale de la santé et l'inspection régionale de la pharmacie. La première regroupe les médecins inspecteurs de santé publique à qui sont confiées des

⁵¹ A.THEVENET, *l'aide sociale aujourd'hui*, ESF.1992, p. 66.

missions techniques de caractère médical ou médico-social. Celles-ci sont réparties en deux volets, selon qu'elles s'exercent sous l'autorité hiérarchique du directeur régional ou sous leur propre responsabilité. Dans le 1er volet, on trouve 5 catégories d'activités :

- des activités de contrôle, liées à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé, et partagées avec d'autres acteurs (administratifs notamment) portant sur le fonctionnement technique médical des établissements et services

- des activités d'inspection pour des affaires à instruire concernant le fonctionnement des établissements et services médicaux ou médico-sociaux ;

- des activités administratives pour l'organisation de concours de recrutement de médecins hospitaliers, de nomination des médecins des hôpitaux, des concours d'internat ;

- des activités de concertation, dans le cadre des travaux de planification et d'élaboration des schémas d'organisation sanitaire ;

- des activités pédagogiques en matière de formation des professions médicales et paramédicales.

Dans le second volet, on trouve une assez grande diversité d'attributions, en rapport avec le secret médical (déclarations d'interruption de grossesse, relations avec le conseil de l'Ordre...) ou avec des compétences purement médicales (présidences de jurys d'examens)

La seconde inspection régionale reprend les personnels et les missions antérieurement spécifiques de l'inspection de la pharmacie qui était déjà, à la différence de l'inspection de la santé, un service intégré.

Le directeur régional est également assisté d'un certain nombre de collaborateurs techniques spécialisés, qui ne représentent pas vraiment des services à part entière, c'est à dire chargés de la gestion d'une mission bien définie, mais dont le rôle est de fournir des avis techniques sur des dossiers ou des affaires spécialisées (l'ingénieur régional de l'équipement, la conseillère technique régionale pour le travail social...) ou d'assurer des prestations techniques transversales (le statisticien régional, les spécialistes en organisation/informatique).

Si les DRASS en 77 ont reçu pour mission principale de planifier les équipements sanitaires et sociaux avec l'objectif d'une maîtrise des coûts et le principe d'une plus grande responsabilisation dans le financement, les DDASS ont en revanche été confirmées dans leurs activités de tutelle et impliquées dans des missions d'action sociale.

On peut noter que la fonction sécurité sociale va devenir de plus en plus, à partir des années 80, dans ce ministère, une fonction politique. Le volet travail a été relativisé au profit des volets emploi et formation professionnelle, aujourd'hui également politisés, tandis que la fonction santé est devenue au moins autant technique que stratégique.

Les pôles originels (santé et travail) des ministères sociaux ne présentent plus les mêmes caractéristiques stratégiques. Les préoccupations de sécurité sociale sont devenues centrales au ministère de la santé depuis 1979, auxquelles s'ajoutent aujourd'hui des préoccupations sociales que les phénomènes d'exclusion ont accentuées. La vision économiste du système et de ses dépenses de santé s'est greffée à des préoccupations de progrès social et oblige autant à la maîtrise d'une consommation médicale qu'au développement d'une consommation sociale en direction des plus défavorisés.

Les effets de la réforme de 1977.

Ainsi dans les DDASS, la réforme de 77 a placé un médecin inspecteur départemental comme adjoint direct du directeur, et sous son autorité, tout en rapprochant, dans une logique de sectorisation les actions sanitaires et les actions sociales, opérant ainsi le regroupement des deux secteurs sous l'autorité d'un directeur unique. Si cette démarche relevait d'un souci de centralisation des moyens et d'intégration des fonctions, dans l'organigramme, la différenciation demeurerait entre un service unifié de l'enfance, un service d'aide et d'action sociale, un service de tutelle et de contrôle des établissements, et un service d'actions sanitaires principalement confié à des personnels techniciens et médicaux. Sous l'autorité du DDASS, on pouvait donc trouver en 77, outre les personnels administratifs traditionnels, des médecins inspecteurs de la santé ayant vocation à traiter d'actions sanitaires, de contrôle technique de l'aide médicale, de santé scolaire et de PMI. Le

financement du fonctionnement des DDASS était alors assuré par un double budget, celui de l'État et celui du département, voté par le Conseil Général, sauf pour les frais de personnel pris en charge respectivement par chaque employeur public concerné.

Pour des raisons d'ordre budgétaire, la fusion des services extérieurs du ministère, notamment par le regroupement des ex directions régionales de la sécurité sociale et des SRASS au sein des nouvelles DRASS, installation immobilière à l'appui, s'est échelonnée sur plusieurs années à partir de 1977. C'est ainsi que la DRASS du Nord- Pas de Calais n'a été inaugurée qu'en 81, c'est à dire dans la dernière vague de programmation. Tout ce mouvement de réorganisation obéissait à une logique de déconcentration dont la technique consiste à transférer le pouvoir formel de décision des agents du pouvoir central à des responsables de circonscriptions administratives et de services locaux relevant de la même autorité. On sait qu'avec l'élection de F.MITERRAND à la présidence de la République et l'arrivée d'un gouvernement de gauche, le principe de décentralisation qui animait les débats dans l'administration s'est concrétisé avec la promulgation de la loi du 2 mars 1982, dont les répercussions ont été sensibles dans l'administration sanitaire et sociale de l'État.

La réforme de 1982 : la décentralisation.

Fidèle à ses traditions de méfiance à l'égard de l'État, et d'affirmation du citoyen contre les pouvoirs, un gouvernement de gauche devait concrétiser son souci de réformisme par un important chantier de réorganisation de l'espace public. Malgré un principe de base commun, à savoir l'exercice sur place d'un pouvoir de décision, la déconcentration avait une signification pratique, par l'aménagement d'une technique de commandement, la décentralisation recouvrait, elle, une signification politique plus nette, en rapprochant le pouvoir politique des citoyens, et en plaçant l'élu local face aux usagers. Dans le domaine sanitaire et social, on pouvait remarquer une superposition sur les mêmes portions de territoire et sur les mêmes citoyens d'une administration d'État et d'une administration décentralisée. La première conséquence était que tout territoire d'une collectivité locale coïncidait avec une circonscription de l'administration de l'État sans que la réciproque soit vraie

(ressorts académiques par ex.) et la seconde était liée au cumul par une même personne (le préfet, le maire...) d'une qualité d'agent de l'État et d'une qualité d'agent d'une collectivité locale.

La loi du 2 mars 1982.

Avec la réforme générale de l'administration territoriale, la loi du 2 mars 1982 a fixé les droits et libertés des communes, des départements et des régions. Parmi ses principales dispositions, on note la suppression de la tutelle administrative sur les communes, départements et régions, la mise en place d'un contrôle administratif confié à des juridictions (tribunal administratif, chambre régionale des comptes), l'attribution de l'exécutif du département au président du Conseil Général et non plus au préfet, l'érection de la région en collectivité territoriale, avec un Conseil régional élu au suffrage universel direct. Ces dispositions reposent sur trois principes, traduits en objectifs d'une décentralisation administrative : le contact des populations, la connaissance concrète des besoins et la collaboration de ces populations à la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. En parallèle d'une affirmation de ces principes, ont été définies les principales conditions de la décentralisation : la reconnaissance par le législateur de l'existence autonome de certains intérêts (par ex. les besoins d'assistance et d'aide sociale d'une population donnée s'appréhendent au niveau des conditions socio-économiques locales de cette population), la gestion de ces intérêts confiée à des organes indépendants du pouvoir central, et enfin la procédure de l'élection comme technique la plus à même d'assurer l'autonomie de ces organes. Ainsi dans de nombreux domaines de l'action publique, des textes postérieurs à la loi de 1982 (lois de janvier et juillet 83) sont venus préciser les compétences respectives de chacun des acteurs en présence (communes, départements, régions, État.)

Mise en œuvre de la réforme de 1982.

Compte tenu des transformations qu'elle entraînait, cette réforme s'est échelonnée dans le temps, de 1983 pour la formation continue et l'apprentissage, à 1985 pour l'enseignement public. Dans le domaine de l'action sociale et de la santé, cette répartition s'est opérée le 1/1/84, confiant l'admission d'urgence à l'aide sociale et l'instruction des demandes aux communes, l'aide sociale dans sa quasi-totalité aux départements, et conservant à l'État ses missions de planification, de contrôle et de

tutelle en matière de sécurité sociale et d'établissements de santé et médico-sociaux, voire sociaux, avec parfois l'exercice d'une compétence conjointe avec le Conseil Général. Les DDASS, en particulier, ont dû transférer aux départements, une part importante de leurs services qui traitaient notamment des questions d'aide sociale. Cette zone de transfert a été d'autant plus importante qu'elle correspondait à un volume de dépenses sociales excédant le plus souvent la moitié du budget de fonctionnement d'un département. Ce partage a été délicat parce que les DDASS avaient en l'espace de 20 ans, depuis 1964, date de leur création, réussi des stratégies, déployé des efforts, développé des compétences pour consolider une administration au départ très fragmentée.⁵² Les DDASS ont ainsi perdu entre les 2/3 et les 3/4 de leurs agents ; or, depuis 1964, elles avaient dû mener des politiques nationales complexes (maintien à domicile des personnes âgées, loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, rénovation de l'aide sociale à l'enfance, humanisation des hôpitaux...) Toute cette évolution avait fait de ces services extérieurs de l'État le premier outil de mise en œuvre d'une action sociale globale. Néanmoins, malgré l'inquiétude des personnels touchés par cette réforme, les modalités du partage des services ont été définies par un décret du 19/10/84, suivi d'une circulaire, publiés le 20 octobre. La scission s'est réalisée progressivement tout au long de l'année 85 jusqu'au 1^{er} trimestre 86.

La nouvelle configuration des DDASS.

La DDASS a conservé sa dénomination et a fait l'objet d'une réorganisation officialisée par un décret du 14 mars 1986. Décloisonnement et transversalité ont été mis à l'ordre du jour, avec le souci d'une intégration des services et des personnels. Une lettre ministérielle du 4 février 1985 avait précisé, dans les orientations du nouveau service de l'État, que les personnels techniques et en particulier les médecins, avaient leur place dans l'encadrement des services, au même titre que les autres cadres, sans rien ôter de leurs compétences spécifiques. Dans leur nouvel organigramme, les DDASS sont dotées d'une cellule d'information et d'une cellule chargée des missions d'action sanitaire et sociale en prise avec le cadre de vie (protection sanitaire de l'environnement, politique de santé mentale, prévention, lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, santé scolaire, contrôle de l'état sanitaire des

⁵² LIGNEAU P., *Revue de Droit sanitaire* L1986, p.91.

prisons) Le développement social comme mission importante constitutive d'une DDASS, fait également l'objet d'une structuration entre une cellule des actions globales (programmes locaux de développement social des quartiers dans le cadre de la politique de la ville, contrats emploi/solidarité, programmes de lutte contre la pauvreté) et une cellule chargée des actions spécifiques (personnes âgées, handicapés, promotion de la santé) Le concours des médecins inspecteurs de santé publique est souligné, en collaboration avec les observatoires régionaux de santé, les comités consultatifs de promotion de la santé, les comités d'éducation pour la santé. Enfin les services chargés du contrôle et de la tutelle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (à la condition que ces derniers fournissent des prestations prises en charge par l'État ou la sécurité sociale) sont confirmés au sein des DDASS, sachant que l'impératif majeur désormais avancé par le ministère concerne la maîtrise des dépenses sociales. Les services de l'État vont être incités à développer et approfondir leurs contrôles pour produire des appréciations globales de la gestion et du fonctionnement des établissements. La logique comptable et les approches comparatives ne sont plus suffisantes, et la notion d'utilisation optimale des ressources disponibles va de plus en plus être avancée, introduisant notamment le principe du contrôle de la qualité des soins. La complexité de cette nouvelle approche va tenir en particulier aux modalités de la collaboration entre les deux niveaux de déconcentration des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales : les DDASS et les DRASS.

Les effets de la décentralisation.

Ce mouvement de décentralisation a modifié les interdépendances entre l'État, acteur central, ses services extérieurs et les nouvelles collectivités locales, dotées de compétences transférées, et donc avec les pouvoirs financiers qui s'y attachent, de nouvelles marges de manœuvre dans le champ sanitaire et social. L'État et son administration vont, à partir de 1989, mettre en chantier un processus de restauration de leur légitimité qui va mettre au centre de la dynamique officielle de performance du système, ou comme clé de son efficacité, l'image de l'acteur : celle de l'utilisateur/ citoyen/ client, et celle du fonctionnaire/agent de changement. L'évolution du sens accordé à la notion d'utilisateur, évolution extensive puisqu'elle semble toucher au champ de la citoyenneté, ajoute une nouvelle dimension relationnelle au métier de MISP, impliqué dans la reconnaissance des droits des patients et la promotion du

concept de démocratie sanitaire.⁵³ Le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale va éditer le mercredi 10 mai 1989 le numéro 1 de son journal interne de communication intitulé : le journal du projet, dirigé depuis le cabinet du ministre. L'organisation recomposée, décrite dans ce projet avait pour objectif de faire face à la recomposition des pouvoirs, et d'octroyer à l'administration de l'État dans le champ élargi du social et de la santé une position d'animateur central ou polycentrique à défaut de commandement unique. Parmi les pistes annoncées par le ministre de l'époque, était soulignée l'amélioration du fonctionnement global du ministère. L'émergence d'acteurs de poids dans le domaine sanitaire et social (les élus locaux, les formes contentieuses et juridiques de l'expression critique des usagers...) a certainement généré ce besoin de reconquête d'un pouvoir stratégiquement appelé processus de modernisation, dont le principe reposait sur le développement de nouvelles relations de travail internes entre les différents niveaux hiérarchiques ou fonctionnels. Des tentatives de rapprochement des services ont succédé à une série d'échanges au sein de groupes de travail diligentés par l'administration centrale et regroupant le plus souvent des cadres de direction autour de thèmes devant servir à la structuration du projet d'administration (valeurs et missions, culture et métiers, principes d'action, défis et orientations...)

La réorganisation de 1991.

Parmi ces tentatives, il faut signaler la parution d'un décret du 26 septembre 91 créant à titre expérimental trois directions régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité (DRISS) en Auvergne, Haute-Normandie et Midi-Pyrénées. Les formes d'intervention des différents acteurs dans un secteur sanitaire et social en pleine expansion ont transformé les modalités de leurs rapports; la décentralisation, les politiques transversales à composante sociale et une nouvelle réforme hospitalière en particulier, ont constitué un cadre propice à une transformation des rôles dans un jeu parfois ambivalent (l'État contrôleur et l'État animateur) On peut s'arrêter ici sur

⁵³ L'approche de ces questions révèle une tendance de la transformation de l'action publique, comme le soulignent L.DEMAILLY, P.DESMONS et J.L ROELANDT : « passer au terme usager, c'est dire que le destinataire de l'action professionnelle est une personne, qui a son mot à dire, son point de vue sur le fonctionnement ou le déroulement de cette action, des demandes, des attentes, des désirs. C'est poser que le destinataire de l'action a des droits, qui peuvent éventuellement être garantis légalement. En poussant plus loin dans ce sens, l'usager pourra se faire « citoyen », c'est à dire participer à la construction collective de l'orientation des services publics et des politiques publiques » DEMAILLY L, DESMONS P, ROELANDT J.L, Usagers et mésusagers en santé mentale, in *Les usagers du système de soins*, ouvrage collectif sous la direction de CRESSON G, SCHWEYER F.X., éd. ENSP, 2000 (p.125-143).

quelques caractéristiques socio-techniques de l'architecture de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, présentée comme un argument opérationnel de la constitution des 3 DRISS expérimentales. Cette réforme dresse le constat de l'énormité des chiffres qui obsèdent les ministres en charge de la santé (près de 570.000 lits hospitaliers complets, près de 500 milliards de francs de dépenses de santé, dont la moitié de soins hospitaliers, en progression plus rapide que le PIB...) Avec la coexistence d'un double secteur public et privé de soins, traversé de querelles « endémiques »⁵⁴ que le législateur entendait résoudre, en gardant l'objectif d'une maîtrise des coûts et des investissements, par le développement de l'évaluation et de l'information, la constitution de réseaux coordonnés de soins hospitaliers et une nouvelle planification des équipements. Mais si la loi demeure très imprécise quand elle avance la notion d'évaluation, parce qu'elle n'indique ni quoi, ni comment, ni pourquoi,⁵⁵ elle est claire sur la prudence du législateur à l'égard de la profession médicale quand elle dispose que l'évaluation doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens, le secret médical et les droits des malades. Le terme de santé, utilisé dans la loi, reste lourd également d'interrogations, puisque la prévention n'est pas explicitée au regard des activités des établissements de santé qui, sans délivrer de soins, peuvent faire du dépistage et donc pratiquer des examens de diagnostic, visés par un article L.711.1 qui fait également état d'actions de santé publique, d'éducation pour la santé et de prévention. Ainsi la notion d'établissement de santé, innovation de cette réforme, puisqu'elle se substitue à celle d'établissements d'hospitalisation publics et privés, devait ouvrir l'espace « de possibilités considérables d'extension du contrôle de l'État sur notre système de soins ».⁵⁶

Les conclusions de l'analyse du juriste sont sociologiquement intéressantes, puisque faisant le bilan de la diversité des nouvelles mesures, il s'arrête sur la question du pouvoir à l'hôpital, et rappelle que celui-ci s'exerce dans un champ de forces internes (le directeur, les médecins, le personnel) et externes (État, sécurité sociale, collectivités locales) où toutes les stratégies sont imaginables avec toutefois une prérogative décisionnelle en faveur du directeur et de la sécurité sociale.

⁵⁴ TRUCHET D., chronique de législation, la réforme hospitalière, *Actualité juridique, Droit administratif*, 20 février 92, p.130.

⁵⁵ TRUCHET D. (ibid.) pose la question de savoir s'il s'agit d'une mesure de la qualité des soins ou seulement d'une mesure des coûts par pathologie.

⁵⁶ Ibid. p. 132.

Le renforcement de la position et du rôle des services de l'État.

La réforme est présentée comme une amélioration pour chaque partie prenante. Mais la mise en œuvre de cet acte politique sur le terrain devait s'accompagner de stratégies d'affirmation des positions favorables de ces acteurs, dont les services de l'État, chargés au premier chef de l'application du nouveau texte. L'approbation par le préfet, donc avec le contrôle technique de l'administration sanitaire et sociale, des projets d'établissements auxquels sont désormais tenus les gestionnaires hospitaliers, au moyen de procédures de concertation plus ou moins complexes, renforce donc la position de l'État dans la réforme, tout en lui ouvrant une perspective de pilotage et de régulation qu'il restait à investir. Ce nouveau texte s'est présenté en 91 comme une référence juridique pour les services de l'État dans le champ de la santé publique où les nouveaux défis concernaient la performance des systèmes de santé, la maîtrise de l'évolution des dépenses, la qualité des prestations et les modalités d'accès aux soins. Les objectifs de la réorganisation des DRISS consistaient à coordonner l'action des services déconcentrés, géographiquement éloignés, et d'en clarifier les missions pour les inciter à un travail en partenariat. L'un des principes essentiels affichés par le ministère était d'assurer régionalement une unité de décision et d'intervention, tout en conservant les échelons régionaux et départementaux. Chaque structure gardait ses compétences mais elle était invitée à les rendre complémentaires à celles des autres, en particulier dans le cadre de l'application de la nouvelle loi hospitalière. Le directeur régional était chargé de l'analyse des besoins de la population, de la définition des actions à mener, de la mise en œuvre des moyens, du meilleur emploi des ressources disponibles et de l'évaluation des résultats. Sa principale fonction était de coordonner régionalement les interventions de l'État. La réforme hospitalière a provoqué une redistribution de certaines missions en attribuant à la DRISS une obligation de réussir la mise en œuvre de la politique hospitalière et médico-sociale. Et si le directeur régional ne disposait d'aucune recette pré établie devant permettre l'indispensable maîtrise des dépenses de santé, il savait qu'il devait surtout la chercher avec ses collègues des DDASS. C'est dans cet axe que s'est inscrite la modernisation des procédures et des méthodes de travail au ministère des affaires sociales. La circulaire d'application de la réorganisation des DRISS indiquait d'ailleurs que l'expérimentation devait inspirer l'ensemble des services extérieurs. Ce renforcement de la position de l'État devait passer par un rapprochement de ses

cadres dirigeants dans l'action. Les DRISS ont donc été dotées d'un collège des directeurs régionaux et départementaux qui devait assurer la coordination et la régulation.

Moderniser pour légitimer.

Le deuxième axe de ce renforcement concernait le développement de la compétence technique des cadres d'inspection pour faire face aux sollicitations multiples émanant des secteurs à contrôler, dont la technicité devenait de plus en plus complexe. Cette expérimentation devait se dérouler jusqu'au 30 juin 93, et le suivi de son développement avait été confié à un groupe technique spécifique national. Dans ce cadre, le ministère des affaires sociales et de l'intégration, dont c'était la dénomination en 92, a fait publier trimestriellement un bulletin intitulé « à l'écoute des DRISS » destiné à diffuser le plus largement possible les informations susceptibles d'accélérer le processus. Le numéro 2 de ce bulletin confirmait cette stratégie d'affirmation du rôle primordial des services de l'État ainsi que la volonté de progrès émergeant de ce besoin d'une légitimité nouvelle pour l'administration sanitaire et sociale, déstabilisée par la décentralisation. Aux objectifs de santé publique correspondait une fonction de pilotage du dispositif et à l'objectif de régulation des coûts, une fonction de contrôle des structures et des prestations. La direction des hôpitaux insistait bien sur le caractère indissociable de la réforme hospitalière et de la mise en place des DRISS. On ne pouvait manquer d'observer, paradoxalement, le sens de la réforme, venue d'en haut, et l'appel à une transformation des méthodes de travail à partir des services déconcentrés, c'est à dire à la base. Les incertitudes d'une synergie souhaitée DDASS/DRASS se retrouvaient dans le mode d'évaluation de l'expérimentation, soucieux de repérer les obstacles internes et externes qui pouvaient entraver les relations DRISS/DDASS. L'un des directeurs régionaux concernés n'hésitait pas à déclarer d'ailleurs que les obstacles étaient dans les têtes, la pratique la plus évidente pour ce dernier reposant sur « une habitude très ancrée, et sur une forte compétence, de travailler chacun dans son domaine, sans guère consulter, ni même informer, le service d'à côté ».⁵⁷

⁵⁷ de MARCILLAC J., « une DRISS à mi-parcours », *Échanges, Santé* n°66, juin 1992, p.45.

L'échec de la réorganisation.

Le défi des DRISS concernait les relations entre les acteurs. Les coopérations attendues ne se sont pas développées spontanément; le turn-over des préfets n'a pas facilité les processus d'échanges (en région Midi-Pyrénées, qui compte 8 départements, 7 préfets ont bougé en l'espace de 15 mois ⁵⁸ et le rapprochement des collaborateurs immédiats des DDASS, notamment les médecins inspecteurs de santé publique, selon le témoignage de ce directeur régional, s'est opéré très prudemment. Un séminaire du 7 juillet 1992 à Paris devait confirmer, par d'autres témoignages, cette peur de perdre du pouvoir, dans cette collaboration qui restait très hiérarchique. Les directeurs concernés n'hésitaient pas à rappeler tous les problèmes non résolus, en particulier en matière de communication et de conditions de travail quotidiennes des agents, même si, d'un point de vue rationnel, les objectifs communs apparaissaient plus clairement. Le scepticisme quant à la capacité des DRISS à renforcer l'autorité et donc la compétence des services déconcentrés de l'État était plutôt répandu. Pour les collaborateurs des cadres de direction, c'est la permanence du système d'autorité interne, donc la prévalence du principe hiérarchique qui rendait problématique le développement de l'expérience. Valorisation des compétences, reconnaissance des individus et autonomie professionnelle nourrissaient les réserves émises un peu partout et bien exprimées en particulier dans cette intervention d'un médecin inspecteur de santé publique : « la DRISS est une expérience terrifiante. Entre les mains d'un seul, tous les pouvoirs sont concentrés. Ainsi s'installe le triomphe de la technocratie, cette machine administrative « loin du terrain » cherchant à imposer à tous, les rêves qu'elle prend pour la réalité. Une sorte de rouleau compresseur va faire disparaître toutes nos différences dans nos méthodes de travail. Toutes ces petites particularités départementales avec lesquelles chacun justifiait son tour de main ne seront plus prises en compte. Désormais, le tour de vis remplace le tour de main. La grande industrie se substitue au petit artisanat... ».⁵⁹

Un an après le début de l'expérimentation, lors d'un colloque réalisé au Méridien Montparnasse, le 23 novembre 1992, un représentant du ministère de l'Intérieur exprimait deux critiques importantes : l'absence de clarification des

⁵⁸ Ibid. P.47

⁵⁹ Ministère des affaires sociales et de l'intégration, ministère de la santé et de l'action humanitaire, *Bulletin « à l'écoute des DRISS »* n°3, oct.92.

compétences entre les différents niveaux, et la situation ambiguë de chaque DDASS dans leur double positionnement hiérarchique, à l'égard du préfet, et fonctionnel, à l'égard du DRISS. Pour les acteurs internes aux services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, le débat s'est davantage porté sur les questions de l'expertise et de la réflexion stratégique collective que sur les modalités formelles de l'organisation et de ses rapports internes. Le discours sur le pouvoir des services déconcentrés, sans renier le principe des échanges et du partenariat internes s'est alors étoffé du vocabulaire de l'expertise, donc des formes de compétence technique que les DDASS et les DRASS pouvaient mobiliser dans le champ de leurs éventuelles complémentarités. Un bilan de l'expérience, formalisé dans un rapport de l'IGAS⁶⁰ la qualifiait de trop abstraite, parce qu'imprécise dans ses objectifs et ambiguë dans sa logique. En fait, si l'IGAS souhaitait rapidement des mesures concrètes, c'était pour traiter la question plus précise des réticences des partenaires concernés, dont les zones de pouvoir étaient restées intactes. L'IGAS relevait que les textes n'avaient pas été clairs sur le positionnement respectif des directeurs départementaux et régionaux. Ainsi, sans remettre en cause la nécessité d'une réforme, les conclusions de ce rapport proposaient une réaffirmation claire de la responsabilité hiérarchique du DRISS. Au cours d'une réunion des DDASS et des DRASS à Paris, le 14 mai 1993, Simone VEIL, alors ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, décidait de prolonger l'expérimentation jusqu'à la fin 93. Les réticences des acteurs et les pressions préfectorales l'avaient incitée toutefois à lever un doute sur l'éventuelle disparition de l'échelon départemental de son administration, en prise avec un volet nouveau des politiques publiques, la politique de la ville, destinée à promouvoir le développement local, lui conférant de ce fait une vocation interministérielle. Dans ce cadre nouveau de l'action, une double exigence allait confirmer les pressions modernisatrices au sein des affaires sanitaires et sociales, le partenariat interministériel coordonné par les préfets, et l'affirmation d'une compétence technique à traiter le social. Le renforcement du pouvoir de l'État par une recomposition de son rôle dans le domaine de l'animation des réseaux et de la régulation des systèmes d'action avait déjà été souligné, en matière de santé, avec la démarche des SROS (Schéma régional d'organisation sanitaire). C'est celle-ci qui avait conduit en amont, la réorganisation des DRISS. C'est celle-ci qu'on retrouve,

⁶⁰ Actualités sociales hebdomadaires n°1828, 16 avril 1993, p.10.

mais en matière sociale, au moment de l'évaluation, en aval, de l'expérimentation. Finalement, cette expérience n'a pas été généralisée, parce qu'elle est restée trop confinée dans des formalisations théoriques, sans implication réelle des acteurs autres que l'encadrement. Le décloisonnement qu'elle visait par intégration des réalités locales s'est heurté à l'ambiguïté de la collégialité et du pouvoir hiérarchique. Entre le pouvoir de décision et le pouvoir d'expertise, le bilan fait apparaître une évolution des métiers confrontés à de nouvelles exigences d'évaluation et de négociation.⁶¹

3) Conclusion intermédiaire.

J'ai insisté sur cet épisode 1992/1993 de la réorganisation des DRISS parce qu'il me semble caractéristique de l'évolution de l'administration sanitaire et sociale de l'État : l'absence de monopole dans la gestion du champ, une différenciation des acteurs liée à une forte division du travail, un processus chronique de réformes génératrices de tensions et d'incertitudes, une administration aux prises avec les problèmes de la société et de l'État- Nation, un management d'abord ciblé sur les structures et sous la pression des événements. L'évolution des deux dernières années est révélatrice d'un mouvement oscillant entre la redéfinition et la réorganisation de ces structures et la mobilisation des hommes.

On ne peut nier l'étoffement considérable du champ de compétence des ministères sociaux, en prise directe avec un environnement de plus en plus complexe et assez largement imprévisible. La difficulté de moderniser les fonctions s'est traduite par une instabilité permanente des structures. Les enjeux sociaux des pôles traditionnels du travail et de la santé en ont relativisé la dimension technique en les diluant dans un ensemble où s'expérimentent aujourd'hui les projets de modernisation. L'action sur les structures s'exprime d'abord dans une logique de rationalité juridique, et traduit tout autant la volonté de progrès que l'impuissance à maîtriser le social. Les ministères sociaux sont de plus en plus confrontés à des alternances⁶² : l'information du public et la gestion du système, prévenir et lutter

⁶¹ Bulletin « à l'écoute des DRISS », n°5, juillet 1993, p.7.

⁶² CECCALDI D., Lucas M., « santé et sécurité sociale, un ministère en mouvement », in *Revue française des affaires sociales* n°4, oct.déc.80, avaient déjà souligné que « l'action sanitaire et sociale est sans doute le lieu des politiques où l'ancien et le nouveau, le public et le privé, le bénévolat et l'intérêt lucratif se mêlent le plus étroitement avec des risques permanents de conflits attisés par la concurrence d'initiatives qui coexistent avec la socialisation des coûts », p.32.

contre la maladie en général et protéger les catégories défavorisées en particulier, éduquer les usagers et associer les citoyens aux évolutions et aux choix politiques, redistribuer aux plus démunis et équilibrer les efforts contributifs de ceux qui ne le sont pas. La complexité de la mission des administrations sociales correspond au défi de ces alternances, c'est à dire à la recomposition des structures et des actions dans une stratégie qui les intègre et non qui les oppose.

La modernisation du ministère des affaires sociales avait déjà fait l'objet d'un processus formalisé en mai 1989, qui entendait prendre à son compte les orientations et les principes de la circulaire du 1^{er} ministre Michel ROCARD de février 89 sur le renouveau du service public (finaliser, responsabiliser, évaluer) Les transformations de la société post-industrielle, l'approche de la qualité, la compréhension d'un environnement complexe, la gestion des interdépendances, et le pilotage de systèmes d'informations étaient présentés par le ministre Claude EVIN, comme les motifs principaux de la démarche de modernisation, entendue comme processus d'adaptation de l'administration au changement.⁶³

4) La modernisation administrative aux Affaires Sociales au cours des années 90.

A l'instar de l'entreprise qui cherchait depuis le début des années 80 à s'adapter au nouveau monde de la concurrence en gérant ses ressources humaines à « coups de dégraissage » et en diffusant à ses cadres rescapés des vagues de licenciements les nouveaux mots du management (objectifs stratégiques/opérationnels, groupes/projets, réalisation de soi...) le ministère de la solidarité s'est lancé dans un projet d'administration destiné à remettre sur les rails de la légitimité une organisation que le ministre souhaitait libérer de ses maux (trop de hiérarchie, pas assez d'encadrement, manque d'esprit d'équipe, mépris réciproque entre l'administration centrale et ses services extérieurs, féodalités au sein du ministère, crise d'identité,)⁶⁴ par la thérapie du management public, dont le vocabulaire empruntait au langage juridique et à la langue du management.

⁶³ *Le journal du projet*, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°1, 10 mai 1989.

⁶⁴ *Journal Les Échos*, 19/12/89, article sur la journée nationale du projet du 18 décembre 89.

La réforme de 1994 et la charte de la modernisation.

L'expérience des DRISS comme tentative de modernisation par une réorganisation des structures n'a pas produit tous les résultats escomptés, son achèvement s'est soldé par de fortes réserves de la part de l'administration préfectorale. Mais le souci de la réforme est demeuré une constante, dans le mouvement perturbé des alternances politiques au sein de l'administration sanitaire et sociale, politiques d'autant plus vigilantes que les enjeux économiques et sociaux attachés à l'action de ce ministère qui ne cesse de changer de nom, sont devenus des objectifs majeurs des politiques gouvernementales des États- Nations : la cohésion sociale, la santé publique et les équilibres financiers de la protection sociale. Un décret du 6 décembre 94, fixant les missions et attributions des DRASS et des DDASS, va poser le principe du travail en réseau face aux grands enjeux : maîtrise des dépenses de santé, amélioration de l'état de santé de la population et cohésion sociale. Le processus de formalisation et d'information sur la réforme va s'accélérer, avec la publication en mai 95 d'une charte de la modernisation et un arrêté cadre sur l'organisation des services de l'État. La formule des contrats d'objectifs régionaux va être développée et confirmée en juin 95.⁶⁵ Le processus d'adaptation voulu par le ministre porte alors autant sur les structures que sur les méthodes de travail. On se trouve de nouveau en présence d'une réforme par le haut qui décline le changement dans l'organisation en termes juridiques de définition de compétences, de responsabilités, d'autorité hiérarchique, d'approbation préfectorale, de pluridisciplinarité de l'encadrement et de secrétariat général chargé d'animer et de réguler les réseaux et les systèmes. Les agents sont donc intégrés dans ces réseaux de ressources humaines et constituent les rouages des systèmes d'informations et de communication, qui vont devenir des éléments sensibles dans l'édifice du plan de modernisation, lui-même annoncé par le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget, comme une réussite, chaque agent étant appelé à devenir un acteur à part entière sur le terrain.⁶⁶ Le plan triennal de modernisation s'est appuyé sur les résultats de 9 groupes de travail réunis au ministère et associant des cadres des

⁶⁵ La région Nord/Pas de Calais va définir trois orientations essentielles pour son projet de contrat d'objectifs : la mise en réseau des 3 services de documentation, la mise en place d'une base de données régionales sur le social, la définition et la mise en œuvre d'une politique régionale de redéploiement entre établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région ; Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, revue « trait d'union » n°2, mai 95.

⁶⁶ Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, revue « trait d'union », la lettre de la modernisation des services déconcentrés, n°1, mars 95.

services extérieurs. Ces résultats consolidaient l'affirmation du rôle de l'État dans le champ sanitaire et social, en tant que garant de l'équilibre financier et de la qualité du système de santé d'une part, et de la cohésion sociale d'autre part. Les thèmes étudiés par les différents groupes, étaient les suivants :

- allocation de ressources aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (thème justifié par l'affirmation du rôle de l'État comme seul garant de la maîtrise des dépenses de santé, avec une déclinaison de ce rôle à deux niveaux : planification en DRASS et tutelle en DDASS) ;

- programmes de contrôle en matière de sécurité sociale (ici, l'objectif d'un renforcement de l'interventionnisme étatique est porté par une volonté de valoriser la fonction contrôle et la recherche d'une évaluation des personnes et des dispositifs) ;

- la programmation stratégique des actions de santé publique (l'approche stratégique d'un tel chantier est liée au caractère interdisciplinaire de la santé publique et à son interaction avec l'action sociale ; dans ce domaine, les médecins inspecteurs de santé publique sont des acteurs de première ligne, puisqu'il est question d'identifier des priorités pour la politique régionale de santé, de développer des missions d'inspection sanitaire, et de concevoir des procédures pour la gestion des crises sanitaires) ;

- le fonctionnement des comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI) ; cette instance collégiale de direction semble avoir été proposée comme modèle d'impulsion du travail en commun ; mais l'idée retenue dans la charte de modernisation se réfère davantage à une force de proposition vers la CAR (conférence administrative régionale auprès du préfet de région) qu'à une implication hiérarchique dans l'apprentissage du travail en équipe ;

- le pôle santé/environnement (on retrouve dans ce domaine, la volonté de faire reconnaître aux services déconcentrés une technicité de santé publique, dont on mesure néanmoins assez mal les contours. Sur le plan technique, l'accent est mis sur la recherche de démarches qualité. Sur le plan stratégique, l'objectif consiste à accorder aux services santé/environnement des DDASS une position forte par rapport aux autres acteurs institutionnels publics) ;

- les systèmes d'informations, statistiques et études (le souci majeur dans la réflexion sur ce sujet est d'assurer à l'État un accès aux informations sur l'action

sanitaire et sociale des autres partenaires. Le fond du problème de modernisation de l'administration, toujours sommée de s'adapter, est lié à une difficulté de plus en plus grande de comprendre le monde qui l'entoure) ;

- les logiques d'organisation en DDASS et DRASS (elles ont trait principalement au décloisonnement des services ; et ceci entraîne deux conséquences : d'abord la recherche d'une transversalité qui se heurte au principe hiérarchique, et ensuite une approche de la transformation des modes de coopération plutôt à partir des missions qu'à partir des métiers, dont les replis corporatistes sont des réactions de défense) ;

- l'optimisation des moyens humains et financiers (il s'agit en fait de stimuler la coopération entre les services. La méthode retenue vise à développer des espaces de mise en commun soit d'outils ou de savoirs, l'informatique et la formation continue, soit de missions, avec la création de pôles de compétences et la recherche de modes d'évaluation) ;

- définir un pôle social (d'un côté, l'affirmation de l'État comme garant de la cohésion sociale implique un effort d'engagement des services; de l'autre, la présence de nombreux acteurs dans le champ des politiques d'insertion et de développement social incite les DDASS à se positionner auprès des préfets comme des intervenants privilégiés pour la mise en cohérence des politiques d'action sociale).

Cette énumération quelque peu fastidieuse des synthèses des réflexions thématiques éclaire néanmoins avec intérêt pour l'analyse du métier de médecin inspecteur de santé publique, la complexité du champ et de l'organisation des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, complexité qui incite à poser autrement les questions à traiter : si le pouvoir des services de l'État ne se fonde plus essentiellement sur des activités régaliennes ou de gestion directe, il peut se recomposer dans une capacité à réguler au mieux les interventions des autres. Les conclusions des 9 groupes de travail anticipaient le succès de la réorganisation en investissant dans la formation désignée comme le levier indispensable pour transformer les rôles des fonctionnaires concernés, donc leurs rapports entre eux et avec l'extérieur. Les encadrants devaient devenir des managers et les agents des

experts. En matière d'action de l'État en prise avec le local, la déconcentration figure au registre des modernisations en cours. Elle est une obligation de prise en compte des compétences nouvelles issues de la décentralisation.⁶⁷

Critiques et réactions syndicales.

C'est en fait dans les méthodes employées, malgré le changement de vocabulaire, que les critiques des personnels et en particulier du syndicat national des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, ont été les plus vives. Celui-ci déclarait par exemple que la démarche employée pour l'élaboration des textes (décret d'organisation, projet d'arrêté, charte) ne favorisait pas la concertation, estimant qu'une volonté de moderniser l'administration n'était pas dissociable d'un changement dans les méthodes de communication et de négociation.⁶⁸ Le reproche portait sur un appel à participation qui s'appuyait sur des méthodes et une conception des relations toutes hiérarchiques. On observait au passage, en effet, que les orientations incitaient les directeurs régionaux à investir progressivement les pouvoirs, dévoilant l'aspect stratégique d'une réforme qui s'attachait plus à définir les pouvoirs de chaque échelon qu'à préciser les missions de chacun. La virulence du propos syndical en question était notamment liée au fait que les inspecteurs, assumant, de par leur effectif, la responsabilité de près des ¾ des attributions et de l'encadrement quotidien du personnel des services, étaient absents des mentions particulières contenues dans l'arrêté qui définissait les missions de tous les autres techniciens (médecins, pharmaciens, ingénieurs...) Par ailleurs, les discussions qui avaient inauguré le processus de réforme du ministre Claude EVIN subdivisant les terrains d'approche entre l'économique et l'idéologie ont produit un effet de clivage dans la lecture critique du projet 95 dans lequel les syndicats déplorent encore une prédominance de l'économique et du technique sur les valeurs, réaffirmant que les objectifs prioritaires de santé ne sont pas seulement ceux de qualité et de sécurité des soins, ni de maîtrise financière et de programmation d'actions, mais ceux, non moins essentiels, à leurs yeux, d'égalité, d'accessibilité, de permanence et de continuité des soins. Le SNIASS ajoutait, dans sa lettre du 23 avril 95 que le service de la DRASS

⁶⁷ F.ABALLEA parle « d'adaptation de l'action de l'État au nouveau contexte de la décentralisation, donc une adaptation du politique et des institutions aux prises avec la répartition des compétences » ABALLEA F, *Approches territoriales de l'insertion par le logement*, in *Recherche sociale n°139*, juillet-septembre 1996 (p.54).

⁶⁸ Lettre du SNIASS du 23 avril 1995 à M. le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget.

ne doit pas limiter seulement ses objectifs à des actes d'évaluation et de contrôle, mais qu'il a besoin d'être acteur et partenaire pour garantir l'égalité de traitement des usagers devant le service public et pour organiser la prévention.

Sur le plan technique, la charte s'attachait à décrire une organisation devant favoriser la coordination entre les échelons régionaux et départementaux, reposant sur le travail en réseau, la pluridisciplinarité, la mise en place de pôles de compétences et de référents techniques. Or cette organisation a été jugée trop hiérarchique par les syndicalistes, parce qu'ils estimaient que l'émergence de réseaux était peu probable, face à des prises d'initiatives encore trop soumises à l'avis de la conférence administrative régionale. De même, les contrats d'objectifs avaient et ont encore des contenus définis par les CTRI, instances directoriales, dont les acteurs savent très bien que c'est de leur propre évaluation qu'il est question. Dans ces démarches de projets, et derrière les modernisations en œuvre, c'est leur position qui est en jeu, puisqu'ils sont tenus d'atteindre des objectifs pour conserver leurs postes fonctionnels. Dans le domaine des ressources humaines, l'analyse syndicale a un prolongement sociologique : en effet, si le réseau est une alternative aux organisations centralisées et hiérarchisées, c'est parce qu'il est à la marge des structures, et qu'à ce niveau, il ne manque pas d'être productif ; il devrait par conséquent opposer un contre pouvoir à la tendance technocratique de concentration des connaissances et des pouvoirs en un lieu où les prérogatives (de commandement, de contrôle, de décision...) restent fortement ancrées.

Influence de la modernisation sur le métier de cadre.

En complément de ces prises de position, et comme pour mieux comprendre les incertitudes des hommes et l'instabilité chronique de l'organisation, un rapport d'un groupe de travail animé par Michel CROZIER avait été remis au ministre en février 95 sur les orientations nouvelles de la formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. Partant du postulat selon lequel le dispositif de formation des cadres des affaires sanitaires et sociales est destiné à renforcer la capacité de l'État à remplir son rôle.⁶⁹ Ce groupe a réalisé un travail de terrain entre décembre 94 et

⁶⁹ Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, rapport du groupe de travail sur la formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, présidé par Michel CROZIER, février 95, p.2.

février 95 pour établir un état des lieux de l'administration sociale au niveau local. Le constat qu'il en, a fait était celui d'une administration en crise et servie par des professionnels inquiets, perplexes quant au contenu de leurs missions, dont le nombre et la diversité apparaissaient impressionnants, à l'examen de l'activité des services, lesquels pouvaient entretenir des relations conflictuelles ou concurrentes sur un même terrain, avec des différences d'approches résultant d'une séparation des fonctions de planification pour la DRASS et de gestion pour les DDASS. Les conclusions du groupe de travail reliaient l'inquiétude à la découverte de la complexité, elle-même entendue comme processus d'intégration du qualitatif dans l'évaluation des dispositifs et des actions à l'œuvre dans un champ où l'augmentation du nombre des acteurs et des interactions rendait difficile l'analyse globale. C'est dans ce contexte que les DDASS et les DRASS devaient et doivent encore « inventer » le contenu de leur mission de coordination et représenter l'État. L'analyse portait notamment sur les décalages entre les grands axes, relativement abstraits de la politique ministérielle et les réalités de terrain dont la maîtrise s'avérait pour les agents particulièrement délicate et incertaine. Cette impression était d'autant plus ressentie qu'on assistait, quelques années après la décentralisation de l'aide sociale, à un retour de l'État dans l'action sociale. La réaffirmation des missions des DDASS passait par la constitution de nouveaux pôles sociaux. La diversité, les fluctuations et l'acuité, voire la médiatisation de nombreux problèmes sanitaires et sociaux ont et continuent d'exercer une forte pression sur les services déconcentrés de l'État, tenus d'y apporter des solutions, de plus en plus complexes, parce que négociées et souvent incertaines.

Les nouveaux enjeux des questions sanitaires et sociales.

Le développement d'un vocabulaire de crise dans les communications internes du ministère des affaires sociales va avoir pour effet de focaliser l'opinion sur les enjeux de santé publique et de cohésion sociale dont la dramatisation servira, au moins dans le discours, la stratégie de relégitimation de l'État. Les diverses facettes de la situation de crise évoquée ont trait à la mutation économique génératrice, dans la durée, d'un chômage d'exclusion, à la fragilisation du lien social exprimée par la ségrégation et la concentration des exclus dans certains quartiers en déshérence, à la désertification des zones rurales, et à ce qui correspondrait à une perte de sens et des

valeurs, lorsqu'il est fait état d'un affaiblissement de la citoyenneté. Devant ce constat, l'État est présenté comme le garant de la solidarité nationale, du droit de tous à avoir une place dans la société. Entre la planification et l'humanitaire, les DRASS et les DDASS, dont on a diversifié les compétences, sont devenues la cheville ouvrière du positionnement stratégique de l'État puisque leur mission revient en définitive à tisser des liens entre des milieux qui peuvent sembler très éloignés. Entre l'installation d'un matériel biomédical de pointe dans un CHU et le subventionnement d'un centre d'accueil pour les sans-abri, elles sont sensées animer un partenariat actif avec de multiples acteurs qui n'ont pas forcément avec l'État les mêmes types de rapports et les mêmes formes de collaboration.

5) La transformation des politiques publiques de santé et l'action de l'administration

L'étude critique de B. MARROT,⁷⁰ sur l'administration de la santé en France s'appuie sur une hypothèse méthodologique : celle qui tend à expliquer les faiblesses de l'action publique en France par l'insuffisance de l'étude des conditions de mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales sur le terrain, là où, en faisant référence à P. BOURDIEU,⁷¹ les agents du service public en général, et les MISP en particulier, vivent le malaise de ceux qui se sentent pris entre les missions impossibles et la critique récurrente de la démission de l'État.

La fonction de contrôle de l'État dans le champ de la santé publique.

La santé des populations n'est pas une préoccupation nouvelle; le simple risque de contamination entre individus et groupes au cours des grandes endémies a toujours fait l'objet de formes diverses d'intervention des autorités publiques. L'évolution des politiques publiques au cours de ces quinze dernières années a mis en évidence de nouveaux enjeux de gouvernance qui influent sur les métiers de la fonction publique dont les contenus techniques et relationnels se transforment. Le

⁷⁰ MARROT B., *L'administration de la santé en France*, L'Harmattan, Paris, 1996.

⁷¹ BOURDIEU P., *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993.

métier de MISP n'échappe pas bien au contraire à ce processus.⁷² Il existe un paradoxe aujourd'hui dans le fait que l'administration sanitaire et sociale se trouve relever de pouvoirs politiques et d'institutions gestionnaires différents (gouvernement, collectivités locales, assurance maladie, associations...) dans un contexte social en crise générateur à la fois d'une critique de l'État et des pouvoirs publics eu égard à l'efficacité incertaine, en tout cas imprécise du service public, et d'une demande d'État pour assurer la cohésion sociale et renforcer les solidarités. Cette contradiction n'est sans doute pas étrangère à la déstabilisation identitaire de l'administration de l'État. L'évolution récente de l'administration sanitaire traduit le souci d'assurer la protection de la population, donc de prendre en compte ses besoins, et la nécessité d'une maîtrise technique et financière pour y parvenir. L'état des lieux de certaines pathologies nouvelles telles que le SIDA, a pu mettre en évidence la nécessité d'une amélioration de la prise en charge des personnes concernées tant en matière d'accueil que de soins et de prévention.⁷³ Pour aider à prendre en compte ces nouveaux besoins, le métier de MISP, notamment, est certainement plus que d'autres impliqué dans de nouvelles formes de relations entre la profession médicale et l'État. Dans le monde des soins par exemple, l'intervention de l'État apparaît de plus en plus justifiée : la médecine n'a pas été à l'abri de gaspillage, d'hésitations thérapeutiques, d'erreurs de jugement ou d'anticipation, de dérives même parfois condamnables. L'État soucieux de rationaliser, d'améliorer le service, d'abaisser des coûts, se trouve du même coup, investi d'une légitimité qui redonne à sa mission d'inspection et de contrôle, et à ceux qui l'exercent un pouvoir renforcé. Il n'en reste pas moins que la culture administrative correspond à un modèle bureaucratique qu'il est possible d'opposer aux attributs de l'efficacité médicale : d'un côté, la lenteur comme principe inhérent de fonctionnement, de l'autre, la réactivité et la rapidité d'intervention. Les MISP, plus que d'autres, doivent en faire la découverte.⁷⁴

⁷² Pour ROUBAN : « À mesure que les grands programmes ont disparu, les gouvernements successifs ont dû gérer des politiques difficiles à contrôler, dans des domaines techniques comme la santé ou l'environnement, où la multiplication des expertises légitimes tend à brouiller les points de repère. La fragmentation des acteurs comme des enjeux, le flou des partenariats rendent toute coordination gouvernementale très délicate et appellent des délégations que l'on ne peut évidemment confier qu'à des partenaires partageant les mêmes convictions. Paradoxalement, la politisation de la fonction publique a servi d'équivalent fonctionnel à la réforme managériale », Quelle réforme pour l'État en France ? *in futuribles* N°263, avril 2001

⁷³ PIERRET J, BRUNET J.B, THIAUDIERE C et al. SIDA, état des lieux, *in Informations sociales* n°32, 1993 (p.4-89).

⁷⁴ Au sujet de l'accélération de l'action administrative, J.CHEVALLIER écrit : « à travers le thème de l'accélération, c'est cependant tout un modèle d'administration qui se trouve en réalité remis en cause : l'exigence de rapidité est en effet antinomique avec une logique bureaucratique, par essence génératrice de lenteur et de rigidité. La prégnance d'un modèle d'organisation fondé sur le droit et privilégiant la régularité des comportements interdit à l'administration de faire preuve de la vitesse de réaction, de la capacité d'adaptation et de la flexibilité requises : le souci de légalité pousse à l'accumulation des procédures et des contrôles ; le formalisme, par lequel tout fait social est identifié à une situation-type et rapporté à des normes de références qui servent à le coder, à le classer et à le traiter, ralentit le processus de décision » CHEVALLIER J, L'accélération de l'action administrative, *in Revue française d'administration publique* n°84, octobre-décembre 1997 (p.593-607).

Pour leur part, les médecins reconnaissent que l'administration leur a été présentée, durant toutes leurs études, comme un ennemi contre lequel il fallait être vacciné. Quitter la médecine pour y entrer équivalait à une trahison, et conduisait à l'exercice d'une fonction inefficace pour la santé.⁷⁵ Ce jugement est venu du fait que, parmi les missions confiées à ces médecins, se trouvait l'inspection, c'est à dire un ensemble d'activités de police. Cet insupportable regard inquisiteur ne pouvait devenir tolérable que si on le confiait à des pairs. Ce métier n'est donc pas totalement en rupture, il représente un segment de la profession mais aussi un levier de transformation de l'action administrative. La transformation du droit d'inspecter en devoir d'inspection souligne aujourd'hui l'intérêt pas toujours conscient pour la profession médicale que cette fonction soit dévolue à des médecins.

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique : le résultat d'une triangulation État/Profession médicale/Santé publique

Les MISP sont des agents de l'État qui partagent d'abord avec la profession médicale une même culture originelle. La culture médicale n'est pas seulement une somme de connaissances, elle véhicule en même temps une conception de la maladie et de la santé. L'influence de celle-ci s'exerce dans un processus d'éducation du public qui a appris à reconnaître que la médecine est la discipline la plus à même de parler de santé, et donc que les médecins sont les professionnels les plus crédibles en la matière. L'enracinement de cette croyance s'installe dans une frontière infranchissable entre l'univers professionnel médical et le monde profane. L'étudiant en médecine est celui qui a été autorisé, initié pour franchir cette frontière; et une fois celle-ci passée, il n'y aurait pas de retour possible. On ne regarde pas les malades et les maladies de la même manière selon qu'on a les yeux du médecin ou les yeux du public. Lorsque l'étudiant devient médecin, il fait partie du monde des professionnels, mais il doit renouer avec le monde des profanes puisqu'il doit apprendre à l'écouter pour agir. Cette écoute peut devenir très vite une écoute directive et orientée. La capacité à conduire celle-ci de manière empathique devient un dilemme pour le professionnel : à quel monde se réfère-t-il pour trouver des clés de lecture des problèmes qui lui sont soumis par le patient ? Celui de la science et de

⁷⁵ Rapport PIEDNOIR sur le recrutement des MISP, mars 1995, p.63.

la technique ou celui, plus global, donc forcément plus complexe, de la vie des gens ?

La construction identitaire du médecin soignant est un révélateur du déséquilibre du système de santé. La formation médicale met principalement l'accent sur l'acte technique. La question de l'approche globale des patients est posée en fait beaucoup plus tardivement et elle entre davantage dans la culture des professionnels sociaux que dans celle des soignants. La formation des médecins -et les généralistes en font partie- est assurée par des spécialistes hospitaliers universitaires. C'est parce qu'elle est entièrement axée sur les aspects curatifs, techniques et biologiques de la médecine (Colloque d'Hammamet, juin 95) que le déséquilibre du système se creuse entre prévention, réinsertion, accompagnement d'une part, et l'énorme masse des dépenses de soins d'autre part. Pour comprendre les limites d'un tel système, il faut rappeler que le modèle biomédical curatif repose sur une conception de la santé définie comme l'absence de maladie, assortie d'une confiance quasi illimitée dans le pouvoir de la médecine, avec son approche individuelle jugée irremplaçable. Cette représentation reste très répandue dans tout le corps social. Le principe de base d'un tel système est la liberté d'accès; le principe d'une responsabilisation des acteurs n'est pas un de ses fondements. C'est la raison pour laquelle je pense qu'une approche collective des problèmes de santé représente pour la médecine générale un bouleversement des esprits, avant d'être une remise en cause des pratiques. Cette remise en cause est assimilable à un défi, auquel est directement confronté le métier de médecin inspecteur.

Leurs missions les conduisent à porter sur les activités soignantes un regard plus questionnant. Ce regard est à deux niveaux : il est d'abord celui de l'administration, de son inspection régionale de la santé « associée à la mise en œuvre d'une politique et au contrôle des services et établissements qui concourent à sa mise en œuvre » (Rapport STROHL, Août 87, p. 45). Mais ceci ne signifie pas que les médecins inspecteurs n'ont qu'un regard administratif; ils expriment au sein de l'administration la compétence d'un regard santé publique, entre le contrôle et l'évaluation. Dans son rapport n° 1 de mars 88 sur le rôle et la formation des médecins inspecteurs, la commission de santé publique a précisé les différents aspects de la mission d'évaluation d'où est sensée émerger la compétence particulière des médecins qui en sont chargés : l'évaluation clinique (validation

d'outils d'aide à la décision), évaluation des techniques (études d'intérêt de nouvelles techniques, scanner, IRM...), évaluation des pratiques, évaluation des actions de santé publique (mesure d'efficacité, analyse d'effets indésirables...) et l'évaluation des institutions (mesure des performances réelles...). Dans ces conditions, le métier de médecin inspecteur a à voir avec l'épidémiologie, l'économie, les sciences humaines et sociales sans oublier la dimension stratégique qui s'attache aux enjeux de pouvoir de toute évaluation. Un travail d'évaluation est donc un ensemble d'activités complexes. Et si le métier de médecin inspecteur n'est pas simple, ce serait précisément parce qu'il exige tout autant de technique que de sens politique et stratégique.⁷⁶

De plus, dans le champ de la santé publique, les relations ne sont pas seulement bilatérales, entre médecins soignants et médecins inspecteurs, elles impliquent de nombreux autres acteurs (politiques, administratifs, gestionnaires, associatifs...), autrement dit, une question apparaît : comment se partagent les bénéfices de ces échanges ? D'autant qu'on assiste à un développement des échanges, du fait de la complexité des problèmes à régler. Pour la profession médicale, cette complexité tient d'abord aux limites de la clinique traditionnelle. Les diagnostics, prescriptions et thérapeutiques ne sont plus les actes d'un seul homme. Non seulement la coordination des interventions a besoin de lisibilité (les filières de soins), mais le contenu de ces interventions doit correspondre à des normes connues de tous. Où est la frontière entre l'application de la norme et le secret médical ? Qu'est ce qui sépare le colloque singulier de l'observation sanitaire d'une collectivité ? Ces questions montrent à l'évidence que le besoin de maîtriser de l'information se fait de plus en plus sentir à tous les niveaux, parce que les errements de certaines pratiques sont liés à cette insuffisance (l'application du principe de précaution, par exemple, découle directement de cette incertitude de l'information). Que cette insuffisance soit coupable ou involontaire, on voit bien que les enjeux sont devenus importants. Vouloir dépasser l'analyse polémique d'une médecine qui rend malade⁷⁷ ne dispense pas pour autant de poser la question : et si la médecine, survalorisée par ses

⁷⁶ Même si cette exigence n'est pas toujours très intégrée, comme le fait remarquer M. BRODIN : « Dans leurs choix, les médecins valorisent plus le fait d'être conseillers influents des autorités que celui d'être cadres opérationnels responsables de la mise en œuvre de l'organisation sanitaire. La tendance à la séparation entre des lieux où sont identifiées les politiques publiques (les comités d'experts divers) et ceux où sont formulés les moyens de la mise en œuvre de ces politiques (les instances administratives et politiques) est toujours présente », De quelques constantes bien françaises in « Un siècle de santé publique » *Politiques santé N°1*, Fondation de France (décembre 1997).

⁷⁷ ILLICH Y. *Némésis médicale*, Seuil, Paris, 1975.

performances techniques dans un domaine, devenait de plus en plus inefficace dans d'autres ? Les pratiques thérapeutiques louables d'hier seraient-elles en passe de devenir des pratiques contestables ? Les médications à risques et les acharnements incontrôlés par exemple, font le lit d'un besoin de contrôle. Comment l'État s'en empare ? Si FREIDSON a déjà répondu à cette question en faisant observer que c'est une élite médicale, scientifiquement reconnue, qui construit, sur sa demande, règlements et directives d'encadrement thérapeutique des praticiens, concluant que ce sont les médecins eux-mêmes qui établissent les règles de limitation de leur propre autonomie, cette observation remonte à une époque où la distribution des soins, la médiatisation des affaires, les formes de communication, les pressions économiques, et les enjeux de santé publique n'étaient pas aussi manifestes qu'aujourd'hui. Le champ de la santé n'est plus un espace de praticiens individuels mais un tissu de réseaux et de collectifs très interdépendants.

Les MISP sont des médecins qui changent de métier.

Il est couramment admis aujourd'hui que dans l'administration, l'adaptation à des situations variées s'accommode mal d'une discipline hiérarchique à toute épreuve et d'un mode de fonctionnement programmé à partir de normes ou d'instructions administratives.⁷⁸ C'est dans ce sens qu'un médecin inspecteur de santé publique vit ses premières ambivalences : se sentir médecin de santé publique et être chargé d'inspection. Un médecin soignant est sensible à la singularité des rencontres avec ses patients qui font le quotidien de son métier. Or une visite d'inspection, une opération de contrôle dans un service de soins ou la gestion collective d'un problème de santé publique, qui impliquent des acteurs parfois fort différents, présentent également des caractéristiques particulières qui donnent à la perception d'un événement la représentation d'une expérience unique et qui en appelle donc à une compétence spécifique pour mesurer l'intelligence de l'action. Non seulement on est loin de la routine d'un acte répétitif qui correspondrait à une compétence administrative formalisée, mais elle ouvre la voie à un type d'expérience positif où la confrontation empirique à un fait se double d'un nécessaire dépassement des particularités que la seule connaissance technique et théorique de l'acteur ne

⁷⁸ DUPUY F., THOENIG J.C., *Sociologie de l'administration*, Paris, Armand COLIN, 1983.

permet pas forcément de réaliser.⁷⁹ Si dans son travail, le médecin inspecteur de santé publique rencontre des situations qui posent problème, au sens où elles doivent être transformées par rapport à des objectifs fixés, donc concrètement érigées en événements à vivre, en présence d'autres acteurs qui partagent cette situation, s'il doit engager avec eux des relations diverses, et s'il doit mobiliser entre autres connaissances, son savoir médical, alors je propose d'énoncer qu'il est fondé à parler de métier.

Toutefois le concept de métier s'accommode mal des classements en vigueur dans le champ de la fonction publique. Il n'est pas assimilable aux catégories officielles. Sa transversalité bouleverse les repères établis, les distinctions entre les corps et les grades, et entraîne ainsi des résistances. Ce problème se pose essentiellement dans l'emploi des personnels techniques; médecins et pharmaciens inspecteurs en particulier dans l'administration de la santé. La question par exemple, d'une formation complémentaire destinée à leur reconnaître une compétence spécifique dans ce qui est désigné dans certains rapports officiels comme une démarche de santé publique au sein des services de l'État, a déjà été posée,⁸⁰ mais elle n'élimine pas le flou qui entoure les approches et fonctions propres à leur exercice professionnel, lequel semble recouvrir des compétences multiples mal appréhendées par les formations actuelles.

Je montrerai que le métier de MISP se construit par l'expérience, au croisement des savoirs techniques et théoriques, de savoir-faire sociaux et de savoirs procéduraux nouveaux que le médecin ne peut tirer ni de sa formation initiale ni de sa pratique de soignant. Je développerai dans le chapitre III les modes d'exercice de ce métier de médecin inspecteur de santé publique de manière comparative, c'est à dire par rapport aux pratiques professionnelles des médecins soignants, mais aussi de médecins salariés et non soignants, relevant d'autres institutions. J'approfondirai ce développement d'un point de vue interactionniste dans la seconde partie de ma thèse c'est à dire à partir des formes d'échanges réalisés avec d'autres acteurs, dans et hors de l'administration sanitaire et sociale. À l'instar des stratégies adoptées par les

⁷⁹ ZARIFIAN P., précise que : « Toute connaissance d'un événement singulier... est difficile, pour la raison simple que nous devons affronter cette singularité, que nous ne pouvons la faire entrer, du moins immédiatement, dans une loi. C'est la raison essentielle qui nous fait parler d'expérience, qui fait que l'expérience n'est pas réductible à une connaissance théorique, même si elle peut-y mener. », La force de l'expérience dans la confrontation aux événements, *Éducatons n°13*, 1997, p.44.

⁸⁰ Groupe de travail « formation des personnels des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Rapport n°1, mars 89, p.14.

inspecteurs de l'Assistance Publique dont l'étude des pratiques et la professionnalisation ont constitué l'objet de la thèse de Virginie De LUCA⁸¹ ; les Médecins Inspecteurs ont fini par reproduire la même démarche de validation de leur métier en développant des pratiques spécifiques de terrain, en participant à des procédures nouvelles d'évaluation des besoins de santé des populations et en s'impliquant fortement dans un débat de santé publique servant autant à structurer les politiques de santé que leur corps professionnel. J'ai pu entendre qu'une grande partie de leur travail consiste surtout à mettre en place des groupes de travail, à collecter de nombreuses informations, à entretenir de nombreux rapports avec l'extérieur, à raisonner en échafaudant des scénarios, en analysant des opportunités, « à se livrer à des processus de mise en scène de la réalité perçue, à les argumenter et les négocier à différents niveaux ». ⁸² C'est parce que les solutions aux problèmes rencontrés par les MISP n'existent pas toutes faites, parce que les situations qu'ils ont à connaître sont fortement interactives et mettent à l'épreuve l'intelligence des collectifs qu'elles concernent, que la simple application de connaissances acquises ne constitue plus la voie essentielle de l'exercice du métier. Le lien entre l'expérience et le métier pose ici problème : savoirs et savoir-faire n'appartiennent pas au même référentiel.

6) CONCLUSION

Il est indéniable que les métiers de la santé se sont considérablement multipliés au cours du XX^{ème} siècle, en même temps que le marché se constituait et que le système de santé se structurait. Que doivent faire les médecins, les professionnels de santé, mais aussi les usagers et les gestionnaires? Cette question reflète l'indécision issue des incertitudes liées aux dysfonctionnements dénoncés dans le champ de la santé (déficits, gaspillages, scandales...). Les solutions courantes (rééquilibrages budgétaires, contrôles ponctuels, sanctions...) ne présentant plus qu'une efficacité relative. Les incertitudes du système présentent donc une opportunité nouvelle pour agir autrement. Ceci est vrai pour l'État et son administration ainsi que pour un grand nombre de professionnels dans le champ de la santé publique. De plus certaines

⁸¹ De LUCA V., 1999 *Les Inspecteurs de l'Assistance Publique : Figures tutélaires de la troisième république* thèse d'université sous la direction de ROLLET C., Versailles S' Quentin en Yvelines.

⁸² CLAVEAU N., MARTINET A.C., TANNERY F., changement organisationnel, processus stratégique, construction de savoirs procéduraux, *Éducatons n°13*, 1997, p.28.

compétences deviennent discutables à leurs frontières (est ce que le préventif est une limite du curatif ?). Lorsque des usagers s'adressent à des professionnels ou à l'administration, ils ne demandent pas seulement que ceux-ci aient acquis des connaissances suffisantes, mais qu'ils soient à même de résoudre au mieux les problèmes qu'ils rencontrent. Le système de santé a beaucoup investi jusqu'à présent dans le contrôle des connaissances et relativement peu dans l'évaluation des savoirs en action.⁸³ Et ceux-ci se développent dans des espaces/temps de plus en plus divers, donc difficilement contrôlables. Ce savoir pratique ne satisfait pas forcément tout le monde, les règles de morale ne sont pas toujours respectées à la lettre, les niveaux de performance sont soumis à des approches très variables, et les degrés de satisfaction des usagers restent difficiles à mesurer. On voit par-là que la distance peut être grande par exemple entre une représentation de la médecine construite à partir de son contenu didactique et une reconnaissance des professionnels basée sur leur capacité à améliorer la vie des gens. C'est dans cette perspective que certains médecins cherchent à exercer des fonctions plus collectives de travail, au sein d'organisations administratives, dans d'autres rapports de dépendance en lien avec d'autres professions et sous le contrôle d'une autorité administrative (AÏACH, FASSIN, 1994, p.76). Ces médecins ne partagent alors plus la même identité et les mêmes valeurs que leurs pairs, praticiens libéraux ou hospitaliers. Ce cas renoue avec la perspective interactionniste : la profession médicale n'est pas uniforme, elle ne présente pas une homogénéité fonctionnelle. Non seulement certains de ses membres sont regroupés dans des segments en compétition, mais il y a des segments qui n'exercent même plus la fonction de base qui fédérait la profession, à savoir soigner les gens et guérir les maladies. Ainsi les médecins peuvent exercer dans des institutions différentes de travail, y détenir des statuts spécifiques, se consacrer aux soins, à la prévention, à la recherche, mais aussi au contrôle, la planification, l'inspection, l'évaluation... Dans ces contextes très divers, les identités professionnelles se reconstituent autour de croyances, de valeurs, de missions qui peuvent s'opposer. Pour comprendre ces segments, les transformations identitaires qui les traversent, l'exercice multiforme des métiers, l'accent doit alors être mis sur le « *sens subjectif de l'activité professionnelle* » (DUBAR, TRIPIER, 1998, p.106). Il existe des tas de manières de soigner les gens en étant médecin, et il existe autant de

⁸³ BERNADOU A. Le savoir en action, l'exemple médical, *Sciences humaines hors série* n°24 mars/avril 1999.

façons d'exercer des activités non soignantes. Ce processus de segmentation pourrait bien porter atteinte à l'esprit de corps. La question de l'identité prend une importance particulière dans une telle reconfiguration de la profession. C'est dans le champ de ses pratiques que le médecin va trouver ou non les voies d'une construction identitaire en phase avec ses aspirations initiales et ses attentes personnelles et professionnelles à venir. Le décalage entre ce qui était perçu ou attendu et la réalité de l'exercice de la profession dans un contexte et une situation donnée peut faire naître des insatisfactions. Je forme l'hypothèse que le choix d'une médecine différente, ouverte sur des pratiques nouvelles et étrangères à la profession constitue l'indice d'un désenchantement professionnel propice à une crise identitaire qui remet en cause à la fois l'individu et le groupe auquel il appartient. Les médecins inspecteurs de santé publique seraient de cette catégorie. Le fait de ne pas soigner les gens, d'exercer dans l'administration et de devoir transformer des situations/problèmes, avec d'autres acteurs, dans des contextes singuliers, et y mobiliser un savoir médical les fonde à parler de métier. La santé publique en rapport avec ce métier représente un espace qui fait le lien entre l'état sanitaire d'une population et des pratiques professionnelles, espace organisé par tout un système d'échanges entre l'État, la profession médicale et une grande diversité de nouveaux acteurs impliqués dans des questions de santé publique. Les tensions et les critiques sont les indices d'une crise des pratiques et d'une crise de sens qui mettent à mal les identités professionnelles. Le métier de médecin inspecteur de santé publique, à la marge tant de la profession médicale que de l'administration qui l'emploie, dégagé des pratiques de soins et irréductible à une simple fonction administrative, est une illustration de cette dynamique des transformations identitaires. Quelles sont les caractéristiques formelles de ce groupe professionnel ? C'est ce que je vais présenter dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

LES CARACTÉRISTIQUES FORMELLES DU CORPS DES MÉDECINS INSPECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.

Ce chapitre a pour objet la description des principales formes d'organisation spécifiques du corps des MISP en France. Celles-ci seront réparties en quatre catégories : les caractéristiques définies par les textes qui encadrent ce corps de fonctionnaires de l'État, celles tirées des statistiques tenues par l'administration de la santé gestionnaire du corps, celles qui permettent de spécifier le métier par rapport à d'autres corps relevant de statuts différents dans le champ de la médecine non libérale et non hospitalière, celles enfin qui s'attachent au recrutement et à la formation des MISP.

1) Les fondements juridiques du statut de MISP : approche généalogique des principaux textes relatifs aux corps et aux fonctions de médecin dans l'administration de l'État.

Un manuel de médecine sociale intitulé « Guide professionnel du médecin » (J. VANVERTS, Paris, 1939) rappelait que la médecine peut s'exercer librement, par la mise en rapport direct du praticien et son malade, sans interposition d'un tiers, mais précisait toutefois qu'il existe des lois sur l'exercice de la médecine, appelées lois sociales et « dont le nombre et l'importance continuent à s'accroître, et compliquent singulièrement la pratique médicale », pour reprendre les termes de l'auteur, dans l'avant propos de cet ouvrage. Ce dernier ajoutait aussi que la médecine peut s'exercer dans des conditions spéciales, établies par des lois, décrets et règlements, désignant par là « la médecine sociale » et citant, avec un souci d'exhaustivité, les médecins fonctionnaires, universitaires, hospitaliers, médecins des asiles d'aliénés, inspecteurs départementaux d'hygiène, médecins des épidémies, médecins de l'assistance médicale gratuite, médecins inspecteurs des enfants du 1er âge, médecins de consultations de nourrissons, médecins de l'état civil, médecins inspecteurs des écoles, médecins des sanatoriums, médecins des dispensaires, médecins des lycées et des collèges, médecins assermentés, médecins experts, médecins militaires, médecins

de la gendarmerie, médecins des troupes coloniales, médecins de colonisation, médecins brevetés de la marine marchande, médecins de santé dans les ports, médecins conseils et contrôleurs des caisses d'assurances sociales, médecins des compagnies de chemins de fer, des Mines, d'administrations diverses, médecins des compagnies d'assurance, des ministères, des PTT, des maisons d'arrêt...

Cette liste impressionnante montre que l'exercice libéral de la médecine s'accompagne d'une variété importante d'autres formes d'emploi correspondant à des fonctions elles-mêmes très diverses. Elle introduit également une catégorisation importante pour la profession médicale, en distinguant ceux dont l'activité essentielle est de soigner les gens et ceux pour lesquels cette activité est réduite voire absente, au profit d'autres activités, non soignantes certes, mais qu'on ne saurait confier à des non-médecins, qui ne seraient pas titulaires d'un diplôme d'État de docteur en médecine.

L'intérêt du recensement opéré par J. VANVERTS -en tout cas pour cette présente recherche- a trait au signalement de cette diversité des emplois médicaux dans l'administration.

Je me propose de parcourir ici les textes juridiques qui ont encadré au cours de la période 1940 à nos jours l'emploi des médecins chargés de missions de santé publique dans les services de l'État, afin de saisir les motifs de l'évolution récente du corps et du métier de MISP que je propose de considérer comme un segment de la profession médicale.⁸⁴

Les services en charge d'activités sanitaires étaient au début du siècle des services de départements et de communes. Ceux-ci ont été supprimés par une loi du 18 septembre 1940 signée par le Maréchal PÉTAINE qui organisait le territoire national en régions sanitaires, à la tête desquelles se trouvait un directeur régional placé sous l'autorité du ministre de l'Intérieur. Parmi les corps de fonctionnaires d'État constitués à cette occasion, étaient créés 96 postes de médecins inspecteurs de

⁸⁴ En référence à A. STRAUSS, HASSENTEUFEL a rappelé synthétiquement les caractéristiques du processus de segmentation : « Chaque segment se légitime par l'affirmation d'une mission particulière et par des actes professionnels propres. La segmentation est le produit d'un double processus : la spécialisation sur la base du développement d'un savoir et de techniques particulières, et la définition d'intérêts se différenciant de ceux des autres segments de la profession. De ce fait, la segmentation débouche sur des formes d'organisations spécifiques ». *Les médecins face à l'État*, Presses de Sciences Po., Paris (1997 p. 120-121).

la santé nommés par le ministre, principalement sur titres et auxquels il était prévu d'affecter du personnel départemental mis à disposition par les préfets. Toutes les questions relevant des domaines de la famille et de la santé ont été à ce moment, confiées aux différents corps de fonctionnaires dont les médecins faisaient partie et qui comprenaient des inspecteurs généraux de la santé, des inspecteurs généraux de la famille et de l'enfance, des inspecteurs administratifs de l'assistance, des inspecteurs de l'enfance. Une distinction a été faite dans les modes de nomination entre directeurs et inspecteurs généraux, alors nommés par décret et les autres catégories de fonctionnaires, dont les médecins, qui sont nommés par le ministre secrétaire d'État à l'Intérieur. Les adjoints et assistants étant mis à disposition par les préfets de départements, on assiste à un classement de 3 catégories d'emplois : les cadres chargés d'un pouvoir de décision, les fonctionnaires médicaux ou non chargés d'enquêtes sur le terrain, et les personnels d'exécution.

À la sortie de la guerre, les préoccupations d'hygiène et de protection de la santé des populations constituent de nouveau une actualité importante. Aux conséquences des privations, en particulier chez les enfants, s'ajoute le constat d'une extension de la tuberculose. La protection de la santé des enfants soumis à l'obligation scolaire revient à l'ordre du jour des travaux du législateur. L'exposé des motifs de l'ordonnance du 18 octobre 1945 rappelle que dès 1793, SIEYÈS avait proposé à la convention un décret prévoyant des visites médicales dans toutes les écoles nationales par un officier de santé du district. Au cours du 19^{ème} siècle, d'autres textes ont reconnu la nécessité de rémunérer des médecins inspecteurs communaux ou départementaux. Tous ces textes n'ont pas été appliqués, mais ils ont alimenté une réflexion sur ce sujet qui a cheminé jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle. M. HERRIOT a présenté en 1928 un projet de loi visant à centraliser et rendre obligatoire le contrôle de l'état de santé des écoliers. L'obligation de l'examen médical de tous les élèves qui fréquentent des établissements d'enseignement a été posée par une loi du 13 août 1943. On constate ainsi et en particulier dans les grandes villes, que les services d'inspection médicale scolaire représentent une institution installée depuis longtemps dont la reconnaissance sociale s'est conjuguée avec le développement de la pratique du contrôle médical scolaire et qui constitue l'une des principales mesures du dispositif de protection de la santé de la population. Mais ce cadre législatif introduisait un partage de compétence entre le ministre de la santé

publique à qui est confiée la protection sanitaire de toute la nation et le ministre de l'éducation nationale qui est chargé dans le cadre des établissements d'enseignement, de la protection de la population scolaire. L'objectif de cette réorganisation est de systématiser les visites médicales, d'en contrôler la mise en œuvre et le suivi. Il s'agit bien d'une intervention de l'État dans le domaine de la santé qui prend la forme d'un domaine prioritaire de santé publique, le pouvoir politique estimant que les séquelles de la guerre mettent toute l'enfance française en danger et que le contrôle médical scolaire est entré dans les mœurs. L'État se charge désormais de réglementer l'organisation et le fonctionnement du service médical tandis que l'Académie de médecine garde une compétence pleine et entière pour toutes les questions de doctrine médicale. Les médecins de l'État restent donc avant tout des médecins.

En octobre 1945, l'appellation santé publique est officialisée dans le gouvernement provisoire de la République. Le ministre de l'air qui se nommait Charles TILLON est aussi ministre de la santé publique par intérim. Un décret d'application du 26 novembre 1946 a conforté l'existence de ce domaine particulier de la santé publique partagé avec le ministre de l'Éducation M. René CAPITANT en introduisant deux mesures essentielles : celles qui définissent la nature et les modalités du contrôle médical (il s'agit de surveiller tant le développement physique et psychique des enfants que leur comportement social; il est prévu aussi de surveiller médicalement les maîtres et les personnes en contact avec les enfants); celles qui organisent un corps de médecins chargés de cette mission (il y a compétence conjointe des ministres de l'éducation et de la santé publique (l'appellation santé publique va disparaître des intitulés ministériels dans les années 70 au profit de la notion plus globale d'Affaires Sociales) pour les modalités d'application professionnelle, et il est prévu de nommer des médecins inspecteurs de l'hygiène scolaire et universitaire comme conseillers techniques des recteurs d'académies). En matière de définition de ces emplois, il est intéressant de noter que dans l'organisation hiérarchique de cette institution, l'ordonnance précise bien que les médecins sont placés sous l'autorité administrative des inspecteurs d'académie mais ne donne aucune indication sur l'étendue et les limites de cette autorité. Ce texte est porteur des ambiguïtés qui constituent le triptyque fondamental du problème de l'emploi de médecins par l'administration de l'État, et sur lequel j'aurai l'occasion

de revenir dans les chapitres suivants : obéissance hiérarchique/compétence professionnelle/conseil technique, autrement dit les aspects du métier qui ne prennent consistance que dans les interactions avec autrui.

Le 19 janvier 1946, le général De GAULLE, président du gouvernement provisoire de la République abroge toutes les dispositions existantes et installe par décret l'organisation du nouveau Ministère de la population confié à M. René PRIGENT. La position des médecins s'y trouve confortée et améliorée, puisque dans les services centraux est créé un secrétariat général de la santé avec un personnel médical titulaire occupant le cadre principal, c'est à dire chargé d'un pouvoir de décision à hauteur de 20%. Un cadre commun de fonctionnaires médicaux est ainsi constitué, ayant vocation à exercer tant en administration centrale que dans les services extérieurs où le nouveau corps de médecins inspecteurs divisionnaires doit représenter 52% du personnel titulaire de direction. Au total, ce sont 394 postes de médecins qui sont ainsi créés, dont 20 en administration centrale (emplois toutefois partagés avec des pharmaciens inspecteurs de la santé).

Ce texte prévoit que dans chaque département, une direction de la santé doit être dirigée par un médecin inspecteur principal de la santé, assisté d'un ou plusieurs adjoints ayant le grade de médecin inspecteur de la santé.

L'organisation de ce ministère correspond à la mise en place du gouvernement provisoire par la loi du 24 novembre 1945 qui prévoyait de déterminer par décrets les attributions des ministres. C'est donc un décret du 24 décembre 1945 qui a défini le champ de responsabilité du nouveau ministre de la population, M. PRIGENT. C'est en particulier dans le premier domaine sanitaire et social de ses attributions qu'on peut identifier les principaux chantiers de santé publique mis en œuvre par le gouvernement provisoire et auxquels sont associés des médecins relevant de l'État, à savoir la police sanitaire aérienne, le contrôle des matières toxiques, la politique sanitaire de l'habitat, le conseil technique au ministre de l'éducation pour l'enseignement de la médecine, de la pharmacie et des professions paramédicales, et enfin l'élaboration du plan général d'organisation sanitaire du pays. On trouve là 3 grandes catégories d'attributions qui caractérisent les activités inhérentes au métier de médecin inspecteur : des activités de police administrative, des activités d'expertise technique et des activités de planification/organisation.

L'essor des services d'hygiène scolaire et universitaire s'est vu confirmer par un nouveau décret du 21 janvier 54 qui a renforcé la position du médecin inspecteur (appelé médecin inspecteur de l'hygiène scolaire et universitaire devenu médecin conseil aujourd'hui) placé auprès du recteur, soulignant que sa nomination par le ministre de l'éducation devait recevoir préalablement l'avis du ministre de la santé publique, et stipulant que d'une manière générale, ce médecin devenait le conseiller du recteur pour toutes les questions qui présentaient un intérêt médical ou sanitaire. Ainsi la réglementation consolide et étend le champ de l'emploi de médecins par l'administration de l'État. Chaque nouveau texte élargit les responsabilités confiées aux médecins ainsi que leur champ de relations. L'article 5 du décret de janvier 54 précise par exemple que l'Inspecteur d'Académie doit arrêter chaque année un programme de visites et d'exams médicaux mais que celui-ci doit revêtir l'avis du médecin inspecteur départemental de la santé avec lequel les médecins scolaires doivent désormais échanger des informations (toutes questions ayant une incidence sur l'état sanitaire des élèves et du personnel enseignant, signalement des épidémies et des événements intéressant la santé publique) La charge de travail confiée à ces médecins se trouve également dans le décret, amplifiée, puisqu'il est rappelé qu'ils assument des tâches médicales et sanitaires, mais qu'ils peuvent aussi effectuer des tâches annexes confiées au service, et être secondés par des praticiens rétribués à l'acte ou à la vacation. On peut ajouter que, outre les infirmières, des assistantes sociales sont chargées d'assister les médecins dans l'exercice de leurs missions. Cet éventail de collaboration organisée marque bien le glissement du métier de praticien libéral vers une forme d'emploi inhabituelle pour un médecin soignant (organisation formelle, définition a priori des types de relations, dépendance hiérarchique, obligation de rendre compte, approche plus globale des problèmes sanitaires...).

La réforme de 64 portant réorganisation des services de l'État, renforcement du pouvoir des préfets et déconcentration, s'est traduite dans le domaine sanitaire et social par une série de décrets dont celui n°64.787 du 30 juillet 1964 relatif au statut particulier du corps des médecins de la santé publique. Ces dispositions marquent l'avènement du corps des MISP. Du 30 juillet 64, deux autres décrets sont à signaler : l'un relatif aux attributions du ministre de la santé publique et de la population et l'autre organisant les services extérieurs de l'État chargés de l'action sanitaire et sociale.

C'est à la suite des travaux d'un comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics que cette réforme est intervenue, affichant l'objectif d'accroître l'efficacité de l'administration par le regroupement des services qui exercent des tâches voisines. C'est ainsi que dans l'ensemble des départements, une direction de l'action sanitaire et sociale a été créée, relevant du ministre de la santé publique et comprenant dans un seul service toutes les attributions de l'ancienne direction de la population et de l'action sociale, celles de la direction de la santé, les attributions antérieurement dévolues aux services préfectoraux chargés de l'aide sociale et de la tutelle hospitalière, et enfin celles des services médicaux et sociaux du ministère de l'Éducation Nationale. Les attributions de ce dernier ministère relatives à la protection de la santé des enfants d'âge scolaire sont donc transférées au ministre de la santé publique, de même que les attributions du Ministre de l'Intérieur concernant le contrôle des établissements sanitaires.

Les relations entre préfet, nouveau directeur de l'action sanitaire et sociale et médecin inspecteur départemental de la santé vont alors prendre une tout autre tournure, puisque l'un de ces décrets précise que les délégations de signature ou de pouvoirs au profit du médecin inspecteur sont exclues, ce dernier étant déchargé de toute responsabilité de gestion et devant se consacrer exclusivement à l'inspection médicale et sanitaire et à l'examen des affaires techniques sur lesquelles il est consulté. Paradoxalement cette reconnaissance d'une expertise technique s'accompagne ainsi d'un affaiblissement de la position institutionnelle et hiérarchique du médecin. Cette reconnaissance d'une compétence technique médicale spécifique s'exprime dans un article 12 du décret, qui confie à un médecin spécialisé dans les questions médico-sociales scolaires, par exemple, la liaison entre l'inspecteur académique et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale. Le texte précise que « la solution retenue s'apparente à la formule appliquée avec succès pour certains techniciens de l'État qui relèvent selon leur domaine d'intervention de plusieurs ministres ».⁸⁵ Une nouvelle fonction de médecin inspecteur régional, par ailleurs, est créée, placée directement sous l'autorité du préfet de région, dont la mission consiste à réaliser des contrôles médicaux spécialisés et coordonner l'action des inspecteurs départementaux de la santé. Ce

⁸⁵ B.O. Ministère santé publique, S.P/31, 8062 (64-31).

médecin est également chargé de l'organisation du fonctionnement médical des établissements, du contrôle de l'organisation et du fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires sur le plan médical et des relations avec les Ordres médicaux et paramédicaux. Ce personnage unique au niveau de la région va progressivement devenir une autorité fédératrice des différents médecins inspecteurs en poste dans les services extérieurs du ministère.

C'est particulièrement le décret concernant le corps des MISP qui mérite ici d'être plus détaillé. Il rappelle que les médecins de santé publique forment un corps classé dans la catégorie A, c'est à dire théoriquement chargé de fonctions de conception, et ayant vocation à faire de l'encadrement et à participer au pouvoir décisionnel. En fait de conception, ils ont surtout été chargés d'appliquer les mesures techniques concernant la protection de la santé publique, de contrôler et coordonner les activités médicales des services et établissements de prévention et de soins. Le texte précise qu'ils peuvent être également affectés à l'administration centrale du ministère de la santé publique (et j'ai pu m'entretenir avec certains d'entre eux, comme je l'indiquerai dans le chapitre IV) Certains peuvent être affectés dans les services du contrôle sanitaire aux frontières ou à des postes relevant de ministères autres que le ministère de la santé publique, mais les détachements ne peuvent excéder 20% de l'effectif total du corps. Celui-ci est réparti en 5 grades : médecin inspecteur régional, médecin inspecteur régional adjoint, médecin inspecteur principal, médecin chef et médecin. Ceux-ci peuvent donc exercer à deux échelons différents : l'échelon régional où ils mettent en œuvre des mesures d'ordre médical concernant l'hygiène publique et l'hygiène sociale, et l'échelon départemental où ils assurent un contrôle médical de toutes formes d'activités sanitaires relevant du ministère de la santé publique. Au niveau régional, les médecins sont placés sous l'autorité directe du médecin inspecteur régional; au niveau départemental, ils relèvent directement du préfet. Mais le texte prévoit la possibilité de nommer des médecins à la tête de sections intégrées aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale, auquel cas ils se retrouvent sous l'autorité directe du directeur départemental.

Le recrutement s'opère parmi les docteurs en médecine, avec une limitée d'âge fixée à 38 ans. Il est également prévu que les élèves de l'école du service de santé militaire de la section santé publique peuvent être nommés médecins de la santé

publique ainsi que les médecins contractuels de santé publique, dont ceux ayant exercé en santé scolaire, totalisant 10 ans de services effectifs.

Les médecins recrutés sont nommés médecins stagiaires de la santé publique et à ce titre ils effectuent un stage à l'École Nationale de la Santé Publique. Des dispositions particulières d'avancement rapide en échelon dès le recrutement ont été prises pour les médecins qui justifient d'une pratique médicale antérieure ou de fonction d'interne ou de chef de laboratoire en hôpitaux publics. Cet avancement est d'autant plus rapide que la durée de l'expérience soignante antérieure a été longue. On comprend que cette disposition (valable également pour de nombreux corps de fonctionnaires) a pour but d'atténuer les écarts de rémunération lors du changement d'emploi.

Ainsi la constitution initiale du corps des MISp a été réalisée par l'intégration des médecins fonctionnaires de l'ancienne inspection de la santé, des médecins inspecteurs du service de santé scolaire et universitaire et des médecins de secteur de ce même service. La restructuration hiérarchique et organisationnelle ainsi opérée dans un processus d'unification du corps pouvait être entendue à la fois comme une consolidation de l'emploi de médecins par l'administration en même temps qu'une démarche de renforcement de leur intégration administrative.

D'ailleurs, les mesures de recrutement se sont alignées sur les règles communes du recrutement dans la fonction publique. Un décret du 11 octobre 1967 a réglementé le concours sur épreuves du recrutement en distinguant deux concours, l'un externe, ouvert pour 70 % des postes offerts et l'autre, interne, pour 30 %, destiné aux médecins contractuels de l'État comptant au moins 5 ans de service.

Des modifications au statut particulier du corps des MISp par un décret du 27 mars 1973 suivi d'un arrêté ministériel de rééchelonnement indiciaire ont traduit le double souci d'un élargissement du recrutement et d'un approfondissement de la formation en santé publique, renforçant dans le même temps l'ancrage de ce corps dans la fonction publique d'État. Sa structuration va alors être recomposée autour de trois grades : médecin général de la santé, médecin inspecteur en chef et médecin inspecteur. Ce développement des perspectives de carrière se situe à hauteur de 36 % de l'effectif réel susceptible d'occuper le grade correspondant à la fonction

d'encadrement de médecin inspecteur en chef. Les attributions des membres de ce corps de MISP sont rappelées mais aussi développées puisqu'il est question de la mise en œuvre, de l'exécution et du contrôle de la politique de santé publique, tant en matière préventive que curative. Outre les attributions traditionnelles, ce qui apparaît important ici, en particulier dans l'article 2 du décret, c'est l'affirmation d'une contribution des MISP à l'élaboration de la politique de santé publique par la détermination des besoins, la planification et la programmation, autant de domaines d'intervention qui vont accentuer la complexité du métier.

L'âge limite de recrutement passe à 40 ans et les candidats doivent non seulement être docteurs en médecine mais également justifier de deux ans de pratique professionnelle. L'accès devient possible pour les médecins des services départementaux de P.M.I. Un pourcentage des postes à pourvoir est offert aux chefs de cliniques ou assistants d'université, assistants des hôpitaux avec un âge limite de 45 ans. Ces derniers sont alors recrutés sur titres. Lorsque c'est le cas, le décret prévoit qu'ils conservent une rémunération égale à celle qu'ils percevaient en qualité de chef de clinique ou d'assistants. Ils sont également dispensés du stage long à l'École Nationale de la Santé Publique mais doivent suivre un enseignement accéléré. Des fonctions d'enseignement universitaire, la possession de certains diplômes, titres ou qualités, peut être assimilée, selon le décret, à une certaine pratique professionnelle. Peuvent également être nommés sans concours dans le corps des MISP, les élèves de l'école du service de santé militaire de la section santé publique. Pour les autres, le stage des médecins inspecteurs recrutés, a été porté à 1 an à l'École Nationale de la Santé Publique, et il s'accompagne de l'exigence d'obtention du certificat d'études spéciales d'hygiène et du diplôme d'État de santé publique délivré par cette école.

On note enfin dans ce décret de 1973, que tous les fonctionnaires antérieurement médecins de la santé publique, sont intégrés dans un corps provisoire destiné à constituer le corps des MISP après avis d'une commission spéciale. Avec ces nouvelles dispositions, le ministère de la santé publique avance un peu plus dans la maîtrise de gestion du corps des MISP, en réduisant la dispersion des emplois, tout en cherchant à lui conférer par l'élargissement du recrutement à certains niveaux de pratique professionnelle et l'obligation d'une formation spécialisée, une position techniquement et socialement élevée dans l'échelle des métiers de l'administration.

C'est enfin le décret du 7 octobre 1991 qui constitue l'actualité de la réglementation concernant le statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique. Sans rien modifier des grades existants, il apporte quelques précisions favorisant le développement de carrière. Le nombre d'emplois dans le grade de médecin général peut atteindre 10 % de l'effectif total du corps, relevé à 12 % pour une période transitoire de 5 ans. Dans le grade de médecin inspecteur en chef, 15 % de l'effectif peut se trouver en échelon exceptionnel. Les proportions entre le grade de base et le grade supérieur ont été revues à la hausse pour ce dernier (60 % et 40 % de l'effectif total, ces pourcentages ont même été fixés à égalité pour une période transitoire de 5 ans.

Dans ce texte, la définition des missions confiées aux MISP devient plus globale, puisqu'il y est question cette fois d'une participation à la conception -ce terme n'avait pas encore été utilisé- à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique. L'accent est également mis sur les missions permanentes et temporaires d'inspection. Cette fonction traditionnellement régaliennne de l'État n'apparaît plus comme la mission première, voire unique, confiée à un corps de fonctionnaires, mais une fonction essentielle intégrée dans le champ plus global d'une politique publique.

Les formes de recrutement sont également précisées, la limite d'âge du 1er concours passant à 45 ans, mais assortie de l'exigence d'une formation préalable en santé publique. Cette discipline se confirme bien comme domaine spécialisé de connaissances dans le profil du métier. Pour certains candidats pouvant justifier d'une formation ou d'une expérience en santé publique, des dérogations sont prévues après examen par une commission spéciale. Le second concours ouvert aux médecins fonctionnaires pose la condition de 3 ans de services effectifs à toute candidature. Les proportions entre les postes ouverts aux deux concours ont été revues en faveur du 1^{er} (80 %, 20 %) mais l'ancienne répartition a pu être maintenue pendant une période transitoire de 5 ans.

Tous les médecins inspecteurs sont désormais tenus de justifier de la possession du diplôme d'État de santé publique délivré par l'École Nationale de Santé Publique. Ces mesures sont une affirmation d'une compétence spécialisée, mais la gestion des personnels qu'elles concernent n'a rien d'exceptionnel.

Autrement dit, les médecins sont traités comme des fonctionnaires, en matière d'avancement d'échelons et de grades, qui se prononcent au choix, par arrêté du ministre, après inscription à un tableau d'avancement, selon des règles d'ancienneté minimale, auxquelles s'ajoutent des formes d'appréciation hiérarchique. Ce que ce texte introduit de nouveau pour les médecins, en revanche, dans le domaine des compétences, c'est l'obligation d'une formation continue. Cette mesure est probablement de nature à confirmer la reconnaissance d'un métier. La fonction de contrôle dévolue antérieurement à des médecins fonctionnaires exerçant un métier de type routinier cède la place à un métier à pratique complexe qui s'exerce en prise directe avec l'évolution des connaissances et des évolutions sociales dans le champ de la santé publique.

Toute cette évolution réglementaire correspond en fait à un double objectif : adapter l'interventionnisme public de l'État à l'évolution complexe du domaine de la santé, en le dotant des compétences techniques nécessaires, et assurer la maîtrise de ces compétences par une intégration administrative globale. Concrètement, cette intégration se complète par une gestion des ressources humaines qu'il convient maintenant de préciser.

2) Les médecins inspecteurs de santé publique : démographie et gestion du corps.

Le corps des MISP représente parmi les corps de la fonction publique de l'État, et au sein de l'administration sanitaire et sociale un groupe de petite taille avec 424 individus au 1 mai 1997.⁸⁶ Leur gestion est régie par un décret du 7 octobre 1991 qui organise plusieurs étapes d'installation dans l'emploi avec une première mesure de nomination en qualité de médecin inspecteur stagiaire suivie d'une titularisation après 1 an, et d'un déroulement de carrière en trois grades : médecin inspecteur, médecin inspecteur en chef et médecin général. L'âge moyen du corps est de 46 ans avec un taux de féminisation de 66 %.

Les tableaux des effectifs enregistrent régulièrement des écarts sensibles entre l'effectif budgétaire (le nombre de postes autorisés) et l'effectif réel (le nombre de

⁸⁶ Sur 13 800 agents (14 458 en 2000) dont 28 % de cadres A parmi lesquels les MISP représentent 9,5 % de cette catégorie, donc 3 % de l'effectif total. Source : *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, service des ressources humaines, bureau des personnels des services déconcentrés.*

postes occupés), entre 13,2 % pour 1994 et 18,8 % pour 1991. Cet écart semble toutefois nettement réduit en 1997. Ce constat suscite deux questions : l'attractivité du corps et la sélectivité à l'entrée. Le décret d'octobre 91 autorise des détachements à hauteur de 20 % de l'effectif total du corps. Cette possibilité n'est pas exploitée totalement puisque 52 médecins sur 92 potentiels, soit 11,2 % étaient en service détaché en 1997. Ces détachements sont très divers, même si la majorité d'entre eux concernent des administrations de l'État. On observe toutefois que sur 52 détachements, 9 le sont à titre principal dans un emploi de direction, donc dans des fonctions de management administratif. Ces détachements concernent autant d'hommes que de femmes. La moitié des médecins détachés ont le grade de médecin inspecteur en chef. Un détachement ne peut être accepté que si l'agent possède 4 ans de service effectif dans le corps, l'année de formation à l'École Nationale de Santé publique n'entrant pas dans ce décompte.

Mis à part les détachements, les effectifs du corps des MISP se répartissent entre services déconcentrés (DDASS et DRASS) et administration centrale (8 directions techniques, 1 inspection, 1 service d'études et 1 mission de recherche) Excepté deux médecins affectés à une antenne du réseau national de santé publique⁸⁷, 353 médecins exercent en services extérieurs⁸⁸, dont la très grande majorité (72 %) en DDASS. Si cette répartition peut s'expliquer par le plus grand nombre de structures départementales, néanmoins, le taux de MISP moyen par DRASS est nettement supérieur au taux moyen par DDASS (4,1 contre 2,7) Parmi les 39 MISP affectés en administration centrale, 25 le sont à la direction générale de la santé et 5 à la direction des hôpitaux, c'est à dire des services centraux directement responsables, entre autres missions, de la régulation des professions de santé, c'est à dire l'organisation de la réglementation et des moyens qui encadrent la formation, le recrutement et les carrières des professionnels. Il convient de noter également l'existence de 9 postes de MISP dans les 9 cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE). À ces chiffres s'ajoutent 20 médecins placés dans des positions statutaires particulières (hors cadre, disponibilité, maladie de longue durée...) 14 d'entre eux (dont 10 femmes) sont en disponibilité, soit pour convenances personnelles, soit pour élever des enfants.

⁸⁷ GIP constitué en 1992 par le ministère de la santé, l'ENSP et l'INSERM ayant mission d'information, d'aide à la décision pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique.

⁸⁸ On appelle services extérieurs de l'État, les administrations déconcentrées, le plus souvent en région et dans les départements, placés sous l'autorité des préfets et dépendant d'un ministère spécifique auquel ils sont institutionnellement rattachés.

19 % des médecins en activité, exercent à temps partiel. À la DRASS Nord/Pas de Calais, à titre indicatif, ce taux est de 16 % par rapport à un taux moyen global de 33,6 %, donc très réduit par rapport aux autres catégories de personnels.

Parmi les médecins exerçant à temps partiel, les MISP de base sont majoritaires (56 %) viennent ensuite des médecins en chef ou des médecins généraux. Ce temps partiel concerne donc plutôt des médecins en début de carrière. Mais il est inégalement réparti selon le niveau des structures : c'est en DDASS qu'il est le plus élevé (23,2 % de l'effectif des médecins employés) et dans la quotité de travail la plus fréquente (80 %), alors qu'en DRASS il est de 16 % et 17,9 % en administration centrale. Ces chiffres accentuent donc davantage l'écart des taux d'emploi de MISP entre DRASS et DDASS.

La distribution des postes budgétaires entre DRASS et DDASS par régions, pour la France métropolitaine, confirme ces écarts et révèle une nette hétérogénéité des affectations entre les départements (cf. tableau A, chapitre IV). On observe d'abord que 50 % des effectifs des MISP sont employés dans 6 régions; près de 40 % de l'effectif se trouve concentré dans 4 régions seulement : l'Ile de France, Rhône-Alpes, PACA et le Nord/Pas de Calais. Mais ces 4 régions représentent deux blocs très différents : d'un côté, 3 régions avec un nombre important de départements (8 en IdF, 8 en R.H., 6 en PACA) et de l'autre, le Nord/Pas de Calais avec seulement deux départements, mais le taux de MISP par DDASS le plus élevé de France, soit 7,5 pour un taux moyen national de 2,7, avec un minimum de 1 en Corse.

Le taux moyen de MISP en DRASS est de 4 % de l'effectif employé dans ce type de structure, par rapport auquel les mêmes 4 régions enregistrent un taux deux fois supérieur. 13 DRASS sur 22 ont un effectif situé entre 2 et 4 MISP. Les écarts sont beaucoup plus importants entre les DDASS (de 1 à 7,5); 61 % des DDASS ont un taux de MISP inférieur à la moyenne nationale des départements de 2,7 (pourcentage de MISP présents en moyenne dans une DDASS).

Sur la France entière, le taux moyen autorisé de MISP pour 100.000 habitants est de 0,64. 7 régions ont un taux inférieur, parmi lesquelles 3 des 4 premières régions d'emploi mentionnées précédemment (dont le Nord/Pas de Calais à 0,6)

Si j'examine l'état de la distribution des MISP sur le territoire, les résultats sont sensiblement différents selon le mode de calcul effectué : pour chacune des 22 régions de la France métropolitaine, on peut calculer un taux moyen de MISP pour l'ensemble des structures administratives implantées dans la région (DDASS+DRASS) Le taux le plus bas est de 1,3 en Corse et le plus élevé de 8 dans le Nord/Pas de Calais, le taux moyen national étant de 3,1. On peut ainsi faire l'hypothèse que dans le cas le plus défavorable, le médecin inspecteur est identifié comme la seule référence du corps dans son institution ou le seul expert dans son domaine, et pourrait ou non déplorer son isolement ou se trouver plus facilement intégré dans un comité de direction, à moins qu'il ne choisisse de faire « cavalier seul » en marge de son institution. J'ajouterais que le MISP, seul dans une structure administrative est exposé à une charge de travail qui nécessite, pour être partagée ou déléguée à des cadres ou à des collaborateurs administratifs, la définition d'un critère de répartition technique (médical...) ou stratégique (prérogatives, niveau de responsabilité...) qui dépend de la nature des dossiers présents et du type de relations avec la hiérarchie administrative. Dans le second cas, plus favorable, on peut penser que le nombre des médecins en poste permet d'éviter cet isolement et constitue une opportunité pour le travail en équipe. Parmi les causes de ces disparités, j'avancerais trois raisons : une qui s'attache aux candidats potentiels à l'emploi de médecin inspecteur par rapport à l'attractivité géographique et professionnelle des postes à pourvoir, une seconde correspondant à une capacité stratégique inégale chez les décideurs locaux à négocier des postes et des affectations avec l'administration centrale, une troisième enfin, moins subjective, qui résulte d'une prise en compte d'indicateurs de santé publique (densité démographique, morbidité, données épidémiologiques...) permettant de mesurer l'importance des problèmes à résoudre selon les régions et les départements.

On peut également calculer un taux moyen de MISP pour 100 000 habitants dans chaque région. Dans cette approche, le taux le plus faible est de 0,5 pour l'Ile de France et le plus élevé est de 1,58 pour la Corse, avec un taux moyen national de 0,64. On observe que pour 16 régions sur 22, il y a un écart inversement proportionnel aux deux taux considérés : lorsque le nombre moyen de médecins inspecteurs par structure est situé au-dessus de la moyenne nationale, le taux pour 100 000 habitants est au-dessous de la moyenne nationale correspondante; c'est le

cas pour 5 régions (Ile de France, Rhône-Alpes, Nord/Pas de Calais, Pays de Loire et Haute-Normandie). C'est le cas inverse pour 11 régions (Auvergne, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Poitou-Charentes).

Si le nombre de MISP rapporté à l'importance de la population d'une région donnée n'est en soi pas très significatif, il introduit néanmoins la question des disparités régionales en matière d'état de santé des populations et de dispositif d'offre de soins. Le principal indicateur retenu pour rendre compte de ces disparités est le taux de mortalité. On observe ainsi, par exemple, que toutes causes de décès confondues, le Nord/Pas de Calais a une mortalité masculine supérieure de 25% à la moyenne nationale de France métropolitaine, alors qu'à l'opposé, la région Midi-Pyrénées présente une sous-mortalité de 11 %.⁸⁹ Mais il existe des exceptions à la logique de cette répartition, notamment en matière de décès par accidents de la circulation et de SIDA où les tendances sont inversées entre le Nord/Pas de Calais et le sud de la France.

En matière d'offre de soins, notamment pour la médecine libérale, les écarts peuvent être très importants selon les régions; le nombre de médecins libéraux généralistes par exemple est très faible en Picardie (94 pour 100 000 habitants), faible en Bretagne (107 pour 100 000 habitants), proche de la moyenne nationale (115) dans le Nord/Pas de Calais (114 pour 100 000 habitants) et élevé en Midi-Pyrénées (137 pour 100 000 habitants).

Dans un tout autre domaine, l'hébergement collectif pour personnes âgées, par exemple, le classement des 4 régions qui viennent d'être citées est complètement transformé : la région la moins bien dotée en équipements de ce type est la région Midi-Pyrénées avec 147 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus, tandis que le Nord/Pas de Calais, la Picardie et la Bretagne se situent respectivement à 164, 184 et 203, la moyenne nationale étant de 167.

Pour expliquer la diversité de ces situations, il apparaît évidemment nécessaire d'analyser de nombreux facteurs historiques, comportementaux, environnementaux,

⁸⁹ Source : actualité et dossier en santé publique n°19, juin 1997, p.III.

socio-démographiques, de même que des études sectorielles infra-régionales s'imposent pour connaître avec précision l'état de santé des populations régionales afin de mieux adapter les politiques de santé aux besoins locaux. C'est justement cet objectif qu'on trouve au cœur des missions dévolues aux MISP. Ces missions semblent prendre une importance croissante avec les enjeux de la « veille sanitaire » (surveillance de certaines maladies, transmissibles ou non), de la veille « environnementale » (surveillance des effets nocifs de l'environnement dégradé sur la santé publique) et de la sécurité sanitaire dans les hôpitaux. Cette montée en charge de leurs activités et de leurs responsabilités greffée à une inégale implantation des effectifs à laquelle l'administration centrale semble néanmoins vouloir répondre depuis quelques années par des rattrapages, a d'ailleurs fait dire à ces médecins qu'ils « *n'étaient pas assez nombreux et mal payés* »⁹⁰ au cours d'une journée de grève le 10 juin 1999, ajoutant qu'ils gagnaient « 20 % de moins que les hospitaliers et 30 % de moins que les médecins conseils de la Sécu. ». Cette référence à des professionnels relevant d'autres métiers et d'autres statuts méritait bien quelques éclaircissements.

3) Approche comparative avec d'autres catégories de médecins salariés non-soignants: santé publique, P.M.I., santé scolaire, assurance maladie.

D'après les résultats d'une enquête menée pour le ministère du Travail et des Affaires Sociales, réalisée fin 1994,⁹¹ on peut distinguer deux pôles principaux qui totalisent près de 75 % des médecins salariés non hospitaliers (13 000 médecins) à savoir la médecine de prévention et la médecine d'administration (contrôle médical, santé publique). L'effectif des médecins non-prescripteurs au 31/12/1994 était constitué à près de 50 % par la médecine du travail. Sur 13 728 médecins, 3 645 relevaient de la catégorie « médecine d'administration » dont 2 237 pour le contrôle médical et 1 408 pour la santé publique. C'est dans ce dernier groupe que figurent les médecins inspecteurs de santé publique, représentant à peu près 30 % de ce groupe, dont l'effectif total est équivalent à celui du groupe santé scolaire et du groupe P.M.I. Ces deux derniers constituent les groupes les plus féminisés (93 % et 94 %) suivis du groupe santé publique (78 %) et de la médecine du travail (66 %). L'explication

⁹⁰ La Voix du Nord, vendredi 11 juin 1999.

⁹¹ D.RUFIN, les médecins salariés non hospitaliers : enquête auprès des médecins de prévention et d'administration, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, SESI, *Infos rapides n°89*, avril 97.

avancée par D.RUFFIN est que la P.M.I. et la santé scolaire traitant de prévention auprès des enfants et des mères semblent être de fait un domaine réservé aux femmes. On peut le supposer quand on constate qu'en santé publique (les MISP) la répartition entre les sexes est beaucoup plus équilibrée. Les deux tableaux qui suivent récapitulent les données qui ont amené ces commentaires :

**Tableau A : Effectifs de médecins non-prescripteurs au 31 décembre 1994
France métropolitaine (y compris remplaçants)**

Prévention				Administration	
Médecine du travail *	Santé scolaire	P.M.I.	Autres **	Contrôle	Santé publique
6 478	1 471	1 358	776	2 237	1 408

Source : SESI – répertoire Adeli au 31 décembre 1994.
 * Regroupe les médecins exerçant dans le secteur de la prévention en entreprise et ceux qui pratiquent la médecine du travail.
 ** Exercice en établissement de soins et de prévention.

Tableau B : Âge moyen et féminisation selon le secteur d'activité médicale

	Prévention				Administration	
	Médecine du travail	Santé scolaire	P.M.I.	autres	Contrôle médical	Santé publique
Proportion de femmes	66 %	93 %	94 %	60 %	42 %	78 %
Âge moyen (en années)						
Hommes	46	47	46	46	47	47
Femmes	44	44	43	42	45	44

Source : SESI. Enquête Médecins salariés.

Les bilans statistiques des promotions d'élèves formés dans les différentes filières de l'ENSP s'accompagnent de commentaires intéressants sur les motivations de ces diverses promotions à leur arrivée à l'École. Il semblerait qu'en matière de médecine scolaire, malgré une certaine évolution, l'intérêt particulier pour le travail auprès des enfants et des adolescents occupe toujours la première place. Le sentiment partagé par ces médecins est que, dans le champ scolaire, la médecine leur permettra de développer une approche plus globale de la santé de ces enfants. Cette motivation

se renforce d'une seconde : beaucoup de médecins scolaires recherchent une autre dimension que le soin, l'approche préventive, qu'il est plus difficile d'appréhender dans l'exercice de la médecine libérale ou hospitalière. L'évolution se marque dans le souci exprimé de ne plus exercer seul, lié à une nécessité de plus en plus affirmée de travailler avec d'autres professionnels. Ce travail en équipe ou en partenariat, deviendrait donc un facteur de motivation grandissant. Il convient de signaler également les médecins qui font le choix d'une médecine scolaire (mais nous retrouverons ce facteur chez les MISP) pour ne plus avoir de relation financière avec les patients et le mode d'exercice salarié qui permet d'harmoniser vie familiale et vie professionnelle, compensant ainsi la diminution de revenu par rapport à l'exercice d'une médecine libérale.

Ces motivations se trouvent confirmées par les termes de certains rapports ministériels concernant les aspects de la gestion du corps des médecins inspecteurs de santé publique. Le rapport « PIEDNOIR » de mars 95 par exemple, sur le recrutement des MISP estime que les médecins scolaires représentent un vivier intéressant de recrutement, du fait de leurs pratiques de terrain et de leur expérience de collaboration avec les professionnels du social. Il reconnaît l'intérêt d'une pratique proche des usagers et de la clinique pour des médecins inspecteurs qui désireraient « *se ressourcer* » (1995, p. 105), reconnaissance étendue aux médecins de P.M.I., par ailleurs, dont on parle de la « *solide expérience* » en matière de partenariat professionnel et en matière d'approche « *pluridisciplinaire des problèmes des populations les plus démunies* » (1995, p. 102).

Les compétences sont d'ailleurs reconnues aux deux groupes de la « médecine de prévention » qui présentent une forte proportion de généralistes et un faible taux de spécialistes, si on examine le critère de la qualification selon le secteur d'activité médicale.⁹² Tandis que le groupe des médecins de santé publique est constitué de 40 % de généralistes et de 28 % de spécialistes (dont la moitié ayant la spécialité de santé publique); les médecins du contrôle médical (à l'intérieur de la même catégorie « médecine d'administration ») sont à 82 % des généralistes contre 9 % de spécialistes. Le plus fort taux de médecins spécialistes se trouve dans la médecine du travail (47 % du groupe) qui possède exclusivement la spécialité du même nom.

⁹² SESI, Infos rapides, n°89, avril 1997, p.3.

La spécialité santé publique quant à elle, est nettement moins présente dans le groupe des médecins du contrôle médical que dans celui des médecins de santé publique. Et cette inégalité alimente les débats au sein du groupe des MISP qui considère que la réforme de 1995, de l'hôpital et de l'assurance maladie, avec la création des agences régionales d'hospitalisation a modifié les relations de pouvoir entre ces deux groupes professionnels. Lorsque le rapport « BASSET » de mars 1998 sur le recrutement des MISP propose de « distinguer les rôles respectifs des MISP et des médecins conseils » (1998, p. 8) il prend appui sur l'analyse d'un rapport antérieur⁹³ qui conseillait d'éviter une concurrence inutile et stérile, soulignant par là, « *la revendication grandissante de l'assurance maladie... pour peser sur les décisions qui relèvent du domaine de compétence de l'État* » (1991, p. 19). La critique des MISP portait sur une déclaration du médecin conseil national relative à une soi-disant expertise des praticiens conseils répertoriés dans la colonne « contrôle » du tableau A, dans le champ de la santé publique et se résumait dans une formule péremptoire : « *la compétence en santé publique ne se décrète pas, elle s'acquiert par une formation aujourd'hui inexistante pour les praticiens conseils, à l'inverse des MISP* » (ibid. p. 19) On peut en tout cas signaler, au vu des résultats de l'enquête de D.Ruffin que la part des spécialistes de santé publique est nettement inférieure chez les médecins conseils par rapport aux médecins de santé publique (dont les MISP font partie) avec 88 qualifiés spécialistes dans le 1^{er} groupe contre 392 dans le second.

Ce besoin d'affirmer une compétence spécifique en santé publique, donc de se différencier des autres professionnels médicaux à l'extérieur de l'institution DDASS/DRASS prend également appui sur un fort cloisonnement interne mis en évidence dans le rapport CROZIER 1995.⁹⁴ Ce document fait état du déficit de management dans les services déconcentrés des affaires sociales, dû au manque de disponibilité des directeurs, à l'absence de définition d'axes fédérateurs et de priorités.⁹⁵ Cet isolement est propice à des spécialisations qui peuvent générer des luttes d'expertise. C'est ainsi qu'entre les inspecteurs des affaires sanitaires et

⁹³ « médecins inspecteurs de la santé publique, de l'état du problème et des solutions à apporter », rapport sept.1991.

⁹⁴ Rapport du groupe de travail sur la formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, présidé par M.CROZIER, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, mars 95.

⁹⁵ Le rapport CROZIER de mars 1995 déclare à ce sujet : « les directeurs sont perçus comme peu disponibles, accaparés par des missions de représentations extérieures. Selon les inspecteurs, ils n'assurent que très rarement un rôle de manager qui organise le travail des équipes... Cette absence de management se traduit également par de forts cloisonnements à l'intérieur des services entre professionnels (IASS, Médecins, pharmaciens, ingénieurs...) dont les interventions sur le terrain sont peu coordonnées ».

sociales (qui sont des administratifs) et les MISP, des chevauchements de compétences ajoutent à la confusion des métiers et alimentent les conflits de territoires. Lorsque ce rapport insiste sur la nécessité de donner aux inspecteurs des outils de connaissance du terrain, de leur proposer l'apprentissage des méthodologies de recueil et d'exploitation de données, de les initier à certaines disciplines susceptibles de leur conférer une réelle capacité d'expertise, comme l'épidémiologie, la diffusion de méthodologies de veille épidémiologique, il ne dit rien de moins que ce dont se prévalent les MISP pour faire valoir leur métier, même si les termes du rapport précisent que la compétence attendue des IASS doit se développer en lien avec celle des médecins inspecteurs.

Le résumé que Michel CROZIER avait fait de ses recommandations⁹⁶ à l'issue de l'enquête menée par SMG France sous sa direction, pour le compte du ministère des affaires sociales indiquait toutefois que les inspecteurs, quelque soit le domaine dans lequel ils travaillent sont aujourd'hui des intégrateurs, et ajoutait qu'ils ne sont ni médecins, ni juristes, ni bâtisseurs, mais qu'ils devaient intégrer toutes les composantes des dossiers qu'ils traitent. Lorsque le rédacteur du rapport, se fondant sur les résultats de son analyse, affirme que le métier d'intégrateur de l'IASS est un métier de généraliste qui s'articule autour du conseil, ajoutant que pour les intéressés « *c'est sur le terrain qu'ils acquièrent la problématique de leur métier* » (1994, p. 4) il dégage implicitement pour les MISP, dans le même champ sanitaire et social, une spécialisation (médicale, santé publique ?) dont les contours restent d'autant plus imprécis que l'un et l'autre groupes professionnels revendiquent des savoirs et des savoir-faire communs. En d'autres termes, à la question : qu'est ce qui spécifie le métier de MISP ? Le rapport sur les IASS n'apporte pas d'éclairage nouveau. Quant aux rapports sur le sujet, ils se suivent mais ne se complètent pas forcément et même parfois se contredisent. C'est ainsi que le compte-rendu d'une réunion du syndicat national des IASS de 95⁹⁷ faisait état du traitement inégalitaire de son groupe par le ministère au profit des métiers techniques, auxquels appartiennent les médecins. Arguant du fait que les IASS ont en général « la responsabilité de 80 % des attributions et du personnel des services » (1995, p. 6), ce syndicat estime que ce

⁹⁶ Étude sur les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, l'adéquation des missions et des savoir-faire, résumé du rapport et recommandations, *SMG France*, Paris, déc.94.

⁹⁷ Réflexions sur la réforme des services, section SNIASS Ile de France, 31.1.95, *SNIASS, lettre au directeur de l'administration générale, du personnel et du budget*, 23.4.95.

corps de fonctionnaires est lésé par rapport aux médecins, ingénieurs, pharmaciens... dont les missions seraient, en revanche, bien définies et reconnues par les textes (cf. supra), alors que pour les intéressés, cette reconnaissance officielle des attributions et du rôle, donc de l'importance du métier serait inexistante. On peut effectivement se demander s'il n'y a pas qu'un seul métier IASS/MISP, le deuxième statut ne servant qu'à légitimer les fonctions auprès des médecins. Je montrerai dans la deuxième partie que les rapports entre les IASS et les MISP ne sont pas uniformes et que, malgré les coopérations, les médecins s'efforcent de préserver un domaine de compétences non partagées avec les administratifs.

Ce détour par une évocation des préoccupations du groupe professionnel des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ne sert qu'à confirmer en fait l'incertitude de la position et du rôle du métier de MISP, tant à l'intérieur du cadre institutionnel que dans le champ plus global de la santé publique où les repères professionnels des acteurs servent autant à la gestion de leurs métiers qu'à leurs relations de pouvoir.

En poursuivant cette approche comparative, et dans un autre domaine, celui du temps de travail selon le secteur d'activité médicale, par exemple, on constate que le temps partiel et la précarité d'emploi sont inégalement répartis selon les groupes : les MISP constituent le groupe où la proportion de médecins à temps partiel est l'une des plus faibles, après ceux du contrôle médical (D. RUFFIN, 1997, p.3) C'est la catégorie « médecine de prévention » (P.M.I., santé scolaire et médecine du travail) qui totalise 50 % du temps partiel, essentiellement chez le personnel féminin. C'est également dans cette catégorie (à l'exception de la médecine du travail) qu'on rencontre le plus grand nombre de contrats à durée déterminée ou de vacataires. Cette forme d'emploi est inexistante au contrôle médical et relativement faible en santé publique (14 %).

Un autre trait distinctif de ces groupes professionnels concerne les revenus où là également les disparités sont importantes. Dans chacune de ces catégories, deux groupes se distinguent nettement en tête, en matière de revenu moyen : le contrôle médical et la médecine du travail. A un niveau d'ancienneté de 20 ans, en 93, un médecin conseil de l'assurance maladie avoisinait les 400 000F de revenu annuel, tandis que la santé scolaire, la P.M.I. et la santé publique atteignaient à peine les

200 000 F. (il s'agit du revenu déclaré par les médecins en référence aux salaires nets imposables perçus en 1993). Il existe également une différence importante entre les revenus masculins et féminins, en moyenne de l'ordre de près de 100 000F par année, à niveau d'ancienneté égal. D. RUFFIN expliquait ceci par le fait que dans les trois secteurs où l'employeur est l'État ou une collectivité locale (santé scolaire, P.M.I. et santé publique) une partie des médecins exerce sous contrat ou à la vacation, et qu'une proportion importante d'entre eux sont des femmes.

De cette étude, on constate que : le revenu des femmes médecins de prévention et d'administration est supérieur en moyenne à celui de leurs confrères généralistes libérales, alors qu'on observe le résultat inverse pour les hommes. Dans la médecine de prévention et l'administration, tous groupes confondus, le revenu salarié moyen annuel en 93 était de 293 000 F. pour les hommes et 202 000 F pour les femmes. Comparé au revenu libéral des généralistes de 1991, on constate que ces derniers gagnent 17 % de plus lorsqu'ils sont des hommes et 12 % de moins lorsqu'il s'agit de femmes. Les médecins inspecteurs de santé publique ont, selon le sexe, des revenus plus équilibrés puisqu'il y a très peu de femmes exerçant à temps partiel et que la plupart sont titulaires donc perçoivent une rémunération qui suit la grille applicable aux personnels fonctionnaires.

Pour ces derniers néanmoins, une comparaison complémentaire avec les revenus des praticiens hospitaliers s'avère fort utile puisqu'il s'agit pour ces deux groupes de rémunération d'activité salariée. On constate d'après un tableau comparatif des salaires bruts mensuels, par grades et par échelons, publié par le SMIS (Syndicat des Médecins Inspecteurs de la santé) en juillet 1997, qu'en fin de carrière le salaire mensuel brut d'un praticien hospitalier du secteur public exerçant à temps plein sans fonction universitaire est plus du double de celui d'un MIS (42 900 F. contre 18 700 F.), supérieur de 48 % à celui d'un médecin chef, et de 30 % à celui d'un médecin général. En début de carrière, un praticien hospitalier démarrait à 20 400 F. tandis qu'un médecin inspecteur se situait à 11 000 F.

Une dernière série d'indicateurs de comparaison concerne les trajectoires professionnelles et en particulier le moment de l'entrée dans l'un ou l'autre groupe de champ de la prévention ou de l'administration. On observe ainsi⁹⁸ que les entrées

⁹⁸ SESI, *Infos rapides* n°89, avril 97, p.5.

les plus précoces s'effectuent dans la première catégorie (santé scolaire, médecine du travail, P.M.I.) que 72 % des médecins intègrent dans l'année de leur première installation, alors qu'ils ne sont que 28 % à prendre un poste dans la « médecine de l'administration » au cours de leur première année d'installation. Les proportions sont inversées après 5 ans d'exercice d'une activité médicale libérale. Au-delà de 10 ans d'installation, seulement 6 % des médecins intègrent la prévention, alors que dans la médecine d'administration, ils sont 28 % à y entrer entre 4 et 9 ans de pratique libérale et 25 % après 10 ans. Globalement, c'est dans le groupe du contrôle médical qu'on trouve la plus forte proportion de médecins ayant exercé en libéral (49 %) alors que les taux les plus faibles se trouvent en prévention (12 % en médecine du travail, 14 % en santé scolaire, 7 % en P.M.I.) le groupe des médecins de santé publique se situe dans une proportion intermédiaire (24 %) On observe ainsi des différences notables dans le recrutement entre la prévention et l'administration. Les installations directes représentent près de 80 % des médecins en prévention, après seulement 4 ans d'exercice, contre 47 % dans l'administration. Ces données sont confirmées dans le tableau C ci dessous :

Tableau C : Trajectoire professionnelle par secteur d'activité médicale

En vertu du droit d'auteur,
cette inclusion ne peut figurer
dans la thèse en ligne.

Ces statistiques permettent de soulever la question des difficultés du recrutement dans certains groupes, et en particulier dans celui des MISp, l'explication la plus fréquemment avancée par les MISp eux-mêmes étant que si les médecins intègrent le corps tardivement, c'est que celui-ci ne serait pas attractif.

Ce problème a fait l'objet d'un rapport d'étude diligenté par le ministère en 97/98 et confié à un groupe de médecins des services centraux et déconcentrés. Les médecins inspecteurs concernés estimaient que leurs collègues de l'Éducation Nationale ne rencontraient aucun problème de recrutement et que leurs motivations reposaient sur l'équilibre trouvé entre intérêt professionnel, sécurité de l'emploi et qualité de vie,⁹⁹ autant de facteurs attractifs que les MISP voudraient bien rencontrer dans leur filière. Ce constat confirme en fait l'analyse antérieurement développée dans un rapport de 95¹⁰⁰ qui estimait que les médecins conseils, les médecins scolaires et les médecins des collectivités locales n'avaient pas de problème de recrutement, les candidatures à ces emplois étant toujours très nombreuses. Considérant que pour les médecins inspecteurs de santé publique, la situation était différente, les auteurs du rapport mettaient en avant la difficulté du métier comme facteur dissuasif, au même titre que pour la spécialité anesthésie/réanimation, elle-même déficitaire, sur ce plan, spécialité caractérisée par un engagement professionnel fort et une grande disponibilité.

Le métier de médecin inspecteur de santé publique se présente donc comme un segment minoritaire, au regard des effectifs, dans le champ de la médecine salariée non soignante, dont les premiers grands traits distinctifs des autres groupes de cette catégorie concernent le mode d'entrée (trajectoire professionnelle) et la diversité des rôles possibles dans le champ large de la santé publique (identité professionnelle).

4) Le corps des MISP : actualité du recrutement et formation.

L'âge moyen de recrutement des médecins inspecteurs de santé publique est donc relativement élevé : 39 ans. Avec un âge minimum de 30 ans et un maximum de 47 ans, les MISP recrutés ont donc en grande majorité une importante expérience professionnelle.¹⁰¹ Pour beaucoup d'entre eux, cette expérience a été en partie acquise au sein de la fonction publique (collectivités locales, santé scolaire, contractuels en DDASS) On peut donc estimer qu'au moment où ils passent le concours, ils connaissent déjà le milieu institutionnel dans lequel ils vont exercer par

⁹⁹ Rapport sur le recrutement des MISP, B.Basset, mars 98.

¹⁰⁰ Recrutement des MISP, Rapport F.PIEDNOIR, mars 95.

¹⁰¹ Rapport BASSET, mars 98

la suite comme médecins inspecteurs titulaires. En fait, cette connaissance reste souvent très parcellaire, parce que les emplois qu'ils occupaient se trouvaient dans la plupart des cas à la marge des institutions, et la connaissance théorique qu'ils pouvaient en avoir ne présentait que l'avantage d'étayer leurs motivations lors des épreuves du concours. C'est donc à l'entrée de leur tout premier poste et au cours de leurs premières expériences administratives qu'il va falloir remonter pour comprendre les motivations de ces candidats, qui constituent le vivier le plus important dans le recrutement des MISP, tandis que celui de l'internat en santé publique, qui concerne les médecins en cours de spécialité, beaucoup plus jeunes, s'avère être peu pourvoyeur de candidatures.

Les statistiques contenues dans le rapport BASSET/98 confirment le volume important du recrutement dans la catégorie des médecins issus de la fonction publique, qu'elle soit d'État ou territoriale; ces deux groupes associés aux médecins provenant de la coopération constituent 44 % du recrutement contre 10 % appartenant au groupe des médecins en fin d'études. Quant aux médecins issus de l'activité soignante (les statistiques fournies jusqu'en 91 ne font pas la distinction entre activité libérale et activité hospitalière salariée) 19 % sont des généralistes et 14,5 % sont des spécialistes, constituant ainsi globalement 33,5 % du recrutement. Il semblerait que les tendances les plus récentes aillent vers une inversion du rapport généralistes/spécialistes, au profit de ces derniers et vers un accroissement de la filière contractuels/vacataires du ministère de la santé, et de la filière coopération/humanitaire, traduisant du même coup une baisse du recrutement des généralistes, et le souci des médecins du secteur de la fonction publique à statut précaire de s'y intégrer de façon permanente. En complément de ces statistiques, une comparaison des profils des promotions de 94 à 98 laisse apparaître une augmentation du nombre des médecins issus du secteur hospitalier et une confirmation de l'accroissement du recrutement des contractuels (3^{ème} groupe de la promotion, à égalité avec le secteur hospitalier, et les médecins des collectivités territoriales en 94, 1^{er} groupe de la promotion en 97-98) Les médecins semblent sensibles à l'argument de spécialité qui constitue à la fois une exigence institutionnelle et une aspiration professionnelle. Il y a consensus sur le principe

d'une formation en santé publique de haut niveau pour les MISP qui revendiquent le statut de spécialistes de santé publique au service de l'État¹⁰² sans perdre de vue leur appartenance médicale, c'est à dire cette affirmation d'une capacité que seuls les médecins détiennent pour savoir porter sur les choses de la santé un regard particulier. Selon eux, les études de médecine laissent des traces, et cette capacité spécifique en serait bien la preuve, parce qu'elle est le fruit d'un cursus de sélection difficile et d'une formation qui oblige à aborder les problèmes de la vie, de la sexualité, de la souffrance et de la mort avec un langage, des méthodes et des outils qui constituent la culture médicale. Les médecins voient dans les modalités de recrutement des MISP un prolongement de cette culture, souhaitant dans le même temps une revalorisation de leur fonction et de leur statut. Le rapport de mars 1988 fait référence à une commission santé publique qui considérait que le concours de recrutement des MISP se devait d'être sélectif, et s'appuyer sur des pré-requis en santé publique. Le métier de MISP représenterait l'un des débouchés du DES santé publique (cf. encadré) assorti d'une formation complémentaire de nature à lui assurer sa spécificité. La formation pour l'accès au métier de MISP est devenue progressivement un argument de reconnaissance en même temps qu'une perspective de mise en valeur pour attirer les internes de santé publique suivant les mêmes logiques que celles présidant aux autres spécialités médicales. Autrement dit, les motivations pour devenir MISP devraient être du même ordre que celles conduisant au métier d'obstétricien, de neurochirurgien. Je me propose d'en examiner la réalité dans la seconde partie.

L'École Nationale de la Santé Publique serait donc perçue par les MISP comme un tremplin devant favoriser la reconnaissance de leur métier, définie par ces derniers comme une grande école d'application en santé publique (Rapport mars 88, p. 15) elle aurait pour mission de professionnaliser des médecins déjà spécialisés.

Dans la réalité, on observe depuis un certain nombre d'années que les candidats au concours de recrutement des MISP ont une chance sur deux d'être admis à l'École, statistique montrant que ce concours n'est pas l'un des plus difficiles pour accéder à la fonction publique même si les critères de sélection sont exigeants et qu'une préparation, assortie d'une mise à niveau, est plus que souhaitable, selon les

¹⁰² Médecins inspecteurs : rôle et formation, Rapport n°1 de la commission santé publique, mars 1988.

organisateur. Le plus souvent, depuis 91, le nombre de candidats admis est inférieur au nombre de postes offerts. Il y a eu 22 admis en 97 pour 45 postes ouverts aux deux concours. En moyenne, depuis 8 ans, l'écart est de 30 %. Ce déficit a donc attiré l'attention sur la question de savoir ce que l'administration cherchait à recruter et sur quels critères essentiels elle basait sa sélection. Le décret statutaire actuellement en vigueur ne laisse aucun doute sur le choix d'un recrutement parmi des médecins spécialistes en santé publique, ayant acquis leurs connaissances et leur expérience avant leur entrée à l'École Nationale, ouvrant bien, de ce fait un débouché d'emploi aux internes de santé publique, que ces derniers, en définitive, exploitent peu.

Diplôme d'Étude Spécialisée (DES) de santé publique et Médecine Sociale	
Durée totale =	4 ans
Contenu :	
Enseignement de base =	7 modules :
	Module 1 - Communication Informatique médicale
	Module 2 - Épidémiologie Biostatistique Démographie
	Module 3 - Science Sociale et santé
	Module 4 - Économie de la santé
	Module 5 - Droit et protection sociale
	Module 6 - Santé et environnement
	Module 7 - Analyse des interventions en santé publique
Enseignement spécialisé =	Formation approfondie de 2 ans dans une option à orientation professionnelle :
	Option 1 - Épidémiologie
	Option 2 - Organisation et gestion des services de santé
	Option 3 - Environnement et hygiène du milieu
	Option 4 - Santé communautaire et Médecine sociale - Actions dans les pays en voie de développement
Formation pratique =	Minimum de 4 semestres dans des services agréés.
Validation =	par module + décision d'une commission de validation après 8 semestres d'internat.

En amont de la sélection, l'accent est mis, dès le dépôt de candidature sur un niveau de connaissances en santé publique déjà significatif, et au moment de la sélection, il semble déjà correspondre à une exigence de métier puisque les MISP entendus, par exemple, dans le rapport de la commission santé publique de mars 88, souhaitaient que « *les épreuves ne soient pas organisées selon un mode d'évaluation scolaire, mais qu'elles aient 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* » (1988, p. 20)

Tous ces souhaits et aspirations contenus dans les récents rapports internes du ministère expriment bel et bien un besoin de reconnaissance et de revalorisation dû aux décalages que les médecins finissent par ressentir entre ce qu'ils attendaient du métier et ce qu'il est pour eux en réalité. Insatisfactions, frustrations, revendications récurrentes ont probablement contribué à l'émergence d'un syndicat spécifique de la profession, le SMIS, dont l'importance, au cours de ces dernières années, n'a fait que croître. Dans un dossier présenté par ce syndicat en avril 89, intitulé « les médecins inspecteurs de la santé », il était indiqué qu'aux élections pour les représentants des personnels en CAP, le SMIS avait recueilli 70 % des suffrages exprimés, constituant la première organisation représentative des médecins inspecteurs, loin devant la CFDT (19 %) et la CGC (11 %).

À ce jour, d'après le secrétaire national du SMIS interrogé à ce sujet, près de la moitié des MISP sont syndiqués, dont les deux tiers, soit entre 150 et 200, sont adhérents à ce syndicat professionnel. Une cinquantaine seraient inscrits à la CFDT. Les critiques exprimées par le syndicat des médecins inspecteurs ont trouvé leur consistance dans les contradictions du système d'emploi échafaudé depuis la réforme de 1977 : entre le DES de santé publique et le métier de MISP, la question du recrutement s'est heurtée aux difficultés de concilier une formation médicale et une activité administrative. Le niveau d'exigence du recrutement des MISP destiné à valoriser un métier dont les représentants sont détenteurs de trois diplômes de 3^{ème} cycle ne s'est probablement pas accompagné d'un niveau équivalent de rémunération. L'ambition d'un diplôme délivré par une grande école nationale s'est parfois conjuguée avec une formation moins convaincante que les études et l'expérience médicales antérieures. Enfin, les baisses successives de recrutement des

MISP, au lieu de provoquer les effets positifs de la rareté, ont plutôt contribué à détériorer les conditions de travail des médecins en poste dans les départements. On peut même supposer que l'accumulation de ces revendications a renforcé le mécontentement des médecins inspecteurs, dont les revendications relayées par leur syndicat, se sont cristallisées sur les inégalités de revenus en comparaison de celui des nombreux autres acteurs arrivés dans le champ de la santé publique dont l'expansion avait diversifié les emplois depuis les années 70.

5) Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai montré qu'il existait au sein de la profession médicale un certain nombre de segments correspondant à des emplois parfois très éloignés du modèle à la fois libéral et soignant de cette profession. Lorsque des médecins deviennent salariés d'une administration notamment, les nouveaux caractères des métiers qu'ils peuvent exercer, empruntent aux règles de la bureaucratie : le rapport hiérarchique, la compétence professionnelle, la spécialisation de la fonction, et se concrétisent dans des formes très interactives. J'ai expliqué également que ce type d'emploi s'inscrivait dans le développement des formes d'intervention de l'État dans le domaine de la santé, tout en intégrant les formes de gestion propres à la fonction publique, au sein de laquelle les médecins inspecteurs représentent un groupe de taille très réduite, confronté à des questions en lien avec leur double statut : celui de médecin avec la question du niveau professionnel, et celui de fonctionnaire avec la question du niveau hiérarchique et fonctionnel dans l'institution. J'ai montré également que cette question ne se déclinait pas de la même façon entre les segments de la profession médicale non soignante, en introduisant une distinction générique entre médecine de prévention et médecine d'administration, tout en rapprochant ces catégories par le constat d'une évolution des motivations des individus qui abandonnent la médecine de soins traditionnelle pour faire l'expérience de formes de collaboration organisées. C'est dans ce cadre que l'analyse du métier de MISP prend sa place à partir de l'hypothèse que les parcours professionnels se différencient selon les individus et les groupes, révélant des processus complexes de construction identitaire dans le champ de la santé publique.

CHAPITRE IV

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Les questions relatives à l'emploi de médecins par l'administration de l'État constituent un phénomène social dont l'intérêt s'accroît d'autant plus que certaines formes d'emploi rompent radicalement avec l'activité soignante à laquelle le corps médical est traditionnellement destiné. Un éclairage sociologique de ces questions nécessitait une investigation particulière. L'axe méthodologique central de cette recherche s'est fondé sur le choix d'une pluralité d'approches complémentaires. Après avoir abordé le sujet avec les données quantitatives au chapitre précédent, c'est la problématique d'une recherche qualitative qui va ici être explicitée : à partir de quelles questions j'ai posé le problème de cette recherche, pourquoi j'ai fait le choix d'une enquête qualitative, comment j'ai considéré les histoires de vie professionnelle comme l'axe principal, quel intérêt il y avait à les introduire par des entretiens exploratoires et à les confronter aux données d'une étude documentaire. L'activité essentielle de cette recherche a consisté en une série de 58 entretiens que je considère comme une expérience de dialogues destinés à *recueillir* « *sentiments, jugements, récits, argumentations* » qui font sens pour les individus et qu'il s'agit de comprendre (DEMAZIERE, DUBAR, 1997, p.34)

C'est l'analyse sociologique d'un métier de médecin non soignant qui est au centre de cette recherche. Il s'inscrit dans le champ de l'emploi de médecins dans l'administration de l'État. La présence de ces derniers, désignés formellement dans l'institution sous le grade de médecins inspecteurs de santé publique a donc introduit la recherche avec la question de savoir comment s'exerce le métier de MISP, dans son double rapport à la profession médicale d'une part, et à l'administration d'autre part. Ce qui m'importait, dans cette perspective, était de conduire les entretiens réalisés avec les MISP comme des tentatives de reconstitution subjective des

histoires individuelles où les intéressés mettent librement l'accent sur ce qui leur apparaît le plus significatif des parcours effectués. C'est le sens de la trajectoire explicité par C. DUBAR.¹⁰³

Au travail, les médecins inspecteurs agissent et échangent avec d'autres acteurs, en permanence, selon des modalités fort diverses, qui produisent des effets sur ce qu'ils disent, ce qu'ils pensent et ce qu'ils font, finalement ce qui les constitue dans le métier. Ce processus interactif est guidé pour chacun par le souci du « contrôle de sa propre destinée », selon la formule de BLUMER (cité par I. BASZANGER, « Anselm STRAUSS, la trame de la négociation », 1992, p. 40¹⁰⁴). Processus d'interaction, croisements biographiques, parcours des individus et constructions identitaires me sont apparus comme des notions pertinentes pour comprendre les modes d'exercice de ce métier de médecin inspecteur de santé publique. Leur expérience dans une action organisée élabore et remodèle leur image d'eux-mêmes parce qu'elle les confronte à des problèmes nouveaux à résoudre; elle leur fait acquérir de nouvelles formes de technicité; en d'autres termes, elle les professionnalise dans un champ spécifique où ils peuvent trouver des motifs d'investissement. C'est donc le monde professionnel vécu par ces médecins que la recherche sociologique essaie d'appréhender, en privilégiant le point de vue des acteurs sur celui plus officiel de l'Institution. Par conséquent, la méthode s'efforce principalement de repérer l'espace et les formes de négociation et d'échanges entre les acteurs, et aussi la compréhension de l'organisation du travail. Le processus évolutif des échanges, sans cesse renégociés donne consistance à l'existence professionnelle et permet au médecin de donner un sens à ce qui l'entoure et à ce qu'il fait. Ce mouvement procède d'une construction d'identité au travail incitant selon les cas à adhérer aux missions confiées à l'administration, à participer aux objectifs, à y trouver satisfaction, à s'investir fortement ou à envisager des portes de sortie. C'est donc plus la situation de travail qui doit être envisagée, que

¹⁰³ Lorsqu'il commente l'article de Chantal Nicole DRANCOURT, Claude DUBAR précise : « Le rétrospectif se prête davantage aux diverses méthodes qualitatives fondées sur l'élucidation de ce que CN DRANCOURT appelle la trajectoire et que j'appelle plutôt la trajectoire subjective c'est à dire le sens donné par les sujets interrogés à leur itinéraire, la relation qu'ils établissent entre la reconstitution de leur passé et les projections dans l'avenir, relation à partir de laquelle s'élaborent ce que j'appelle des transactions subjectives », DUBAR C., 1994 b, « L'insertion comme articulation du biographique et du structurel, *Revue française de sociologie II*, (p. 283-291).

¹⁰⁴ STRAUSS insistait, à propos de l'étude des phénomènes identitaires, sur cette prégnance de l'action pour comprendre les sens construits par chacun avec les autres de ce qu'il est et de ce qu'il fait : « Ma version de l'interactionnisme est un modèle orienté vers l'action... Avec les choses structurelles dans le paysage parce qu'elles sont les conditions de l'action. il y a le contexte et les contingences. Vous avez des gens qui, comme le disait BLUMER sont très actifs – parfois ils le sont moins – mais ils essaient de contrôler leur destinée, c'est au cœur de l'interactionnisme », (1992 p. 40).

l'organisation formelle du travail, parce que c'est elle qui marque la relation du médecin inspecteur à l'administration, et c'est le sens qu'il lui donne ou qu'il peut lui donner qui va dicter son comportement.

C'est parce que sens et identité sont au cœur de la vie qu'une méthode qualitative attachée à l'expression par chacun de son propre parcours est ici privilégiée. Cette approche biographique saisit l'espace et le temps des formes de l'action collective. Chaque individu, lorsqu'il fait le récit de sa vie professionnelle, produit un témoignage de son expérience vécue. C'est un « *fragment de cette réalité sociale-historique* » (BERTAUX, 1997, p. 45) que la démarche s'efforce de recueillir, et non des indices susceptibles de dresser le portrait de l'individu. L'objectif n'est pas d'analyser des personnalités, mais plutôt des informations qui vont aider à comprendre la dynamique interne du groupe professionnel étudié. Le discours de l'individu sur son parcours ne se contente pas de se remémorer des faits, au demeurant retraduits par les filtres d'une mémoire qui fonctionne aussi avec ses processus de transformation inconscients, mais il opère un intéressant assemblage d'opinions, d'idées, de sentiments avec les événements sociaux, individuels et collectifs qui ont produit une identité non réductible aux définitions statutaires et aux profils de postes. On ne peut pas se contenter d'étudier le métier de médecin inspecteur de santé publique à partir des textes officiels qui en fixent les missions, les activités et les conditions d'exercice. Ce corps de fonctionnaires de l'État ne présente pas une homogénéité suffisante. Il recouvre des réalités organisationnelles et personnelles fort différentes qu'il faut saisir dans l'examen des trajectoires individuelles et des justifications d'appartenance à la profession qu'elles amènent.¹⁰⁵

La biographie n'est pas que descriptive, elle est ponctuée des jugements et des sentiments de son auteur. Quand il parle de son passé, du présent ou de son avenir possible, l'individu met en évidence ce qui constitue pour lui des valeurs; c'est l'intérêt du récit de mettre en évidence cet « *univers de croyances* » (DEMAZIERE, DUBAR, 1997, p. 99). Tout ceci me semblait justifier une enquête de terrain; qui cherche à rendre compte de ce que font les médecins inspecteurs de santé publique,

¹⁰⁵ En s'inspirant de la méthode de mise en relation des discours tenus par les salariés, utilisée par C. DUBAR dans sa recherche sur les innovations de formation des grandes entreprises privées il est possible de saisir certains traits identitaires des MISP à partir d'extraits d'entretiens insistant sur l'un ou l'autre des trois domaines suivants : le rapport au travail (représentations et pratiques), la trajectoire (éléments subjectifs choisis par le sujet), le rapport à l'organisation (échanges et relations). DUBAR C., ENGRAND S., 1991, Formation continue et dynamique des identités professionnelles, *Formation emploi* N° 34, (p 87- 100).

des formes d'autonomie qui sont les leurs, des influences qu'ils subissent et de celle qu'ils exercent dans leurs rapports à autrui, donc finalement du pouvoir qui s'attache à l'exercice de leur métier, et de ce qu'ils en tirent pour légitimer leur action et se faire reconnaître, j'ai retenu également le principe d'une méthode de recherche qui veut comprendre l'homme dans son milieu. Comme FREIDSON, lorsqu'il étudiait la profession médicale aux États-Unis, je ne me suis pas attaché à la personnalité de chaque médecin inspecteur, mais davantage aux conditions du travail réalisé en situation, en prise avec un contexte social spécifique, qui influe sur les comportements professionnels mis en œuvre.

Afin de cerner le champ global où s'inscrivent les contextes professionnels des individus, j'ai dû mener une première investigation, pour découvrir ce monde professionnel par l'examen des documents officiels de l'organisation, des rapports d'activités, des comptes-rendus de groupes de travail. J'ai participé à des réunions de médecins inspecteurs de santé publique. Cette expérience d'observation in situ au sein du collège régional des médecins inspecteurs de santé publique du Nord/Pas de Calais (dont le séminaire du 19 Juin 1997) va être détaillée plus loin.

1) L'étude documentaire

Les principaux documents qu'on trouve dans une administration publique sont des textes législatifs et réglementaires, des organigrammes descriptifs des services et de leurs relations internes prescrites, des dossiers relatifs à l'application des textes généraux à des cas particuliers et des rapports d'activités qui quantifient en les désignant les interventions que les agents ou les services ont réalisées durant une année. Si les premiers relèvent d'une logique normative (définir des missions, agencer des procédures, déterminer des responsabilités...) les seconds sont l'aboutissement d'une logique productive (les affaires traitées, les moyens utilisés, les difficultés rencontrées, les résultats obtenus...).

Au chapitre II, l'étude des textes et des organigrammes a fait l'objet d'une double approche : d'abord descriptive et synchronique; elle précise la raison d'être de l'institution et des structures dans l'ensemble administratif sanitaire et social auquel elles appartiennent, ensuite historique puisqu'elle les replace dans une évolution qui rappelle les origines, souligne les périodes de transformation et les

problèmes rencontrés. Une seconde catégorie de textes concernant plus particulièrement les médecins employés par l'administration ont fait l'objet d'une analyse dans le chapitre III : « les caractéristiques formelles du corps des MISP ».

Les rapports d'activités ont fait l'objet, quant à eux, d'une lecture menée parallèlement aux entretiens exploratoires. Le but de cette lecture était de connaître en volume ce qui était fait par les médecins, et en nature les domaines de leurs interventions, moins pour orienter les questions à leur poser ultérieurement que pour faciliter l'écoute dans les entretiens en disposant de repères de compréhension.

Examen des rapports d'activités de l'Inspection régionale de la santé, de 1989 (année de formalisation des rapports d'activités détaillés) à 1996 :

- Rapport d'activités DRASS 1989, p.109-114;
- Rapport d'activités DRASS 1990, p.135-139;
- Rapport d'activités DRASS 1991, p.136-140;
- Rapport d'activités DRASS 1992, p.128-133;
- Rapport d'activités DRASS 1993, p.131-138;
- Rapport d'activités DRASS 1994, p.133-139;
- Rapport d'activités DRASS 1995, p.166-172;
- Rapport d'activités DRASS 1996, p.154-165;

Ces documents apportent des informations sur le volume d'un certain nombre de tâches mesurables en unités de temps (réunions, commissions) ou en unités de production (courriers, rapports...) Ils permettent également de mesurer l'étendue et la diversité des champs d'intervention. Ils identifient enfin un certain nombre d'acteurs individuels ou institutionnels avec lesquels les MISP ont des rapports professionnels.

J'ai ainsi pu relever les observations suivantes :

- une augmentation nette des charges de travail des médecins inspecteurs (le volume du courrier a plus que doublé entre 1990 et 1996, 1745 courriers en 90 et 4523 en 96, l'instruction des demandes de postes médicaux hospitaliers s'élevait à 259 dossiers en 92, et 290 dossiers en 96);

- cette augmentation vaut autant pour le domaine de la planification et de l'organisation régionale des soins que pour le domaine des programmes de santé et de la politique sanitaire:

- en 91 : schéma régional des services d'urgences ;

- en 92 : nouvelles démarches de planification (périnatalité avec un nouveau programme de 5 ans, propositions pour une organisation de la neurochirurgie, orientations sur la planification de la réanimation polyvalente, nouveaux travaux sur l'imagerie médicale, la cancérologie) ;

- en 93 : élaboration du SROS¹⁰⁶ des urgences, rapport d'orientation pour le SROS réanimation, organisation des soins palliatifs, importante étude sur les besoins en lits de suite et réadaptation ;

- en 94 : élaboration du SROS médecine, chirurgie, obstétrique, lits de suite, réadaptation, alcoologie, équipements lourds, programmation pluriannuelle pour l'organisation de soins SIDA, organisation des soins palliatifs, organisation de la transfusion sanguine ;

- en 95 : élaboration du SROS insuffisance rénale, SROS cardiologie, organisation des soins pour le traitement de la mucoviscidose, travaux du plan régional sur l'autisme, travaux préparatoires à un SROS néonatalogie ;

- en 96 : contrats d'objectifs articulés au SROS insuffisance rénale, SROS cardiologie intensive, collaboration avec les DDASS pour la procréation médicalement assistée, préparation du SROS hématologie ;

- La diversité des problèmes de gestion (la gestion des praticiens hospitaliers, les outils d'analyse des ressources hospitalières) auxquels s'ajoute la nécessaire collaboration avec la nouvelle Agence régionale de l'hospitalisation (réunions de jurys, internat, évaluation des pratiques, concours de praticiens hospitaliers, gestion du fichier des 2000 postes de praticiens hospitaliers, avis sur les créations de postes médicaux, enquêtes et constats d'anomalies, cumuls d'emplois, statuts inadaptés, gestion du recrutement des médecins étrangers, travaux pour la gestion prévisionnelle des emplois médicaux avec le CHU et la faculté de médecine, entretiens individuels sur les questions de recrutement des médecins) ;

¹⁰⁶ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

- L'influence des préoccupations actuelles sur les travaux en matière d'évaluation des soins et sur la sécurité des patients, renforcés par une circulaire du 21 janvier 97 concernant le contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé (en 94, mise en place de la commission régionale de l'évaluation médicale, la CREME, présidée par le MIR, 10 réunions dans l'année; 9 réunions en 95 sur l'évaluation des urgences, les soins en psychiatrie, l'alcoologie auxquelles se sont ajoutées 2 réunions nationales de coordination; début des actions d'enseignement et de sensibilisation sur les infections nosocomiales, démarrage de travaux sur l'évaluation des soins et la sécurité des patients ; en 96, mise à l'étude d'un système d'information pour la vigilance sanitaire et coordination d'inspections conjointes) ;

- L'appel des médecins inspecteurs à une révision de l'organisation régionale, à une redéfinition de leurs tâches prioritaires et à une révision de leurs effectifs ; cette insistance s'exprime dans les conclusions des rapports d'activités qui signalent dès 1991, avec les travaux sur les SROS, la nécessité d'une recherche et d'une réflexion autour d'une meilleure communication avec les partenaires des MISP. Le rapport 93 souligne les nouvelles procédures de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière en exprimant le besoin d'une réorientation des axes de travail avec l'élaboration des SROS et une demande de réflexion sur les dispositifs de santé. Le rapport 94 confirme ce besoin en signalant le renforcement des orientations de la loi de juillet 91, précisant que les travaux de planification s'accompagnent d'une forte demande exprimée par les interlocuteurs pour une plus grande disponibilité des MISP.

Le souhait de clarifier ce qu'ils font et ce qu'ils ont à faire, ainsi que le besoin de moyens humains supplémentaires, souvent exprimé en conclusion de rapports d'activités est ainsi venu souligner un peu plus la problématique identitaire que les entretiens exploratoires m'ont conduit progressivement à situer au cœur de cette recherche.

2) Les entretiens exploratoires.

En parallèle de l'étude des documents, la première année 1996/97 a été occupée par une série d'entretiens exploratoires destinés d'abord à comprendre la

nature et les caractéristiques du champ d'étude, ensuite à trouver des pistes de réflexion, des idées et des hypothèses de travail. Cette phase a été effectivement une phase de découverte et de contacts humains, fort utile pour la suite des opérations. Cette phase a été aussi un contact avec le terrain et l'expression d'un vécu complémentaire aux données fournies par les documents écrits. Elle a aussi été une première prise de contact fort utile pour la négociation des entretiens ultérieurs.

Douze entretiens ont ainsi été réalisés entre le 17/8/1996 (date du premier entretien) et le 10/6/1997 (date du dernier de la série, qui fut en fait, un double entretien). Ils n'ont pas été menés à partir d'un échantillon construit, mais en fonction des opportunités de rencontre au sein de la DRASS – où j'exerce moi-même par ailleurs, les fonctions de responsable de formation – ou de communication téléphonique et de disponibilités d'agendas.

deux catégories de personnes ont été interviewées :

1) des spécialistes ou des experts en charge de traiter des aspects particuliers du métier de médecin inspecteur de santé publique :

- le responsable de la filière de formation initiale des médecins inspecteurs à l'École nationale de la Santé Publique à Rennes ;

- un médecin général, Inspecteur général des Affaires sociales au Ministère ;

- Un administrateur civil et son adjoint chargés au ministère (direction de l'Administration générale, du personnel et du budget) de la gestion du corps des MISP ;

2) Des médecins inspecteurs de santé publique en exercice :

- 7 en DRASS (dont 3 ayant préalablement exercé en DDASS, et 1 médecin stagiaire, achevant sa formation à l'ENSP) ;

- 1 en DDASS du Nord ;

- 1 en DDASS du Pas de Calais ;

Tous ces entretiens ont été guidés par deux questions :

1) Pouvez-vous me parler du métier de médecin inspecteur de santé publique ?

2) Comment percevez-vous les problèmes qui s'attachent à l'exercice de ce métier ?

Cette enquête a abouti à un certain nombre de conclusions qui ont permis d'étayer la question de départ, et de préciser la méthode de recherche.

Je me contente ici de les citer; elles concernent des points d'analyse qui seront développés dans les chapitres suivants. Les entretiens exploratoires font apparaître 5 grandes catégories de représentations :

- le présupposé qu'il existe une opposition entre la gestion administrative d'un corps de fonctionnaires et le management d'un métier ;

- le présupposé que les gestionnaires reconnaissent la diversité de l'exercice professionnel des médecins inspecteurs de santé publique, mais dans un champ de pratiques peu connues du public ;

- le présupposé que les rapports entre médecins et administration sont potentiellement conflictuels, les premiers revendiquant leur appartenance médicale, et la seconde les taxant de corporatisme ;

- le présupposé qu'il existe des tensions entre les hiérarchies administratives et les médecins, par suite d'une opposition entre la fonction de contrôle assignée aux premières et le besoin d'autonomie exprimé par les seconds ;

- le présupposé que des médecins sont plus compétents en matière de santé que des fonctionnaires non-médecins.

Cette pré-enquête ou premier contact avec la profession, et première écoute surtout, m'a permis de faire connaissance avec un certain nombre d'individus qui, dans leurs discours, exprimaient tous, sans exception, des traits communs : une nette affirmation de l'origine médicale, une référence à un métier particulier non assimilable à de simples fonctions administratives, une approche critique de

l'institution. La force de conviction avec laquelle ces premiers témoignages ont été apportés m'a conforté dans l'idée qu'il fallait explorer dans le parcours professionnel de chacun de ces médecins ce qui donnait consistance à une telle revendication identitaire. J'ai fait l'hypothèse que ceux-ci étaient pris dans une dynamique professionnelle confrontée à un processus de conversion identitaire, entre un groupe de référence, le monde dominant de la médecine de soins, auquel ils n'appartiennent plus de fait, et un groupe d'appartenance, la fonction publique de l'État, auquel ils se réfèrent formellement mais avec beaucoup de sens critique. Ce processus de conversion assimilable à un changement de métier au sein d'une organisation qui se transforme correspondrait à la notion d'identité bouleversée et renouvelée définie par C. DUBAR¹⁰⁷

Cette hypothèse justifiait une enquête qualitative et le recueil de données sur les parcours individuels, au moyen de récits de vie, l'objectif étant de saisir, à travers le vécu de chacun, les événements biographiques et les formes d'échanges qui pouvaient accompagner ce processus de conversion.

3) Participation à un séminaire du collège des médecins inspecteurs de santé publique du Nord/Pas de Calais, le 19 Juin 1997.

Ce séminaire, auquel j'ai pu être invité, avait pour objet de dresser un bilan des principales questions posées par les médecins, à l'issue d'une série de réunions mensuelles de ce qu'ils entendaient constituer comme un collège régional. Ce type de réunions traduit une volonté de travailler en réseau, à partir de la conviction que l'inspection de la santé a besoin de développer de la compétence collective. Le séminaire du 19 juin était un bilan d'étape destiné à mieux apprécier l'utilité du regroupement et de dégager les perspectives d'une organisation claire, répondant à deux séries d'attentes : celles des médecins, et celles des administrations où ils exercent.

¹⁰⁷ Dans l'ouvrage dirigé par S. GUTH, C. DUBAR précise : « La transaction que j'ai appelé biographique s'enracine dans les diverses phases de la trajectoire subjectivement constituée, celle qui met en jeu des stratégies et des intérêts d'optimisation des ressources... La transaction que j'ai appelé relationnelle concerne les interactions essentielles au système au sein duquel se trouve l'individu, c'est celle qui concerne les relations de coopération ou de conflit... La première transaction (biographique) concerne l'identité pour soi et s'enracine dans la dialectique entre l'identité héritée – *de la profession médicale* – et l'identité visée en continuité ou en rupture avec elle. La seconde transaction (relationnelle) est constitutive de l'identité pour autrui et s'éprouve dans la dialectique entre l'identité revendiquée – *comme MISP* – et l'identité reconnue – *comme fonctionnaire d'une administration de la santé* – GUTH S. (sous la direction de) *une sociologie des identités est-elle possible ?* C. DUBAR, L'Harmattan, Paris (1994).

J'ai contribué à dégager les résultats d'une enquête par questionnaire lancée par le médecin inspecteur régional auprès de l'ensemble de ses collègues de la région et destinée à connaître leurs attentes à l'égard du collègue. Ce travail de synthèse et de reformulation devait servir à guider le débat entre les participants au cours de la réunion.

J'ai pu observer au cours de ces échanges une dynamique de groupe plutôt cohésive autour d'une expression de besoins qui renforçaient les propositions entendues lors des entretiens exploratoires que j'avais pu mener avec un certain nombre de médecins inspecteurs : besoins identitaires, d'appartenance et de reconnaissance, besoins culturels, de connaissance et d'ouverture sur le champ large de la santé publique, besoins stratégiques, de renforcement d'un pôle de compétence technique médicale, besoins managériaux, de prévision et de définition de priorités, besoins sociaux, d'apprentissage collectif, de gestion des conflits...

Au cours de ce séminaire, la réflexion a porté sur un projet d'organisation précisant le rôle et les responsabilités confiées aux médecins inspecteurs de santé publique tant au niveau de la DRASS que des DDASS du Nord et du Pas de Calais, et sur les moyens de résoudre les difficultés rencontrées quotidiennement dans leurs pratiques.

Le document rédigé par les participants devait être ensuite présenté au comité des directeurs.

La démarche méthodologique adoptée par le groupe a été la suivante :

- *un bilan des principaux problèmes rencontrés, à partir d'un questionnaire d'enquête adressé à tous les médecins un mois avant le séminaire ;*
- *une présentation des organisations mises en place tant au niveau régional que départemental, avec analyse des points forts et des points faibles ;*
- *l'énoncé de pistes dégageant des perspectives de résolution des problèmes repérés.*

Sur le premier point, la discussion du groupe a porté sur les problèmes suivants :

- les contraintes fortes (ou ressenties comme telles) de l'environnement ;*
- les difficultés de s'entendre sur certains mots et schémas d'organisation ;*
- les difficultés de se situer dans une administration ;*
- la place du médecin inspecteur régional.*

Sur le second point, les participants ont décrit les schémas d'organisation de la DRASS et des DDASS, avec le repérage du positionnement des médecins (service technique en DRASS, sous-ensemble d'un pôle santé en DDASS, ou dissémination des médecins comme référents spécialisés dans les différents services).

Le troisième point a permis de dresser un inventaire de conclusions provisoires sur la fonction du collègue, sur la compétence collective des MISP, et sur certains principes d'organisation affirmant :

- l'autonomie nécessaire des médecins,*
- la reconnaissance d'une compétence à gérer la complexité,*
- le refus d'une instrumentalisation,*
- le développement de la communication,*
- le développement d'un double référentiel (territorial et thématique) dans le champ de responsabilités du médecin.*

C'est donc dans un champ étendu de missions, exercées en prise avec un environnement complexe et dans le cadre d'organisations administratives différenciées (parce que leurs systèmes de liaisons internes ne sont pas identiques) que s'est posée pour moi cette étude du métier de MISP.

4) Méthodologie des récits de vie professionnelle

Dans les services où travaillent les médecins inspecteurs de santé publique (en DRASS, en DDASS, en administration centrale) la diversité des contextes (tâches confiées, moyens consentis, temps disponible, activités réellement menées, étendue

des systèmes de relations, rapports hiérarchiques et pressions extérieures...) est propice à une renégociation permanente de l'identité ; chaque individu n'a pas forcément le même point de vue sur le rôle qu'il veut, doit, ou peut jouer ; ses formes d'implication et la vision de lui-même qu'il tire de son travail peuvent varier ; elles sont le produit des nombreuses interactions qui le mobilisent dans l'espace et le temps des rapports professionnels avec de multiples acteurs, internes et externes. On est donc en présence d'identités de situation qui se consolident ou se reconstituent dans un champ plutôt ambivalent, où les comportements des acteurs peuvent correspondre à des logiques contradictoires. Aux missions générales et aux normes institutionnelles s'ajoutent ou s'opposent parfois les valeurs et les croyances tirées des expériences individuelles par rapport auxquelles chacun décide ou non de s'engager dans des formes de coopération et d'action à géométrie variable. C'est ce concept d'homme pluriel, ce constat de la diversité, cette notion d'identités situationnelles qui m'ont conforté dans cette démarche qualitative avec l'idée de rencontrer les MISp pour les interviewer sur leur cheminement professionnel.

Je relie cette notion de cheminement (chacun fait son chemin) à celle de ligne de vie (BERTAUX, 1997, p. 33), parce qu'il y a dans les parcours individuels des conjugaisons de facteurs sociaux (valeurs éducatives, cursus de formation, expériences réalisées, positives ou négatives pour l'individu...), une « *succession temporelle d'évènements et de situations* » (ibid. p. 33) qui influent sur les décisions prises, les choix opérés, les réorientations entreprises, mais aussi sur des comportements ou manières d'agir et de penser plus ou moins déterminés. Les médecins inspecteurs font leur chemin dans une histoire traversée par des aspirations et des incertitudes, des stratégies et des improvisations.

Le postulat de la diversité s'accommode bien du concept de parcours ou ligne de vie. Pour les MISp, il y a diversité et convergence des parcours. Les événements importants qui affectent la vie d'un homme exercent une influence sur sa carrière et la singularisent, mais ces événements ne sont pas seulement liés au travail, et il y a aussi l'influence de « l'ordre des choses », les contraintes institutionnelles, mais aussi les possibilités offertes par l'institution. Le changement peut se faire sous l'influence des réorganisations institutionnelles, même s'il est prudent de ne pas accorder trop d'importance aux logiques « par le haut ». Il y a les jeux d'acteurs à la

base, ce que les gens perçoivent dans leur sphère immédiate. On peut donc reconstituer des types de parcours professionnels par les individus, à partir des faits de leur histoire; ces faits s'inscrivent à l'intérieur d'un certain nombre d'étapes :

- ce qui se passe avant et pendant les études de médecine;
- ce qui se passe au sortir des études de médecine;
- ce qui se passe au cours des premières expériences professionnelles;
- ce qui se passe au cours de la carrière administrative;

L'examen des trajectoires sociales des individus (la notion de trajectoire ne correspondant pas forcément à une ligne droite, cf. BERTAUX, 1997, p. 33) permet ici de comprendre comment on devient MISP, à l'intérieur d'un même monde social, celui de l'administration sanitaire et sociale, mais aussi en provenance de mondes différents (la coopération à l'étranger, la santé scolaire, la médecine libérale...) L'approche méthodologique consiste donc à appréhender l'objet de l'intérieur et dans des dimensions temporelles. Dans chaque interview, je me suis surtout trouvé en face d'individus prêts à parler de leur vie en général et pas forcément en face de professionnels avertis, capables de limiter leur discours à la sphère de leur travail. J'ai pu recueillir des données relativement intimes. Tout en étant intéressé par le métier de MISP, j'ai démarré avec des questions simples (« racontez-moi ce que vous avez fait depuis vos études de médecine »). Au cours de l'entretien, j'ai introduit la question du métier : comment font les gens ? Comment ils parlent de leur métier ? ce qui invite au récit, c'est la mise en évidence des affects, des émotions (« qu'est ce qui vous a plu ? Pourquoi ça s'est mal passé ?...»). Quand je parle d'individus prêts à parler, je veux dire également que dans leur grande majorité les médecins que j'ai interviewés m'ont accueilli d'abord avec surprise (pourquoi s'intéresser à leur métier ?) ensuite avec curiosité (l'expérience peut-être intéressante) enfin avec une certaine satisfaction (il est toujours utile de faire un retour sur soi-même).

J'ai pu ainsi découvrir que les MISP ne suivent pas tous le même parcours, que leurs motivations peuvent varier, ainsi que leurs représentations du métier, en fonction notamment du milieu organisationnel et des systèmes d'action dans lesquels ils évoluent. Mais je ne postulerais pas au départ que le comportement des acteurs est

stratégique. Celui-ci peut l'être parfois, mais il convient d'en comprendre les raisons. L'acteur ne cherche pas forcément à toujours maximiser ses intérêts. Toutes les étapes d'une trajectoire, et les actions mises en œuvre n'obéissent pas à un calcul réfléchi. J'ai pu déjà différencier les MISP selon qu'ils entrent par hasard dans le métier ou parce qu'ils ont un projet plus ou moins développé dans le champ de la santé publique. J'ai voulu chercher des points de ressemblance ou des axes fédérateurs à l'intérieur même des caractéristiques du métier, par exemple, dans le domaine des compétences ou dans les négociations avec l'extérieur, dans le domaine des missions. Ce groupe professionnel que j'ai pu approcher constitue un segment de la profession médicale, qui présente la caractéristique de n'être ni libéral, ni soignant, mais qui, pourtant, reste attaché à son appartenance médicale. Les MISP sont formés à un métier qu'ils n'exercent pas ou qu'ils n'exercent plus, et exercent un métier auquel ils ont le sentiment de ne pas avoir été véritablement préparés. La compréhension de ce métier va constituer la première grande partie de mon travail. La représentation sociologique que je suis en mesure de proposer occupera la seconde partie.

Je rappelle mon hypothèse que le métier de MISP opère une conversion identitaire par rapport à celui du médecin praticien et constitue un segment très particulier autant de la profession médicale que de la fonction publique employé par l'administration sanitaire et sociale, qui cherche à se faire reconnaître par des missions spécifiques, se démarquant à la fois de la médecine, mais aussi des formes ordinaires de l'activité administrative, par une valorisation de compétences, et par la défense de valeurs qui prennent des configurations variables selon l'histoire des individus.

5) La construction de l'échantillon.

Mon enquête de terrain s'est d'abord appuyée sur un repère dans le temps: pour exploiter une certaine distance dans les récits de vie professionnelle que je sollicitais, j'ai fait le choix de rencontrer tous les médecins inspecteurs de santé publique exerçant ou ayant exercé des fonctions en DRASS et en DDASS du Nord/Pas de Calais depuis 1981 (date de création de la DRASS dans cette région, le programme de création des DRASS des régions de France, ayant été échelonné, pour des raisons budgétaires, entre 1977 et 1981).

Ce choix m'a été dicté par deux raisons essentielles :

- le nombre total de médecins inspecteurs dans une région n'est jamais très élevé (hormis en Ile de France où ils sont plus de 50, mais j'y ai réalisé là aussi des entretiens -cf. infra-) La région Nord/Pas de Calais est une région importante dans le paysage administratif français, et le nombre moyen des médecins inspecteurs qui y sont affectés se situe entre 25 et 30. Cette première partie de l'échantillon paraissait donc quantitativement accessible;

- la multiplication des récits de vie d'individus confrontés à des situations sociales de même nature, dans un même champ et dans un même cadre institutionnel permet d'agrèger des informations tirées d'expériences directes, en « *dépassant le stade de la singularité* » des parcours évoqués par les individus (BERTAUX, 1997, p. 33)

Le second repère, situé dans l'espace, concernait justement la région Nord/Pas de Calais, qui a servi de terrain d'enquête, tout au moins dans sa première phase. Cette première phase, ou première série d'entretiens a été destinée à repérer et décrire les parcours professionnels des MISP exerçant ou ayant exercé dans le Nord/Pas de Calais depuis 1981. Elle a été réalisée par entretiens non directifs (46 entretiens individuels auprès de médecins ayant eu des activités en DDASS ou en DRASS dans le Nord/Pas de Calais depuis 1981).

Afin d'éviter pour l'analyse, le biais d'une approche mono/régionale, sur laquelle des variables d'influence peuvent peser, telles que le nombre de médecins inspecteurs en poste, les caractéristiques socio-économiques de la région, l'importance démographique, la représentation politique et les indicateurs de santé publique (état de santé de la population, taux d'équipements de soins, couverture médicale...) j'ai été amené à conduire une seconde vague d'entretiens auprès de médecins inspecteurs à partir d'un échantillon de régions qui présentaient entre elles et avec le Nord/Pas de Calais des différences notables au regard d'un certain nombre des variables que je viens de citer.

Pour ce faire, je me suis appuyé sur une typologie sanitaire et sociale des régions établie par association de critères faisant apparaître entre elles une nette distinction structurelle.¹⁰⁸ Par ordre croissant de problèmes examinés, huit types ont ainsi été dégagés. Le type I avec Paris où les densités sont très fortes mais sans mortalité particulière par rapport aux grandes causes de décès; le type II pour le Midi urbanisé, avec une offre et une demande de soins importante, mais sans mortalité particulière également; le type III pour le Midi traditionnel et vieillissant avec une forte consommation médicale liée à une population âgée importante; le type IV avec la banlieue parisienne, Bordeaux, Lyon, Avignon où les professions intermédiaires sont nombreuses, une offre de soins importante et une mortalité caractérisée par un nombre élevé de cancers féminins ; le type V correspondant au monde rural des centre et Sud-Ouest avec une forte population âgée, un accès aux soins difficile et une espérance de vie masculine élevée ; le type VI pour la France médiane avec une population plus jeune mais plus composite, avec une espérance de vie élevée, mais une offre de soins réduite; le type VII pour la France septentrionale avec deux sous-ensembles : une population urbaine et ouvrière, et une population rurale mal desservie par l'offre médicale, toutes deux marquées par une surmortalité; et enfin le type VIII correspondant au Nord/Pas de Calais qui accuse des niveaux critiques de mortalité, d'inactivité, de chômage et d'aide sociale.

La présentation de cette typologie souligne l'importance de la fonction analyse d'une population pour l'administration qui a en charge de définir les grands axes d'une politique régionale de santé. Il existe donc bien entre un médecin inspecteur de santé publique et une population régionale une interrogation quant à la compétence spécifique du premier et à la connaissance sanitaire de la seconde. Le calcul d'un nombre moyen de MISP pour 100 000 habitants peut ainsi revêtir, en termes de service à rendre, autant de signification que celui du nombre moyen de médecins libéraux installés pour la même tranche de population.

C'est la combinaison de ces deux taux : celui des MISP par structure (DDASS et DRASS) et pour 100 000 habitants, et la typologie présentée ci-dessus qui ont donc servi à constituer un échantillon de 5 régions de France métropolitaine pour conduire l'enquête qualitative destinée à analyser le métier de médecin inspecteur de santé publique.

¹⁰⁸ E.VIGNERON, *Géographie et statistique*, Paris, PUF, n°3177 1997.

En se reportant au tableau B (élaboré à partir des données figurant au tableau A), on observe que ces taux se dispersent à l'intérieur de 4 quadrants délimités par les coordonnées de ces différents taux, l'intersection des lignes représentant le taux moyen pour la France métropolitaine. On découvre une première zone où les structures régionales sont relativement bien dotées en MISP mais où le taux moyen pour 100 000 habitants est déficitaire (le Nord/Pas de Calais et l'Ile de France); une seconde zone où ces deux taux sont supérieurs aux moyennes nationales (la région P.A.C.A), une troisième zone où le taux des MISP par structures est relativement faible, mais supérieur à la moyenne quand on le rapporte à la population de la région (Midi-Pyrénées), et enfin une quatrième zone où ces deux taux sont inférieurs à la moyenne nationale (région Picardie).

Sans revendiquer une représentativité absolue, je forme l'hypothèse que l'approche du métier de MISP, dans chacune de ces cinq régions, doit fournir suffisamment de caractères distinctifs pour opérer des comparaisons susceptibles de nous éclairer sur d'éventuelles spécificités du métier qui s'attacheraient à la localisation de son exercice ou de nous guider dans certaines formes de généralisation.

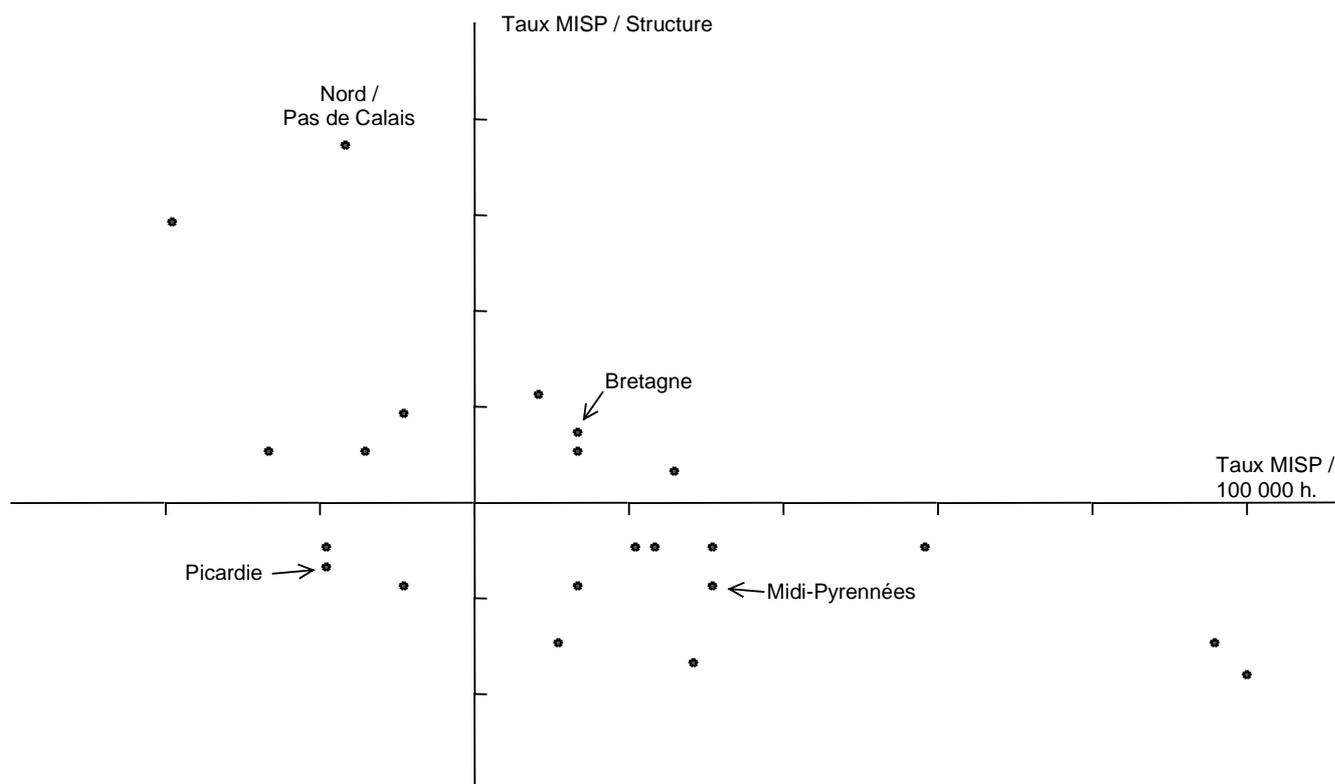
(Voir tableaux A et B pages suivantes)

**Tableau A / Tableau de répartition entre DRASS et DDASS des effectifs
budgétaires de MISP, par région (France Métropolitaine)**

Source : ministère emploi/solidarité Mai 97

En vertu du droit d'auteur,
cette inclusion ne peut figurer
dans la thèse en ligne.

Tableau B / Les taux moyens de MISP par structures et par population régionale



6) La grille d'entretien.

J'ai présenté les entretiens comme un échange permettant de comprendre non seulement l'activité présente des individus mais aussi le cheminement qui les avait conduit à cette pratique (ainsi que l'expliquait Howard BECKER dans un entretien accordé à Sciences Humaines, en Décembre 98).¹⁰⁹ Il s'agissait aussi de comprendre les systèmes de relations dans les pratiques professionnelles les plus courantes. L'entretien est une occasion pour les gens de parler de ce qu'ils font, de décrire la manière dont ils peuvent résoudre leurs problèmes, exprimer les contraintes de leur environnement, évoquer les rapports qu'ils conduisent à l'égard des autres acteurs, internes et externes. C'est aussi un temps de réflexion sur l'action, hors des contraintes de la gestion, de la quotidienneté, des urgences, donc un moyen de

¹⁰⁹ Dans un entretien accordé à S. ALLEMAND, H. BECKER déclarait : « Dans la notion de carrière, on trouve l'idée d'une évolution par étape, dont l'issue n'est jamais certaine. Dans cette perspective, le statut d'une personne n'est jamais entièrement déterminé ; il résulte d'une succession de bifurcations. Les voies qui sont en apparence les plus évidentes ne sont pas forcément celles qui sont effectivement empruntées. Un diplômé de médecine doit en principe devenir médecin. Mais en principe seulement. Il y a des diplômés de médecine qui ne le deviennent pas ».

prendre un peu de recul, et de proposer des explications pour comprendre leur action dans le temps et dans l'espace, en lien avec l'action des autres, plus ou moins proches, avec qui ils doivent composer ou qui participent d'un processus interactif, qui peut modifier et ajuster progressivement les discours, les idées, les actes, autrement dit, ce temps de réflexion exprimé avec des mots révèle en fait « *une manière de catégoriser le social* » qui donne sens à la recherche, en sociologie qualitative (DEMAZIERE, DUBAR, 1997, p. 98). Les problèmes techniques et les problèmes humains peuvent ainsi être abordés au cours de ces entretiens, au gré des choix de l'interviewé qui détermine dans les événements qu'il relate et qu'il assemble ceux qui sont « *importants pour lui* » (ibid., p. 98), la situation de l'entretien elle-même pouvant d'ailleurs stimuler ces choix. Il n'est en effet pas courant que quelqu'un parle de sa vie face à un écoutant attentif, intéressé et somme toute empathique. Car c'est aussi de cette attitude dont il s'agit dans un entretien de recherche; elle est un atout important pour installer la confiance, elle peut faciliter l'expression du narrateur et produire ainsi une information que nulle part ailleurs il n'aurait eu l'occasion de formaliser, même si cette mise en récit de l'action, qu'on appelle l'expression du vécu, subit les transformations d'une subjectivité que l'entretien lui-même favorise. Les questions n'ont pour but que d'aider le narrateur à développer une parole sur sa pratique, c'est à dire avoir accès à sa propre expérience, dès lors que la position de l'enquêteur s'efforce de rester neutre dans un cadre respectueux de cette parole et de l'expérience de l'autre, avec les garanties d'anonymat et de confidentialité que ce dernier est toujours en droit d'exiger, le principe étant que ce sont les interviewés qui détiennent « *la vérité* » recherchée (A. MUCHIELLI, 1996, p. 129)

Le premier constat est que les sujets enquêtés se sont montrés fortement étonnés qu'une recherche puisse être engagée sur un si petit groupe professionnel. Une fois l'étonnement passé, c'est avec un vif intérêt qu'ils ont participé à l'enquête, acceptant tous d'être interviewés, proposant même des R.V. dans des délais très courts, et n'hésitant pas à sacrifier parfois une demi-journée sur leur emploi du temps pour réaliser l'entretien, au besoin se déplaçant jusqu'à mon bureau, à Lille, pour que cet entretien puisse se dérouler dans des conditions satisfaisantes (ne pas être dérangé, et être à l'aise pour s'exprimer)

Le déroulement des entretiens a été prévu selon un protocole strict et identique pour chaque interviewé :

- présentation de l'enquêteur comme apprenti chercheur en sciences sociales, intéressé par les parcours et les pratiques professionnelles des médecins inspecteurs de santé publique ;

- présentation du thème de la recherche, concernant ces parcours et ces pratiques professionnelles dans le domaine de l'inspection de la santé ;

- reconnaissance de l'enquêté comme un acteur qui possède une histoire, une expérience dans ce secteur, et dont le témoignage est capital ;

Chaque entretien a été introduit et conduit par les questions suivantes :

- est-ce que vous voulez bien vous présenter ?
- comment êtes-vous devenu médecin inspecteur de santé publique ?
- comment vous êtes-vous intéressé à ce secteur ?
- pouvez-vous me parler de votre métier ?
- comment voyez-vous votre avenir ?

Dans la région Nord/Pas de Calais, tous les entretiens ont été individuels (46 médecins interviewés)

Dans les entretiens collectifs, en Picardie, Midi-Pyrénées, P.A.C.A et Ile de France, j'ai d'abord procédé à un tour de table au cours duquel les volontaires (et aucun n'a opposé un refus définitif) ont expliqué brièvement pourquoi et comment ils étaient devenus MISP, la seconde partie de l'entretien –la plus longue– ayant été consacrée à un débat sur les conditions d'exercice du métier dans la région d'affectation (4 entretiens collectifs : 1 groupe de 7 médecins en Picardie, 1 groupe de 9 médecins en Midi-Pyrénées, 5 médecins en P.A.C.A., et 9 médecins en Ile de France) En se reportant au tableau C, qui reproduit la grille descriptive des entretiens réalisés pour les 5 régions enquêtées, j'ai relevé un certain nombre d'indicateurs signalétiques de l'échantillon des MISP ainsi interviewés :

TABLEAU C / GRILLE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

N°	Initiales	Sexe	Age*	Ancienneté*	Statut*	Affectation*	Date entretien
1	E.VE	F	41	3 ans ½	MISP	DD59	1/8/97
2	O.CF	F	35	4 ans ½	MISP	DD62	1/8/97
3	A.MN	F	34	6 ans	MISP	DR59	4/8/97
4	O.JO	H	43	3 ans	MISP	DD62	6/8/97
5	O.LI	F	39	10 ans	MISP	A.R.H.59	8/8/97
6	I.VM	F	38	10 ans	MISP	DD59	12/8/97
7	U.GJ	H	45	15 ans	MISP	DD59	12/8/97
8	E.DM	F	34	2 ans ½	MISP	DD59	19/8/97
9	A.MP	H	59	14 ans	MISP	DR59	21/8/97
10	U.JD	F	42	6 ans	Médecin contractuel	DD59	22/8/97
11	E.MJ	H	62	19 ans	MISP	DD59	26/8/97
12	A.JF	F	42	3 mois	MISP	DD59	28/8/97
13	I.WJ	H	38	3 ans	Médecin contractuel	DD62	29/8/97
14	U.GM	F	41	1 ans	MISP stagiaire	DD59	3/9/97
15	L.ID	F	50	18 ans	MISP	CIRE/DR59	3/9/97
16	E.LB	F	32	2 ans	MISP stagiaire	DD59	4/9/97
17	A.JY	F	45	3 ans	MISP stagiaire	DR59	5/9/97
18	E.LL	F	72		MISP en retraite	DD59	10/9/97
19	O.BC	F	30	1 mois	MISP contractuel	DD59	16/9/97
20	A.BC	H	46	5 mois	MISP titulaire	DD62	17/9/97
21	U.DM	F	52	15 ans	MISP titulaire	Ministère DGS	17/9/97
22	E.DD	F	50	21 ans	MISP semi-retraite	CHR LILLE	18/9/97
23	O.CC	F	52	10 ans	MISP titulaire	Santé scolaire 59	19/9/97
24	O.RM	F	36	5 ans	Médecin titulaire	Éducation Nationale	26/9/97
25	I.VB	F	57	15 ans	MISP titulaire	DR59	2/10/97
26	O.PJ	F	65	15 ans	Médecin général	DR59 en retraite	3/10/97
27	I.PA	F	46	16 ans	MISP titulaire	Ministère DGS	7/10/97
28	O.RM	F	73	29 ans	Médecin général	DR59 en retraite	8/10/97
29	E.DC	F	35	3 ans	Médecin contractuel	Conseil Général	15/10/97
30	O.RP	F	37	8 ans	MISP titulaire	DD62	16/10/97
31	A.CI	F	32	4 ans	Médecin contractuel	DD59	20/10/97
32	A.LC	H	47	1 an ½	MISP titulaire	DR59	21/10/97
33	R.DD	H	37	8 ans	MISP titulaire	DR59	23/10/97
34	A.MC	F	41	4 ans	Médecin contractuel	DD59	28/10/97
35	E.DM	H	48	19 ans	MIR	DR59	29/10/97
36	O.PE	F	52	22 ans	Médecin général	DD59	4/11/97
37	E.DM	F	35	7 ans	Médecin contractuel	DD62	6/11/97
38	I.PJ	H	60	34 ans	Médecin général	Croix Rouge Paris	17/11/97
39	E.BV	F	37	6 ans	Médecin contractuel	DD62	20/11/97
40	E.BC	F	39	10 ans	MISP	PMI62	21/11/97
41	I.DJ	H	81	30 ans	MIR adjoint	DR59	4/12/97
42	E.LP	H	44	5 ans	MISP	DD61	17/12/97

43	R.G.C	F	42	12 ans	MIR	DR54	18/12/97
44	I.TP	H	61	40 ans	Directeur	DR59	22/12/97
45	E.DM	F	45	4 ans	Médecin contractuel	Ministère des Finances	23/12/97
46	E.WJ	H	47	22 ans	Directeur	DD62	30/12/97
47	O.BM	F	49	20 ans	Directeur	DD59	15/1/98
48	I.WM	F	45	23 ans	Directeur	DR14	21/1/98
49	A.DM	H	38	15 ans	Directeur adjoint	ARH59	29/1/98
50	R.BC	F	44	16 ans	MISP	DD35	10/2/98
51	U.GE	H	51	34 ans	Directeur	DR35	10/2/98
52	O.RP	H	70	40 ans ½	Directeur en retraite	DD59	12/2/98
53	A.SV	F	50	13 ans	MISP	DD35	16/2/98
54	O.BJ	H	71	44 ans	Directeur	DR59	2/3/98
55 ¹	J.VA	H	51	15 ans	MIR adjoint	DR80	27/1/99
55 ²	J.AB	H	51	5 ans	MISP	DD80	27/1/99
55 ³	M.CG	H	42	7 ans	MIR	DR80	27/1/99
55 ⁴	HH	F	46	9 ans	MISP	DD80	27/1/99
55 ⁵	BP	F	44	7 ans	MISP	DD02	27/1/99
55 ⁶	FT	H	47	4 ans	MISP	DD60	27/1/99
55 ⁷	CR	F	45	3 mois	Médecin contractuel	DD80	27/1/99
56 ¹	DH	F	54	20 ans	Médecin chef	DD12	11/2/99
56 ²	ML	H	45	18 ans	Médecin chef	DD32	1/2/99
56 ³	PC	F	41	11 ans	MISP	DD82	1/2/99
56 ⁴	GFR	F	48	12 ans	Médecin chef	DD31	1/2/99
56 ⁵	CL	H	45	3 ans	MISP	DD09	1/2/99
56 ⁶	RL	H	49	18 ans	Médecin chef	DD12	1/2/99
56 ⁷	CP	F	60	17 ans	Médecin chef	DD31	1/2/99
56 ⁸	MC	H	54	22 ans	Médecin chef	DR31	1/2/99
56 ⁹	MC	F	52	22 ans	MISP	DR31	1/2/99
57 ¹	DW	H	49	9 ans	MIR	DR13	24/3/99
57 ²	VM	H	45	12 ans	MIRA	DR13	24/3/99
57 ³	MCD	F	47	6 ans	MISP	DD13	24/3/99
57 ⁴	BH	F	48	21 ans	MISP	DD84	24/3/99
57 ⁵	PP	H	53	15 ans	MIRA	DR13	24/3/99
58 ¹	DF	F	61	18 ans	Médecin général	DR75	12/4/99
58 ²	LP	M	40	4 ans	MISP	DR75	12/4/99
58 ³	MJC	F	59	26 ans	MIG	DR75	12/4/99
58 ⁴	LL	M	56	26 ans	Médecin contractuel	DR75	12/4/99
58 ⁵	FD	F		19 ans	MIG	DR75	12/4/99
58 ⁶	AS	F	40	9 ans	MISP	DR75	12/4/99
58 ⁷	JMD	M	41	8 ans	MISP	DR75	12/4/99
58 ⁸	NW	F	45	6 ans	MISP	DR75	12/4/99
58 ⁹	GS	M	41	15 ans	MISP	DR75	12/4/99

* au moment de l'entretien

Au total, 76 médecins ont donc été interviewés (49 femmes et 27 hommes, taux de féminisation : 65%). La distribution des affectations de ces médecins est la suivante :

- Nord/Pas de Calais : 9 en DRASS
21 en DDASS
(Totalité des médecins en poste dans la région; ce chiffre est plus élevé que l'effectif réel actuel, parce qu'il comprend des médecins ayant quitté la région pour mutation ou départ en retraite)
- Picardie : 2 en DRASS
5 en DDASS
- Midi-Pyrénées : 2 en DRASS
7 en DDASS
- P.A.C.A : 3 en DRASS
2 en DDASS
- Ile de France : 9 en DRASS
(entretiens collectifs avec les médecins disponibles le jour de l'interview)

auxquels s'ajoutent :

- 1 MISP en A.R.H. (région Nord/Pas de Calais)
- 1 MISP en CIRE (cellule interrégionale d'épidémiologie, Nord/Picardie)
- 2 MISP en administration centrale (ayant exercé en DDASS et en DRASS Nord/Pas de Calais)
- 1 MISP en CHR (ayant exercé en DRASS Nord/pas de Calais)
- 2 MISP en santé scolaire (région Nord/Pas de Calais)
- 2 MISP en retraite (ayant exercé en DRASS Nord/Pas de Calais)
- 2 MISP en collectivité locale (Conseil général et PMI, ayant exercé en DDASS du Nord et du Pas de Calais)
- 1 MISP détaché à la Croix Rouge (ayant exercé à la DRASS Nord/Pas de Calais)
- 3 MISP hors région échantillon (ayant exercé dans le N.PdC)
- 1 médecin détaché au Ministère des Finances (ayant exercé en DDASS du Nord)

Pour un effectif total de 76 médecins, 79 % exercent leurs fonctions en services déconcentrés DDASS ou DRASS, dont 41,6 % plus précisément en DRASS.

En majorité, les femmes exercent davantage en DDASS (72 %) où par rapport à l'effectif total de l'échantillon, elles sont deux fois plus nombreuses que les hommes, alors que ces derniers, tant par rapport à l'effectif masculin que par rapport à l'effectif global, sont à 56 % employés en DRASS.

Sur l'ensemble, 14 médecins étaient contractuels ou stagiaires au moment de l'entretien.

La moyenne d'âge pour l'ensemble est de 47 ans. Si on enlève les médecins en retraite, elle est de 45 ans. Pour les hommes, l'âge moyen est de 47,4 ans; il est de 42,5 ans pour les femmes.

La distribution des moyennes d'âge par régions est la suivante (ces moyennes sont évidemment calculées par rapport à l'échantillon, à l'exclusion des gens détachés ou en retraite) :

- Nord/Pas de Calais :	H=47
	F=39,5
	G=42
- Picardie :	H=48
	F=45
	G=46,5
- Midi-Pyrénées :	H=48
	F=51
	G=49,5
- P.A.C.A :	H=49
	F=47,5
	G=48
- Ile de France :	H=44,5
	F=51
	G=48

On observe donc sur l'échantillon des médecins interviewés :

- une proportion importante de femmes;
- en général, légèrement plus jeunes que les hommes,
- principalement exerçant en DDASS, alors que la répartition des hommes en DRASS et DDASS est plus équilibrée,
- une moyenne d'âge féminin nettement plus jeune dans la région Nord/Pas de Calais, entraînant de ce fait l'âge moyen le plus bas dans cette région par rapport aux quatre autres,

- 1/5 de l'effectif total de l'échantillon exerçant des fonctions en dehors des structures traditionnelles que sont les DDASS et les DRASS.

Au-delà de ces constatations statistiques, la retranscription et la relecture des entretiens réalisés dans cette enquête ont fourni une première série de résultats observables qui m'ont amené à élaborer une grille de lecture et d'analyse de ces entretiens.

7) Enquête complémentaire.

Un dernier volet de l'enquête s'est adressé aux directeurs des DDASS et DRASS du Nord/Pas de Calais en place depuis 1981 (8 personnes) pour qu'ils décrivent leur action en relation avec les MISP, parce qu'ils sont porteurs du discours et des logiques de l'institution qu'ils représentent et qui constitue le cadre formel d'emploi des MISP (les médecins sont notamment placés auprès du directeur auquel ils apportent un conseil technique).

Les questions posées à ces responsables étaient les suivantes :

- comment se sont déroulées vos relations avec les MISP depuis que vous exercez des fonctions de direction ?

- comment voyez-vous l'évolution de ces relations, pour vous, dans les années à venir ?

8) Cadre et mode d'analyse.

L'effort de clarification engagé relève bien d'une méthode inductive, parce qu'il repose sur des indices produits eux-mêmes par des explorations documentaires et la découverte des faits dans la rencontre avec les individus. Cette impression conjugue plusieurs interrogations : que faut-il comprendre ? A-t-on bien observé ? Quelle est la question centrale ? Sur quoi va-t-on déboucher ? Méthodologiquement, la formalisation des différentes étapes évite de faire n'importe quoi, parce qu'elle les rend lisibles, et elle oblige à faire des liens, c'est à dire à les justifier et leur donner une cohérence d'ensemble, même si au moment de la mise en œuvre concrète,

certaines adaptations procèdent de l'improvisation ou du tâtonnement (les relectures répétées d'un entretien, les contacts et conversations informelles qui les entourent, le stockage de notes de lecture, les photocopies diverses qu'on engrange dans une chemise ad hoc, à tout hasard...) je dois avouer que l'un des outils de la méthode, a trait à la gestion du temps et à la patience, une certaine humilité dans la phase d'émergence d'un « savoir magique » au sens où des formes nouvelles de compréhension du problème et d'assimilation des informations s'opèrent progressivement avec le temps, sans que l'on sache décrire les mécanismes de cette répartition d'un « *matériau hétérogène... cette démarche orientée par les données elles-mêmes* » (DEMAZIERE, DUBAR, 1997, p. 277). Ce qui facilite, en tout cas, cette « intelligence de la question », c'est à mon sens, la multiplicité et la diversité des approches des problèmes qu'elle contient.

En d'autres termes, toutes ces confrontations aux données recueillies tant par l'enquête de terrain que par les multiples échanges informels qui s'y sont greffés, m'ont finalement permis de repérer quelques grands axes de réflexion, ce qu'on pourrait appeler « *les catégories pertinentes de la structure du matériau* » (ibid. p. 277). Le développement qui suit ne constitue pas à proprement parler, des résultats, mais des unités/noyaux, des nœuds de discours qu'on retrouve dans de nombreux récits et qui posent problème pour les interviewés parce qu'ils les abordent assez longuement ou de manière récurrente, au cours de l'entretien, et ce constat émerge particulièrement de la phase de retranscription. Ce sont ces « nœuds » qui m'ont guidé dans l'élaboration de la grille d'analyse des entretiens. Outre le premier axe déjà évoqué sur la diversité des parcours individuels j'ai ainsi pu noter tout ce qui a trait à la découverte du milieu administratif :

Les individus évoquent les conditions dans lesquelles ils sont entrés dans l'administration. La plupart du temps, ils ne connaissent pas du tout cet univers au préalable, et certains même en avaient une représentation plutôt négative. On peut alors montrer en quoi cet environnement organisationnel est éloigné, voire étranger, par rapport à celui du cabinet médical ou de l'organisation hospitalière. D'autre part, l'administration comporte les caractéristiques de tout système d'emploi qui articule un environnement, un mode d'organisation du travail et des hommes. La lisibilité de ce système n'est pas acquise d'entrée de jeu. Ni les règles officielles, ni les pratiques informelles ne se donnent à comprendre immédiatement. Cette opacité ouvre des espaces-temps d'adaptation fort variés pour les nouveaux médecins recrutés; elle influe sur la capacité d'engagement et l'investissement dans le métier, parce qu'elle offre des opportunités plus ou moins fortes.

L'environnement du travail est plus ou moins complexe, selon la nature des problèmes qu'il présente, et les enjeux qu'ils introduisent. Les modes d'organisation du travail sont d'abord souvent liés, quand il s'agit de l'emploi des médecins, à des données quantitatives (l'urgence des affaires à traiter, les dossiers en retard, une commande hiérarchique précise, un remplacement à assurer...). Quant aux hommes avec lesquels les nouveaux recrutés peuvent se trouver en relation, en interne, il s'agit de hiérarchiques et des agents de l'organisation, dont les pairs. Ceux-ci vont également exercer une influence sur la façon dont les individus vont entrer dans le métier et l'opérationnaliser, à l'intérieur, à la marge ou à l'extérieur de l'institution administrative, selon la qualité des relations qu'ils vont entretenir avec eux et le bénéfice qu'ils pourront en tirer. La découverte du milieu administratif constitue donc une étape intermédiaire entre, le plus souvent, l'exercice de la médecine, en partie clinique, et l'apprentissage du métier de MISP. Elle ouvre la voie à une position qui va, en quelque sorte, s'efforcer d'intégrer un double statut : celui d'un professionnel, c'est à dire un médecin reconnu officiellement avec ses titres et le savoir médical, et celui d'un cadre administratif chargé d'une fonction spécifique, au sein de l'administration, donc en rapport avec les règles d'une bureaucratie (la voie hiérarchique, la prédominance de l'écrit...) et les principes du service public (le respect du droit, l'égalité de traitement des usagers, continuité du service et neutralité...).

Un troisième ensemble de pistes de réflexion a trait à l'identité professionnelle des médecins qui exercent le métier de MISP, et en particulier celui de la conversion identitaire, lorsqu'ils quittent le modèle du professionnel indépendant reconnu pour le service individuel qu'il rend grâce à ses compétences, en répondant aux besoins de ses patients, pour s'engager dans une expérience où le service à rendre, les compétences attendues et les besoins de destinataires nouveaux perturbent ou déstabilisent les repères de ce modèle et incitent à des adaptations qui vont transformer l'identité professionnelle (à quoi je sers ? Qu'est ce qu'on me demande de faire ? Qu'est ce que je suis capable de faire ?...). Dans cette phase de transformation identitaire, la question de l'honneur se pose pour le médecin, clinicien ou non, qui veut se sentir responsable de son travail, l'administration lui confiant bien souvent des missions difficiles et complexes, qu'elle avoue, de l'opinion de ses décideurs, ne pouvoir confier qu'à des médecins. Dans l'administration, les MISP sont médecins parce qu'ils ont un titre et un grade, alors que dans la médecine de soins, on est surtout médecin parce qu'on pratique la médecine. C'est ainsi que de l'extérieur, certains peuvent estimer que les MISP ne sont plus des médecins parce qu'ils ne soignent plus. Vu sous un autre angle, les MISP savent qu'ils ne répondent plus aux besoins des patients, mais affichent comme valeur noble de leur métier qu'ils sont au service des populations dont ils sont chargés d'analyser les besoins de santé. La figure du citoyen se substitue à celle du patient. Un MISP est un médecin inévitablement confronté à une mutation identitaire. Quand il parle de cette transformation, pour lui-même, il fait référence à des missions de service public, dont il est mandaté, et à des valeurs qu'il puise dans le champ de la santé publique, comme l'égalité d'accès aux soins, la garantie de leur qualité, la prévention... domaine dans lequel, il va pouvoir construire des

compétences nouvelles, à la fois techniques et relationnelles, qui pourront éventuellement lui apporter les formes de reconnaissance par autrui d'autant plus nécessaires à cette transformation identitaire qu'elles confirment dans le champ des pratiques les valeurs qui guident l'action.

Un quatrième axe est lié à la découverte et l'apprentissage du métier, processus d'où peut émerger un langage de la vocation et de la passion, lorsque l'individu relate les situations objectives qu'il a vécues tout au long de son parcours et la manière dont il les a gérées et évaluées, et lorsqu'il fait, a posteriori, le bilan de ses expériences. Non seulement, de nombreux MISP déclarent ne pas regretter la médecine libérale, mais certains ne cachent pas leur enthousiasme pour un métier qui leur a permis de se construire d'abord et avant tout dans les dynamiques relationnelles complexes qui font appel à de la technique, des sentiments et du sens. Le travail qui est le leur, dans l'administration sanitaire et sociale, a beaucoup évolué : apparition de groupes de projets, assouplissement des rapports hiérarchiques, approche critique de la bureaucratie, accélération technique, réflexion sur la qualité. Toute cette évolution crée un large espace fait d'incertitudes, mais propice à l'expérimentation, et finalement à l'investissement personnel. La conscience professionnelle, l'identification au métier, l'implication au travail se développent au fil des confrontations à des événements nouveaux qui font appel à l'utilisation d'une marge de liberté. Cette confrontation est intellectuelle, parce qu'il faut comprendre, et stratégique, parce qu'elle met en présence d'individus qui agissent dans la même situation. L'expérience de ces événements donne aux MISP le sentiment de progresser, dans une logique d'adhésion forte à des buts et des valeurs, de service public et de santé publique; Et ce qui fait la force de ces valeurs, c'est qu'elles émergent de la pratique professionnelle, dans le cadre du travail, beaucoup plus que des discours officiels. La force de l'expérience des MISP est tirée de cette confrontation à des faits qui les oblige surtout à apprendre par eux-mêmes. Le résultat de cette expérience est la hauteur d'une implication qui s'accorde à l'importance donnée au métier. Elle autorise à penser qu'on a été capable de s'en tirer. Finalement, ce qui rend le métier de MISP passionnant pour un certain nombre de ses membres, c'est qu'il permet socialement de créer une identité évolutive qui contrarie les tendances à l'enfermement corporatiste.

L'administration leur attribue des tâches qui, pour un certain nombre, privilégient la négociation et autorisent ainsi des formes d'apprentissage autant pour ses agents que pour elle-même. Toutes les activités de planification, par exemple, ont poussé les niveaux hiérarchiques à raisonner de façon stratégique. Les médecins qui élaborent des plans ou des schémas, le font le plus souvent sans avoir été formés et sans assistance technique poussée. Ils animent des groupes de travail, ils recherchent de l'information, ils communiquent avec l'extérieur, ils imaginent des scénarios, ils recueillent des points de vue divers sur des réalités perçues, ils argumentent, ils négocient, tout cela passe par des formes de coopération entre métiers différents et entre services différents, où tout est à découvrir. L'évaluation est un processus de sortie du monde des pairs, cliniciens et soignants, qui débouche obligatoirement

sur des échanges, et ceux-ci transforment les représentations des MISp, majoritairement formés à l'origine aux sciences et techniques. La rationalité se construit progressivement, au fil de ces échanges, elle n'est pas préétablie. Cette mise à l'épreuve collective pour comprendre les situations et trouver des solutions aux problèmes développe des savoir-faire nouveaux plus que des connaissances pures. Cette construction agissante sur une transformation du médecin qui soigne -bien souvent de manière routinière- en professionnel apprenant, sous-tend l'approche passionnelle du métier qui s'opérationnalise dans la rencontre entre les situations professionnelles et les ressorts de l'individu. L'éveil de capacités potentielles à mettre en œuvre devient un appel à la découverte de soi, à travers des motivations qui naissent de ces situations professionnelles dans lesquelles l'individu se teste, et finalement, en relevant le défi, c'est à dire en affrontant la réalité, assume le rapport aux autres et à lui-même.

C'est cet enjeu identitaire qu'on perçoit dans les récits que les MISp interviewés ont fait de leur parcours professionnel, sentiments et opinions à l'appui. On note davantage d'identification au métier (quand l'individu y trouve des centres d'intérêt propices à des formes d'investissement et de reconnaissance), que d'appartenance à l'organisation (quand l'individu s'y sent peu considéré, ou trop contraint dans son action), même si ces dimensions interagissent dans la mesure où l'institution est un cadre de légitimation de la fonction et de l'exercice professionnel (on écoute le MISp parce qu'il représente l'État...). Ainsi pour certains, cette vocation émergente pour un métier largement méconnu au départ, constitue l'ossature d'une implication d'autant plus forte qu'elle se concrétise dans trois chantiers de l'expérience de l'individu, porteuse de son identité : sa confrontation à une grande diversité d'événements, son immersion dans un champ de communication composé de nombreux acteurs, sa recherche permanente de connaissance et de savoir-faire.

A partir de ces quatre pistes ainsi identifiées :

- la diversité des trajectoires;
- la découverte de l'univers administratif;
- la transformation identitaire;
- l'implication dans le métier;

J'ai formalisé une grille totalisant 32 rubriques (qu'on peut consulter dans le tableau D) en rapport avec les axes précités :

- les rubriques concernant l'origine du parcours des médecins, les étapes de développement et de diversification des expériences, les phases de réorientation ;
- les rubriques qui décrivent les modalités d'entrée et d'intégration dans l'administration ;
- les rubriques qui traitent de toutes les formes d'échanges et des interactions qui engagent les MISp dans l'espace professionnel ;
- les rubriques qui mettent en évidence les discours d'évaluation.

TABLEAU D / GRILLE DE LECTURE ET D'ANALYSE DES ENTRETIENS	
1	ORIGINE SOCIALE
2	MOTIVATION POUR FAIRE MEDECINE
3	FORMATION INITIALE
4	REPRESENTATION DE LA SANTE PUBLIQUE
5	ENTREE DANS LA VIE PROFESSIONNELLE
6	VISION DE L'ADMINISTRATION
7	DECOUVERTE DU TRAVAIL ADMINISTRATIF
8	MOTIF DE REORIENTATION
9	LA FORMATION EN SANTE PUBLIQUE
10	MISSIONS ADMINISTRATIVES DES MISP
11	ACTIVITES CONCRETES DES MISP
12	RESEAUX INTERNES ET MODES DE COOPERATION
13	RAPPORTS AVEC L'ENVIRONNEMENT EXTERNE
14	SPECIFICITE DE L'ACTIVITE DES MISP en DDASS et en DRASS
15	RAPPORTS AVEC LES AUTRES SERVICES INTERNES
16	POSITION DES MISP PAR RAPPORT AUX MEDECINS SOIGNANTS
17	LES ROLES DES MISP
18	UTILITE DU TRAVAIL
19	VALEURS PROFESSIONNELLES
20	RAPPORT DES MISP A LA POPULATION
21	LE TRAVAIL DES MISP EN ADMINISTRATION CENTRALE
22	AUTONOMIE ET POUVOIR DE DECISION DES MISP
23	LES RAPPORTS HIERARCHIQUES
24	SOURCES ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION DES MISP
25	COMPETENCES PROFESSIONNELLES
26	CONTRAINTES ET DISCIPLINE PROFESSIONNELLES
27	REPRESENTATION DE LA QUALITE DU TRAVAIL
28	L'EVALUATION DES MISP
29	RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE
30	L'IMPLICATION AU TRAVAIL
31	SENS DU SERVICE PUBLIC
32	LE TRAVAIL EN EQUIPE

Il y avait aussi intérêt à tirer profit de cette méthode biographique basée sur des récits de vie professionnelle : en gardant intacts certains entretiens, après plusieurs relectures comparatives, j'ai extrait de cet échantillon deux récits qui me sont apparus, au regard de quelques grands thèmes figurant dans ces différentes rubriques (la variabilité de l'implication au travail, le processus d'une découverte progressive du monde administratif et du métier, la construction du rapport à la santé publique comme valeur forte de l'identité professionnelle), caractéristiques ou « idéales/typiques » de ces parcours professionnels qui constituent le métier de médecin inspecteur de santé publique. L'insertion de ces deux histoires de vie en annexe à deux chapitres de cette recherche a pour but, à la fois d'enrichir d'un contexte biographique personnel, le thème analysé, de lui donner un vécu intégral si on peut dire, thème lui-même analysé à partir des données des entretiens fragmentés, mais aussi de renforcer l'hypothèse du processus identitaire comme voie d'accès à la compréhension de ce métier de MISP. On pourra donc découvrir l'histoire d'Etienne, médecin contractuel en DDASS et qui achève aujourd'hui sa formation à l'École Nationale de la Santé, et celle d'Anne-Marie qui exerce son métier avec beaucoup de conviction en référence à une conception élevée de la santé publique.

Avec les références théoriques tirées notamment du courant interactionniste, l'objectif consiste à saisir dans le groupe des MISP l'identité professionnelle dans la relation médecin/administration, en s'inspirant du modèle situationnel de FREIDSON. Selon le contexte et la situation, le médecin n'a pas les mêmes pratiques sociales, en identifiant des variables de lieu, d'histoire, de système d'action, de configuration institutionnelle. En m'appuyant dans le chapitre I, sur la perspective interactionniste, j'ai voulu confirmer que la profession médicale n'est pas uniforme, qu'elle ne présente pas une homogénéité fonctionnelle. J'ai rappelé que des médecins peuvent se retrouver dans des segments en compétition, et qu'il existe même des segments occupés par des médecins dont la fonction première ne consiste même plus à délivrer des soins. Il en est ainsi du corps des MISP.

Comment s'organisent en groupe les MISP ? Quelle est leur place dans le système administratif ? La recherche de cette appartenance au groupe et des formes identitaires dresse le constat d'une multiplicité d'identités au sein de la profession médicale. Et le second fondement théorique pour rendre compte de cette diversité des

processus emprunte aux formes de négociation que STRAUSS a analysées pour présenter l'action collective comme un monde social constitué d'acteurs en coopération et en conflit. De ce fait, tous les MISP n'ont pas la même identité. On trouve néanmoins un dénominateur commun dans l'énoncé de certaines valeurs et dans certaines fonctions attendues du champ de la santé publique, c'est à dire l'espace de mise en œuvre des politiques de santé. Mais les valeurs sont un construit social, d'où l'hypothèse que je formule ici : l'identité professionnelle est construite sur des valeurs constituées par l'acteur et intériorisées comme des préférences tirées davantage des expériences réussies, c'est à dire ayant entraîné une reconnaissance, et beaucoup moins des missions confiées par l'institution dans le champ de sa raison d'être. Autrement dit, la conversion identitaire et l'implication dans ce qui pourrait ressembler à un travail de vocation sera d'autant plus marquée que l'individu aura pu s'engager dans des expériences favorisant une réalisation de soi.

Ce que j'appelle les expériences de l'acteur d'une part, et le champ de la raison d'être de l'institution d'autre part, comme espace dynamique négocié pour les processus de conversion identitaire des médecins inspecteurs de santé publique, se trouve être un terrain fortement interactif que la santé publique ouvre pour les professions de santé en général et ce métier en particulier et qui doit faire l'objet des développements qui vont suivre.

CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE

J'ai montré dans cette première partie pourquoi et comment l'État était devenu progressivement depuis près d'un siècle un acteur de plus en plus présent dans le domaine de la santé. Un certain nombre de recherches sociologiques¹¹⁰ se sont attachées à démontrer que s'il n'est plus un décideur unique en France, son rôle de coordination n'est pas contesté, mais qu'en revanche ses modes de régulation et la manière dont il peut traduire à son niveau des décisions qui s'imposent à tous constituent les grands défis des politiques publiques de santé.

Si la santé publique comme champ d'interventions en prévention, éducation et promotion de la santé destinées à corriger les insuffisances du système de soins et réparer les inégalités devant la santé n'a pas été portée dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle par une volonté politique et une demande sociale très affirmées, ce constat déficitaire permet aujourd'hui de parler de réémergence d'un dispositif de portée sanitaire où la plupart des modes d'action professionnelle sont à construire.

La santé publique est aussi un espace public de la santé, c'est à dire un ordre négocié de la prévention et de la prise en charge, entre acteurs sociaux très divers, professionnels, profanes et politiques. Cette logique de la négociation ne vient pas se substituer à celle plus technique des soins, mais elle la déborde, relativisant d'une part l'action des spécialistes et impliquant d'autre part de nouvelles modalités d'action collective et de régulation. La prise en compte de cette nouvelle dimension constitue une forme d'adaptation représentant en soi une opportunité intéressante justement pour des métiers comme celui de MISP, entraîné à observer l'évolution du champ de la santé, au travers de l'élaboration et du suivi des politiques de santé publique.

Le ministère en charge de la santé semble avoir de plus en plus besoin de professionnels qualifiés (les MISP ?) en prise avec le terrain, à la fois pour prévenir les accidents sanitaires mais aussi pour mieux appréhender le champ complexe de la santé publique. Sa légitimité est au cœur des enjeux de l'action publique. La santé

¹¹⁰ ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, Paris (1994).
LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (sous la direction de) *Les inégalités sociales de santé*, La découverte / INSERM, Paris (2000).

publique se laisse alors percevoir comme un champ de pratiques de terrain, en même temps qu'un espace d'organisation à plusieurs niveaux, celui des acteurs et celui du système. L'approche santé publique est parfois comprise par les médecins comme l'apprentissage de ce « regard à géométrie variable » sur ce qui se présente non pas comme un problème de santé, mais comme une conjugaison de problèmes dont l'un des points d'impact concerne la santé de tout ou partie d'une population.

Ainsi l'inspection de la santé est devenue un espace institutionnel d'intervention de l'État qui interroge autant la profession médicale dans sa capacité à s'intéresser à la santé sans forcément faire du soin et l'administration dans sa capacité à la planifier. Cette dynamique risque, paradoxalement, de modifier l'autonomie de la profession médicale, parce qu'elle la responsabilise dans un domaine qu'elle connaît mal, tout en y impliquant des fonctionnaires issus de ses rangs. Dans le champ de la santé publique, les compétences requises relèvent principalement de la médecine, de l'administration, de l'économie et du droit, et probablement encore d'autres disciplines ou techniques; mais plus qu'à une compilation de savoirs, ces métiers émergents semblent vouloir faire appel à des compétences nouvelles. L'analyse du métier de MISp qui va suivre est une prise en compte de cette interrogation.

DEUXIÈME PARTIE
L'EXERCICE DU MÉTIER DE MISP

Cette deuxième partie consacrée à l'exercice du métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique a pour objet la description de la complexité du processus social de construction de ce groupe professionnel, ou plus exactement de reconstruction dans la mesure où :

- d'une part, il se réfère à un travail en rupture avec le modèle du médecin clinicien (analyse de faits, appréhension morphologique globale, démarche diagnostique théoriquement déductive, écoute technique d'un discours de plainte, recherche de solution et obligation de décision en position d'incertitude¹¹¹)
- d'autre part il semble correspondre à un profil identitaire imprécis et instable, dans le sens que précise C. DUBAR¹¹² lorsqu'il parle d'une part d'identité flottante chez certains jeunes surdiplômés d'entreprises, difficilement insérés dans les filières existantes, peu conformes aux attitudes courantes, et d'autre part d'identité d'exception, lorsque ces mêmes jeunes, mal intégrés, sont considérés comme déviants.

Cet examen va s'efforcer de correspondre aux quatre niveaux d'analyse que L. DEMAILLY¹¹³ définit comme les quatre objets constitutifs du processus continu de construction sociale des groupes professionnels, à savoir :

- 1) l'évolution des caractéristiques individuelles et des trajectoires biographiques (chapitres V et VI)
- 2) l'évolution des tâches (chapitres VII et VIII)
- 3) Le travail propre de construction identitaire, de production de sens, de placement stratégique, de mobilisation professionnelle interne... (chapitre IX)
- 4) L'intervention opérée par les catégories d'agents professionnels « voisins » (Chapitre X).

¹¹¹ BERNADOU A. (sous la direction de BARBIER J.M.) *Savoir théorique et savoirs pratiques, l'exemple médical*, P.U.F., Paris, (1996).

¹¹² DUBAR C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand COLIN, Paris (1991).

¹¹³ DEMAILLY L., *Mobilisation d'encadrement et mobilisation des groupes professionnels : le cas des enseignants en France*, in LUCAS Y., DUBAR C. (éds.) *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses Universitaires de LILLE (1994).

CHAPITRE V

LES DYNAMIQUES D'ACCÈS À L'EMPLOI

L'objet de ce chapitre a trait à l'entrée dans la profession médicale d'une part et à la bifurcation que représente le choix vers le métier de médecin inspecteur de santé publique d'autre part. Je vais dans un premier temps décrire les raisons invoquées par les intéressés pour expliquer leur choix initial et justifier ensuite les réorientations effectuées. Dans un second temps, j'analyserai les modes d'entrée dans le métier au sein des administrations employeurs. Le lecteur trouvera au centre de cet examen un tableau récapitulatif des trajectoires individuelles ainsi repérées. Je m'appuierai, pour la démonstration, sur un certain nombre d'extraits d'entretiens référencés chacun au moyen de trois indicateurs : le numéro de l'entretien qui permet de le situer dans le tableau de l'échantillon figurant au chapitre précédent, le sexe de l'interviewé, l'âge de l'interviewé au moment de l'entretien.

1) les MISP : Origine sociale et construction des choix pour faire médecine.

Lorsque les médecins parlent spontanément de leurs origines, donc de leur famille -et tous ne le font pas- on peut distinguer déjà deux grandes catégories d'entrants, ceux qui sont issus d'un milieu médical -ceux-là, dans l'échantillon que j'ai pu rencontrer sont majoritaires- et ceux qui viennent d'un milieu non médical.

Les MISP issus d'un milieu médical.

Pour la première catégorie, la question est de savoir quelle influence exerce le milieu familial sur les choix d'études opérés par le sujet. Les arguments qui président à ces derniers semblent en fait souvent découler d'une évidence : séduction et modélisation. Il apparaît que la question ne se pose même pas d'envisager une autre filière. Les pratiques du parent médecin, le discours qui accompagne les relations de proximité sont de nature à consolider un modèle professionnel assez proche d'un idéal de vie. L'individu peut avoir depuis sa plus tendre enfance, envie de faire la

même chose que son père généraliste, ou bien il appartient à une famille dans laquelle, depuis longtemps, « *on fait médecine* ». L'influence devient manifeste lorsque le désir des parents s'exprime clairement par exemple, quand il s'agit d'offrir un cabinet à leur enfant. Mais c'est surtout la pratique observable dans l'espace-temps familial qui permet la construction d'un intérêt solide ; ainsi cette femme médecin inspecteur de 35 ans qui parle de son grand-père médecin généraliste de campagne et qui se représentait la médecine comme un boulot prenant, « *bouffant la vie de famille, la vie de couple* » (29-F-35) mais surtout comme un boulot passionnant.

Il existe néanmoins quelques exceptions, mais celles-ci concernent des individus qui ont eu l'opportunité très tôt, bien que venant d'un milieu médical, d'idéaliser un autre métier, souvent très atypique (pilote de chasse par exemple) et qui sont revenus ensuite à la médecine, parce que la filière rêvée était inaccessible ou trop sélective.

A l'inverse, il y a ceux pour qui le chemin était tout tracé, du fait d'un parent lui-même médecin inspecteur de santé publique, cas rare certes, mais tellement éclairant sur la forme d'influence qui s'est exercée. Lorsque les parents parlent de leur travail à leurs enfants dans un langage passionné et que leur comportement au travail, observé par les mêmes enfants, se trouve être en totale concordance avec le discours, alors on peut faire l'hypothèse que l'influence sera grande. Le choix qui va suivre s'apparente à un investissement dans un champ qui présente un intérêt, celui de la santé en général et celui de la médecine en particulier, d'autant plus investi que l'habitus nécessaire (les prédispositions acquises dans le milieu d'origine) a été conforté.¹¹⁴

Déterminants familiaux, déterminants sociaux.

La seconde catégorie regroupe les individus qui ne sont pas issus d'un milieu médical, et parfois qui en ignorent tout. On ne trouve pas forcément de manière évidente dans l'histoire du sujet les raisons et les circonstances qui l'ont amené à

¹¹⁴ En référence à BOURDIEU : « L'investissement c'est l'inclination à agir qui s'engendre dans la relation entre un espace de jeu proposant certains enjeux (ce que j'appelle un champ) et un système de dispositions ajusté à ce jeu (ce que j'appelle un habitus) sens du jeu et des enjeux qui implique à la fois l'inclination et l'aptitude à jouer le jeu, à prendre intérêt au jeu, à se prendre au jeu », BOURDIEU P., *Questions de sociologie*, éditions de minuit, 1980, p. 97.

envisager de faire médecine. A contrario néanmoins, on y trouve parfois ce qui, dans la première catégorie, a contribué à orienter l'enfant vers la médecine. Lorsque tel médecin inspecteur stagiaire m'a déclaré n'avoir eu à l'origine aucune maturité pour ce type d'études parce qu'il appartenait à une famille où son père était ouvrier et sa mère sans profession, et qui avait donc tout à découvrir à la différence de ces familles où il y a toujours « *un médecin qui traîne par ci, par là, ou un prof de Fac, quelqu'un du milieu, avec son vocabulaire, une certaine pensée, bref quelqu'un qui a des clés...* », donc quelqu'un qui oriente mais aussi qui rassure, et qui apporte au choix de l'enfant une quotidienneté qui facilite l'apprentissage et donne des repères au projet professionnel. Le résultat est que pour ce stagiaire, comme pour d'autres médecins rencontrés, l'entrée en médecine correspondait à une idée du métier proche du fantasme, souvent très éloignée des règles du jeu de la sélection, de l'inscription, de l'enseignement, et même de la matière.

Dans ce deuxième groupe, on peut aussi distinguer ceux qui viennent d'un milieu non médical favorable, c'est à dire qui s'efforce de soutenir l'orientation retenue, et le milieu qui manifeste une certaine opposition, le plus souvent lorsque le choix de faire médecine vient contrecarrer un projet parental (devenir enseignant, ingénieur...). En ce qui concerne les motifs du choix du métier de MISP, quelques-uns, très minoritaires, ont, jugé nécessaire de souligner d'entrée de jeu certains facteurs qui, selon eux, ont dû contribuer à l'orientation qu'ils ont prise, après leurs études médicales, vers le métier de médecin inspecteur. J'ai noté que ceux-là étaient toujours issus d'un monde et d'une culture particuliers, l'armée, système caractérisé par une forte bureaucratie et le souci de servir, une famille d'émigrés qui éveille très tôt un sens aigu de la vie politique, et, en France, de la vie publique ; un statut d'étudiant étranger qui incite, à cause des obstacles de la langue, à traduire avec beaucoup d'attention les disciplines enseignées, parmi lesquelles la santé publique, que les étudiants français préfèrent ignorer dans leur grande majorité.

Raisons des choix d'après les récits individuels.

L'origine sociale recouvre un champ de facteurs d'influence non négligeables, qui se conjuguent dans des processus fort variés. Je me propose de ranger ceux-ci dans quatre groupes : 1°) les processus qui révèlent l'élaboration de projets précis, construits souvent très tôt, qui guident l'itinéraire du sujet, de manière sûre et sans

équivoque; 2°) les processus qui constituent une tentative de reconstruction de motivation après une première orientation malmenée, c'est ce que j'appellerais le choix de la médecine par défaut; 3°) ceux qui correspondent à des motivations émergentes, dues au hasard, aux circonstances de la vie et qui se concrétisent dans un choix plus tardif ; 4°) les processus qui reposent sur un désir de faire une médecine différente. Bien sûr, ces quatre groupes sont très inégaux, le 3^{ème} groupe étant le plus important en nombre, et majoritairement constitué de femmes. Le second groupe est également féminisé, mais il est très minoritaire : choisir la médecine pour n'avoir pas pu faire histoire, lettres ou architecture constitue le plus souvent une forme de compromis entre les pressions familiales et les attentes socioprofessionnelles de l'individu soucieux de trouver « *un métier sérieux* » (15-F-47), c'est à dire reconnu, utile et dont l'emploi est encore à peu près assuré avec un espoir de revenu décent. Ce choix présente également cette caractéristique, à défaut de reposer sur une discipline qui plaît a priori, donc des connaissances à acquérir qu'on peut juger plus ou moins intéressantes, de s'appuyer sur la perspective d'un savoir-faire relationnel gratifiant, la relation médecin/malade étant perçue comme une source de satisfaction et exprimée dans la formule « *le contact avec les gens* » (27-F-46).

Dans quelles conditions choisit-on très tôt de faire médecine ?

Le groupe que j'ai cité en premier concerne évidemment les individus qui avaient depuis longtemps échafaudé l'idée de devenir médecin, d'abord parce qu'on y trouve une majorité d'individus issus d'un milieu médical pour qui cette option est l'une des premières qui se présente à l'esprit. On trouve dans ce premier groupe à peu près autant d'hommes que de femmes, dont l'âge varie (au moment des entretiens) entre 37 et 59 ans. Les choix initiaux relatés par ces personnes correspondaient le plus souvent à une espèce d'idéal de métier dont les origines restent la plupart du temps inexplicables. Pourquoi choisir de faire biologie, O.R.L. ou pédiatrie ? Comme me déclarait cette femme médecin de 52 ans : « *c'est un peu difficile à savoir, mais c'est venu très tôt* ». Pour un certain nombre de ces candidats médecins, il faut reconnaître que la curiosité des choix tient surtout à leur précocité. A l'âge de 8 ans, un gamin décide de faire neuro-psy et de s'intéresser à la recherche. L'investissement ultérieur se fera dans le domaine de la biochimie du cerveau. A partir du moment où le choix est exprimé très tôt, il va se structurer très rapidement,

la motivation devient le fil conducteur du projet qui trouve un équilibre entre l'image idéalisée du métier et les acquis scolaires directement orientés vers celui-ci. Les études secondaires sont ainsi considérées comme un passage obligé vers le Bac et la Fac de médecine, parfois comme un mal qu'il faut prendre en patience et assumer au mieux pour réaliser le projet. Le sentiment ou le désir d'être utile influe sur la précocité des choix. Ce qui est important pour un jeune qui désire faire des études de médecine, c'est de pouvoir soigner les gens, les guérir de leurs maladies, arrêter leurs souffrances, rétablir la vie, sauver les gens qui sont mourants... Le côté « urgence » des soins apparaît comme une tâche noble ; il donne la conviction qu'il est « *important pour un médecin de gérer ce genre de choses* » (30-F-37) cette conviction assortie de l'exemple de ces médecins qui se donnent sans compter, comme cette femme, omnipraticien, qui donne l'impression à cette jeune scolaire de 14 ans « *d'être mue par quelque chose qui la dépassait* » (22-F-50) donne l'idée de la vocation. La conjugaison de ce à quoi on croit et de ce qu'on perçoit dans l'environnement proche, provoque un effet de révélation, une sorte d'appel, une séduction puissante qui va conduire le jeune vers sa décision.

Désirs et désillusions.

Mais ce type de démarche ne débouche pas forcément sur un succès. La capacité du sujet à se projeter dans l'avenir, à reconsidérer son projet avec réalisme, à s'adapter aux exigences de la formation peut varier en fonction des résultats obtenus. L'individu peut avoir décidé depuis longtemps de faire médecine afin de devenir psychiatre, échouer au concours de l'internat, et se retrouver dans « *la classification des médecins généralistes malgré eux... qui n'ont pas spécialement la fibre de la médecine générale commerciale* » (13-H-38), et les impasses peuvent alors surgir, comme le paradoxe de cette profession médicale qui présente des « *métiers sérieux* » et ces métiers de la médecine qui peuvent soudain ne plus présenter d'intérêt pour certains de ses membres eux-mêmes. Qu'est ce qui devient alors, pour d'autres qui réussissent leur projet, la clé du succès ? La force idéalisée d'un projet ? La représentation fantasmée d'un métier ? L'opiniâtreté et la ténacité du candidat aux études ? Ses capacités intellectuelles ? Je forme l'hypothèse que l'ancrage du projet dans une réalité sociale et affective en phase avec le message éducatif familial (« *j'ai fait une colo. avec l'IMP... papa était médecin de l'IMP... ce*

que je voulais faire, c'était rééducation fonctionnelle... le handicap, ça a toujours été mon truc...j'ai fait un truc avec des handicapés, c'est vraiment ma passion... » (10-F-42)) constitue bel et bien le facteur le plus favorable pour l'exercice ultérieur effectif du métier choisi. C'est cette force d'un équilibre entre des faits et des idées qui peut créer un intérêt durable, condition nécessaire à l'élaboration d'un projet viable. L'étudiant engagé des années 60 (9-H-59), qui concrétise ses idées dans une activité syndicale, termine ses études de médecine pour s'installer en maison médicale dans un quartier en difficulté et y exerce ensuite pendant 16 ans, était probablement animé de cette force qu'il puisait dans la confrontation de ses idées à son expérience sociale.

L'orientation comme choix d'opportunités.

Le 3^{ème} groupe correspondrait à toute une catégorie de médecins qui sont arrivés en médecine, sans avoir préalablement construit un projet assuré. Pour ce groupe, ce sont des concours de circonstances, parfois imprévisibles, le jeu d'hésitations et d'incertitudes, ce que certains appellent le fait du hasard, qui ont contribué à leur orientation vers des études médicales. Il s'agit d'une lente maturation, d'un processus de motivation émergente, qui s'effectue sans révélation particulière, ni passion soudaine. Même le choix d'une spécialité demeure le fruit du hasard, au gré d'un stage, d'une rencontre ou d'une expérience à un moment où une décision doit être prise. Certains reconnaissent alors aimer finalement la médecine, à cause de l'aspect contact humain. Les décisions peuvent être prises sans grande conviction; untel déclare à un moment, avoir souhaité faire de la réanimation, tout en conservant un comportement attentiste, et se retrouvant au bout du compte généraliste remplaçant. Le propos tenu sur la première expérience soignante se présente comme le reflet du parcours de formation et du choix qui l'a guidé; on a fait gynéco médicale et l'installation se développe avec une petite clientèle qui fonctionne plus ou moins; le médecin en question relate ces faits sans faire de commentaires, comme s'ils appartenaient à une page du passé, qu'on a tournée et qui n'a plus de rapport avec le présent. Pour certains individus par conséquent, le sens des actes n'est pas explicité, comme si les choses avaient été subies : on passe l'internat deux fois, on peut choisir entre psychiatrie et pédiatrie, on fait un stage en psy, puis on refuse la spécialisation et on revient en médecine générale. En fait, ce

n'est pas tant l'absence d'arguments qui gêne ici la compréhension, mais l'absence de projet explicite qui l'éclaire. On n'est pas dans le choix d'une médecine par défaut, mais dans le compromis du hasard et de la nécessité.

L'orientation liée aux aléas de l'expérience.

J'ai rencontré également dans ce groupe, des individus qui, à défaut de projet, ont néanmoins pris conscience à un moment de découverte, liée à une expérience ou une suite d'événements, que le choix de faire médecine impliquait pour eux une réflexion personnelle sur le métier et une projection dans l'avenir : cette femme qui a trois enfants et qui décide de faire sa thèse en pédiatrie; ce médecin qui se rappelle avoir fait « *socio avec BOURDIEU* » et « *n'avoir aucun goût pour la médecine individuelle* » (11-H-62) ; cette femme qui avait surtout décidé en faisant médecine, de ne pas devenir médecin libéral, ou encore ce jeune médecin qui parle de son entrée en médecine comme « *d'un embryon de projet* » en réaction à celui du père qui l'avait poussé vers la physique (33-H-37). Enfin, pour quelques autres, que je cite comme des cas particuliers, le choix s'est construit en cours de formation, à l'occasion d'une rencontre ou d'un stage qui a fait l'effet d'une découverte significative. Telle étudiante a pu, par exemple, faire pédiatrie, sans l'avoir prévu au départ, et sans vraiment savoir ce qu'était cette spécialité, et se retrouver enthousiasmée par un stage réalisé dans tel service pédiatrique de tel hôpital où l'expérience a opéré comme un déclic dans l'orientation (24-F-36) ; ou bien encore, cette interne qui s'est trouvée très tôt dans ses études, immergée dans les services d'urgence « *où les choses se sont bien passées* » et qui s'est découvert des capacités de médecin urgentiste (29-F-35) Pour ne pas rendre cette illustration trop fastidieuse, je dirais qu'il y a ainsi des médecins qui ont entrepris des études médicales, sans projet, ni passion, ni fantasme, ni pression familiale, mais qui y ont trouvé progressivement, au gré des interactions avec le milieu, des motifs d'y envisager leur métier. Cette catégorie se distingue de ceux qui y sont entrés avec une idée bien précise et de ceux qui ont choisi cette filière parce qu'elle occupait la seconde place dans l'ordre de leurs choix.

Les orientations non-conformistes.

Il reste enfin, s'agissant du 4^{ème} groupe, une dernière catégorie, qui concerne les candidats aux études de médecine, et qui, dès l'entrée, avaient déjà une idée de ce que j'appellerais une médecine différente, en tout cas une médecine proche de la santé publique. J'ai découvert dans ce dernier groupe, deux tendances : l'une qui s'éloigne ou rejette la clinique pour d'autres formes d'intervention, et l'autre qui l'intègre dans une approche plus globale au niveau des systèmes ou plus éducative au niveau des individus.

Parmi les premiers, certains n'hésitent pas à déclarer que la clinique ne les intéressait pas, que dans leurs préférences, le collectif l'emporte sur l'individuel, rejetant implicitement la relation médecin/malade, confirmant leur option parfois avec une thèse de santé publique, telle cette recherche sur les accidents des deux-roues, présentée comme une description d'un problème de santé publique, soutenue par une solide enquête épidémiologique (35-H-48) Les seconds mettent essentiellement en avant leur aspiration au voyage, leur désir de faire de l'humanitaire, et leur projet d'aller en Afrique, où l'évidence des besoins de développement et des problèmes de santé publique n'est plus à démontrer. Est-ce que ces motivations procèdent du souhait de s'éloigner d'une médecine à laquelle les individus s'estiment mal préparés, ou est ce qu'elles correspondent à une compétence émergente en santé publique en prise avec un altruisme exacerbé ? Sans rien trancher dans cette alternative, il faut reconnaître que bon nombre de ces médecins ont acquis une pratique soignante d'assez longue durée, jalonnée de formations spécialisées qui consolident l'orientation choisie (pathologies tropicales, puériculture, santé publique, pédiatrie...). Il faut ajouter que l'exemplarité de l'expérience des « maîtres » et leur force de conviction pour dispenser leur savoir et leur savoir-faire constituent de solides influences sur lesquelles les individus insistent pour expliquer la genèse de leur carrière, tel cette femme qui a fait un CES de pédiatrie « *avec un chef de service qui s'intéressait beaucoup à tout ce qui était social* » (56-MISP-80) et qui a ensuite travaillé pendant 15 ans en P.M.I.. Autrement dit, il y a dans ce groupe, principalement, des individus qu'une représentation de la médecine comme champ professionnel à transformer, a guidés comme un fil conducteur dans leur parcours.

Ceci dit, au-delà de ces orientations dont les mécanismes d'élaboration varient selon les différents groupes que je viens de présenter, se pose la question de savoir comment la formation, ainsi choisie et les premières expériences qui l'accompagnent ont permis de consolider les projets initiaux ou à l'inverse, entraîné une réorientation vers le métier de médecin inspecteur.

2) Les voies du changement : analyse des trajectoires.

Pour y répondre, je m'appuierai sur le tableau qui suit, dans lequel le lecteur trouvera, pour chaque entretien réalisé, un résumé des principaux points permettant de reconstituer les trajectoires individuelles. Je proposerai dans la troisième colonne de ce tableau intitulée « commentaire » une reconstruction de la classification déjà présentée en ce qui concerne les motifs du choix pour faire médecine, cette fois par rapport aux motifs qui ont conduit au métier de MISP.

<u>Tableau : éléments de trajectoires</u>	
Réf. des entretiens	Résumé
1-F-31	D'origine étrangère. Études de médecine à Paris. La découverte de la matière s'est faite parallèlement au perfectionnement de la langue. Motivation particulière pour comprendre le langage de la santé publique. A exercé en pédiatrie. A rencontré un médecin inspecteur très prosélyte qui l'a incitée à passer le concours. Après l'École de la santé, a eu une expérience en DDASS et ensuite en DRASS.
2-F-35	A fait des remplacements de médecine générale dans le secteur minier, puis a fait deux ans de coopération dans un petit pays d'Afrique. Au retour, motivée pour la santé publique, a été accrochée par une publicité du ministère de la santé pour le recrutement de médecins inspecteurs. A exercé comme vacataire en DDASS. A fait le D.U. de santé publique de Nancy, puis l'école de la santé. Expérience professionnelle dans une DDASS importante.
3-F-34	A travaillé comme aide-soignante et comme infirmière. A fait son 3 ^{ème} cycle en outremer. Au retour, a exercé en CHR. A fait des remplacements de généraliste. S'est engagée pour médecins sans frontières. Au retour, intéressée par les problèmes de SIDA et de toxicomanie, prend un poste de vacataire en DDASS. A passé le concours de MISP, est partie travailler dans une petite DDASS, puis, sur demande, a obtenu sa mutation dans une grosse DRASS.

4-H-43	<p>Au cours du service national, a été mis à disposition d'une ONG en Afrique. A fait son internat dans un hôpital de la région parisienne, puis a fait des remplacements durant 1 an. A ensuite exercé pendant 4 ans au Mozambique. Au cours de ce séjour, a suivi par correspondance le DU de santé publique de Nancy. Est ensuite parti comme responsable de projet santé en Mauritanie. De retour en France, à la fin du programme, sensibilisé à la santé publique, après avoir entendu parler du concours de MISP, passe le concours, puis travaille six mois dans un ORS et intègre une DDASS importante, avant d'obtenir sa mutation pour une DRASS.</p>
5-F-39	<p>A fait de la médecine générale en remplacement. N'a pas abouti dans un projet d'installation en association avec un autre généraliste. A la recherche d'une activité, a entendu parler de la mise en place des injonctions thérapeutiques en DDASS. A été recrutée après un contact avec un médecin de DDASS. A ensuite passé le concours de MISP, puis est revenue en DDASS, a eu une expérience de deux années en ARH, et a réintégré une grosse DRASS.</p>
6-F-38	<p>A fait médecine en même temps qu'un conjoint qui faisait sociologie. A accompagné celui-ci en Équateur, dans le cadre d'une recherche. A observé le fonctionnement d'une médecine du tiers monde, puis a fait quelques remplacements au retour. À réalisé une thèse à dominante sociale qui l'a mise en contact avec des médecins inspecteurs et des professionnels de l'ORS. A ensuite exercé pendant trois ans comme vacataire en DDASS, sur les problèmes de SIDA, toxicomanie, alcool et santé des jeunes. A ensuite passé le concours, puis suivi l'école de la santé. Exerce depuis dans une DDASS importante.</p>
7-H-45	<p>A l'issue de ses études, se destinait à la médecine générale, et s'est inscrit à un CES d'hygiène et de médecine préventive. Sous l'influence d'un médecin scolaire plus ancien dans la discipline, fait la rencontre d'un médecin inspecteur régional de la santé qui les sensibilise à la santé publique. Séduit par la démarche et la nouveauté des thèmes traités, décide de passer le concours de MISP. Après sa scolarité à l'école de la santé, exerce d'abord dans une petite DDASS, puis intègre une DDASS de grande taille.</p>
8-F-34	<p>A interrompu ses études de médecine pour suivre le conjoint à la Réunion. A fait des consultations de PMI, des remplacements, des gardes. Après avoir visité les hôpitaux de Madagascar, et de retour en France, décide de ne pas faire spécialité et reçoit par hasard une offre d'emploi d'une DDASS pour y développer des actions de santé sur l'alcoolisme. A travaillé en DDASS pendant deux ans, puis a passé le concours de MISP, et a été affectée dans une grosse DDASS après la scolarité à l'école de la santé.</p>

9-H-59	Médecin généraliste pendant 16 ans, dans une maison médicale au sein d'un quartier défavorisé. Ancien militant syndical, puis élu local. A fait la rencontre d'un DRASS qui lui a fait prendre conscience de la dimension santé publique de son action sur le quartier. A entamé un CES de santé publique, puis a accepté un poste de contractuel en DDASS pendant 6 mois avant de passer le concours. A ensuite exercé dans une grosse DDASS, avant d'être mis à disposition d'une maison régionale de promotion de la santé qu'il quitte après 7 ans pour réintégrer une DRASS importante.
10-F-42	De père médecin, et attirée par la médecine très tôt, se retrouve à la recherche d'un emploi au moment du départ du conjoint au service national. Après plusieurs petits boulots à la MGEN, Institut Pasteur, centre de transfusion, est embauchée comme médecin contractuelle en CPAM. A passé le concours de médecin conseil, puis a exercé pendant 5 ans à la sécurité sociale. Après un conflit interne, démissionne, et se retrouve embauchée comme médecin en COROREP, avant d'être recrutée à mi-temps comme contractuelle en DDASS. Y exerce depuis 6 ans, en refusant de passer le concours de MISP qui entraînerait une mobilité géographique incompatible avec les contraintes familiales.
11-H-62	A fait 4 années de remplacements, puis a exercé en médecine préventive au CHR. A travaillé ensuite pour MSF et a réalisé plusieurs missions de coopération pour le ministère des affaires étrangères. De retour en France, prend connaissance d'un nouveau décret portant reconstitution de carrières administratives, et dans ce cadre, passe le concours. Prend ensuite un poste en DDASS dans un service de promotion de santé des enfants d'âge scolaire et y effectue l'essentiel de sa carrière avant d'être muté dans une autre DDASS importante, à 3 ans de la retraite après un conflit interne.
12-F-42	Après une motivation précoce, fait ses études de médecine et réalise son stage de dernière année en Guyane avec l'intention de travailler dans les pays en voie de développement. De retour de Guyane, fait de la médecine libérale en remplacement. Passe un DU de médecine tropicale et commence des études d'ethnologie, obtient une maîtrise et part 4 ans en Afrique, avec Médecins du monde et l'aide internationale contre la faim. Réalise un DEA d'anthropologie. De retour en France, fait le D.U. de santé publique de Nancy et suit les cours du SESAN en épidémiologie. Repart 6 ans en Centrafrique sur un programme de lutte contre le SIDA. De retour en France, passe le concours de Médecin Inspecteur sur le conseil de quelques amis qui connaissaient des médecins de DDASS puis est affectée dans une DDASS importante.
13-H-38	Voulait faire médecine pour se spécialiser en psychiatrie. Suite à des problèmes familiaux échoue au concours de l'internat. Fait des remplacements de généralistes. Engage une thèse sur un sujet à caractère social et à cette occasion rencontre un Médecin Inspecteur de la DDASS. Au moment de l'enregistrement de sa thèse dans les services de la DDASS, va se renseigner auprès du secrétariat de santé scolaire et obtient un peu plus tard un poste de contractuel. Après trois ans d'exercice, engage quelques

	consultations de PMI puis s'inscrit au DU de Santé Publique de Nancy. Lassé de la santé scolaire obtient un poste de médecin vacataire en DDASS où il découvre le métier de Médecin Inspecteur et se prépare à passer le concours.
14-F-41	A fait des remplacements de médecine générale pendant quatre ans. Dans le cadre de la préparation de sa thèse part en Afrique pour réaliser un travail en médecine humanitaire. Après la thèse retourne travailler un an en Égypte. De retour en France, décidée à se fixer prend contact avec la DDASS qui la recrute pendant six mois comme contractuelle. Après une expérience conflictuelle, retrouve un second poste de vacataire à la DDASS, passe le concours de Médecin Inspecteur et se trouve en position de stagiaire en engageant sa scolarité à l'École de la Santé.
15-F-47	Voulait faire des études d'architecture mais sur la pression des parents s'est engagée vers la Médecine. A passé l'internat puis envisageant de s'installer à commencer à faire des remplacements. Déçue par cette expérience, exerce alors en PMI et en Médecine du Travail. Peu attirée par la relation médecin/malade change d'orientation et passe le CAPES de sciences médico-sociales et exerce pendant six ans comme prof de sciences médico-sociales à l'Éducation Nationale. S'inscrit ensuite à un CES de Santé Publique et sur le conseil d'une collègue professeur passe le concours de MISP pour ensuite être affectée dans une DRASS. Se trouve rapidement nommée Médecin Inspecteur Régional mais après un conflit interne obtient sa mutation dans une petite DDASS avant de réintégrer une DRASS importante.
16-F-32	6 ans de remplacements en médecine générale. Insatisfaite de cette expérience, prend contact avec une connaissance qui travaille à la DDASS. Embauchée à mi-temps, occupe un emploi de contractuelle pendant deux à la DDASS sur un poste chargé de suivre l'accès aux soins des bénéficiaires du RMI. A la fin du contrat, retour aux remplacements de médecine générale. Nouvelle expérience décevante au cours de laquelle elle suit par correspondance le DU de santé publique de Nancy. Passe ensuite le concours de MISP qu'elle réussit à la deuxième tentative et se retrouve médecin inspecteur stagiaire à l'école de la santé.
17-F-45	Au cours de ses études de médecine, a eu des enfants qui ont connu ensuite de gros problèmes de santé, mettant un terme au projet de passer l'internat en vue d'une spécialité. Rencontre un médecin du travail qui lui fait obtenir un poste de faisant fonction dans une entreprise en qualité de médecin du travail. Les problèmes familiaux ont ensuite provoqué une interruption de l'exercice médical. Après une reprise en santé scolaire, retrouve un poste en DDASS sur le thème santé/précarité des jeunes. A ensuite passé le concours de MISP qu'elle a réussi après une deuxième tentative. Est en position de médecin stagiaire à l'école de la santé.

18-F-72	Études de médecine à Paris ; épouse un médecin attaché à un labo qui est nommé au Maroc et où elle exerce comme généraliste. De retour en France après 5 ans, se retrouve affectée en santé scolaire. Après 10 ans prend le poste de direction de la santé scolaire dans un gros département et 10 ans plus tard est nommée Médecin Inspecteur Départemental dans une grosse DDASS jusqu'au départ en retraite.
19-F-30	A fait des remplacements en médecine générale en même temps que des vacances en PMI et en santé scolaire. Fait la connaissance d'un médecin travaillant à mi-temps à la DDASS et à mi-temps en PMI. Termine une thèse en Pédiatrie et sur une information de ce médecin réussit à se faire recruter en DDASS comme médecin contractuel. Mariée à un notaire qui cherche à s'installer. N'envisage pas de passer le concours de Médecin Inspecteur.
20-H-46	Issu d'une famille militaire, passe le concours de l'école de santé navale. Peu intéressé par le milieu militaire, quitte le service de santé des armées en 6 ^{ème} année de médecine. Termine ses études et passe un CES de santé publique. Obtient des diplômes de médecine tropicale et de santé et développement. Effectue des remplacements en médecine générale pendant 7ans. Réalise ensuite 4 missions pour des organisations humanitaires. Occupe un poste pendant deux ans et demi au Cameroun en qualité de médecin d'un secteur sanitaire, puis à Djibouti comme médecin chef de service d'hygiène et d'épidémiologie. Puis pendant 3 ans est conseiller auprès d'un Ministère en république Centrafricaine. Ensuite pendant trois ans et demi est nommé conseiller multi-missions auprès du Ministère de la Coopération. Tous ces postes étant contractualisés, afin d'obtenir une titularisation et sur le conseil du Ministère, passe le concours de l'École de la Santé. Est nommé dans une DRASS importante à l'issue de sa scolarité.
21-F-52	A fait une spécialité Pédiatrie. Au début de l'internat est allée travailler dans un pays en voie de développement en Afrique. Fait ensuite dix années de pédiatrie hospitalière à Paris. Avec une bourse du Ministère des Affaires Étrangères, suit une formation dans une école de santé publique à Boston. Obtient un Mastère de Santé publique avec option santé maternelle et infantile. Afin de faire de la santé publique, passe le concours de médecin inspecteur. Puis est nommée dans une DRASS importante. Au bout de deux ans, demande sa mutation en DDASS où elle effectue une expérience de dix ans, avant d'être nommée au Ministère sur un poste spécialisé correspondant aux activités menées au sein de la DDASS.
22-F-50	Effectue des remplacements de médecine générale et des vacances de santé scolaire. Rencontre le Médecin Inspecteur Départemental qui lui fait vive impression et entre donc en santé scolaire où elle exerce pendant un an. Engage une formation en santé publique et hygiène sociale. Au cours de cette formation rencontre le Médecin Inspecteur Régional qui l'incite à passer le concours. Est ensuite titularisée en qualité de Médecin Inspecteur. Quitte la santé scolaire pour être nommée dans une DDASS importante. Sur sa demande, change ensuite de département pour travailler d'abord en

	DDASS ensuite en DRASS où les spécialisations qu'elle réalise dans le domaine de l'alcoologie et des soins palliatifs l'amènent à solliciter une retraite anticipée pour occuper ensuite un poste d'attaché en CHR.
23-F-52	Pendant un stage interné en hôpital, a suivi les cours de médecine du travail. Recruté ensuite comme médecin conseil dans une caisse d'assurance maladie. Déçue par cette expérience, démissionne au bout de deux ans. Occupe alors un poste de médecin contractuel de santé scolaire. Au cours de cette période s'inscrit à un CES de santé publique. Après dix années de fonction, passe le concours de MISP, soucieuse d'élargir son expérience par une approche des politiques de santé. Au sortir de l'école de la santé, reprend un poste de santé scolaire, encore à l'époque rattaché à la DDASS, sans en avoir le choix, puis intègre l'éducation nationale en 91, au moment de la scission des services. Avec le grade de MISP, ne quitte plus la santé scolaire où elle prend un poste de responsable départementale.
24-F-36	A fait l'internat et une spécialité pédiatrie. Après deux ans comme chef de clinique, aspire à une médecine différente de la clinique, et par l'intermédiaire d'un médecin inspecteur de ses relations, entre en DDASS, comme pédiatre vacataire chargée de la toxicomanie, en remplacement d'un médecin récemment reçu au concours de MISP. Après deux ans d'exercice en DDASS, ne souhaite pas devenir médecin inspecteur qu'elle considère comme un métier trop administratif. Passe alors le concours de médecin scolaire et prend ses fonctions comme titulaire à l'éducation nationale.
25-F-57	Fait des remplacements de médecine générale. Attirée par la médecine dite « sociale » et sur l'invitation pressante d'une amie médecin, part travailler en Algérie, avec un contrat du ministère de la coopération, puis repart 3 ans et demi au Cameroun. De retour en France, exerce un temps en milieu rural. Désireuse d'obtenir un emploi plus calme, intègre l'école de la santé, avec le bénéfice de l'expérience acquise. Est nommée ensuite dans une petite DDASS, avant d'être affectée en administration centrale où elle exerce par intermittence pour des raisons familiales. Est mutée ensuite dans une DRASS importante où elle intègre une équipe sous la responsabilité d'un MIR.
26-F-65	Décide très tôt de faire médecine pour pouvoir exercer en Afrique. Occupe un premier poste dans une CAF du Dahomey. Démissionne au bout d'un an, réintègre la France où elle fait une formation en pathologies tropicales. Repart ensuite au Niger où elle va exercer en PMI pendant 17 ans. Après des troubles politiques dans le pays, est obligée de réintégrer la France. Sur le conseil d'une amie travaillant au ministère de la coopération, passe le concours de MISP. Puis est affectée dans une DRASS importante où elle va faire essentiellement de l'inspection en milieu hospitalier jusqu'au départ en retraite.
27-F-46	A fait médecine sur le conseil des enseignants après un Bac C ; a exercé comme aide-soignante puis comme infirmière. A la fin des études médicales, a travaillé pendant trois ans à l'hôpital. Après des remplacements, s'est installée comme généraliste. Passe ensuite un CES de santé publique et entame des formations en épidémiologie. Sur le

	conseil d'un médecin scolaire, passe le concours de l'école de la santé puis prend un poste dans une DDASS moyenne avant d'intégrer une DRASS importante. Effectue ensuite à temps plein une formation en santé publique et en épidémiologie à Bruxelles et demande son affectation en administration centrale
28-F-73	Issue d'un milieu bourgeois de province, du secteur commercial, effectue, malgré les réticences familiales, ses études de médecine à Paris. Trouve un poste de faisant fonction d'interne en hôpital, puis s'installe comme généraliste en milieu rural. Pour des raisons familiales, abandonne l'activité libérale et demande un poste en santé scolaire. Demande sa mutation en Martinique où elle reste 8 mois, puis réintègre la métropole où elle passe le concours de titularisation en qualité de médecin scolaire. Après deux ans d'exercice, demande sa mutation en qualité de médecin inspecteur départemental dans une petite préfecture. Est ensuite nommée médecin inspecteur régional pour être affectée quelques années plus tard dans une DRASS importante jusqu'à son départ en retraite.
29-F-35	A passé l'internat et travaillé au SAMU. Puis a travaillé deux ans à SOS médecins. Obtient parallèlement un diplôme de médecine du travail européen. Fait ensuite des remplacements de médecine générale en secteur minier. Informée par une amie, propose sa candidature à la DDASS où elle est recrutée sur un poste de médecin contractuel à temps plein. Engage parallèlement un DU de santé publique. Après un congé maternité, est affectée en COTOREP. Souhaitant retrouver un poste à plein temps, quitte les services de l'État pour une embauche au conseil général. Prépare néanmoins le concours de MISP pour l'étendue des missions confiées.
30-F-37	A la fin des études médicales, échoue dans un projet de coopération en Afrique et se retrouve à Londres dans un hôpital où elle exerce pendant 16 mois. De retour en France, effectue un stage au SAMU, travaille en pédo-psychiatrie, effectue de nombreux remplacements. Retrouve alors une ancienne collègue de promotion qui l'incite à intégrer la santé scolaire. Après 3 ans dans ce secteur, décide de préparer le concours de MISP qu'elle réussit en y trouvant un intérêt particulier. A sa sortie de l'école de la santé, est affectée en DRASS. Deux ans plus tard, après des tensions avec le directeur, obtient sa mutation en DDASS.
31-F-32	A tenté l'internat et effectué un an de stage en psychiatrie. Puis fait des remplacements de médecine générale et des vacations de PMI. Après l'installation de son mari médecin généraliste et sur le conseil de sa mère, elle-même MISP, intègre un poste de médecin contractuel en DDASS où elle a pour fonction d'informatiser les dossiers médicaux. A demandé avoir en plus des activités de santé publique mais n'est pas intéressée par le concours de MISP à cause de sa fonction inspection contrôle.
32-H-47	A engagé ses études de médecine avec le désir de faire de la recherche. A fait de la recherche en Biochimie mais n'a pas du tout apprécié la mentalité du milieu hospitalo-universitaire. Après un stage en pneumologie ; décide de faire un CES dans cette spécialité où il découvre l'esprit et la dimension santé publique. Au moment de la création des observatoires régionaux de la santé et après avoir reçu une formation en

	<p>épidémiologie se trouve recruté dans un observateur comme médecin responsable. Il y exerce pendant 13 ans. Puis sous la pression de conflits internes réintègre une DRASS, après avoir passé le concours de MISP et effectué sa formation à l'école de la santé.</p>
33-H-37	<p>Issu d'une famille d'enseignants et après de brillantes études secondaires, engage une formation d'Ingénieur qu'il abandonne très vite pour se réorienter en médecine. Il subit ses stages hospitaliers comme une expérience décevante puis effectue une mission au Sénégal où il se découvre un intérêt particulier pour une autre approche de la santé. De retour en France, effectue des remplacements de médecine générale. Il réalise une thèse sur le problème de l'eugénisme et le rapport entre sciences et idéologie. Engage ensuite un DEA d'anthropologie. Critique à l'égard de la filière médicale décide de passer le concours de l'école de la santé. Désireux de vivre dans une grande ville, est affecté alors dans une DRASS importante où il participe à la mise en œuvre des nouveaux schémas d'organisation sanitaire.</p>
34-F-41	<p>Installée en gynécologie médicale, décide rapidement de partager son temps entre son activité libérale et la PMI. Par ce biais, accepte finalement un poste de médecin contractuel pour accompagner le dispositif RMI, puis s'occupe de la lutte contre la toxicomanie. Cesse à ce moment là ses activités libérales, compte tenu de l'importance de sa nouvelle fonction et des contraintes de déplacement. Sur le conseil des collègues de travail, tente le concours de MISP, mais sans conviction. Finit par accepter un poste de médecin soignant dans une association d'aide aux toxicomanes.</p>
35-H-48	<p>A fait une thèse basée principalement sur une enquête épidémiologique à l'échelle d'une commune, puis s'est spécialisé dans un diplôme de médecine tropicale. A ensuite réalisé des remplacements de médecin généraliste pendant trois ans, avant de partir au service national comme médecin hospitalier en Afrique où il a fait l'expérience de la santé communautaire. Au retour, décide de ne pas s'installer, et suit alors la formation de santé publique de l'école de la santé en candidat libre. Continue parallèlement à faire des remplacements pour s'assurer un revenu. Demande ensuite son intégration comme médecin inspecteur et est nommé MIR adjoint dans une importante région. Exerce pendant trois ans, puis, sur sa demande obtient sa mutation à Mayotte où il travaille pendant deux ans avant de réintégrer la métropole comme MIR dans une région d'importance moyenne. Cette expérience dure 6 ans et demi ; elle s'achève avec une affectation en tant que MIR dans sa région d'origine.</p>
36-F-52	<p>A voulu faire médecine très tôt et se spécialiser en pédiatrie. Études à Paris, CES et internat en province. Mariée à un anesthésiste réanimateur, fait des remplacements de pédiatrie. Commence des vacations en PMI et se découvre une motivation pour la santé publique. Interrompt ses activités pour s'occuper de ses enfants en bas âge, puis reprend la PMI dans des quartiers défavorisés. Sur le conseil d'un médecin chef de PMI, s'inscrit à un CES de santé publique et passe le concours de MISP. Au sortir de l'école de la santé, prend un poste dans une DRASS importante. Après 6 ans, demande sa mutation</p>

	<p>en DDASS où elle prend la tête d'un service d'inspection de la santé. Engage ensuite une expérience de 10 mois dans un cabinet ministériel avant de réintégrer la DDASS où elle se spécialise sur un poste de référent SIDA.</p>
37-F-35	<p>Après ses études de médecine, effectue quelques remplacements, avec l'intention de s'installer. Mais pour des raisons familiales, notamment l'éducation de ses 4 enfants, doit renoncer à ce projet, et cherche alors à entrer en PMI pour avoir une situation stable et continue. Est contactée par un médecin de DDASS qui lui propose un poste de contractuel spécialisé dans les injonctions thérapeutiques qu'elle occupe depuis 7 ans.</p>
38-H-60	<p>Décide de faire médecine avec une motivation humanitaire. Entre à l'école de santé militaire et opte pour la filière santé publique. Effectue son service militaire en Algérie, et à son retour en France, est intégré dans le corps des médecins inspecteurs de la santé. Occupe un premier poste de médecin de secteur de santé scolaire pendant 6 mois, puis un poste de médecin des actions sanitaires pendant trois ans dans une DDASS. Prend ensuite un poste en inspection régionale de la santé pendant 7 ans avant d'être nommé DRASS d'un gros département. Cette expérience dure un an, puis prend le poste de directeur de l'école de la santé qu'il occupe pendant 4 ans. Exerce ensuite pendant un an dans un cabinet ministériel avant d'intégrer une association à vocation sanitaire.</p>
39-F-37	<p>Après avoir terminé sa thèse, est recrutée en médecine scolaire tout en effectuant des remplacements. Après la naissance de son premier enfant, renonce à une installation. Exerce en santé scolaire pendant deux ans. Démissionne pour suivre son mari affecté dans une autre région ; s'inscrit à l'ANPE et obtient un poste en DDASS où elle est affectée en COTOREP. Parallèlement, effectue un mi-temps de remplacement d'interne dans un service pour personnes âgées. Suit de nouveau son mari dans une autre région où elle obtient un nouveau poste dans une DDASS spécialisé dans le domaine des personnes âgées. Après deux ans et demi, prend un congé d'éducation parentale. Passe une première fois le concours de MISP, sans succès. Envisage de réintégrer la DDASS après son congé d'éducation.</p>
40-F-39	<p>Initialement, souhaitait faire de la réanimation ; abandonne ce projet et fait des remplacements de médecine générale en même temps que des vacations de PMI. Prend un poste de faisant fonction d'interne au SAMU et en réanimation. Épouse un pédiatre qui s'installe comme spécialiste, et trouve un poste dans une association pour handicapés à mi-temps pendant 18 mois. Au moment de la mise en place des injonctions thérapeutiques, obtient un poste en DDASS comme vacataire. Est associée à des travaux proches des activités d'un MISP ; Collabore à la réalisation d'un schéma départemental de psychiatrie. Passe ensuite le concours de MISP et effectue sa scolarité à l'école de la santé. Réintègre la DDASS où la première expérience de MISP est jugée difficile. Les contraintes de déplacement conjuguées aux contraintes familiales l'incitent alors à prendre un poste de PMI proche de son domicile. Envisage de réintégrer les services de l'État après l'éducation de ses enfants.</p>

42-H-44	<p>Médecin très tôt, part comme médecin chef d'un secteur sanitaire en Afrique. Découvre l'intérêt de la santé publique, et rentre en France au bout de deux ans. S'installe comme praticien pendant trois ans ; puis prend des fonctions de secrétaire général du premier ORS de France. Abandonne alors ses fonctions de libéral et prend un poste de responsable de projets pour des organisations inter/étatiques africaines. Travaille comme expert de l'OMS ; tourne un peu partout dans le monde ; effectue une mission de deux ans au Togo. Décide à 40 ans de passer le concours de MISP. Au sortir de l'école de la santé, prend ses fonctions dans une petite DDASS où il découvre toutes les facettes du métier de MISP. Après trois ans d'expérience, repart en coopération internationale pour le compte du ministère des affaires étrangères.</p>
43-F-42	<p>Après sa thèse, fait un CES de santé publique, puis un diplôme de médecine tropicale ainsi qu'un diplôme de santé et développement. Au cours de ces formations, effectue un stage interné dans un service cogéré par la DDASS et le CHU. Réalise en même temps un CES de pédiatrie pour obtenir l'attestation de médecine préventive. Se découvre un intérêt pour une médecine plus globale et passe le concours de MISP. Prend un premier poste dans une DDASS d'un gros département où elle est chargée du domaine hospitalier. Après 18 mois, change de département pour suivre son mari et finit par découvrir toutes les attributions susceptibles d'être confiées à un MISP. Après quelques années, est nommée en qualité de MIR dans une autre région.</p>
45-F-45	<p>A fait médecine avec une motivation particulière pour l'humanitaire. S'est installée en libéral pendant 5 ans. Épouse alors un radiologue qui s'installe également. Accepte ensuite un poste de commercial auprès d'un directeur de laboratoire de produits pharmaceutiques. Ferme son cabinet et exerce un métier itinérant pendant 5 ans. Au moment de la fermeture du laboratoire, se retrouve en position de licenciement économique ; postule pour d'autres labos, reste 6 mois sans travailler, et reprend alors des vacances en PMI et en santé scolaire. Saisit ensuite l'opportunité d'un recrutement en DDASS sur un poste de médecin contractuel au comité médical. Après un changement de contrat, se trouve en charge des injonctions thérapeutiques pendant 10 mois ; s'occupe ensuite du suivi des personnes bénéficiaires du RMI durant un an. Lassée de cette mission où elle se sentait en partie inefficace et peu motivée par le concours de MISP à cause de la contrainte de la formation à Rennes, fait la connaissance d'un médecin du travail qui lui fait obtenir un poste dans une administration des Finances.</p>
53-F-50	<p>Fait médecine avec le désir de se spécialiser en ORL. Doit interrompre sa formation de spécialité pour des raisons familiales. En charge de 4 enfants, se met en quête d'une activité compatible avec ses obligations familiales. Entame alors des vacances en santé scolaire, dans des quartiers très défavorisés. Après cinq ans d'expérience, s'inscrit à un CES de Santé Publique et rencontre à cette occasion des médecins inspecteurs de DDASS. Tentée par la dimension collective du métier, se présente après 9 ans d'expérience en santé scolaire, au concours de MISP. A sa sortie de l'école de la santé</p>

	<p>obtient contrairement à son souhait un poste de médecin chef de santé scolaire. Connait l'expérience du transfert des services de santé scolaire à l'éducation nationale. Demande alors sa réintégration au Ministère des Affaires Sociales et obtient un poste dans une DDASS pour s'occuper du secteur des handicapés. Occupe ensuite un poste de MIR en DRASS pendant trois ans qu'elle quitte pour des raisons de santé. Réintègre enfin une DDASS d'importance moyenne où elle est en charge principalement des questions hospitalières.</p>
--	--

Commentaires
<p>Sur 45 entretiens recensés ici dans ce tableau, 45 retranscriptions synthétiques permettent de parcourir les étapes des parcours professionnels de 34 femmes et 11 hommes. Ces différents médecins, au moment de l'entretien, étaient en exercice dans les structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 en DRASS • 19 en DDASS • 2 en Administration centrale • 9 dans une organisation extérieure <p>Cette information est descriptive, elle indique le point d'aboutissement actuel d'un parcours professionnel. Pour comprendre les raisons ou les motifs qui ont présidé aux choix initiaux et aux réorientations éventuelles qui ont amené chaque individu à l'emploi qu'il occupe aujourd'hui, je retiendrais quatre groupes de facteurs qui ont pu influencer sur la décision d'exercer un métier différent du modèle Soignant. Ces déterminants permettent de classer les médecins selon quatre profils correspondant à des événements marquants du parcours professionnel.</p> <p>2 premiers groupes constitués de 14 individus chacun, proportionnellement moins féminisés que l'échantillon complet, et caractérisés par une moyenne d'âge plus élevée que la moyenne générale (45/48 ans contre 44 ans et contre 38/42 ans pour les deux groupes suivants qui vont être présentés ci-après).</p> <p>Ces deux premiers groupes sont objectivement définis par une référence à la santé publique liée à une expérience ou un fait précis dans ce champ. Le premier groupe concerne les médecins qui ont manifesté très tôt un intérêt particulier pour la santé publique, qui ont engagé rapidement une réflexion personnelle sur ce thème ou qui y ont été sensibilisés par leur environnement proche. Certains font état du prosélytisme d'un médecin inspecteur déjà en exercice ou d'un professionnel de santé publique qu'ils ont rencontré très tôt au début de leur carrière ou au cours de leurs études. D'autres font état d'une expérience initiale dans un domaine d'activités non étranger à la santé publique (médecine sociale, médecine humanitaire, médecine scolaire...). Ce groupe comprend 9 femmes et 5 hommes, sa moyenne d'âge est de 45 ans. Au moment de l'entretien, 5 exerçaient en DRASS, 5 en DDASS, 1 en administration centrale, et 3 dans un organisme extérieur à l'administration sanitaire et sociale.</p> <p>Le second groupe, également constitué de 14 individus (9 femmes et 5 hommes) caractérisé par la moyenne d'âge la plus élevée (48 ans) concerne des médecins ayant effectué une expérience de coopération à l'étranger, dans un ou plusieurs pays en voie de développement, le plus souvent en Afrique.</p>

Pour tous ces médecins cette expérience les a nettement impliqués dans des actions ou des programmes de santé publique (organisation d'un dispositif de santé, prévention, éducation sanitaire, programmes de santé communautaire...).

Tous s'accordent à reconnaître que cette expérience a pesé directement sur les choix ultérieurs. Les deux autres catégories de cette classification concernent des groupes de médecins moyennement plus jeunes et presque exclusivement féminisés, à l'exception d'un homme dans le groupe 3. Ils ne sont pas directement associés à une référence de santé publique ou à une représentation nette de cette notion. Leur caractéristique principale et commune est de reposer sur un constat de situation insatisfaisante. Ainsi le troisième groupe (c'est à dire le premier de cette deuxième série) est constitué de cinq médecins (4 femmes et 1 homme) avec la moyenne d'âge la plus jeune (38 ans) et qui ont vécu l'insatisfaction voire l'échec d'une expérience libérale ou qui ont voulu remettre en cause une pratique soignante à l'hôpital et ont déclaré à un moment de leur parcours s'être mis en quête d'une troisième voie (entre soigner à l'hôpital et soigner en cabinet de ville). Pour ces médecins, ce sont des expériences diverses de tâtonnements, d'essais et de rencontres (stages de formation, vacances spécialisées, diplômes complémentaires...) qui ont conduit au métier de MISP. Le dernier groupe enfin, constitué de douze femmes, se caractérise par la recherche d'un emploi salarié auprès d'une administration, par souci de revenu stable et pour tenir compte de contraintes familiales, notamment en cas d'installation du conjoint en libéral ou pour élever des enfants. La moyenne d'âge de ce groupe est de 42 ans et, malgré son appartenance à une médecine salariée d'administration, il comprend des médecins qui ont eu au début de leur carrière une pratique soignante.

La principale observation à tirer de cette lecture quantifiée et synthétique des trajectoires a trait à la construction objective et rationnelle du choix qui a présidé pour la grande majorité de ces médecins à leur intégration dans le corps des MISP. Cette caractéristique objective concerne les trois premiers groupes de cette catégorisation : 33 médecins sur 45 au total se sont orientés, certes à des rythmes différents, vers le métier de MISP parce qu'ils ne s'estimaient pas correspondre au profil des praticiens soignants en France.

Le bilan de ce panorama des formes d'entrée dans la vie professionnelle de ces médecins devenus aujourd'hui pour une majorité d'entre eux, médecins inspecteurs de santé publique confirme, à mon sens, les analyses interactionnistes des sociologues de l'École de Chicago. Lorsque Howard Becker emprunte à la sociologie des professions la notion de carrière pour analyser l'itinéraire de déviants,¹¹⁵ il dresse une perspective moins déterministe qu'on ne voudrait le supposer au départ, et sur laquelle je m'appuie volontiers pour affirmer qu'une évolution de carrière obéit à une logique par étapes, et qu'un diplômé en médecine ne devient médecin qu'en principe. Le statut d'une personne résulte bien d'une série de réflexions, d'expériences et de réorientations qui peuvent parfois radicalement transformer les choix de métier

¹¹⁵ BECKER H., *Outsiders*, Métailié (1963), 1985

initialement formés. Comment un médecin soignant qui traite la santé des gens peut-il changer de métier lorsqu'il devient MISP et s'intéresse à la santé des populations ? Si on fait référence à un aspect de la prévention qu'on désigne sous le terme « d'éducation pour la santé » ou encore « santé communautaire », en rapport avec l'analyse des besoins de santé des populations, on découvre un univers de pratiques qui s'éloigne nettement des références à la médecine.¹¹⁶ Le résultat d'une première expérience peut ainsi conduire un médecin qui s'apprêtait à pratiquer des soins, à entrer dans un univers où tout reste à découvrir, et qui a été quasiment absent des messages délivrés et reçus au cours de 7 à 10 ans d'études. Le premier contact avec l'administration va constituer l'une de ces étapes d'un parcours qui n'a rien à voir, pour de nombreux médecins inspecteurs de santé publique, à une trajectoire linéaire.

3) Les pratiques de recrutement : premiers contacts et découverte de l'administration.

Si un recrutement dans une administration constitue souvent un événement particulier, c'est à dire conduit par des représentations souvent très éloignées de la réalité des emplois qui s'y trouvent, il n'en demeure pas moins que tous les aspects de la découverte y sont possibles, depuis ceux qui sollicitent l'acteur dans toutes ses capacités à influencer sur ce qu'il découvre à ceux qui l'obligent à mobiliser des capacités minimales d'adaptation à un environnement contraignant. Par rapport à ces divers aspects de la prise de poste, par un médecin, dans l'administration, j'ai pu relever des types de dynamiques graduellement différents selon que l'acteur fait ce qu'il veut de l'emploi qu'on lui offre ou qu'il en subit les caractéristiques opérationnelles, ou encore qu'il l'investit en composant avec d'autres qui occupent des emplois dans la même sphère ; autrement dit, selon la nature du poste occupé, le nouvel arrivant est confronté à la nécessité de déployer des stratégies qui vont varier selon le degré de contrainte de l'environnement et ses capacités à le maîtriser.

¹¹⁶ À ce sujet, BOUCHAYER précise : « Quelques remarques enfin sur une notion utilisée parfois en sciences sociales et de plus en plus fréquemment en matière d'éducation pour la santé : c'est la notion de réseau ou de communauté ; on parle de santé communautaire, de pratiques de réseau et c... dans le cadre desquelles interviennent les professionnels et éducateurs de santé. Il me semble que cette approche en terme de communauté, de réseau, a pris un peu la suite d'une approche psychologisante de la relation entre le soignant et le soigné ou entre l'éducateur et le destinataire des messages. Cette manière de voir, qui s'apparente à la situation de « colloque singulier » avait son intérêt mais aussi ses limites dans la mesure où on évacuait de la situation nombre de données sociales ou institutionnelles plus générales pour enfermer, un peu comme dans une bulle « a-socialisée », les échanges entre ces deux catégories de personnes. On a pris de la distance par rapport à cette manière de considérer les choses pour construire un cadrage élargi, celui de la santé communautaire, approche que l'on pourrait qualifier de plus sociologisante. L'éducateur n'est plus défini comme une personne qui communique une information à une autre personne, mais comme quelqu'un qui entre en contact avec des groupes et réseaux sociaux dont il doit apprendre à connaître les modes de vie, les valeurs de références, les habitudes culturelles... et les besoins de santé », BOUCHAYER F., *Questions aux besoins de formation en éducatrices pour la santé*, in « Former en éducation pour la santé », comité français d'éducation pour la santé, E.N.S.P., actes du colloque de Rennes (26-27 janvier 1989).

La découverte sur le tas.

Un premier type de situation de recrutement fréquemment vécu par les médecins, se présente sous la forme d'une immersion directe dans un travail qui ne comporte aucun cadre organisé et qui désigne un emploi non stabilisé, où les attentes et les exigences sont floues, où les référentiels pratiques n'existent pas et où les objectifs ne sont pas clairement fixés. Il s'agit souvent de postes qui viennent d'être créés, au gré d'opportunités budgétaires et qui correspondent à des emplois très faiblement conceptualisés. On rencontre cette situation par exemple, dans des recrutements sur des postes destinés à traiter de toxicomanie, prévention, suivi, prise en charge :

« ça s'est passé à une vitesse folle quand je suis arrivée... on m'a montré comment ça fonctionnait, et puis voilà, quoi, en 15 jours, le relais a été pris. »
(34-F-41).

Paradoxalement, ces emplois nouveaux ne sont pas soutenus. Ils n'échappent pas aux tracasseries administratives; ils sont en prise avec une action largement improvisée :

Il s'agit parfois d'emplois peu attractifs, destinés à des occupants dont la fonction consistera à décharger d'autres emplois du souci d'un travail à faire qu'on n'a pas le temps d'exécuter ou qu'on n'aime pas faire, ou qu'on ne connaît pas bien. Il peut s'agir aussi de remplacer quelqu'un dont on n'avait pas prévu le départ ou mal anticipé la mobilité. Le recrutement devient une embauche « urgence/dépannage ». Les explications préalables sont inexistantes. Bien souvent, c'est le titulaire, prêt à partir, qui consacre une partie de ses derniers jours à l'initiation de son remplaçant. En fait, l'objectif est moins de faire faire un travail que de libérer les autres du souci d'avoir à le faire. Dans ce type de recrutement, le nouveau médecin qui découvre l'administration apprend très vite à se débrouiller seul dans un univers dont il aurait pu penser qu'il est fondé sur des rouages très organisés. Les seules exigences ont trait à la capacité d'engagement de celui qui arrive. On lui demande (on lui fait comprendre surtout) qu'il faut qu'il s'implique très rapidement dans un maximum de choses qu'on mesure en fait assez mal, mais qui, si elles sont prises en charge, ne viendront pas perturber la charge des emplois occupés ailleurs. Le nouveau recruté se

trouve très vite mis au contact du terrain. On n'hésite pas à lui coller rapidement l'étiquette d'expert ou de référent dans tel domaine dont on ne s'est jusqu'à présent pas trop occupé ou qui vient d'être créé en lien avec une mission nouvelle confiée à l'administration. L'apparition de programmes « santé/précarité » par exemple, a parfois été suivie par la nomination d'un jeune médecin tout nouvellement recruté de l'extérieur comme coordonnateur du plan départemental d'accès aux soins des plus démunis. Entre la médecine soignante et ce type d'emploi, certains ne font pas de différence :

« Ce qu'on fait, c'est une première ébauche... c'est tout, tout de suite, bon, comme dans une pratique médicale, lorsqu'un malade vient vous voir, il veut une réponse... maintenant, je pense qu'il faut se donner du temps... » (17-F-45).

Un emploi nouveau est propice à l'autonomie de l'acteur.

Souvent, l'envoi sur le terrain s'accompagne d'une consigne : allez voir ce qu'il y a à faire. C'est par rapport à ce type de situation que je considère cette forme de recrutement, en définitive, comme très favorable à l'autonomie de l'acteur; c'est lui en fait, qui crée son emploi, même s'il a l'impression que

« son contrat, c'est vraiment n'importe quoi, qu'on n'est pas du tout épaulé... que c'est pas évident de se lancer comme ça, sans savoir comment monter un questionnaire, si on veut recenser les bénéficiaires du RMI... des détails comme ça, où on fait un peu n'importe quoi... on apprend sur le terrain. » (16-F-32).

Dans le même temps, des médecins qui ont vécu ce type d'expérience, finissent par s'en montrer très satisfaits :

« Donc, j'ai fait ça, et ça m'a absolument passionnée ; j'ai attaqué les trucs à bras le corps ; c'était difficile, parce qu'il n'y avait absolument personne qui pouvait me guider et me conseiller. » (10-F-42).

Quand je dis que ces pratiques de recrutement sont favorables à l'autonomie, je m'appuie sur l'ambivalence des propos de ceux qui les ont vécues. Les points de vue des acteurs s'expriment toujours autant à partir de conditions difficiles qu'ils ont tendance à considérer comme inacceptables, qu'à partir de l'intérêt d'y découvrir ses

propres capacités à s'en sortir. L'expérience est vécue comme un défi. Le parcours du combattant du nouvel arrivant, le système « débrouille » auquel il est confronté sont au cœur d'une dynamique porteuse d'un enjeu : celui de la réussite. Les médecins interviewés en gardent un souvenir intense:

« En fait, atterrissaient sur mon bureau plein de trucs, enfin, plein de choses... et j'étais à bout, à bout; j'ai eu une masse de travail; j'étais complètement exploitée, ça, c'est clair, j'étais surchargée de travail... je me suis jetée dans le bouillon, il y avait des merdes, des choses à remettre en place ; donc, pendant trois mois, j'ai galéré... la secrétaire, elle faisait comme elle pouvait; il fallait qu'on se mette au point, la secrétaire et moi pour trouver un fonctionnement... et alors tout ça était très intéressant, parce qu'il a fallu remettre les choses pour que ça fonctionne. » (17-F-41).

La prise de poste sous contrainte.

Il existe d'autres formes de recrutement, assez voisines, au sens où, le contenu reste très imprécis, mais qui se différencient du premier type dans la mesure où l'environnement de l'emploi apparaît plus contraignant, parce qu'il en limite la mise en œuvre. Il ne s'agit pas ici de créer, d'innover, de découvrir en fait la raison d'être de l'emploi, mais de faire face à des missions et à un volume d'activités dont les autres ne veulent ni ne peuvent s'occuper. Cette pratique est évidemment assez courante puisqu'il s'agit en fait de refiler au nouvel arrivant tout ce qui pouvait être en souffrance, mais ce qui apparaît plus intéressant dans ce type de recrutement, c'est qu'il intervient souvent à un moment où le besoin d'assumer les charges de travail non exécutées s'avère très criant. Autrement dit, si le nouvel arrivant n'a pas trop le choix, il peut mesurer l'utilité sociale du poste qu'il va occuper, et réaliser qu'il est là pour répondre à des attentes réelles ou en tout cas différentes de celles qu'il pouvait imaginer avec les seuls repères professionnels qu'il avait en tant que médecin, ce qui ne contribue pas à clarifier les rôles :

« Cela n'a pas toujours été facile, d'autant moins que cela faisait 7 ou 8 ans qu'il n'y avait plus de médecin inspecteur départemental ; celui de M. venait une heure tous les quinze jours, pour signer des papiers. Un préfet m'a reproché un jour d'être plus médecin que fonctionnaire. » (28-F-73).

Dans de telles situations, la bonne volonté est rarement prise en défaut. Élaborer un schéma de psychiatrie pour tout un département, même s'il est le dernier des schémas programmés, c'est à dire celui là que les autres n'ont pas pris le temps de faire, ou bien développer le volet départemental de promotion de la santé, tous les autres domaines d'une politique sanitaire étant déjà pris en charge par les autres médecins en place, ne provoquent pas forcément le sentiment d'avoir été recruté sur un emploi « décharge ». Curiosité et activisme guident les comportements :

« Elle s'occupait aussi un peu du SIDA, elle faisait beaucoup de choses, c'était vraiment un gros service; j'étais la seule médecin contractuelle, ce qui fait que, régulièrement, je remplaçais aussi l'autre médecin qui s'occupait des injonctions thérapeutiques ; donc je faisais aussi un peu d'action toxicomanie, et puis, en fait, on avait une espèce de roulement pour la veille sanitaire, on était plus ou moins d'astreinte, concernant les méningites, toutes les urgences qu'il pouvait y avoir. » (8-F-34).

Mais il arrive aussi souvent que le nouveau médecin soit attendu sans être accueilli, qu'il sache ce qu'on lui confie sans savoir comment y répondre, tout simplement parce qu'autour de lui, les autres sont débordés. Le désarroi peut alors être très grand :

« J'essayais de comprendre ce qu'il fallait faire; j'ai essayé de regarder ce qu'avaient fait mes collègues; bon, on m'avait dit : tu t'occupes des personnes âgées. Donc on m'a donné des plans, maisons de retraite, je devais regarder, mais moi, je ne comprenais rien. J'avais des dossiers, de gros dossiers sur mon bureau, avec des plans, je ne comprenais pas; qu'est ce qu'on attend de moi ? Qu'est ce qu'on me demande de faire ? Donc, après, j'ai regardé sur d'autres dossiers ce qu'elles avaient fait, quoi, et puis ce qu'elles rendaient comme avis. Et ben, pour un dossier, je passais un temps fou, parce que, forcément, je comprenais pas. Alors, au début, ça a été dur, très dur. » (39-F-37).

Ce type de recrutement « immersion » ne bénéficie pas de pilotage ni de régulation très formelle. En revanche, c'est dans l'action, et la résolution des problèmes que le nouveau recruté découvre les autres acteurs de l'institution. L'intégration s'effectue par le terrain et non par l'institution et ses procédures, l'accueil y étant inexistant :

« Je ne connaissais rien à l'administration, à l'époque, mais bon, je me suis débrouillée; et je n'étais pas rentrée de 15 jours, 3 semaines, qu'il y a eu une intoxication alimentaire dans une cantine, et je me suis précipitée pour faire face. Je trouvais ça passionnant, intéressant, et à ce moment là, j'ai trouvé le médecin inspecteur sur place, parce qu'à l'époque, on ne présentait pas les gens. J'ai donc trouvé le médecin inspecteur sur place, et j'ai dit : mais enfin, qu'est ce que vous faites là ? moi, je suis de la santé scolaire etc...on s'est présenté : je suis médecin inspecteur, mais je lui ai dit : vous avez un travail intéressant, il faut qu'on en discute... » (58-MISP-75).

Cette seconde forme de recrutement affecte ainsi un certain nombre de médecins, dans un système de relations peu coopératif, dans un environnement institutionnel assez cloisonné, où les emplois sont souvent très individualisés et isolés. Dans ce type de situation, à l'inverse du précédent scénario, c'est la configuration du poste dans un environnement contraignant qui influe sur l'acteur et l'oblige à s'adapter.

Les recrutements nouveaux sur des emplois qui se transforment.

Il existe un troisième type de recrutement, assorti d'un accueil et d'une présentation formelle de l'institution, suivie d'une mise au travail peu accompagnée. Ce type de situation concerne plutôt des emplois qui se transforment ou qui sont en passe d'évoluer assez nettement, dans un système d'interdépendances, où les autres emplois occupés deviennent des repères qui limitent les marges de manœuvre. Les équipes au travail sont constituées, l'accueil hiérarchique y est bienveillant, et le travail est plutôt encadré par des consignes négatives (ce qu'il ne faut pas faire). L'accueil se résume en fait à une simple présentation de gens en poste, parfois d'ailleurs depuis peu de temps. La faible ancienneté du responsable peut être propice à un changement, dans un contexte où tout le monde découvre un peu un fonctionnement encore non assuré, où la connaissance des affaires, la compréhension des procédures et des méthodes de travail se développe sur un mode heuristique :

« Tout le monde découvrait un peu le fonctionnement; j'avais l'impression que ça se remaniait, et que j'arrivais là, ben, en fait, ça tombait bien, parce que ça pataugeait un petit peu; enfin, j'arrivais pas dans quelque chose qui était bien établi.

Alors, c'est pas évident, mais, d'un autre côté, c'est aussi intéressant, parce que, on n'arrive pas automatiquement à faire des dossiers, des choses; la tâche était un peu mal définie ; c'était pas toujours évident à gérer, d'ailleurs, parce que le premier jour, on ne sait pas quoi faire. Évidemment, on va pas soigner des gens, donc, d'un autre côté, on va pas aller fouiller dans toutes les armoires ; d'un autre côté, c'est important aussi, pour savoir ce qui s'y fait. » (29-F-35).

Le nouvel arrivant fait le tour des services; il rencontre de nombreux agents; le premier contact est très superficiel et limité dans le temps. Il va ensuite chercher à rassembler des informations et tenter quelques contacts, autant d'opérations qui vont lui demander beaucoup de temps et qui vont lui servir progressivement autant à se mettre au travail qu'à évaluer ce qu'il fait. C'est donc le regard des autres qui pourra lui donner confiance. Et c'est souvent ce qu'il va chercher à obtenir. Certains ont parfois la possibilité d'apprendre leur travail au contact d'un ancien. Il s'agit moins de faire la même chose que lui que d'observer comment il s'y prend pour résoudre des problèmes dans ce cadre si particulier qu'est l'administration pour un jeune médecin qui vient d'y être recruté. A l'inverse, le recrutement peut avoir lieu sur un poste unique, vacant depuis un certain temps et dont les autres services attendent une productivité. La charge de travail est en prise avec un environnement susceptible d'émettre des exigences que le nouvel arrivant va pouvoir plus ou moins renégocier. Autrement dit, il découvre le volume de ses charges mais en même temps, un potentiel de relations, et la réalisation du premier va être fonction du développement stratégique du second :

« On arrive, le premier jour; on nous apporte des piles de dossiers et puis, petit à petit, en fonction de son intérêt ou de ses relations avec les gens, on s'oriente vers quelque chose qu'on fait plus que le reste. » (57-MISP-13).

Le recrutement programmé.

J'ai distingué enfin une dernière forme de recrutement, plus organisée, dans un système de relations préétabli, avec un contenu de poste précisé et une mission clairement définie. Dans cette forme de recrutement, l'acteur développe son propre emploi, en prise avec l'évolution des emplois qui l'entourent. L'impression du nouvel arrivant est d'être attendu, accueilli et guidé; il est accompagné dans toutes

ses premières activités et ses déplacements; il est intégré dans une équipe qui définit collectivement la répartition des tâches, et qui utilise les réunions internes comme processus d'organisation et de résolution de problèmes. Cette pratique du dialogue explique que de nouveaux arrivants aient pu se voir confier des missions qu'on imaginerait disproportionnées dans d'autres contextes : élaborer un programme régional périnatalité, mettre en place un observatoire régional de la santé, un comité consultatif de promotion de la santé, initier une analyse institutionnelle d'une DDASS, installer une informatisation médicale de CDES, engager une enquête pour dresser un état de la psychiatrie dans une région, autant de missions et de méthodes de travail qui provoquent beaucoup de satisfaction :

« *J'ai fait ce poste avec beaucoup de bonheur.* » (36-F-52),

« *j'ai un très bon souvenir de ces mois passés jusqu'en octobre...* » (50-F-44),

« *Il y avait une enquête que j'avais faite, je pense, qui a été un apport considérable pour moi-même...* » (35-H-48).

D'une manière générale, le recrutement d'un médecin dans une administration, comme une DRASS ou une DDASS, est toujours marqué par une phase découverte plus ou moins longue et difficile. Le médecin observe un monde dans lequel il agit et qui va modifier son identité. Les processus d'adaptation sont variés, mais le cheminement de la découverte à l'intérieur d'une culture étrangère est une variable commune à tous les parcours des médecins inspecteurs de santé publique.

4) Une illustration longitudinale : l'histoire d'Etienne.

L'histoire d'Etienne, actuellement médecin inspecteur stagiaire en DDASS, en constitue une illustration assez nette. Etienne est issu d'un milieu non médical, et il tient à le rappeler pour expliquer que sa motivation ne s'est pas forcément développée dans un contexte facilitateur. Il n'a pas baigné dans un milieu qui « *trace la voie* » et la validation de son choix s'est faite au gré d'un auto-questionnement permanent, y compris durant les études médicales. Le barrage de l'internat le relègue dans ce qu'il appelle « *les médecins généralistes malgré eux* », relégation d'autant plus durement ressentie qu'il s'était forgé l'idée depuis longtemps de devenir psychiatre. Cette orientation se retrouve en partie dans le choix de son sujet de thèse,

à caractère plus psychosocial que médical, et qui le met en rapport avec un médecin inspecteur de santé publique. Ce contact lui permet de découvrir une réalité d'un métier qu'il différencie de la médecine généraliste, à ses yeux trop connotée d'une logique commerciale. Si pour lui, vendre des soins ne correspond pas à son idéal, il lui faut envisager des portes de sortie, mais en même temps gagner sa vie avec la formation qu'il a reçue. Et aux questions qu'il se pose s'ajoutent les démarches hésitantes de la recherche d'emploi. Les échanges entre confrères lui font découvrir l'existence de la santé scolaire, ce qu'il appelle plutôt « *une redécouverte du médico-social* ».

Etienne n'est pas un « médical pur », il n'en a ni les origines ni les références. Alors, profitant d'une démarche administrative pour l'enregistrement de sa thèse, faute de mieux, il emboîte le pas de quelques candidats à la santé scolaire et prend la décision de répondre à l'offre d'emploi qu'on lui propose dans « *ce truc ; ce machin*. ». Il doit y apprendre un langage qui n'est pas celui de la médecine; il se rend compte que la clinique n'est qu'une pratique parmi d'autres, et que ce savoir-faire doit composer avec des approches qu'il n'a pas apprises. A l'inconfort d'une activité qu'il jugeait en partie commerciale et qu'il assumait mal, il substitue une activité non lucrative qui le reconforte et le stimule : l'échange et la réflexion collective. Il vit cette transformation comme un soulagement et renoue avec cette ancienne aspiration qu'il n'avait pas encore formalisée : la pratique d'une médecine sociale dans laquelle la clinique dont il parle souvent avec une certaine appréhension -et une courte expérience en P.M.I. l'avait conforté dans cette crainte- se trouve particulièrement réduite. Son cheminement devient alors moins incertain, moins chaotique. Son apprentissage se stabilise dans ce qu'il perçoit comme une médecine différente. Il trouve un écho à ce qu'il souhaite; un médecin inspecteur le conseille et l'oriente vers des formations auxquelles il n'aurait jamais pensé et qui renforcent son choix et concrétisent ses capacités, parce qu'elles portent sur des questions qui sont ancrées à la réalité professionnelle qu'il côtoie. Elles lui donnent des repères et elles situent les acteurs avec lesquels il a des rapports.

Le travail à faire dans une administration prend pour Etienne une consistance et lui donne en même temps le sentiment d'être acteur, celui qui fait des projets et qui imagine. Il se fixe des objectifs, il suscite des rencontres, il programme des actions, et tout ça, comme il dit « *en toute liberté* » jusqu'à ce qu'il découvre que le

changement des hommes, en particulier ceux qui occupent des postes décisionnels ou hiérarchiques peut entraîner un changement de méthodes, ou en tout cas contrecarrer les pratiques qui relevaient de la seule initiative des acteurs. Ces obstacles nouveaux déstabilisent la conception qu'Etienne était progressivement en train d'élaborer pour son métier. Ce n'est pas tant le fait de rendre des comptes qui le perturbe, mais que cette activité devienne sa fonction essentielle. Sa démission et son recrutement comme vacataire dans une DDASS constituent ce qu'il appelle le deuxième basculement de sa vie professionnelle.

C'est alors que la dynamique de découverte du travail dans l'administration se trouve relancée, pour provoquer très vite une nouvelle déstabilisation. Etienne parle de « *grande déroutille pendant 6 mois* » : de concepteur local et organisateur de terrain, il glisse vers une position de planificateur et de représentant institutionnel. Il travaillait en relation avec des individus (les familles, les enfants...) et il arrive dans « *un machin* », c'est à dire un département d'un million et demi d'habitants, qui lui paraît insaisissable. Ce qu'il avait appris en termes de relations interindividuelles ne lui sert plus dans une logique de réseaux inter services et inter institutionnels où il faut passer les relais, tenir compte des règles, des procédures. Et cette découverte, une fois digérée, lui permet de reprendre en compte ses anciens acquis, parce qu'il devient capable d'y percevoir les règles informelles, les mésententes, les alliances, les affinités qui s'expriment comme celles qu'il savait gérer quand il était au contact des familles et des enfants, sur le terrain du travail de santé scolaire. Cette assurance retrouvée relance sa motivation pour passer le concours qui rendra définitive son intégration institutionnelle. Cet apprentissage de la découverte, comme il avait pu le mener en santé scolaire, il le reprend en explorant les arcanes de l'administration. Et le fait d'en vivre le quotidien; d'en décoder les règles, d'y repérer les réseaux lui fait même déclarer -un tel propos dans la bouche d'un médecin qui avait originellement l'ambition de soigner les gens pourrait même étonner- que l'État commence pour lui à prendre une forme. Espace méconnu intellectuellement, l'État et son administration sont devenus pour Etienne un terrain d'apprentissage d'un métier que sa formation initiale avait totalement ignoré. Quand il va déclarer que l'administration commence à l'intéresser de plus en plus, il exprime la quête d'une identité nouvelle encore inachevée.

Le lecteur peut ici se reporter à l'annexe 1 pour prendre connaissance du récit biographique d'Etienne.

5) Les raisons du changement.

La trajectoire d'un MISIP est rarement linéaire.

L'histoire d'Etienne est un lent processus de reconversion, elle montre comment les bifurcations modifient une trajectoire qui se traçait depuis le désir de devenir psychiatre jusqu'à l'exercice de ce métier dans le champ médico-social, en un parcours à degrés obliques qui part du statut de généraliste malgré lui à la fonction de planificateur d'un médecin inspecteur de santé publique dans une administration de l'État. Les basculements dont parle Etienne correspondent à autant de motifs de réorientation que l'expérience dévoile au gré des rapports entre les acteurs qui la font. Quels sont pour les médecins inspecteurs de santé publique, ceux qui exercent aujourd'hui, ceux qui ont décidé de ne plus l'être et ceux qui l'ont envisagé un jour, les principales raisons des réorientations qu'ils ont prises ou des bifurcations qu'ils ont empruntées parfois à leur insu ?

Les motifs de réorientation : tournants professionnels et transformation des motivations.

Le monde du travail est fait d'événements importants qui affectent la vie d'un homme, et donc son parcours professionnel. De manière plus générale, il peut se produire dans les différentes sphères sociales qui occupent la vie d'un homme,¹¹⁷ des événements qui vont exercer dans des domaines très divers des influences très nettes. l'exemple le plus répandu concerne les femmes qui débutent dans la profession médicale, après une longue période d'études, et donc a priori, avec le désir d'exercer le métier, et qui, pour des raisons familiales (la carrière professionnelle du conjoint le plus souvent et la naissance d'enfants) révisent leurs projets, ou plus exactement, leurs intentions professionnelles. La longueur des études médicales justifie même parfois des réorientations en cours de route. Les choix ultérieurement reconstruits,

¹¹⁷ En matière de carrières HUGHES parlait de tournants de l'existence (« Turning points ») : Ainsi la singularité de la carrière d'un homme et la plupart de ses problèmes personnels naissent des événements plus ou moins importants qui affectent sa vie. Mais la vie d'un homme ne se réduit pas à son travail, et elle n'est pas complètement singulière par rapport à celle des autres. Dans chaque société, la vie des individus se déroule selon un certain ordre. Cet ordre est pour une part choisi, manifeste, voulu et institutionnalisé ; mais pour une autre part, il existe aussi en dehors de la conscience des intéressés », HUGHES E., *Le regard sociologique*, EHESS, Paris (1996).

pour l'exercice d'une médecine différente par exemple, ou un investissement dans la santé publique doivent être éclairés bien en amont d'un intérêt exprimé pour cette discipline :

« Je pense ce qui a déterminé aussi une partie de ma carrière professionnelle, je crois, il faut commencer par là, c'est le fait que j'ai eu des enfants pendant mes études médicales; je pense que c'est important, et le fait aussi que mes enfants présentaient de gros problèmes de santé, ce qui m'a amenée quand même à réviser quelque peu mon optique professionnelle, puisque je voulais passer l'internat; ma belle-famille était médecin installé expert; donc, là, j'ai dû m'occuper de mes enfants. Ca a modifié ma carrière professionnelle. Ensuite, j'ai eu toujours de très gros problèmes de santé avec mes enfants, et j'ai arrêté en partie la médecine, pour m'occuper pendant 4 ans, puisque j'ai eu trois enfants coup sur coup; j'ai eu une coupure pendant mes études médicales. En même temps, je ne pouvais plus envisager l'installation, même une spécialité, puisque je me rendais compte qu'il y avait les problèmes des enfants. » (17-F-45).

L'influence des autres.

Mais il existe aussi des événements spécifiques du monde du travail qui peuvent modifier les projets initiaux, tant professionnels que personnels d'ailleurs. Ces événements sont très souvent liés à une forme de relation avec un ou plusieurs acteurs extérieurs, dont les idées et le comportement vont étayer une représentation du métier de médecin encore incomplète ou hésitante. L'acteur fait des choix par rapport aux systèmes de relations qu'il expérimente. La rencontre de gens souvent désignés comme de « *fortes personnalités* » peut alors devenir un événement marquant dans le parcours de l'individu lorsque l'espace professionnel de ces acteurs devient une forme de référence pour celui qui démarre dans la vie professionnelle:

« Et donc, en fait, je crois, c'était une des premières personnes, hormis un ou deux médecins que j'ai connus à P. ou dans d'autres filières, que du coup, j'aurais pu choisir aussi, qui était à 100% motivée par son travail, qui donc, du coup, devenait convaincante pour moi; c'est pas vrai pour tout le monde, c'est vrai que par rapport à moi, forcément. Ca, c'est la première des choses, et je crois que souvent, on fait des choses par rapport aux gens qu'on rencontrait au moment où c'était

nécessaire. J'aurais rencontré, je sais pas, un radiologue, peut-être, ça aurait changé, mais ça s'est pas fait comme ça; j'ai pas rencontré de radiologue, je sais pas, je peux pas dire. Et en dehors de ça, elle m'a en même temps énormément guidée, c'est à dire, j'étais toujours à côté, et en même temps...elle me laissait une très grande liberté dans tout ce qui est participation à la première programmation SIDA qui commençait juste à ce moment là. » (1-F-31).

Entendre le discours d'un acteur professionnel fortement impliqué dans une pratique en prise avec des opportunités nouvelles entraîne un effet de séduction que les individus qualifient de sensibilisation, et qui correspond en fait à des attentes encore floues, qui ne demandent qu'à s'exprimer :

« Je l'ai rencontré aussi au ministère sur des dossiers personnes âgées. C'est un parcours assez étonnant pour un médecin; à cette époque là, il était donc médecin inspecteur régional, il me semble, et donc là, au détours de ces réunions concernant la préparation du CES, nous l'avons rencontré et c'est lui, un petit peu, qui nous a sensibilisés, finalement, au rôle du médecin inspecteur en disant que c'est un poste attrayant, qu'actuellement avec l'épidémiologie, la santé publique, c'est une chose, des outils qui se mettaient en place, et que c'était très intéressant, finalement, de pouvoir les développer. » (7-H-45).

Si je parle d'attentes relativement inconscientes, c'est parce qu'il y a un certain nombre d'étudiants en médecine, comme dans beaucoup d'autres disciplines probablement, qui cheminent au cours de leurs études avec un questionnement plus marqué que d'autres, sur le sens de leur parcours et les finalités de leur choix professionnel. Ils vivent plus que d'autres une certaine contradiction entre d'une part, leurs études et le rôle de soignant auquel elles préparent, et d'autre part une réflexion un peu critique sur ce rôle officiel. Pour ceux-là, il y a des stages qui laissent des traces plus marquantes que d'autres, les stages qui ont permis un dialogue avec les pairs, où le besoin d'être écouté, par rapport aux interrogations sur l'avenir et sur le sens du métier, a pu être reconnu, où une certaine capacité d'entrer en conflit a été autorisée. L'alternance d'une application pratique et d'une réflexion critique peut faire de ces stages des événements majeurs pour la suite des opérations. Elle laisse à penser que la médecine sert à soigner les gens, mais elle donne en même temps, du métier une image d'ouverture vers des formes d'adaptation peut-être encore

insoupçonnées. Ces formes nouvelles d'exercice peuvent être attirantes, moins pour le contenu qu'elles recouvrent, souvent d'ailleurs mal connu, que par le charisme de ceux qui les mettent en œuvre. D'une certaine manière, en matière d'orientation professionnelle, le prosélytisme est à l'œuvre; l'influence directe d'autrui est peut-être parfois plus déterminante qu'on ne croit, mais elle se conjugue avec une attente particulière que l'alternance évoquée plus haut est à même de forger :

« J'ai fait le CES de santé publique, et puis, j'ai découvert le métier de médecin inspecteur, et puis, un jour, j'ai eu un coup de téléphone d'un type qui était en CES, et qui est parti au Québec maintenant, qui, un beau jour, m'a dit : dis donc, il y a une place de contractuel à la DDASS, c'est pour toi; j'ai dit : oh, tu sais que je suis en consultation de médecine générale, j'ai pas l'intention de décrocher ; il a dit : écoute, réfléchis bien, on est 8, j'ai fait le tour, il n'y a personne d'autre, il faut prendre la place, c'est pour toi. J'ai dit : je fais médecine générale, je veux faire médecine générale, avec la touche santé publique; il m'a dit : t'as rendez-vous avec Mme L. viens la voir, fais le point, tu vas voir, ça va t'intéresser. Bon, j'ai dit, j'y vais ; 15 jours après, j'entrais à la DDASS, j'ai arrêté la médecine générale, j'étais mûr. » (9-H-59).

Désenchantement et ré enchantement.

Lorsque AÏACH et FASSIN explorent « *les voies du ré enchantement professionnel* » (1994, p. 209) ils se fondent sur l'idée qu'un médecin confronté au bilan peu enthousiasmant de son expérience, peut être incité à se protéger des désagréments qu'elle comporte et à rechercher d'autres formes d'exercice, en rapport avec la science qui est la sienne. Cette double démarche peut conduire à un processus de ré enchantement, propre à entraîner une nouvelle implication du professionnel dans une forme inhabituelle d'exercice de son métier. Les caractéristiques exprimées négativement de ces bilans dissuasifs mettent à jour quatre grandes représentations de l'exercice médical : la médecine commerçante ou entrepreneuriale, soucieuse de son chiffre d'affaires, plus expérimentée dans les comptes que dans la relation humaine ; la médecine encadrée, de type hospitalo-universitaire, exposée à toutes formes d'excès bureaucratique, parcellisation des tâches, lourdeur de la mise en œuvre, prégnance des contrôles et de la hiérarchie, technocratique; la médecine clientéliste, dépendante des exigences de ses patients, soucieuse de fidélisation et

préoccupée par la concurrence, consumériste, inflationniste et complaisante ; et la médecine chronophage, chargée d'astreintes, gardes et déplacements de toutes sortes, destructrice de la vie de famille et avare de temps de loisirs. Les désenchantements dont parlent les médecins que j'ai rencontrés sont liés à l'une ou plusieurs de ces représentations, construites sur un vécu qui devient un terrain propice à réorientations vers des formes différentes d'exercice de la médecine. Il ne s'agit pas de médecines parallèles, douces, chinoises ou autres, mais d'utilisation différente du savoir acquis, dans le cadre de nouveaux systèmes d'échanges et de relations. Et ces nouveaux systèmes concernent autant les acteurs professionnels que les profanes. Dans les deux cas, il s'agit d'apprendre à travailler avec d'autres, non plus à partir de son propre savoir, mais en utilisant le savoir et l'expérience des autres. Ces savoir-faire sociaux de la médecine empruntent à des concepts nouveaux tels que le réseau, le partenariat, la prévention globale, la promotion de la santé. Quand un médecin se dit lassé de la médecine praticienne, il engage souvent un certain nombre de démarches qui ont pour but d'élargir son champ de relations, de sortir d'un relatif isolement, de diversifier ses sources d'information, autant de stratégies qui peuvent favoriser des réorientations. Il peut se lancer dans de la représentation syndicale, faire de la formation continue, s'engager dans des associations, écrire dans la presse spécialisée, s'investir dans des groupes de recherche. De la réflexion et des échanges, émergent des pistes qui, assez fréquemment, se rapprochent du champ de la santé publique.

Une réorientation assimilée à un ré enchantement est souvent une étape libératrice qui succède à une aliénation, des valeurs, des idéaux, du temps, de la famille, et qui a ravivé un besoin d'autonomie non satisfait. Dans ces conditions, quitter la médecine libérale et s'orienter vers une forme collective de travail, sous le contrôle des pairs et d'une autorité administrative ne signifie pas forcément perdre de l'autonomie, mais au contraire se sortir d'une situation qui n'en offrait plus, et se mettre dans des conditions susceptibles d'en reconquérir. Des médecins libéraux peuvent avoir choisi d'exercer en groupe, de manière plus ou moins complémentaire, de se répartir des gardes, de se distribuer les honoraires, et finalement se trouver davantage contraints dans un tel système que dans une bureaucratie. Un médecin soignant en cabinet libéral peut avoir l'impression d'être complètement absorbé par ses clients qui racontent leur vie comme à un confesseur; et ne plus savoir y

répondre, ni comment s'en sortir. Les « bonnes distances » entre le professionnel et ses patients ont été débordées, et plus personne ne sait qui contrôle quoi. Certains praticiens sont plus vigilants que d'autres, et se méfiant d'une « culture de la croyance », évitent de « rentrer dans le médical sans interrogation », expliquant qu'ils ont beaucoup bougé pour « ne jamais avoir de maître attiré, et avoir une certaine liberté d'esprit » (43-F-42).

L'organisation d'un milieu de travail peut devenir dissuasive, surtout lorsque le discours qui l'accompagne et les activités quotidiennes qu'elle induit semblent décalées, du fait des acteurs en présence et des différences de perception de la réalité. Le médecin qui arrive dans un service où les gens sont surmenés peut ne pas être accueilli et intégré comme il le souhaiterait. Même s'il arrive pour soulager une part de la charge de travail des autres, il a besoin d'explications que ceux-ci ne sont peut-être pas disposés à lui apporter. Les exigences d'efficacité immédiate sont trop fortes ; elles sont contenues dans ce que les acteurs appellent « l'ambiance détestable du service » (8-F-34). Elles ne provoquent pas forcément le départ, mais peuvent, assez paradoxalement accélérer le processus de réorientation à l'essai, car la charge de travail aidant, le choix parmi des activités diverses et les sources de satisfaction sont possibles, dans un contexte certes stressant mais suffisamment informel pour que l'acteur y trouve son compte :

« Il y avait une espèce de paranoïa derrière; enfin, ça n'allait plus; elle était surmenée, elle avait énormément de travail, ce qui fait que l'ambiance était détestable dans le service. Mais il n'y avait pas que moi; avec les autres médecins, c'était pareil, et d'ailleurs tout le monde est parti; les différents contractuels qui étaient là, N. a passé le concours; un autre médecin qui était là, est parti en santé scolaire; enfin, tout s'est disloqué. Bon, ceci dit, moi, je ne regrette pas, parce que ça m'a poussé à passer le concours; je ne sais pas si je l'aurais passé; j'avais déjà deux enfants; familialement, c'était pas facile; et puis, ce que je faisais m'intéressait. Donc, je pense que s'il n'y avait pas eu ce coup de pouce de O., les difficultés relationnelles, je ne sais pas si je l'aurais fait » (8-F-34).

Hormis ces cas extrêmes de surmenage qui ne concernent la plupart du temps que des individus assez isolés, il arrive que les charges de travail dans les équipes soient réparties au détriment du dernier arrivé, ce qui, en définitive, reste assez banal,

avec cette particularité toutefois, que les conséquences peuvent être très variables d'un individu à l'autre. Ce qui n'est pas intéressant pour les uns, peut le devenir pour d'autres ou être considéré comme acceptable, surtout quand on vient d'arriver dans un collectif de travail. Pour d'autres encore, les perceptions peuvent s'avérer franchement négatives : il y a une différence de statut entre ceux qui sont intégrés dans un collectif parce qu'ils ont eu les « *meilleures parts* » du travail (39-F-37) et ceux qui en sont exclus parce qu'ils traitent justement de ce qui n'intéresse pas les premiers. Dans ces conditions, l'orientation envisagée vers un métier de médecin inspecteur de santé publique est compromise. Les temps de réflexion mettent à jour « *l'envie de ne pas y retourner* ». Le pire est de devoir faire ce qui ne fait plus sens, pour les anciens et a fortiori pour un nouvel arrivé; la dévalorisation est grande pour celui qui prend un travail auquel les plus expérimentés ne croient pas. dans de telles conditions, le nouveau ne vient pas pour décharger les autres, mais pour les protéger de ce qu'ils ont décidé de rejeter. Les critiques en retour prennent alors une tournure franchement hostile :

« On se rend compte qu'ils ne sont pas efficaces. Et la dernière expérience, ça a été les contrats de ville ; là, je n'ai vraiment rien compris. J'ai arrêté au bout de trois mois, alors, je n'aime pas les réunions stériles; on ne faisait que ça, mais je ne comprenais pas bien; pourtant, en général, je comprends assez vite ce qu'on me demande. Je n'avais toujours pas compris au bout de trois mois ce qu'il fallait que je fasse » (45-F-45).

Les interactions entre plusieurs modes d'exercice professionnel.

Selon la situation, un médecin, a priori intéressé par la santé publique, peut donc s'en détourner ou s'y investir. Les motifs de rejet ou d'attraction tiennent davantage au système de relation propre au travail qu'au contenu technique des tâches prescrites. J'ai pris des exemples de réorientation lorsqu'un médecin engage une expérience administrative, comme j'ai pu en utiliser lorsqu'il achève une expérience libérale. Dans un cas comme dans l'autre, c'est bien la qualité de la relation avec les autres, collègues de travail, patients ou usagers, qui détermine les choix professionnels, en ce sens qu'elle permet de valider le contenu du travail réalisé et de reconnaître celui qui l'a effectué. Par cette construction, il existe donc bien un rapport entre le métier de soignant et un médecin de santé publique. Même si

le passage de l'un à l'autre implique une reconversion importante, les deux s'opposent moins qu'ils ne se complètent. Est-ce que les insatisfactions ressenties dans un champ constituent des prédispositions à entrer dans l'autre ? Ce témoignage pourrait le supposer :

« A ce moment là, vous ne pensiez pas faire une carrière dans la santé publique ?

- Non, mon objectif, oui et non, si a posteriori, ça peut s'appeler comme cela la santé publique, puisque je souhaitais travailler avec une clientèle rurale qui m'a semblé au cours de mes déplacements, être des patients...une approche plus grande dans la vie, dans la vie de la famille, dans la vie des gens que l'on soigne; donc ce qui permet peut-être une plus grande proximité, une plus grande relation avec eux; ce qui permet peut-être d'aller au delà de la simple prescription bimensuelle d'antibiotiques pour les otites à répétition. C'est un rapport peut-être plus préventif en termes de soins. Un médecin de ville ne peut pas se permettre, à l'heure actuelle, de faire de la prévention, ou alors, il est en fin de carrière, il n'a plus d'échéances mensuelles. Je le conçois plus comme ça; médecin de ville, médecin de campagne, j'ai vu les deux versants, le médecin de campagne a encore, un peu plus de présence, de référence au changement; donc, est ce qu'on peut a posteriori appeler cela une attirance pour la santé publique ? » (2-F-35).

Pour ce médecin, les aspects négatifs de la pratique libérale en ville ont généré une aspiration à la pratique d'une médecine différente, entendue comme une prédisposition nouvelle pour la santé publique. Le même scénario peut très bien s'inverser pour des médecins travaillant en DDASS, sur des activités proches de la santé publique, dans des conditions qu'ils jugent défavorables ou qui les incitent à reconsidérer avec intérêt les pratiques soignantes qu'ils ont abandonnées. Dans un cas comme dans l'autre, la détérioration d'un système de relations constitue une variable très importante qui influe sur une réorientation professionnelle. Les conditions de travail sont souvent très variées, et les médecins subissent aussi la pression du milieu dans lequel ils exercent. Cette pression se conjugue avec les traits dominants d'une personnalité et elle transforme l'individu, elle le rend plus réceptif à certains messages, plus sensible à certaines contraintes jusque là ignorées ou sous-estimées (les interdépendances au sein d'un collectif de travail pour un médecin qui

n'a exercé qu'en libéral par exemple, ou la présence d'une hiérarchie non médicale pour un médecin qui n'a connu que la hiérarchie hospitalo-universitaire) plus ouvert à des méthodes de travail non cliniciennes. Cette transformation est réelle ; j'en veux pour preuve le retour à la clinique, de cet ancien médecin inspecteur de santé publique, désireux de travailler en alcoologie (22-F-50), domaine non étranger à la santé publique, puisqu'il touche aux conduites de consommation à risques inégalement réparties selon les groupes de population, et qui envisageait d'aborder ce travail en qualité de médecin soignant, aux côtés de médecins alcoologues hospitaliers. C'est après quelques semaines de cette reconversion, que ces derniers ont reconnu apprendre beaucoup au contact du nouvel arrivé, lequel ré expérimentait la clinique mais sans avoir perdu ses références à la santé publique, cette observation distanciée, ce questionnement pluridisciplinaire, cette lecture globale des phénomènes qui émergent des pathologies individuelles. Un médecin ne refait pas de la pratique auprès des patients sans mobiliser, parfois à son insu, les acquis de ses pratiques antérieures, mises en œuvre dans des situations apparemment fort éloignées d'un milieu de soins. Le milieu de travail façonne l'individu, mais l'individu ne subit pas passivement cette transformation. Certes, ses stratégies s'adaptent, mais ses capacités de choisir demeurent parce qu'elles peuvent mobiliser d'autres ressources que celles tirées de la seule situation de travail, d'autant que le travail, surtout en santé publique, recouvre des réalités très diverses, ouvrant la voie à des interprétations fort différentes d'un individu à l'autre. Tel médecin de santé publique retournera faire de la clinique, mais d'une façon nouvelle, tel autre, initié aux méthodes de promotion de la santé décidera d'aller beaucoup plus loin dans la conception et l'élaboration des politiques de santé en continuant de faire valoir sa spécificité médicale. L'ouverture aux métiers des autres dans l'environnement professionnel proche constitue une variable importante de cette influence du milieu sur l'individu.

Les pratiques professionnelles sont faites en grande partie de relations au cours desquelles s'échangent des points de vue, des jugements, des valeurs. Si l'étendue du champ de ces pratiques s'accompagne d'une qualité des relations, les choix de l'individu pour gérer son parcours professionnel vont pouvoir s'exprimer plus clairement. Ils aident le médecin qui s'est réorienté vers un emploi en DDASS par exemple, à comprendre une décision personnelle dont le sens profond est identitaire :

« J'ai participé à une ou deux commissions, donc, je commençais à être connue, et puis, j'ai connu M., et puis, ça m'intéressait de savoir ce qu'elle faisait comme métier; et puis, j'ai été invitée un jour à une journée sur l'avenir de la médecine et de la santé en France. J'y ai participé, parce que je me disais que c'était un sujet intéressant; que, de toute façon,, j'avais évolué... et je me disais qu'il fallait que j'envisage de retrouver quelque chose d'un peu plus stable, et surtout où j'ai des collègues, ne pas être toute seule, toute seule, où je puisse avoir une vision globale des choses » (10-F-42).

6) Conclusion.

Je conclus ce chapitre V sur ce dernier témoignage ; il résume assez bien ce que j'ai voulu y démontrer : un médecin exerce un métier qu'il sait reconnu mais qu'il a besoin de reconnaître pour lui-même. Le champ de la santé publique lui fait découvrir un espace possible de sens et de technicité nouvelle, dans lequel les apprentissages et les expériences peuvent emprunter des formes et des voies propices à une transformation des projets professionnels. Le changement des pratiques induit par ces réorientations peut paraître en rupture avec les pratiques soignantes auxquelles préparaient les études médicales, d'autant qu'elles se développent dans un univers institutionnel très différent d'un milieu de soins. Mais les possibilités d'ouverture du champ dans lequel s'inscrit l'action de l'administration contrastent avec l'espace limité d'un cabinet de consultation médicale, élargissant du même coup les formes d'exercice de la médecine vers des métiers fondés principalement sur d'autres disciplines et opérationnalisés dans un cadre culturel très différent d'une structure de soins. La préparation à cette mise en œuvre du métier de médecin inspecteur de santé publique va constituer l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE VI

LA FORMATION

Ce chapitre traite de la formation des MISP sous deux angles : d'abord celui de leur formation médicale initiale d'après leur propre point de vue, souvent réservé, parfois critique, ensuite celui de leur formation professionnelle tant en matière de santé publique que dans le domaine des sciences administratives (droit, gestion, économie...). Il complète la question de la réorientation abordée au chapitre précédent en développant la notion de transition entre deux systèmes d'apprentissages et deux univers de compétences, celui de la médecine soignante et celui de l'action publique spécialisée.

1) Que disent les MISP de leur formation initiale ?

La formation médicale reçue par les futurs médecins est très certainement un temps fort de leur parcours, qui va marquer par la suite leur conduite et toutes sortes de références à un modèle professionnel très spécialisé, en tout cas qui distingue nettement ses membres des profanes.¹¹⁸ Le passage à l'université et en milieu hospitalier constitue obligatoirement la phase d'admission mais aussi la marque du futur professionnel, cette « *préparation particulière* » comme disait FREIDSON (1984, p. 98) qui va créer chez les professionnels à venir une communauté de savoirs et de techniques.

Paradoxalement, si ces études sont longues, les médecins inspecteurs interviewés en parlent relativement peu. Ceci s'explique probablement par l'éloignement temporel de cette étape de leur parcours professionnel. J'ai pu relever

¹¹⁸ L'idée développée par HAEHNEL est que les médecins disposeraient de leur savoir comme d'un fond commun irréductible générateur de compétences et de responsabilités qui les protégerait, quelque soit leur statut, de toute forme d'ingérence extérieure. Les nouvelles conditions beaucoup plus complexes parce que plus hétérogènes et spécialisées de l'exercice médical impliqueraient néanmoins un renouvellement de ces connaissances. Selon HAEHNEL : « Le conseil national de l'Ordre des Médecins est parfaitement conscient que les transformations de la société commandent l'évolution de la pratique médicale. Mais, au delà de toutes les situations rencontrées, le respect par tous les médecins d'une déontologie et l'irréductible responsabilité qu'ils assument vis à vis des personnes qu'ils prennent en charge restent le creuset commun de la pratique médicale », HAEHNEL P., Lieux et modes d'exercice, *in Actualité et dossier en santé publique*, « Les médecins aujourd'hui en France » N° 32, septembre 2000, La documentation française.

toutefois un certain nombre de commentaires sur des faits ou des perceptions qui n'ont pas été sans influence ultérieurement sur le choix du métier exercé.

Il y a une distance entre une formation et l'idéal d'un métier.

Il y a des médecins qui déclarent avoir subi leurs études de médecine, en particulier lorsque leurs modalités dévalorisaient l'image qu'ils auraient voulu avoir d'eux-mêmes, et qu'ils renvoyaient aux autres. C'est ce rapport social négatif ou défavorable qui ravive des critiques parfois fortes à l'égard de certains moments ou contenus de la formation. Le travail de l'externe en médecine par exemple, est présenté comme extrêmement routinier et frustrant : il s'agit d'une activité d'exécution ou d'application de protocoles répétitifs, explicites, contrôlables. La matière à apprendre y est pauvre, elle est surtout évacuée derrière des consignes qu'il s'agit de respecter pour mener à bien des séquences d'exams routiniers. Dans un tel contexte, la pédagogie s'improvise, elle est le fruit de la curiosité de l'étudiant, elle s'exprime dans des relations assez personnalisées, liées à des affinités, des facilités de contacts, par un questionnement informel qui permet de donner à l'exécution des tâches un vernis d'expérience et d'apprentissage, tout en restant forcément aléatoire. Ainsi celui qui sait poser des questions et obtenir des réponses peut finalement « *avoir appris la relation dans les marges* » (33-H-37) tout en subissant de manière défensive le déroulement de sa formation. On peut donc suivre le cursus des études de médecine sans conviction particulière, malgré la densité du contenu, la sélectivité des examens et la longueur du parcours, comme ce fut le cas pour certains médecins devenus aujourd'hui médecins inspecteurs de santé publique, et qui, au cours de leur vie étudiante, ont parfois touché à des contenus divers sans véritable objectif (« *j'ai suivi le cursus... j'ai commencé une maîtrise de biologie... j'ai arrêté, j'ai tâté un peu à la psycho. parallèlement, et puis, je n'ai pas continué.* ») (12-F-42).

La formation pratique relativise cette distance.

Il n'en reste pas moins que l'un des moments forts de la formation médicale concerne les stages hospitaliers, d'une part, parce qu'ils constituent un terrain d'application grandeur réelle (malades, pairs, hiérarchie médicale et autres

professionnels s'y côtoient) et d'autre part parce que l'hôpital permet de confronter l'image idéalisée du métier à la réalité. La perception de ce temps de formation médicale laisse d'ailleurs des traces ambivalentes; les étudiants y apprécient l'aspect concret, pratique de leur formation, cette période vivante sans laquelle certains se demandent s'ils auraient « *été jusqu'au bout* » (28-F-73), mais ils en dénoncent parfois le caractère déshumanisé. Tout en considérant que c'est à l'hôpital qu'ils ont vraiment commencé à exercer la médecine, ils reconnaissent en même temps que cet exercice peut recouvrir des formes variées et ne pas toujours correspondre à ce qu'ils imaginaient de la relation médecin/malade. L'intérêt y est « *plus intellectuel qu'humain* » (15-F-47) La personne humaine, objet d'une problématique de recherche de diagnostic, n'a qu'une importance relative. L'approche de l'être humain y est souvent réductrice, elle est intellectuelle et technique; elle s'inscrit dans des protocoles préétablis qui laissent peu de place à une approche globale de la personne. Dans certains cas, l'expérience a été telle que les critiques deviennent plus nettes, catégoriques, sans nuances. Ainsi cette jeune femme médecin qui déclare s'être retrouvée dans un service de CHR où elle a été choquée par le mépris avec lequel les soignants traitaient les malades, « *ces gens qui n'étaient pas aussi qualifiés qu'eux* » (3-F-34) C'est une confusion des rôles qui provoque ce type de réaction : « *les médecins sont quasiment des chercheurs, et le malade, à la limite, on s'en moque... c'est de la recherche; pour moi, c'est pas de la médecine, c'est pas soigner...* ».

La représentation du médecin correspond bien souvent à cette vision du soignant, c'est à dire un professionnel qui délivre des soins, dans un espace de rencontre et de relation parfaitement harmonieux, à l'écoute de celui qui souffre. Or l'hôpital ne confirme pas cette vision des choses. Il ouvre donc les yeux sur un métier qui n'est pas le métier rêvé, qui est un métier difficile, rigoureux, astreignant. Et c'est peut-être pour cette raison qu'il présente pour certains candidats un espace de conflit, de lutte militante dont l'objectif est de le transformer. L'une des formes d'expression de ce militantisme, favorisé dans le contexte de la fin des années 60, avait d'ailleurs trait à cette conception humaniste du métier, à une volonté de repositionner socialement le médecin, de le dissuader des tentations technocratiques ou élitistes, de reconstruire un métier, proche des gens, non pas seulement de leurs symptômes et de leurs maladies, mais aussi de leur réalité sociale et humaine.

Les effets de la formation pratique.

C'est dans une telle dynamique que des étudiants en médecine, devenus pour certains, aujourd'hui, médecins inspecteurs de santé publique, se sont efforcés au cours de leurs études, de suivre des enseignants correspondant au profil de métier souhaité et de sélectionner des stages où on pouvait rencontrer « *quand même des gens très attentifs à l'humain* » (36-F-52) Ainsi, l'hôpital, fortement critiqué par certains, a pu se présenter à d'autres comme un formidable terrain d'apprentissage de cette fonction soignante, une expérience agissante d'une autre conception de la médecine. Le travail d'aide-soignant ou d'infirmière qu'ont pu trouver des étudiants en médecine dans les années 70 a très certainement contribué à renforcer la vision d'un métier soignant plus humain, plus ouvert, plus à l'écoute. Le langage passionné avec lequel certains relatent cette expérience contraste avec le propos acerbe ou désabusé des critiques du monde hospitalier :

« C'était une gratification qu'on avait... on pouvait travailler comme infirmière, et çà, c'est quelque chose dont je garde un souvenir très... mon expérience de premier boulot à 18 ans en tant qu'aide-soignante dans un petit hôpital, c'était super intéressant. Autre expérience très riche, c'était les gardes de nuit comme infirmière, c'était vraiment quelque chose où, me semble-t-il, commençait à s'expliquer la fonction de médecin... » (27-F-46).

La formation peut susciter une aspiration à une médecine moins conventionnelle.

Une conception particulière du métier de soignant se rencontre chez certains étudiants qui ont très tôt forgé le projet de partir en Afrique ou dans certains pays en voie de développement, au titre de la coopération (32 % de l'échantillon analysé dans le tableau des trajectoires au chapitre V), afin d'y expérimenter une médecine différente, en tout cas certainement proche de l'image valorisée par le militantisme des années 70. Autant le choix d'une spécialité peut parfois correspondre à une orientation tardive, autant ce type de projet présente la caractéristique d'une origine précoce. Et c'est souvent cette précocité qui lui donne sa force. On peut être un bon étudiant en médecine, obtenir des résultats très positifs, être incité par ses maîtres à se spécialiser, et « *contre l'avis de tout le monde* » persister à afficher son souhait

d'aller en Afrique (30-F-37) Quand je parle de précocité, j'entends aussi consistance du projet, c'est à dire cette curiosité qui accompagne les études médicales pour toutes formes différentes d'application, et qui se concrétise par une recherche de contextes professionnels géographiquement éloignés. Il s'agit d'une ouverture sur ce qui peut se passer ailleurs, avec le désir d'y exercer un métier qui ne renie pas son savoir, mais qui cherche à l'adapter à un environnement social, économique et culturel qui peut en modifier la pertinence. L'étudiant en médecine qui effectue un stage à Madagascar ou à la Réunion par exemple, en tire un enseignement très différent de celui qui continue son apprentissage de soignant en métropole. Et même si en soi, c'est à dire dans leurs manifestations, certaines pathologies s'avèrent être semblables, quel que soit le lieu, les variables sociales de leur apparition, les modes de traitement et de suivi empruntent à une culture locale de croyances, de moyens et de comportements qui donnent au métier de médecin des profils de compétences diversifiés.

Dans ces conditions, on comprend que l'étudiant qui entamait ses études initialement avec la référence d'une médecine générale « à la française » et qui découvrait d'autres manières de faire de la médecine dans les pays en voie de développement qu'il avait pu visiter, se retrouve, de retour en métropole, « *en recherche de quelque chose, mais sans savoir très bien de quoi* » (8-F-34). Cette période de flottement, que STRAUSS désigne comme période de transition lors d'un changement de statut, pourrait bien être prémonitoire d'une bifurcation dans le processus de formation et le choix professionnel.¹¹⁹

Place de la santé publique dans la formation initiale.

Pour d'autres enfin (32 % également de l'échantillon), cette phase de recherche, d'incertitudes, et de découvertes se manifeste par un intérêt particulier pour une discipline méconnue: la santé publique. En fait, la découverte de la santé publique durant les études médicales reste un événement assez exceptionnel, qui recouvre des situations particulières et atypiques, comme celle de ce médecin dont

¹¹⁹ La découverte du travail dans l'administration et les options stratégiques qu'il procure peuvent être assimilées à cette nécessaire période de transition entre deux statuts dont parle A. STRAUSS : « Au cours des changements de statuts, les périodes de transition sont une nécessité, car on investit souvent beaucoup dans une position sociale ou professionnelle, on en vient à la posséder autant qu'elle vous possède, et il n'est pas facile de s'en séparer », STRAUSS A., *Miroirs et masques*, Métailié, Paris (1992, p. 110).

les parents ne pouvaient financer les études et qui, ayant opté pour la filière de santé militaire, se trouvait du même coup engagé à cette époque, dans l'une des rares voies de recrutement des premiers médecins de santé publique ; ou encore cette étudiante étrangère, qui avait fait l'apprentissage d'un français ciblé sur le langage de la médecine, et se trouvait dans les cours de santé publique face à des disciplines inappropriées à son bilinguisme : le droit, l'anthropologie... qui ont nécessité de sa part un investissement supplémentaire, une attention ou une curiosité qui n'animait pas ses camarades, et qui a été payée de retour par des résultats et un intérêt pour une matière somme toute assez marginale, dans le contenu de l'enseignement médical.

Pour la majorité des médecins inspecteurs rencontrés, je puis aussi affirmer que d'une part, le contenu de la formation initiale constitue bel et bien le tronc commun d'appartenance à la profession médicale, c'est à dire cet ensemble de connaissances et d'attitudes qui permettent de se reconnaître et de se différencier des amateurs, mais que d'autre part, c'est principalement la santé publique, discipline souvent acquise postérieurement à la formation initiale, qui sert de référence au métier exercé. Il reste à comprendre comment cette référence s'est installée dans le métier.

2) La formation professionnelle des MISP.

Elle est le produit depuis les années 60 d'un lent processus d'affirmation et de formalisation. Cette évolution tend à faire reconnaître la spécificité d'un métier en rapport avec un contenu scientifique et méthodologique différent de la médecine soignante.¹²⁰ Elle tend également à rendre plus visibles les pratiques de santé publique fort dispersées en les professionnalisant par un contrôle du recrutement et des formations. Au-delà de cet objectif, la mise en œuvre de formations sur l'initiative de l'État dans ce domaine a reposé sur une approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle destinée à développer la collaboration des professionnels de

¹²⁰ Selon STEPHAN la santé publique est non seulement un champ où les médecins doivent composer avec d'autres acteurs, mais elle correspond aussi à une transformation de l'approche des problèmes de santé, critique sur la portée de l'acte médical au point d'en disqualifier l'auteur professionnel. STEPHAN argumente ainsi sa position : « L'efficacité de la décision médicale varie avec le niveau auquel elle s'applique et devient nulle quand il s'agit d'actions situées très en aval, qui se substituent aux actions d'amont dont le pouvoir de décision appartient en fait à l'expression politique de la collectivité. L'exemple de l'alcoolisme et du tabagisme illustre ces faits. Soigner une cirrhose du foie ou un cancer des bronches relève bien d'une compétence et d'une décision médicale qui entraînent des coûts élevés pour une efficacité nulle, alors que l'action d'amont qui permettrait l'éradication de ces toxiques relève de phénomènes politiques globaux dans lesquels le médecin n'intervient plus que comme simple citoyen. Dans la mesure où il est confronté aux effets de la production sociale de la maladie, le médecin se trouve chargé d'un pouvoir de décision qu'il devrait souvent récuser, car il n'en a pas les moyens réels. », STEPHAN J.C., *Économie et pouvoir médical*, Economica, Paris (1978 p. 64).

santé publique. Cette démarche a été régulièrement relayée par l'expression des attentes des médecins inspecteurs eux-mêmes qui souhaiteraient pouvoir « *discuter des conditions permettant de disposer pour les tâches nécessaires d'un réseau de compétences de haut niveau* ». ¹²¹ Le rapport STROHL « Santé publique, formation et débouchés » d'août 87 rappelait que la santé publique était devenue une spécialité d'enseignement universitaire, l'internat de santé publique datant de 1982. Il faisait référence à des études sur les profils des médecins inspecteurs de la santé qui justifiaient le développement de formations adéquates en santé publique à destination de médecins et d'autres catégories de professionnels. La diversité de ces profils traduit toujours en fait, la diversité des chemins de la connaissance et de l'expérience qui mènent à la santé publique. Parmi les médecins qui s'y spécialisent, on peut distinguer ceux qui suivent des trajectoires relativement linéaires, dont le cheminement s'accompagne d'une réflexion permanente sur des formes d'ouverture de l'exercice médical, et les individus « en rupture » signalés dans l'analyse des trajectoires. Hormis le CES de santé publique, dont l'intitulé est peu équivoque, une grande variété de diplômes garnissent la panoplie des formations complémentaires qu'ont pu suivre les médecins qui sont devenus médecins inspecteurs de santé publique (médecine tropicale, santé/développement, hygiène, pédiatrie et autres spécialités, parfois même non médicales (psychologie, sociologie, statistiques) Parmi les principaux chemins de la connaissance qui mènent aux métiers de la santé publique en général, et à celui de MISP en particulier, on trouve l'université, l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes et les stages à l'étranger (le Québec est souvent cité) Trois logiques de formation se conjuguent et mettent en condition le futur professionnel de santé publique : l'université qui renforce les apports disciplinaires, l'École de la Santé qui apporte le complément juridico-administratif à ces disciplines, et l'alternance étrangère qui sert d'illustration aux apports théoriques et méthodologiques. Pour un certain nombre de médecins, ces apports ne sont pas complets, ils ne s'inscrivent pas toujours dans des cursus diplômants. Les études et les stages sont très éparés et fragmentaires. Ils correspondent aux hésitations et aux aléas du début de l'exercice professionnel : le futur MISP fait un stage en Division d'Information Médicale en CHR, suivi d'un peu d'épidémiologie, un peu de PMI ou de santé scolaire durant d'autres stages, il suit les phases de l'internat de santé publique avec des interruptions pour cause de grossesse et c...

¹²¹ Rapport n°1 Commission Santé publique, « médecins inspecteurs, rôle et formation » mars 98.

Formation universitaire et formation administrative

Les approches universitaires, lorsqu'elles sont menées à terme, recouvrent un champ de connaissances assez étendu et diversifié. Le diplôme universitaire de Nancy, fréquemment évoqué, se déroule de façon alternée entre stages et regroupements de formation théorique, avec des petites promotions, et la restitution d'un mémoire en fin d'études. Le programme est souvent jugé intéressant mais assez lourd. Le cursus se déroule sur deux ans, et fait l'effet d'une véritable découverte dans des domaines comme les systèmes de santé, l'économie de la santé, la promotion et l'éducation pour la santé, impression souvent renforcée par l'observation des expériences québécoises, en liaison notamment avec l'université de Laval. Pour bon nombre d'étudiants, le D.U. de Nancy a été suivi tout en exerçant une activité professionnelle, souvent en tant que vacataire ou contractuel en DDASS, ce qui a rendu cette étape d'autant plus laborieuse. Les stages à l'étranger donnent aussi parfois le désir d'y effectuer des formations complémentaires, jugées enrichissantes en ce sens qu'elles reposent sur des réalités différentes de ce que les médecins découvrent en France (maîtrise en santé environnementale au Québec par exemple) Entre un diplôme universitaire et l'École Nationale de la Santé, les différences sont importantes ; pour beaucoup de candidats médecins, l'université permet d'apprendre la santé publique, alors qu'à l'École de Rennes, beaucoup de ce qui s'y enseigne a déjà fait l'objet des révisions nécessaires pour la préparation du concours d'entrée, et les enseignements nouveaux portent davantage sur les outils de l'administration que sur des contenus spécifiques de santé publique. Certains médecins inspecteurs, un peu plus âgés, ont suivi des CES (santé publique, hygiène et médecine préventive) dont les méthodes tranchaient avec celles, plus classiques, des études médicales initiales. L'exercice consistant à rédiger un argumentaire à soutenir devant un auditoire critique pour défendre un projet d'action préventive, par exemple, est souvent considéré comme un entraînement assez bien adapté à ce qu'on attend par la suite d'un professionnel de santé publique ou d'un médecin inspecteur.

Spécificité de la formation en santé publique

Les formations en santé publique sont vécues comme des apprentissages très nouveaux où l'accent est mis essentiellement sur des concepts, des outils et des

méthodes qui ne s'intègrent pas dans le savoir clinique.¹²² Les médecins rappellent souvent que leur formation médicale les a amenés à travailler uniquement avec l'individu. C'est la prise de conscience des différences d'impact entre une activité clinique et une démarche de santé publique qui permet d'envisager une transformation de la culture avec l'apprentissage d'un changement des pratiques. Le ratio résultats obtenus/répercussions induites apparaît aux médecins de santé publique plus satisfaisant parce que les méthodes de travail qu'ils expérimentent se situent dans un rapport espace-temps que le médecin soignant n'appréhende pas. L'espace se situe au niveau des groupes ou des populations, et le temps privilégié est en amont des interventions curatives. Les formations en santé publique mettent les apprenants au contact de professionnels dont les expériences sont jugées très enrichissantes, parce que très variées. Elles sont en effet chaque fois évoquées à partir de contextes différents permettant de tester des méthodes mais aussi des stratégies, c'est à dire des formes d'adaptation des acteurs aux réalités humaines et sociales qui les entourent. Les médecins ont du mal, disent-ils, à saisir d'emblée ce qu'ils appellent les mécanismes en promotion de la santé ; ils réalisent qu'ils n'ont pas appris cela durant leurs études. Le changement de culture s'exprime d'abord dans la méthode d'apprentissage : les connaissances proviennent du savoir-faire d'autrui, plus que de théories générales. Alors que l'activité soignante repose le plus souvent sur des certitudes thérapeutiques, les activités de santé publique, comme la prévention, par exemple, s'appuient sur des improvisations méthodologiques, pas forcément reproductibles d'un lieu à un autre. Par ailleurs, le contenu normatif ne concerne plus la médecine, mais des disciplines juridiques, administratives et économiques principalement, qui constituent les premiers cours dispensés à l'École de la Santé, et que les médecins ayant jusqu'alors exercé en libéral, considèrent

¹²² Selon BERNADOU le changement de métier amorcé est un exercice socialement délicat, surtout lorsque l'identité qu'il entend transformer a été acquise à partir d'un modèle socialement valorisé comme la profession médicale, ou plus précisément celui de praticien. Transformer des savoirs et changer de pratiques correspondent à un exercice périlleux que les médecins eux-mêmes interprètent avec leur propre savoir, en le jugeant non conforme aux besoins naturels de l'individu. BERNADOU souligne l'importance, dans une telle démarche, de la perturbation identitaire : « Il existe de même un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres dont le but est identique : garder l'intégrité psychique du soi. Toucher à ce système n'est sans doute pas plus anodin que de chercher à déprimer le système immunitaire, c'est courir le risque d'une dépersonnalisation, d'une perte d'identité. Ce qui est naturel c'est la résistance au changement, ce n'est pas l'inverse », BERNADOU A. (sous la direction de BARBIER J.M.), *Savoir théorique et savoirs pratiques, l'exemple médical*, P.U.F., Paris (1996, p. 36).

comme une entrée en matière plutôt déstabilisante, parfois même suffisamment déconcertante pour que certains décident de ne pas poursuivre.¹²³

Outre ces apports magistraux peu familiers pour des étudiants médecins, les principales formes de l'enseignement de santé publique dispensé à l'École Nationale de la Santé sont liées à la fréquence des échanges, la pluridisciplinarité et une pédagogie active. On peut trouver dans une promotion de médecins des profils fort variés (spécialistes, généralistes expérimentés, anciens coopérants, médecins militaires...). Les échanges entre ces catégories sont souvent très appréciés parce qu'ils permettent de confronter des expériences similaires ou de découvrir des pratiques issues d'expériences éloignées. Cet enrichissement par un apport des autres est souvent opposé aux apports théoriques dispensés par l'École, dont la qualité fait parfois l'objet de critiques. Mais ces systèmes de relations ne doivent pas pour autant cacher les formes d'échanges plus conflictuelles qui se développent entre médecins lorsqu'il est question, par exemple, d'affectation, de carrière et d'avantages matériels. Ces querelles internes sont même considérées par certains comme formatrices dans la mesure où elles préparent aux confrontations des acteurs internes et de leurs logiques au sein de l'administration, dont on devine le protectionnisme bureaucratique, à travers les formes d'assistance que développe l'École à l'égard de ses élèves, ou la directivité hiérarchique en référence au volume d'enseignement des disciplines juridico-administratives.

Les acquis de la formation de l'École Nationale de la Santé Publique.

Il y a bien, pour des médecins, un décalage ressenti entre l'enseignement de l'École de la Santé et les acquis de leurs expériences antérieures, surtout si celles-ci sont restées inachevées, chargées d'interrogations par rapport à la santé publique et aux missions d'une administration chargée de la santé. Néanmoins, malgré la

¹²³ BERNADOU considère qu'un changement de métier correspond à un processus d'observation et de décision doublement complexe : il s'agit d'abord de considérer que ce qui a été choisi initialement n'est pas satisfaisant pour soi-même, malgré tout l'investissement que ce choix a nécessité ; il faut ensuite savoir s'engager dans un nouvel apprentissage théorique et pratique dont les premiers effets semblent disqualifier les acquis du précédent cursus de formation et d'expérience professionnelle. Lorsqu'il décrit les différentes étapes de ce changement BERNADOU précise : « Conscience de son propre système de valeurs... Modification d'opinions... Constatation, autocritique que certains comportements qui découlent du système de valeurs, des opinions et de l'expérience des savoirs pratiques, ne sont pas adaptés et que d'autres, dont on a rencontré le modèle, seraient préférables ; décision de changer l'ancien pour le nouveau et d'adopter une nouvelle valeur, une nouvelle opinion, un nouveau point de vue, aboutissant à un nouveau comportement ; enfin changement réel, social, c'est à dire perceptible pour les autres, passage de l'intention à la réalisation. Toutes ces étapes sont longues et pénibles, mais c'est évidemment la dernière qui est la plus aléatoire. Sauter le pas, abandonner une habitude, devenir autre, perdre de l'expérience pour acquérir de l'efficacité est bien difficile à réaliser », BERNADOU A. (sous la direction de BARBIER J.M.), *Savoir théorique et savoirs pratiques, l'exemple médical*, P.U.F., Paris (1996, p. 37).

diversité des attentes et le positionnement critique des médecins, le dispositif de formation de cette École Nationale est perçu comme un système de réponses à des besoins difficilement identifiables a priori pour un néophyte qui se destine au métier de médecin inspecteur. L'enseignement de l'École de la Santé agit comme une culture nouvelle avec ses apports de repères structurels, techniques, institutionnels, normatifs et idéologiques que s'approprient ses étudiants au fil des confrontations socio-pédagogiques que leur offrent ou leur imposent les stages pratiques, les enquêtes de terrain, les discussions thématiques en groupes pluridisciplinaires ou les ateliers pluri-professionnels, toutes formes de pédagogie peu pratiquées durant les études médicales, hormis les stages cliniques hospitaliers, souvent beaucoup plus encadrés d'ailleurs que les stages de pratique administrative dans les services de l'État.

Il n'empêche qu'avec un peu de recul, les médecins inspecteurs de santé publique que j'ai interviewés mesurent mieux les apports de la formation réalisée à l'École, même s'il est difficile de faire la part de ce qui revient au temps d'études et de ce qui est le produit de l'expérience. Pour beaucoup, l'École de la Santé « *n'apporte pas de recettes, mais des moyens de se débrouiller dans le métier* » (30-F-37) ; elle sensibilise à une démarche qui consiste à expérimenter des formes de partenariat pour élaborer des politiques de santé, à l'intérieur d'espaces socialement et géographiquement délimités. Les critiques initiales sont fréquemment le produit des déceptions liées aux attentes de recettes, attentes consécutives à des premières expériences qui n'ont pas encore bénéficié de recul. Le temps passé à l'École sert notamment à opérer ce recul, en même temps qu'il offre des méthodes de travail qui restent à expérimenter dans des réalités locales. Cette alternance, qui ne s'achève pas d'ailleurs, avec la fin de la scolarité à l'École, finit par aider les médecins inspecteurs en poste, à « *avoir les idées claires sur ce qu'ils cherchent, sur ce qu'ils veulent, et les méthodes pour y parvenir* » (18-F-72) Force est de constater que ces affirmations sont contenues surtout dans les propos des plus anciens, les plus jeunes étant plus sensibles à la fois à l'intérêt mais aussi aux difficultés de ce qu'ils appellent « *la double exigence* » : appliquer des méthodes et développer une réflexion à partir d'un terrain professionnel.

3) Conclusion

Après les études de médecine, qu'aucun MISP finalement ne songerait à renier, ce que produit la formation à l'École de la Santé, c'est surtout une transformation des rapports sociaux entre les acteurs. Les directeurs que j'ai interrogés ne cachent pas leur désappointement parfois de voir revenir dans leurs services des médecins inspecteurs plus sensibles à la question de leur indépendance, soucieux de se différencier davantage au sein de l'institution, tant à l'égard de la hiérarchie que vis à vis des autres catégories professionnelles. Autrement dit, les médecins inspecteurs de santé publique seraient sensibilisés à l'affirmation d'une identité à trois dimensions : l'appartenance à la communauté médicale, la défense des valeurs de service public, la valorisation de compétences professionnelles en rapport avec un statut de fonctionnaire. Cette posture va évoluer progressivement dans un processus de construction du métier qui va confronter les acquis des formations reçues aux réalités parfois très complexes des emplois occupés. Ces derniers s'inscrivent dans des systèmes d'attentes ou d'exigences que l'institution retraduit en missions que les médecins inspecteurs vont tenter d'opérationnaliser. Les formes d'appropriation de celles-ci constituent déjà un premier exercice de rencontre entre l'acteur et l'organisation. Elles donnent aux conditions de travail un contour que chacun va redéfinir comme cadre de son action. C'est cette action, définie comme un assemblage de tâches et d'activités, qui va être examinée au chapitre suivant.

CHAPITRE VII

LES TÂCHES DES MISP

Les tâches correspondent au contenu opérationnel d'une mission. Elles servent de références aux activités qui sont leur mise en acte. Ce chapitre a pour objet la présentation des tâches qui constituent le travail des MISP. Afin d'en mesurer l'étendue, les finalités et la diversité, je vais structurer cette présentation en trois points : ce que recouvrent les missions liées à la mise en œuvre d'une politique publique de santé confiée à l'administration, les tâches qui constituent le travail attendu d'un MISP, les activités décrites par les intéressés eux-mêmes.

1) Les missions dans le champ de la santé.

Le sens de la mission principale confiée aux médecins inspecteurs de santé publique consiste à aider l'administration sanitaire à comprendre le monde qui l'entoure afin de le rendre conforme soit à des normes (d'encadrement budgétaire par exemple ou d'exercice des professions) soit à des valeurs (le droit à la santé pour tous, l'égalité du traitement des usagers des structures de soins...) Et cette compréhension est nécessaire à la légitimation d'une administration confrontée à des réalités de plus en plus complexes à gérer. En ce sens l'effort de rationalisation de l'action publique est en même temps une complexification de cette action qui sous-tend tout le processus de rénovation du service public, dont l'objectif est de trouver les bonnes solutions à des problèmes bien compris. Ce besoin de souplesse ou d'adaptation à des réalités locales qui sous-tend tout le mouvement de modernisation administrative et qui s'accompagne d'un effort de rationalisation, c'est à dire une volonté de mieux comprendre le réel pour le transformer, correspond à la complexification dont parle L. DEMAILLY quand elle analyse les modes de gestion du service public de l'éducation.¹²⁴ Les missions qui sont ainsi confiées aux MISP ou

¹²⁴ L. DEMAILLY conclut sur ce point : « Ce qui apparaît méthodologiquement nécessaire pour atteindre des objectifs généraux de rénovation du service public et de rationalisation, c'est à dire finalement d'amélioration de la maîtrise du monde social, c'est l'individualisation maximum des solutions. Bien gérer, en faisant des économies, et en accompagnant efficacement les mutations potentielles du système éducatif, c'est gérer sur mesure. Rationaliser, c'est complexifier. », DEMAILLY L., « Simplifier ou complexifier ? Les processus de rationalisation du travail dans l'administration publique », Paris, *Sociologie du travail*, 1992-4.

dont ils se saisissent parfois s'articulent autour de trois pôles : l'exercice d'un savoir médical comme appui technique de processus décisionnels, ce qui correspond en fait à un travail d'expertise, l'inspection et le contrôle des dispositifs d'offre de soins, le développement des échanges et du partenariat dans le champ de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique publique.

Ce qui fait la force d'une mission, c'est à la fois son affirmation politique et sa reconnaissance sociale. Si l'État considère qu'un pays moderne doit maîtriser ses dépenses de santé et contrôler ses équipements de soins et les prestations qu'ils réalisent, on se trouve en présence d'une politique fondée sur la définition de trois principes : le droit à la protection sociale, le droit aux soins, et le droit à la qualité des soins. De ces principes émergent des missions qui ne correspondent pas seulement à un ensemble de charges, mais qui servent à la justification du corps de fonctionnaires qui vont les assumer. C'est pourquoi le syndicat des médecins inspecteurs de santé publique a tenu à affirmer dans un dossier établi en avril 89 que les médecins inspecteurs « *étaient les seuls à conserver une vision globale du dispositif sanitaire, se singularisant en tant qu'acteurs de la planification sanitaire par rapport aux médecins conseils des caisses de sécurité sociale et des médecins recrutés par les collectivités locales* » (1989, p. 3) L'appel à une mission de planification sanitaire représente pour le syndicat des MISP l'opportunité d'un double fondement identitaire : la reconnaissance d'un corps de techniciens de haut niveau et l'identification aux valeurs de service public par l'appui apporté à la mise en œuvre d'une politique de santé. Le troisième fondement que j'ai déjà évoqué se trouve particulièrement mis en évidence dans cette formule du document syndical : « *la reconnaissance de la santé publique par les instances officielles comme une spécialité médicale à part entière et comme élément indispensable au processus décisionnel* » (avril 89, p. 3) Le sens d'une mission a donc bien trait à la reconnaissance d'un statut. On retrouve bien l'analyse d'Anselm STRAUSS lorsqu'il fait remarquer que des catégories de médecins peuvent poursuivre des fins bien spécifiques dans le cadre de segments qui ne constituent pas forcément des spécialités, mais qui s'accompagnent d'une proclamation de missions sous une forme rhétorique, marquant les efforts d'une lutte pour la reconnaissance et l'obtention d'un statut institutionnel (1992, p. 70) L'acquisition de cette dignité nouvelle pour la profession se traduit par l'exclusion des autres médecins (médecins conseils ou

médecins des collectivités) du champ de la mission invoquée. D'une séparation entre les missions de recherche et la pratique clinique qui a occupé la médecine et ses spécialités, on passe à une autre forme de distinction entre la médecine individuelle et la médecine publique (santé publique et service public) Cette catégorie serait de nature à donner une importance particulière au corps des médecins inspecteurs de santé publique en général et à une spécialité médicale nouvelle en particulier. Mais la reconnaissance de cette spécialité ne semble pas aujourd'hui encore socialement très affirmée, puisque le syndicat des MISP déplore le fait que les médecins inspecteurs, souvent titulaires d'un CES de santé publique et du diplôme de santé publique délivré par l'ENSP soient d'abord perçus comme des médecins au service de l'administration, chargés essentiellement de missions de médiation. Cette lutte pour la reconnaissance constitue le fil conducteur de la dynamique du corps des MISP. Le besoin d'affirmer une identité de corps et de métier y est fortement exprimé, et ces deux dimensions identitaires sont indissociables, parce qu'il s'agit autant d'être médecin, donc formé initialement à une pratique clinique qu'être fonctionnaire au service d'une mission relevant de l'État.

Savoir médical et mission de service public.

J'ai donc rencontré chez les médecins inspecteurs, des médecins formés au regard clinique, qui investissent leurs missions de service public sans rupture avec ce qu'ils ont appris. Pour Michel FOUCAULT, la clinique « *est un regard équipé de toute une armature logique qui exorcise d'entrée de jeu la naïveté d'un empirisme non préparé* » (1963, p. 107). Or pour les médecins inspecteurs, la santé publique est un champ qui appelle à l'observation et à l'écoute, le plus possible, lorsqu'il s'agit de la santé des populations, à l'abri des normes ou des théories des systèmes, avec le souci de cette rigueur qui caractérise l'observateur médical et non l'administratif chargé d'appliquer une instruction ; « l'acte perceptif » du médecin inspecteur de santé publique est sous-tendu par une logique des opérations qui entend et enregistre, sans les déformer, les messages qui proviennent d'un extérieur où le langage de l'administration est absent. Cette définition revisitée du regard clinique dans le champ de la santé publique est un argument derrière lequel se rangent de nombreux médecins inspecteurs de santé publique pour justifier leur appartenance à une communauté de savoir investie d'un pouvoir formel. Il s'agit d'abord et avant tout de

réaliser un travail que nul autre, dans le champ médical comme dans le champ administratif ne saurait faire. Cette stratégie peut apparaître finalement assez catégorialiste, car l'autonomie recherchée s'apparente davantage à un privilège attaché à un titre qu'à une forme de travail spécifique en rapport avec celui de l'ensemble des fonctionnaires.

Les directeurs des services déconcentrés de l'État considèrent qu'ils ont été confrontés au cours de ces dernières années à tout un tas de choses nouvelles qu'ils n'auraient pu mettre en œuvre sans les médecins inspecteurs : appliquer les circulaires de lancement d'une politique de promotion de la santé, mettre en place les observatoires régionaux de la santé, l'élaboration des programmes « Bien naître dans la région N. », créer ou restructurer des établissements hospitaliers, voire supprimer certains services de soins. Tous ces chantiers s'attachent à une mission dévolue à l'État : conduire une politique de santé, par des mesures de prévention, de prévision et de rationalisation qui impliquent des changements structurels et des changements de comportements d'acteurs (professionnels et usagers) avec lesquels les médecins inspecteurs sont mis en relation en priorité. Cette mission de médiation du MISIP entre le système organisé des institutions et des règles et les individus s'illustre bien dans le travail confié par les DDASS à des médecins, souvent vacataires, en matière de rencontre et de suivi des jeunes toxicomanes soumis à une injonction thérapeutique. Le médecin qui sert d'intermédiaire entre la Justice, l'administration sanitaire et les médecins traitants est chargé de proposer aux jeunes une prise en charge thérapeutique qu'il n'assurera pas lui-même et qu'il ne sanctionnera pas. Ce travail s'effectue au moyen d'entretiens individuels au cours desquels le médecin de la DDASS doit s'efforcer d'être à la fois clinicien mais non-soignant, prescripteur mais aussi négociateur, contrôleur mais aussi conseiller et facilitateur. Dans un tout autre domaine, l'informatisation des commissions d'éducation spécialisée, chargées de l'orientation des enfants handicapés, la mission confiée au médecin de la DDASS consiste à trouver une cohérence entre les avis et les décisions exprimés par une foule d'acteurs, essentiellement médicaux, qui siègent dans des équipes techniques. Ce travail charnière entre le diagnostic, la prise en charge, et la gestion administrative implique que le professionnel qui en est chargé soit familiarisé avec l'apprentissage d'un regard clinique, soit en relation avec de nombreux soignants, et maîtrise parfaitement toute une réglementation spécifique.

Le sens de l'intervention de l'État.

Les missions confiées aux médecins inspecteurs dans le domaine des établissements hospitaliers génèrent un système d'échanges très dense, où les relations de pouvoir sont omniprésentes. Les gestionnaires hospitaliers publics sont nommés par des représentants de l'État, et ils sont donc investis d'une mission reconnue au plus haut niveau, dans le champ de la politique de santé. Le dynamisme des structures qu'ils dirigent est fonction de la qualité des praticiens qui y exercent. Or la qualité des praticiens a un rapport avec la quantité des moyens mis à leur disposition. Le pouvoir médical s'exprime dans ce ratio. Le pouvoir des gestionnaires s'exprime dans le rapport conflictuel entre la qualité de leur personnel médical et l'économie des moyens qu'ils utilisent. Ces rapports s'inscrivent dans les missions de l'administration sanitaire : la gestion des ressources et la qualité des soins. Retraduites dans le champ professionnel des médecins inspecteurs de santé publique, ces missions dressent le contour du défi qui leur est lancé : comment rendre ces deux pôles interdépendants ?

Dans le champ de l'action de l'État, elles correspondent à des formes régaliennes d'intervention qui reposent sur des normes juridiques et techniques comme l'inspection et le contrôle. La mission des médecins dans ce domaine sert à la légitimation de cette fonction. Tout se passe comme si l'État n'était admis comme autorité de contrôle dans le monde médical qu'à la condition que ce contrôle soit exercé par des médecins. Pour les directeurs des services déconcentrés de l'État, le médecin est une sécurité technique, mais il a surtout pour mission de garantir l'autorité de l'État. Si l'État par exemple, est le seul garant des diplômes du domaine médical, il ne peut le faire qu'en mettant en avant de son action, les médecins inspecteurs qu'il emploie :

« Il y avait le cirque de l'internat, plus la faculté bien sûr ; c'était des machineries énormes et à haut risque dans lesquelles il y avait un lieu où le médecin était indispensable, c'était le lieu de contact avec le jury. Alors, si des administratifs comme moi, C. et autres, on était sur la brèche pour veiller à ce que matériellement, les affaires se déroulent régulièrement, et c'est là qu'il y avait des risques, le MIR était, lui, absolument indispensable, auprès des médecins hospitaliers, membres du

jury, pour l'examen des questions, celles qu'on retient, celles qu'on retient pas, à l'ouverture de chaque épreuve ; c'était une machinerie énorme, et puis, il y avait tout le reste. Dans la formation,, il y a tout autant le fonctionnement des écoles d'infirmières, les examens d'entrée, la distribution des diplômes à la sortie, les examens de sortie ; tout ça requiert l'intervention d'un médecin, et ça ne va pas non plus sans risque, et Dieu sait si, ici comme à L. parfois, on a eu des situations délicates et tendues, et parfois des risques de gros pépins, donc, médecin indispensable » (54-H-71).

Pour un responsable administratif, la sécurité technique, c'est de ne pas commettre d'erreur qui puisse être interprétée médicalement. Le signalement d'un cas de méningite à l'administration, par exemple, nécessite toute une série d'interventions propices à l'affolement général quand elles ne sont pas conduites par un médecin. Un second degré de sécurité se trouve en émergence dans la réactivation de la fonction inspection/contrôle qui découle du risque inhérent à l'activité de soins : toute erreur dans ce domaine entraîne aujourd'hui non seulement des conséquences humaines mais également médiatiques, dont une administration sanitaire cherche à se préserver.

Pour comprendre les missions confiées aux médecins inspecteurs, et en particulier celles qui touchent à l'inspection il est utile de les resituer dans le champ d'émergence de la santé publique en France. Le rappel historique qui va suivre m'a été fourni par un MISP (figurant dans l'échantillon : 42-H-44) qui avait réalisé pour son propre compte une recherche dans divers services d'archives.¹²⁵ Héritière d'un pouvoir fort dans un État centralisé, la santé publique s'est d'abord développée dans une logique de contrôle, sous l'ancien régime de monarchie administrative sous l'autorité des contrôleurs financiers qui disposaient de médecins recrutés par les intendants et rémunérés pour le travail qu'ils réalisaient au moment des épidémies et

¹²⁵ Je cite ici les propos de l'interviewé : « Très tôt, les médecins dans l'administration, leur existence, officiellement, elle commence, en dehors des médecins des autorités, les médecins chargés de soigner le roi, mais les médecins chargés en quelque sorte d'enquêter dans la population, chargés de soigner, de secourir la population, et d'enquêter sur les causes des désordres sanitaires, c'est une notion qui remonte au 18ème siècle, liée à la mise en place des pouvoirs des intendants qui avaient en charge un secteur qui était particulièrement surveillé par le pouvoir central, le secteur des institutions charitables, parce que c'était un enjeu de pouvoir terrible avec l'Église. L'Église avait été, après l'édit de Blois, donc avec François 1er à la fin du 16ème siècle, mise sur la touche dans la gestion des institutions de charité, pour des causes essentiellement de corruption et de mauvaise gestion ; on y avait introduit les pouvoirs municipaux, les officiers du roi, et s'étaient composés des conseils d'administration, qui perdurent d'ailleurs, dans lesquels il y a un jeu composé de plusieurs pouvoirs, pouvoir municipal, pouvoir de l'État, la tutelle maintenant, et puis un pouvoir professionnel, et il y a eu très vite dans l'histoire de la fin du 18ème siècle des médecins qui étaient chargés pour le compte de l'intendant de participer à la surveillance de ces institutions de charité, et ensuite également, chargés de veiller à la sauvegarde de la population en cas d'épidémie » (42-H-44)

des rapports qu'ils fournissaient à l'Académie Royale de médecine. Ces mouvements sont à la naissance d'une administration de la santé que la Révolution a confortée avec la création des officiers de santé et que l'expérience coloniale du XIX^{ème} siècle a développée avec la mise en place des premières inspections de la santé, constituées de médecins chargés d'organiser les grandes protections (contrôle sanitaire des frontières, contrôle des populations) Les effets de cette expérience coloniale ont aussi été vérifiés dans l'armée, avec l'installation d'un médecin inspecteur général chargé de veiller à la lutte contre les épidémies, aux conditions sanitaires des troupes, et de tenir informé l'État-major. Avec la III^{ème} République, la santé publique va s'ouvrir à la médecine sociale et la reconnaissance des droits que les lois en matière de protection sociale vont consolider. Le XIX^{ème} siècle semble avoir été marqué par une lutte institutionnelle entre le pouvoir de l'État et les pouvoirs locaux, en matière d'interventionnisme dans le champ de la santé publique jusqu'à la reconquête tout au long du XX^{ème} siècle d'une légitimité d'État depuis la loi de 1902 sur la salubrité publique, la création des comités d'hygiène, et l'apparition des inspections départementales de la santé dans les années 30. La mission d'inspection est donc au cœur du métier de médecin inspecteur. Elle recouvre aujourd'hui toute une série d'urgences ou de craintes exprimées autour de formules telles que le risque zéro, les démarches qualité, le principe de précaution, les référentiels de bonnes pratiques, les priorités de santé. Certains ont pu déclarer que le vrai métier du MISP, c'était l'inspection, une raison d'être, mais qui n'est pas forcément partagée par tous, même si une loi du 01/07/1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme est venue réaffirmer cette priorité du travail d'inspection et de contrôle. Ce texte réhabilite les corps de contrôle de l'État, et les médecins inspecteurs en font partie, puisqu'ils sont chargés notamment de rechercher et de constater des infractions pénales. Les médecins inspecteurs que j'ai rencontrés ne cachent pas leur embarras devant cette mission. Ils signalent la démesure des plans de sécurité sanitaire décidés par le ministère en charge de la santé. Devant les attentes de leur hiérarchie qui souhaiterait qu'ils aillent inspecter tous les établissements sanitaires de leur région, chaque année de A à Z, ils posent les questions des méthodes et des moyens, mais aussi celles des motifs et des finalités, tant les réalités des structures de soins sont complexes, entre un accident d'anesthésie, par exemple, un défaut d'hygiène dans une chaîne alimentaire, et la plainte d'une personne âgée à qui on a volé les chaussures au cours d'une hospitalisation ou la plainte d'une famille d'un malade qui s'est défenestré.

Les missions hospitalières.

On comprend mieux dans ces conditions pourquoi certains médecins inspecteurs déclarent que la majeure partie de leur temps de travail est prise par leur présence dans les hôpitaux. Cette présence correspond à un mode de régulation de l'action publique dans le domaine de la santé que CATRICE-LOREY assimile à la réinvention d'une politique.¹²⁶ L'émergence du champ nouveau de la santé publique est au croisement d'une nouvelle approche économique du système de soins et d'une redéfinition des politiques de santé. Il s'agit bien de nouvelles formes de régulation. Être agent d'une administration sociale de l'État équivaut aussi à être acteur de la modernisation de l'État providence dans son rôle de premier régulateur social.¹²⁷ Jusqu'à présent la principale option retenue semble être la mobilisation plus active, plus participative du corps médical, notamment hospitalier. C'est dans ce cadre nouveau de l'intervention publique que les MISP exercent des fonctions de régulation. Les hypothèses avancées par les chercheurs laissent à entendre que le terrain où ces médecins exercent est fortement conflictuel, et particulièrement dans

¹²⁶ « Selon la volonté de changement et le degré d'innovation de la politique, l'objectif de maîtrise de la croissance des dépenses de santé se traduit en démarches diverses. Le décideur public peut privilégier des interventions de limitation autoritaire des dépenses, décidées a priori. Efficace, certes à court terme, la procédure soulève des problèmes de légitimité ; elle alimente une controverse opposant à un rationnement aveugle des soins des processus plus éclairés de rationalisation des systèmes. L'action publique, à la recherche d'un meilleur rapport coût/efficacité, peu en effet retenir des cibles plus qualitatives et de long terme : contrôle du fonctionnement du système de soins, des moyens qu'il utilise, analyse de ses résultats, conversion éventuelle de ses structures. Un programme de ce type suppose la mise en œuvre d'une large politique d'évaluation des dispositifs existants. Il est un autre niveau de la démarche de régulation, celui qui conduit à réviser les conceptions mêmes de la politique antérieure, les finalités et les valeurs par elle poursuivies. Ainsi prend corps actuellement un mouvement critique marquant les limites d'efficacité d'une politique de santé trop centrée sur le développement de l'accès aux soins, sur une conception essentiellement curative et peu préventive de la médecine. Le fait qu'au plan collectif, elle ait négligé de promouvoir une dynamique de santé publique est aussi relevé. L'impératif de régulation peut donc susciter une reproblématisation de la politique de santé, la construction d'un autre référentiel global recouvrant certaines modulations des définitions du bien public au auparavant en vigueur », CATRICE-LOREY A., « *Les politiques de santé en régulation, réorientations de l'action publique et changement social* », in CRESAL, « *Les raisons de l'action publique, entre expertise et débat* », Actes du colloque CRESAL CNRS, S^t Étienne, 13-14 mai 1992, L'Harmattan, Paris (1993).

¹²⁷ L'argument développé par F. ABALLEA est que parmi les formes renouvelées de régulation sociale, l'État apparaît toujours comme un acteur principal : « En fin de compte, la sortie de crise résultera moins de toutes les initiatives plus ou moins utopiques ou charitables que de l'intervention active de l'État dans la régulation des rapports entre l'économie et le social et plus généralement des rapports sociaux, c'est à dire de l'avènement et de la constitution progressive de ce que l'on appelle l'État providence et plus généralement de l'État interventionniste. », ABALLEA F., *Crise et fracture sociale*, in *Recherche sociale* n° 144, octobre-décembre 1997 (p. 3-19).

l'univers hospitalier où les MISP se disent très impliqués.¹²⁸ Ils considèrent qu'il s'agit là de la première mission que leur confie l'État. Autour de cet axe fondateur, se greffent d'autres missions aux contours parfois plus flous parce qu'elles traversent les méandres hiérarchiques de circuits de commandes dont les critères peuvent être l'urgence, parfois médiatique, que relaye le statut des commanditaires (ministre, préfet et leur cabinet...) mais dans un champ d'interventions beaucoup plus dispersées où les missions apparaissent moins claires, le même processus de légitimation de la fonction étatique est à l'œuvre. Confier à des médecins inspecteurs l'organisation d'états généraux de la santé équivaut à leur donner pour mission de démontrer la capacité de pilotage de l'État dans une fonction de gouvernance sanitaire, c'est à dire la définition à plusieurs d'orientations d'une politique de santé. Les médecins jugent souvent ces missions incontournables, parce qu'elles sont à leurs yeux des missions de service public, même si, ajoutent certains, elles correspondent à des fonctions qui ne sont pas forcément intellectuellement intéressantes. Ces missions de service public qu'ils désignent par conséquent comme des missions de premier plan concernent la planification, le règlement des problèmes liés aux restrictions budgétaires, la sécurité et la qualité des soins. Missions de premier plan, donc positions de premier rang. Les médecins inspecteurs perçoivent bien l'ambivalence de leur rôle dans cette nouvelle configuration de l'intervention de l'État qui est à la fois un appel à compétences particulières mais aussi une opportunité stratégique pour les professionnels concernés. Ce champ de mission peut se subdiviser en fait en deux catégories de missions, celles qui privilégient l'action, comme la tutelle hospitalière, qui est une sorte d'aide à la décision, et celles qui privilégient la communication, comme la prévention ou l'éducation pour la santé, où la part de l'initiative est plus importante que le processus décisionnel. C'est ainsi que dans ce paysage diversifié des missions exercées, une différenciation s'opère entre le

¹²⁸ CATRISSE-LOREY rappelle : « En 1983 les médecins ont été associés à la gestion des services dont ils avaient la responsabilité technique ; ils contribuent depuis à la préparation du budget d'ensemble de l'établissement. Le directeur doit à cet effet, mettre en œuvre au niveau de chaque service un dispositif d'information, d'échange et de concertation. Une autre étape a été franchie en 1987, par l'entremise de leur organe de représentation, la commission médicale d'établissement, les médecins ont reçu un pouvoir de décision dans le champ de la politique médicale de l'établissement ; sous réserve de l'accord du conseil d'administration, ils posent les choix orientant le développement et le progrès des soins. Le projet médical d'établissement a été institutionnalisé par la loi de 1991. Si la responsabilité croisée du corps médical et du directeur n'est pas encore vraiment organisée, la responsabilisation spécifique de l'acteur médical s'accroît progressivement, s'étendant à maints domaines du fonctionnement de l'institution hospitalière : la production d'informations médicalisées, comme on l'a vu, mais aussi l'organisation interne des structures de soins, la planification où lui sont réservés des rôles d'experts. Au delà de ces contributions se pose le problème de l'adhésion des médecins hospitaliers aux objectifs de la régulation. Passeront-ils en définitive d'une régulation subie à une régulation active, décidant de prendre en mains, fût-ce comme groupe de pression, l'évaluation de leurs pratiques diagnostiques et thérapeutiques, la production d'informations médicalisées, ou de participer à certaines rationalisations du fonctionnement interne et externe de l'hôpital ? » », CATRISSE-LOREY A., « *Les politiques de santé en régulation, réorientations de l'action publique et changement social* », in CRESAL, « *Les raisons de l'action publique, entre expertise et débat* », Actes du colloque CRESAL CNRS, S'Étienne, 13-14 mai 1992, L'Harmattan, Paris (1993).

contrôle des structures et l'animation des réseaux. La dispersion qui caractérise parfois l'action des médecins inspecteurs produit une confusion dans les esprits entre les paradigmes qui les sous-tendent : le médecin inspecteur peut être vu comme un contrôleur par les uns, et comme un expert en évaluation par les autres. Les activités qui interfèrent entre les pôles des missions que je viens d'identifier ajoutent à l'impression de flou qu'évoquent de nombreux médecins inspecteurs, hésitant par exemple entre une position de conseiller technique et celle de référent juridique spécialisé.

Dans certaines régions importantes où les médecins se savent davantage exposés aux risques de surcharge et de dispersion, certains ont cru bon de re préciser leurs grands champs de missions (promotion de la santé, programmation des schémas régionaux¹²⁹) à l'intérieur desquels ils se sont répartis les missions selon un critère de technicité, et donc de connaissances spécialisées et de savoir-faire, avant de se distribuer le reste d'une foule de tâches diverses (représentation, gestion de moyens, encadrement de personnel, participation à des jurys...) qu'ils considèrent inclassables dans une mission particulière. Le repère qu'ils mettent le plus en avant concerne les donneurs d'ordres et les sollicitations diverses qui leur parviennent à tout moment, qu'il s'agisse d'opérations d'envergure, comme la réforme du contrôle sanitaire des populations carcérales de 1984, par exemple ou une visite de conformité d'un matériel biomédical ou encore indiquer en fin d'année scolaire à une directrice d'école d'infirmières quels sont les élèves qui doivent redoubler leur année. Tous les médecins ne perçoivent donc pas forcément une mission très clairement définie derrière cette juxtaposition d'attributions parfois très éclatées et qui leur fait déclarer qu'ils sont devenus des généralistes de la santé publique. Il existe des formalisations dans les organigrammes qui tentent d'opérer des regroupements ou de fédérer des activités à l'intérieur de ce que certains médecins appellent des blocs de compétences, sans que celles-ci soient pour autant explicitées, sauf sur le plan administratif. Un cas de figure assez caractéristique concerne en DDASS le « service des actions de santé en milieu ouvert » où les médecins ont en charge des

¹²⁹ BAUDIER F. précise que : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux populations davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer, affirme en 1986 la charte d'Ottawa qui a été adoptée par l'O.M.S. L'éducation pour la santé nécessite désormais des stratégies complexes qui associent tout un ensemble de mesures complémentaires, qu'elles soient réglementaires (interdiction de fumer, normes de sécurité) informatives (campagnes de sensibilisation) ou éducatives (actions pédagogiques dans les quartiers) en partenariat avec les associations et les professionnels : médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux, enseignants et c... », BAUDIER F., L'enrichissement du concept d'éducation sanitaire, in *Politique santé N°1*, décembre 1997, fondation de France (p. 14-15).

programmes d'actions dans les domaines de l'alcool, de la toxicomanie, de la prostitution, de la prévention et de la réadaptation sociale, de la santé des jeunes, auxquels se sont greffés ensuite les problèmes de santé en prison. Dans ce type de service, à défaut d'avoir une vision claire de leur mission, les médecins inspecteurs apprennent très vite à ne pas dissocier conseil technique et gestion administrative et comptable. A l'imprécision des finalités, ils opposent globalité des méthodes et cohérence des outils. On comprend également pourquoi certains jeunes médecins inspecteurs arrivant en DDASS découvrent un volet « santé publique » qui recouvre les actions de santé auxquelles ne s'intéressent pas les collègues déjà en poste et qu'il faut prendre en charge avec le plus souvent beaucoup d'improvisation, et où il est question d'apprendre à passer très vite d'un discours de santé publique à une action de santé publique, en développant au maximum un partenariat avec de nombreux acteurs extérieurs et d'où émerge cette mission d'animation de réseaux.

Quant à l'animation interne, elle relève principalement des médecins inspecteurs régionaux, qui exercent un pouvoir hiérarchique sur leurs pairs et dont une bonne partie du temps est consacrée à l'encadrement des personnes et l'assistance méthodologique.

2) La place des médecins par rapport aux missions confiées à l'administration de la santé.

Exercer un contrôle, être présent dans les structures et communiquer avec de nombreux acteurs s'inscrivent, comme je viens de l'expliquer, dans une mission d'affirmation du rôle de l'État en matière d'orientation et de fonctionnement du système de santé. Au niveau des professionnels eux-mêmes, cette mission sert également à affirmer le rôle spécifique des médecins dans l'administration vis à vis des autres catégories de fonctionnaires et à l'extérieur vis à vis des médecins soignants.

L'exercice des missions confiées aux médecins inspecteurs de santé publique dans les différents domaines d'intervention déjà cités correspond au développement interactif de l'expertise et de l'échange. C'est souvent le médecin, et pas n'importe quel agent de l'administration qu'on missionne, là où les rapports entre acteurs sont difficiles, par exemple lorsqu'il y a conflit entre un directeur d'hôpital et un médecin

chef de service. Dès lors qu'un problème se pose dans un hôpital, ou dans le champ sanitaire en général, c'est à dire dès lors qu'une régulation est à mener dans les formes d'échanges entre acteurs dont certains peuvent être médicaux, les médecins inspecteurs semblent tout désignés pour réduire les tensions ou régler les conflits. Les médecins seuls peuvent parler aux médecins, disent-ils, et cette mission recouvre des activités très chronophages, pour rétablir un dialogue, une discussion entre des partenaires qui ne se parlent plus ou qui sont en conflit, qui ne s'écoutent pas ou qui n'ont pas le temps. Un médecin inspecteur a passé deux jours, par exemple, pour faire accepter une décision d'orientation qui avait été prise par une commission départementale d'éducation spécialisée sans qu'aient été consultés des psychiatres. Le médecin inspecteur a pour mission d'aider à sortir de situations de blocage. Cette mission peut être aussi préventive. Lorsque l'administration pressent qu'en matière d'aide médicale urgente, par exemple, des tensions vont se manifester entre le SAMU et les pompiers, elle confie à un de ses médecins le soin de cadrer les négociations pour qu'il n'y ait pas trop de problèmes. « Cadrer » signifie expliquer la réglementation et discuter, à la fois avec des arguments techniques et tout l'art de la médiation. Les médecins ont bien vite compris, de leur point de vue, qu'une modification des comportements ne pouvait être obtenue sans un engagement dans ces deux formes d'activités : le travail technique et le travail de médiation. Les attentes des directeurs à leur égard confirment cette combinaison d'exigences : une analyse objective des dossiers et des situations. Les investigations qu'ils mènent pour le compte de l'administration, dans le cadre de ce qu'ils appellent, par exemple le service public hospitalier, ont pour but de comprendre pourquoi il y a des écarts entre la loi et les faits, comment on explique la différence entre l'usage qui est fait du pouvoir et celui qui est fait de la règle. La mission du médecin inspecteur consiste donc à enquêter, mais aussi à calmer le jeu, dès lors que s'opposent des rapports de pouvoirs et des formes d'interprétation des règles. Les échos médiatisés de ces tensions servent souvent d'élément déclencheur de la mission à réaliser. Lorsque la presse se mobilise autour d'une entreprise industrielle dont la nocivité de la production entraîne des effets handicapants pour le personnel et les enfants de ses salariés les plus exposés, dans le domaine du plomb par exemple, suite à une intervention syndicale au moment de la fête de Noël, parce que la remise des cadeaux aux enfants handicapés du personnel avait servi de révélateur, une enquête de terrain

est très vite diligentée par l'administration et confiée prioritairement à un médecin inspecteur. On devine assez facilement, dans une telle situation, la complexité de la mission qu'on lui donne.

Le sens de l'intervention médicale dans les missions de l'administration sanitaire.

Il n'en reste pas moins qu'en toile de fond subsiste toujours la question de savoir en quoi le MISP agit en temps que médecin, question posée par bon nombre de médecins inspecteurs. Tant que son activité se borne à donner un avis à l'appui de décisions concernant des individus (commission de réforme, comité médical), le médecin retrouve là sa fonction première : agir sur des cas particuliers. Le monopole d'intervention médicale est en fait rarement vérifié dans le travail des MISP. La présence du médecin inspecteur sur le terrain concrétise donc bien la rencontre interactive du monde de la santé et de l'administration, elle ne se limite pas à recueillir de l'information, ni à vérifier l'application de la réglementation, mais à donner à l'information un espace possible d'interprétation et de transformation. Les inspections peuvent être variées, leur finalité demeure : faire traiter de l'information par des acteurs très interdépendants, autrement dit les rendre très interactifs, et ceci est aussi vrai en matière d'éducation pour la santé où il s'agit de bâtir des projets pour l'avenir qu'en matière de sécurité sanitaire où il s'agit d'assurer le présent avec des acteurs qui n'ont pas forcément conscience de ce qui les relie. C'est ainsi qu'un médecin inspecteur a pu être amené à mettre en place un centre 15, c'est à dire un système de régulation à parité médecine libérale et médecine hospitalière, en veillant à ce que des échanges puissent se développer entre les urgences lourdes et le SMUR de l'appareil hospitalier et les urgences classiques, plus courantes, urgences à domicile parfois mal prises en compte par les médecins généralistes, parce qu'elles nécessitent une organisation collective et des permanences sur les secteurs que l'indisponibilité des libéraux ne facilite pas, ni d'ailleurs les charges des hospitaliers dans les services les plus exposés à des problèmes d'urgences. C'est notamment tout un travail d'échanges conduit par ce médecin inspecteur avec le Conseil de l'Ordre qui a permis dans un second temps la concertation entre professionnels concernés. Là où il s'agit de mobiliser des acteurs que tout sépare dans le champ d'une mission qu'ils ignorent parce qu'elle est confiée à l'État, les médecins inspecteurs sont appelés à se servir de la double clé qui s'attache à leur statut : celle du médecin et

celle du représentant de l'État, en mobilisant cette capacité inhérente à leur ambivalence, celle de nuancer sa position face aux autres acteurs, en fonction de la référence statutaire à laquelle ils sont le plus sensibles. C'est particulièrement vrai par exemple, en matière de défense, lors de la mise en œuvre des plans ORSEC, entre pompiers, corps militaires, fonctionnaires civils, chirurgiens des hôpitaux, gestionnaires d'établissements divers. Concrètement, cette mission de mise en place de dispositif consiste le plus souvent pour un médecin inspecteur à apprendre à gérer un programme interactif de réunions qui puisse déboucher sur les coopérations ou complémentarités attendues.

Mais si le travail qui consiste à rechercher des coopérations est commun à de nombreux professionnels, qu'est-ce que les missions confiées aux médecins de l'administration ont de spécifique ? Je forme l'hypothèse que les missions des médecins inspecteurs impliquent un transfert du regard clinique sur les réalités socio-économiques d'un environnement qui ne se donne pas facilement à voir pour l'administration. Au début de l'histoire des greffes d'organes humains par exemple, alors qu'un certain nombre de programmes se mettaient en place et que la réglementation n'était pas encore établie, un triple regard s'imposait, celui de la découverte, celui de l'observation et celui d'une recherche de conformité. L'administration qui ne dispose pas de manière assurée de ce savoir-faire, puisque sa mission première est de faire appliquer une réglementation, est alors amené à confier ce type de travail à ses agents les moins imprégnés de cette mission fondamentale, donc les plus capables a priori de développer des savoir-faire différents, mais dont le contenu n'est pas toujours très explicite. Il s'agit moins de « modeler le terrain » que de le connaître. Tout comme dans l'expérience médicale de la clinique, la mission consiste alors, mais dans le champ plus vaste de la santé publique, de reconnaître un objet collectif, c'est à dire un problème de santé d'intérêt général qui se partage entre ceux qui le vivent (ceux qui sont engagés dans une action de terrain) et ceux qui enquêtent (les médecins inspecteurs dont la présence incite les acteurs à transformer leur point de vue sur leur action) A l'instar de Michel FOUCAULT qui considérait qu'en matière de clinique, la démarche intègre tous les acteurs dans un même

mouvement,¹³⁰ l'expérience médicale en santé publique est un partage entre celui qui agit et celui qui « inspecte ». Lorsque le médecin inspecteur dit ce qu'il voit et ce qu'il comprend, il construit un savoir commun accessible à l'administration sous réserve que les formes d'observation clinique (soignante et santé publique) puissent être échangées entre acteurs parlant un même langage (les médecins). Le regard clinique commence par une expérience du partage (la lecture des symptômes ou des signes et leur genèse) c'est à dire l'élaboration d'une intelligibilité des processus et s'achève par une expertise reconnue dans la connaissance qui est produite à partir de données empiriques exploitées à des degrés différents d'observation. En santé publique, dans le domaine des épidémies par exemple, et depuis l'ancien régime, les médecins inspecteurs ont commis un certain nombre de rapports dans lesquels ils étudiaient non seulement la maladie et les malades, et ce en collaboration avec les médecins soignants, avec des approches au cas par cas, mais aussi une étude des constitutions, c'est à dire de toutes les causes qui, en termes de climat, de salubrité publique, d'habitat, de travail, pouvaient être des causes favorisantes de l'apparition de ces épidémies. La production de cette connaissance issue d'un travail clinique très complexe procède de la naissance de la santé publique où se côtoient aujourd'hui anthropologues, géographes, sociologues, économistes... La centralisation de ces connaissances par la société royale de médecine a jeté, jadis, les bases d'un véritable corpus de santé publique qui s'est considérablement complexifié dans nos sociétés modernes mais qui n'a rien ôté du processus d'observation de la phase clinique initiale.

La description en santé publique n'a pas pour but de délivrer à l'administration une connaissance qu'elle n'a pas mais de faire parler ce qu'elle ne voit pas. La mission qu'elle confie à des médecins est d'assurer la descriptibilité des phénomènes qu'elle veut réguler. Cette formule inspirée de Michel FOUCAULT (1963, p. 116) m'amène à ajouter que l'administration a l'obsession de rendre le réel tout entier visible et énonçable. Cette descriptibilité totale est un postulat qui sert de toile de fond à toutes les missions qui sont confiées aux médecins inspecteurs de santé

¹³⁰ « La genèse de la manifestation de la vérité est aussi la genèse de la connaissance de la vérité. Il n'y donc pas de différence de nature entre la clinique comme science et la clinique comme pédagogie. Ainsi se forme un groupe, constitué par le maître et ses élèves, où l'acte de reconnaître et l'effort pour connaître s'accomplissent en un seul et même mouvement. L'expérience médicale, dans sa structure et dans ses deux aspects de manifestation et d'acquisition, a maintenant un sujet collectif ; elle n'est plus partagée entre celui qui sait et celui qui ignore, elle faite solidairement par celui qui dévoile et ceux devant qui on dévoile. L'énoncé est le même ; la maladie parle le même langage aux uns et aux autres », FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, P.U.F., Paris (1963, p. 111).

publique ; elle implique pour leur mise en œuvre une décomposition des actes de l'observation, en santé publique comme en clinique médicale. Le déclenchement du processus correspond à un indice qui doit être perçu dans le temps et dans l'espace. Le médecin inspecteur observe le présent dans certaines de ses manifestations, et il engage un questionnement qui sert à introduire le langage de la santé publique. Ce langage suscite la réflexion parce qu'il est rétrospectif ; il amène les acteurs à refaire l'histoire de l'action ; il développe ensuite une seconde série de questions sur ce qui constitue l'environnement des acteurs. Le troisième temps de l'observation correspond à l'évaluation de son propre développement (que s'est-il passé depuis qu'on a commencé l'investigation ?) Le dernier moment de l'observation, pour reprendre le schéma analysé par M. FOUCAULT¹³¹ est celui réservé à la parole, celle de l'administration qui formalise les résultats de la mission. Pour mener ce travail, comme dans la clinique, il faut disposer d'un savoir mais aussi d'une bonne maîtrise de ses sens, ceux qui voient, qui entendent et qui sentent. Les enquêtes et inspections menées par des médecins ne sont pas de simples exercices intellectuels ; ils s'appuient sur une sensibilité concrète qui s'est développée dans l'apprentissage de la clinique. Ce que certains appellent « l'œil du médecin » devient en santé publique, le regard de prudence, d'attention, de sagacité, d'exactitude et de patience que FOUCAULT identifiait dans l'œil clinique d'une médecine des symptômes qui cède la place à l'anatomie pathologique.¹³²

Le médecin inspecteur aurait donc pour mission d'exercer une médecine d'observation et de compréhension qui part d'un terrain à découvrir au moyen d'un langage qui s'échange, pour le transformer à la fois en monde visible pour l'administration mais aussi en univers de sens partagé par les acteurs qui s'y trouvent. Cette phase de construction et de développement d'une action collective constitue, à mon sens, la dernière étape du processus clinique en santé publique. Elle correspond par exemple à la mise en place d'un comité technique de la naissance ou d'un comité technique de cancérologie au sein d'une région où tel médecin

¹³¹ « Dans le schéma de l'enquête idéale dessiné par PINEL, l'indice général du premier moment est visuel : on observe l'état actuel dans ses manifestations... Le second moment est placé sous le signe du langage et aussi du temps, de la remémoration, des développements et des incidences successives... Il faut interroger le malade ou son entourage sur son habitus, sa profession, sa vie passée. Le troisième moment de l'observation est à nouveau un moment perçu ; on rend compte jour après jour du progrès de la maladie... Enfin, dernier temps, celui réservé à la parole : prescription du régime pour la convalescence. », FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, P.U.F., Paris (1963, p. 112).

¹³² « L'expérience clinique s'arme pour explorer un nouvel espace : l'espace tangible du corps, qui est en même temps cette masse opaque où se cachent des secrets, d'invisibles lésions et le mystère même des origines. La médecine des symptômes, peu à peu entrera en régression, pour se dissiper devant celle des organes, du foyer, et des causes, devant une clinique toute entière ordonnée à l'anatomie pathologique. », FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, P.U.F., Paris (1963, p. 123).

inspecteur a pu dresser, en son temps, un constat de carence de planification sanitaire, et mobiliser dans son travail d'observation, de repérage, de questionnement et de reconstitution d'une série de faits, divers professionnels de santé et responsables politico-administratifs. Cette mobilisation a pu s'effectuer autour de rencontres, de tâtonnements sur le terrain qui auront servi à produire ce langage de la clinique, fait d'alternance entre une perception et une réflexion, entre ce qu'on interroge et ce qu'on exprime, à travers des collectifs nécessairement à géométrie variable, mais toujours composés de médecins, sans lesquels cette progressivité méthodique n'aurait pu se dérouler.

Le médecin inspecteur qui anime un tel processus dit qu'il y passe du temps mais qu'il y trouve aussi beaucoup de plaisir, et ce sentiment provient moins du fait qu'il progresse vers une décision, que de l'expérience du partage qu'il a vécue pour produire cette décision. Pour l'administration, ce travail s'inscrit dans une mission : le médecin inspecteur doit initier des stratégies et des actions qui obéissent à des orientations ou des priorités énoncées par ses donneurs d'ordres, c'est à dire les politiques, dont l'une des consignes prioritaires est aujourd'hui l'évaluation.¹³³ Pour les médecins, cette mission est une forme d'intervention publique que précède le savoir-faire clinique, ce trait professionnel qui crée le lien entre la connaissance et l'action. Lorsqu'un directeur de DDASS demande à un médecin inspecteur de « fabriquer un schéma départemental de prise en charge des handicaps et inadaptations », ou de faire l'analyse de l'état de santé d'une population, ou de « gérer des projets régionaux de santé » par exemple, il lui demande d'initier non seulement une démarche de connaissance d'un monde qu'il ne se représente pas bien, mais aussi d'initier une forme d'action collective destinée à le transformer, dans le cadre d'une politique publique où l'État lui a confié une mission de défense de l'intérêt général. Cette rhétorique du droit n'est pas absente des missions qu'exercent les médecins inspecteurs, elle leur donne un contour qui va bien évidemment

¹³³ Je cite ici BRUNHES : « Lorsque l'on parle d'évaluation dans le domaine de la santé, on parle en fait de deux choses : d'une part, on désigne une évaluation globale de tout ce qui est fait en termes de santé publique, mais d'autre part l'évaluation de la qualité d'un acte médical. Je crois qu'il ne faudrait pas mélanger dans les débats ces deux aspects d'évaluation : l'évaluation globale (est-ce que notre système de santé ou tel secteur améliore la santé publique ?) et le problème très concret : est-ce qu'aujourd'hui tel service hospitalier est compétent et offre des prestations de bonne qualité ? Cette qualité ne peut être mesurée simplement en référence à la qualité technique de telle opération chirurgicale ou de tel acte mais par rapport à la qualité totale de la prise en charge du malade. Si les opérations d'approfondissement du management et de la gestion sociale ne sont pas complètement et directement reliées à une recherche d'amélioration de la qualité, elles risquent de tomber à côté. », BRUNHES B., « Les stratégies de changement et l'évolution des métiers », in *Évaluation des politiques et transformation des pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire et social*, Actes des journées de l'ENSP, 13 & 14 février 1992, Éditions ENSP, (1992).

réorienter leur démarche clinique dans un contexte professionnel où les activités vont être très éloignées des activités de soins.

3) Les activités des MISP.

Il n'existe pas de modèle de référence en matière d'activités exercées par les médecins inspecteurs. Parmi eux on peut rencontrer des médecins qui partagent leur temps entre de l'inspection et des études épidémiologiques, des médecins qui instruisent des dossiers en relation avec d'autres acteurs, internes à leur administration ou extérieurs, des médecins qui répondent à des demandes d'avis techniques, des médecins qui gèrent du personnel et organisent le travail de leurs collaborateurs, ou encore des médecins qui instruisent des plaintes, font du contrôle sur place, rédigent des rapports etc... Ces diverses activités n'obéissent pas à une répartition toujours équilibrée des charges. D'un médecin à l'autre, sur un même emploi, on observe qu'elles peuvent varier, le successeur n'accordant pas forcément la même importance aux divers éléments de la pratique de son prédécesseur. Les activités de travail recouvrent donc une grande variété de tâches. Le lecteur trouvera à la fin de ce chapitre un tableau qui reprend pour chacun des entretiens réalisés un extrait significatif de l'activité centrale de l'interviewé. Les commentaires apportés à ce tableau dressent une synthèse de cette sous partie consacrée au recensement des activités des MISP.

Un certain nombre de médecins inspecteurs déclarent avoir eu une fiche de poste, mais où rien ne leur était imposé, la consigne étant : il faut s'occuper de tout, mais sans prescription complémentaire. Ils sont embarrassés quand on leur demande de décrire ce qu'ils font ; ils sont nombreux à répondre que c'est beaucoup de choses, que c'est parfois tout et n'importe quoi. Ils essaient de saisir des activités qui répondent à ce qu'ils souhaitaient, c'est à dire pour la majorité, exercer un métier de santé publique. Cette représentation est cependant d'autant moins claire qu'ils ont largement la possibilité de puiser dans le vivier des tâches dont le caractère exponentiel a fait dire à l'un d'entre eux « *qu'une DDASS est un vaste foyer occupationnel où on n'arrête jamais, où l'on pourrait être présent jour et nuit et arriver à occuper tout ce temps* » (6-F-38).

La découverte de cet univers commence souvent par une prise de connaissance des textes disponibles dans le champ des missions confiées, suivie d'une prise de contact avec les structures existantes sur le secteur dans le domaine précis de ces missions (les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie par exemple, dans le cadre d'un programme prioritaire de santé publique « lutte contre l'alcoolisme ») La mise en place d'un dispositif démarre fréquemment avec une enquête destinée à analyser l'activité des organismes, complétée par des visites sur place, et suivie de rédaction de rapports, d'exercices de synthèse et d'échanges avec des acteurs divers dont les positions et les activités produisent des interférences avec des domaines parallèles ou complémentaires qui vont parfois nécessiter d'autres prises de contacts, d'autres investigations, d'autres rencontres. Le poste occupé devient alors rapidement le poste « des questions de santé » ou le poste « des questions hospitalières » ou le poste « toxicomanie ». J'ai pu vérifier que lorsque les médecins inspecteurs se retrouvent pour évoquer « leurs dossiers », ils déclarent avoir du mal à définir ce qu'ils font et éprouver parfois le besoin de noter ce qu'ils font au quotidien pour y voir plus clair.

Je vais tenter ici cet exercice de clarification. Le but premier de l'activité du médecin employé par l'administration est de traiter l'information comme une source prioritaire de pouvoir, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Institution. je donne un exemple :

Dans un département où responsables administratifs et politiques s'interrogent sur l'organisation et les moyens de la psychiatrie pour faire face à tous les problèmes que pose ce domaine de la santé publique, une mission d'enquête et de propositions a pu être confiée à un médecin inspecteur qui a pris le temps de procéder à une étude approfondie de la réglementation, de rencontrer tous les psychiatres en exercice, de dresser l'état des effectifs, de recenser les activités, se positionnant finalement comme référent départemental en la matière, personne-ressource, animateur privilégié des échanges entre spécialistes, représentant de l'État, expert connu et reconnu, notamment par des psychiatres ravis de constater que des autorités administratives s'intéressaient à eux pour faciliter une réorganisation dont ils ressentaient le besoin et développer leur moyens. En l'espace de 18 mois, la somme des informations qu'a récoltées ce médecin inspecteur lui a conféré un pouvoir certain sur tous les acteurs qui en constituent les sources isolées.

L'activité de recueil de données donne à celui qui les collecte un statut de référent pour les membres du groupe qui lui fournissent. Le volume et la qualité méthodologique de cette activité légitiment directement le pouvoir de cet acteur référent. L'un des volets de cette enquête psychiatrie avait consisté, pendant 3 mois à examiner 1 000 dossiers individuels (soit un malade sur cinq) pour l'ensemble des établissements de santé, avec tirage au sort, ce que n'auraient jamais pu faire les acteurs pris individuellement et sans mandat institutionnel fort (une administration de l'État et le cadre législatif et réglementaire) On est en présence d'un travail qui comporte une finalité (mieux soigner les maladies mentales), une méthode (dresser un état des lieux, informatiser des données médicales, produire des statistiques) et un intérêt (rendre un service à la collectivité et aider les professionnels) Si ces trois caractéristiques de l'activité menée par le médecin inspecteur sont vérifiées par les acteurs concernés, celui-ci sera alors non seulement consulté par ces derniers, mais entendu, deux formes d'échanges qui permettent d'identifier un acteur référent.

L'intervention des MISP sur le terrain.

Quand ils abordent leurs activités, les médecins inspecteurs font souvent référence au terrain, c'est à dire tout ce qui, à l'extérieur de l'administration, se trouve au contact direct des usagers. Ces activités de terrain recouvrent en fait trois volets : inspecter (rapport direct avec des faits), recueillir des données (rapport direct avec des organisations) et mettre en relation (rapport direct avec les hommes) En matière d'inspection, la première activité en temps concerne le téléphone (diversifier des contacts, annoncer ou confirmer des écrits, élucider des réclamations ou des dépôts de plaintes, afin de sélectionner les affaires et programmer les rencontres...). Je vais prendre un exemple (3-F-34) :

Une inspection peut commencer par un signalement, comme le décès d'un nouveau-né par exemple, dans un service hospitalier. Le médecin inspecteur qui en est saisi peut se trouver à ce moment là occupé par la rédaction de plusieurs rapports destinés à conclure des affaires en cours (résultats d'une enquête sur la prise en charge des nouveau-nés en milieu hospitalier, un rapport d'inspection sur le fonctionnement général d'un établissement particulier, une note interne de présentation méthodologique de l'inspection concernée, et un rapport d'enquête sur un conflit intervenu entre un directeur d'hôpital et des médecins de son établissement...) la dispersion occasionnée par ce nouveau signalement peut inciter ce médecin à rechercher des collaborations auprès de ses collègues, d'autant que la période

précède les vacances d'été et que l'enquête doit être menée rapidement. Après de nombreuses communications téléphoniques, dont la majorité n'est pas suivie d'effet, ce médecin finit par engager à ses côtés un de ses collègues de la DDASS dans un travail d'inspection sur site au début du mois de juillet, et procède à des entretiens auprès de tous les agents du service concerné, la décision ayant été prise de limiter l'investigation à ce seul service. Au moment de l'entretien que j'ai eu avec ce médecin, le rapport était en cours d'élaboration, et le travail pour en arriver là, compte tenu des autres rapports à achever, lui avait demandé un mois. Le travail de rédaction est le plus souvent découpé dans le temps.

La caractéristique d'un travail d'inspection est bien cette fragmentation des opérations qui se chevauchent au fil des dossiers qui se constituent et des affaires qui s'engagent, avec une grande variabilité de contenu, de durée et d'échéance. Le médecin qui fait de l'inspection est immergé dans une réalité complexe qu'il ne peut prétendre maîtriser mais qu'il doit comprendre, c'est ce qu'il découvre très vite, en prenant ses fonctions.

Comment se développe une pratique d'inspection ? Assez fréquemment, le travail de rédaction de rapport ou d'élaboration de conclusions et d'avis techniques consiste à copier sur ceux qui ont été faits auparavant dans des conditions ou sur des affaires à peu près similaires. En parallèle, toutefois, le gros de l'activité consiste à aller se rendre compte sur place. Lorsqu'un médecin est chargé de mener une inspection pour faire ressortir des besoins de section de cure médicale dans le domaine des personnes âgées sur un département, il s'engage, comme j'ai pu le constater, à peu près pendant un an, à circuler beaucoup pour visiter tous les établissements d'hébergement de ce type, parce que considérer la dépendance comme un fait, c'est d'abord l'observer là où elle se manifeste, où elle se traite, où elle s'exprime (dans des listes d'attente par exemple) Cette activité n'est pas éloignée de la clinique, évoquée plus haut. Inspecter, c'est donc d'abord percevoir.

Le recueil de l'information

Le second volet des activités de terrain est souvent complémentaire de l'observation, puisqu'il s'agit de recueillir des données favorisant la connaissance pour agir sur les faits, prendre des décisions, et finalement transformer le réel. Comme ce processus ne saurait véritablement se dérouler sans la volonté des acteurs concernés, on comprend pourquoi cette activité de terrain est importante et consiste pour un médecin inspecteur à être présent là où les acteurs évoluent.

Les médecins inspecteurs déclarent participer à tous les travaux des commissions hospitalières. Ces instances sont des acteurs incontournables pour élaborer des schémas d'organisation sanitaires dans les diverses spécialités médicales, études souvent commanditées par les Agences régionales de l'hospitalisation, organes de décision compétents pour distribuer les enveloppes financières aux établissements de soins. Les financeurs ont l'obsession de l'information relative aux établissements qu'ils contrôlent. Et comme les sommes sont assez considérables, le temps passé par les médecins inspecteurs dans les structures de soins est proportionnel à cet enjeu. Quand on décortique l'emploi du temps hebdomadaire d'un médecin, il n'est pas rare de constater qu'il a pu par exemple assister au cours d'une même journée à deux commissions médicales d'établissement dans deux endroits différents. Quand on sait que ce type de réunion se déroule facilement sur plusieurs heures, on admet volontiers qu'en extrapolant, en fonction du nombre d'établissements de santé qu'il peut couvrir, le médecin concerné puisse déclarer y consacrer le tiers d'un temps plein. Réaliser un schéma départemental des établissements et services pour enfants handicapés peut demander dans un premier temps trois mois de visites à plein temps, et parfois à plusieurs. Cette contrainte peut devenir une nécessité désirée, parce que la somme des données recueillies confère au médecin un pouvoir qui le positionne pleinement comme membre d'une profession consultante. Il est seul à détenir le savoir qu'il s'est construit, et il devient donc un acteur quasi incontournable tant pour guider l'action du terrain que pour éclairer le processus décisionnel de l'administration. Des médecins inspecteurs ont pu devenir des mémoires vivantes du développement hospitalier d'une région ou d'un département :

« Souvent, j'avais envie de sortir ; j'allais assez souvent sur le terrain, parce que quand j'avais un dossier sur quelque chose, il fallait que j'aille voir, même un terrain nu ; il fallait que j'aille voir, parce que j'avais un plan, mais je savais pas où c'était, je voyais pas. Il fallait que j'aille voir le terrain, donc ; j'ai beaucoup voyagé, je connais presque tous les hôpitaux, les cliniques et autres. Je faisais des classements de cliniques avec la sécu. Je connais quasiment tous les hôpitaux, avec les IVG ; de toute façon, je me suis introduite partout. » (26-F-65)

Il arrive parfois qu'une législation soit modifiée et nécessite une remise à plat de toute la connaissance du fonctionnement des structures sous la tutelle de l'État.

Dans de telles conditions, 50 dossiers d'hôpitaux peuvent occuper un médecin inspecteur pendant 6 mois. Le travail de terrain d'un médecin inspecteur est donc parfois intensifié par la mise en œuvre de ces enquêtes lourdes, à intervalles irréguliers. Si pour le médecin chargé du contrôle des établissements sanitaires ou médico-sociaux, schématiquement le temps de travail se décompose en 1/3 temps de terrain, 1/3 études de dossiers et 1/3 commissions diverses, j'ai pu observer que la propension à augmenter le premier volet était largement répandue. Il y a bien nécessité, besoin et désir d'aller sur le terrain, comme si, travaillant dans une administration, ce moyen leur apparaissait comme le plus à même de les différencier des autres fonctionnaires, chargés d'activités administratives. Les médecins déclarent qu'ils ne peuvent apprendre leur métier qu'en allant sur le terrain, participer à des réunions extérieures, rencontrer d'autres médecins. Ils considèrent souvent qu'ils sont sensés apprendre leur métier sur le tas, et ils s'en accommodent très vite, moyennant l'apprentissage de quelques exercices de conduite d'entretiens. Ces activités de recueil d'informations pour connaître le terrain des établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux se concrétisent enfin par un troisième volet de tâches dans lesquelles les médecins investissent beaucoup de leur temps et de leur savoir-faire : le travail relationnel.

Un médecin inspecteur qui a en charge un dossier toxicomanie en qualité de chef de projet, déclare traiter des questions de prévention, de soins, de répression, en privilégiant surtout la fonction d'information et de coordination. Coordonner signifie accompagner les équipes de liaison, les réseaux locaux, en étant présent là où, autour de lui, les acteurs de terrain peuvent se rencontrer pour échanger des informations. Le médecin inspecteur est un acteur dont la présence sert de lieu d'échange, de point de rencontre. Il est aussi celui qui va à la rencontre des différents acteurs concernés par un même problème. Dans une situation donnée, par exemple une injonction thérapeutique à l'égard d'un jeune toxicomane, il va chercher à rencontrer le maximum d'acteurs, toxicomanes, procureurs, substituts, médecins, gestionnaires d'associations, administratifs. Il devient celui qui connaît la diversité des modes d'approche d'une question particulière, celui qui centralise des sources d'informations, et finalement celui qui connaît beaucoup de monde. Il devient l'homme d'un réseau, l'animateur de tout un ensemble de personnes ressources qu'il peut mobiliser pour toutes sortes d'affaires à traiter selon des configurations variées.

Ce que les médecins inspecteurs appellent ainsi une médecine d'échanges et de contacts est aussi un processus de consolidation d'un pouvoir dont l'efficacité n'a d'égal que le nombre et la diversité de ses relations.

Finalement, pour dire les choses simplement, un médecin n'a d'activités qu'en lien avec le travail de nombreux acteurs locaux dont les rapports font de plus en plus appel à une coordination soutenue. Ce travail avec le « local » correspondrait aux nouvelles stratégies des politiques publiques où l'État prend conscience de cette nécessité d'être plus proche des réalités.¹³⁴ Un exemple d'intégration de ces différents volets d'activités concerne la veille sanitaire qui correspond assez fréquemment à une logique d'intervention d'urgence en santé publique. Les médecins qui la pratiquent disent qu'ils aiment ce travail parce qu'il fait appel à toutes les capacités qu'un médecin peut acquérir, dans la connaissance du terrain, dans le diagnostic, dans le déclenchement de formes d'action immédiates, dans le suivi. Les outils utilisés ont souvent été conçus à plusieurs, des fiches réflexes, des protocoles d'intervention. Les méthodes sont très interactives : pour que les gens alertent, il faut leur donner de l'information, mais il faut aussi savoir la saisir ; le principe des tâches se construit sur un mode d'aller-retour. L'information sert d'abord la communication, elle n'est pas érigée en règle, elle s'échange et c'est la rencontre des acteurs qui la traitent qui sert à conduire l'action. Autour d'un cas de méningite par exemple,, les médecins inspecteurs ne se limitent pas à l'application stricto sensu d'une circulaire, ils peuvent même s'en éloigner en considérant qu'on ne peut pas traiter les risques des individus non malades sans les connaître et donc sans agir avec eux dans une situation où on n'a pas de recul, en associant également d'autres professionnels (de l'éducation par exemple), des élus locaux, des médecins traitants...Entre le téléphone, les questionnaires, les entretiens, les visites sur place, le médecin inspecteur effectue un travail qui explique des faits, qui les contextualise et qui implique les acteurs tout au long de la chaîne de décision.

¹³⁴ Cette idée emprunte au constat rappelé par AUTES et BRESSON : « on cherche à établir que la dimension du local, du territoire local, est au cœur des nouvelles stratégies des politiques publiques, que ce soit en matière d'aide sociale ou de santé publique...dans la recomposition en cours des politiques publiques, on connaît la volonté affichée de l'État de donner plus d'autonomie et de responsabilités aux acteurs locaux, traditionnellement présentés comme étant plus proches des réalités » AUTES M, BRESSON M, Précarité, santé mentale et système local de santé, IFRESI/CNRS, mars 2001.

Tableau : activités de travail

Réf. des entretiens	Extraits significatifs d'entretiens
1-F-31	<p>Je passe énormément de temps au téléphone et puis un peu au dehors, pour faire les questionnaires, aller sur place, voir la cuisine, le vétérinaire, lorsque je m'occupe de toxi-infections alimentaires, puisque je fais de la veille sanitaire. Le mieux, c'est d'aller sur place. Quand je suis toute seule, je ne peux pas quitter la DDASS, mais pour interroger les malades, les témoins, c'est mieux, parce qu'on sait ce qu'on cherche, une piste. Quand on fait beaucoup quelque chose, après, on a plus le feeling. Donc, pour moi, mes activités en veille sanitaire, c'est un jeu de piste ; je passe des journées au téléphone, parce que ça veut dire aussi qu'il faut que je convainque, j'ai tout par téléphone.</p>
2-F-35	<p>C'est une avalanche de choses ; nous partageons ce sentiment avec les collègues : voilà, il y a un problème, c'est un problème de l'hôpital ou un problème sanitaire, donc, c'est médical, les médecins seuls peuvent parler aux médecins, donc on envoie au médecin inspecteur ; et bien souvent, ça nous prend beaucoup de temps pour établir une discussion, une discussion entre des partenaires qui ne se parlent plus, qui sont en conflit, qui ne s'écoutent pas, ou qui n'ont pas le temps. Souvent, c'est cela. Je l'ai vu encore avec un collègue qui a passé deux jours pour un problème d'institution, avec une CDES qui donne une orientation sans avertir les psychiatres. Alors on se retrouve avec la victime, un enfant qui devient l'otage d'une structure contre l'autre. Donc la situation est bloquée. C'est psychiatrique, donc, c'est médical, donc, c'est le médecin inspecteur. On a ce sentiment de ne pas consacrer suffisamment de temps au travail de fond. Alors il y a toutes sortes de choses qui émergent, et on règle dans l'urgence des tas de situations sans approfondir.</p>
3-F-34	<p>On nous a saisis pour un problème de décès de nouveau-né. Donc, on est partis là-dessus avec C. On est allés à deux, on a écouté ; on a fait une enquête par entretiens auprès de tous les gens qu'on a rencontrés dans le service, uniquement dans ce service là, et puis, je suis rentrée, et mon rapport d'inspection, il sera fini cette semaine. Il m'a fallu un mois, parce que je suis sortie de là, et en fait, j'ai quatre rapports en cours : j'en ai un sur les nouveau-nés stricto sensu, ce que m'a demandé mon administration ; j'en ai un sur l'établissement en général ; j'en ai un sur le conflit entre le directeur et les médecins, et puis, le quatrième, c'est une note interne pour essayer d'expliquer comment je suis arrivée à ça, en partant d'un truc au départ qui était un conflit direction/médecins. J'ai commencé à l'écrire il y a vraiment dix jours.</p>

4-H-43	<p>On nous demande souvent des avis sur des tas de choses, des avis parfois où il n'y a pas de question, ou bien la question n'est pas bien formulée, et il faut déjà comprendre la question. On nous demande des avis sur tout, à savoir les délibérations de conseils d'administration, sur telle délibération, sur des plans, parce qu'il y a tel établissement qui a tel truc et qui a envisagé de faire telle extension ; on demande un avis sur un plan, alors on vous balance un plan...Et puis un tas de courriers qui s'accumulent sous le coude gauche. J'ai deux dossiers thématiques qui sont la psychiatrie et l'aide médicale urgente. Pour l'administration, j'ai l'impression que c'est essentiellement les ambulanciers et les relations SAMU/pompiers. Il faut cadrer ça pour qu'il n'y ait pas trop de problèmes. Les ambulanciers, c'est de l'application de la réglementation, et de temps en temps discuter un peu avec eux pour les calmer.</p>
5-F-39	<p>Au départ, je n'étais pas vraiment intéressée, mais j'ai dit : après tout, je vais prendre connaissance des textes. Je devais travailler en collaboration avec un administratif ; il venait d'arriver, il n'avait pas de formation particulière. On a débrouillé le terrain ensemble, on n'avait aucune connaissance du dispositif...On s'est dit : avant de faire un schéma, on va essayer de mieux connaître les structures qui existent, et on va d'abord s'intéresser aux centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie qui sont quand même des structures un peu pivots pour le dispositif alcool. Donc, ensemble, on a bâti une enquête pour analyser l'activité, l'organisation de chaque service, des visites sur place, on a fait un constat et des propositions de réorganisation.</p>
6-F-38	<p>Mon DDASS considère que je suis payée pour l'organisation des soins, pour faire de la planification, pour avoir des idées de génie qui vont lui permettre de faire des économies, pour que je lui fasse des fiches très bien faites pour la venue de deux ministres, parce que le préfet claque dans les doigts, et il faut que ce soit parfait. Donc, dans la pratique, je crois que mon temps est plus occupé par de la médiation que par du travail plus technique. Mais en même temps, le travail technique, il faut le faire et le ministère est de plus en plus exigeant, dans l'inspection, et ça, c'est paradoxal, parce que si on fait du travail technique pur et dur, ce n'est pas parce qu'on l'a fait qu'on va modifier les comportements. Faire une inspection qui dit : ça dysfonctionne, et qu'à l'issue du rapport écrit qu'on envoie aux gens, le déclic ne se fait pas, ça ne sert à rien.</p>
7-H-45	<p>Personne ne voulait s'investir dans le domaine des personnes âgées, c'est à dire les maisons de retraite, les maisons de cure, les moyens et longs séjours des personnes âgées, et puis les personnes handicapées. Donc j'avais un petit secteur sanitaire, et puis j'avais surtout à gérer la politique des personnes âgées et la politique des personnes handicapées, enfants et adultes. Mes activités dans le domaine des personnes âgées, c'était essentiellement des avis qu'on donnait en commission régionale, pour des demandes de création de structures, ou éventuellement des contrôles sur place, pour essayer de faire ressortir les besoins de médicalisation, notamment, les sections de cure</p>

	<p>médicale. Il fallait prévoir à quelle hauteur, le nombre de lits. Donc, pendant un an et demi, j'ai circulé beaucoup, je n'ai plus d'idée du nombre de kilomètres, car pratiquement, j'étais tout le temps sur la route.</p>
8-F-34	<p>On a un administratif qui s'occupe des délais de réponse. Il nous dit : voilà, on a reçu le dossier, est ce que vous voulez bien faire la réponse pour la personne. Alors, on y va quand il y a un décès, quand on sent qu'il y a vraiment un problème au sein de l'établissement. mais sinon, s'il fallait y aller sur tous les trucs, on y serait tous les jours, je pense, c'est vraiment fréquent. Ca va du papy qui se plaint parce qu'on lui a volé ses chaussures quand il était à l'hôpital, à la personne qui a passé par la fenêtre, qui s'est défenestrée, et la famille se plaint parce que la fenêtre n'était pas fermée. On ne peut pas, je crois, tout gérer de la même manière.</p>
9-H-59	<p>Au bout de six mois, on m'a confié la direction d'un petit service qui a été créé, et qui s'est intitulé « service des actions de santé en milieu ouvert ». J'ai demandé s'il était possible d'avoir un bloc de compétences ; j'ai compris qu'il ne fallait pas dissocié dans l'administration, le conseil technique et la gestion administrative et comptable. Je l'ai obtenu, et j'ai travaillé avec une équipe, on était 12, et j'ai eu en charge pendant 4 ans l'alcool, la toxicomanie, la prostitution, le service de prévention et de réadaptation sociale, ensuite la santé des jeunes, la santé en prison. Avec M. on a monté le service médico-psychiatrique régional de la prison de L.</p>
10-F-42	<p>C'est complètement idiot, ce que je fais, c'est des trucs à courte vue, je donne un avis pour ceci, un avis pour cela ; il y a des textes, on les applique même pas ; alors, je vais voir Mme W., je lui dis : Mme, je voudrais bien savoir ce que je dois faire, elle me dit vous voulez faire quelque chose ? pas de problème, je vous donne deux mois vous me présentez un cadre pour fabriquer un schéma départemental ; vous avez jamais fait ? justement, c'est ça qui est intéressant ; vous prenez la loi hospitalière, vous la potassez, vous vous en inspirez ; mais, carte blanche ; vous vous débrouillez et vous me bâtissez une méthodologie, et vous me la proposez, et on la mettra en œuvre. On a fait tout le tour des établissements ; j'ai visité tous les établissements pendant trois mois ; on était tout le temps partis et on a visité chaque établissement pour enfants, sachant qu'il y en a environ 75.</p>
11-H-62	<p>On faisait des programmes sur tous les facteurs que tu peux imaginer et, en aval, sur toutes les conséquences sociales, mentales et sanitaires que ça peut avoir, y compris, parce qu'on était dans l'école, le problème de la scolarité, le problème des apprentissages, et y compris par ce que c'était des adultes en devenir, un certain nombre de plans comme la nutrition. Ça a bien marché avec mes équipes. Après avoir planifié leurs programmes, c'était donc eux, qui, sur le terrain, les montaient ; et il y avait toujours dans la planification des protocoles d'évaluation ; les gens en parlent : mois, je sais ce que c'est, avec plusieurs types d'évaluation. Je vais te reprendre le programme d'éducation à la vie chez les enfants de milieux défavorisés du département.</p>

12-F-42	<p>J'ai constaté que mes collègues avaient une répartition à peu près équilibrée, à quelques exceptions près, entre des actions de santé publique sur des thématiques, des thèmes un peu transversaux, et puis la responsabilité de secteurs sanitaires, c'est à dire plus la tutelle sur des établissements de santé ; je souhaitais être dans la même ligne que celle qu'ils avaient choisie d'une répartition entre les deux. A la fois, je voulais m'occuper d'établissements de santé parce que je crois, l'hôpital prend beaucoup de place et qu'on développe pas assez la santé publique et les autres actions de santé en dehors de l'hôpital. Si on veut développer des actions de santé publique, il faut se servir de ce qui est reconnu, donc, c'est l'hôpital et je voulais y avoir un pied dedans. Mais, par ailleurs, je ne voulais pas non plus faire que ça et c'était important aussi d'avoir des thèmes transversaux. C'est ainsi que je me suis occupée de la toxicomanie et du sida.</p>
13-H-38	<p>Et bien, ce sont des missions de promotion de santé. Alors, en gros, il y a le dossier où je suis chef de projet, toxicomanie à la fois avec son aspect prévention, soins, répression, simplement informer, mais pas animateur ; l'alcoologie, avec le suivi du dossier, c'est à dire l'accompagnement de certaines équipes locales, et la possibilité de proposer une autre façon, une autre stratégie de coordination des acteurs en profitant justement des financements types réseau, types coordination hospitalière, équipes de liaison et c...</p>
14-F-41	<p>On est sur le terrain pour apprendre le métier, donc logiquement, pour aller aux réunions, avec l'ensemble des médecins, pour apprendre à faire ce qu'on aura à faire, et donc, on les accompagne ; ça, c'est hyper/intéressant. Par exemple, hier, j'ai été à une visite de conformité, j'ai vu comment ça se passe, du truc le plus bête, c'est quelle relation avoir avec la direction d'hôpital ou de laboratoire, comment on se présente, quelle relation avec les partenaires CPAM ? qu'est ce qu'il faut voir au niveau technique, quelles sont les demandes des circulaires, on a tout ça ; on le fait, mais le plus intéressant étant peut être tout ce qui n'est pas écrit, tout ce qu'il faut voir comme ça ; on est sensé avoir pas mal de visites, d'apprendre le métier sur tas.</p>
15-F-47	<p>Alors, le comité technique de la naissance, c'est un groupe formé de professionnels autour de la naissance, mais des professionnels variés, qui, normalement, œuvrent pour le même objectif, c'est à dire les obstétriciens, les pédiatres, les pédopsychiatres, les hospitaliers, les sages-femmes de PMI, puéricultrices, sages-femmes d'hôpital ; donc, c'était un groupe multi professionnel et qui travaillait essentiellement sur les actions de santé, qui a travaillé sur un plan Etat/région pour la périnatalité, il y avait le même, je crois, à la même époque, dans le département qui avait fait des projets, et qui avait été retenu ; donc, on a fait des actions sur l'accueil du nouveau né en maternité, sur la réanimation en salles de travail on a monté un certain nombre de programmes pour améliorer la naissance. En comité technique de cancéro, on a mis en place, un peu plus difficilement, je dois dire, mais là on a travaillé dans une région où on n'avait pas de centre anticancéreux, sur les circuits de prise en charge ; quand on suspectait un cancer,</p>

	ou quand les gens allaient mal quelque part, vers qui ils allaient, comment ils se retrouvaient pris en charge pour leur cancer, est ce qu'ils allaient au centre anticancéreux, ou est ce qu'ils étaient traités sur place dans la région.
16-F-32	Concrètement, il y a des tas de choses, des missions particulières du médecin de santé publique, c'est participer aux contrôles, conseils techniques d'écoles d'infirmières, c'est, en fin d'année, aider les directrices d'écoles d'infirmières à voir quelles personnes doivent doubler, ou ne peuvent pas redoubler ; c'est complètement fou, je ne connaissais pas, cette mission des MISP ; ensuite, il y a la tutelle hospitalière ; chaque médecin a un secteur sanitaire, et puis, travaille sur son secteur, et est un interlocuteur pour le directeur et les différentes personnes sur ce secteur. Les MISP, donc, aident les directeurs à monter leurs projets, bon, si ils veulent ouvrir une aile, ou augmenter leur nombre de lits, enfin, plein de choses comme ça, la carte sanitaire, la présentation de dossiers au CROSS ; et puis, , chaque médecin a un volet santé, par exemple, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc. on n'a eu qu'un mois en fait, sur le terrain ; ce qu'on a fait, c'est qu'on a accompagné différents médecins pour voir les différentes façons de travailler ; c'est vrai que c'est variable ; c'est assez formateur. Certains sont plus « contrôle » sur le terrain ; en général, les médecins de santé publique... on a quand même des difficultés quand on va sur le terrain ; je vois, quand j'ai fait une enquête cet été, c'était un travail sur les accidents d'exposition sang, qui surviennent chez les professionnels de santé, pour savoir, si par exemple, une infirmière qui travaille aux urgences se pique, accède bien au dispositif qui est défini par une circulaire ministérielle d'Octobre 96 ; donc, elle doit consulter un médecin référent dans les 24 heures pour accéder à un traitement prophylactique anti-VIH.
18-F-72	Ce qui était vraiment quand même passionnant à cette époque, c'est qu'on a commencé à travailler autrement que sur des directives ministérielles ; ils nous ont autorisé à faire, à réfléchir, et à voir comment on pourrait mener notre travail sur les secteurs ; alors, on a établi, et ça s'est fait tout seul aussi grâce aux gens du secteur, des groupes de réflexion, de travail ; chacun a essayé d'apporter quelque chose de neuf, en éducation, sanitaire ; on a introduit l'éducation pour la santé –ça n'existait pas–, on n'avait jamais entendu parler de ça ; on a mis en place ces fameux bilans de santé, avec l'échange avec les parents, qui était beaucoup plus approfondi.
19-F-30	Parce que je ne connaissais pas, je les observe ; à cette réunion, chacun a expliqué un peu son poste. Et à cette occasion, je me suis dit : untel fait ça ; elles parlaient à des gens qui ne sont pas médecins, et donc, ils ont un peu développé, c'était dans le cadre de la réorganisation, entre médecins inspecteurs et l'administration. Là, ils ont expliqué ce qu'était leur poste, pour justifier de la répartition du travail. Je me suis dit : tiens, les adultes handicapés, ce sont eux qui font, je ne savais pas tout ça. J'ai appris que c'est un travail varié. Il y a le contact avec les hôpitaux, au niveau conformité, les visites des

	<p>hôpitaux, les agréments pour les projets à mettre en route. Ce côté là, je connaissais, ce que je ne connaissais pas, c'était leurs interventions en toxicomanie, en alcoologie, tous ces problèmes, je ne savais pas qu'à la DDASS, il y avait une organisation comme ça.</p>
20-H-46	<p>On est dans une situation d'instruction technique. En termes de temps, effectivement, c'est consommateur ; lorsque l'affaire est chaude, c'est consommateur plusieurs jours de suite, pratiquement toute la journée, le temps d'une enquête, d'un rendu, et tout ça. Alors, il y a aussi l'épidémie, au cours de ces trois derniers mois, à cause de deux gros dossiers ; ça peut être le sanitaire, les campagnes budgétaires, les CME, tout ça, c'est un fond commun quasi récurrent. Hier, j'ai été à deux CME successives, à deux endroits différents, ça prend du temps.</p>
21-F-52	<p>C'était un peu le catalogue de la Redoute des activités. Il y avait les hôpitaux ; ça bouffe énormément de temps quand même les hôpitaux, les cliniques ; il devait y avoir les visites de conformité ; il y avait toutes les histoires de postes, de demandes des services qui nous soumettent des dossiers pour justifier de ce besoin d'être à plus pour travailler. Il y avait les écoles paramédicales, les conseils techniques, et puis il y avait quand même des choses qui ressemblaient plus à la santé publique pour moi, c'était la belle époque de la promotion de la santé, l'époque où on a créé les CCRPS, l'ORS ; c'était la naissance de ces deux structures à caractère régional, donc à chaque fois, avec un plan, ici, des réunions là, séances plénières et groupes de travail ; je faisais partie des groupes s'intéressant à l'enfant...J'ai fait de tout, comme tous les médecins inspecteurs, mais moi, ce qui me frappe, c'est que, quand on est médecin inspecteur, on est vraiment généraliste de la santé publique, donc on nous demande n'importe quoi ; on nous demande s'il ne faudrait pas fermer telle maternité qui a moins de 300 accouchements, et si à D. il vaut pas mieux implanter un second scanner à l'hôpital ou à la clinique privée.</p>
22-F-50	<p>On participe aussi aux plans défenses, en tant que médecin inspecteur ; j'avais une habilitation « défense ». D. nous convoquait pour des exercices ; là aussi, on travaillait avec les pompiers, les différents corps militaires ; je crois que c'était aussi intéressant de comprendre ça. On se heurte à des tas de petits détails qu'il faut savoir résoudre. Et c'est vrai que d'être médecin de la santé, ça aide quand même à ouvrir des portes. Par exemple, on vous demande les capacités chirurgicales de tel hôpital ; il faut quand même le savoir ; et puis on est capable de prendre contact avec le directeur directement, en lui disant : écoutez, on est en exercice de défense, est ce que vous pouvez appeler votre personnel ? Il le fait et il vous rappelle. Donc je crois que c'est bien de comprendre comment les différents systèmes de protection s'organisent entre plusieurs corps institutionnels. Moi, ça n'était pas à distance de mes préoccupations de médecin inspecteur, puisque aux actions sanitaires, on a d'abord la protection.</p>
24-F-36	<p>On avait de temps en temps des centres d'hébergement d'urgence qui, à l'époque, étaient en projet ; donc, les structures qui s'occupaient des toxicomanes nous envoyaient un dossier, un projet, et moi, je devais faire le premier avis, dire, si, effectivement, ça semblait tenir la route ou pas, et de quelle manière, ce qu'il fallait revoir. Alors, les</p>

	<p>premiers avis que j'ai faits, très franchement, j'ai un peu copié sur d'autres qui avaient été faits avant, et puis après on a plus travaillé avec P, quand elle est revenue. Sur ces dossiers là, c'est elle qui disait : il faut que tu fasses comme ça. Ce que nous demandaient ces organismes, c'était des autorisations, des moyens financiers surtout. Il fallait faire attention aux structures qui étaient politiquement soutenues.</p>
25-F-57	<p>Actuellement, c'est un peu difficile, parce que j'ai commencé ici, il y avait peu de monde, il y avait des besoins, il y avait par exemple tous les lits ambulatoires, il n'y avait pas de conformité qui avait été faite, c'était réparti entre les DDASS et la DRASS. Il y avait pas mal de programmes, il y avait les greffes qui démarraient, histoire de voir ce qui se passait sur le terrain, avant les décrets, les banques. J'ai travaillé avec M. avec la sécu. J'ai été mise au parfum assez vite ; J. est partie, elle m'a laissé les personnes âgées. D. est partie, elle a laissé les écoles, les soins palliatifs. Il y a des choses que j'ai déjà redistribuées, les greffes par exemple, ça rentre dans la sécurité sanitaire. Il faut quand même rester un certain temps quelque part. Bouger en de multiples endroits, à la fin, ça devient un peu lassant.</p>
26-F-65	<p>J'étudiais des dossiers. Souvent, j'avais envie de sortir, j'allais assez souvent sur le terrain, parce que quand j'avais un dossier sur quelque chose, il fallait que j'aille voir, même un terrain nu, parce que j'avais un plan, mais je ne savais pas où c'était, je ne voyais pas ; il fallait que j'aille voir le terrain, donc, j'ai beaucoup voyagé. Je connais presque tous les hôpitaux, les cliniques et autres ; je faisais les classements de cliniques avec la sécu. Je connais quasiment tous les hôpitaux, avec les IVG ; de toute façon, je me suis introduite partout.</p>
27-F-46	<p>Les premiers mois où j'étais à la DRASS, ça a été partir en expédition à l'hôpital de M. qui était complètement délaissé par l'administration. On m'avait collé ce secteur sur le dos ; de toute façon, je n'avais pas de problème pour rentrer tard à la maison puisque je n'avais pas d'enfant. Professionnellement, il y avait des choses à voir et à faire. Je me souviens des premières fois où je suis allée toute seule dans cet hôpital, où les règles n'étaient absolument pas respectées. J'ai découvert le mode de fonctionnement hospitalier, et c'est vrai que c'était aussi facile à cet endroit là de jouer quand même à l'inspecteur et au médecin inspecteur, parce qu'ils n'avaient pas l'habitude de voir l'administration. C'était pas vraiment des inspections, mais c'était venir voir comment ça se passait. C'était pas si désagréable que ça, parce que c'était se donner de l'importance, en fait. Finalement, je me suis retrouvée très vite avec beaucoup de travail. J'avais des copains qui me disaient : mais qu'est ce que tu fais ? C'est très dur, je répondais, je vais dans les hôpitaux, je réfléchis sur la promotion de la santé, sur des choses comme ça, je fais un peu le flic ; on constate surtout l'ampleur des dégâts. C'est vrai qu'on a une difficulté au départ, c'était de parler aux gens qui avaient fait pendant des années de la médecine, de leur dire ce que je faisais.</p>

28-F-73	<p>En DDASS, on voyait tout par le petit bout de la lorgnette ; les hôpitaux, on connaissait les besoins, mais on n'avait pas une grosse influence. En DRASS on était quand même beaucoup plus responsable. On avait une approche plus globale et une vision autre que celle du département. Ca m'a beaucoup intéressée par rapport à l'internat, les nominations de médecins hospitaliers et le fonctionnement des hôpitaux, particulièrement le CHRU, mais étant seule, je n'ai guère eu le temps de faire des études particulières sur un sujet donné, au grand dam du dernier DRASS que j'ai eu. Lui, son rêve, c'était de pondre des études, il aurait voulu que la région soit à la base d'un certain nombre d'études, je ne sais pas bien dire lesquelles d'ailleurs. je lui ai toujours dit monsieur, je ne peux pas tout faire. Je préfère de beaucoup le travail sur le terrain que la collecte des chiffres et des statistiques. Je trouve que des études pour faire des études qui n'aboutissent à rien et qui ne servent à rien, j'ai toujours détesté ça.</p>
29-F-35	<p>Ce qui est important comme dans le dossier « alcool » par exemple, je pense, c'est connaître suffisamment de personnes, des structures. Moi, j'aime bien le contact. Les structures ont besoin d'avoir des référents, de connaître. Ils dépendent directement des subventions de l'État et d'autres administrations. Donc, ils se demandent toujours : est ce qu'ils vont continuer à avoir leurs subventions. En même temps, ils essaient de faire des projets qui sont plus ou moins bien foutus pour avoir de l'argent ; ils se dépatouillent comme ils peuvent. Mais je crois qu'il y a des gens qui sont vraiment motivés sur le terrain, et je crois qu'il est normal qu'on puisse connaître leur véritable boulot à eux. Donc le fait de connaître les personnes, de pouvoir savoir qu'un médecin inspecteur qui va attribuer, quand il va faire une note d'opportunité sur une allocation, va reconnaître le travail, et dire, qu'effectivement, il se dépense pour son association, qu'il a des résultats, que ce soit reconnu, je crois que c'est très important.</p>
30-F-37	<p>Je suis arrivée ici sur des missions d'épidémiologie, et puis, très rapidement, j'ai récupéré tout ce qui était promotion de santé ; il n'y avait rien en toxicomanie par exemple. On a réussi à faire ouvrir et financer des réseaux ville/hôpital, à créer des réseaux d'écoute sur tout le département. Un autre exemple, en épidémiologie d'environnement, ça a été une demande très forte du directeur parce qu'il sentait bien qu'il y avait besoin d'un apport médical par rapport au travail des ingénieurs sanitaires, et on a lancé plein d'enquêtes épidémiologiques, comme étant des réponses aux inquiétudes des riverains...Il y avait d'autres attributions qu'on partageait, avec des gens du RMI, par exemple, sur les aspects d'accès aux soins ; avec les personnes âgées, il y avait les services de tutelle ; donc, avec ces gens là, on avait partagé le travail...On a fait une enquête avec une inspectrice sur les services de soins infirmiers à domicile, où on avait montré qu'il y avait de grandes disparités d'actions, avec des interventions très variables ; donc, on avait le souhait, pas d'attaquer les gens de front, je ne pense pas que ce soit une solution, mais d'avoir des groupes de travail pour qu'ils harmonisent les procédures. Alors, ça a été un gros investissement.</p>

31-F-32	<p>On a fait une enquête sur la liste d'attente des enfants handicapés, parce que dans le département, on a beaucoup de demandes, mais on n'a pas beaucoup de structures ; on n'a pas de budget pour créer des structures. Il faut faire avec ce qu'on a, et on avait beaucoup d'idées préconçues sur les placements à l'étranger, sur les types de déficiences. On s'est dit : le seul moyen pour cerner les besoins, c'est de faire une enquête, une étude. Donc on a informatisé les dossiers qui étaient en liste d'attente. On a fait des études pour voir quels types de déficiences, quelles tranches d'âge, sur quelles parties du département. On l'a faite il y a deux ans, et il y a eu un premier comité de pilotage qui a été mis en place sur ces établissements. Là, on vient de faire en mars de cette année une nouvelle étude, au bout de deux ans pour voir si ça a évolué, si les déficiences ont évolué.</p>
32-H-47	<p>Quand j'ai passé le concours de médecin inspecteur, il y a un certain nombre de choses que je ne savais pas forcément qu'ils faisaient, tout ce qui est concours, toutes des petites tâches comme ça, un peu résiduelles, qui n'ont pas l'air reliées à une politique particulière. Et la gestion des ressources médicales, toutes ces histoires de concours de praticiens hospitaliers, toute cette gestion des jurys, d'écoles d'infirmières, toutes ces tâches qui, en fait demandent beaucoup de temps. Les activités, je les voyais plus dans la programmation, dans les schémas régionaux que dans les tâches finalement très ponctuelles, ces tâches de représentation officielle et de gestion de ressources humaines.</p>
33-H-37	<p>Je n'investis pas l'inspection, je n'investis pas le travail d'assistante sociale du médecin inspecteur, je n'investis pas trop non plus la vie du service, c'est à dire répondre à tout, parce qu'on doit le faire. Par exemple, tu as un praticien hospitalier qui se pose un problème pour ses congés, une personne qui demande un congé à 80%, alors qu'elle n'est pas encore titularisée, des réunions, des concours de conseils techniques, des concours de temps partiels ; c'est des trucs qui ne servent à rien, des machins où il faut aller, on n'est pas dans le jury, on est là pour rappeler le droit, donc aucune compétence sur les domaines traités. Rien ne nous empêche avant de téléphoner pour décider de recevoir ou pas tel praticien. C'est des concours qui sont organisés à la DRASS. Il y a cette idée : un bon médecin inspecteur doit tout faire.</p>
34-F-41	<p>La directrice prenait beaucoup de décisions, et là, la décision, par exemple, d'envoyer des médecins, elle ne leur a pas demandé leur avis ; elle avait pensé à la DDASS qu'il y avait besoin d'un médecin pour s'occuper un peu des problèmes de santé, voir un peu comment ça fonctionnait dans ces dispositifs RMI, comment les référents travaillaient par rapport aux usagers, comment ceux-ci vivaient les problèmes de santé. Les RMI, dans les contrats d'insertion, peuvent faire des contrats santé. Donc, il fallait voir comment étaient faits les contrats santé. Je pense que la directrice voulait y voir de plus près. Elle avait pensé que c'était le travail d'un médecin. En cellule d'appui, les gens disaient : non, non, on a des assistantes sociales, on a tout ce qu'il faut ; ils ont vécu ça comme un désaveu, d'une certaine manière, de leur façon de travailler, pas du tout comme quelque chose qui aurait pu permettre d'avoir un regard différent.</p>

35-H-48	<p>Là, j'ai commencé à bien apprécier la capacité d'écrire un problème à l'échelle d'une collectivité, et de le faire toujours en lien très proche avec la description de problèmes de santé, à partir de dossiers médicaux pour décrire les problèmes qu'ont les malades, mais à une autre échelle. Dans l'enquête psychiatrie, c'était une des premières enquêtes qui a été faite ; pendant trois mois, je n'ai fait que ça, mais j'ai vu 1000 dossiers, un malade sur cinq, pour l'ensemble des établissements de santé ; on avait tiré au sort, et j'avais vu le dossier avec une grille d'analyse. d'ailleurs, cette enquête, après, a été reprise par d'autres, et c'était une enquête qui n'avait jamais été faite et qui a amené du changement. J'ai vraiment eu l'impression que ça avait rendu un service à la collectivité, que décrire une situation, d'une manière qui était non polémique, purement descriptive, et qui permettait d'introduire un véritable débat, alors même que, antérieurement, le débat avait été largement pollué par les intérêts syndicaux, les intérêts des institutions, chacun ayant son discours, mais sans aucun élément objectif de référence.</p>
36-F-52	<p>J'étais médecin à la veille sanitaire et il n'y avait rien de construit. Donc, j'ai construit toute la veille sanitaire à la DDASS, où je me retrouve avec les épidémies, dans une logique d'intervention en santé publique. En urgence, c'est faire face à un problème de santé publique d'une population, immédiatement ; j'aime bien parce que ça fait appel à toutes les capacités qu'on peut acquérir, de connaissance du terrain, et de les mettre en branle immédiatement. J'ai commencé toute seule, et puis, j'ai eu une interne. Toutes les deux, on s'est construit des fiches réflexes, des trucs. On a construit des protocoles d'intervention. On est aussi parties du principe que, pour que les gens alertent, il fallait qu'on leur retourne des choses. Donc sur un mode d'aller retour, on a construit notre base, et puis sur des codifications d'interventions pour que, dans l'urgence, on soit disponible, pour assurer l'imprévu, à partir du moment où tout le reste était prévu, et puis un gros travail avec la presse.</p>
38-H-60	<p>Le travail ça se répartissait en études de dossiers et en visites sur place. J'aimais beaucoup le terrain, donc, je faisais le maximum pour être sur place. Il y avait aussi le problème de la déclaration des maladies transmissibles, donc, quand il y avait une maladie transmissible je ne voyais pas ça dans mon bureau j'allais voir sur place ; et les enquêtes sur les toxi-infections alimentaires par exemple, aller chez le pâtissier d'où étaient partis les aliments qui étaient pollués, chez le charcutier etc. on essayait de faire une enquête épidémiologique valable sur les cas qui se produisaient. Donc, un tiers temps de terrain, un tiers étude de dossiers et un tiers en commission.</p>
39-F-37	<p>A la DDASS, j'ai été affectée à la COTOREP ; je recevais des dossiers adressés par les gens, avec certificat médical ; je voyais un peu les pathologies ; il fallait attribuer un taux d'invalidité. Quand c'était très grave, je prenais toujours contact avec le médecin traitant par téléphone, par courrier, en plus, mon mari étant à l'hôpital, je connaissais beaucoup de monde à l'hôpital, donc j'avais beaucoup de contacts avec les médecins. Quand c'était douteux, je convoquais les gens, je les recevais tous en visite médicale, avec leurs bilans, leurs radios ; je voyais beaucoup de gens et je trouvais inadmissible</p>

	<p>qu'on dise non à un malade alors qu'il n'avait pas été reçu. Après il y avait les passages en commission ; d'abord une petite commission entre médecins, on était trois sur le département, on se voyait une demie journée par semaine, on parlait des cas litigieux, avant de rapporter en commission. C'était un travail qui m'avait beaucoup plu pour les contacts, parce que beaucoup de contacts avec les médecins extérieurs ; j'étais très souvent à l'hôpital, et j'essayais au maximum de rencontrer les malades.</p>
40-F-39	<p>C'était l'époque où se mettaient en place les programmes toxicomanie ; il y avait toute une enquête qui était lancée auprès des jeunes scolarisés en SES et en 3^{ème} ; il fallait faire des entretiens auprès des jeunes. Il fallait en même temps, mettre en œuvre une loi sur les injonctions thérapeutiques. A la DDASS, j'ai donc servi d'intermédiaire entre la justice et les médecins traitants. Il fallait qu'il y ait un médecin, normalement le médecin inspecteur, qui serve de relais ; et puis on m'a demandé très vite de m'occuper également d'autres choses que des injonctions thérapeutiques. Je me suis occupée de la psychiatrie, c'était l'époque où il fallait travailler sur les schémas de psychiatrie. On m'a demandé d'aller rencontrer tous les psychiatres du département, tous les médecins responsables des secteurs et inter/secteurs de psychiatrie, et je devais faire des entretiens avec eux, parce que pour faire le schéma départemental de psychiatrie, il fallait qu'on connaisse leurs besoins.</p>
42-H-44	<p>En revenant d'Afrique, je n'avais aucune expérience dans un service d'inspection de la santé, et je me suis aperçu, rétrospectivement, que c'était exactement ce que je faisais sur le terrain, mais je ne savais pas que c'était de l'inspection de la santé, c'est à dire que je définissais, je planifiais, je définissais des priorités, je regardais la conformité des services, je m'occupais de politique hospitalière ; je mettais en place des conférences nationales de santé. Alors je voulais être médecin inspecteur de santé publique de base, pas dans une grosse DDASS où j'allais m'occuper des scanners, de matériel de pointe, mais être un peu un généraliste de l'inspection de la santé, où j'allais m'occuper de tout, des hommes, des relations professionnelles, de la politique hospitalière, de la prévention, des écoles, et là, j'avoue que j'ai été gâté, parce que pendant deux ans, j'ai été seul. J'ai tout fait, avec un préfet, j'ai défendu mes compétences propres.</p>
43-F-42	<p>Il y avait des schémas à élaborer. On manquait de psychiatres dans le département. C'était l'époque où on avait revu tous les postes d'internes ; on essayait de créer des postes de psychiatres., J'avais voulu faire un premier bilan. On avait des circulaires qui nous avaient demandé de revoir toutes les numérotations des secteurs. J'en ai profité pour rencontrer les psychiatres, et essayer d'avoir un état des effectifs, des activités, au moins un premier état des lieux pour commencer à poser quelques jalons. Donc mon travail, ça a été au moins d'aplanir les difficultés ; on n'avait pas de chiffres, on restait toujours dans le flou.</p>
45-F-45	<p>On ne m'avait donné aucune indication sur mon poste de travail. Il y avait une secrétaire qui m'a expliqué les histoires de congés de longue maladie, de longue durée. En fait, on travaille sans voir le patient ; on travaille sur une expertise qui est faite par un médecin</p>

	<p>agréé ; donc à nous de voir si les conclusions de l'expertise sont bonnes, si le congé longue maladie est motivé. Administrativement, il y avait pas mal de travail. Pour essayer d'y trouver un intérêt par exemple, j'ai appelé beaucoup les médecins traitants, donc j'ai rencontré beaucoup de gens, même chose avec les médecins du travail.</p>
50-F-44	<p>Donner des avis sur les délibérations des hôpitaux, faire des inspections, alors ça, ça ne passionnait pas, mais j'étais bien obligée de le faire. C'est les conseils techniques dans les écoles : dans les textes, c'était présidence du médecin, les jurys. Il y avait les dossiers du comité médical, de la commission de réforme ; là, on a eu un vacataire, mais à cette époque là, il n'y en avait pas, donc ça, c'était médical. Par contre tout ce qui était promotion de la santé, était un peu à la limite, pourtant, c'était au départ pour ça que j'avais fait médecin inspecteur. Après, je me suis intéressée à d'autres choses mais la promotion de la santé, c'est pas médical, c'est du bon sens, donc ça, je laissais faire les gens. Il y avait la toxicomanie par exemple, on avait un administratif qui était passionné par ça, donc je l'ai laissé faire ; elle me disait quand il y avait un cas difficile.</p>
53-F-50	<p>En DRASS, je me suis occupée de plusieurs dossiers. Je me suis occupée de tout ce qui était angio numérisée, les coronographies, j'avais le champ de l'insuffisance rénale chronique, tout le moyen séjour, et sur le schéma régional de planification sanitaire, j'ai été la responsable du groupe « médecine ». Donc, il fallait déterminer l'offre de soins en médecine. Et nous, on avait déterminé des pôles de référence, des pôles d'équilibre et des pôles de proximité. Donc, j'animais des groupes de travail. Par ailleurs je m'investissais énormément dans tout ce qui était formations paramédicales, parce que je trouve que la qualité des soins, c'est aussi la qualité des professionnels qui donnent ces soins. J'ai travaillé avec des groupes de travail au ministère là-dessus.</p>
55-MISP-31	<p>On a beaucoup de réunions, des tâches administratives et des négociations, beaucoup avec les individus, et non pas avec les structures. On passe sa vie au téléphone, à écrire des lettres, à recevoir des plaintes. Il m'arrive très souvent, chaque fois que je suis dans mon bureau d'avoir un coup de téléphone direct, d'un plaignant, où qu'il soit ; il n'y a aucun filtrage, et s'il n'arrivait pas à mon bureau, on sait toujours où le refiler ; le médecin inspecteur, dans une DDASS est vraiment celui qui, in fine, va résoudre les problèmes des administratifs, les inspecteurs qui ne savent pas gérer l'humain. Chaque fois que je suis dans mon bureau, j'ai un problème humain individuel à gérer.</p> <p>Moi, je voudrais dire que c'est d'abord un métier administratif ; on est dans une administration, c'est à dire qu'on reçoit du courrier, tous les matins, on écrit, on envoie, on répond, on reçoit des circulaires, donc on applique les circulaires.</p>

Commentaires

43 extraits d'entretiens sont ici retranscrits dont un correspondant à un entretien collectif et reprenant une intervention d'un M.I.S.P. affecté dans une DDASS. Ces 43 entretiens concernent 28 médecins affectés en DDASS et 15 en DRASS au moment des faits qu'ils évoquent dans l'extrait retenu. 30 de ces extraits concernent des femmes, soit près des $\frac{3}{4}$ des entretiens.

Les éléments les plus significatifs pour repérer des activités de travail ont ainsi été retranscrits et regroupés en 8 catégories, d'abord à partir de critères formels (procédures) et plus informels (stratégies) ensuite selon l'importance respective du technique (connaissances juridiques et médicales) et du relationnel (savoir communiquer). Ainsi dans le domaine des activités formelles ou prescrites, à caractère technique, j'ai dégagé 2 groupes ou séries d'activités presque exclusivement signalées par des médecins de DDASS :

- ‡ 1^{er} groupe : Mener une enquête sur un problème de santé individuel (décès, plainte...) ou collectif (intoxication alimentaire, mise en place d'un dispositif de surveillance sanitaire). (4 signalements)
- ‡ 2^{ème} groupe : Participer à des commissions formelles, rendre des avis prévus par des textes, présider des conseils techniques, être membre de jurys, instruire des dossiers pour des commissions médicales. (8 signalements)

Dans le domaine des activités formelles à caractère technique et stratégique, j'ai repéré deux autres groupes :

- ‡ 3^{ème} groupe : Contrôler l'application d'une réglementation, appliquer une circulaire, dire le droit, faire accepter des instructions ou des réserves par des auteurs extérieurs. (4 signalements)
- ‡ 4^{ème} groupe : Connaître, analyser le fonctionnement d'organismes extérieurs. Réaliser des enquêtes, des inspections afin de développer cette connaissance. Visiter sur place des structures de soins. Mener des opérations de contrôle sur site et rédiger des rapports de conclusions sur ces différentes activités. (17 signalements)

(Cette catégorie arrive en première position parmi les diverses activités évoquées).

Dans la seconde catégorie d'activités que je nomme informelles parce qu'elles ne sont pas prescrites de manière explicite, même si elles sont attendues parce qu'elles correspondent à des interventions nécessitées par les circonstances, j'ai retenu 4 groupes :

d'abord dans le domaine technique parce qu'elles font appel à un minimum de connaissances spécialisées :

- ‡ 1^{er} groupe : répondre à des courriers, des appels téléphoniques, des sollicitations les plus diverses, demandes ponctuelles, avis, conseils ou accords sur des questions variées qui se posent au quotidien, souvent dans l'improvisation ou dans l'urgence. Ce rôle de rédacteur, téléphoniste, consultant est signalé 9 fois dans la présente série. Il ne s'agit pas d'en conclure qu'il ne concernerait qu'un cinquième de l'effectif ; beaucoup d'autres médecins ont fait état de ses nombreuses petites activités quotidiennes qui sont le lot des cadres de la fonction publique, mais ceux qui les signalent veulent dire qu'elles occupent un temps disproportionné par rapport à ce qu'ils considèrent comme leurs missions essentielles.
- ‡ 2^{ème} groupe : dans une dimension plus stratégique, je suis tenté de retenir une série d'activités, certes peu signalées dans la sélection reprise dans le présent tableau, mais que d'autres médecins ont parfois mentionnées en détaillant leur mission d'inspection et de tutelle dans le domaine hospitalier, à savoir la médiation, le rétablissement du dialogue entre acteurs extérieurs en conflit

(médecins, gestionnaires et administratifs hospitaliers, ou médecins entre eux). Nous pouvons faire l'hypothèse que cette activité, éminemment stratégique, doit être le plus souvent consommatrice de temps.

- ↳ 3^{ème} groupe : dans le contexte interne du fonctionnement des services, les médecins n'échappent pas aux impératifs de management de leur équipe, des secrétaires et collaborateurs administratifs qui leur sont attachés. Ces tâches d'organisation du service, de répartition du travail, de coordination du rôle et des activités ne sont ici signalés que deux fois parce que les intéressés sont en position d'encadrement. Elles peuvent néanmoins concerner tous les médecins qui dépendent d'une production administrative assurée par des agents placés sous leur responsabilité.
- ↳ 4^{ème} et dernier groupe : Il correspond à 8 signalements (cf. les entretiens 15, 16 et 29) où il est question d'associer des partenaires extérieurs à des projets d'actions de santé publique, conseiller des partenaires extérieurs, animer des groupes pluri- professionnels et pluri-institutionnels, aider à l'élaboration de projets. Il s'agit là d'une série d'activités exclusivement menées à l'extérieur « près du terrain » comme le disent les MISP, principalement concernés lorsqu'il sont en DDASS.

S'il fallait opérer une synthèse de cette catégorisation, 3 observations méritent d'être retenues :

1. Les activités de type formel, c'est à dire celles qui reposent très précisément sur des instructions, des normes et réglementations spécifiques correspondent à 60 % du volume des charges confiés aux MISP
2. 50 % des activités effectuées par les MISP ont pour but de faire remonter à l'administration sanitaire un maximum d'informations sur le fonctionnement des structures de soins, et ceci vaut autant pour les médecins des DDASS que pour ceux des DRASS.
3. les critères d'âge et de sexe ne permettent pas d'opérer une différenciation significative entre les médecins dans ce champ des activités professionnelles. Autrement dit, quel que soit l'âge ou le sexe, un MISP peut se voir confier indifféremment tout ou partie des activités ici recensées.

4) Conclusion

Le panorama de ces activités met en évidence un trait dominant du métier de médecin inspecteur de santé publique : rien ne peut se faire seul, tout dépend du volume et de la nature des échanges avec les autres. J'ai montré dans ce chapitre que certains aspects d'une compétence médicale (savoir méthodologique, regard clinique...) pouvaient être mobilisés dans le champ des missions de l'administration de la santé, que ces compétences correspondaient à un besoin de régulation dans le système de soins et un besoin de coordonner la complexité émergente du champ de la

santé publique. J'ai enfin identifié, à travers la description des principales activités des MISP certaines ambivalences qui donnent à ce métier ses traits particuliers (contrôle et évaluation, expertise et médiation...). Il reste à préciser comment ces diverses facettes se concrétisent dans les différentes structures où les MISP exercent leur métier.

CHAPITRE VIII

VARIATIONS DES TÂCHES **SELON LE NIVEAU INSTITUTIONNEL.**

Ce chapitre apporte un éclairage complémentaire sur les tâches et activités réalisées par les MISP selon le lieu et la nature de leur organisme d'affectation. Les trois principales organisations dans lesquelles ils peuvent être amenés à exercer leur métier sont les DRASS (directions régionales), les DDASS (directions départementales) et l'administration centrale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (le plus souvent à la Direction Générale de la Santé). Cette présentation a pour but de repérer les particularités dans l'exercice du métier qui s'attachent au cadre d'emploi. Elle vise à mesurer si les différences d'appartenance institutionnelle influent sur la représentation du métier et donc finalement sur la cohésion du groupe professionnel.

Ce chapitre se décompose en deux sous parties : la première traitera de la comparaison entre le travail réalisé en DDASS et celui réalisé en DRASS ; la seconde précisera la spécificité du travail en administration centrale.

1) Les pratiques professionnelles en DDASS et en DRASS. Existe-t-il des spécificités régionales qui influent sur l'exercice du métier ?

En tenant compte de la singularité du positionnement d'une DDASS ou d'une DRASS dans le champ sanitaire et social, la question ici, est de savoir si l'exercice du métier de médecin inspecteur de santé publique présente des différences notables selon le niveau et la situation géographique de l'institution. Dans cette perspective, l'analyse des entretiens m'a conduit à relever quatre observations :

- l'effort de clarification du cadre d'exercice des deux types d'institutions ne fait pas consensus dans le groupe professionnel concerné ;
- il apparaît néanmoins qu'en DDASS, la prégnance du terrain soit un facteur d'extériorisation de l'essentiel des activités ;

- en DRASS, la mise en évidence d'une différence de degré et d'une différence de nature dans les missions confiées aux MISp peut être un facteur de division au sein du groupe professionnel ;
- l'appartenance institutionnelle peut-être également un facteur de division chez les MISp selon qu'ils l'opposent ou non à l'appartenance professionnelle.

Les médecins inspecteurs les plus anciens ont souvent l'impression que les premières années de leur carrière ne différencient pas les activités selon qu'ils étaient en DDASS ou en DRASS. Ce qui reste vrai aujourd'hui, c'est qu'un certain nombre de MISp avoue avoir des difficultés à distinguer les missions du niveau régional et celles du niveau départemental. Cette impression qu'en DDASS et en DRASS « *on fait tous un peu la même chose* » est assez largement répandue. Une tentative de clarification a déjà été exprimée par ailleurs. Dans le rapport n°1 de la Commission santé publique (Médecins inspecteurs, rôle et formation, mars 1998) on peut lire dans la partie consacrée aux critères d'affectation des MISp :

« S'il apparaît bien qu'en région, les trois compétences (épidémiologiste, planificateur, évaluateur) doivent être remplies et qu'en département il serait souhaitable que soient présentes celles d'épidémiologiste, actions sanitaires, évaluateur, il est nécessaire de procéder à une étude plus fine » (1998, p.40).

La reconnaissance des DDASS : le poids de l'histoire.

La nature des missions et le volume des activités alimentent néanmoins des représentations qui se partagent et influent sur l'attractivité des services qu'elles concernent. Lorsque dans les années 60 et 70, le niveau départemental des services sanitaires et sociaux de l'État prenait une dimension particulièrement importante très en prise avec un secteur en pleine expansion, alors que le niveau régional n'était encore qu'embryonnaire, il était plus prestigieux de prendre un poste en DDASS, en tant que médecin inspecteur départemental par exemple, que d'exercer au niveau régional. C'était en DDASS que le médecin apprenait à avoir une vue globale des questions sanitaires et sociales, c'est à dire une approche intégrant à la fois les aspects administratifs, médicaux et financiers des affaires traitées. Cette maîtrise

conférait aux médecins inspecteurs une reconnaissance et un pouvoir appréciables. Cette inégalité entre les deux niveaux semble aujourd'hui s'être estompée pour laisser la place à un positionnement plus concurrentiel, à l'intérieur duquel les médecins tentent les clarifications qui les arrangent. Pour certains, par exemple, la DDASS est une institution qui privilégie l'indispensable partage des tâches, alors qu'en DRASS, on parlera davantage de partage d'idées, pour fixer les cadres généraux de l'action, renforçant du même coup le besoin de travailler en commun, et distinguant ce niveau d'une DDASS où chacun s'isole dans son secteur d'intervention. Pour d'autres, les régions plus importantes démographiquement ou qui comportent de gros départements donnent l'impression de jouer comme des facteurs de cohésion, entre les médecins, quel que soit le niveau d'intervention :

« Une région, avec des gros départements, avec beaucoup de problèmes, c'est là où les gens vont à l'essentiel. Donc, il n'y a pas trop de place pour les enjeux de pouvoir, et de rivalités ; ça, c'est un des aspects que j'ai senti de très riche » (51-H-51).

Pour d'autres médecins inspecteurs interviewés, le ressenti est inversé : le travail en DDASS serait propice à la cohésion, alors qu'en DRASS, les risques de cloisonnement sont plus grands, parce que les activités à y partager sont moins nombreuses. Il faut, selon eux, trouver des prétextes pour travailler ensemble, chacun ayant la maîtrise de la réflexion dans son domaine, hors des urgences et contraintes quotidiennes que connaissent les DDASS, là où les gens sont sensés faire la même chose en même temps, subir la même pression dans la même direction, parce qu'ils n'ont pas le choix et que les questions à traiter ne sont que des imprévus à problèmes. Ce type de situation n'existerait pas en DRASS, parce que les gens prennent le temps de travailler seuls, et la liberté de ne pas s'intéresser au travail d'autrui. A la différence de ce qui se passerait en DDASS, les gens ne sont pas mis côte à côte dans l'événement, et ils sont donc obligés de se choisir ensemble des événements qui rapprochent. C'est le privilège du travail d'étude que certains distinguent du travail de gestion : *« en DRASS, c'est pas du tout la même démarche ; on peut rester tranquillement à réfléchir à ce qui nous intéresse » (48-F-45).*

Les points de vue exprimés sont souvent très entiers. Ils intègrent les faits et le ressenti. Exemples et contre-exemples se succèdent dans les témoignages entendus.

Il y a bien sûr des médecins inspecteurs, ayant travaillé dans les deux types de structures, qui confirment qu'en DRASS les positions sont parfois plus confortables, parce qu'on peut y organiser son travail, sans s'exposer au risque des impondérables en permanence. En DRASS, on peut prévoir, en DDASS, c'est l'inverse, m'a-t-on laissé entendre, ajoutant de ce fait qu'on pouvait plus facilement s'entendre et collaborer en DRASS où les conditions de travail contrastent avec celles d'une DDASS :

« Je suis partie sur un coup de tête, en me disant, finalement travailler en DDASS, je ne connais pas, ça n'a rien à voir avec ce qu'on fait en DRASS. J'étais bien à la DRASS ; je connaissais tout le monde ; au niveau médecins, il y avait une bonne ambiance ; c'était des relations plus que professionnelles, amicales. Je me suis dit : qu'est ce que je vais faire toute seule dans un département ? » (50-F-44).

L'expérience de cette personne prouvera en fait le contraire, puisqu'elle quittera la DDASS quelques années plus tard, à regret, mais pour suivre son conjoint, laissant derrière elle un réseau de relations professionnelles extrêmement riche (cf. 50-F-44)

Le flou institutionnel est propice à l'autonomie des métiers.

En fait, la diversité des représentations, et l'étendue du champ des institutions créent des marges de manœuvre non négligeables. Les médecins peuvent se différencier tant à l'égard de leurs pairs que vis à vis des autres catégories d'acteurs en puisant dans une large gamme d'activités, que celles-ci soient marquées de l'urgence au quotidien, comme en DDASS ou référées à des protocoles de travail plus stables. En majorité, les médecins inspecteurs que j'ai rencontrés avaient l'impression que la hiérarchie administrative qui leur confie des missions, ne savait pas trop elle-même ce qu'elle pouvait attendre d'eux. Ce flou des attentes donne de la liberté, il permet de choisir, dans l'espace relatif de chaque administration. Il y a bien sûr des facteurs de taille, de contexte, d'histoire avec lesquels chaque médecin apprend à composer. Dans certaines régions moins urbanisées et moins peuplées, par exemple, les marges de manœuvre apparaissent plus réduites, parce que l'exposition y est plus grande, donc le contrôle des autres, tant sur l'action que sur les décisions, plus facile. Les initiatives que peuvent prendre les fonctionnaires sont parfois moins

nombreuses. La capacité à innover est limitée par les enjeux de pouvoir, attachés à la présence de notables locaux, qui relativisent le pouvoir technique d'un médecin inspecteur. Dans certains petits départements ruraux, où les esprits sont attachés à la stabilité de l'ordre local, les médecins inspecteurs doivent être prudents s'ils mettent en avant un discours de santé publique susceptible de remettre en cause le point de vue de notables sur des réalités sanitaires encore peu étudiées. La diversité des questions de santé émanant du terrain et la recherche de solutions adaptées procurent un profond sentiment d'utilité sociale, mais, trop hétérogènes, elles ne facilitent pas la mise en œuvre d'un savoir-faire suffisamment cohérent et reconnu en santé publique. Cet univers d'activités hétéroclites hâtivement assimilé à l'intérêt pour le terrain provoque fréquemment surmenage et dispersion, mais il permet de développer un savoir-faire stratégique pour ceux qui attendent une reconnaissance en tant que professionnel de santé publique. Cette compétence reste toutefois à nuancer ; elle recouvre un certain savoir-faire social qui disqualifie le savoir trop rationnel de l'expert producteur d'avis. Si les MISP participent d'un travail d'évaluation des offres de soins, les avis qu'ils produisent ne sont pas seulement une confrontation de leurs observations à des normes de référence, mais aussi, parce qu'ils participent à des échanges nombreux au sein de groupes variés (formels et informels) le fruit de confrontations d'opinions susceptibles d'affecter diversement leurs jugements et de renvoyer de l'action administrative tantôt une image disparate, tantôt une capacité stratégique de réponse à des réalités particulières. Par conséquent les avis que les MISP sont amenés à élaborer sont moins le résultat d'une expertise individuelle que des jugements recomposés dans des processus inter individuels de relations et d'échanges. C'est ce que A. FERRAND appelle les conditions relationnelles d'élaboration des évaluations des offres de soins.¹³⁵

Volume et diversité des activités sont un obstacle à une définition du métier.

Par conséquent, pour certains médecins inspecteurs travaillant en DDASS, le terrain est à la fois attractif et ingérable. Toutes les activités qui nécessitent un échange d'informations avec des acteurs extérieurs dans un contexte d'interdépendance entre les acteurs, alimentent un sentiment d'utilité sociale, mais

¹³⁵ FERRAND A., *Effets des structures des réseaux de discussion sur la production des réputations*, ouvrage collectif sous la direction de CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, éditions E.N.S.P., 2000 (p. 313-331).

leur développement exponentiel fait courir aussi la crainte d'une implosion d'un métier dont on ne délimite plus les contours. Lorsqu'un médecin inspecteur travaille seul dans une DDASS, de petite ou moyenne importance, par exemple, et c'est le cas le plus fréquent, et lorsqu'il déclare qu'il se retrouve dans une situation ingérable, il exprime la complexité de son métier et il en déplore en même temps les contraintes, car dans ce domaine toute activité peut être confiée à un médecin avec l'argument qu'il y aurait du médical dans tout ce qui touche à la santé :

« Je suis sur un poste ingérable, avec la commission de réforme, le transport des malades mentaux, les ambulances, les transports de corps, les hôpitaux...c'est une impression que notre champ est infini. Un jour, on a décidé que telle tâche était dévolue aux médecins, à partir du moment où elle est dévolue aux médecins, plus personne ne regarde, jamais, sauf s'il y a un problème, et encore, un problème énorme. Tant qu'il n'y a pas de problème, personne ne veut plus en entendre parler ; c'est médical, alors, à partir de là, on a une masse phénoménale d'informations à traiter, de choses à contrôler, de courrier à gérer. » (55-MISP-31).

Pour s'y retrouver un peu, certains se baptisent « généralistes de l'inspection de la santé » signifiant par-là qu'en DDASS, ils sont appelés à s'occuper de tout, des hommes, des relations professionnelles, de la politique hospitalière, de la prévention, des écoles... révélant du même coup, que la contrepartie de cette inflation des tâches, c'était de défendre des compétences propres, de s'imposer dans le paysage sanitaire, de travailler directement avec le préfet, et d'y trouver la source d'une grande satisfaction. Dans une telle diversité, un médecin inspecteur joue sa propre reconnaissance. Lorsqu'il travaille par exemple sur le fonctionnement hospitalier, les structures de soins étant réparties en secteurs géographiques, il peut passer d'un secteur éloigné, rural, calme et peu équipé à un secteur fortement urbanisé, dense en équipements, agité voire conflictuel. Ces contrastes donnent aux médecins des DDASS d'importantes ressources pour se positionner à l'égard des acteurs qui occupent leur environnement.

Toutes les pratiques professionnelles des médecins inspecteurs de DDASS sont caractérisées par cette prégnance du terrain qui peut servir autant à les légitimer qu'à les disperser dans ce paysage sanitaire où ils cherchent à se positionner. Lorsqu'ils choisissent d'aller en DDASS, les médecins inspecteurs l'expliquent pour le travail

concret qui s'y fait, cette visibilité plus accessible de l'utilité des tâches. Même lorsqu'ils travaillent dans des groupes, pour les différencier de ceux qu'ils rencontrent en DRASS, ils les appellent groupes de 1^{er} niveau, c'est à dire des groupes locaux, constitués de professionnels de terrain, ceux là qui sont au contact direct des usagers. Pour certains médecins inspecteurs, le travail des DDASS ne s'apprend pas à l'école nationale de la santé, jugée trop éloignée du terrain. Au cours de leur formation, ils considèrent que les stages en DDASS sont la seule vraie initiation à l'emploi, et qu'ils sont d'ailleurs trop courts. Il en est même qui recherchent une affectation en DDASS, au sein de régions importantes, « *parce qu'il y a plein de choses à faire* » (cf. 16-F-32) Le travail en DDASS est une immersion permanente dans une multitude de problèmes à résoudre, d'importance très inégale, mais qui présentent le plus souvent un caractère d'urgence quotidienne, c'est à dire qu'ils ne peuvent que s'accumuler de manière ingérable s'ils ne sont pas traités rapidement, ou envahir le quotidien des réclamations des acteurs qu'ils concernent, limitant considérablement l'approfondissement des questions importantes. Le principe en DDASS, comme dans le service public en général, est que l'administration se doit de répondre à toute demande qui lui parvient. Le médecin inspecteur de santé publique peut considérer qu'il est impératif dans son métier de répondre à toute sollicitation d'un usager ou d'un partenaire de l'administration sanitaire à laquelle il appartient. Or pour beaucoup de médecins de DDASS, ces sollicitations recouvrent une volumineuse diversité de petites questions qu'il faut résoudre sans s'y noyer. Même les questions qui ne présentent pas un caractère strictement médical, dès lors qu'elles sont posées à un médecin inspecteur, peuvent présenter un intérêt à être traitées par lui, parce qu'elles confortent cette position de généraliste de l'inspection de la santé déjà évoquée :

« Pour donner un avis, il fallait pas toujours être médecin. Mais j'ai découvert des tas de choses, par exemple, dans la construction des maisons de retraite. Bien sûr, j'avais mon mot à dire sur la salle de soins, mais parfois, le circuit du linge sale, ou du linge propre, c'était pas au médecin de répondre ; et pourtant il fallait regarder plein d'aspects qui n'étaient pas en rapport avec ma formation de médecin » (39-F-37).

L'extrême étendue du champ des activités des médecins de DDASS.

Il faut pouvoir donner une idée de ce qui, en DDASS, donne une épaisseur concrète à ce métier de médecin inspecteur par des exemples de ces questions traitées, sous le coup d'une sollicitation pressante : telle cette longue conversation téléphonique avec un praticien hospitalier qui ne comprenait pas l'insistance d'une famille pour avoir un entretien avec lui et parler du décès de leur parent dont ils avaient du mal de faire le deuil, laquelle avait adressé à la DDASS une lettre d'indignation et de protestation (cf. 6-F-38) ; telle cette méningite, cette intoxication ou cette épidémie de diarrhée qu'on signale par un coup de téléphone et qu'il faut élucider dans les plus brefs délais pour éviter la panique générale (cf. 55-MISP-31), tel ce courrier très appuyé d'un député auquel on ne peut pas ne pas répondre et qui réclame un médecin dans sa station de sports d'hiver, telle cette alerte d'un membre du comité médical qui dénonce l'inflation des arrêts de travail délivrés par ledit comité, tel cet appel téléphonique de la gendarmerie un samedi après-midi pour signaler le déversement par un camion accidenté d'un chargement de pommes sur la chaussée et qu'il conviendrait de goûter pour en apprécier la comestibilité, telle cette plainte déposée par des locataires d'appartements envahis par les fientes de pigeons (cf. 55-MISP-31). La liste peut vite devenir impressionnante. Il faut reconnaître que dans une DDASS, petits et gros problèmes interfèrent, s'accumulent, se traitent, et finalement, donnent à l'institution une légitimité incontestable. La plupart des affaires traitées sont en prise avec des acteurs de terrain, professionnels, usagers et autres institutions. Si au volume des problèmes traités, à la diversité des affaires examinées, s'ajoute la taille de la structure, en rapport avec la taille du département, des options stratégiques peuvent se dégager : compléter le champ de l'action par une réflexion sur son évolution positionne une DDASS comme un partenaire régional crédible, voire incontournable, notamment vis à vis d'une DRASS. Le compromis qu'un directeur de DDASS réalise alors avec ses médecins inspecteurs différencie les acteurs au sein du même groupe professionnel, tout en les rapprochant : ceux qui en DDASS travaillent dans l'urgence et l'incertitude ont besoin de cohésion et de solidarité pour pouvoir faire face :

« J'avais tout à fait conscience qu'il y avait une échelle d'organisation des choses et de réflexion des choses qui était atteinte dans ce département, et qu'en plus on n'était un bon partenaire régional que si on avait des choses à dire, que si on avait réfléchi, parce que si on n'a pas réfléchi, si on n'a rien à dire, on ne participe à rien, ce n'est pas la peine. Donc, j'ai voulu, contre toute réglementation, contre toute obligation, j'ai voulu que les médecins fassent un schéma départemental ; je leur ai dit : il faut que vous fassiez le travail préparatoire de recensement des données, de réflexion à partir de ces données, de sortie d'axes d'orientation, et là, on ira discuter à la DRASS. Les rapports avec les médecins de DRASS et les médecins de DDASS ne sont alors plus les mêmes, parce que la DDASS a un immense avantage, c'est qu'on a tous la tête sous l'eau en permanence. Je veux dire que chaque matin, quand on pose son sac dans son bureau, on est sûr d'un gros pépin, on sait pas lequel, on sait pas quel service ça va toucher ; mais il y en aura un, et tous les jours on sait qu'il y aura au moins dans la maison, un service bousculé, et demain, on sait que ce sera notre tour, et que peut-être on aura besoin que les autres nous prêtent la main. C'est ça la prise avec le terrain, cette pression quotidienne, qui est une vraie réalité ; les interpellations permanentes obligent à se serrer les coudes. On ne peut pas se permettre de dire : on va prendre le temps, on n'a pas le temps ; donc, à la limite, c'est plus facile que tout le monde se groupe derrière l'attelage. En DRASS, on a le temps, on a même beaucoup de temps » (48-F-45).

Les MISP en DDASS sont finalement des professionnels incontournables.

L'urgence quotidienne en DDASS s'inscrit souvent sur un fond d'incertitudes sanitaires, lesquelles conjuguées à d'autres facteurs renforcent le sentiment des directeurs que les médecins inspecteurs détiennent des compétences dont ils ont besoin, qu'ils sont donc des acteurs dont la coopération est recherchée. Au plus la situation est urgente, c'est à dire au plus la prise de décision et l'action laissent peu de place à la réflexion, au plus ce sentiment est fort, comme le révèle ce témoignage d'un directeur d'une DDASS de petite taille :

« Je me souviens, et je pense que ça devait exister dans certaines DDASS, quand vous avez vraiment des équipes très solides, je me souviens un 13 juillet au soir, donc veille du 14 juillet, la DDASS à 18 heures, je voulais partir en vacances,

première communication téléphonique : untel, conseiller général de tel canton « oui, Monsieur le Directeur, c'est la fête foraine ici, on croit bien qu'il y a un enfant, il présente des symptômes, on se demande si ce n'est pas une méningite, que faut-il faire ? » bon, donc, chercher un médecin inspecteur. Un quart d'heure après, un juge : Monsieur le Directeur, qu'est ce qu'il faut que je fasse, une loi d'amnistie vient de sortir, je suis obligé de faire élargir tel personnage qui avait été interné ; c'est, à mon avis, un malade mental très dangereux, est ce que vous pouvez faire en sorte qu'on puisse le réintégrer dans la prison, selon l'application des textes visant les malades mentaux ? je lui ai répondu qu'il n'appartenait pas à l'autorité sanitaire de protéger l'autorité judiciaire, mais ce juge avait peur pour lui-même, et il a fallu mettre en branle tout un système. Ca faisait déjà deux problèmes à connotation médicale, et on était plutôt vers les 20 heures. C'était çà les DDASS, mais c'était une période bénie au plan professionnel ; l'équipe de direction était vraiment très soudée, on s'entendait très bien, et c'était d'autant plus efficace que c'était peu formalisé. C'est l'avantage des petites structures, que ce soit des DDASS ou des DRASS, c'est le paradis ou l'enfer, c'est l'enfer si çà dysfonctionne, s'il y a une ou deux personnes vraiment nuisibles. » (44-H-61).

Un médecin inspecteur en DDASS, et en particulier dans une petite DDASS, peut devenir un acteur très important, c'est à dire considéré parce qu'il participe à la résolution des problèmes d'urgence, reconnu parce qu'il a des compétences non partagées, et respecté parce qu'il est utile de compter sur sa coopération. Il peut, pour ces différentes raisons, occuper dans une équipe de direction une position privilégiée, parce qu'il a justement en sus de sa fonction de chef de service, comme pour tous les médecins inspecteurs départementaux un rôle de conseiller technique et de référent pour toutes les questions ayant un rapport avec la santé. Il peut aider à se sortir de situations difficiles. Pour un directeur, dans ces conditions, et ceux-ci le reconnaissent souvent, un médecin inspecteur est une sécurité : il assure en cas d'urgence, et il rassure, lorsque la part d'incertitude d'une situation donnée peut se traduire médicalement.

Il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les MISP des DDASS et ceux des DRASS.

Est-ce que cette dimension technique et stratégique du métier s'appréhende différemment en DRASS ? J'ai montré qu'en DDASS, le métier de médecin inspecteur s'exerçait sous l'effet d'une pression, générée essentiellement par la proximité des acteurs de terrain qui sollicitent l'administration non pas comme contrôleur de leur action mais comme ressource pour résoudre leurs problèmes. Si la diversité des problèmes et la fréquence des sollicitations sont élevées, alors on comprend qu'un médecin inspecteur de DDASS puisse trouver dans l'exercice de son métier autant d'instabilité que d'intérêt. Les médecins de DRASS déclarent plus souvent être dépendants de commandes que pressés de sollicitations, reconnaissant prendre rarement l'initiative d'un travail dont le besoin n'a pas été identifié par d'autres acteurs. Aux dires de nombreux médecins inspecteurs qui ont eu l'expérience des deux types de structures, il y a dans l'exercice différencié de leur métier entre DDASS et DRASS ce qui sépare l'action de l'observation, la décision de l'étude, autrement dit tout ce qui distingue l'action conduite par une réflexion rapide, et la réflexion mesurée qui cherche les voies d'action possibles. Dans l'action, les médecins de DDASS valorisent leur métier par le contact avec la base. C'est ce contact qui leur permet de faire beaucoup de choses. De leur côté, par la réflexion, les médecins de DRASS estiment que leur métier sert la production d'une connaissance dans la santé publique locale et régionale. Les rapports qu'ils signent sont la trace de ce qu'ils savent et de ce qu'ils savent faire. Pour les uns, l'action permet d'avoir accès aux problèmes des gens, individus, patients, usagers et institutions qui les prennent en charge ; pour les autres, l'observation des faits de santé publique constitue une variable interactive dans le champ de l'action occupé par les premiers. Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de médecins inspecteurs de DRASS revendiquent une pratique proche du terrain, plus en contact avec les professionnels, plus à l'écoute des habitants. Tout en déclarant ne pas partager l'idée qu'un médecin de DDASS est plus en prise avec le terrain, ils veulent néanmoins conserver le temps et le recul nécessaires à la réflexion. Entre l'urgence et l'étude, les conceptions du métier se reconstruisent et se différencient. Un médecin de DDASS est parfois considéré comme celui qui intervient au ras des pâquerettes, mais aussi comme celui qui va dans des endroits où la DRASS ne mettra jamais les

pieds ; le médecin de DRASS pense que ses collègues de DDASS veulent réfléchir, mais qu'ils n'ont pas le temps, alors que lui est plus à même de voir les problèmes de santé publique dans leur ensemble, tout en reconnaissant qu'il ne peut pas tout voir... Chacun peut, de son point de vue apprécier ou déprécier la position et le travail de l'autre, et ils ne manquent d'ailleurs pas de le faire, le plus souvent pour justifier leur propre position, arguant du fait par exemple qu'en DRASS on est beaucoup plus responsable parce qu'on a une vue globale des problèmes, la planification pouvant servir de contre argument puisque planifier, selon certains MISP de DDASS, c'est s'éloigner voire se couper du terrain et de ses réalités quotidiennes, c'est à dire les plus importantes et les plus urgentes puisqu'elles concernent la vie des gens.

Influence de la structure de l'institution sur la nature du métier.

La nature de l'institution qui emploie un médecin inspecteur, sa taille, ses missions entrent ainsi parmi les conditions du travail qui façonnent le profil d'un métier très souvent en recomposition. Le passage d'une DDASS de petite taille à une grosse structure par exemple peut faire l'effet d'un choc brutal pour un médecin habitué à être considéré comme un notable local et traitant d'égal à égal avec un directeur qu'il rencontre quotidiennement et qui se retrouve affecté dans un service de 5 ou 10 médecins inspecteurs, titulaires, stagiaires, contractuels sous l'autorité d'un médecin inspecteur départemental aux prises avec une hiérarchie administrative et un directeur qu'il ne rencontre que pour certaines affaires spécialisées. Le sentiment de rupture entre deux mondes peut encore s'aggraver lorsque le transfert s'effectue d'une DDASS vers une DRASS de taille importante. Les différences institutionnelles peuvent donner l'impression de changer complètement de métier, au moins dans les premiers temps, parce que les circonstances dans lesquelles les échanges s'opèrent et les relations se tissent peuvent être radicalement opposées :

« En décembre, je suis arrivée à la DRASS, c'est à dire pour regretter tout de suite ; pourquoi ? Parce que ça a été un effet de structure absolument fou. Je n'avais jamais été dans une grosse structure, et cette DRASS, ça a été pour moi un monstre. J'ai remarqué, la semaine dernière, j'ai été à la DDASS de L., le travail que je fais là-bas : je passe dans les couloirs, les gens me disent bonjour, je donne des nouvelles, on me demande ce que je fais ; enfin, je veux dire, c'est d'une convivialité folle. Ici, je rencontre des gens, je ne sais pas s'ils sont d'ici, ou s'ils sont visiteurs ;

je ne connais personne. Mme M., je l'ai rencontrée une fois, on a été présenté par hasard à la conférence régionale de santé, on s'était mis l'une à côté de l'autre, comme j'ai pris la parole, je me suis présentée, et c'est comme ça qu'elle a découvert qui j'étais. Là, j'ai changé de métier complètement ; je travaille beaucoup moins en groupe ; ma fonction animateur de groupe de travail, je l'ai beaucoup moins. Je ne mets pas en place des groupes de travail ; on me sollicite pour une enquête. Si, je vais peut-être travailler en groupe, mais avec trois personnes » (15-F-47).

Aux différences de taille, s'ajoutent les différences de poids, de capacités stratégiques, et donc toutes les formes d'une concurrence pour obtenir les moyens financiers et humains pour le fonctionnement de l'institution. Si les arbitrages et les concertations s'opèrent, comme c'est souvent le cas au niveau régional, donc à la DRASS, les médecins inspecteurs des différentes DDASS, de tailles inégales, vont se trouver impliqués comme leurs collègues de la DRASS dans des formes de rivalités qu'ils n'avaient pas imaginées. En fait, les acteurs concernés, à des niveaux proches des décideurs, et les MISP en font partie, construisent leurs réseaux, testent leurs alliances pour obtenir les avantages qu'ils souhaitent, atteindre les objectifs qu'ils se fixent ou qu'on leur impose en haut lieu. Médecins inspecteurs et directeurs sont souvent aux premières lignes dans ces jeux de coalition :

« Il y avait un échange très fréquent d'informations entre la DDASS et la CRAM, ce qui fait qu'on n'avait pas de querelles ; on partageait en fait l'initiative, ce qui fait que dans deux, trois dossiers que j'ai eus très chauds, depuis que je suis dans ce département ; j'ai eu le soutien sans faille de la CRAM, parfois même contre le service planification de la DRASS ; j'ai eu le soutien à la fois des administratifs, des médecins conseils de la CRAM, de l'inspection régionale de la santé, donc des médecins inspecteurs contre le service planification de la DRASS sur certains dossiers,, ce qui fait que ça montre que j'ai bien utilisé le réseau des médecins pour faire progresser les dossiers » (46-H-47).

Le principal enjeu concret de ces conflits me semble être l'existence même du corps des MISP au sein de l'administration de la santé, qui n'est pas le seul chargé d'instruire et de suivre des dossiers qui ne présentent jamais un caractère exclusivement médical d'un part, donc qui peuvent être examinés par des

professionnels non médicaux potentiellement concurrentiels, et qui peuvent être soumis à l'avis indifférencié de professionnels médicaux appartenant à des institutions extérieures d'autre part. Un préfet, un directeur d'A.R.H. peuvent très bien consulter, pour la partie médicale d'un dossier qui les intéresse, un médecin conseil de l'assurance maladie ou un professionnel reconnu de santé publique. Un MISP a donc toujours besoin d'une coopération et d'un soutien pour conduire son action et être reconnu en tant que tel.

DDASS et DRASS sont des espaces dynamiques interactifs du savoir et de l'action.

Ce savoir-faire stratégique redonne une cohérence globale au métier de MISP : qu'il s'exerce en DDASS ou en DRASS, que la structure soit petite ou plus importante, qu'il soit en prise avec des acteurs de base ou qu'il privilégie une approche d'ensemble des questions de santé publique, il est porteur d'un savoir et d'une mission qui cherchent le rapprochement de la science et de la politique, à travers le conseil technique médical et la gestion administrative des questions de santé publique. Il y a bien sûr vertige et démesure dans un tel défi : cadre et technicien de l'administration de la santé en France, un médecin inspecteur de santé publique est bien sensé faire le lien entre les priorités et les consignes de la Direction Générale de la santé et le terrain au sens pratique et stratégique que j'ai tenté d'explicitier. Il a donc à connaître de ces deux niveaux de réalités. Cette double exigence est inhérente au métier : on ne peut pas être médecin, faire de l'inspection, et s'intéresser à des problèmes de santé publique sans se trouver confronté à des logiques du savoir, à l'influence des idées, et à l'exercice de responsabilités. Cet impossible équilibre contribue vraisemblablement à donner de ce métier une vision polémique. D'une part, la définition de la fonction n'est pas univoque, d'autre part, l'espace interactif de l'exercice des activités n'intègre ni les individus totalement dans l'institution ni les pratiques professionnelles totalement dans le corps.

2) Conclusion intermédiaire.

J'ai montré notamment que les influences extérieures étaient nombreuses et variées. Elles peuvent accentuer les différences institutionnelles et donc distinguer les pratiques, dissocier les appartenances. Les Agences régionales de l'hospitalisation

peuvent par exemple, jouer sur certaines rivalités DDASS/DRASS, sur les alliances ou mésententes entre médecins et autres cadres des services de l'État, comme l'illustre parfaitement bien ce témoignage d'un médecin inspecteur régional :

« D'une part, l'Agence a décidé de travailler directement avec les DDASS et avec les médecins de DDASS ; ça, c'est une première chose ; c'est pour ça que les médecins de DDASS n'ont pas en fait, ressenti cette élimination. Ils sont impliqués ; l'agence a énormément impliqué et les inspecteurs et les médecins, en les faisant venir à toutes les réunions, style conférences de secteurs, bassins de vie. Les bassins de vie ont été coordonnés par les gens des DDASS, mais absolument pas par des gens de la DRASS, c'est à dire que nous avons tous les renseignements, mais nous les avons par écrit ; or, s'impliquer quand on n'a que des papiers à lire, moi, je ne sais pas faire. En fait, nos collègues, médecins des DDASS ont trouvé justement dans l'agence, une partie de travail régionale qu'ils n'avaient pas avant ; ils ont trouvé une reconnaissance, un lieu où on pouvait leur donner une certaine reconnaissance » (58-MISP-75).

En conclusion, existe-t-il une spécificité de l'activité du MISP en DDASS et en DRASS qui donnerait elle-même au métier de MISP en général un caractère atypique par rapport à d'autres segments de la médecine non-soignante ? Voilà une hypothèse qui a besoin d'être complétée par une approche des tâches confiées à certains médecins inspecteurs dans un troisième cadre d'emploi particulier : le travail au sein d'un service de l'administration centrale.

3) Les MISP en administration centrale : un milieu de travail propice à une nouvelle forme de segmentation.

Dix pour cent des médecins interviewés, c'est à dire 8 sur 76, ont eu une expérience en administration centrale, toujours après une période relativement longue dans un ou plusieurs services déconcentrés. Le rapport François PIEDNOIR de mars 1995 sur le recrutement des MISP précisait qu'en général, un médecin inspecteur affecté en centrale était amené à devoir se spécialiser sur un thème particulier (SIDA, santé des détenus, santé des jeunes, bioéthique, techniques hospitalières...) et que cette spécialisation se développait au contact d'experts auxquels le MISP pouvait apporter sa spécificité, en d'autres termes son expérience

du terrain, comme si celle-ci, en tant que source de référence, pouvait servir à légitimer une réglementation décidée à un niveau justement très éloigné du terrain. Si l'enjeu est de renforcer une reconnaissance de leur métier, force est de constater que les MISP travaillant en centrale ne sont pas très nombreux, certains le déplorent d'ailleurs, et la plupart d'entre eux considèrent cette affectation comme une expérience passagère et non comme le point d'orgue de leur carrière. En fait, un MISP dans les services centraux du ministère est fréquemment amené à rencontrer d'autres professionnels dotés d'une solide expérience de terrain pour travailler sur des problématiques interministérielles (gendarmes, douaniers, magistrats par exemple, en matière de toxicomanie) Il s'agit souvent d'un travail préparatoire qui les conduit à la découverte de l'écriture des textes. Cette activité fait partie d'une logique d'élaboration des normes et de la réglementation et s'éloigne de la mission d'application et de contrôle de la réglementation que le médecin pouvait avoir en service déconcentré. Le processus d'adaptation du droit à la réalité sociale semble alors inversé. Le paradoxe est lié au fait que cette réglementation est sensée tenir compte des réalités du terrain alors que l'institution qui la produit est jugée coupée de ce terrain. Pourtant cette réalité du terrain n'est pas totalement absente du processus de travail. Il existe des sources qui proviennent du terrain, des rapports qui « remontent » mais une réglementation reste toujours une formalisation inachevée élaborée de façon très interactive ; les témoignages sur ce point sont éloquentes :

« J'ai découvert l'écriture des textes. Quand on est au ministère, on pond des textes que les gens du terrain ensuite sont sensés appliquer. Et ce n'est ni en DRASS ni en DDASS qu'on fait ce travail là. On y fait des rapports, des recommandations, exceptionnellement de valeur juridique, mais ça n'a pas le même impact. Là c'est l'écriture, et j'ai découvert un peu comment ça se passait... j'ai vu que c'était tout de même bien empirique. Ce sont des groupes de travail où on planchait à plusieurs pendant des heures, où on faisait telle proposition à un moment donné, qui était au bord de passer, et puis parce que l'un de nous faisait telle réflexion, ce n'était pas ça qui était retenu, c'était autre chose, et a posteriori, je me disais qu'il s'en était fallu de peu pour que ça passe... ce travail, je l'aime assez, c'est excessivement laborieux. Quand vous faites relire par quelqu'un, il y a plein de trucs nouveaux qui sont suggérés, et donc, ça n'est jamais fini ; on n'a jamais fini d'écrire un texte, jusqu'au jour où on a le couteau sous la gorge, et il faut s'arrêter. Mais alors là, j'en suis

convaincue, ça n'est jamais parfait, c'est toujours un compromis, un plus ou moins horrible compromis de tout ce qu'on aurait voulu mettre au départ. Bon, mais ça peut avancer quand même un peu » (21-F-52).

Malgré le doute qui s'installe parfois dans l'esprit des MISP sur l'utilité de leur présence et la spécificité de leur métier dans le travail d'élaboration des textes, il reste des arguments qui prêchent en faveur de cette implication. Même si le travail n'est plus médical, le MISP sert de caution à des textes qui abordent des réalités médicales :

« J'ai été associée d'assez près à la rédaction de la loi hospitalière, et même si on n'est pas complètement d'accord sur la façon dont la loi est faite, c'est marrant de voir comment ça fonctionne. Ce qui m'avait le plus intéressée a priori, c'est ce côté réflexion, sur tout ce qui est planification, le moyen séjour, la rééducation fonctionnelle, le moyen séjour pour personnes âgées... alors professionnellement, est ce que c'était encore un boulot de médecin, de médecin inspecteur ? Je ne sais pas. De médecin, sûrement, dans la mesure où il faut savoir un petit peu de quoi on parle, le point de vue pathologies etc... médecin inspecteur aussi sûrement, parce que, peut-être, la meilleure raison, c'est le réseau, l'expérience, la connaissance des institutions. Même si, plus ça allait, plus j'avais le sentiment d'être un peu plus loin des réalités. Je ne peux pas être aussi loin des réalités que quelqu'un qui ne sait pas ce que c'est qu'un hôpital, qui ne sait pas ce que c'est qu'un service de province. Ça me donne une bonne raison d'être à l'administration centrale, mais c'est vrai que ça n'est pas du tout un travail classique de médecin inspecteur. Cela dit, on est quand même à l'administration centrale, assez ouvert ; moi, ce qui m'a plu, en termes de gratifications, c'est le fait d'apprendre quelque chose, comment fonctionnent les institutions pour fabriquer des textes. Même si le texte est contestable, voir comment ça fonctionne. Surtout, ce que j'avais beaucoup apprécié, c'est le fait de travailler avec d'autres professionnels, en particulier, par exemple, les ingénieurs, les infirmières, et comment on arrivait, avec des logiques complètement différentes à un produit commun, réussir à s'enrichir » (27-F-46).

Outre la réglementation, l'administration centrale n'échappe pas à une certaine forme d'application de la réglementation. Autrement dit, un MISP en centrale, peut être interrogé sur les modalités d'interprétation et d'application des textes à

l'élaboration desquels il participe, devenant du même coup, une espèce de référent national spécialisé. Le pouvoir de fait dont il est investi, dans ces conditions, laisse l'impression d'un poids de responsabilité démesuré. Ainsi donc, un texte peut être le produit d'une concertation très interactive, parfois longue et relativement procédurale, du fait de la coordination des échanges de groupes de travail qu'elle implique, mais il confère ensuite à ceux qui ont animé cette coordination, un rôle d'accompagnement de sa mise en œuvre. Autrement dit, le travail de l'administration qui consiste d'une part à préparer la loi et les règles que décident les politiques, et ensuite à les appliquer, est bien moins une exécution d'instructions qu'une interprétation d'une réalité fort complexe, à caractère multidimensionnel dans lequel un MISP reconstruit ses marques professionnelles, entre l'animation des groupes d'experts, le secrétariat juridique et le conseil technique.

Le maître mot des qualités attendues en centrale semble être, selon les témoignages des MISP qui y ont séjourné, l'adaptabilité liée à deux grands facteurs : la pression du moment, c'est à dire le poids de l'actualité d'une question à traiter, et les exigences des politiques. Le résultat laisse l'impression d'une improvisation permanente et d'un activisme urgentiste en prise avec les plus hautes sphères du pouvoir qui déstabilise les repères des espaces-temps professionnels ordinaires, générant le plus souvent un stress dont s'accommodent diversement les acteurs concernés. Dans ces conditions, l'expérience des MISP en administration centrale est vécue par ces derniers comme un changement de métier, non pas en termes de savoirs de références ou de démarches intellectuelles, mais plutôt en fonction de la transformation de ces repères que je viens d'évoquer et que suggère fort bien l'extrait d'entretien qui suit :

« Je suis donc partie à Paris à la direction générale de la santé, et j'ai eu des dossiers que je connaissais, que je croyais connaître, le comité technique régional de la naissance et le dépistage ante-natal, c'était la fiche de poste, sous l'autorité d'une personne que j'étais allée voir au préalable, mais je ne m'étais pas bien rendue compte de tout. J'étais dans un bureau, toute la journée, avec des dossiers. Il y avait des choses intéressantes, qui m'ont paru passionnantes au départ, mais toujours en urgence, au Conseil d'État pour des choses très importantes, ou bien il fallait l'avis de Matignon pour les projets de lois. Ça pouvait aller du congé de la femme enceinte pendant son travail à des questions interministérielles...une grande salle à 8 heures

du soir, il faut l'avoir vu, l'avoir pratiqué, pour le salon de la femme enceinte, et ainsi de suite. Le malheur, c'est que ça n'est pas programmé, ça arrive comme ça, très urgent, avec des personnes un peu débordées... c'est un total changement de métier par rapport aux pratiques de DDASS. C'est difficile d'adaptation. Ce qu'on nous demandait, c'était de pondre des rapports ou des comptes rendus, des résumés, de préparer des grandes journées. Par exemple, j'ai préparé une journée nationale de protection maternelle et infantile, que la DGS organise tous les ans, avec des intervenants qui viennent de la France entière, et il faut les caler, entre deux avions : je m'en vais à tel endroit, et vous me faites parler à telle heure. J'ai eu aussi les DOM-TOM ; on était en permanence dans notre code de santé ; on était aussi et c'est normal, à l'origine des modifications du code de santé. J'ai rencontré des gens extraordinairement intéressants, C. par exemple, je l'avais connue en procréation médicalement assistée, moins, j'étais un peu liée à ça aussi. Elle est partie s'occuper des maladies infectieuses maintenant ; ça n'a pas été un gros déplacement pour elle, mais pour quelqu'un qui arrive de l'extérieur, qui a déjà du mal à se faire des relations dans Paris, vous savez, il n' a pas que le boulot qui compte, je me suis aperçue de ça, et puis les horaires, ce qui est tout à fait incompatible avec le travail, c'est jamais avant dix heures, et le soir, il faut rester très tard ; bon, c'est en dehors des heures de saturation des périphériques » (25-F-57).

On peut aussi en centrale, se trouver très proche du politique, en cabinet ministériel notamment. Le MISP y gagne en expérience sociale, mais la référence à son seul métier pour agir ne suffit plus. L'acteur professionnel emprunte alors ses règles aux deux univers analysés par Max WEBER, celui du savant, ou plus précisément de la santé publique et de l'action administrative et celui du politique qui privilégie le faire-valoir, l'incertitude des compromis et la satisfaction de l'opinion :

« D'abord, pour aller au ministère, il faut avoir acquis beaucoup d'expérience ; on m'a proposé un poste au cabinet du ministre pour m'occuper de la santé publique. J'ai passé 10 mois dans un cabinet de ministre. Un cabinet, c'est une cour, on vit au rythme des médias, au rythme de l'instant ; on n'est pas du tout dans la durée, dans la santé publique, même si j'ai fait des choses auxquelles je crois, et que j'avais un ministre que j'aimais bien. Ca a été une expérience qui m'a fait voir comment s'organise le politique, aller défendre le budget du ministère à l'Assemblée Nationale, faire le discours du ministre. Derrière, j'y ai vu un jeu complètement

faussé des institutions ; j'en suis sortie en me disant : heureusement qu'il y a l'administration qui assure la pérennité, la continuité. Mais ça m'a coûté cher d'aller au cabinet du ministre. Après, on ne vous pardonne pas d'avoir fait ça, mais je ne le regrette pas à titre personnel, ça m'a enrichie. » (36-F-52).

Le rôle du MISP auprès du politique est aussi une aide au faire-valoir. Ses liens avec la profession médicale et son expérience de l'administration le positionnent comme une personne ressource dans une fonction très interactive : il éclaire le ministre sur les stratégies des acteurs (professionnels de santé, rouages de l'administration...) et il teste auprès d'eux la recevabilité des messages ministériels. Le MISP n'est plus alors un technicien de la santé publique mais un médiateur de l'espace politique de la santé publique. Son métier risque alors d'être fondamentalement transformé, car, plus proche du politique que du savant (au sens large, c'est à dire en tant que spécialiste d'une discipline) son autonomie se réduit considérablement, parce qu'il est exposé aux aléas d'une actualité qu'il ne contrôle pas. Ceci explique que le temps de passage des rares MISP qui ont travaillé en cabinet ministériel est vécu par ces derniers comme une expérience insolite et non durable. De plus, en administration centrale et près des cabinets ministériels, les MISP déroulent un discours ambivalent : ils se disent d'une part plus proches du pouvoir de décision, donc plus capables d'influer sur des cadres d'action, mais s'estiment éloignés, voire coupés du terrain, donc moins à même de le connaître et de le comprendre, et relativement impuissants pour agir sur les comportements de la base. Mais dans le même temps, leur position centrale, au sommet de l'organisation, les amène à connaître de l'ensemble de cette organisation et de son action, et non plus d'un secteur géographiquement délimité à une région ou un département. Ils ont ainsi accès à une connaissance globale de certaines réalités de la santé publique qui leur confère un pouvoir d'information et donc d'influence tant auprès des acteurs de terrain que des décideurs. Cette capacité nouvelle qu'ils découvrent dans leurs fonctions en administration centrale sert ceux qui veulent défendre leur métier : en centrale, les médecins sont trop peu nombreux face aux administratifs. Autrement dit, les médecins exercent une profession qui devrait, selon eux, être présente dans la totalité de la santé : les soins, la prévention et la santé publique, de même que l'élaboration des politiques de santé ; un médecin aurait donc, en matière de santé, vocation à être savant et politique.

4) Conclusion

J'ai montré dans ce chapitre que le métier de MISP n'échappait pas, compte tenu de l'extrême diversité de ses tâches à une représentation équivoque de son utilité. Entre servir l'institution, le groupe professionnel et la population, les interrogations mettent à jour des critiques, des frustrations, des conflits de rôles ou des satisfactions qui étayent tout un ensemble de valeurs et de conceptions échafaudées selon les situations et les expériences. C'est néanmoins autour du concept de population que la notion de droit à la santé tend à s'ériger en valeur commune, en tout cas suffisamment affirmée pour devenir un principe conducteur dans l'exercice du métier et un mythe fédérateur dans la construction identitaire. Ce dernier point est une perspective à laquelle je vais raccrocher le développement du chapitre suivant : faisant l'hypothèse que les médecins inspecteurs de santé publique exercent un métier en référence à des modèles spécifiques, dont les caractéristiques en termes de normes, de valeurs, de rôles, sont définies et défendues prioritairement par le groupe lui-même et non par des acteurs extérieurs, je vais consacrer le chapitre IX à l'analyse des processus et des moyens que les MISP mettent en œuvre pour promouvoir leur métier et s'y affirmer en tant que tels.

CHAPITRE IX

OPPORTUNITÉS, RESSOURCES ET RÉSEAUX.

L'optimisation des ressources des acteurs professionnels s'appréhende au point d'équilibre entre la coopération et le conflit au sein d'un environnement donné. L'analyse de cette question s'intéresse à tout ce qui met les acteurs en relation, tant à l'intérieur de leur institution que dans l'environnement élargi, dont je dirais, s'agissant des MISP, qu'il s'inscrit dans la mouvance sanitaire et sociale.

Les formes de coopération que l'exercice du métier de MISP met en évidence obéissent à un principe de régulation dont les principaux aspects ont été mis en évidence par J.D. REYNAUD : les échanges, l'appartenance professionnelle, l'opposition bureaucratique et l'engagement spécifique (1993, p. 84). Des échanges naissent les opportunités ; l'appartenance professionnelle permet d'identifier des ressources ; l'opposition bureaucratique fédère certaines relations internes et l'engagement spécifique est un facteur d'ouverture sur l'environnement.

Je me suis inspiré de l'enchaînement de ces catégories pour structurer le présent chapitre : j'examinerai dans un premier temps les principales données qui caractérisent le contexte relationnel de l'emploi des MISP ; j'analyserai ensuite les effets des caractéristiques à la fois de l'environnement interne et de l'environnement externe, dont je définirai plus précisément les contours, sur le métier de MISP ; je développerai enfin une approche de la coopération propre à ce métier au regard des réseaux dans lesquels ils s'impliquent.

1) La division du travail en services déconcentrés : les rapports des MISP avec les autres services des DDASS et des DRASS.

Les rapports entre les médecins inspecteurs et les autres services des DDASS ou des DRASS sont différents de ceux qu'entretiennent entre eux les services administratifs ordinaires. Ceci tient en partie à l'origine professionnelle des premiers qui leur permet d'être identifiés, avant leur intégration dans un corps de

fonctionnaires comme membres d'une profession, ce qui n'est pas le cas en général des personnels administratifs. Un médecin qui quitte l'administration reste un médecin, un inspecteur des affaires sanitaires et sociales, en revanche, perd l'essentiel de son identité professionnelle puisque son grade et sa fonction relèvent du seul statut de la fonction publique de l'État.

Approche critique.

Comment sont perçus le plus souvent les services administratifs par les médecins inspecteurs ? Ils en parlent comme des univers peu accessibles, structurés par une hiérarchie incontournable qui freine les échanges, contraints par des procédures de contrôle et de vérification, et attachés à des formes de communication, le plus souvent écrites, lentes et compliquées.

Vus sous cet angle, les services généraux par exemple, chargés de logistique, leur apparaissent davantage comme des obstacles à l'efficacité que comme des ressources favorables :

« Il faut qu'on explique tout ; là, par exemple, j'ai fait des fiches d'urgence pour les médecins inspecteurs, afin d'essayer de normaliser les conduites à tenir en cas d'épidémie ; j'ai fait ces fiches avec les médecins inspecteurs ; ensuite il y en a un qui les a corrigées, on les a fait valider au réseau. Donc, maintenant on a des fiches/types que je vais essayer de tenir à jour, et je voudrais les mettre sous forme de classeur, plastifié, maniable, un truc qu'on peut avoir dans son cartable, qui soit pas, justement le genre de papier qu'on perd. Et bien, il faut que j'explique pour avoir le droit de commander 100 classeurs, avec les pochettes plastiques les intercalaires etc... que je fasse une note ; ça, ça me tue, parce que tout le temps que je vais passer à faire ce courrier, à le faire taper, à corriger, parce qu'il y aura trois fautes d'orthographe, signer, l'envoyer, attendre la réponse qui mettra 6 mois, c'est vrai que ça, c'est très pénible. » (15-F-47).

Approche stratégique.

Dans certaines directions, les médecins doivent faire le constat d'une image négative que leur renvoient les services : les agents se méfient d'eux ou n'aiment pas

trop l'inspection de la santé, parce qu'ils pensent que les médecins se croient supérieurs à eux et leur témoignent du mépris. Quand le contexte est tel, un jeune médecin inspecteur peut y trouver aussi une opportunité stratégique pour se faire reconnaître :

« Les autres médecins étaient mal vus, c'était leur problème, moi, je ne connaissais pas l'historique ; c'est dur aussi de comprendre ce qui s'est passé avant vous. Donc au début, les gens se méfiaient ; ils disaient : oui, les médecins, ils se prennent pour... ils prennent les gens de haut... donc, un peu à la fois, j'ai créé des liens avec d'autres services, que n'avaient pas les autres médecins, avec des inspecteurs. Quand j'avais un dossier, parce que les autres services vous sollicitent pour donner un avis sur un dossier ; moi, je prenais le dossier, et j'allais voir les gens, c'est plus facile de dialoguer ; et c'est comme ça que j'ai pu me faire admettre, parce que les autres médecins, les contacts se passaient très mal. » (39-F-37).

J'ai relevé une seconde raison pour laquelle les rapports des médecins avec les autres acteurs internes ne ressemblent pas à des rapports banalisés : minoritaires dans l'institution et ayant un niveau de formation élevé, parfois le plus élevé au sein de la structure, les médecins inspecteurs revendiquent une reconnaissance du sommet de l'institution. Et s'ils se considèrent au-dessus des services ordinaires, on comprend mieux pourquoi, lorsqu'ils sont amenés à travailler avec ces services, ils préfèrent les solliciter avec l'appui de la direction, considérant qu'en ce qui les concerne, l'accord avec autrui et le travail en commun est facilité par l'aval du directeur, un aval destiné à traduire la position privilégiée qu'occupe le médecin dans le champ des acteurs internes. L'alternative devient alors relativement simple : ou le directeur reconnaît le médecin à sa juste valeur et le place en position élevée, ce qui l'intègre par le haut, et au-dessus des services, ou il ne le fait pas et le médecin retrouve une marginalité critique à l'égard des autres services administratifs :

« A la DDASS de P. le travail des médecins était reconnu, parce que l'élaboration du schéma de psychiatrie ou celui des enfants handicapés, le schéma que j'ai fait, c'est vrai que le coordonnateur principal... la tâche de coordination avait été confiée aux médecins ; donc, on n'a pas travaillé seul, on travaillait avec les inspecteurs, ceux du sanitaire, du champ médico-social pour l'enfance handicapée ; mais c'est vrai, la coordination nous avait été confiée par le directeur,

alors qu'à la DDASS de N., c'était vraiment l'inverse ; on ne demandait aux médecins que des tâches secondaires ou des travaux qui permettaient d'appuyer les décisions prises vraiment sur le plan administratif. » (5-F-39).

L'image du médecin reste présente dans les relations entre fonctionnaires.

Les rapports des médecins avec les autres services ne sont donc pas simples. Parce qu'un médecin ne collabore pas comme un simple administratif, décideurs et cadres administratifs savent que dans ce domaine, toute pratique est éminemment stratégique. Aussi, les déclarations révèlent-elles les risques ou les incertitudes qui s'attachent à l'emploi des membres d'un tel groupe professionnel :

« Ainsi les directeurs et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales insistent d'emblée et unanimement sur la nécessité de l'insertion forte du MISP dans son administration. Le médecin inspecteur doit rester en proximité d'eux, partager leur souci de management de « la maison »... les autres techniciens du ministère souhaitent un travail en binôme et expriment presque douloureusement leur constat que les MISP sont trop débordés ou pas assez intéressés pour prendre réellement le temps de s'asseoir avec eux, de réfléchir et élaborer en commun des enquêtes, des actions. » (Recrutement du MISP, Rapport François PIEDNOIR, mars 95).

De qui les MISP sont-ils solidaires ? Avec qui coopèrent-ils ? De qui sont-ils dépendants ? La réponse à ces questions, ancrées au cœur de la sociologie du travail, n'est ni unique ni générale (De TERSSAC¹³⁶). Elle s'attache à des réalités et des individus hétérogènes. Elle se réfère d'abord et avant tout à une dualité d'environnement professionnel : l'institution administrative qui emploie les MISP et la profession médicale à laquelle ils rattachent un grand nombre de leurs activités.

Il y a en DRASS et en DDASS des services avec lesquels les médecins inspecteurs peuvent être amenés à avoir des relations de travail, notamment ceux chargés de planification sanitaire ou médico-sociale. Ils se résument parfois à des réunions périodiques de chefs de services regroupés autour de deux grands pôles : le

¹³⁶ « En même temps qu'elle différencie les postes de travail, la division du travail amène la nécessité de les coordonner et, du même coup, oblige les individus à coopérer. La division du travail rend les individus qui réalisent les tâches dépendants les uns des autres : sont-ils pour autant solidaires ? », De TERSSAC G., Organisation du travail et sociologie, *Revue française de gestion*, novembre/décembre 1993 (p. 90-100).

pôle santé et le pôle social auxquels participent quelques adjoints. Les avis des médecins sur ces rencontres sont plutôt réservés, car les échanges y restent très conventionnels et les positions hiérarchiques y sont perçues comme des freins à la concertation. En dehors de ces rencontres formelles, tous les médecins déclarent qu'ils sont destinataires de comptes-rendus de réunions auxquelles ils n'ont pas été invités ou qu'ils invitent parfois à leurs réunions des agents administratifs qui n'y viennent pas, faute de temps. Quoiqu'il en soit, force est de constater que le plus souvent, les rapports avec les services internes se réduisent à un minimum plutôt formel et teinté de méfiance. Les médecins, dans leur grande majorité, privilégient les relations avec des personnes plutôt que les rapports entre les services. Ce n'est donc pas tant la position officielle et fonctionnelle des acteurs qui incite au rapprochement, mais plutôt la possibilité d'établir subjectivement un lien interpersonnel dont le résultat est objectivement favorable à leur reconnaissance respective :

« Je vois dans le schéma en psychiatrie, par exemple, j'ai très bien travaillé avec une inspectrice. Bon, il y a eu des fois, des petits frottements, mais ça a été assez rare, et j'ai vraiment bien travaillé avec elle. Je ne sais pas comment on a fait pour que ça se passe bien, mais je lui ai fait confiance et elle m'a fait confiance ; on a vraiment discuté ensemble de problèmes concrets, d'organisation de service, on a dit ce qu'on en pensait, même si, des fois, on n'était pas d'accord, et on s'engueulait, mais on a pris le temps de se voir. » (58-MISP-75).

Ce sont donc moins des rapports inter services que des alliances personnalisées sous formes de tandems ou binômes plus ou moins durablement établis soit autour d'affaires ponctuelles soit dans le cadre d'une mission partagée qui constituent les modes privilégiés de relations internes avec les médecins inspecteurs. Le plus souvent, c'est la fréquence des rencontres qui constitue le principal atout d'une relation considérée comme réussie.

Il n'en reste pas moins qu'un certain esprit « maison », une qualité interne de l'accueil, une disponibilité bienveillante à l'égard d'autrui (dans une structure de petite taille à caractère plus familial par exemple) peuvent constituer des conditions favorables à ce type de relations. Certains médecins inspecteurs parlent de « DDASS

sympathiques » ou qui en ont la réputation et où ils ont, plus facilement qu'ailleurs, tissé des liens durables et organisé des relations de travail suivies et constructives avec certaines personnes. Ce qu'il faut noter, c'est la surprise pour les médecins qui en ont fait l'expérience de réussir à travailler avec des non-médecins, ce qui souligne l'importance des a priori chez un grand nombre des membres de cette profession : il y a effectivement des situations où les médecins s'aperçoivent qu'ils peuvent tout à fait travailler, partager des objectifs de santé publique avec des gens qui appartiennent à une culture différente.

Les médecins ressentent bien la nécessité de travailler avec d'autres services, mais les complémentarités souhaitées connaissent des tensions. Ceux qui parlent de travail en commun évoquent les dossiers qui leur passent entre les mains et au sujet desquels prennent position techniciens et administratifs, chacun séparément, s'efforçant de mettre en avant sa propre culture, défendant son identité ou ses prérogatives, sans chercher véritablement le partenariat malgré les déclarations d'intention :

« C'est le fonctionnement interne des services déconcentrés, c'est à dire que normalement, le caractère pluri-professionnel de notre organisation avec médecins, des pharmaciens, des infirmières, des ingénieurs et des administratifs devrait être une source de richesse et d'efficacité, et l'organisation de la sécurité sociale avec un contrôle médical autonome et sa hiérarchie parallèle médicale, des caisses régionales d'assurance maladie du régime général mais aussi des caisses, de la MSA et c... ne me paraît pas être un modèle pertinent, mais c'est vrai que par ailleurs, on a du mal à fonctionner, à trouver notre place au sein des services de l'État... on a des atouts, mais est-ce que les administratifs voient nos atouts ? Il n'y a peut-être que nous qui les voyons. » (58-MISP-75).

De ce fait, figurant parmi les techniciens ou experts, c'est à dire relevant d'un groupe qui peut afficher une culture fortement spécifique, les médecins sont considérés avec méfiance par les autres services comme s'ils n'appartenaient pas totalement à la même institution. Les médecins inspecteurs mesurent les risques de la cohabitation avec d'autres corps techniques ou d'encadrement. Ce qui est en jeu, c'est leur utilité professionnelle et leur propre reconnaissance, d'où l'insistance à rappeler fréquemment leur niveau de formation pour légitimer leur position :

« Il faut être très vigilant par rapport à ce que les administratifs font de nos avis ; ils ont vite fait de nous faire disparaître. Sur telle ou telle affaire, vous ne retrouvez que les administratifs, le médecin a disparu. On a l'impression qu'on est tout de suite taxés, les médecins inspecteurs, de corporatisme, et puis, il me semble qu'on est très jaloué par les administratifs, que ce soit les inspecteurs ou les directeurs. On nous taxe de corporatisme, parce que faisant une démarche syndicale qui nous est propre, dans la mesure où nous commençons notre carrière à 35 ans, nous, on demande un statut qui nous soit propre. On est dans le ministère les seuls qui avons autant d'années d'études, et autour, on sent l'agitation. Les inspecteurs, leur mouvement, il est en partie tourné contre le nôtre ; ils n'admettraient pas qu'on ait gain de cause et pas eux. » (55-MISP-31).

Besoin d'autonomie et désir d'indépendance.

Tous les directeurs rencontrés évoquent plus ou moins ce désir d'indépendance des médecins inspecteurs avec lesquels ils ont travaillé. Ils parlent des attributions propres des médecins, celles qui sont couvertes par le secret professionnel par exemple, qui fonctionne comme une trace de leurs origines et que ceux-ci voudraient bien élargir à leur avantage au sens où les médecins sont des professionnels qu'on consulte, qu'on écoute et qui ne rendent des comptes qu'à leurs pairs, impliquant par là que les aspects essentiels de leur métier et donc de leur pratique ne se partagent pas avec autrui, limitant donc considérablement le champ du partenariat possible avec d'autres acteurs, ceux-là non-médecins. Trop de différence produit de la méfiance, et trop de méfiance génère le conflit. Même si certains médecins « s'entendent bien », comme ils le disent, avec certains administratifs, le ressenti collectif peut produire des tensions qui accentuent les oppositions :

« Au niveau de l'organisation de la DDASS, c'est clair qu'on sent, à l'heure actuelle, une large poussée des inspecteurs et des inspecteurs principaux, et c'est clair qu'il y a une revendication de tous les dossiers qu'on pourrait avoir pour qu'ils les récupèrent. Ici, comme il y a une rivalité, pour récupérer le plus de dossiers possible, on fait du zèle quelque part, on nous demande maintenant d'avoir une vue très ponctuelle des choses. En matière de planification, pour le schéma départemental, on avait tout un truc à apporter ; maintenant ce n'est plus ce qu'on nous demande. » (30-F-37).

Lorsque j'écris que ces rivalités ouvrent la voie au conflit, je souligne le fait que l'institution s'expose vis à vis de l'extérieur à des contradictions liées à l'incohérence de son action interne :

« La DRASS, je serais incapable de dire à quoi elle sert. Là, M. fait ce qu'il veut, je vois, ici, on fait ce qu'on veut. Au sujet de l'hôpital de F. moi, je suis en train de monter un dossier pour éliminer le directeur de F. ; je ne suis pas du tout sûre qu'au service planification, ils ne sont pas en train de l'encenser. On travaille dans le non-sens, alors pour faire ça, autant rien faire du tout. » (3-F-34).

La division des hommes influe sur la division du travail alors que la question fondamentale pour l'institution, derrière la nécessité d'une division du travail, demeure celle d'une solidarité entre les hommes autour d'objectifs fédérateurs et de valeurs partagées. En réalité, les rapports entre médecins et autres services relèvent plus souvent d'une forme de compétition que d'un échange, au préjudice des finalités de service public, comme en atteste ce témoignage :

« Le grand jeu dans la maison, c'est que les choses circulent, en se demandant quel est celui qui va les récupérer. Généralement, quand des usagers écrivent, c'est qu'ils sont complètement paumés dans les procédures, et que ça ne concerne pas qu'un seul service ; alors le grand jeu de l'institution, c'est le post-it pour savoir quel est celui qui va s'emparer de l'affaire. Et ça, ça m'énerve, alors je décroche mon téléphone, et soit, je gueule, soit je prends le problème, en me disant, il faut débrouiller cette affaire, parce que l'utilisateur est paumé, et c'est vraiment un rôle que la DDASS devrait remplir, apporter un appui aux administrés, les aider à s'y reconnaître dans le maquis. » (4-H-43).

L'un des risques pour les médecins, c'est de se voir confier des travaux à la marge, moins préoccupants pour les services administratifs, et de se retrouver finalement ignorés par l'institution qui les emploie, ces marginalisations de fait étant souvent le produit d'une communication interne non régulée, sous-tendue par des rivalités de personnes qui alimentent les rumeurs et les critiques. Le constat, dans ces conditions, de l'état des rapports entre médecins inspecteurs et services internes de la DDASS ou de la DRASS reste fréquemment celui d'un cloisonnement qui renforce le pouvoir des uns et renoue avec certaines dérives bureaucratiques. Certains

médecins inspecteurs disent être entrés à la DDASS sans qu'on leur ait remis préalablement au moins un organigramme de l'institution, l'argument étant tout trouvé pour justifier qu'il est difficile de travailler ensemble quand on ne sait pas qui est là. Ils estiment que les structures sont souvent très compartimentées, et les temps de rencontres réduits au minimum parce que les agents donnent l'impression d'être surchargés de travail. Le rapport d'activités annuel est lui-même cité comme le seul document d'information globale sur l'institution. Les stratégies du « chacun pour soi », auxquelles sont souvent associés les comportements carriéristes, sont dénoncées parfois avec vigueur :

« Il faut faire des choses et ne jamais abandonner ce qu'on fait par ailleurs ; pour moi, ça me semble complètement farfelu, cette absence de projets, cette absence de collaboration inter/services, et puis, je ne suis pas là depuis longtemps, mais je perçois des luttes de pouvoir, fortement liées à des plans de carrière, et ça, je crois que c'est assez fort au niveau des inspecteurs. » (32-H-47).

Cette position n'est pas propre aux médecins inspecteurs, mais lorsque la division marque très fortement l'organisation, cela signifie que le cloisonnement qui s'ensuit est davantage le signe d'une réaction d'indépendance que d'une preuve d'autonomie. Ce repli catégoriel prouve le déficit des espaces de régulation où, en suivant l'analyse de De TERSSAC, la construction des règles devrait ouvrir la voie de la coopération. L'exercice de l'autonomie s'effectue d'abord dans les espaces de rencontres et d'échanges en commun pour discuter des missions pas toujours très explicites qui leur sont confiées ou qu'ils s'approprient. Si les discussions sont critiques parfois à l'égard de l'institution administrative, c'est probablement parce que la cohérence entre le prescriptif (ce qui est défini par les directions) et l'informel (ce qui fait l'objet du débat interne aux médecins) n'a pas fait l'objet d'une réelle concertation au sens où De TERSSAC parle de combinaison.¹³⁷

2) L'effet des caractéristiques de l'environnement externe sur le métier de MISP.

C'est moins le nombre des acteurs extérieurs que leur diversité qui influe sur la dimension stratégique du métier de MISP. Un emploi occupé par un médecin de

DDASS peut être en relation avec des élus (Conseil général, Conseil régional) des magistrats, des policiers, des fonctionnaires de la Jeunesse et des sports, une inspection académique, des gestionnaires et des médecins de l'assurance maladie, des travailleurs sociaux des collectivités locales et des médecins soignants. Il peut être amené à participer aux travaux de commissions officielles au sein d'organisations publiques, privées, associatives.

Que trouve-t-on dans l'environnement externe des MISP ?

Outre les hôpitaux et les instances représentatives de la profession médicale, il faut introduire les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation, qui empruntent à l'administration une part de ses moyens, et aux politiques une partie de leur pouvoir décisionnel. La force que confère une telle position situe les agences comme des donneurs d'ordres et des acheteurs de prestations de service auprès de multiples acteurs, dont les médecins inspecteurs, consultés au même titre que les médecins de l'assurance maladie par exemple ou leurs collègues des autres services.

Les MISP sont également aux prises avec une diversité de métiers (médecins, travailleurs socio-éducatifs, gestionnaires, comptables, juristes, administratifs...) Cette diversité externe expose au débat, elle caractérise l'espace délibératif que les médecins inspecteurs jugent intéressant mais difficile, justement parce qu'il leur apparaît peut-être plus social que technique, c'est à dire moins conforme au contenu de la formation qu'ils ont reçue.

Défis et enjeux liés aux institutions extérieures.

Aux groupes professionnels, se surajoutent les appartenances institutionnelles, qui renforcent évidemment la complexité des stratégies. Médecins et non-médecins extérieurs travaillent le plus souvent dans des établissements et services dont le médecin inspecteur ne peut prétendre connaître toute l'histoire. Il y a des médecins inspecteurs qui craignent d'aller dans les établissements, justement parce qu'ils en

¹³⁷ « En clair, la gestion explicite des deux types de règles (les règles de fait et l'informel) c'est la reconnaissance de l'existence de règles effectives dont la construction ne peut être décrétée a priori, mais réalisée par des compromis entre les pratiques de l'encadrement et celles des exécutants. Ceci signifie que la construction des règles effectives n'est pas l'addition des pratiques de chacun ou encore la juxtaposition des deux types de règles, mais bien une combinaison », De TERSSAC G., *Autonomie dans le travail*, P.U.F., Paris (1992, p. 221).

ignorent la culture et parce qu'ils pressentent le caractère stratégique des rapports qu'il peut y avoir entre eux et des représentants des services de l'État. La première crainte du nouveau médecin inspecteur qui arrive sur le terrain, c'est souvent d'être manipulé, c'est à dire impliqué dans des processus destinés à atteindre des objectifs ou obtenir des avantages dont il n'a pas eu connaissance, soit parce qu'il n'a pas eu le temps, soit parce qu'il n'a pas accès aux bons informateurs :

« J'avais toujours peur d'aller dans les établissements, parce qu'il y avait un historique, il y avait l'ancienneté, et je ne savais pas ce qu'il y avait eu avant moi ; et ça, c'était un peu angoissant pour moi ; qu'est-ce qui a été dit ? Est-ce que les gens ne vont pas m'utiliser ? Parce que moi, j'arrive en tant que représentant DDASS quand même, et donc est-ce qu'on ne va pas me manipuler ? Parce que les antécédents, c'est important ; je ne savais pas moi, ce qui avait été dit aux autres avant moi. » (39-F-37).

Cette appréhension à l'égard des acteurs externes est aussi liée à leur taille (un CHU par exemple), la spécificité de leurs missions et leur technicité (une DDE, une direction de l'industrie...) leur connaissance et leur proximité d'une certaine catégorie d'usagers (une association pour handicapés...), autant de cordes stratégiques susceptibles d'être actionnées et qu'un médecin inspecteur ne peut ignorer. Les mêmes craintes valent également pour les plus anciens. Trop connus des acteurs externes, ces derniers savent comment s'en faire des alliés :

« Tout le monde me connaît trop bien et cela finit par devenir difficile, parce que les gens que j'aime bien viennent me voir, et on discute très agréablement et tout, mais ils essaient toujours de me faire adhérer à leur position et tout ça, et je pense que cela devient difficile de maintenir une certaine distance avec certaines personnes. Les gens que je n'aime pas, et bien les choses aussi ont tendance à se cristalliser, donc ils me font des coups en douce ou bien alors ils refusent de faire ce que je fais, enfin de collaborer, de travailler ensemble et c... et puis, tout le monde sait à l'avance comment je vais réagir ; les gens me connaissent maintenant, donc quand on présente les choses, ça a toujours une orientation, les gens savent comment il faut présenter les choses pour que ça passe. » (10-F-42).

Face aux acteurs institutionnels publics (préfet, DRIRE, DRAF, Direction régionale de l'environnement, contrôle des services vétérinaires, concurrence, consommation et répression des fraudes) l'enjeu est moins de les reconnaître que de se faire reconnaître.

D'une part, il s'agit pour le médecin inspecteur de trouver une place et surtout une crédibilité dans le paysage administratif ; c'est la condition stratégique du partenariat ; c'est aussi un moyen pour le médecin inspecteur, de se positionner au sein de sa propre administration. Je pense en effet que la présence des acteurs publics externes influe sur le métier de MISP dans la mesure où ils lui renvoient l'image d'un représentant d'une administration plus que celle d'un médecin, ce qui lui ouvre une perspective très particulière d'affirmation de sa technicité : pour les administrations de l'État avec lesquelles il est en relation, il est médecin parce qu'il donne un avis spécialisé sur des dossiers que traitent les administrations, et non parce qu'il soigne les gens. Mais cette attente ou cette forme de reconnaissance potentielle n'est réalisable pour un médecin inspecteur de santé publique que s'il se rend crédible, c'est à dire qu'il apporte la preuve de sa technicité, une technicité assise sur des savoirs et des savoir-faire que n'ont pas les autres acteurs. Si un médecin inspecteur considère que l'une des grandes difficultés de l'administration concerne la connaissance de son environnement, donc la connaissance d'un certain nombre d'acteurs de terrain et de l'action qui s'y déroule, cet environnement représente un espace privilégié d'investissement pour manifester à l'égard des administrations qu'il rencontre une compétence dont elles ressentent le besoin. Autrement dit, si l'administration est loin du terrain, le médecin inspecteur a intérêt à s'en rapprocher. La légitimation passe par la connaissance du terrain, le rapport avec les professionnels et le contact avec l'utilisateur/citoyen. L'objectif d'un tel processus est double : il autorise la reconnaissance d'un métier, et il consolide la légitimité de l'État en se faisant porteur de la réglementation qu'il sert. L'environnement extérieur est un facteur constitutif du métier de MISP : à la connaissance des règles, il oblige à la connaissance des hommes. Il n'est pas inutile alors, afin d'approfondir les interactions qui sont à l'œuvre dans une telle démarche professionnelle de préciser en les différenciant, les contextes institutionnels de l'emploi des MISP.

D'autre part, le rapport avec les élus locaux introduit une dimension politique dans les formes de la négociation qui conditionnent les méthodes de travail des médecins inspecteurs soucieux d'analyser la pertinence des besoins à repérer sur le terrain. La démocratie, en effet, ne leur apparaît pas toujours très objective pour analyser des besoins de santé, les élus du peuple étant plus soucieux de satisfaire d'abord les besoins de ceux qui les ont élus et non ceux des électeurs du voisin. Les médecins inspecteurs estiment dans ces conditions, qu'il n'est pas toujours facile de démontrer aux élus d'un conseil général où sont véritablement les besoins de santé de la population, et surtout dans quel ordre de priorité ils se présentent. Néanmoins les élus locaux sont aussi des acteurs extérieurs avec lesquels les médecins sont amenés à travailler. L'environnement extérieur est donc constitué d'acteurs exigeants dont les ressources et les stratégies influent autant sur les formes du métier de MISP (compétences à acquérir) que sur ses conditions d'exercice (gestion du temps).

Il est indéniable que l'environnement externe est, pour les MISP, un élément important dans les missions qui sont confiées parce qu'il donne au métier une double consistance technique et stratégique. Il présente pour les professionnels concernés des atouts mais aussi des risques. Il peut fédérer les acteurs autour des problèmes qu'il révèle mais il peut aussi les diviser parce qu'il ouvre des horizons relationnels très divers. Les relations que les médecins inspecteurs ont avec l'extérieur sont donc en grande partie des relations stratégiques. La connaissance du terrain est un enjeu de pouvoir non négligeable. De par ses fonctions, le médecin inspecteur perçoit, parce qu'elle lui est renvoyée par des acteurs extérieurs, l'image de l'État, seul détenteur légitime du pouvoir de décision dans certains domaines. Il y a bien une influence de cette représentation lorsque le médecin inspecteur mesure le poids qu'il exerce dans certains processus décisionnels. Il y a donc bien une question de pouvoir en jeu dans les échanges qu'il peut avoir avec ces acteurs. Mais il y a aussi chez les médecins inspecteurs une expression différenciée de sensibilité à l'égard de cette question, entre ceux qui souhaitent d'abord être en relation avec l'extérieur pour le travail d'incitation, d'innovation, de changement qu'il peut offrir, donc en termes d'action sur les choses ou sur les faits prioritairement, et ceux qui se présentent d'emblée plus stratégiques, qui mesurent d'abord les enjeux des acteurs, qui ont l'esprit de combat, donc en termes d'action ou d'influence sur les hommes, avec les prises de pouvoir que cela nécessite. Ces conceptions à l'égard de l'environnement externe peuvent être dissuasives pour les uns et attirantes pour les autres.

Ces représentations ne sont pas bien sûr sans fondement, car cet environnement externe amène rapidement les médecins inspecteurs à prendre conscience de ses capacités stratégiques, capacités qui se développent d'ailleurs de manière très interactive. La proximité du terrain et son accessibilité offrent par exemple au médecin inspecteur une opportunité pour s'affirmer vis à vis des services centraux du ministère qu'il peut estimer trop cloisonnés et moins à même de définir des orientations à partir d'analyses de besoins. Les médecins inspecteurs proches du terrain considèrent souvent que les analyses locales ascendantes, donc celles qu'ils réalisent eux-mêmes, sont plus pertinentes que les analyses centralisées de problèmes appréhendés de manière trop générale. Les acteurs de terrain sont donc un atout qu'il peut être important de transformer en alliés :

« Il faut donner des idées au ministère, c'est logique, il est vraiment très loin du terrain. Donc, pour ça, il faut bien connaître les réseaux associatifs, être connu et reconnu par lui, pour pouvoir donner le petit coup de pouce qui va permettre de concrétiser, parce que c'est les professionnels qui ont des idées, c'est pas moi, dans mon bureau, qui peux les avoir. » (6-F-38).

Mais l'appartenance des médecins inspecteurs à l'institution administrative fait partie de leur statut et d'une certaine manière les professionnels de terrain le lui rappellent bien lorsque, pour résoudre leurs conflits ou surmonter leurs divisions, ils le poussent à des arbitrages ou des prises de position en sa qualité de fonctionnaire d'une administration de l'État. Le devoir de réserve et de neutralité vis à vis du terrain devient en même temps un souci stratégique que vont assumer les médecins concernés. Être suffisamment proche mais sans être partisan, tout en sachant manifester une compréhension bienveillante, constituent des formes d'apprentissage du métier que seules les réalités concrètes du terrain peuvent opérationnaliser. La dimension stratégique de cet environnement extérieur se complique également de la présence des acteurs politiques de terrain qui ont aussi des idées à faire valoir auprès des administrations de l'État, et notamment de leurs échelons centraux. L'action des médecins inspecteurs sur le terrain peut très bien interférer avec celle d'élus locaux que les institutions cherchent à orienter à leur avantage. De cette capacité, les médecins inspecteurs tirent un enseignement : il faut être vigilant sur l'évolution des

alliances ou des oppositions entre les professionnels de terrain et les politiques pour occuper la position la plus proche de ceux qui ont les ressources estimées les plus légitimes. Entre faire et s'abstenir, les médecins inspecteurs veillent autant à faire avancer leurs dossiers qu'à ne pas se faire « griller », c'est à dire se retrouver déjugés ou ignorés, les remontées des positions politiques vers les ministères constituant des facteurs de risques, même si l'appartenance politique des acteurs concernés n'a jamais été mentionnée par les interviewés comme une variable significative dans la nature de leurs rapports :

« J'ai eu énormément de relations avec les directeurs d'établissements, les présidents de CME, avec les médecins qui font les IVG, par exemple. Moi, j'ai gardé d'excellents rapports avec eux. J'ai quand même eu des rapports où il fallait toujours être un petit peu sur son quant à soi. Quand on allait à une CME, par exemple, on y allait parce qu'il y avait tel et tel point qui nous intéressait, il fallait toujours tourner sa langue trois fois dans sa bouche avant de parler. Mon directeur, un jour, m'a dit : Madame, faites attention ; je lui ai dit : Monsieur le Directeur, vous ne m'avez pas vue en CME, je tourne ma langue dix fois dans ma bouche avant de parler...un jour, j'ai dit que l'établissement de C. pour la mucoviscidose, allait être fermé ou devait être fermé. Le lendemain ou le surlendemain, mon directeur était séquestré dans son bureau par l'association des parents d'enfants mucoviscidosiques, parce que j'avais dit ça ; c'est la seule fois où j'ai fait un impair. » (26-F-65).

Les évolutions dans le domaine sanitaire sont importantes et l'actualité des questions de santé le prouve par ailleurs. Garder le contact avec les réalités de ce monde, disposer des sources pertinentes d'information, préserver un positionnement favorable dans le champ, c'est à dire y être reconnu et sollicité comme un acteur important sont au rang des préoccupations premières des médecins inspecteurs. Avec l'apparition des agences régionales de l'hospitalisation, par exemple, il devenait important pour les médecins de se repositionner notamment par rapport aux administratifs des services de planification des DRASS. Si les ARH ne consultent plus les MISP, c'est la reconnaissance même du métier qui est remise en cause. Le risque existe puisque le cas s'est présenté :

« Alors, tout ce qui est planification, tout ce qui est logistique de la planification, ce sont les administratifs de la DRASS. Par contre, nous, nous avons déjà entamé, en tant qu'inspection régionale de la santé, des études sur la périnatalité, la cancéro. et la cardio. ; donc ce sont des thèmes qui ont été repris par le directeur d'agence, et il a nommé des chefs de projets, mais en leur demandant de ne pas faire ce que j'avais fait... il y avait, à la création de l'agence, un médecin contractuel, un chargé de mission, je veux dire qui n'était pas médecin inspecteur de santé publique, donc praticien hospitalier, qui avait été détaché auprès de la DRASS, et qui travaillait dans l'équipe de l'IRS, et il se trouve que c'est ce médecin qui est devenu médecin de l'agence ; donc je pense que ça, ça a donné une spécificité assez particulière à l'agence par rapport aux services déconcentrés de l'État également. Ça a été une position très difficile pour le médecin inspecteur régional. » (58-MISP-75).

Dans un tel contexte de réforme, toutes les stratégies sont ouvertes.

Les médecins de l'assurance maladie : un groupe professionnel concurrentiel.

Dans l'environnement externe d'un médecin inspecteur, il y a des acteurs potentiellement perçus à la fois comme des adversaires et comme des partenaires. Les médecins de l'assurance maladie en sont un exemple caractéristique. Ils ont une organisation du travail très différente de celle des médecins inspecteurs de santé publique des DRASS et des DDASS. Déjà au moins deux fois plus nombreux que ces derniers, mais aussi mieux payés, ils apparaissent plus disciplinés, parce que leur organigramme interne est fortement hiérarchisé, avec la présence d'un médecin chef, vers lequel avis, informations, comptes-rendus de réunions doivent remonter. Ils ne prennent aucun engagement et encore moins aucune décision sur ce qui n'a pas fait l'objet d'une validation officielle. Leur assistance à une réunion se concrétise par une abondante prise de notes, et ils ont déjà manifesté une réelle capacité à s'approprier des connaissances en santé publique dont les médecins inspecteurs pensaient

justement avoir le monopole.¹³⁸ Ces différents traits ont fait dire à un certain nombre de médecins inspecteurs qu'ils présentaient à leurs yeux un danger, parce qu'ils pouvaient remettre en cause l'existence même de leur métier. Les médecins de l'assurance maladie apparaissent à l'opposé des pratiques et de l'environnement organisationnel des MISP. Ces différences ne sont pas toujours de nature à faciliter les rapprochements. Les méthodes de travail des médecins conseils ont déjà exaspéré bon nombre de médecins inspecteurs qui y entrevoient la menace d'une redoutable efficacité, au bénéfice d'autres acteurs institutionnels, comme les agences régionales de l'hospitalisation par exemple, qui pourraient être tentées de les préférer aux médecins des services de l'État. En réponse, certains médecins inspecteurs peuvent donc être amenés soit à entrer en conflit indirect avec leurs confrères de l'assurance maladie, en leur déniaient toute capacité à traiter des questions de santé publique au motif qu'ils n'y ont pas été formés, par exemple, soit à les concurrencer en jouant sur la plus grande souplesse de leurs conditions de travail, soit à collaborer très étroitement en faisant valoir la complémentarité des compétences. Quelques médecins inspecteurs ont même discerné là une opportunité stratégique : sachant que la majorité des MISP traite les médecins conseils avec méfiance, il peut être utile de se différencier en jouant la carte d'une coopération approfondie sur certains dossiers, marquant du même coup la distance avec cet autre acteur extérieur important que sont les médecins hospitaliers :

« Je travaille beaucoup plus à l'extérieur, avec des interlocuteurs qui ne sont pas forcément des médecins des hôpitaux ; je travaille avec les médecins conseils. Je crois que je suis l'un des premiers à vraiment concrétiser les choses avec les médecins conseils, la CRAM, à tel point qu'on peut se demander si je ne suis pas employé par la CRAM. Non, parce que c'est clair, il y a aussi des trucs, des tensions, des désaccords, mais dans l'ensemble, c'est vraiment un très bon niveau de coopération, et je crois que c'est un des trucs que j'ai amené ; à mon avis, c'est plus lisible. » (33-H-37).

¹³⁸ Ces différentes remarques sont tirées d'un entretien collectif avec des MISP : « Ils peuvent nous pomper très rapidement ; ils sont deux fois plus nombreux que nous, ils sont normalement cérébrés, donc ils peuvent se former ; ils sont disciplinés, et ils disent qu'ils passent un concours plus difficile que nous, et avec un salaire bien différent. Ils sont plus disciplinés parce que tout ce que dit le chef au niveau régional redescend sur les échelons locaux. Ce qui se dit dans une réunion ne peut pas être discuté pendant la réunion, mais ils rendent compte au chef avant d'en reparler...On leur téléphone, ils nous demandent d'appeler l'échelon supérieur, le médecin/chef. Mais ils sont très efficaces aussi, compte tenu de leur nombre, de leur caractère discipliné, ils nous ont pompé à grande vitesse nos connaissances en santé publique » (58-MISP-75)

Les médecins jouent donc la collaboration ou le conflit pour affronter une agence tentée de les ignorer au bénéfice des médecins conseils de l'assurance maladie. Mais la collaboration présente l'inconvénient de perdre de vue la spécificité des métiers :

« Il y a évidemment une partie des attributions des médecins de la sécurité sociale qui sortent au sens strict de la notion de santé publique, mais l'un réagit sur l'autre ; moi je ne crois pas qu'il y a la santé publique et la santé privée ; il y a la santé tout court, la santé de la population ; et il est bien évident que par exemple, le contrôle de l'utilisation des prestations de sécurité sociale réagit sur la fréquentation des hôpitaux, ça c'est évident. Parce que, quel est au fond l'objectif commun des deux corps ? L'objectif commun des deux corps, c'est la préservation de la santé, c'est la meilleure utilisation possible des sommes considérables que la nation met à leur disposition. » (52-H-70).

Quant au conflit, il met en évidence l'inégalité des moyens des groupes professionnels concernés :

« Avant d'aller quelque part, moi je me penche sur les statistiques. À l'époque, c'était H80 ; bon je vais dans un hôpital que je ne connais pas ou dans une clinique que je ne connais pas, je me penche déjà sur les statistiques ; ça me donne déjà une idée, une idée de ce qui se passe. Vous avez vu le dernier numéro de Sciences et Avenir ? Ils se sont servis de quoi ? De documents existants, le nouveau H80, et puis, je vous ferais remarquer que dans cette revue, il n'est pas question des médecins inspecteurs ; jamais rien ne sort de l'administration ; les médecins de la CRAM sont obligés de faire un rapport pour les budgets, et ça se discute en commission de budget, c'est pour ça que dans Sciences et Avenir, ils ont tous les documents des CRAM, et nous, qu'est-ce qu'on fait ? On fait des rapports à nos supérieurs hiérarchiques, des notes de service, des rapports et ça ne va pas plus loin. Donc nous sommes ignorés, notre corps est ignoré de Sciences et Avenir, les médecins inspecteurs, on dirait qu'il n'y en a pas, ça n'existe pas. Moi je vous dirais que ce qui m'énerve, c'est les médecins de sécu. qui font le travail des médecins de santé publique, alors qu'ils ne contrôlent pas leurs affiliés et tout ce qu'il y a à contrôler à l'intérieur de leurs structures. C'est vrai ! mais moi je pense que de toute façon, ce qu'il y a avec les médecins inspecteurs de la santé, c'est qu'on est particulièrement

inefficaces parce qu'on n'est pas assez nombreux. Quand on était trois là haut, récemment, qu'est-ce que vous voulez faire ? Il y a une multitude de choses à faire ; vous ne saviez pas par quel bout commencer des fois ; et puis, c'est des dossiers, c'est pas des gens. Les gens, on peut se précipiter sur eux pour les soigner ; mais des dossiers, on peut les laisser sur le coin du bureau. » (26-F-65).

Le conflit met aussi en évidence les risques d'une concurrence trop ouverte entre ces groupes :

« Apparemment il y a une pratique, depuis très longtemps, une pratique administrative qui est très tatillonne, très hiérarchisée. Moi je me souviens, bien avant les ARH, qu'effectivement, lorsqu'on invitait des médecins conseils à des réunions, il fallait absolument leur envoyer une convocation pour qu'ils puissent justifier de leur emploi du temps... mais ils sont très efficaces, compte tenu de leur nombre, de leur caractère discipliné... ils nous ont pompé à grande vitesse nos connaissances en santé publique... pour moi, nous vivons les dernières années des médecins inspecteurs de santé publique. » (58-MISP-75).

Ainsi donc, l'espace de travail et d'implication des MISP présente des opportunités stratégiques que R. SAINSAULIEU assimile à des champs relationnels divers où se construisent les identités.¹³⁹

3) Émergence de réseaux locaux et formes de coopération.

Rechercher la coopération des acteurs au sein de l'organisation pour la rendre efficace est un principe d'action cher au management. Mais la coopération ne se décrète pas et il ne semble pas exister de règle générale qui puisse la développer. Les acteurs coopèrent souvent selon des formes, dans des lieux et à des moments fort variés.

¹³⁹ SAINSAULIEU précise à ce sujet : « L'inscription sociologique de l'individu dans une série d'espaces relationnels, plus ou moins séparés, permet en outre de comprendre que l'individu peut sérier les tableaux sur lesquels il cherche la reconnaissance et qu'il peut avoir aussi les moyens de ne pas faire usage de ses armes. C'est en ce sens que l'univers des relations de travail peut être un lieu de constitution différentielle des identités individuelles, car il diffuse à ses divers membres des moyens effectivement inégaux de lutte, et des champs plus ou moins diversifiés d'affrontement pour mesurer ses victoires, ses échecs ou ses risques », SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Références, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris (1988, p. 335).

Pour être négociée, la coopération doit reposer sur des échanges. Sur ce point, je me réfère à l'approche développée par STRAUSS (1992, p. 45) autour des professions en milieu hospitalier selon laquelle les acteurs engagent un dialogue au sein de l'organisation moins pour appliquer les règles que pour les reconstituer, et ce faisant, donner à l'organisation toute la réalité de son existence dans l'action ainsi engagée. Le dialogue est la manifestation première d'une forme de coopération. Dans l'administration, il s'installe effectivement très souvent autour de la règle ou d'un ensemble normatif que les acteurs ont besoin de s'approprier. A partir d'une règle, la plupart du temps, un médecin inspecteur organise des échanges qui ont pour but de mesurer les positions des uns et des autres par rapport à des instructions, des consignes ou des orientations. Les comités de pilotage ont très souvent cette fonction. On y discute beaucoup, les positions sont argumentées. Des médecins inspecteurs en ont fait l'expérience par exemple au sujet d'une circulaire traitant de la médicalisation des centres d'hébergement et de réadaptation sociale qu'il a fallu faire précéder de toute une série d'échanges entre les acteurs pour déterminer les contributions des soignants, éducateurs, gestionnaires et tutelle en matière de prise en charge des adultes inadaptés sociaux. Ces échanges et les prises de position qu'ils déclenchent servent aux acteurs à se connaître, c'est à dire à s'évaluer dans des situations de travail concrètes, tant par rapport aux autres que par rapport au travail lui-même. Sur la base d'une règle à mettre en application, la rencontre des acteurs à ce double niveau (je suis d'accord pour faire telle chose avec untel dans le même sens) génère des coopérations assimilables à des partenariats qui peuvent se développer sur une complémentarité des savoirs. Des médecins ont pu ainsi apprécier ce qu'ils appellent la culture des administratifs, souvent assise sur des acquis pluridisciplinaires très différents et non médicaux, ainsi que sur un apprentissage de la gestion collective, donc très éloignée des approches individualistes de l'apprentissage médical initial. Des savoirs différents qui s'expriment sur une réglementation commune permettent d'identifier une communauté d'intérêts autour d'un problème à régler, pouvant faire appel à des compétences non médicales (l'assistance éducative et la gestion financière par exemple) Cette identification réussie est une variable de la coopération. Elle peut aussi être le produit de l'expression de savoirs communs (entre médecins) sur la résolution d'un problème commun mais qui ne dispose pas encore d'une réglementation achevée (mettre en place un dispositif de programme stratégique d'action de santé, créer et articuler des

structures, groupes de programmation, de réflexion...) C'est la nécessité de créer un cadre à l'action organisée qui incite aux rencontres et aux échanges. Si la coopération crée du lien, elle est forcément précédée d'une rencontre des acteurs qui n'ont pas toujours une vision très claire de leurs interdépendances dans un domaine précis ou sur un problème particulier.

Caractéristiques subjectives de la coopération.

Parmi les modèles reconnus de coopération on trouve notamment les équipes et les réseaux, mais ces notions ne renvoient pas à un référentiel précis. Pour l'affirmer, je m'appuie sur la définition de BECKER, citée dans l'ouvrage de STRAUSS¹⁴⁰ : « *si on définit un monde social comme un réseau d'acteurs coopérant dans l'accomplissement d'activités spécifiques, le chercheur est tenu d'identifier qui agit avec qui, pour produire quoi, selon quel degré de régularité, et sur la base de quelles conventions* » Un réseau d'acteurs qui coopère est donc une réalité sociale fortement contingente. Les différents aspects d'une action collective sont très interdépendants. Si des individus agissent ensemble ou décident de coopérer, c'est qu'ils ont repéré dans les actions des autres des lignes de conduite proches ou complémentaires de ce qu'ils attendent. Une action collective est largement tributaire de ce que chaque membre perçoit de la position et de l'action d'autrui. Il ne suffit pas de dire qu'une action doit être collective, il faut encore que les acteurs y trouvent un intérêt. Dans un processus de planification, par exemple, qui est souvent très long, les acteurs partent d'un certain nombre de données d'observation qu'ils confrontent, mettant en évidence la nécessité d'une démarche de partenariat. Aucun acteur, pris isolément, n'est en capacité de planifier quoi que ce soit, en matière d'équipements sanitaires et sociaux. La démarche est forcément pluri-catégorielle, et elle débute avec ceux qui ont fait l'observation, d'autant qu'il y a souvent plusieurs sources de données, ce qui les gratifie, parce qu'ils peuvent constater qu'ils n'observent pas seulement pour observer mais que leur action se situe au déclenchement d'un processus dans lequel leur avis sur ce qu'il est possible de faire est sollicité, ce qui constitue en soi un facteur incitatif de coopération.

¹⁴⁰ STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation*, Paris, l'Harmattan, 1992, p.50.

La contingence vient du fait que les variables peuvent se combiner de manière extrêmement complexe. Si la cohérence rationnelle d'un processus d'action collective peut apparaître comme un facteur positif, elle n'est pas forcément suffisante dans tous les cas où une démarche de planification s'engage, même si techniciens, médecins et administratifs peuvent trouver un intérêt à échanger leurs savoirs, c'est à dire à défendre le sien propre comme un savoir dont dépend la compétence collective. À ceci peuvent s'ajouter des facteurs stratégiques, par exemple la reconnaissance en tant qu'expert, et affectifs, correspondant au plaisir de travailler entre acteurs qui se manifestent une estime réciproque, et donc représentant un facteur favorable à la constitution de réseaux pour développer des collaborations ultérieures.

Beaucoup de médecins inspecteurs déclarent coopérer facilement lorsqu'ils connaissent bien les gens, mais la connaissance d'autrui n'est pas le résultat d'un processus très rationnel. Elle peut reposer par exemple sur la similitude des méthodes de travail, auquel cas ce n'est pas tant la cohérence de la méthode qui impressionne mais la confirmation de sa propre pratique qui rassure dans ce qui est observé chez les autres et qui pousse à les rencontrer. A la similitude des pratiques peut s'ajouter l'appartenance au même statut, même si cette appartenance n'est pas synonyme d'homogénéité. La convergence d'idées sur de nombreux dossiers traités en commun constituent des atouts importants pour la coopération. A l'appartenance statutaire peut s'ajouter la proximité stratégique des lieux d'exercice. Dans un certain nombre de régions, les médecins inspecteurs de santé publique, en poste dans des services parfois très différents, se sont constitués en collège régional, destiné notamment à susciter des coopérations comme celle que je viens d'évoquer, mais aussi à rompre l'isolement dans lequel se trouvent certains médecins inspecteurs, seuls en poste dans des petites DDASS. Il arrive même que ces collèges, au départ lieux d'échanges d'idées, d'expériences ou de pratiques, deviennent des instances parallèles de consultation ou de prise de décision sur des dossiers sensibles, correspondant à des affaires dans lesquelles les médecins se sentent en première ligne. Des formes de réseaux construits selon des scénarios très divers ont vu le jour dans certaines régions, comme cette société régionale de santé publique du Nord de la France qui a regroupé depuis le milieu des années 80 des gens qui se connaissaient, qui se rencontraient régulièrement, qui avaient des activités sur des dossiers communs, et

qui, la convivialité aidant, ont pris plaisir à travailler ensemble, à organiser, même en dehors du cadre professionnel des forums de la santé, des rencontres internationales, des séminaires de réflexion en week-end.

Caractéristiques objectives de la coopération.

Le travail est un espace de mise en relation avec autrui, à commencer par l'activité de répartition des tâches, ce qui incite les acteurs à s'accorder par rapport au travail à effectuer. Ceci révèle l'interaction permanente qui permet le travail organisé, recouvrant par-là tous les ajustements qui doivent faciliter l'opérationnalisation et la coordination des tâches. La coopération ou la mise en place d'un réseau en font partie. Comment les acteurs accordent-ils leurs actions par rapport au travail ? Cette question m'a conduit à explorer dans le travail des médecins inspecteurs les situations dans lesquelles ils expliquent pourquoi et comment ils coopèrent, sans oublier celles où ils en déplorent l'absence.

Il y a effectivement des situations où la répartition d'un volume trop excessif de tâches sur un personnel trop réduit rend les acteurs indisponibles, les incitant parfois à s'éviter, toute sollicitation de l'un à l'égard de l'autre étant vécue comme une gêne supplémentaire. À force de ne plus avoir le temps, les acteurs se perdent dans un activisme subi qui réduit les opportunités stratégiques, puisque les échanges sont vécus sur le registre de la contrainte. Cette situation peut évoluer néanmoins lorsqu'il y a inégalité de répartition des tâches, si des bonnes volontés ou des nouveaux arrivants manifestent à la fois leur intérêt pour le travail réalisé par certains acteurs surchargés mais aussi leur sollicitude à leur égard. On collabore avant de coopérer, il n'y a pas de nouvelle redistribution des tâches mais une offre de service ; les échanges de services transforment le mode d'organisation du travail. Cependant ce type de pratique vaut surtout entre pairs. Il n'en va pas de même lorsque les collaborateurs potentiels ne sont pas des médecins. En effet, lorsque la charge de travail qui pèse sur un médecin inspecteur est trop importante, la tendance consiste à en extraire ce qui apparaît purement médical, et à transférer le reste, c'est à dire ce que les médecins appellent les tâches administratives vers des agents administratifs, en qui ils reconnaissent avoir toute confiance, surtout dès lors que ces derniers acceptent de jouer le jeu, marquant leur intérêt et surtout leur docilité dans cette forme de division du travail. Dans ces conditions, un agent administratif qui

joue le jeu est celui qui prend toutes les initiatives en matière d'exécution du travail administratif et sollicite le médecin inspecteur pour les éléments d'un dossier qu'il ne sait vraiment pas traiter, à charge pour ce médecin de vérifier s'il s'agit bien d'un aspect purement médical.

« C'était un gros service, l'inspection de la santé ; ils comprenaient bien que je ne pouvais pas tout faire, et ils ont fait plein de choses à ma place ; tout ce qui ne nécessitait pas vraiment, parce qu'ici on fait plein de choses qui ne sont pas médicales, on fait plein de tâches administratives ; je faisais pas, je faisais vraiment ce qui nécessitait un avis médical. Donc les cadres B et C, ils jouaient le jeu ; ils savaient prendre des initiatives, ils me parlaient des dossiers que quand vraiment ils ne savaient pas faire, qu'il y avait un vrai problème ; sinon, ils se débrouillaient, moi je leur faisais confiance, et je n'ai jamais eu de problèmes. » (50-F-44).

Tant que l'agent administratif se débrouille, le médecin fait confiance ; on est alors en présence d'une délégation non contrôlée, rarement dans une dynamique de coopération.

La coopération est une mise à l'épreuve de l'autonomie individuelle

Toute action de coopération repose à la fois sur une volonté et sur une nécessité. Le résultat n'est satisfaisant pour les acteurs que s'ils consolident une marge de manœuvre, soit parce qu'ils ont pu se différencier et être reconnus, soit parce qu'ils trouvent dans le réseau des coopérants les ressources nécessaires à cette reconnaissance (soutiens dans l'action, partages d'expériences, connaissances nouvelles...). La coopération devient alors un art du compromis : la confiance réciproque équivaut à l'engagement de ne pas porter atteinte à l'autonomie de l'autre.¹⁴¹ Confiance, contrat et stratégie seraient donc les ingrédients d'une coopération réussie ; c'est en tout cas ce que semble dire ce médecin inspecteur interviewé en DRASS :

¹⁴¹ Pour D'IRIBARNE : « La transparence vis à vis de ceux avec qui on coopère est très différente suivant que l'on s'entend plus ou moins bien... Quand on a un très bon contact, on a confiance, et l'information circule bien, même sur les points où l'un des intéressés n'a pas fait ce qu'il devait normalement faire... On conçoit que, pour agir ainsi dans un mode de relation où celui qui sort d'un fonctionnement normal devient très vulnérable (il s'expose à perdre l'autonomie à laquelle il est tant attaché) il faille être dans une relation de grande confiance », D'IRIBARNE P., La logique de l'honneur, Seuil, Paris, (1989, p. 52).

« Le médecin inspecteur régional arrive, et d'emblée, les relations se font sur le mode de la rivalité/complicité, ça ne bougera pas jusqu'à maintenant, c'est à dire qu'on ne rentre jamais dans une intimité, mais c'est quelqu'un qui m'apporte énormément par son sens relationnel extrême, diplomatique, plus que politique, parce que je crois que notre complément, il est un peu là. Un certain sens politique, et alors, dans ce cas là, moi, je dirais un certain sens stratégique, et puis, chez moi, l'absence totale de ce côté diplomatique, le sens de la représentation, même de l'autorité, je sens très bien mes limites, bon. Rivalité, dans la mesure où c'est vrai qu'à partir d'un certain temps sur des domaines, je commence par être reconnu, par l'extérieur ; sinon, il n'y aurait pas de motif d'avoir une réelle rivalité puisque sur le plan de la vie du service, et sur le plan de la relation au quotidien, je suis pas trop compliqué. Parfois, c'est vrai que je dois m'astreindre à une certaine discipline pour communiquer ce que je fais, mais je crois que je le fais. En tout cas, je suis suffisamment conscient des limites de ce type d'effort basé sur la volonté pour demander à ce qu'il y ait des cadres, réunions de service, des choses comme ça ; alors, petites rivalités, mais vécues sur des choses qui n'amènent pas de souffrance, qui sont plutôt un stimulant. » (33-H-37).

Ce type de situation ne décrit pas une coopération pleine et entière, et pourtant elle présente une étonnante stabilité, voire une progression continue vers une entente coopérative, moins fondée sur de l'affect que sur un respect mutuel et une intelligence stratégique mesurée. Je pense que dans cette situation, c'est la raison qui domine, moins comme raisonnement technicien ou managérial que comme lucidité des rapports humains et sens de l'altérité. Le rapport technicien des échanges de coopération intervient davantage lorsque les médecins s'intéressent aux compétences d'autres acteurs, essentiellement non médicaux. Considérant qu'ils en ont déjà bien assez avec leurs connaissances en médecine, ils investissent sur le savoir de ceux qui s'intéressent à cette discipline sans y avoir été formés, essentiellement parce que ce faisant, ils manifestent des capacités d'organisation du travail, de méthodologie de projet, d'approches pluridisciplinaires séduisantes pour le médecin qui en ressent le besoin et qui sont de nature à renforcer ultérieurement, en même temps que ses compétences, son autonomie. Dans ce cas, la coopération qui émerge ressemble fort à une instrumentalisation de la compétence d'autrui.

Cette coopération est bien réelle et des médecins inspecteurs insistent sur ce point parce que chaque acteur a pu garder un domaine de responsabilité, d'innovation, où il peut être reconnu, c'est à dire être conscient de ce que son action lui apporte à lui, et de ce que son savoir-faire apporte aux autres, ce qui m'amène à penser qu'il n'y a pas de coopération s'il n'y a pas de différenciation entre les acteurs et d'inter reconnaissance d'autre part (on aime travailler avec ceux qui facilitent un climat d'estime réciproque). Cette double dynamique (travailler ensemble avec des approches différentes, divergence dans la réflexion et l'action et convergence dans la décision) semble particulièrement souhaitée par les acteurs, et a fortiori par les décideurs lorsqu'il s'agit de traiter des dossiers stratégiquement à risques (fermetures d'hôpitaux) La coopération donne du poids stratégique et technique à la défense d'un dossier et une légitimité à la décision qui l'affecte. Ce principe est à l'œuvre par exemple, dans l'appel répété à la coopération DDASS/DRASS.

La dimension stratégique de la coopération.

La demande de coopération inter institutionnelle est aussi une bonne arme stratégique pour consolider des alliances et se différencier. La mise en place des agences régionales de l'hospitalisation par exemple, dont j'ai précisé plus haut le positionnement et les enjeux, qui sont des structures extérieures aux DDASS et aux DRASS mais qui les dessaisissent de certaines de leurs compétences, tout en disposant d'une partie de leurs ressources humaines a provoqué des réactions hostiles dans le camp des fonctionnaires des services déconcentrés, allant parfois pour certaines catégories d'agents, les inspecteurs administratifs notamment, à des mouvements de grève. Au milieu de cette vague de contestation, les médecins inspecteurs ont, en général, après quelques hésitations et discussions au sein de leurs collègues, pris le parti d'adhérer à la réforme. Le fait de vouloir considérer ce facteur de changement comme un atout (qui n'est qu'une contre partie du risque d'ailleurs, car une nouvelle structure peut entraîner de nouvelles pratiques), alors que les inspecteurs y voyaient surtout un danger, était un bon moyen de se singulariser, malgré l'appel à mobilisation générale, en faisant valoir l'argument du progrès. La restructuration entrainait dans le cadre d'un programme de modernisation (le plan de réforme de l'État) Il s'agissait pour les médecins inspecteurs d'être « modernes » au sens où il fallait rompre avec des pratiques anciennes, et donc de « ne pas rater le

coche ». Cette stratégie d'externalisation du métier me semble correspondre à l'identité de réseau que C. DUBAR rapporte au discours individualiste et au modèle affinitaire.¹⁴²

Au moment où les directeurs d'agences ont recruté leurs équipes restreintes, le plus souvent à caractère pluri-professionnel, les médecins inspecteurs se sont concertés pour proposer une candidature commune au détachement d'un des leurs vers les nouvelles instances, marquant leur volonté de changement, leur spécificité par rapport aux administratifs, et se donnant les moyens stratégiques pour un avenir des relations avec la nouvelle institution qui leur soit favorable. Le fait d'intégrer une équipe restreinte dirigée par un responsable doté d'un pouvoir de décision fort est un moyen de se faire reconnaître qui peut apparaître plus efficace qu'une affectation impersonnelle dans un service répertorié à l'intérieur d'un organigramme d'une DDASS ou d'une DRASS.

Il y a bien chez les médecins inspecteurs, des stratégies de coopération, au moyen de réseaux et d'instances collectives, qui visent autant à profiter du potentiel des individus parfois ignorés, seuls en poste dans l'organisation ou dans un service qu'à constituer des coalitions qui permettent de se distinguer, voire de s'opposer à d'autres acteurs, des administratifs ou la hiérarchie par exemple. Le rapport de septembre 1991 « Médecins inspecteurs de la santé publique : de l'état du problème et des solutions à apporter » avait bien souligné cet isolement de nombreux médecins inspecteurs qui imposait, selon les auteurs du document, une réflexion sur les relations entre médecins et leurs modalités d'organisation, tout en rappelant la coexistence dans le champ de la santé publique, de nombreux intervenants (universitaires, chercheurs, MISP...) dont les rôles respectifs n'apparaissent pas toujours très bien définis. Les stratégies sont aussi en cohérence avec le mouvement plus institutionnel de modernisation de l'action publique. L'expertise de terrain, les innovations pratiques, l'implication dans des réseaux locaux sont les grandes formes

¹⁴² Lorsqu'il évoque le comportement de certains jeunes salariés sur diplômés, DUBAR précise : « *Insatisfaits de leur situation de travail, critiques à l'égard de la hiérarchie directe, ils sont optimistes sur leurs potentialités d'avenir surtout lorsqu'elles sont confirmées par leur réussite en formation continue. D'origine non ouvrière, ces salariés s'inscrivent généralement dans des trajectoires de contre mobilité sociale et scolaire. Pour toutes ces raisons, ils peuvent développer une stratégie à double détente : soit interne si l'entreprise leur offre la situation désirée, c'est à dire à la fois autonome et sans responsabilité hiérarchique ; soit externe si l'entreprise ne prend pas en compte leurs aspirations.* », DUBAR C., ENGRAND S., 1991, « Formation continue et dynamique des identités professionnelles », Formation emploi n° 34, (p. 87-100).

d'action du travail des MISP ; elles correspondent à une modernisation du management à l'œuvre dans de nombreux secteurs.¹⁴³

Les variables de la coopération : le cas du MISP isolé.

L'isolement est parfois lié au constat d'une situation où il n'y a dans un service ou au sein d'une direction qu'un seul médecin inspecteur, mais cette situation n'est pas vérifiée partout. L'explication peut être complétée par l'importance du mouvement du personnel dans les services, le turn-over des cadres en particulier, qui ne facilite pas les régulations et encore moins les alliances, ces formes de coopération s'inscrivant souvent dans la durée, donc nécessitant une mise en commun et des échanges consommateurs de temps. Pour s'en sortir, les médecins multiplient les initiatives de contacts avec l'extérieur. Comme de nombreux dossiers sont en rapport avec des institutions ou des événements extérieurs à l'administration, les médecins saisissent ce qu'ils appellent le terrain, comme une opportunité et comme une chance. Même si le risque de s'y trouver sans aucun soutien existe, il reste néanmoins opportun de s'y positionner comme un représentant de l'administration, donc un acteur avec lequel il est utile et parfois nécessaire d'être en relation, ce qui compense déjà l'absence de coopération interne. Faute de trouver la collaboration au sein de sa propre administration, le médecin propose le partenariat à l'extérieur. Avec l'expérience, l'assurance prend une tournure plus revendicative ; je veux dire par là que le médecin prend conscience que le fait d'appartenir avec d'autres à une même organisation n'entraîne pas la coopération comme un phénomène allant de soi, et que celle-ci est une pratique à construire socialement, au moyen de stratégies adaptées, et selon des formes variées (on ne coopère pas avec tout le monde et de la même manière).

Le cas des MISP en collectif de travail.

À la situation du médecin isolé, pour qui la coopération se développe dans la constitution des réseaux externes, s'oppose un extrême qui produit parfois les mêmes effets : la structure administrative où l'effectif des médecins inspecteurs est

¹⁴³ Par exemple, dans son analyse des nouvelles formes d'action des CAF depuis la décentralisation, F.ABALLEA précise : « la modernisation du management et des pratiques renvoie à la transformation du système d'action, des façons de concevoir l'action administrative avec, par exemple, la promotion de la transversalité, le développement de la contractualisation, de la territorialisation, des approches individualisées, de l'approche par projet. Elle s'appuie sur un renouvellement de l'expertise » ABALLEA F, Décentralisation et action sociale familiale, *in Revue française des Affaires sociales* n°2, avril-juin 1998 (182).

important et où il arrive que les mésententes personnelles laissent à penser que plus on est nombreux, moins on est efficace, parce que « chacun tire la couverture à soi » Les postes de travail sont transformés en fiefs très protégés, les derniers arrivés n'obtiennent que des activités résiduelles ou se voient confier des missions restant à investir, en santé publique par exemple, comme la mise en place de contrats d'objectifs dans le domaine du SIDA, les plus anciens s'étant accaparés la plupart du temps le secteur hospitalier, domaine de prédilection des médecins qui en ont bien compris les règles du jeu. Il suffit évidemment de bien maîtriser les mécanismes d'un système pour ne pas avoir envie de le partager. L'absence de coopération peut aussi s'expliquer de cette manière, d'autant que, à l'inverse, lorsque les médecins inspecteurs ne se sentent pas très à l'aise dans les relations difficiles qu'il faut parfois mener avec les hospitaliers, pour bâtir un schéma régional de chirurgie lourde par exemple, la situation peut devenir un cauchemar pour celui qui en est chargé, s'il ne reçoit aucune aide de la part de ses collègues. Si les acteurs hospitaliers avec lesquels il s'agit de négocier les critères d'orientation et d'installation des moyens des services de soins sont engagés dans une concurrence stratégique et perçoivent la fragilité du représentant de l'État, ils peuvent le mettre en grande difficulté tant vis à vis du terrain que vis à vis de sa hiérarchie. J'ai pu rencontrer dans ce cas, des médecins inspecteurs parlant de démission.

Les sollicitations externes favorisent les liens et créent des réseaux de relations.

Il n'empêche que l'expérience aidant, les médecins inspecteurs développent des pratiques de terrain très suivies, c'est à dire qu'ils sont plus souvent au contact des acteurs extérieurs qu'au sein de l'administration employeur. Il existe de nombreuses demandes d'intervention qui émanent de l'extérieur. Un médecin inspecteur va donc rencontrer beaucoup de gens, en recevoir aussi, qui viennent présenter des projets, connaître l'avis de l'administration sur tel ou tel dossier. Au cours de ces rencontres il récupère parfois des informations qui agissent comme des signaux, voire des signalements. Sous le sceau de la confiance, une information même anonyme, sert de déclencheur au travail d'inspection. Si le médecin prend l'habitude d'intervenir en cas d'alerte, les informations qui vont lui parvenir s'intensifient très rapidement, qu'elles soient fondées ou non d'ailleurs. Autrement

dit, une mission d'inspection n'est pas seulement commanditée par l'administration en charge de la police sanitaire, mais elle est aussi souvent déclenchée par ceux qui en sont potentiellement l'objet :

« Du fait que j'ai une étiquette d'inspection, j'ai des gens qui appellent, j'interviens, et comme j'interviens, ils appellent. Et il y a plein de choses qui sortent, il y en a très peu qu'on va chercher ; mais ça commence à sortir, à droite, à gauche, puis des choses énormes, je veux dire, à F. par exemple, c'est une mort de bébé, c'est une femme de 25 ans qui se retrouve sans utérus, bon, c'est pas drôle, c'est sûrement pas la première fois, en plus ; mais on commence à le savoir, parce que je pense, c'est ça, ils savent qu'il y a des inspections en cours. » (3-F-34).

Toutefois, le médecin inspecteur ne sort pas seulement pour inspecter. Il diversifie les contacts et les formes d'échanges pour avoir une connaissance du terrain, et tisser un réseau de relations nécessaires à de nombreuses actions de santé publique. Ces pratiques sont légitimes, mais elles entraînent aussi des effets pervers. Une forte implication dans la vie interne d'un établissement crée du lien et des habitudes. La fréquence des rencontres et la convivialité des échanges banalise les contextes ; elles les rendent familiers et finissent par gêner le véritable travail d'inspection, qui exige à la fois investigation approfondie et prise de recul, objectivité, neutralité et sens critique. Et ceci est vrai dans les deux sens, selon qu'on apprécie ou pas les hommes et les services qu'on visite. L'environnement extérieur est donc un monde d'acteurs ouverts à des logiques d'échanges rationnels mais également sensibles à des stratégies affinitaires qui ajoutent à la complexité du métier de médecin inspecteur, les processus d'échange pouvant mêler autant le calcul d'intérêt que les sympathies personnelles :

« Au bout de 6 ans d'enfance handicapée, je suis toujours aussi passionnée par les problèmes du handicap ; je crois que pour moi, c'est très important, mais je pense qu'il est dangereux de rester toujours à la même place et il m'a semblé que j'étais peut-être un peu grillée en quelque sorte, dans la mesure où tout le monde me connaît trop bien, et cela finit par devenir difficile, parce que les gens que j'aime bien viennent me voir et on discute très agréablement, mais ils essaient toujours de me faire adhérer à leur position, et je pense que cela devient difficile de maintenir une certaine distance avec certaines personnes. Les gens que j'aime pas, avec eux,

aussi, les choses ont tendance à se cristalliser, donc ils me font des coups en douce, ou bien alors, ils refusent de faire ce que je fais, de collaborer, de travailler ensemble, et puis, tout le monde sait à l'avance comment je vais réagir. » (10-F-42).

La force des liens gêne le travail, parce qu'ils se créent avec le temps, au travers des expériences sociales et professionnelles des acteurs. L'approche de l'environnement n'a plus pour effet de créer des liens ; ce sont ces liens qui conduisent l'approche de cet environnement. Un médecin inspecteur en charge d'un secteur hospitalier, après un certain nombre d'années affirme qu'il le connaît trop, signifiant par-là qu'il travaille dans une région où il a fait ses études et où l'effectif soignant est schématiquement constitué d'hospitaliers qui ont été pour moitié ses enseignants et pour moitié ses collègues. Les liens tissés avec bon nombre d'entre eux font que d'une part les sollicitations sont très nombreuses et pas forcément justifiées, d'autre part elles ont pour but d'obtenir un soutien et non un avis, ce qui gêne considérablement la marge de manœuvre puisque le médecin inspecteur déclare dans ce cas, se sentir lié socialement par le demandeur. La conséquence en est que l'issue la plus souvent envisagée correspond à une mutation soit fonctionnelle, soit géographique.

La prégnance de la dimension stratégique que les acteurs extérieurs manifestent dans leurs rapports avec l'administration en général et avec les médecins inspecteurs en particulier aiguise la caractéristique stratégique de leur métier, et produit parfois des ambiguïtés difficiles. C'est le cas en particulier, lorsqu'un médecin inspecteur se trouve mis à disposition dans une structure associative, dans le champ de la santé publique (une maison régionale de promotion de la santé par exemple) Le passage d'un univers à l'autre brouille les caractéristiques du métier : de quelles compétences profite l'association qui emploie un médecin inspecteur de santé publique ? La réponse à cette question n'est pas univoque ; elle met en évidence la plus value stratégique tirée de l'exercice du métier, quelles que soient les références au savoir mobilisées.

Les rapports qu'un MISIP entretient avec l'extérieur ne sont pas seulement bilatéraux, c'est à dire constitués d'échanges entre l'administration qu'il représente et un acteur local ; ils s'insèrent également dans le tissu des relations locales, donc toutes les formes d'échanges que les acteurs de terrain conduisent entre eux. On

observe alors que l'environnement externe est aussi un espace de conflits et de tensions. Les rivalités, les mécontentes, mais aussi le cloisonnement et la non communication entre ces acteurs influent sur les conduites professionnelles des médecins inspecteurs qui ont justement pour mission de coordonner l'action de terrain, de lui donner une cohérence dans le cadre de l'adaptation locale d'une politique de santé. L'extérieur est donc un monde d'acteurs qui ne se rencontrent pas forcément, qui n'ont pas, non plus, le désir ou les moyens de coopérer. Ceci est vrai pour les acteurs institutionnels comme pour les individus ou les acteurs collectifs au travail. Leurs conflits ne manquent pas d'entraîner des répercussions sur le travail d'un médecin inspecteur : ils sont le terrain d'apprentissage de la fonction de régulation ; c'est ce qu'illustre ce témoignage de l'un d'entre eux, au sujet d'un directeur d'établissement hospitalier :

« Il ne s'entend pas avec les médecins ; il n'entraîne aucune dynamique dans l'établissement ; il est père. Il s'est mis à H. parce que ça l'arrangeait bien d'y finir sa carrière. C'est difficile de traiter les dossiers avec lui. Il travaille par notes avec les médecins, parce qu'il ne s'entend pas avec eux. C'est vrai qu'au fil du temps, je me suis rendue compte de sa manière de travailler. Dès que quelque chose ne va pas avec un médecin, il fait une note avec une copie pour la DDASS ; c'est ridicule, sur des dépenses pharmaceutiques, enfin des choses ridicules qu'il doit régler en interne. Il ne sait pas régler les conflits de personnes. En fait, toute sa restructuration, c'est la DDASS qui l'a faite. Dès qu'il a le moindre souci, il nous appelle. Actuellement, ça ne va plus du tout avec son président de CME, qu'il mettait à l'époque sur un piédestal. Au lieu de régler les conflits, il vient raconter les petites histoires. » (8-F-34).

4) Conclusion.

J'ai évoqué dans ce chapitre l'émergence des réseaux qui privilégient la coopération entre les médecins plus qu'entre les services, et qui offrent, de plus, lorsqu'ils s'ouvrent vers l'extérieur, un important terrain d'apprentissage stratégique, beaucoup moins accessible à des médecins libéraux soignants. La capacité à mobiliser des partenaires et surtout à les rassembler témoigne de cette diversité de l'extérieur qu'il est tentant de vouloir constituer en réseau lorsque les médecins

inspecteurs sentent qu'ils peuvent y occuper une place de choix, celle du fondateur, celui qui fédère les énergies et donne de la convergence à des stratégies qui servent leur métier, qui l'identifient comme un référent de l'action. J'ai insisté sur la nécessaire contextualisation de toute tentative d'analyse de la coopération dont j'ai retenu derrière certaines variables spécifiques de l'emploi des MISP, repérées dans les situations décrites par les intéressés, quelques traits essentiels : la proximité relationnelle, le partage d'une expérience, le choix des personnes avec qui on crée une expérience, la culture commune, c'est à dire l'appartenance à un groupe dans lequel les individus se reconnaissent avec les mêmes repères, le tissage progressif de liens, la quotidienneté de l'action commune et la fréquence des échanges. Dans cet univers en définitive très interactif, l'un des enjeux majeurs de la conduite stratégique des échanges concerne l'autonomie des acteurs. C'est cette question qui va être examinée dans le chapitre suivant.

CHAPITRE X

L'USAGE DE L'AUTONOMIE ET DES CHOIX PRATIQUES.

Il s'agit dans ce chapitre d'analyser la manière dont les MISP gèrent leurs interdépendances en DDASS et en DRASS et comment ils participent, en liaison avec les autres à la réalisation des missions confiées à l'institution. Il me faudra montrer que les rapports entretenus par les médecins inspecteurs de santé publique avec la hiérarchie administrative ne sont pas des rapports d'obéissance et de conformité. Je présenterai ces rapports en analysant le contenu et les circuits de l'information reçue, traitée et transmise par les MISP. Ces différents processus impliquent nécessairement des attitudes et des comportements au travail que j'assimilerai à des compétences dont les contours peuvent être très variables. La mise en œuvre de ces compétences reflète une volonté d'autonomie qui se réfère à des conceptions toutes médicales de la responsabilité et de la discipline professionnelle. L'autonomie pourrait alors avoir un rapport avec l'identité de métier parce qu'elle se construit sur l'affirmation d'une spécificité professionnelle de nature médicale. Et cette affirmation trouve sa principale forme d'expression dans une implication au travail traduite par un vocabulaire passionné, l'attachement à des valeurs favorisant la distinction.

1) Étendue et limites de l'autonomie au travail des MISP.

Je vais tenter dans un premier temps de développer une observation générale : les médecins inspecteurs de santé publique appartiennent à un groupe professionnel soucieux d'affirmer et de défendre une forte autonomie, qu'ils justifient par la nature spécialisée de leurs activités et de leurs missions proches selon certains d'un travail d'expertise. Je vais préciser toutefois, dans un second temps que les activités d'un MISP s'inscrivent rarement dans des réalités purement médicales, relativisant du même coup leur savoir spécialisé et leur technicité, et les obligeant dans leur quête d'autonomie à composer en fonction des acteurs et des contraintes externes, d'autant que cette spécialisation qu'ils défendent s'inscrit dans une division du travail propre

à une organisation soucieuse de cohérence interne (l'attachement d'une autorité administrative à ses règles formelles) J'achèverai cette réflexion en montrant que l'ambiguïté du positionnement des MISP correspond à un hybride d'expertise technique et de participation aux processus décisionnels.

L'affirmation d'autonomie.

Issus d'une profession fortement reconnue depuis longtemps, les MISP n'échappent pas à cette dynamique de mouvements internes et institutionnels décrite par STRAUSS (1992, p.84) organisée comme une lutte de pouvoir pour l'acquisition de positions au sein des organisations où ils exercent. La préoccupation des médecins inspecteurs est d'occuper une position avantageuse au sein de leur administration, c'est à dire largement autonome et reconnue. Le premier pouvoir sanitaire a été un pouvoir médical avant d'être un pouvoir administratif ; l'organisation d'une administration de la santé est apparue bien après le développement de la médecine. L'autonomie d'un MISP en DDASS se joue donc également à partir de cette image d'un prestige médical historiquement constitué. Sociologiquement, la division du travail dans une administration de la santé s'accompagne d'une rencontre de pouvoirs issus de constructions différentes et qui se concrétise par une quête d'autonomie, non pas tant en fonction des textes statutaires, qui actualisent en fait cette histoire du pouvoir médical, mais en fonction d'une personnalisation des rapports entre médecins et hiérarchie administrative. Dans ces formes de négociation, les MISP aiment faire entendre leur singularité, elle est un indicateur de leur autonomie.

L'autonomie d'un médecin inspecteur correspond d'abord à une capacité à agir avec le minimum de contraintes extérieures dans le travail.¹⁴⁴ Elle se réfère aussi à la reconnaissance sociale de la profession médicale, c'est à dire une capacité à exercer un métier dans des domaines très divers, renforçant ainsi une conviction largement répandue dans ce groupe professionnel : les médecins ne sont pas des fonctionnaires

¹⁴⁴ Lorsque les MISP se rencontrent lors de réunions informelles ou au sein de collectifs spécialisés médicaux, pour définir des méthodes de travail ou trouver des solutions à des problèmes professionnels, ils défendent leur statut et montrent surtout qu'ils ne sont pas de simples exécutants. Cette régulation autonome vise l'efficacité de l'action, dans le meilleur des cas, en prouvant les limites voire l'inefficacité des régulations de contrôle. C'est ce qu'explique REYNAUD : « *Les régulations autonomes peuvent s'opposer aux régulations de contrôle et les contrecarrer. Mais elles ont très généralement pour objet une activité et visent un résultat externe. Elles ne sont pas nécessairement un repli du groupe sur lui-même et sont souvent sensibles à des impératifs de résultats.* », REYNAUD J.D., (1988 a), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome » in *Revue française de sociologie*, XXIX (p. 5-18).

comme les autres, puisqu'ils peuvent, en tant que professionnels, quitter la fonction publique et exercer leur métier ailleurs. L'autonomie se mesure donc à la capacité du groupe à organiser en interne ses propres modes de régulation.¹⁴⁵

L'autorité du médecin est aussi une forme de reconnaissance de son autonomie, elle peut se vérifier dans les faits : il existe des situations où l'expertise professionnelle est reconnue, moins pour son contenu technique d'ailleurs que pour l'image de confiance dont elle est porteuse lorsqu'il est question de santé.

Expertise et image sont étroitement liées pour les médecins inspecteurs à qui peuvent être confiées des attributions de trois ordres et qui confèrent des degrés d'autonomie différents : je distinguerai celles qu'ils exercent en tant que médecins et qui sont couvertes par le secret médical, celles qui leur sont spécifiques en tant que MISP, et celles que peut leur confier l'administration au même titre qu'à n'importe quel autre fonctionnaire. Or justement, l'autonomie des MISP se joue sur leur capacité à montrer qu'il y a des activités que personne d'autre ne peut faire à leur place, et c'est le cas principalement de celles qui les mettent dans une relation de négociation avec d'autres médecins soignants. Autrement dit, le partage du savoir médical entre médecins est une ressource du pouvoir dont ils peuvent stratégiquement user pour se protéger de l'intervention d'acteurs non-médecins. Cet usage correspond à la dimension stratégique de la coopération.¹⁴⁶

Autonomie du groupe, autonomie de l'individu.

Il n'en reste pas moins, mais ceci est aussi le fruit de performances stratégiques inégales, que la perception de l'autonomie reste une affaire très individuelle, même si on peut tenter d'en mesurer la réalité au niveau du groupe. Il y a des MISP qui

¹⁴⁵ Les MISP fonctionnent entre eux selon un mode de compromis qui définit de manière large le champ des réaménagements internes, dans la répartition des charges, le choix des priorités, la distribution des contraintes, le respect des autonomies individuelles. Ce compromis est une régulation au sens où le précise REYNAUD : « *Le compromis en question n'est pas une moyenne entre des opinions ou des positions, ou un point intermédiaire, c'est une régulation, c'est à dire des règles générales, acceptables de part et d'autre, et constituant un ensemble raisonnablement cohérent. Les processus qui conduisent à le modifier peuvent donc être progressifs ; le changement de régulation ne l'est pas... L'affaiblissement d'une règle entraîne un rééquilibrage du système de règles.* », REYNAUD J.D., (1979), « Conflit et régulation sociale, esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », in *Revue française de sociologie*, XX (p. 367-376).

¹⁴⁶ Chez les MISP, les pratiques de coopération sont proches des formes de la solidarité expansive ouverte sur, avec et pour l'extérieur. La coopération introduit donc une problématique, celle de la solidarité du groupe confrontée à sa nécessaire ouverture à l'extérieur. Cette observation s'inspire de l'analyse de ZARIFIAN : « *La solidarité peut se révéler corporatiste, hostile ou indifférente aux autres, aux membres des autres équipes par exemple... La solidarité ne devient véritablement une éthique de vie (à nous limiter à la vie productive) que lorsqu'elle est expansive. Or si nous parlons d'une nouvelle productivité, c'est aussi à cette expansivité que nous pensons. En effet, vue du côté de la rationalité en finalité, la coopération horizontale n'est véritablement efficiente que si elle n'est pas auto-limitative, que si elle admet que de nouveaux coopérants puissent entrer dans la sphère de la communication.* », ZARIFIAN P., *Le travail et l'événement*, L'Harmattan, Paris (1995 p. 204).

s'estiment plus autonomes que d'autres ; Il y a aussi des MISp qui ont l'impression d'avoir beaucoup de pouvoir, c'est à dire d'exercer une influence prépondérante sur les processus décisionnels, par exemple, dans les groupes de travail où ils peuvent faire valoir leurs connaissances d'un dossier, mais aussi mettre en avant une force de conviction et des capacités stratégiques de négociation.

Il est vrai que par rapport aux fonctionnaires administratifs, les MISp jouissent d'une grande liberté d'opinion, dans la mesure où ils s'efforcent le plus souvent de s'exprimer à partir d'informations médicales difficilement contrôlables pour des profanes. Mais cette liberté d'exprimer un avis, si elle constitue un indicateur de l'autonomie, est altérée bien souvent par le fait qu'un avis n'est totalement recevable que s'il est contextualisé, c'est à dire qu'il s'exprime par rapport à d'autres approches d'un problème à résoudre (comptables, financières, juridiques...), voire même selon des procédures contradictoires. Cette négociation des rapports de pouvoirs peut dissuader certains médecins inspecteurs qui font le choix de réintégrer le métier des soins et le rapport aux patients où ils retrouvent l'autonomie qu'ils pensent avoir perdue au sein de l'administration.

Mais les autorités administratives non médicales n'expriment pas toutes les mêmes exigences. Dans ce cas, l'autonomie est bien pour un médecin inspecteur le résultat d'opportunités à saisir, comme réaliser un travail que d'autres n'ont jamais fait, dans un domaine où une approche médicale des problèmes à résoudre peut être considérée comme légitime (par exemple, l'élaboration d'un schéma départemental des handicapés). Par conséquent la profession se transforme au contact de l'organisation. Les adaptations sont plus ou moins achevées. La hiérarchie interne de l'organisation également peut être amenée à modifier l'exercice de son pouvoir de contrôle face à des professionnels qui ont un point de vue spécifique de leur compétence.¹⁴⁷ L'effacement du rapport hiérarchique devant la concession d'autorité semble être le moteur de l'autonomie revendiquée par les MISp parce qu'elle les

¹⁴⁷ Sur ce point voir l'ouvrage de KORNHAUSER W., *Scientists in industry, conflict and accommodation*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, (1963).

reconnaît comme acteurs mobilisateurs de savoirs que la hiérarchie ne possède pas forcément.¹⁴⁸

Les ressources du pouvoir.

Néanmoins, les MISP ne sont pas autonomes de la même manière selon qu'ils agissent sur le terrain, c'est à dire hors de l'institution, en prise avec des acteurs locaux ou dans l'institution administrative proprement dite, près des décideurs et des hiérarchies administratives. Dans le premier cas, leurs initiatives les engagent en tant que médecins, considérés comme référents ou reconnus comme experts ; elles se prennent davantage dans l'intérêt des acteurs locaux. Dans le second, elles servent à affirmer leur rôle, elles se prennent donc aussi dans l'intérêt du métier. Il existe également des postes qui ne peuvent être occupés que par des médecins ; dans ce cas, l'autonomie du titulaire est proportionnelle aux difficultés de recrutement. Le médecin sollicité sur plusieurs endroits peut donc stratégiquement négocier ses avantages. Les postes confiés à des médecins, bien qu'intégrés à une hiérarchie administrative, peuvent ainsi bénéficier d'une autonomie qui se réfère au statut de la profession médicale, donc plus à ce que la personne représente qu'à ce qu'elle est en réalité.

Bien sûr, les MISP ne sont pas des décideurs, mais un décideur n'est pas forcément une personne autonome. Le rôle d'observateur de la santé débouche sur des décisions à prendre en termes de priorités. L'autonomie peut devenir plus le fait de l'observateur que du décideur. Elle se décrète moins qu'elle ne se construit ; en se spécialisant dans un domaine, un MISP procède en quelque sorte à un investissement : la compétence qu'il acquiert doit lui servir. L'acteur n'utilise pas ses compétences uniquement pour réaliser un travail, elles lui donnent du pouvoir sur autrui.

¹⁴⁸ C'est en tout cas la thèse de C. EVERAERE : « en quelque sorte l'autonomie peut se définir par l'octroi légitime d'une autorité au profit de l'individu sur son propre travail... le principe d'autonomie comme autorité concédée à l'individu dans l'exercice de son travail est bien distinct du principe hiérarchique d'autorité concédée au supérieur hiérarchique à l'égard des subordonnés, principe calquant une division politique du pouvoir sur une division organisationnelle du travail et du savoir. Dans le modèle de l'autonomie, donc, le pouvoir se fonde dans l'exercice du travail grâce à la mobilisation locale de savoirs : celui qui exécute est en même temps celui qui réfléchit qui trouve par lui-même la meilleure façon de procéder de manière individuelle ou collective, et qui assume la responsabilité de son travail. », EVERAERE C., L'autonomie dans le travail : portée et limites, *in Revue française de gestion*, juin-juillet-août 2001, (p. 15-26).

Il y a un lien entre la compétence et l'autonomie parce que celle-ci se mesure aussi au poids des arguments rationnels et techniques tirés d'une observation médicale de la réalité, surtout lorsque les conclusions auxquelles cette observation aboutit sont contraires ou éloignées par rapport à d'autres approches politico-administratives notamment. Dans certaines situations, ces arguments peuvent être entendus, ce qui confirme le pouvoir d'influence des médecins. Et ce pouvoir repose bien en partie sur des capacités individuelles, car ce qui, finalement donne le poids déterminant à l'argumentation, relève de la force de conviction de celui qui la défend. Cette forme d'implication au travail a quelque chose à voir avec la générosité et la modestie dont parle ZARIFIAN, la découverte de soi au travers des autres, l'ouverture à l'événement, la volonté de progrès.¹⁴⁹

L'expérience qu'acquiert le professionnel par la mise en œuvre de ses compétences et le développement de son autonomie permet de poser une question difficile : comment peut varier la légitimité du point de vue médical ? Autrement dit, comment un médecin peut-il recomposer son autonomie, hors de toute pratique soignante ?

Une inspection sanitaire n'a pas la maîtrise de toute la réalité sociale.

En faisant référence à la position de FREIDSON qui estimait devoir restreindre la portée de l'autonomie médicale lorsque les activités du médecin sont en prise avec une notion d'intérêt public (1984, p. 334) j'ai pu constater qu'en ce qui concerne les médecins inspecteurs de santé publique, les limites d'une autonomie étaient posées par le fait que leur savoir professionnel s'appliquait à un domaine d'activités inscrit dans le champ du service public où le médical n'a pas le monopole de l'action. Certes, il y a bien quelques attributions spécifiques où les MISP peuvent jouir d'une grande autonomie (secret médical, instruction de plainte..) Pour certains médecins,

¹⁴⁹ Je cite l'auteur : « Existe-t-il une passion de la générosité ? Autrement dit, dans la pratique immédiate de la vie productive, est-ce que les personnes sont amenées à manifester un comportement de générosité ? ... Nous enregistrons bel et bien une ouverture à l'événement, à la remise en cause, aux apports des autres humains comme aux apports de situations inédites, à l'interrogation sur soi-même. Il y a passion de la découverte, de l'ouverture, de la créativité, de la remise en cause, bribes passionnelles d'un véritable comportement éthique. Que ces passions rencontrent, sur leur chemin, corporatisme, frilosité, culte de la routine, autosatisfaction, et c... Rien de plus normal. Comment pourrait-il en être autrement ? La modestie face à l'événement développe ce parti éthique. Il signifie : sortir d'une problématique de la toute puissance, de la maîtrise du monde, pour adopter un comportement de valorisation de l'interdépendance des affections réciproques qui, tout à la fois, fonde et limite notre capacité d'action. La modestie est le corollaire de la générosité. », », ZARIFIAN P., Le travail et l'événement, L'Harmattan, Paris (1995 p. 200-201).

notamment contractuels, à qui sont confiées parfois des activités spécialisées, comme le suivi des injonctions thérapeutiques, l'autonomie ressemble même beaucoup à de l'indépendance, du moins dans le rapport qu'entretient le médecin avec les autres acteurs internes de l'institution. Si les interdépendances sont externes, c'est aussi parce que la mission confiée se situe en marge de celle de l'organisation (le suivi des toxicomanes) et de celles assumées par les médecins inspecteurs de santé publique en général (le médecin qui suit les toxicomanes retrouve en quelque sorte le colloque singulier du médecin soignant) Outre donc ces prérogatives spécifiquement médicales, et quelques activités très circonscrites, l'essentiel des questions traitées par les MISP nécessite concertation, parce que les enjeux politiques et financiers y sont très marqués. Cet espace est celui de la régulation des autonomies. L'approche technique des réalités est en soi une limite à l'autonomie d'un MISP, parce que les réalités ne sont pas que techniques, c'est ce que se plaisent à rappeler les directeurs administratifs rencontrés, et c'est ce qui souligne la complexité d'un métier dont la fonction n'est ni savante ni politique. Entreprendre position et prendre parti, les médecins inspecteurs peuvent se trouver bien embarrassés, comme l'explique très clairement ce directeur de DRASS :

« Adopter le rôle de la pythie, c'est avoir une position technique qui est complètement incompatible avec la vision du contexte ; moi, je ne gère pas les choses in abstracto, je ne gère jamais de choses qui ne peuvent pas être remises en cause, y compris dans les domaines techniques. Par définition, tout peut être remis en cause . Ce dont j'ai besoin, ça n'est pas qu'on me dise la vérité révélée –on la dit, si on veut, ça fait plaisir- mais qu'on me dise comment on atteint la zone de compatibilité entre le souhaitable et le possible, et ça, ça n'est pas la pythie. Ça, en général, c'est le résultat d'un travail à 2, 3 ou 4, pour aborder la situation telle qu'elle est, avec toutes ses données. Quand on me dit : ah, les manques en outils ou en anesthésistes à l'hôpital... oui, d'accord, très bien, là, c'est l'avis de la pythie. A partir de là, je ne tiens pas compte de l'existant ? Bien sûr, c'est très dangereux pour la santé publique. Bon, il n'y a pas d'anesthésiste, il y a un risque, oui ; il y a un risque, mais je n'ai pas besoin qu'on me dise : il y a un risque, parce que ça, à la limite, j'avais compris tout seul. J'ai besoin qu'on me dise : qu'est ce que je fais, jusqu'où je le tolère ? Si on me dit : on ferme l'hôpital ; non, l'hôpital, on ne peut pas ; on ne ferme pas un hôpital comme ça. Donc, si on ne peut pas fermer pas

comme ça, on trouve quelque chose d'autre, il faut trouver quelque chose d'autre ; mais la pythie, je n'en veux pas. Le technicien, en tant que technicien, vient les bottes dans la boue, comme moi, et essaie de se dépatouiller avec moi, dans la situation. » (48-F-45).

Un MISP construit ses arguments à partir de considérations médicales, mais il prépare bien souvent des décisions qui ne sont pas que médicales, parce que la mise en œuvre d'une politique de santé publique déborde le champ des pratiques de soins. Il existe des situations où le médical doit se négocier avec d'autres pouvoirs.

Les conflits d'expertise.

Pour reprendre les termes de l'analyse de FREIDSON (1984, p. 135) lorsque ce dernier étudie les modèles de pratique hospitalière, je pense que la question de savoir si les MISP ont une compétence d'expert qu'ils peuvent mobiliser « *dans l'interaction générale, quand tout a été dit* » est ici centrale. Lorsque les échanges contradictoires ont eu lieu, est ce que cette compétence les sert ? Les MISP pensent pouvoir exercer une influence forte quand ils sont très techniques, c'est à dire lorsque les arguments qu'ils développent se réfèrent à un savoir spécialisé que les autres n'ont pas. La technicité serait donc un fondement de l'autonomie lorsque l'action des autres en dépend, et tant que l'usage d'un tel pouvoir n'est pas remis en cause. Il s'agit donc d'une autonomie relative parce que la savoir exprimé du MISP est un savoir exposé, non pas dans son contenu, donc peu critiquable en soi, mais concurrent avec d'autres types de savoirs (économiques par exemple) Il peut donc y avoir des conflits de légitimité des savoirs mis en actes. C'est dans l'espace de ces confrontations que se joue l'autonomie réelle des MISP, comme l'explique ce médecin inspecteur d'une DDASS confronté à des problèmes de reconversion d'établissements de rééducation :

« On a rejeté le premier dossier de S. c'est bien les médecins qui l'ont rejeté. C'est vrai aussi que les administratifs ont pris leur décision parce qu'ils demandaient des sous, mais les médecins ayant dit que ces sous n'étaient pas dépensés, à leur avis, dans le bon sens, les administratifs ont dit : de toute façon, on va leur suggérer de rejeter le dossier ; et le directeur, je m'en souviens, il y avait une entrevue avec les responsables de l'établissement dans le bureau du directeur.

Pendant l'entrevue, devant les gens, le directeur me dit : Madame, l'établissement propose de garder des lits d'hospitalisation –alors que moi, j'avais dans l'idée qu'il fallait en supprimer, faire complètement baisser le nombre de lits– est ce que vous pensez qu'ils ont raison ? J'ai dit oui, et elle s'est rangée à mon avis, aussi sec. Ce jour là, encore une fois, je me suis dit : mince, mon Dieu, pourvu que j'aie raison ; je pense que j'ai eu raison, ce n'était pas un oui, comme ça, qui sortait d'un chapeau, c'était un oui technique... il y a des cas où c'est une négociation entre l'inspecteur et moi, et on arrive chacune avec un avis différent, pour des raisons bien précises, et on discute. Mais c'est intéressant aussi dans la mesure où, à ce moment là, on fait une vraie négociation, c'est à dire qu'on discute, et après, on prend la décision qui nous paraît à toutes les deux la meilleure, compte tenu des éléments que l'autre a apportés en supplément. Je pense que l'avis du médecin inspecteur, à condition que le médecin inspecteur soit le plus technique possible, il a un impact... Bon, il faut reconnaître que l'avis de I. ce sera difficile, c'est vrai qu'elle n'est pas très technique. Quand il y a un médecin inspecteur comme ça qui n'est pas très technique, forcément, un jour au l'autre, on va aller contre son avis, sans prendre de gants. Celui qui est très technique, à mon avis, on ira un jour ou l'autre contre son avis aussi, parce que les nécessités économiques sont là, mais on saura pourquoi, et il aura le droit de conserver son avis. On a le droit de signer un avis, et pas la décision, mais souvent, l'avis du médecin inspecteur est respecté, quand il est technique. C'est vraiment la technicité qui est importante, et il faut être le meilleur possible, pour pouvoir avoir des avis valables. » (10-F-42).

Lorsque les confrontations de savoirs et d'opinions sont complexes et nombreuses, le savoir-faire relationnel et stratégique est au service du savoir technique. Plus la fréquence d'exposition est grande, plus les interactions relationnelles sont nombreuses, et plus l'autonomie peut se mesurer comme la résultante des formes et des occasions de reconnaissance qui confirment l'expérience sociale et valorisent l'identité professionnelle.

Si une spécialisation inhérente à la technicité médicale est source de reconnaissance et facteur d'autonomie, elle n'en reste pas moins relative, car elle s'inscrit dans une division du travail interne, au sein d'une organisation dont les dirigeants se sentent responsables de la cohérence tout en se souciant de préserver

leur pouvoir. C'est pourquoi, l'autonomie d'un médecin est bien plus une construction sociale négociée qu'une reconnaissance a priori d'une compétence spécialisée.

L'autonomie, un art du compromis entre le consultant et le décideur

L'autonomie peut se mesurer à une certaine capacité à exprimer des avis, libres de toute contrainte. Pour un MISIP, comme je viens de le démontrer, cette liberté se double d'une capacité à étayer ses avis à partir de considérations techniques médicales que sont moins légitimés à faire les profanes. Ceci donne consistance à la réalité du pouvoir de décision des médecins au sein de l'administration, et c'est particulièrement vrai lorsque cette consistance tient à des questions d'urgence et de sécurité sanitaire.

Comme FREIDSON l'avait fait remarquer pour les praticiens hospitaliers (1984, p. 136) le savoir des MISIP leur confère une autorité indépendante du pouvoir administratif. Il y aurait donc comme à l'hôpital, et parce que les MISIP sont des médecins, distinction d'une hiérarchie de la compétence et d'une hiérarchie administrative. La contrepartie de cette distinction, c'est leur opposition. Quand un MISIP est vécu comme un rival par un directeur, par exemple, les jeux de pouvoir exposent le médecin à un risque de marginalisation.

Sous une autre forme, certains MISIP évoquent le risque d'instrumentalisation de leurs compétences. Cette crainte met en lumière la difficulté à gérer la transition entre le technique et le décisionnel, notamment lorsque les rapports interpersonnels sont conflictuels. Parmi les plus anciens, il est des médecins inspecteurs qui regrettent l'époque bénie où ils n'avaient comme seul lien de rattachement à l'administration qu'un rapport hiérarchique purement formel au préfet.

Aujourd'hui, les MISIP parlent toutefois de marges de manœuvre, où il est question de l'expression d'un savoir spécialisé, donc d'une confrontation stratégique d'un savoir médical en santé publique qui repose sur des référentiels consistants à des modes d'approche beaucoup moins étayés. La marge de manœuvre vient de la diversité des sources du pouvoir de l'expert. À ceci s'ajoute un savoir relationnel qui développe l'influence et donc favorise l'autonomie du MISIP qui intègre dans la

dimension stratégique de son comportement le sens du contact, comme un héritage d'une expérience clinique. Les interactions nécessaires pour y parvenir intègrent des rituels ou des règles du jeu qui permettent de positionner les acteurs, de prévoir les comportements, de délimiter l'espace possible des stratégies. L'acceptation de ces règles est une condition de la coopération. Devenir prévisible signifie alors accepter des règles communes pour pouvoir se reconnaître et entendre des points de vue différents. Pour un médecin, cet apprentissage est inhérent à la découverte de l'univers administratif :

« Je me suis retrouvée rapidement en première ligne, avec le directeur adjoint, et ne connaissant rien à la région où je venais d'être affectée. Et ce qui était particulier, c'est que rares étaient les gens qui n'étaient pas issus de cette région, donc ils connaissent tous la règle du jeu...il y a des règles de préséance, il y a des façons de se comporter. Il est mal vu de dire non en réunion, comme ça devant quelqu'un à brûle-pourpoint ; on ne se fâche jamais en réunion ; on dit des choses, mais sur un ton très feutré, toujours respectueux de la hiérarchie, alors que moi, j'étais habituée à des réunions où ça pouvait être très respectueux aussi, très poli, mais quand quelqu'un n'était pas content, il montait au créneau pour dire ce qui n'allait pas, ça sortait, on réglait le problème, et après, on passait à autre chose. »
(43-F-42).

Il existe donc bien entre le technique et le décisionnel un espace potentiellement conflictuel où les comportements des acteurs peuvent mettre en jeu autant la cohérence de l'institution à laquelle ils appartiennent que leur propre crédibilité donc la reconnaissance à laquelle ils aspirent.

Dépendants d'une décision qu'ils ne prennent pas ou experts détachés des contingences décisionnelles ? Observateurs indépendants des faits de santé publique ou acteurs engagés et influents dans les politiques de santé ? Les MISP organisent leur autonomie au croisement de ces différents états. Les arguments qu'ils défendent peuvent emprunter à deux logiques : l'analyse technique d'une réalité sanitaire et la résolution de problèmes. Leur autonomie représente le principal enjeu de la mise en valeurs des arguments qu'ils choisissent. Un MISP n'est pas qu'un simple rouage d'un processus décisionnel, il influe sur le contenu d'une décision parce que les avis

qu'il donne au décideur disposent d'une double ressource : les informations objectives qu'il tire de son observation et l'autorité symbolique qu'il tire de son appartenance médicale, comme détenteur d'un savoir spécialisé socialement reconnu.

Le cadre politique du compromis renforce l'interdépendance des acteurs.

J'ai démontré la complexité de la position des MISP dans ces processus : dans la notion de force de proposition qu'ils évoquent en direction des décideurs administratifs et autour de laquelle ils forgent leur autonomie, entendue comme une capacité à faire valoir un savoir technique spécialisé et à émettre un avis engagé, se trouve l'idée d'une confrontation parfois conflictuelle face à des points ou des arguments qui n'ont rien à voir avec le savoir médical mais dont le poids peut être prédominant. C'est le cas très souvent des considérations politiques que les MISP critiquent. Les frustrations ressenties deviennent le lot des autonomies inachevées, parce que les réalités sanitaires ne sont pas purement médicales. C'est ce qu'avouent tous les médecins inspecteurs lorsqu'ils parlent de leurs difficultés au travail :

« En matière de restructuration hospitalière, souvent, le préfet savait qu'on avait raison, mais il fallait aussi qu'il privilégie ce qui est politique. Donc, à mon avis, çà, c'est le plus difficile. Je ne sais pas maintenant ce que ça va donner avec les agences ; il y a quand même eu quelques cliniques, des fois, qui ont été autorisées, alors que nous, on était contre, c'est un exemple, ou des lits d'hôpitaux qu'on a agrandis, ou qu'on n'a pas fermés alors qu'il fallait les fermer ; tout le monde était d'accord pour fermer, mais que, politiquement, on ne pouvait pas se permettre de laisser comme çà. C'est vrai que quand on y pense, c'était plus difficile de faire prendre la décision. C'est pour çà que je préférerais toujours travailler en amont, et pas attendre d'être à chaud, parce que quand on travaille à chaud, sur l'urgence, on ne peut pas obtenir des décisions qui semblent souhaitables. » (38-H-60).

Par réaction, les médecins affichent une volonté de séparer des rôles dans un espace de division du travail qui s'accroît du fait des spécialisations inhérentes à la complexité des problèmes traités par les services de l'État. Ce séparatisme est jugé par les directeurs comme une démarche contraire au principe de complémentarité attendu dans le travail de l'administration, ce qui signifie qu'ils craignent d'être confrontés à des dissidences incontrôlables.

Il n'empêche que les directeurs administratifs reconnaissent souvent la compétence de leurs MISP ; certains les associent très étroitement aux processus décisionnels, les intégrant même de façon permanente dans des équipes de direction. Les médecins ont donc des connaissances et des compétences spécialisées, ce que les directeurs apprécient et redoutent en même temps. La réalité de l'autonomie peut parfois se doubler d'une illusion de l'indépendance, parce que les MISP les plus critiques peuvent avoir des comportements professionnels détachés de tout lien avec l'organisation administrative à laquelle ils sont sensés appartenir. En ce sens, les directeurs rappellent les différences de degré d'expertise à laquelle se réfèrent les médecins, selon qu'ils sont mandatés par une autorité judiciaire et qu'ils assument pleinement leurs responsabilités dans ce cadre ou qu'ils engagent cette expertise au sein d'un collectif de travail administratif. Dans ce deuxième cas, les directeurs reprochent parfois à certains médecins leur manque de solidarité institutionnelle :

« Comme médecins, j'ai apprécié les deux personnes que j'ai eues à la DDASS de C. ; elles étaient capables tout en étant très compétentes dans leur domaine, suffisamment compétentes en tout cas –je n'ai jamais entendu dire par les médecins libéraux ou hospitaliers qu'elles n'étaient pas compétentes– ayant leur compétence technique, savaient percevoir un certain nombre d'exigences administratives, alors, qu'effectivement, on peut situer des médecins qui sont dans une logique d'expert, mais pas dans une logique de conseiller technique administratif, et qui se croient tout à fait autorisés à balancer sur la place publique des rapports, qui sont les leurs, qui sont techniquement bons, mais qu'ils n'ont pas le droit en fait, de balancer sur la place publique, dans la mesure où ils n'agissent pas en tant qu'experts commissionnés ou mandatés par une juridiction, qui n'agissent pas comme experts choisis librement par des parties contractantes, mais qui agissent dans le cadre d'une situation statutaire qui est la leur, où ils sont intégrés dans un dispositif administratif. » (44-H-61).

Dans les nombreuses interactions professionnelles qui font la vie d'une administration, il est des faits qui démontrent qu'inversement un médecin et un administratif peuvent s'entendre. Ce qui apparaît intéressant, c'est de comprendre comment se conjuguent le technique et le décisionnel, grâce à la compréhension réciproque des enjeux des questions traitées, comme l'explique ce médecin de DDASS qui relate un entretien tenu qu'il a eu avec son directeur :

« Je me dis quelquefois que les directeurs n'expliquent pas assez justement aux médecins les contraintes qu'ils peuvent avoir. Quand j'ai connu mon directeur à la DDASS de P., je me souviens qu'un jour on s'était vraiment attrapé à propos d'une histoire sur l'établissement de B. Moi, je voulais à tout prix faire passer ma position sur les internes de l'hôpital de B. et il ne m'avait pas suivi. Alors j'étais furieuse, je lui ai dit. Alors, c'est là qu'il m'a dit : mais, je n'ai pas que les internes de B. à m'occuper, j'ai d'autres dossiers en cours avec M. maire de B. qui sont plus importants pour moi. Et puis, il m'avait expliqué qu'il préférerait céder sur les internes où ce n'était pas dramatique, pour pouvoir tenir bon sur un dossier que je ne connaissais pas du tout, qui était beaucoup plus stratégique pour le département, et il m'a dit : là, je tiendrai bon à tout prix, mais il faut bien que je négocie, donc, je vais céder là-dessus. Et quand il m'a expliqué ça, je me suis dit : oui, c'est vrai, il a raison, mon petit dossier, il n'est pas très important, c'est vrai que ça n'est pas dramatique, même s'il s'avère que moi, j'avais raison, et je pense que pour ça, les médecins, comme ils n'ont pas une vue sur tout, ils restent très techniques, ils ne mesurent pas tout. » (50-F-44).

La dimension stratégique des comportements professionnels.

Comprendre revient finalement à rendre la technicité et la stratégie complémentaires, et ce processus sert favorablement la construction de l'identité professionnelle. Pour qu'un MISP ne soit pas instrumentalisé, et donc qu'il devienne un acteur professionnel à part entière dans son administration, il doit aussi être politique, c'est à dire associé aux choix qui président aux décisions, c'est ce que m'ont affirmé tous les directeurs que j'ai interviewés : une fois de plus, l'autonomie ne se décrète pas, elle s'expérimente dans des contextes fort variés :

« Un administratif doit accepter de prendre en considération, et il ne peut pas faire autrement, un certain nombre de données, qui sont simplement la description médicale de la réalité, et ça implique aussi que le médecin, au-delà de sa technicité, accepte que dans la décision, à partir du moment où il a donné son avis, auquel il ne faut rien ajouter, rien retrancher, c'est son avis, on est dans la déontologie, dans l'éthique ; il donne son avis sur un établissement, sur un problème, sur n'importe quoi, mais après, si on veut aller jusqu'au bout, en bonne intelligence, il faut aussi

que le médecin accepte d'entrer des données plus générales auprès de son avis. Il peut y avoir des éléments d'opportunité, des éléments de calendrier, de faisabilité qu'il faut savoir entrer, de manière à sortir du discours : je suis conseiller technique, vous êtes administratif, donc, moi je vous donne mon avis, après, vous décidez. Si on veut qu'il n'y ait pas trop de dichotomie, tout en faisant en sorte que chacun garde sa compétence, sa technicité, son métier, il faut qu'il y ait un peu d'osmose entre les deux, à la fois de la part de l'administratif, et à la fois de la part du médecin. Ca fait référence un peu à une notion de l'équipe et de décision, non pas collective, mais au moins partagée, pour éviter trop d'écart, mais il faut aussi se garder d'entrer dans un mode d'instrumentalisation ; c'est facile, on peut dire : ben oui, d'accord, bon, il me demande mon avis, après il en fait ce qu'il en veut, et en plus, il me demande d'être d'accord avec une décision, alors que dans mon rapport, je n'ai pas dit ça. » (51-H-51).

Les directeurs des DDASS et des DRASS ne sont pas que des administratifs, ni des décideurs détachés des différents professionnels et conseillers techniques qui les entourent, ils en sont aussi les responsables hiérarchiques, c'est à dire des cadres qui disposent des prérogatives d'un pouvoir formel au sein de l'institution et qui peuvent contraindre ou limiter les comportements de ces professionnels. Par conséquent, les médecins ont aussi à négocier dans ce type de rapports les formes de leur autonomie. Un rapport hiérarchique, donc au décideur, est forcément complexe, parce qu'il repose sur une ambivalence. Dans un article intitulé « La gestion ambivalente du changement » (*in Revue française de gestion n°120, sept./oct. 98, p. 94*) Véronique PERRET explique que du fait de leur rationalité limitée, les comportements des managers s'exposent au risque des contradictions, donc de la division, tout en reposant sur une autorité qui a besoin de rassembler pour être légitime. Un rapport hiérarchique peut aussi devenir ambivalent au regard de la notion de service. Dans son ouvrage « *La logique de l'honneur* » (Paris, Seuil, 1989) PH. D'IRIBARNE a pour sa part, rappelé que dans un rapport personnalisé avec une autorité hiérarchique, un individu préfère rendre service à quelqu'un que de le servir. Les médecins sont sensibles à cette nuance. Dans tous leurs entretiens, ils ont voulu discuter la légitimité de l'autorité hiérarchique. Certaines expériences laissent apparaître un rapport ambigu à la hiérarchie : le respect d'une différenciation des rôles et l'exercice pour le médecin d'un rôle partagé, hésitant entre l'implication s'il traite d'égal à égal

et le retrait s'il se sent dans une position subordonnée. Les échanges qu'ont les médecins inspecteurs avec les directeurs suscitent toujours des commentaires qui expriment cette hésitation :

L'acceptation de la hiérarchie est un corollaire du sentiment d'appartenance organisationnelle. Si le médecin admet que l'action de l'administration est une action collective dans laquelle il a un rôle à jouer, alors il peut reconnaître facilement que la position d'un décideur l'aide à avoir une vue globale de son organisation, ce que n'a pas forcément le médecin à son niveau technique. Cette vision globale et cette connaissance des acteurs internes légitiment une certaine forme de hiérarchie qui aurait évacué le commandement et le contrôle, donc ouverte au dialogue.

Autonomie et négociation : un effet de synergie.

Pour Anselm STRAUSS, sociologue appartenant à la mouvance interactionniste, le monde social de l'entreprise peut être appréhendé comme un système de négociation permanente. L'organisation de travail est un système de négociation. L'analyse du travail passe donc par une réflexion sur le contexte de cette négociation, donc la nature et l'évolution des relations entre les acteurs. Il existe donc une dynamique des échanges au sein de laquelle les relations hiérarchiques se négocient. En fonction d'un certain nombre de variables (structurelles, sociales, individuelles...) un MISP n'occupe pas une position fixe dans la hiérarchie de l'organisation. Le rapport de mars 98¹⁵⁰ avait souligné cet aspect de la réalité, rappelant le risque conflictuel de la cohabitation entre médecins et hiérarchie administrative. Les médecins les plus anciens que j'ai pu interviewer ont pour leur part, rappelé que la réorganisation des inspections de la santé au moment de la réforme de 1977 instituant les DRASS avait pu contribuer à renforcer la volonté d'autonomie de la part de médecins jusque là extérieurs aux appareils bureaucratiques :

« Je crois que ça reposait sur une équivoque tout ça ; les médecins n'étaient peut-être pas, parce qu'on avait voulu ménager les positions qu'ils avaient auparavant, on ne les avait pas vraiment intégrés dans les DDASS, pas vraiment. Il y

¹⁵⁰ Rapport sur le recrutement des MISP, B.BASSET, mars 1998.

en avait qui en souffraient, je me rappelle, la joie du Dr E. quand il a su qu'il allait être le patron de la santé à M. Je l'ai taquiné un jour ; je lui ai dit : vous n'aurez plus de DDASS, ce sera vous le DDASS ! et bien il a souri, mais son sourire en disait long. Enfin, je crois que quand j'ai quitté la DDASS, l'intégration était en cours. On ne fait pas disparaître comme ça des années de vie à part, en si peu de temps. Ils avaient un peu l'impression d'avoir été noyés dans une masse administrative, ce qui n'était pas le cas dans l'organisation initiale de l'inspection régionale de la santé. Dans l'inspection régionale de la santé, il y avait les médecins et un support administratif qui pouvait être assimilé à un secrétariat en gros. Alors que là, ils étaient noyés dans la masse. » (52-H-70).

Les échanges entre acteurs (l'expert et le décideur) prennent des tournures négociées. Le dialogue est accepté selon un certain nombre de règles : le décideur doit savoir écouter l'expert, il doit contribuer à le faire reconnaître ; sa décision doit être une validation de l'avis de l'expert. Ainsi témoignent les experts :

« Il y avait une chose que j'appréciais beaucoup chez ce directeur, quand on allait en réunion, c'était à propos par exemple, de la fermeture de l'hôpital de B. ou de M., le transfert des lits de pneumo, ils voulaient garder la néphro., et moi, j'avais dit : c'est une aberration technique, la néphro. peut aussi être rapatriée sur M. Alors, il me dit : je vous comprends très bien, nous allons aller à une réunion, je vous demanderai de prendre la parole en tant que technicien, et moi, je donnerai mon avis, mais il dit : je ne vais pas démolir votre avis ; il me l'avait dit avant de partir, et ça, j'ai apprécié beaucoup ; il disait quelle position il allait tenir, et il ne contrait pas. » (22-F-50).

Le point de vue des directeurs.

Il y a des directeurs qui perçoivent bien la dimension stratégique de la relation hiérarchique avec les médecins qui rechignent à être considérés comme les autres en tant que collaborateurs spécialisés ; autrement dit, ces derniers ont un pouvoir avec lequel il convient de composer. Ainsi témoignent les décideurs :

« Je ne me suis jamais posé en opposition avec les médecins inspecteurs ; je me suis toujours senti, dès le départ, complémentaire des médecins inspecteurs,

parce que je savais que c'était le prix à payer pour être efficace... Pour moi, un médecin inspecteur, ça n'est pas un collaborateur classique. Pour un DDASS, c'est quand même un collaborateur spécifique qui, dans la hiérarchie, doit être –et ça, ça a été une demande de mes médecins, encore toute récente- rattaché au DDASS. Je suis parfaitement d'accord; il ne faut pas qu'il y ait d'écran hiérarchique intermédiaire entre les médecins inspecteurs et le DDASS. Ils ont donc une position particulière; c'est une position qui consiste à dire qu'ils sont à la fois conseiller technique médical, et ils sont aussi chargés de la mise en œuvre de certaines de leurs préconisations. Ça, c'est important aussi, j'y tiens. » (46-H-47).

« Celui dont on va rechercher le conseil, l'aide, le soutien, c'est un médecin inspecteur; c'est beaucoup plus rarement un ingénieur; c'est quelquefois un administratif, mais on est administratif, donc on va rechercher chez l'autre, qui n'est pas tout à fait le même, un appui, de quoi faire un tandem. Et cette tendance est, à mon avis, assez répandue. En tout cas, moi, c'est comme ça que je l'ai vécu... ce qui veut dire qu'on ne pose pas le problème du rapport avec un médecin inspecteur en termes de hiérarchie, mais en termes d'égalité et d'association. Je vois d'ailleurs les médecins, proportionnellement beaucoup plus souvent que je ne vois chaque administratif... Il s'agit de profiter des contacts qui sont créés par le travail, par le quotidien, et d'en faire des réflexes naturels, de manière à pouvoir partager un peu de la culture de chacun. Et quand je dis le directeur est le mieux placé pour ça, c'est parce que c'est celui qui, le plus facilement, trouve des motifs de rencontre, des raisons d'aller voir, et en plus, c'est vrai, il a un gros avantage, c'est celui auquel il est plus difficile de dire non, je ne viendrai pas te voir. Bon, c'est un immense avantage. » (48-F-45).

Les formes d'entente entre directeurs et médecins.

Potentiellement conflictuelles, les relations entre MISP et cadres administratifs peuvent aussi être très coopératives. Par exemple, si un médecin inspecteur régional s'entend bien avec un directeur régional, c'est qu'il a pu instaurer avec lui un dialogue de proximité, c'est à dire fréquent, sans témoin et impliqué dans les décisions à prendre. La condition première est que la relation hiérarchique soit gommée :

« J'ai connu un directeur qui n'avait pas eu une très bonne entente avec l'ancien MIR. Nous, on s'est très bien entendus. C'est quelqu'un de qui j'étais très proche. On se voyait, sûr, une fois par semaine ; on avait une heure le lundi matin systématiquement, et pratiquement, chaque fois qu'on était là ensemble, je passais, il passait, enfin, on échangeait. C'était un échange permanent. On a vraiment travaillé en excellente collaboration, c'était une période assez bénie. Les choses ont quand même évolué. Je pense que ça a été une période, dans les relations MIR/DRASS, une très bonne période. Ca a été la période qui a vu la fin des vieux MIR, les MIR nostalgiques de l'inspection régionale de la santé auprès du préfet, très accrochés à leur pouvoir, et donc arrivait toute une génération de MIR de 45 ans prêts à collaborer avec des DRASS contents. Je veux dire, on a eu des duos MIR/DRASS dans beaucoup d'endroits qui ont très bien fonctionné... En revanche, avec l'actuel DRASS, je ne le vois jamais ; je pourrais ne rien faire ; je pourrais même ne pas être là. Il ne s'intéresse absolument pas à ce qu'on fait ; je conçois bien que c'est difficile, parce que c'est une activité nouvelle, notamment l'épidémiologie, pour le DRASS. Mais c'est bien le rôle d'un directeur d'être capable de s'adapter à des activités nouvelles et de les valoriser dans l'institution » (15-F-47)

Un rapport hiérarchique se transforme lorsque se manifeste une interdépendance entre le décideur qui accepte la responsabilité de sa décision sous le coup de l'influence du conseiller, et le médecin qui apprécie d'être ainsi valorisé lorsque le décideur joue sa responsabilité et finalement son image sur la compétence de celui qui le conseille.

Ce qui ressort des diverses expériences de coopération, c'est la très forte personnalisation des rapports entre médecins et directeurs, en tout cas dans les services de taille moyenne, c'est à dire la majorité des DDASS, parce que ces acteurs sont uniques au sein de leur institution. En revanche, dans les DRASS et les DDASS des régions et départements les plus peuplés, les rapports apparaissent souvent plus méfiants, surtout parce qu'au-delà des personnes, c'est la prégnance d'un style hiérarchique traditionnel qui est critiquée. Personnaliser une relation, c'est donc en effacer le caractère institutionnel.

2) Usage stratégique de la contestation de l'autorité hiérarchique.

Il est banal d'affirmer que l'autorité hiérarchique, dans l'administration, est objet de critique. Il est cependant plus instructif de considérer en quoi cette critique permet à certains acteurs, tels les médecins inspecteurs, de se différencier des autres.

Il faut rappeler toutefois certaines critiques récurrentes, mais non spécifiques aux seuls médecins, à l'égard de la hiérarchie : l'extrême mobilité de certains directeurs qui jouent leur carrière et la proportion jugée importante des encadrants intermédiaires soucieux de prouver des compétences dans leur domaine pour accélérer leur début de carrière. Ce que les médecins déplorent dans le premier cas, c'est le manque de soutien continu pour leur action, et dans le second, la lutte pour le pouvoir de la part de cadres en quête de responsabilités. Les MISP dénoncent le jeu carriériste dans lequel presque inévitablement s'investissent les cadres administratifs avec lesquels ils travaillent et qui finissent par envenimer les relations de coopération.

Du point de vue des MISP, un médecin vraiment reconnu, ne traite qu'avec un directeur, à la condition toutefois que ce dernier sache gommer le rapport hiérarchique, c'est à dire la position de dépendance du médecin vis à vis de l'autorité formelle. C'est pourquoi entre un médecin, membre d'une profession, contrôlé par ses pairs, et un MISP, salarié d'une organisation, donc placé sous une autorité hiérarchique, la différence ne se mesure pas en degré d'autonomie mais en degré d'acceptation et de légitimité du contrôle.¹⁵¹ Or il faut bien constater dans ce domaine que les crispations alimentent le débat. Le rapport F.PIEDNOIR de mars 95 sur le recrutement des MISP avait déjà été très critique à l'égard du vocabulaire managérial qui ne transforme pas fondamentalement, selon eux, le système d'autorité hiérarchique, le management se rapportant plus à un discours de modernité qu'à un changement de pratiques :

« Le premier problème des médecins inspecteurs, c'est le déficit qualitatif du management mené par certains de leurs directeurs. A un discours théorique, séduisant par son humanisme de façade et sa pseudo modernité s'oppose une

¹⁵¹ Cette thèse est développée dans l'ouvrage de BLAU P.M. & SCOTT W.R., *Formal organizations*, Chandler Pub. Comp., San Francisco (1962).

pratique d'instrumentalisation croissante des cadres techniques et administratifs de notre ministère. A des affirmations claironnantes sur la transversalité et ses bienfaits s'oppose une pratique moins ouverte. La seule transversalité admise est celle qui passe par le directeur. Or les MISP croient de plus en plus à la nécessité et à la richesse du travail transversal à tous les niveaux. » (1995, p. 86).

Critiques à l'égard du discours managérial, les MISP parlent d'une formation dans ce domaine qui devrait déboucher sur des pratiques attendues, comme si l'ordre managérial était plus égalitaire que l'ordre hiérarchique. Je forme l'hypothèse qu'en ce qui concerne les médecins inspecteurs, cet ordre managérial correspond en fait à un espace de négociation privilégié au sommet entre eux et les décideurs.. L'appel dans ce sens figurait parmi les préconisations du rapport de septembre 91 intitulé « Médecins inspecteurs de la santé publique : de l'état du problème et des solutions à apporter » :

« La réflexion sur la notion d'équipe de direction doit se généraliser, aboutir à un code de bonne conduite. Les services centraux, l'E.N.S.P. devront accentuer les formations au management de tous les responsables et promouvoir systématiquement des formations communes aux directeurs et médecins inspecteurs. » (1991, p. 27).

Cette revendication produit une nouvelle crainte : si les directeurs, dépourvus de toute formation médicale initiale, doivent partager leur formation de manager avec les médecins, que leur restera-t-il, si ce n'est apprendre à gérer leur relation de dépendance à l'égard du pouvoir de l'expert ? Cette interprétation renforce l'idée que la culture médicale ne prédispose pas les médecins à intégrer un système bureaucratifié.

Opposition entre ordre hiérarchique et culture médicale.

La grande majorité des MISP qui se sont exprimés sur le sujet considèrent le rapport hiérarchique comme un danger. Une culture de confraternité, c'est à dire une forme de reconnaissance mutuelle à partir d'un même savoir, s'accommode mal d'une culture bureaucratique, c'est à dire d'une forme de contrôle inégalement répartie sur une ligne d'ordonnement des individus de subordonné à sur-ordonné, indépendamment de leur niveau de connaissances, et sans fondement établi de

compétences identifiables pour manager ces relations. Les médecins sont ainsi sensibles à la fois à la position occupée mais également au contenu de la compétence personnelle qui légitime cette position. C'est pourquoi s'ils sont critiques à l'égard de certains directeurs, il est des MISP qui, placés dans une position de responsable hiérarchique chargé d'encadrement, je pourrais dire « de gestion de ressources humaines », avouent leur relative incompétence dans ce domaine, ne serait ce que parce que le commandement prend du temps tout en restant finalement peu gratifiant, au détriment d'un travail plus technique dans lequel les MISP s'expriment mieux. Le rapport de mars 95 sur le recrutement des MISP avait aussi rappelé la réticence culturelle des médecins à l'égard de toute forme d'enfermement hiérarchique. La démarche de chacun d'entre eux consiste à tenter de se dégager de ce lien. Pour un médecin inspecteur, le plus souvent, « *bien s'entendre* » avec un directeur signifie avoir un directeur qui écoute et applique ses avis, ce qui ne leur semble pas toujours vérifié.

Ce positionnement contestataire permet de comprendre que la hiérarchie administrative soit parfois tentée de contourner le pouvoir médical interne, au risque d'une nouvelle forme de dépendance externe. C'est donc bien de lutte de pouvoir dont il est question, lorsqu'un directeur préfère faire appel à des propositions extérieures qu'à ses collaborateurs médecins inspecteurs. Bien sûr, si cette stratégie est conduite maladroitement, elle peut dégénérer en conflit ; tout rapport stratégique entre médecins et directeurs ou cadres supérieurs administratifs est un exercice périlleux.

Dans certaines régions, les équipes de médecins se sont d'ailleurs constituées en collèges régionaux. Ces collèges sont une défense et en même temps une manifestation de pouvoir. Ils constituent des instances extra/institutionnelles créées par une catégorie professionnelle qui exprime sa réticence à l'égard de toute forme d'autorité non médicale. Il s'agit d'une manifestation interne à l'administration, de l'autonomie d'une profession qui la déborde. Autrement dit, les médecins, même dans l'administration, veulent rappeler qu'ils restent avant tout des médecins.

Compétence médicale et hiérarchie administrative.

En règle générale, les médecins s'accommodent mal d'une présence hiérarchique dont ils critiquent aussi la faible compétence technique parfois associée à un comportement autocrate. Le rapport de septembre 91 soulignait la complexité des rapports entre médecins et directeurs, précisant par-là que l'indispensable technicité des premiers pouvait se heurter à des formes d'autorité incompatibles avec le niveau de leur savoir, surtout si la place réservée à l'expert ne se trouvait pas à l'échelon hiérarchique correspondant à ce niveau, comme le laissent à penser certaines formules contenues dans ce rapport : « *notre administration sera technique ou ne sera pas, et la technicité de l'administration sanitaire ne peut se concevoir sans ses médecins.* » (1991, p. 24).

On comprend mieux pourquoi dans de nombreux entretiens, les critiques d'une hiérarchie incompétente sur le fond ne manquent pas :

« C'était intenable de travailler avec ce directeur, il n'a jamais pigé, il n'a pas compris. Alors, il était derrière nous : qu'est ce que ça devient, est ce que ça arrive ? Je lui dis, et çà, c'était le dernier jour, le vendredi, il voulait son truc pour le préfet ; il était en train en plus, de me mettre la pression, alors que je l'avais déjà pour faire mon boulot. J'ai peut-être été désagréable, j'ai dit : écoutez, allez manger, laissez moi bosser. Il était là, la mouche du coche, et on appelle çà une hiérarchie ? Moi, je dis, la hiérarchie, j'ai mon idée de ce que ça peut être, c'est de comprendre les difficultés des gens, et de savoir les manager, c'est çà la hiérarchie, et puis d'assumer les décisions, parce qu'ils ont des décisions à prendre, mais c'est pas de faire les trucs de gamin. Je ne sais pas combien de temps je vais rester dans l'administration publique, mais des gens comme çà, je ne peux pas, c'est pas possible. » (14-F-41).

En opposant la hiérarchie administrative à celle de la compétence, les médecins se montrent attachés à la défense de leur domaine et de l'ordre technique à partir duquel ils expriment leur savoir. Toute appropriation administrative de leur production technique est vécue comme une ingérence dans la profession. La légitimité de l'autorité hiérarchique est une question délicate parce que les médecins

ne l'abordent pas à partir d'une déclinaison réglementée de prérogatives mais au regard de compétences correspondant à des attentes et des représentations hétérogènes.¹⁵²

Cette attitude critique est d'autant plus répandue que les médecins ont largement conscience, comme l'écrit D'IRIBARNE « *de remplir les devoirs de leur état* » (1989, p. 45) et imaginent mal comment un administratif pourrait bien intervenir dans des affaires qui requièrent une approche médicale spécialisée. On comprend bien que pour les MISP, la compétence professionnelle joue comme un facteur de modération du pouvoir hiérarchique. Beaucoup de médecins considèrent que leurs compétences techniques les protègent des formes autoritaires de l'expression hiérarchique, d'autant qu'au-delà des conflits de pouvoirs, l'enjeu des rapports hiérarchiques médecins/directeurs consiste bien à réaffirmer une identité professionnelle que les médecins ont dû repenser en quittant le monde des soins.

Attitude défensive pour se mettre à distance d'une hiérarchie administrative synonyme d'ingérence et attitude offensive pour affirmer une identité médicale transformée, voilà des traits caractéristiques d'une volonté d'autonomie qui anime, selon des sensibilités diverses, tous les MISP que j'ai rencontrés. Le lecteur trouvera dans les pages qui suivent un tableau synthétique qui récapitule les témoignages de ces différentes sensibilités, les unes vigilantes à l'égard de l'ordre administratif, que je rapproche de la notion d'ordre imposé, d'autres en quête d'une reconnaissance spécifique, liée à la notion d'ordre négocié, d'autres enfin tendues vers une gestion stratégique d'un partage des pouvoirs, contingentée dans la notion d'ordre subi. Ces différentes notions sont explicitées dans la partie « commentaires ».

¹⁵² Lorsqu'ils contestent la trop forte emprise institutionnelle sur leur métier, les MISP reproduisent d'une certaine manière les formes d'opposition rencontrées chez les professionnels du secteur social décrites par F. ABALLEA : « Leur souci de secret professionnel, leur refus de se soumettre aux injonctions de l'autorité hiérarchique, leur réticence parfois à collaborer, leur refus de s'inscrire dans des temporalités exogènes à leur action sont mis en cause quand bien même ces préventions diverses leur paraissent la condition même, sinon la raison même de leur métier. », ABALLEA F., Professionnalité et déprofessionnalisation du travail social, in *Recherche sociale* n° 137, janvier-mars 1996 (p. 47-61).

Tableau : l'autonomie au travail

Réf. des entretiens	Extraits significatifs d'entretiens
1-F-31	<p>Les difficultés, c'est les relations avec certains de mes collègues et avec la hiérarchie. Pas avec le directeur, je n'ai aucun problème de hiérarchie avec le directeur. Je crois, en rentrant dans l'administration, je savais que j'allais avoir un directeur, et ça me convient bien parce qu'il prend des décisions, évidemment pas pour tout ce qui est médical, mais, in fine, ça me convient très bien. Je suis bien dans ce rôle, mais c'est tous les directeurs intermédiaires, tous les échelons qu'on peut mettre, toutes les rigidités, je me sens enfermée, et quand je me sens enfermée, moi, je ne fais plus rien. C'est ça que je me pose comme question, plus on a de hiérarchie intermédiaire, moins on a d'autonomie, parce que chacun veut une part de ses décisions. Les lignes hiérarchiques, je crois que ça n'est pas une bonne chose, ça dilue les responsabilités.</p>
8-F-34	<p>Je sais qu'à chaque fois que j'allais le voir pour différents problèmes, ce qui était gênant, c'est que parfois il était, pour un chef de service, peu au courant du sanitaire, ce qui fait qu'on est surpris ; il est chef de service, chacun à sa place. Moi, quelque part, je pense être entrée dans l'administration en acceptant une certaine hiérarchie ; je crois que chacun est à sa place. On l'avait mis là comme chef de service, je le respectais ; jamais, je n'aurais cherché à passer outre ses décisions. Ça m'est arrivé d'entrer en conflit avec lui... je retrouvais des directives du ministère, des choses à appliquer, et puis, comme il lisait tout le courrier, il nous le transmettait avec des notes dessus, avec des injonctions à faire des choses ; c'était sa manière de nous transmettre les courriers.</p>
9-H-59	<p>Quand je suis arrivé à la DDASS, il y avait deux médecins inspecteurs, et Mme L. était en place depuis 3, 4 ans. Le métier était complètement déconsidéré. Il n'y avait aucune politique de santé publique, Mme L. étant peut-être la première à essayer d'avancer dans ce domaine là. Moi, je ne m'en suis pas aperçu en arrivant ; quand j'ai frappé à la porte, ça me semblait quelque chose de merveilleux, et je me suis aperçu que c'était plutôt le contraire. Mal payé, ça, je le savais, c'est un choix que j'avais fait ; considéré à la fois et envié quelque part, et en même temps, objet de méfiance importante. Ça, je l'ai découvert petit à petit. C'est pour ça qu'au bout de quelques mois, j'ai demandé au directeur si je pouvais avoir la responsabilité d'un service d'actions de santé en milieu ouvert, avec un bloc de compétences, pour pouvoir travailler de façon transversale. Ça, ça me paraissait essentiel. Je me situais d'entrée comme responsable d'un service. Le directeur a mis plusieurs mois à me répondre, parce qu'il a dû régler un certain nombre de choses avec les administratifs. Ça n'était pas évident ; finalement, il a tranché. A la DDASS, la difficulté pour des médecins, c'est de se positionner dans l'organigramme et dans des responsabilités effectives au sein de notre administration. C'est l'une des difficultés internes qui me paraît essentielle. Moi, je trouve qu'on a beaucoup d'atouts.</p>

25-F-57	<p>A l'époque, le DDASS tombe malade, il m'a délégué beaucoup de choses, et une confiance très forte entre nous. Aujourd'hui, il est parti, mais j'ai pu travailler dans une confiance réciproque, avec beaucoup de responsabilités, et j'ai un sentiment de faire face, parce que tout le monde assurait, les secrétaires etc...c'était pas ce qu'on me demande maintenant, travailler sur un ordinateur. C'était plutôt un projet global. Avec la nouvelle directrice, on ne s'est pas bien entendu, plus du tout la même manière de faire. Elle, c'était rentabiliser tout, mettre en place tout le parc ordinateurs. Et comme je sens très fort les choses à l'avance, il me fallait partir.</p>
3-F-34	<p>Je ne crois pas que notre médecin inspecteur régional soit un homme de choix, c'est à dire qu'il attrape tout ce qui passe ; il essaie de faire un maximum de choses, et sans savoir dire forcément que ça, on le fait pas. On ne fait pas par la force des choses, parce qu'on a trois réunions ce jour là, et qu'on en fera qu'une à la fois. Mais il n'y a pas vraiment de politique où on choisit de s'intéresser à tel sujet et pas à tel autre...Il y a un nouveau médecin qui va arriver d'ici quelques mois, on va essayer de faire ça à la rentrée, mais je suis sûre qu'il n'en sortira rien. Je pense qu'on ne va pas réussir à se donner les dossiers l'un l'autre. On doit repartir à la rentrée sur un problème de sécurité sanitaire. On est sensés faire ça pour le préfet, les 150 établissements de la région, je ne sais pas en combien de temps. C'est un programme d'inspection systématique de tous les établissements. Là on fait la sécurité minimale. Or c'est beaucoup plus valorisant de travailler en haut qu'en bas.</p>
43-F-42	<p>Le poste de médecin inspecteur régional, je m'en laisserai. D'abord, ce poste a beaucoup changé, avec l'Agence, tout ce qui est hospitalier, c'est l'Agence qui le gère. On se retrouve avec la santé publique, avec le DRASS qui est peu investi dans ces dossiers, la conférence régionale de santé qui essaie d'aller contre les idées reçues, alors bien sûr on réoriente, mais pas forcément sa façon de travailler. C'est vrai que quand on est MIR, on est au four et au moulin, on est responsable, il faut assumer cette responsabilité, on a des collègues, il ne faut pas faire de bêtises, éviter que ça se passe mal, on peut être pris en défaut, et en même temps, ce qui est compliqué, c'est d'avoir toute cette force d'impulsion, de dynamisme.</p>
53-F-50	<p>Ici, c'est une petite région, donc vous avez les mêmes directives du ministère que dans les grandes régions, sauf qu'on est beaucoup moins pour les appliquer. Donc, le médecin inspecteur régional était à la fois exécutant de certaines directives, moi, j'avais des dossiers que je suivais en propre, et en même temps, il est coordinateur, organisateur. Donc, il faut qu'il soit au courant de tout, qu'il ait à peu près assimilé tous les dossiers, et qu'en même temps il gère ses propres dossiers, c'est pas mal, plus l'agence, qui, du fait des réunions sans fin, à propos de tout et de rien, parce qu'il fallait tout mettre en commun ; il fallait mettre en commun des choses qu'on savait déjà ; tout le monde savait cela, mais il fallait refaire, et sans que ça fasse avancer les dossiers. Donc, quand vous ne travaillez pas durant la journée, et bien, vous travaillez le soir.</p>

28-F-73	<p>Avant dans les anciens services de l'inspection de la santé, c'était tout à fait différent, parce que les préfets ne rentraient pas dans le détail, parce que, pour eux, la santé, c'était quelque chose de global, alors que les DDASS et les DRASS avaient envie de se mêler de notre boulot, alors que les préfets, pas du tout</p>
42-H-44	<p>Je suis arrivé avec un DDASS qui rêvait d'être médecin inspecteur, ça arrive parfois. C'était un homme pétri de culture sanitaire et sociale ; il adorait cette matière, et en particulier le domaine sanitaire. Nous avons beaucoup échangé. Il m'a laissé m'exprimer et prendre un certain nombre d'initiatives, il m'a fait confiance de A jusqu'à Z ; je n'ai jamais eu de retouche sur une lettre. J'ai été vraiment adulte dans le métier, d'emblée. je crois que ça, c'est très important, dans l'expérience du médecin inspecteur, parce que c'est ce qui lui permet d'abord, d'avoir une légitimité forte, qui lui est donnée par les textes mais qu'il doit toujours conquérir... Vous pouvez parfaitement avoir un bon projet technique, et que non seulement la logique financière ne peut pas suivre, mais qu'en plus vous avez une logique institutionnelle qui est très forte, et qui correspond à la maîtrise des différents types de pouvoirs que vous allez rencontrer. Et vous commencez ça dans votre propre DDASS, parce que vous avez déjà à vous faire admettre. Quelque part, le médecin inspecteur, c'est un second pouvoir au sein de la DDASS, d'autant plus que dans l'histoire sanitaire, c'est le premier pouvoir. Il y a à composer avec ce nouveau pouvoir administratif vis à vis duquel il y a des fois, des impatiences qui se manifestent.</p>
29-F-35	<p>Quand je suis arrivée à la DDASS, ça m'a choquée, profondément choquée, puisqu'en fait, on était habitué à être médecin, et de ne pas avoir à demander l'autorisation pour ce qu'on fait quand on a notre travail, mais je n'étais aussi pas habituée à l'administration. Ca m'a choquée par exemple que le médecin inspecteur de qui je dépendais demande si elle pouvait assister à une réunion qui concernait son boulot. Je trouvais qu'elle n'avait pas à lui demander ; c'était sa formation, elle estimait que c'était important pour elle, et ça faisait bizarre que le directeur puisse dire oui ou non ; c'était vraiment très particulier.</p>
32-H-47	<p>On a pas mal de degrés de liberté, mais on a toujours ce garde-fou du fonctionnaire. Je veux dire que dans le privé, vous n'êtes pas d'accord avec le patron, en général, ça se termine par la porte. Ici, au pire, c'est une mutation. Mais on peut ne pas être d'accord avec le patron, et on peut le dire... On a une marge de manœuvre, c'est à dire qu'on est obligé de décider. Enfin, sur les choses essentielles, on est obligé de prendre position, pas seulement dans la DRASS, mais dans le travail, on doit faire des choix. Je vais prendre un exemple : on est allé dans un hôpital, il y avait un problème d'anesthésie, de couverture anesthésique. Et bien le soir même, j'ai dit : on ne peut pas continuer comme ça, donc, dès demain, vous trouvez une solution, sinon, on va arrêter le programme opératoire. Parce que moi, technicien, je ne pouvais pas laisser ça comme ça. Donc, j'ai pris là une décision de fermeture du bloc opératoire. Bien sûr, le lendemain, ça a été confirmé par la hiérarchie ; on a fait une lettre en disant effectivement qu'on avait fait ça.</p>

2-F-35	<p>Dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, il y a des inspecteurs qui étaient présents, mais pas ceux de ma DDASS, ça ne répondait pas à leurs préoccupations. C'est pour ça que je suis venue sur le SROS, et lorsqu'on travaille au niveau des campagnes budgétaires, c'est nous qui apportons l'information, et qui est reprise sans être discutée, tout comme nous reprenons sans discuter les informations budgétaires ou financières qu'ils nous apportent. Pour moi, ça a été d'une très grande facilité.</p>
7-H-45	<p>J'arrive à un stade où il faut calculer pour gravir les échelons. Le problème, c'est de savoir s'il faut calculer, pour se sentir bien dans sa peau, ou s'il ne faut pas agir en fonction de sa conscience, et puis faire en fonction de son éthique. Finalement, c'est un petit peu ça quand on sort de l'école de Rennes, et puis promouvoir la santé publique, faire de l'épidémiologie etc... Tout ça, c'est bien beau. Lorsqu'on arrive sur le terrain, ça n'est pas du tout ça. Premièrement, et bien, c'est le budget ; on vous dit tout de suite : c'est le budget, on a autant de moyens, il faut savoir les répartir. On n'a même pas eu le temps de faire une enquête préalable pour savoir où étaient les besoins. Déjà, il faut distribuer. Et c'est comme ça quotidiennement ; je trouve que ça n'est pas du bon boulot. C'est pour ça que si on peut anticiper, faire des études avant de distribuer, mais, faut pas se leurrer, c'est comme ça.</p>
14-F-41	<p>Ca n'est pas facile d'avoir des comptes à rendre au niveau central, et puis on est dans une position difficile ; il faudra peut-être entendre des choses qui me déplaisent, des comptes à rendre à un préfet. Depuis que je travaille ici, je suis peut-être un peu plus à distance des postes de décision, mais j'ai toujours une crainte par rapport à des choses difficiles qu'il y a eu quand même.. Si on est à peu près clair dans son travail, si on essaie de se mettre au clair sur des relations simples, respectueuses, mais aussi si on se positionne, si on est capable de dire oui ou non, ça ne va quand même pas si mal se passer. En référence à ce que j'entends dire d'autres médecins inspecteurs ; des fois, ils se prennent des trucs dans les gencives. Si on organise une réunion alors que c'était le préfet qui devait l'organiser et qu'on se plante ; le médecin qui se prend une claque, c'est normal, c'est parce qu'il ne s'est pas situé.</p>
45-F-45	<p>On travaille en fait, sans voir le patient, c'est un petit peu dommage ; on ne peut pas, de toute façon, on est fonctionnaire, on travaille sur une expertise qui est faite par un médecin agréé. A nous de voir si l'expertise, la conclusion est bonne, si vraiment, le congé longue maladie est motivé. Il y avait tout ça, administrativement ; il y avait pas mal de travail, j'ai appris quand même pas mal de choses, et puis, bon, c'est toujours pareil, pour essayer d'y trouver un intérêt, par exemple, j'ai appelé beaucoup les médecins traitants, donc, j'ai rencontré beaucoup de gens, même chose avec les médecins du travail, ce qui fait que c'était, pour un travail qui, au début, ne paraissait pas tellement intéressant, j'y ai pris goût.</p>
16-F-32	<p>Sur cette circulaire de sécurité sanitaire, on a pas mal discuté avec Mme P. qui en était destinataire, et qui nous l'a fait lire. L'autre jour, on est allé à la Direction Générale de la Santé pour le travail, et elle en parlait, pour comprendre le pourquoi de cette circulaire,</p>

	<p>en disant qu'elle n'était pas d'accord. Pour l'instant, elle ne l'applique pas, elle n'est pas d'accord avec cette note, surtout que c'est vraiment le parapluie qui s'ouvre, parce qu'en fait, ils terminent en disant : nous attendons les conclusions du groupe d'experts. En attendant, à vous de prendre vos responsabilités, diffuser cette note. Chaque médecin généraliste doit prendre ses responsabilités et juger bon de prescrire le traitement de trithérapie, c'est complètement abusif. C'est un exemple parmi d'autres ; on a parfois des textes avec lesquels on n'est pas d'accord. Je ne sais pas trop s'il y a des marges de manœuvre, non, je ne pense pas. Je ne sais pas ce qu'il en sera avec cette note, mais c'est sûr que ça doit être un petit peu énervant d'avoir à appliquer des textes. Parfois on voit des circulaires qui sont mal écrites, très complexes, où on se dit que celui qui l'a écrit est un peu loin du terrain ; il n'a pas vraiment recensé les besoins, et que ce n'est pas vraiment ce qu'il fallait faire.</p>
18-F-72	<p>Je crois qu'il y a beaucoup de choses à faire. Il faut que les médecins inspecteurs de la santé puissent élargir leur champ de compétences et aller où on a vraiment besoin d'eux. la participation des médecins de santé publique à la structuration des hôpitaux, c'est obligé d'évoluer, parce que ce ne sont pas eux qui ont le pouvoir ; il y a un pouvoir d'argent d'abord. Bon, ils peuvent collaborer à apporter des précisions et aider aux choix, ils peuvent participer aux décisions, éventuellement, mais ils n'ont pas un rôle capital là-dedans. Il faut bien quand même que les médecins inspecteurs de la santé se dirigent vers les pôles où ils sont indispensables, compétents, et où ils peuvent apporter beaucoup.</p>
34-F-41	<p>Ce que j'ai bien aimé quand même à la DDASS, d'une certaine manière, dans mon travail à moi, par rapport à certains autres médecins, c'est d'avoir un travail tellement spécifique que je pouvais le faire toute seule. J'avais des comptes à rendre évidemment, ça paraît évident et logique, mais ce n'était pas une chose qui me gênait. Mais en même temps, j'étais quand même relativement indépendante dans mon travail.</p>
37-F-35	<p>Je pense qu'il faut absolument être disponible. Le problème, avec ce travail des injonctions, c'est que c'est toujours la même chose ; on ne peut pas être pluridisciplinaire. Mais dans les prises en charge c'est en évolution, avec les éducateurs , les travailleurs sociaux. C'est tout le travail qu'on est en train de mettre en route, mais c'est très difficile, parce qu'il y a toujours des enjeux financiers et des enjeux de personnes...Il faut arriver à ce que les gens travaillent un petit peu ensemble sans que ce soit moi qui décrète, et que chacun accepte de travailler dans sa discipline, mais en partage, c'est difficile.</p>
36-F-52	<p>Je suis venue voir les postes qu'on me proposait ici, l'un à la veille sanitaire et la périnatalité ; ça me plaisait la périnatalité. Je suis venue voir le directeur, parce que c'était lui, le DRASS qui m'a enthousiasmée ; il avait le même discours de santé publique que moi. J'étais très attendue, parce qu'ici ils étaient deux. Donc on m'attendait et ils m'ont tous fait un excellent accueil. Quelqu'un qui venait dans ce département, c'était pas habituel. Et moi, j'ai choisi ce poste parce que ça m'intéressait de faire des</p>

	<p>choses sortant un peu des sentiers battus, et puis surtout parce que M. avait un discours qui correspondait au mien. Il y avait un dynamisme, et j'avais un champ qui correspondait à ce que je voulais faire.</p>
50-F-44	<p>Pour les directeurs, on n'explique pas assez justement aux médecins, les contraintes qu'ils peuvent avoir. Moi, quand j'étais avec O. ça m'avait toujours énervée, et puis quand j'ai connu le directeur de la DDASS de P. je me souviens qu'un jour on s'était vraiment attrapé à propos d'une histoire sur un hôpital. Moi, je voulais à tout prix faire passer ma position sur les internes de l'hôpital de B. et il ne m'avait pas suivie. Alors, j'étais furieuse, je lui ai dit. C'est là qu'il m'a dit : je n'ai pas que les internes de B. à m'occuper ; j'ai d'autres dossiers en cours avec M. le maire de B. qui sont plus importants pour moi. Donc il m'avait expliqué qu'il préférait céder sur les internes où il n'y avait rien de dramatique pour pouvoir tenir bon sur un dossier que je ne connaissais pas du tout, et qui était beaucoup plus stratégique pour le département. Il m'a dit : là, je tiendrai bon à tout prix, mais il faut bien que je négocie, donc, je vais céder là dessus...Je pense que les médecins, comme ils n'ont pas cette vue d'ensemble, ils restent très techniques, ils ne mesurent pas, et à partir du moment où on m'a expliqué ça, j'ai mieux vu.</p>
55-MISP-31	<p>Notre collège de médecins, c'est contradictoire avec l'organisation administrative de la France, qui est départementalisée, alors que notre fonction, notre travail exigent que l'on soit plus nombreux, qu'on soit mieux organisés, qu'on puisse travailler d'une façon technique, d'une façon plus structurée et plus spécialisée, qu'on ne soit plus isolés dans notre département comme on l'est dans la plupart des cas. Plus spécialisés, donc plus collégial, puisque quand on est spécialisé, il faut qu'on se répartisse les spécialités, la mère, l'enfant, la psychiatrie, la stérilisation, l'inspection etc...Alors, cette collégialité existe, mais elle n'est pas actée. Quand on se réunit, on cherche une réassurance collective.</p>
4-H-43	<p>Quand on entend autour de nous, les gens disent : si, si, c'est très bien, il faut continuer ; mais ça n'a pas d'impact, alors peut-être que c'est moi qui m'y prend mal ; peut-être que je devrais plus faire intervenir les préfets, les DDASS, les trucs comme ça. Mais je ne sais pas comment on peut faire. On se dit maintenant, on va recadrer ça, parce qu'il y a un schéma des urgences sanitaires qui va redémarrer ; on va essayer de reprendre ça dans un cadre officiel, pour que la démarche soit impulsée, réofficialisée. Mais en fait, il y a des fois, on a tendance à se dire : finalement, ce qui est intéressant, c'est tout ce que je fais, et qui n'est pas reconnu, et que je fais en sauvage. Par contre, tout ce qui emmerde, c'est tout ce qu'on nous demande, c'est l'avis qu'il faut donner parce que c'est l'avis du médecin inspecteur, mais ça n'a pas de sens, tous les gens savent très bien ce qu'il faut faire.</p>

10-F-42	A la DDASS, j'organisais mon travail comme je le voulais. Jamais, à aucun moment, personne ne m'a donné des directives précises ; on m'a donné des axes de travail, et ça, je pense que c'est normal, et c'est même impératif si on veut que la DDASS fonctionne ; il faut qu'elle ait des objectifs. Une fois qu'on avait des objectifs, j'avais carte blanche, et c'est passionnant ça ; c'est merveilleux, on construit soi-même les outils, et puis après, on les met en œuvre, et si on se plante, tant pis, c'est toujours le risque, mais c'est ça qui m'a vraiment intéressée.
40-F-39	Je n'ai pas l'habitude de cacher ce que j'ai envie de faire, et M. le sait. A la limite, je resterais au département, si on me proposait un poste au niveau de la direction, parce que c'est vrai que j'aimais quand même beaucoup organiser, et ici, je le fais, mais à une échelle très réduite, d'avoir un service ; je suis ici en tant que conseiller technique, je n'ai pas de pouvoir décisionnel, mais avoir ce rôle de conseiller technique, en termes d'organisation, de schéma, et de proposer une politique à mener dans différents domaines, il faut avouer que je trouve ça très intéressant.
21-F-52	Ca tient à peu de choses la façon dont les choses se passent, et même si on n'est jamais décideurs, je trouve quand même qu'on a énormément de pouvoir. Là, je ne vous parle pas tellement en tant que médecin inspecteur, mais en tant que personne faisant partie d'un groupe de travail où des choses s'élaborent. Oui, parfois, ça peut faire un peu peur. J'aimerais que les choses se fassent de façon plus rationnelle, qu'on ait moins l'impression que ça correspond à la sensibilité d'une personne à une époque précise, dans un lieu précis.
24-F-36	Je suis finalement dans une branche qui est dite mauvaise, et j'ai envie de prouver aux autres que c'est un endroit où on est bien, donc j'ai envie de mettre des choses en place, de faire des choses. Ce que je fais, ça m'intéresse et je voudrais que les gens puissent dire : la santé scolaire c'est vraiment bien, donc qu'il y ait une image du médecin de santé scolaire qui soit bonne et qu'on puisse prouver qu'on fait des choses intéressantes
39-F-37	Il n'y avait personne d'autre qui s'occupait des enfants et adultes handicapés ; il n'y avait que moi. Donc j'étais le seul interlocuteur pour les gens de l'extérieur, et puis j'avais réussi à créer des liens avec l'extérieur, avec les autres administrations. Donc, après, les autres médecins ne regardaient pas ce que je faisais, ils me faisaient confiance. Donc une autonomie sur le plan des dossiers, sur le plan du travail, tout ça, ça m'a permis d'évoluer, d'être complètement séparée de mes collègues, d'avoir un travail différent, enfin, je faisais ce que je voulais.
11-H-62	On peut évaluer, si tu retrouves ton rôle ; c'est toi qui dois susciter la véritable évaluation, parce que les gens ne savent pas faire. Au début, ils disaient : il faut évaluer, mais comment ? Si j'évalue mon travail, je fais plus d'heures par jour que ce que je devrais faire. Le processus dans une action, ça compte ; je suis là, je travaille avec untel, il m'emmerde, untel, il est bien, untel, tu peux travailler avec ; là, je peux trouver des sous, là, ils n'en donnent pas. L'évaluation du processus, c'est important, et puis, c'est à quoi ça a servi ; évaluation, expertise, il faut combiner les deux. Alors, ici, la directrice,

	<p>elle est gentille, mais par exemple, elle veut qu'on lui fasse une note, c'est son dernier dada, sur la santé publique, telle que je viens de t'en parler. Tu imagines comment un technicien comme moi, je vais lui résumer la santé publique en dix pages. Voilà, ça peut être ma conclusion : je me fais chier dans ma DDASS.</p>
15-F-47	<p>J'ai besoin, chaque fois que je rentre dans un métier, d'avoir une porte de sortie, de ne pas y être complètement pieds et poings liés. Quand j'étais médecin inspecteur, j'ai passé le concours de praticien hospitalier, et je savais que si je me disputais avec mon directeur, je pouvais lui dire merde, et partir du jour au lendemain, et assez facilement prendre un poste ailleurs.</p>
17-F-45	<p>J'aime changer, j'aime faire des choses. Une fois que je les ai faites, j'aime m'en aller ; je pense qu'il est dangereux à un moment donné de rester sur un même domaine. Je pense qu'il est important que d'autres reprennent les choses et repartent sur d'autres idées. Il ne faut pas se répéter, parce qu'à la fin, on ne voit plus rien. On n'a plus de recul. C'est de l'autosatisfaction, mais enfin, moi, j'aime changer. Il y a aussi le problème, c'est qu'on noue des amitiés avec des personnes extérieures avec qui on a travaillé, et on a tendance, tout le monde à trouver qu'on est parfait, et qu'on avance très bien. Je pense qu'il faut aller réfléchir un peu ailleurs. Pour moi, c'est vraiment très important, donc, je change de département.</p>
19-F-30	<p>On ne me dit pas : aujourd'hui, tu dois faire ça, demain, tu feras ça, et après tu iras...non, non, et comme ça, c'est bien, ça me plaît. Ça m'apporte sûrement quelque chose déjà de ce côté là, j'apprends, comme dans la médecine générale, c'est important, c'est une bonne expérience. Voilà, pour l'instant, je suis contente de ma situation parce que c'est une expérience nouvelle qui m'apportera sûrement quelque chose de positif.</p>
20-H-46	<p>On ne prend pratiquement jamais de décision directe. Les seules décisions qui peuvent être directes, c'est celles que l'on gère du début à la fin sur le thème « instruction de plainte » ; les autres décisions directes, il n'y en a pas. Bien sûr on peut présenter des lettres à la signature, mais c'est assez cadré la signature, donc, c'est souvent des choses qui restent anonymes, la gestion d'un dossier qui a des étapes de concertation. Mais pour finir, à part quelques petits domaines « secret médical » ou instruction de plainte, ou un texte précis pour le rapatriement des immigrés à la frontière, par exemple, où on demande l'avis direct du médecin inspecteur, ou la présence dans tel jury, à part ces petites choses, la plupart du temps, les dossiers sont instruits et signés par les autres services. Il y a l'épidémio, aussi, mais là, c'est vrai qu'on est sensé réagir d'abord vite, et un peu seuls, il n'y a pas de concertation à faire. Mais pour les autres, il y a beaucoup de concertation. Ça, c'est un truc que je peux apprécier ; on y perd beaucoup de temps, dans des réunions, des fois, je pense qu'on en fait un peu trop ; on travaille quand même en équipe dans ce ministère.</p>
33-H-37	<p>Ca devient de l'indépendance et une forme d'autorité aussi et de pouvoir non discutable. Moi, je reste dans des trucs où je me coltine les commissions régionales d'organisation sanitaire, le comité national, je reste très confronté. Alors on peut analyser cette</p>

	<p>spécialisation comme étant une protection professionnelle et comme un épanouissement, c'est vu dans les deux sens ; il y a eu plusieurs schémas, le schéma de moyen séjour, le schéma des équipements lourds, le schéma de cardiologie, c'est un peu le fil rouge, et au terme du fil rouge, je me dis : c'est vrai que j'ai développé une façon de faire, de savoir-faire, je crois une capacité d'analyse stratégique et de conduite stratégique...Il me semble que j'ai exploré là une possibilité, que j'y ai affirmé et joué un développement personnel, quelque part, un enjeu, un challenge d'exposition.</p>
30-F-37	<p>J'ai vraiment le sentiment que dans notre organisation administrative, il y a quelque chose que je n'arrive pas à contourner- Je sais qu'il y a des collègues qui y arrivent, moi, je n'y arrive pas, c'est le directeur, et je sais que ça, ça me fout en l'air à chaque fois, parce que, autant j'arrive par derrière, à être reconnue sur l'extérieur, ça, j'y arrive, c'est vrai. Autant, là en interne, j'en fais une histoire de personne, c'est en ça que ça devient gênant. A la DRASS je n'arrivais pas à travailler avec le directeur, parce que je bossais sur l'hôpital de D. par exemple, j'avais de bons résultats avec les médecins, on avait tout un projet et pouf ! arrive un nouveau directeur qui fout un peu d'huile sur le feu au lieu d'essayer d'avoir un projet global au niveau de l'hôpital en interne, pouvoir avoir une réponse unique pour essayer d'aider les médecins à faire avancer cet hôpital ; et puis voilà, le directeur gère ça tout seul ; il rencontre le DRASS, il me fout en l'air 6 mois de travail. Alors peut-être que je manque de recul, mais c'est mon analyse. Ici, avec mon nouveau directeur, c'est typiquement le même genre de problème, et ça me gêne terriblement parce que j'ai vraiment le sentiment d'avoir investi, d'être prêt du but, et tout d'un coup, tout s'effondre parce qu'un directeur ne joue pas la carte avec nous, alors même qu'il me semble que techniquement, on a plein d'arguments. Il y a vraiment le sentiment, parce qu'il joue tout seul qu'ils ont peur de nous, quelquefois. Moi, j'ai ce sentiment d'être en rivalité quelquefois avec un directeur qui est sur un volet d'action sanitaire où on a une spécificité de médecin, qui nous rend techniquement assez redoutable, et nous, on est tellement vécus en rivaux qu'on nous expédie.</p>
31-F-32	<p>Cet instituteur spécialisé a eu le poste de secrétaire de la CDES. Il y a eu des conflits, parce qu'il y a eu des incompréhensions au départ dans les fonctions de chacun. Il a été assez revendicatif. Il mettait beaucoup en exergue le pouvoir médical, alors que, nous, on intervient en tant que compétence technique, pas du tout en tant que pouvoir médical. Donc, dès qu'on faisait une remarque sur le secret médical, sur une façon de faire : « ah oui, ,mais le pouvoir médical, le pouvoir médical ! Alors que c'est dans la loi, il y a donc eu des tensions, des conflits.</p>
23-F-52	<p>L'élément qui me plaît dans ce métier, c'est ce travail de construction, de conception, et tous les ans on travaille sur de nouveaux thèmes ; c'est pour ça que depuis dix ans, je n'ai pas encore fait l'ensemble de tous les problèmes. Et ça, c'est une dimension de santé publique, pouvoir répondre à un besoin de terrain, à une demande de terrain.</p>

35-H-48	<p>Il n'y a plus cette vision que l'État devrait avoir par rapport à ses agents, d'avoir des métiers où il y a un savoir-faire qui se perpétue, qui se transmet. Là, on passe d'une tâche à l'autre et on ne s'inquiète pas qu'un pan complet du savoir-faire est en train de disparaître. On veut séparer l'étude, l'information de l'action. Pour les décideurs, qui ont l'information, ils passent des commandes et après ils voudraient que, en fonction de leurs désirs, de leurs demandes, on puisse intervenir, sans se rendre compte que la qualité de notre travail et la qualité de nos analyses est dépendante à la fois des informations, mais aussi de la capacité de les traiter, de les analyser. Je pense que notre travail, c'est être capable, partant de données brutes, d'analyser une situation, de donner un sens, au delà des chiffres, et de pouvoir relater un problème, en sachant que cette démarche trouve tout son sens lorsqu'on demande à l'État de faire adhérer des acteurs à des évolutions. La façon qu'on a actuellement de traiter l'information comme avec des bureaux d'études, c'est un fonctionnement qui est antidémocratique, qui a plutôt tendance à concentrer des pouvoirs de décision, et qui a tendance justement à éviter que l'information puisse servir de support à une réflexion collective</p>
22-F-50	<p>Quand je vois mon cursus, bon, le concours de médecin inspecteur, quand je l'ai passé, je n'avais pas 30 ans. Aujourd'hui, les projets je me dis : je suis trop fatiguée, il y a trop de choses à faire. Je fais ma démarche qualité et j'arrête, c'est dans deux ans, et puis je pense qu'il y aura d'autres élargissements. Alors, ce dont je vais avoir besoin, c'est de mieux réfléchir aux pratiques cliniques. J'ai une supervision avec un psychiatre pour les prises en charge de patients...Et je me suis aperçue depuis que j'ai ça, quand je dis : je me retrouve avec moi-même, il y a un message de liberté que je n'avais plus dans l'administration, même si on y est assez libre. Un médecin inspecteur, ça se déplace un petit peu comme il veut, mais ce qui se passe dans la relation soignant/soigné, c'est quelque chose qui est très protégé.</p>
38-H-60	<p>Mon souhait, c'était d'avoir des responsabilités, plutôt que d'être un simple exécutant. Ça transforme le travail d'être une force de proposition plus importante, parce qu'au stade de collaborateur, on est parfois frustré ; on a envie de faire des choses en étant un peu coincé. On se dit : bon, je dois avancer, on retourne de toute façon avec une autre autorité au-dessus, mais on n'est jamais indépendant. On se fait un peu des illusions à cet âge là, et puis on se dit : tiens, je vais arriver à un poste de responsabilité, je vais pouvoir faire un peu ce que je veux. Parfois on est déçu parce qu'il y a d'autres contraintes, mais c'est l'intérêt de voir les différentes contraintes et d'être une force de proposition. Avec le préfet, par exemple, souvent, on savait qu'on avait raison, mais il fallait aussi qu'il privilégie le politique. A mon avis, ça, c'est le plus difficile. Il y a quand même eu quelques cliniques, des fois, qui ont été autorisées, alors que nous, on était contre, ou des lits d'hôpitaux qu'on a agrandis, ou qu'on n'a pas fermés alors qu'il fallait fermer. Tout le monde était d'accord pour fermer, mais que, politiquement, on ne</p>

	<p>pouvait pas se permettre de laisser comme ça. C'est pour ça que je préférais toujours travailler en amont, et ne pas attendre d'être à chaud, sur l'urgence, on ne peut pas obtenir des décisions qui semblent souhaitables.</p>
27-F-46	<p>Je pense que c'est le problème dans l'administration, et c'est encore pire en administration centrale ; je pense que les gratifications dans un endroit comme un service déconcentré, comme médecin inspecteur, c'est quand même énormément de contacts. On a finalement des contacts assez faciles uniquement parce qu'on est médecin inspecteur DRASS, on n'a rien à prouver. Les gens vous déballent des trucs assez facilement. A la fois, vous avez le contact humain avec des éminents et chers collègues, confrères etc... qui vous regarderaient de haut si vous étiez un médecin de base, le petit con installé dans tel endroit, et vous avez quand même des gratifications.</p>
26-F-65	<p>Il n'y avait plus de service de chirurgie à l'hôpital de H. mais on continuait à faire des IVG à H. et on a fermé H. parce que le conseil d'administration a pris une délibération comme quoi on ne voulait plus faire d'IVG, et moi, j'ai fait une note comme quoi on n'avait pas besoin de service de chirurgie ni d'être un hôpital sophistiqué pour faire des IVG et que l'accueil c'était bien sympathique là-bas. Donc, moi, je donnais un avis défavorable à la fermeture du service d'IVG. Bon, la délibération a été approuvée par le conseil d'administration, donc le service d'IVG a fermé, et un médecin qui faisait des IVG là-bas est venu m'insulter à mon bureau en me disant que j'étais une irresponsable. Effectivement, j'ai pleuré, parce que je me suis dit : c'est vrai, je suis une irresponsable, parce qu'on est responsable de rien du tout. Il y a toujours quelqu'un au-dessus de votre tête qui prend la décision à votre place, c'est vrai ! c'est le préfet, c'est le DRASS, c'est le DDASS.</p>
12-F-42	<p>En permanence, on négocie en fonction des contraintes, du contexte. Je vois bien, sur la toxicomanie, c'est un sujet très politique, et même si on sait qu'il faut faire ça, de temps en temps on fait autre chose parce qu'il y a d'autres données. Je suis aussi pragmatique et je comprends bien qu'il faut s'adapter, mais il y a une marge. Je peux imaginer qu'il faut travailler dans ce cadre, mais il y a des contraintes qui vont m'obliger d'en sortir et puis je pense qu'il y a une certaine marge où ça me semblera acceptable d'aller, et puis au delà ça me paraîtra peut-être intolérable d'aller. Cette marge, je vais d'abord essayer de l'apprécier, de voir où je peux aller et ne pas aller. Mais tout ça, ça reste un peu flou, parce que c'est encore l'inconnu.</p>
13-H-38	<p>Le politique est toujours entouré de techniciens, alors je vais les voir, le dossier sous le bras, et je leur dis en langage technique : si on part dans cette direction là, on risque de creuser un écart par rapport à certains indicateurs, par rapport à un certain état de santé perçu ; il faut mettre le paquet sur ça et non pas sur ça. Enfin, je donne des argumentaires techniques. Alors je comprends bien que le politique ait ses raisons, mais la frontière entre le politique et le professionnel de proximité est pour moi difficile. Si on fait un tableau avec 4 strates : la première, c'est le citoyen, c'est vrai que c'est difficile aussi le contact, là, on est très loin d'eux. Là où je suis à l'aise, c'est la strate</p>

	<p>« professionnels de proximité » c'est à dire les médecins, travailleurs sociaux et ceux qui sont au contact avec les citoyens ; là où ça devient dur c'est avec les experts, parce que parfois, en dehors de l'expert, point de salut, et je pense que la toute puissance de l'expert est parfois plus dévastatrice que la méconnaissance des professionnels. Et le niveau le plus difficile pour moi, c'est les politiques et les décideurs, mais plus les politiques que les décideurs administratifs institutionnels, parce que eux, ils ont une logique électoraliste. Et ils jouent les pressions nationales, régionales, départementales, locales, les circuits officiels, non officiels, et notre position technique, elle est soit évacuée, soit niée, soit contestée par un expert et ainsi de suite.</p>
--	---

Commentaires
<p>44 extraits d'entretiens sont présentés dans ce tableau. Ils ont été sélectionnés par rapport au thème de l'autonomie au travail en fonction de deux critères de perception :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Un ressenti négatif à l'égard d'une bureaucratie administrative vécue comme contraignante ; ⌘ Un ressenti positif à l'égard d'une organisation de travail qui autorise des marges de manœuvre spécifiques. <p>De ce premier tri effectué, trois groupes assez nettement caractéristiques se dégagent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Celui d'un ordre imposé qui correspond à la prégnance d'une bureaucratie hiérarchisée ; ⌘ Celui d'un ordre négocié qui révèle des formes stratégiques d'échanges et de relations ; ⌘ Celui d'un ordre subi qui provient d'une charge de travail réduisant considérablement les prises de position et les initiatives nouvelles. <p>Dans le premier groupe qui comprend 14 extraits d'entretiens, j'ai pu relever toutes les critiques à l'encontre de la hiérarchie intermédiaire, accusée de gêner les initiatives et d'alourdir les procédures par les aller-retour continuels de l'information ; j'ai relevé également la contestation de la direction administrative vue comme un organe de contrôle inacceptable pour un médecin, les critiques de l'obligation de rendre des comptes à une autorité non médicale, les individus en conflit avec des cadres de direction administratifs dont la compétence n'est pas reconnue. J'ai dégagé également les critiques à l'égard d'un travail d'application de textes et le besoin de se recentrer sur un travail plus médical, non soumis au contrôle d'une hiérarchie administrative. Ce premier groupe est largement féminisé (11 femmes, 3 hommes). Il concerne des médecins de DRASS et de DDASS avec une proportion relativement plus importante d'agents de DRASS. Ce phénomène se retrouvera pour le troisième groupe examiné plus loin.</p> <p>Dans le second groupe, qui totalise 23 individus (17 femmes, 3 hommes) dont 15 travaillent dans une DDASS et les deux seuls représentants de l'échantillon en administration centrale, j'ai regroupé les caractéristiques d'une certaine autonomie au travail, à travers des propos nettement plus déclaratifs que revendicatifs : Il s'agit là de médecins disposant d'une marge de manœuvre pour négocier avec le directeur et prendre des décisions, prendre des initiatives et engager de larges échanges avec des acteurs extérieurs. Certains parlent d'un positionnement singulier dans l'organigramme qui permet de les situer à un haut niveau de responsabilité. Ils peuvent traiter des affaires d'égal à égal avec un directeur. Ils bénéficient de larges délégations de la part de leur direction. Certains se considèrent comme les détenteurs du pouvoir technique au sein de l'administration sanitaire.</p>

Ce deuxième groupe représente plus de la moitié de l'échantillon : 15 médecins de DDASS sur 27 et 6 médecins de DRASS sur 15. Il est possible que l'extrême diversité de leurs activités au niveau départemental et leur faible concentration dans ces services jouent comme conditions favorables à l'autonomisation dans le travail.

Le troisième groupe qui apparaît suffisamment homogène dans ce domaine concerne, certes une minorité de médecins (7 sur 44) mais paradoxalement ceux-là qui ont des responsabilités d'encadrement et qui dans cette position ont à organiser, distribuer, répartir et contrôler le travail. Placés à l'entrée des commandes de travail et à la sortie des réponses qui sont apportées, ils subissent la charge de travail imposée en grande partie par la forte contingence de l'information et de l'évènement externes. Ils subissent également les impératifs budgétaires propres à la gestion administrative. La plupart du temps ils ne sont pas en capacité de faire des choix ; ils gèrent des charges au quotidien et ont le souci de pouvoir répondre en juste à temps, en évitant les erreurs de procédures. Ils se trouvent contraints dans un emploi du temps en grande partie organisé au gré des pressions et exigences extérieures ou hiérarchiques. À la différence du premier groupe, ils apparaissent plutôt résignés, moins critiques à l'égard de l'ordonnancement hiérarchique. Si dans le premier groupe la revendication à l'autonomie s'exprime contre l'environnement interne de l'organisation, dans ce troisième groupe l'affaiblissement de l'autonomie est perçu comme une dépendance à l'égard des sollicitations de l'environnement extérieur.

Il ne reste pas moins que c'est bien dans le groupe 2 où l'autonomie au travail est perçue comme une réalité de l'exercice du métier que se concentre plus de la moitié des médecins inspecteurs interviewés.

En conclusion, la question hiérarchique est pour un médecin une question sensible parce qu'elle implique des formes de commandement et de contrôle difficiles si elles portent sur des pratiques reliées à un savoir médical particulier. D'une manière générale, les médecins voient dans le rapport hiérarchique un moyen de se singulariser voire de valoriser, dans le cadrage de l'action, leur contribution spécifique. En d'autres termes, un MISP n'est ni un fonctionnaire anonyme ni un agent d'exécution.

Une autonomie n'est possible que si elle s'appuie sur une différenciation des rôles. Elle ne peut s'apprécier que par rapport à la position et à l'action d'autrui. Les médecins semblent par conséquent attacher beaucoup d'importance à la spécificité de leur rôle et à leur pouvoir d'influence sur les autres acteurs.

Peut-être plus qu'en médecine curative, le pouvoir médical que cherchent encore à incarner les MISP lorsqu'ils se réfèrent au savoir médical, se voit contraint de composer avec d'autres acteurs. Ceci semble de plus en plus réel dans le champ de l'administration et de la santé publique. Si dans cet espace, les métiers d'hier

privilégiaient dans leur action la conviction d'une suprématie du droit, ils sont aujourd'hui confrontés à l'incertitude de son application, voire à la légitimité de son contenu (même les scientifiques, dans le domaine sanitaire, ne parlent pas d'une même voix) La compétence nouvelle qui s'attache à un métier comme celui de MISP correspond à une dimension collective reposant sur deux grandes capacités : l'une, technique, correspondant à la division nécessaire du travail pour résoudre des problèmes parfois très complexes, l'autre, stratégique, qui n'a d'autre but que d'agir sur cette division. Cette transformation du métier de médecin dans l'administration est probablement le facteur de conversion identitaire le plus actif chez les médecins inspecteurs de santé publique.

Finalement, les rapports des MISP avec les hiérarchies administratives peuvent être appréhendés moins comme indicateurs des conflits entre acteurs au sein de l'organisation des services que comme remise en cause d'une identité professionnelle fragilisée par une mise à l'écart du monde médical soignant.. Ce changement d'univers reste très incertain, parce qu'il ne correspond ni à une adhésion pleine et entière au nouvel ordre institutionnel ni à un abandon des anciens modèles. J'ai montré comment cette adaptation se jouait dans un réinvestissement relationnel et stratégique. Il m'apparaît utile de compléter cette approche des stratégies d'échanges par une analyse de l'information qui sert de support à ces relations et qui donne la matière au contenu du travail d'un MISP, à la fois dans son aspect technique (l'information, c'est de la matière à traiter et à transformer) et dans son aspect stratégique (l'information, c'est du pouvoir qu'on échange)

3) Nature, sources et circuits de l'information traitée par les MISP.

Je propose ici de résumer l'analyse du thème de l'information tel qu'il ressort des entretiens, autour de 4 observations :

1. Les circuits de l'information ne sont ni uniques ni transparents au sein de l'organisation ; ils mettent à l'épreuve la capacité des acteurs à les gérer à leur avantage.
2. Parce que l'information traitée par les MISP peut être médicale, elle leur donne un avantage stratégique dans leurs rapports aux autres acteurs ;

3. L'information est action, elle n'est pas qu'un bien consommable ou stockable. Elle correspond à des activités et des comportements professionnels qui s'affrontent;
4. L'information est une matière première indispensable à la compétence d'un médecin. Sans elle, le savoir médical est insuffisant pour concrétiser le métier. La maîtrise de l'information a bien pour enjeu la reconnaissance du métier.

Les circuits de l'information.

Pour les MISP, les circuits de l'information n'apparaissent pas toujours clairement au sein de l'organisation, tout en reconnaissant bien qu'en ce qui les concerne, ils ont plutôt tendance à ne faire circuler l'information qu'ils détiennent qu'auprès d'interlocuteurs privilégiés, avec qui « *ils s'entendent bien* » ou « *qui font partie des même groupes de travail* » (4-H-43) Les médecins inspecteurs sont aussi confrontés au jeu des circuits d'information parallèles. La collecte d'informations à caractère médical à des fins de globalisation dans le cadre d'actions de santé publique leur pose beaucoup moins de problèmes que celles visant à inspecter et contrôler des établissements de soins placés sous la tutelle de l'État. Dans ce type de jeu, l'objectif pour un MISP est double : il est technique puisqu'il s'agit de croiser des informations de natures différentes recueillies par d'autres acteurs (des administratifs chargés de contrôle budgétaire par exemple) et il est stratégique si le MISP arrive à faire la preuve que les informations qu'il recueille sont essentielles et qu'elles ne peuvent être obtenues par d'autres. Il se peut aussi, dans ce cas, que le MISP soit bénéficiaire d'une stratégie au détriment de sa hiérarchie administrative si le réseau d'information qu'il a mis en place a pour effet de mettre un directeur à l'écart des affaires. Mais à ce niveau, le jeu n'est pas sans risque, comme l'explique cet ancien directeur de DRASS qui rappelle les conditions de réorganisation des services régionaux dans les années 80 :

« La fusion des services extérieurs n'a pas entraîné l'enthousiasme de la direction générale de la santé et de la direction de l'action sociale ; et notamment de la DGS où l'absorption des inspections départementales et régionales de la santé par les DDASS et les DRASS n'a pas été bien vécue. Et très longtemps encore après,

on avait dans les services ministériels des personnages qui se faisaient un plaisir d'entretenir des réseaux parallèles, c'est à dire de continuer à entretenir directement avec les médecins inspecteurs de la santé, que ça soit au niveau départemental ou régional, des liaisons que je qualifierais de privilégiées, et qui restaient parfois occultes au directeur régional, ou qui étaient occultées pour le directeur... Le médecin inspecteur régional m'a fait des coups extraordinaires, c'est assez révélateur aussi de la façon dont la réforme a pu être ressentie. Un beau jour, je reçois une lettre du ministère, me disant : mon attention a été attirée sur le fait que le courrier de l'inspection régionale de la santé, nominativement adressé, parvient avec retard, systématiquement ouvert, et le service du courrier même parfois, l'oriente vers d'autres destinataires. Alors, l'exception étant le courrier portant la mention « secret médical », le ministère me faisait des observations en disant qu'il pouvait arriver, et là, ce serait fâcheux, qu'un courrier même ne portant pas la mention « secret médical » soit un courrier relevant de la compétence d'un médecin et qu'il faudrait donc prendre des mesures pour éviter de telles etc... etc... J'ai fait une réponse qui n'était pas piquée des hannetons, parce que je n'ai pas beaucoup apprécié. Ça, c'était certainement les réseaux parallèles qui avaient fonctionné, et il y avait déjà plusieurs années que j'étais là. J'ai préparé une réponse de mise au point, parce que je n'aimais pas beaucoup le procédé, en donnant toute garantie sur le respect du secret médical » (54-H-71)

Les sources d'information dont peut disposer un médecin inspecteur sont variées, et il en est à l'extérieur qui peuvent s'avérer très efficaces, telles le Conseil de l'Ordre auquel sont inscrits les médecins, ou certains services du préfet qui ont gardé le souvenir de relations directes avec les anciennes inspections de la santé. Certains médecins ne se cachent pas de les exploiter :

« Il y avait le docteur D. qui était à l'Ordre et qui m'attendait à la gare, parce qu'il avait l'habitude de me ramener près de chez moi. Et puis voilà qu'on annonce au conseil de l'Ordre que l'Institut des Hautes Études de Défense Nationale organise une session dans la région et qu'on peut postuler. C'était adressé au Conseil de l'Ordre en vue de diffusion auprès des médecins. A l'époque, je travaillais aussi avec la réglementation, donc, il y avait là l'attaché réglementation. Un jour, je le vois, et puis je dis : écoutez, on dit qu'il y a une session à l'Institut des Hautes Études de

Défense Nationale, comment ça se fait, nous on n'a rien ? Ah oui, dit-il, on a reçu de Mme P. Elle n'avait pas diffusé l'information. Donc, en fait, par ce biais, c'est le préfet qui m'a inscrit » (22-F-50)

Selon la taille des services, le nombre des acteurs en présence, internes et externes, les enjeux stratégiques du traitement de certaines informations dans les affaires déterminantes des politiques de santé publique, les MISP découvrent que les circuits ne sont pas neutres, lorsque par exemple, une agence régionale de l'hospitalisation privilégie la transmission d'informations aux médecins de DDASS et de l'assurance maladie au détriment des médecins d'une DRASS, comme en témoigne ce médecin inspecteur régional :

« C'est vrai que tout ce qui est décidé en haut descend difficilement. Tout le monde n'est pas informé, sans qu'il y ait une mauvaise volonté du chef de service. C'est vrai qu'on a un peu l'impression des pions, des gens qui font une tâche très tranchée. D'autant qu'on discute de moins en moins, parce qu'avant quand le pouvoir était à la DRASS et dans les DDASS, c'est vrai qu'on avait des rapports fréquents avec le directeur. Mon exercice, c'était des réunions où chacun donnait son point de vue. Ici, finalement, l'Agence va décider des choses mais dont on ne sera pas réellement entretenus. Ca se fera par l'intermédiaire de réunions diverses et variées, par des notes... le fait aussi de ne pas être au même endroit, de ne pas avoir accès direct sur eux, est à mon avis un inconvénient. C'est extrêmement net ce qui se passe ; je m'occupe par exemple, des postes d'internes. Il faut que je sache où j'enlève des postes. Pour ça, il faut que je sois parfaitement au courant, ce que j'étais avant la création de l'Agence, parce que j'étais au courant de toute la région. Et ma connaissance se perd, parce que je ne suis plus en prise directe avec les directeurs et présidents de CME. Alors, quand on me dit « et bien là, il faut mettre un poste d'interne, il y a eu une fusion » et bien, je sais qu'il y a eu une fusion, mais elle en est où, je ne sais absolument pas ; est qu'il y aura un ou deux services de chirurgie viscérale ? Alors, je crois savoir qu'il y en aura deux, que l'un fonctionnera toujours, et l'autre, pas tout le temps, alors où je mets l'interne ? Sur celui qui fonctionnera tout le temps, mais en fait, je ne sais plus vraiment. Depuis la mise en place de l'Agence, j'ai perdu ma connaissance de la région à une vitesse grand V, parce que je ne suis plus en prise directe. Tout ce que je faisais a été pris par le conseiller technique de l'Agence. Tous les gens que je recevais, les syndicats,

les présidents de CME, les internes et praticiens hospitaliers, c'est en prise directe avec l'Agence, voire en prise avec les médecins de DDASS. Et je suis obligée de répondre, quand on me téléphone, et on m'a encore téléphoné la semaine dernière pour me demander conseil, pour la dialyse, j'ai dit : écoutez, effectivement, je ne me souviens plus bien, votre dossier était passé en commission régionale, il y a un an, vous avez eu l'autorisation, mais depuis, je ne sais plus rien, je ne sais pas si ça a été fait, mais je ne suis plus au courant des choses régionales. J'ai été obligée de lui dire : vous ne vous adressez plus à la bonne personne ; vous devez vous adresser ou au médecin de DDASS ou au conseiller technique de l'Agence... Il y a des tas de groupes de travail qui se mettent en place, dont un dont j'ai appris l'existence, sur le coût de la mise en place des SROS et bien, l'Agence a écrit au DRASS qui a envoyé un administratif, mais il y a un médecin de l'échelon régional du service médical, pour l'assurance maladie. Eux sont au courant de tout, ils sont dans tous les groupes de travail, et nous, peu à peu, nous avons vu notre place complètement disparaître, jeu extrêmement pervers, puisque le médecin conseil régional, qui nous traitait en égalité depuis le début, ne m'écrit absolument plus ; il écrit au DRASS pour que les choses me reviennent éventuellement, et elles me reviennent une fois sur dix » (58-MISP-75)

Si les Agences de l'hospitalisation ont, selon les endroits, quelque peu modifié les règles du jeu, comme dans le cas qui vient d'être cité, où les médecins inspecteurs de DDASS semblent en tirer avantage, force est de reconnaître que le plus souvent, les MISP, dans leur ensemble, sont aguerris à cette gestion stratégique de l'information.

Information et stratégie.

Malgré les oppositions entre médecins conseils de l'assurance maladie et MISP auxquelles certains acteurs peuvent trouver avantage, ces derniers restent quand même en partie liés par une formation initiale qui les rapproche dans la lecture des problèmes de santé. A lire le rapport de septembre 1991 (Médecins inspecteurs de santé publique, de l'état du problème et des solutions à apporter) les médecins inspecteurs seraient les destinataires privilégiés d'informations provenant de médecins. Ils rassemblent pour le compte de l'État l'information nécessaire à l'exercice de sa tutelle, notamment en matière d'assurance maladie. L'enjeu pour

l'État, c'est l'exercice d'un droit de regard et c'est aussi la capacité à conduire, voire encadrer des dynamiques de terrain, une capacité qui se décline en activités de terrain assurées par les médecins inspecteurs eux-mêmes :

« Je suis responsable de l'élaboration d'indicateurs pour permettre là où on est, DDASS, de suivre l'évolution par territoires d'une certaine dynamique en promotion de santé. Ce qu'on entend par dynamique, ça demande tout un travail d'éclaircissement des concepts, bien cerner le champ, bien cerner la strate, et là, je suis en première ligne, parce que je prends des informations à droite, à gauche, je les compile, je les redistribue, je suscite des rencontres, je vais à des réunions... »
(13-H-38)

L'information traitée par les MISP est aussi parfois une information purement médicale, c'est à dire détenue et exploitée par des médecins dans le cadre de leurs activités soignantes. Ces informations sont nécessaires à l'établissement de données statistiques ou financières, indispensables à l'élaboration de prospectives en santé publique. Les MISP semblent être les seuls à même de pouvoir recueillir facilement auprès de leurs confrères soignants les informations tirées de dossiers individuels en vue de leur agrégation dans des dossiers publics. Par ailleurs, lorsque les médecins inspecteurs rendent des avis techniques sur des établissements sanitaires, ils ont besoin d'un grand nombre d'informations qu'ils sont contraints d'aller pêcher un peu partout. La fonction d'instruction d'un dossier de ce genre n'est jamais neutre puisqu'elle débouche sur une prise de position sensée engager l'administration, ce qui accentue le travail délicat de collecte d'informations en provenance d'acteurs eux-mêmes susceptibles d'adopter des positions différentes sur le contenu des projets. Ce travail dévoile un enjeu considérable pour le métier de médecin inspecteur de santé publique : la capacité à se tenir correctement informé pour pouvoir agir spécifiquement en tant que MISP est en même temps une capacité à se rendre indispensable dès lors que d'autres acteurs ne disposent pas des mêmes ressources techniques et stratégiques pour traiter les problèmes. J'ai pu, dans certains entretiens, obtenir des descriptions précises de cette démarche d'information qui semble être un nœud important de l'activité des MISP. Le témoignage qui suit en reconstitue particulièrement bien le processus.

« Je pense que ce n'est pas un métier simple ; je pense que le plus difficile, c'est de réussir à trouver les informations dont on a besoin, et réussir à se forger un avis. Pour moi, c'est la chose difficile. Pas pour tous les avis ; il y a des avis où c'est très simple, mais il y a des choses difficiles, c'est d'arriver à rester informé sur ce qui se passe, sur l'évolution à la fois des lois et du domaine dont on s'occupe, et de rester technique, c'est ça qui est difficile ; il faut se fouler pour rester technique...j'écoute tout ce qui se dit autour de moi ; j'essaie d'avoir des contacts avec les gens informés, au ministère, donc participer à des groupes de travail ministériels. J'essaie d'ouvrir les fenêtres et de rencontrer des gens de l'extérieur, le plus possible, d'autres départements, d'autres régions, d'autres organismes pour écouter ce qu'ils disent, parce que quelquefois on se rend compte qu'on a une vision des choses qui est liée à l'endroit où on se trouve. Le fait d'être ici dans cette administration nous donne une certaine vision des choses.

Il faut aussi aller voir à l'extérieur comment les gens voient la chose autrement, lire des bouquins quand ils paraissent, avoir un œil quand même sur les publications qui paraissent puisque, de ce côté là, on est pas mal servi par le service de documentation de la DDASS qui nous fait passer des tas de trucs, il faut savoir pêcher. Je ne peux pas dire que j'y consacre énormément de temps, parce qu'en fait, c'est diffus. Quand je participe à un groupe de travail au ministère, ça m'est déjà arrivé quand même plusieurs fois, ça n'est pas pour mon information exclusivement que je le fais, donc, on ne peut pas dire que je vais à la recherche d'informations. Je profite de ce que je fais pour aller à la recherche d'informations. Quand je bouquine, évidemment, ça, ça me prend du temps, mais à ce moment là, c'est très souvent du temps hors travail, c'est à la maison que je bouquine. J'essaie de lire des articles qui passent, et puis quand je discute avec les autres médecins, je fais mon information aussi, parce que non seulement il faut que je sois informée sur mon domaine, mais il faut aussi que je sois informée sur ce qui se passe à l'hôpital. Pour ça, j'écoute les autres, et les réunions de service, c'est un outil aussi d'information énorme qui m'a considérablement servi.

Tout au début, il n'y avait pas de réunion de service, parce qu'il n'y avait pas de service quasiment. Donc, ça, c'était très dur pour moi d'avoir des informations sur autre chose que ce que je faisais. Depuis qu'il y a des réunions de service, j'ai appris des tas de trucs, et puis, tous ont des informations différentes, donc, on se

transmet les informations, donc, je ne peux pas dire que je consacre beaucoup de temps spécialement à m'informer ; ça se fait en travaillant ; ça se fait quand je vais dans les associations et que j'écoute ce qu'ils disent au niveau national. Quand je discute avec J. au Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée ou quelqu'un d'autre du centre, et qu'il me raconte qu'il a rencontré untel et untel, de Paris ou d'ailleurs, ça, c'est beaucoup mon information. C'est vrai que, quand ça fait longtemps que je n'ai pas eu de contact avec le centre régional, je trouve un prétexte pour les re contacter, pour savoir ce qui se passe de ce côté là. Quand je vais à la DRASS, pour des choses, je cuisine toujours un peu Mme Y. pour savoir des tas de trucs. Ca n'a l'air de rien, ça se fait dans la conversation, on ne s'en aperçoit même pas, mais c'est dilué dans les activités. Il y a aussi les formations ; j'essaie de faire des formations, un petit peu dans différents domaines ; je m'intéresse beaucoup à la formation sur l'inspection, parce que je n'ai jamais eu de formation dans ce domaine » (10-F-42)

Le résultat de ce travail de collecte de données et de traitement des informations alimente une production technique de rapports, documents d'études et de synthèse, d'avis qui n'ont pas qu'une portée médicale puisqu'ils sont transmis à d'autres acteurs, des cadres d'administrations et d'autres intervenants potentiels dans le champ de la santé publique qui ne sont pas forcément des médecins.

Ainsi, la production d'un MISP est une production exposée. Un schéma régional d'organisation sanitaire par exemple, comporte un certain nombre de données ; certaines sont détenues par des médecins (données épidémiologiques, indicateurs de santé...) d'autres sont partagées (indicateurs économiques de la santé...) et d'autres enfin sont élaborées par l'administration (informations budgétaires et financières...) La compilation de ces informations est nécessaire à l'élaboration d'un tel document. Leur pertinence globale lui donnera sa validité, elle constitue l'enjeu de la capacité de coopération entre les différents acteurs qui y participent et donc finalement leur reconnaissance.

Information et action.

Connaître et agir sont intimement liés dans le travail d'information. Ce travail correspond à un volet de l'activité d'un MISP et requiert une capacité stratégique, de la disponibilité et de la compétence méthodologique, trois paramètres indispensables à la description de l'action.

L'accès à l'information est déjà une forme d'action. Elle nécessite stratégie et disponibilité, apprentissage de la connaissance et capacité relationnelle. En ce sens, l'information pose problème, parce qu'elle n'est pas une somme de données stockables ; elle est le produit d'innombrables formes d'échanges.

L'information est un moyen d'être acteur. Il ne s'agit pas seulement de « *se tenir au courant* » mais de participer en tant que professionnel à l'action. Cette action, en lien avec d'autres professionnels ou acteurs sociaux sert de cadre à la reconnaissance. Pour un MISP l'image de l'acteur correspond à celle d'un homme de progrès et d'évolution. L'information ne saurait donc se résumer à une simple mise à jour d'une réglementation, elle est un terrain d'exercice d'une activité médicale particulière propre au métier de médecin inspecteur ; elle est la matière de l'activité clinique en santé publique. Un médecin inspecteur reconnu n'est pas qu'un acteur bien informé c'est aussi un professionnel qui a une manière particulière de s'informer. En d'autres termes, lorsqu'un médecin dit qu'il est important pour lui d'être informé, il dit surtout que la manière dont il traite cette information est un déterminant de son statut :

« La mise en œuvre des schémas à travers les SROS, la mise en place des contrats d'objectifs, l'accréditation, tout ça, si je n'y participe pas, de l'intérieur, je ne vais pas savoir comment ça fonctionne, même si de temps en temps, j'ai des papiers, des circulaires qui passent sur lesquels je vais jeter un coup d'œil distrait, bon, l'information, comme ça, elle peut passer, mais si je ne me la réapproprie pas en travaillant sur ces thèmes là, je ne vais pas comprendre, et le sens du changement, de l'évolution, ça va passer à côté » (12-F-42)

Information et compétence médicale.

L'information n'est véritablement une source de pouvoir que si elle est le produit d'une démarche reconnue, donc légitimée par les acteurs qu'elle concerne. Pour un MISP, une information est acceptable si elle est rationnellement fiable, c'est à dire élaborée avec méthode. Les données épidémiologiques par exemple se traduisent notamment par des chiffres dont la valeur doit être scientifique (j'expliquerai plus loin à ce sujet que cette valeur n'a pas qu'un caractère scientifique) Dans un univers « où tout le monde présente ses chiffres » (11-H-62) elles sont un moyen de prouver une compétence spécialisée. L'information semble donc poser deux grandes catégories de problèmes : les problèmes liés à la manière dont les acteurs la produisent et ceux qui concernent la manière dont ils la partagent. Pour un médecin inspecteur, la production d'une information peut concrètement se matérialiser dans un travail d'enquête (ce cas est fréquent, lorsqu'on décrit les activités des MISP) qui implique que soit résolue la question du temps à y consacrer et celle des partenaires avec lesquels il est possible de s'entendre pour produire et échanger une information correspondant aux critères de qualité que je viens de citer. J'ai pu recueillir des témoignages faisant observer que ces deux questions ne sont pas simples à traiter :

« Ça n'est pas facile parce qu'on n'a pas de partage de l'information. Je vois là, par exemple, il y a une enquête : si je prends les traumatisés crâniens, et c'est vraiment un truc qui m'a marquée. On avait dit, nous, qu'une enquête n'était pas nécessaire. Il y a des enquêtes qui ont été faites dans d'autres régions, et on n'est pas sensiblement différents des autres régions. On ne va rien apprendre de plus par ceux qui sont déjà pris en charge, car, en fait, la difficulté, c'est que s'ils ne sont pas pris en charge, c'est qu'ils se retrouvent à domicile sans traitement. Ceux-là, pour les toucher, ça n'est pas évident, et donc, il faut y réfléchir, mais on n'est pas allés plus loin que ça. Mais c'était B. elle n'a pas su dire non à la direction et donc la direction a quand même fait une enquête dans laquelle elle a mis : retourner le questionnaire à l'inspection de la santé. Et donc on se retrouve avec une enquête qu'on n'a pas faite, c'est à dire qu'on n'a pas fait les questions au départ qui font la grille d'enquête. Alors pour canaliser dans ces conditions là, ça relève du fantasme. On va devoir rendre une enquête qui a été faite ; on va devoir travailler avec la

direction, mais commencer comme ça, c'est pas un bon départ ; on ne sait pas ce qu'on va faire. Et puis on donne nos réflexions, on aimerait bien savoir à quoi servent nos réflexions » (3-F-34)

Pour beaucoup de MISP, la légitimité se construit sur le terrain. Si l'État qu'ils représentent est critiqué, par exemple par le corps médical, comme étant trop éloigné du terrain alors qu'il a pour mission de conduire les politiques de santé, l'information provenant des réalités à la base constitue une matière première indispensable susceptible de donner au médecin inspecteur un réel pouvoir d'influence parce qu'il montre une connaissance du terrain que ni les acteurs à la base ni les décideurs au sommet ne peuvent avoir. Par exemple, les médecins de DDASS sont souvent les premiers destinataires d'informations concernant certains faits ou certaines maladies à déclaration obligatoire. Ces informations sont aussi des indicateurs de santé publique ; elles viennent évidemment du terrain, parce qu'elles concernent la vie des membres d'une population locale

Information et participation.

Parce que le champ de la santé publique est vaste, parce que les sources d'information sont nombreuses, les stratégies de l'information sont variées. Elles peuvent mettre en évidence des formes de rétention, elles peuvent reposer sur des processus très sélectifs. Elles peuvent servir à renforcer le pouvoir des donneurs d'ordres ou des décideurs. Elles mettent à jour alors de nouveaux conflits davantage d'ordre éthico-politique que de territoires. Certaines représentations de l'information correspondent à une philosophie politique que certains médecins inspecteurs veulent défendre : malades, usagers et professionnels de santé sont aussi des citoyens, et les droits des citoyens prévalent sur les prérogatives des experts :

« Il y a dans cette administration une logique très énarquienne qui, en définitive, crée une organisation très taylorisée, où on veut séparer l'étude, l'information de l'action. Donc, bien sûr, ce sont eux qui appellent l'information, et qui a l'information a le pouvoir. Je pense qu'ils scindent un peu l'information de l'action. Ils ont pour eux l'information, ils passent les commandes, et après ils voudraient que, en fonction de leurs désirs, de leurs demandes, on puisse intervenir, sans se rendre compte que la qualité de notre travail et la qualité de nos analyses est

dépendante à la fois des informations, mais aussi de la capacité de les traiter, de les analyser. L'information, c'est pas un rapport qu'on lit et qui donne les conclusions. Je pense que notre travail, c'est pas tellement de lire des rapports faits par l'O.R.S. c'est être capable, partant de données brutes, d'analyser une situation, d'en donner un sens, au-delà des chiffres, et de pouvoir relater un problème, en sachant, en plus, que cette démarche d'analyse des problèmes, elle trouve bien son sens dans la mesure où on demande à l'État de faire adhérer des acteurs à des évolutions. En fait, l'information, c'est presque une sorte d'alibi pour entrer en contact avec des professionnels ou avec des usagers, pour évoquer un problème, et voir comment on peut le faire évoluer. Donc la façon qu'on a actuellement de traiter l'information comme avec des bureaux d'études, l'O.R.S. étant un bureau d'études parmi d'autres, en fait, c'est un fonctionnement qui est antidémocratique, qui a plutôt tendance à concentrer les pouvoirs de décision, et qui a tendance justement à éviter que l'information, le recueil d'informations puisse servir de support à une réflexion collective » (35-H-48)

Conclusion intermédiaire.

L'information n'est donc pas qu'une ressource, elle est un problème, parce qu'elle concerne autant la connaissance que l'action, et cette action, dans un champ professionnel donné, ne recouvre pas que des activités strictement rationnelles. Les acteurs qui traitent l'information n'obéissent pas qu'à des impératifs de production, ils cherchent aussi, à travers la nature de cette information et son mode de gestion, à s'identifier en tant que professionnels capables de résoudre des problèmes spécifiques. Cet objectif pour des médecins travaillant au sein d'une administration est essentiel pour ne pas être considérés comme des fonctionnaires ordinaires ou plus exactement comme des fonctionnaires chargés d'activités administratives. Par conséquent, tout ce qui permet de les identifier par référence à la profession médicale revêt une importance particulière. C'est dans une telle optique que je situe la question du professionnalisme. Même si ces termes ne sont pas synonymes (être membre d'une profession et être professionnel) néanmoins ils structurent un processus identitaire de manière beaucoup plus significative chez les médecins inspecteurs de santé publique que pour les autres fonctionnaires de l'administration de la santé.

4) Le professionnalisme comme voie de l'autonomie et l'hétérogénéité des attentes en matière de compétences des MISP.

Cité par William DAB,¹⁵³ ROQUEPLO (1991) analyse la fonction d'expertise en soulignant qu'elle ne se limite pas à un énoncé de connaissances mais qu'elle produit en même temps une opinion, celle que l'expert est à même de construire sur la base de ce qu'il sait. Les MISP ne peuvent être assimilés à des experts mandatés par des juridictions, toutefois je préciserais que les observations de ROQUEPLO s'adaptent bien à la description de leurs formes d'intervention les plus courantes et j'ajouterais que leurs avis sont aussi le produit des nombreuses incertitudes qui traversent la santé publique. J'ai pu mesurer combien dans les entretiens les médecins inspecteurs sont soucieux d'utiliser des connaissances mais surtout de défendre des convictions. Ainsi, parce que dans le professionnalisme, il y a des compétences et des valeurs, un MISP est toujours poussé à dire à la fois ce qu'il sait et ce qu'il pense, donc ce à quoi il croit. A cette idée, je serais tenté d'ajouter, en la reprenant, la description du terme « *professionnel* » élaborée par E.H.SUTHERLAND dans son livre « *Le voleur professionnel* » et commentée par DUBAR et TRIPIER (1998, p. 99) A l'instar du voleur professionnel décrit par Sutherland, les médecins inspecteurs font aussi référence aux critères de cet état : ils expriment souvent le sens du travail bien fait (*il faut être très technique, on doit être bon*) Ils n'acquièrent leur savoir-faire qu'après un long apprentissage ; ils attendent des conseils de la part de leurs pairs les plus anciens ; ils ont besoin de techniques spécialisées et de savoir-faire multiples. Ils sont soucieux de montrer qu'ils peuvent se mettre à la place de l'utilisateur, et de connaître parfaitement le terrain où il vit. DUBAR et TRIPIER complètent cette approche en citant FREIDSON (1986) et sa notion de « souveraineté territoriale » et m'amènent à reprendre pour le compte du métier de MISP une observation majeure pour l'analyse du professionnalisme dont ils se réclament : il leur apparaît fondamental de savoir « entrer en contact », prendre la connaissance du terrain, être en mesure d'échanger avec tous les acteurs locaux et revendiquer sur toutes les questions de santé la priorité de leurs avis sur ceux des politiques et décideurs administratifs.

¹⁵³ DAB William, *La décision en santé publique*, 1993, éd. ENSP, Rennes.

Professionalisme, implication et identité.

Les MISP ne semblent pas avoir d'autre issue pour défendre leur identité professionnelle que de concrétiser leur professionnalisme par une implication forte dans leur travail. Je n'ai rencontré aucun médecin inspecteur de santé publique résigné, passif, docile vis à vis de son institution et soumis aux exigences de son environnement.

Dans le dossier présenté par le syndicat des MISP en avril 89, il est fait état d'une spécificité des médecins inspecteurs assise sur trois volets : le premier est d'ordre strictement médical, il privilégie le savoir, l'appartenance au groupe et la morale professionnelle. Ces trois notions m'apparaissent fondamentales parce qu'elles confèrent au médecin un potentiel relationnel exclusif : l'approche clinique et l'échange entre cliniciens. Le second réaffirme la spécialité de santé publique, laissant entendre que dans ce champ d'intervention, les médecins sont les professionnels les mieux adaptés. Quant au troisième, s'il daigne faire référence au cadre administratif de l'emploi c'est surtout pour revendiquer une intégration dans les équipes de direction. Ces trois niveaux de technicité servent la construction identitaire : les compétences spécialisées renouent avec le statut de professionnel. Toutes les techniques d'évaluation sont un moyen pour le médecin inspecteur d'être reconnu comme un spécialiste de la santé publique ; toutes les techniques de globalisation et de rationalisation donnent au médecin inspecteur un statut d'appartenance à une autorité publique ; enfin toutes les techniques de communication dans l'espace politico-administratif de la santé publique contribuent à faire reconnaître les deux premières.

Le professionnalisme : l'acteur professionnel et son métier.

Je suggère d'entendre par professionnalisme le résultat de la rencontre entre des compétences spécifiques et des valeurs reconnues dans un cadre d'expérience donné. Mais il ne s'agit pas seulement d'une expérience de métier, au sens classique rappelé par ZARIFIAN,¹⁵⁴ à savoir l'acquisition de règles cumulatives organisées de

¹⁵⁴ P. ZARIFIAN, La force de l'expérience dans la confrontation aux événements, *Revue Éducatives*, n°13, 1996.

manière croissante pour la connaissance du métier. Les médecins inspecteurs ont aussi connu une crise de l'expérience du métier dans la mesure où leurs savoirs et savoir-faire se sont considérablement diversifiés pour faire face à des problèmes et exigences nouvelles que n'avaient pas imaginé leurs anciens (qualité, sécurité sanitaire, précaution, planification, schémas généraux d'organisation sanitaire) L'expérience d'un MISIP renoue avec un apprentissage de la clinique, initialisée par une perception, une réception d'informations nouvelles, guidée par un mode de représentation de l'événement, structurée de manière singulière dans la confrontation du médecin à une réalité extérieure. Or les médecins inspecteurs gèrent des situations faites d'événements singuliers vécus d'une certaine manière par des individus qui entretiennent dans leur contexte donné des relations particulières (une réorganisation hospitalière par exemple, constitue toujours un chantier particulier) Dans de tels chantiers les médecins inspecteurs sont acteurs parce qu'ils participent à la production d'une transformation, ils facilitent les échanges entre les acteurs et ils régulent les formes de changement des rapports entre les acteurs. L'expérience tirée de ce genre d'action est liée au bilan que l'acteur est capable d'en faire, c'est à dire au développement d'une capacité d'anticipation qui va se substituer à la vision répétitive des événements, parce que les processus de changement ne sont jamais identiques. Cette capacité d'anticipation permet d'affirmer qu'un MISIP est un professionnel lorsque son expérience le met en position d'affronter des événements différents. Or ce professionnalisme met à mal les références classiques au savoir d'un métier. J'ai déjà montré que les médecins inspecteurs ont des activités qui les amènent de plus en plus à échanger avec d'autres métiers, acteurs sociaux divers, dans un champ largement ouvert, qui déborde l'espace d'un cabinet médical, activités potentiellement exposées à des évaluations contradictoires. On retrouve donc dans la notion de professionnalisme appliquée aux MISIP, les « *éléments nodaux* » de l'expérience dont parle ZARIFIAN : la confrontation ouverte à une gamme large d'événements, la construction d'une communication expansive entre différentes catégories d'acteurs et l'exigence d'une transformation de la compétence individuelle. Ainsi les difficultés professionnelles de certains MISIP pourraient venir de cette nouvelle problématique de l'expérience : savoir tirer une expérience générale des expériences particulières. Lorsque les MISIP se retrouvent et échangent entre eux, ils courent le risque de réactiver un vieux réflexe, en ramenant la somme de leurs expériences dans le champ du métier, et en perdant de vue l'enjeu principal de leur

rencontre, à savoir dépasser leurs normes pour produire un savoir nouveau. Les MISP sont des médecins qui n'héritent pas d'une profession les références pratiques de leur métier, ils les construisent.

Finalement le professionnalisme est un concept qui transcende la compétence professionnelle, parce que héritage de l'expérience, il donne à celle-ci une qualification qui s'incarne dans l'individu : la compétence professionnelle se situe dans « *l'attitude sociale de l'acteur face au réel* » (ZARIFIAN, 1997, p. 48) c'est à dire une capacité à négocier des modes de résolution de problèmes qui mobilise une diversité de ressources (des savoirs, des informations, de la relation et des valeurs) et qui les transforme. Cette démarche est exigeante ; elle est le résultat d'un processus qui révèle l'importance du jeu interactif. Pour construire sa compétence spécifique, un MISP emprunte aux savoirs et aux représentations des acteurs divers qu'il rencontre et avec lesquels il agit. L'influence est un facteur important de la compétence, et celle-ci est moins une reproduction des pratiques des autres qu'une transformation de son propre savoir pour agir. Un médecin inspecteur qui passe d'une activité de soins dans un domaine spécialisé à une mission d'inspection dans un cadre institutionnel n'échappe pas à cette confrontation : les compétences des autres sont insuffisantes mais elles sont nécessaires, elles sont limitées mais en même temps indispensables.

Ainsi donc, l'autonomie est un moyen de porter le regard sur la personne qui agit, au travers des compétences qu'elle met en œuvre. Et celles-ci ouvrent la voie d'une identité professionnelle dont l'importance se mesure, pour la grande majorité des médecins inspecteurs de santé publique à leur degré d'implication au travail. Souvent critiques à l'égard de leur institution administrative, les médecins n'en sont pas moins investis dans le travail qui leur est confié ou dont ils se chargent parfois volontairement. Plus que d'autres, ils sont soucieux de l'évaluation du travail ; ils aiment à rappeler qu'ils le réalisent grâce à une technique et un savoir-faire particulier. Ils s'attachent à personnaliser leur action. Ils veulent mesurer l'utilité sociale de ce qu'ils font, vérifier qu'ils influent sur le cours des choses. Cet investissement s'exprime souvent dans un langage passionné (richesse, diversité, intérêt, ouverture, engagement, militantisme, valeurs, service public, éthique...) Ce type de discours est proche d'un travail de vocation (ils ne regrettent pas leur choix, la santé publique est une noble cause...) Dans la conclusion de leurs entretiens, les

MISP tombent d'accord pour déclarer que leur métier est mal payé mais qu'il est passionnant. Dans les arguments qu'ils développent pour le défendre, ils mettent souvent en avant l'exigence, la complexité et la spécialisation de leur qualification. Il en est même qui l'intègrent comme un élément déterminant de leur vie :

« De toute manière, je ne quitterai pas ce métier ça c'est sûr ; je n'ai pas du tout envie de repartir. Moi j'aime bien, même si de temps en temps on râle contre des circulaires du Ministère. Mais je crois que je n'ai absolument pas envie de partir. Je ne peux pas vraiment dire ce que ça m'apporte. Ça remplit beaucoup de temps de ma vie. Et puis en fait, mon mari est instituteur dans un milieu très défavorisé, avec des problèmes que nous, nous traitons après, tout ce qui est justement maltraitance à l'enfant, et je trouve que ça fait un bon complément. Oui, j'ai l'impression que c'est très complémentaire. C'est complètement enrichissant ; ça n'est pas ma vie, mais ça fait partie de quelque chose qui, au-delà de ma vie professionnelle, enrichit ma relation de couple, même par rapport à ma famille, par rapport à beaucoup de gens qui sont tous médecins. » (1-F-31).

Le professionnalisme sert l'identité de l'acteur et l'honneur de la profession.

L'implication au travail est un acte individuel qui engage la personne parfois en dehors du temps de travail. Il y a des médecins inspecteurs qui quittent la DDASS ou la DRASS en fin de journée avec le sentiment que les affaires ne sont pas achevées, que tous les problèmes ne sont pas résolus et qui se sentent préoccupés par certaines questions même lorsqu'ils ne sont pas au travail. Cette forme d'engagement n'est pas commandée par l'institution, elle ne se trouve pas sous contrôle, elle place le professionnel face à sa propre représentation de ses devoirs et responsabilités inscrite dans une conscience professionnelle qui l'honore. En ce sens, l'implication au travail sert l'identité, elle permet au médecin, en l'occurrence, de mesurer le lien qui relie les situations professionnelles qu'il rencontre à la conception de son métier. C'est lui qui s'impose des obligations et non pas la hiérarchie administrative qui lui délègue ses missions. De nombreux médecins investissent dans leur travail en diversifiant leur participation à des groupes de travail et en multipliant leurs critiques à l'égard de tout ce qui peut entraver cet engagement et freiner l'efficacité vers laquelle ils tendent (critique de la bureaucratie, des lignes hiérarchiques, de la lourdeur des procédures, de la complexité des textes...) En même temps, ils renouent

avec la médecine, cette matière qui traite l'humain et qui peut aller jusqu'au don de soi-même, selon la volonté du praticien et de sa conception de la grandeur de sa profession. L'implication au travail a bien un rapport avec l'autonomie puisqu'elle donne au professionnel la conviction qu'il est maître de son engagement. J'ai pu rencontrer des médecins inspecteurs capables, comme certains de leurs confrères soignants, d'un pareil engagement :

« Avec une affaire, un dossier qu'on veut faire avancer, ça me faisait le même effet que quand j'avais quitté un enfant, la veille au soir, et que j'arrivais le lendemain matin, et que je voulais savoir s'il avait bien passé la nuit. Comme intérêt dans le travail, ça ne s'est pas passé comme je le pensais. Je pensais que ça serait moins intéressant de travailler dans les dossiers plutôt qu'avec des vrais gens, non. Et puis, tout se passe comme si je n'avais jamais eu le temps de regretter le travail clinique. Mon investissement était tout aussi intéressant. » (21-F-52).

L'autonomie vers laquelle tend tout médecin inspecteur est bien de la même essence que celle de ses confrères soignants. Elle le positionne face à son pouvoir d'agir sur la nature et sur la société. Même si ce pouvoir est souvent idéalisé, il est quand même le résultat d'une qualification mise au service de l'homme. Ce positionnement alimente une rhétorique qui sert l'identité : les connaissances et les techniques acquises par le médecin sont à ses yeux valorisées dès lors qu'elles sont destinées à améliorer le bien-être des individus ou des groupes. Et finalement, parce qu'elles sont en prise avec de l'humain, elles confèrent une valeur sur laquelle peut s'appuyer l'identité professionnelle.

5) Conclusion.

Dans ce dernier chapitre de la partie consacrée à l'analyse des entretiens, j'ai montré comment les médecins inspecteurs de santé publique revendiquent et font valoir une spécificité qui les différencie d'une part des médecins praticiens en général et d'autre part des fonctionnaires chargés de tâches administratives. J'ai précisé également que cette spécificité ne leur permet pas de se positionner précisément et de manière identique dans le processus décisionnel du management de l'administration sanitaire parce que l'autonomie qu'ils peuvent conquérir dans leur environnement professionnel emprunte des stratégies très diversifiées, selon la nature

et le volume de leurs activités, leur ouverture sur l'extérieur, et leurs rapports avec les hiérarchies administratives. Le point commun le plus caractéristique des comportements d'autonomie est la manifestation d'une implication au travail qui équivaut pour un médecin inspecteur de santé publique à l'engagement partagé par la profession médicale de contribuer à l'amélioration de la santé des individus ou des populations. C'est probablement parce que le travail d'un médecin repose plus que tout autre professionnel sur un discours d'affirmation de son humanité, que la revendication identitaire apparaît plus sensible, a fortiori lorsque l'action, celle des MISP, se combine avec d'autres, non moins capables en matière de service public notamment, de valoriser leur état de grandeur.

CONCLUSION DEUXIÈME PARTIE

LES LIGNES DE FORCE DU JEU STRATÉGIQUE.

J'ai introduit la seconde partie par la formation des MISP, destinée à les préparer aux missions et tâches qui leur sont confiées. J'ai développé par conséquent la présentation de l'exercice du métier, avec l'analyse des activités, sous deux angles : d'abord technique, donc rationnel et attendu, ensuite stratégique avec l'approche de l'autonomie et l'implication au travail. Pour conclure, je vais tenter de synthétiser ces diverses approches par une explicitation des rôles.

Le corps des médecins inspecteurs de santé publique recouvre un métier complexe parce que les rôles qui s'y jouent peuvent se distribuer sur trois espaces : celui de la médecine, et je viens d'expliquer, comment par sa formation ce métier s'enracine dans la profession médicale dont les médecins inspecteurs se revendiquent toujours, celui de la santé publique comme champ de disciplines et comme terrain propice au développement d'une culture spécifique, et celui de la fonction publique de l'État comme système réglementé de l'intervention administrative. Ce dernier point est sensiblement critique : l'administration, déclarent dans leur majorité les intéressés, a plus tendance à rationaliser la santé qu'à répondre à la nature réelle des besoins des individus et des groupes. Or ce serait plutôt dans ce deuxième axe que les MISP envisageraient leur rôle, au risque par conséquent de contrevenir à celui qu'attend d'eux leur administration. Ce contexte est propice à une forme d'implication calculée définie par ETZIONI : il y a une certaine convergence entre les buts individuels et ceux de l'organisation ; mais cette convergence est constamment repensée, évaluée par les membres...¹⁵⁵ Jouer un rôle quand on représente l'État, c'est forcément entrer dans des jeux de pouvoir dont les bénéficiaires sont multiples. Le MISP n'est pas un expert extérieur à deux mondes, celui des acteurs de santé, et celui de l'État. Il peut en fait s'engager soit dans l'un soit dans l'autre, au gré des reconnaissances qu'il y trouve ou des pressions qu'il subit, d'où la confusion des rôles et le sentiment parfois d'interpréter un double rôle contradictoire : celui qu'on consulte et celui qui inspecte.

¹⁵⁵ ETZIONI A., *A comparative analysis of complex organizations*, The Free Press of GLENCOE Inc., New York (1961).

Dans ce jeu, le rôle de médiation d'un MISIP ne consiste pas seulement à écouter les parties en présence, mais aussi à expliquer. Or une écoute attentive n'est pas synonyme d'écoute bienveillante. Les MISIP ne pratiquent pas d'écoute passive. Autrement dit quand ils expliquent, ils orientent, et même si le sens donné s'accorde avec celui de l'acteur de terrain par exemple, le rôle qui se joue devient un rôle prééminent parce qu'il juge le fond et la forme, la pertinence de l'action et le respect de la loi. En empruntant à WEBER, je dirais que le pouvoir rationnel/légal sur lequel se fonde un aspect du rôle d'un MISIP peut assez facilement s'accommoder d'une texture charismatique : le MISIP a un rôle d'aidant, lorsqu'il donne de son temps pour accompagner des actions de terrain ; et les gens qui aident sont des gens qu'on aime. Mais le rôle n'en demeure pas moins assez ambigu : aider, c'est être présent, donc pouvoir jeter un regard multiple, entre celui de l'acteur qui aide et celui de l'institution qui contrôle.

L'assistance aux acteurs de terrain ressemble à une écoute qui permet d'intégrer parfois trois niveaux de rôles : celui du médecin qui est sensible à l'exigence d'une relation soignant/malade, celui du spécialiste de santé publique qui coordonne les rôles de nombreux acteurs dans le domaine de la santé, et celui du fonctionnaire de l'État qui doit garantir les normes et les équilibres budgétaires conduits par les pouvoirs publics. On devine l'inhérence d'un conflit de rôles : la défense d'une éthique professionnelle se nourrit d'une certaine manière de la critique du système administratif introduite par la modernisation managériale¹⁵⁶ la rationalisation de l'action publique n'a jamais été le souci prioritaire d'un médecin.

À ces trois espaces de distribution des rôles, s'ajoutent les degrés d'appréhension de ceux-ci : ce que les MISIP appellent leur vrai rôle est le résultat d'un emprunt à ces trois niveaux de compréhension, celui du rôle prescrit et donc de ses limites, celui du rôle perçu et de ses ambitions, et celui du rôle réel avec toutes ses raisons. J'emprunte cette différenciation des rôles à E. GOFFMAN et aux ethnométhodologues qui ont mis l'accent sur la possible création de rôles par les acteurs eux-mêmes. Au-delà d'un certain conformisme qui expliquerait la relative uniformisation de l'action (chacun est tenu de respecter les normes qui s'attachent à

¹⁵⁶ BAROUCH G., CHAVAS H., Où va la modernisation ? 10 années de modernisation de l'administration d'État en France, L'Harmattan, Paris (1993).

son statut et donc d'en assurer les obligations) les acteurs qui sont en relations avec des partenaires fort divers ajustent en fait leurs rôles en fonction des attentes de ces derniers et des valeurs qu'ils peuvent ou non partager avec eux. C'est ainsi qu'un médecin inspecteur pourra jouer plusieurs rôles sous l'influence des interactions engagées avec ses pairs, sa hiérarchie, ses collaborateurs ou les professionnels extérieurs. Dans ces conditions « *Le conflit qui existe entre l'organisation et le professionnel n'est qu'un conflit entre professionnels dans l'organisation.* »¹⁵⁷

Les rôles professionnels ne sont pas des pré-construits ajustables à n'importe quel individu, ne serait-ce que parce qu'ils sont rarement explicités entièrement. Les institutions sont des lieux d'émergence de rôles plus que des lieux de prescription de rôles. Quand les médecins déclarent que leur rôle, c'est de faire de la santé publique, ils déroulent toute une rhétorique qui s'apparente au rôle prescrit et qui ne les identifie pas comme des acteurs à part entière, c'est à dire des individus qui agissent de leur point de vue et non à partir des seules consignes qui leur arrivent. Si le discours officiel parle de participation à une politique de santé, celui de l'acteur s'évertue à donner une conception personnelle de cette participation. Quand il est entendu que le rôle du MISP, c'est faire de la santé publique, il faut entendre également que pour un MISP, faire de la santé publique, c'est aussi prouver qu'on peut être médecin sans forcément ne faire que du soin, donc s'inventer un rôle médical.

Un autre aspect du rôle prescrit concerne la représentation de l'État, donc l'incarnation de l'acteur institutionnel ; or cette représentation de l'État recouvre un rôle qui se joue dans la symbolique, et non pas seulement dans la pratique d'un simple contrôle administratif, car les acteurs tirent en partie leur pouvoir d'une légitimation qui passe par l'aval d'une autorité supérieure, en l'occurrence celle d'une administration de l'État. Là encore, l'acteur professionnel transcende son rôle quand il en comprend le sens caché, car représenter l'État est bien porteur de sens.

En ce qui les concerne, les directeurs administratifs des services de l'État souhaitent recentrer l'activité des MISP autour du rôle d'inspection/ contrôle. La conception qui sous-tend une telle orientation de l'action administrative correspond à

¹⁵⁷ MAURICE M, 1972, « Propos sur la sociologie des professions », *Sociologie du travail*, 2, 213-225

la prise en compte du fait que les acteurs de terrain peuvent commettre des erreurs, et que le secteur de la santé, pour des raisons tant financières qu'humaines, voire médiatiques, doit être le plus à l'abri possible des erreurs. Il faut donc s'adresser aux acteurs de terrain pour leur dire la loi avant de les considérer comme des sources d'informations sur les besoins à satisfaire. Pour un responsable d'une administration, ce rôle est essentiel ; il est au fondement du monde civique : agir dans l'intérêt général, c'est d'abord apporter aux acteurs des repères juridiques pour comprendre les décisions qui sont prises ou qui sont à prendre. Pour un MISP, dire la loi, c'est donc expliquer aux usagers et aux professionnels quel est le contenu et le sens des textes qu'ils appliquent dans les problèmes qu'ils veulent régler. À l'instar de la décision judiciaire, le conseil technique qui vient en amont de la décision administrative ne cherche plus à se prévaloir de l'application de la règle, mais cherche bien au contraire à en reconstruire ou en déconstruire le sens. C'est en tout cas une posture couramment adoptée par les MISP et qui illustre la nouvelle complexité du droit.¹⁵⁸ Ce rôle présente trois caractéristiques : il est obligatoire, il est contraignant, et il est partagé, donc non spécifique du métier de médecin inspecteur.

Il apparaît donc que le rôle d'inspection/ contrôle, en référence à une réglementation qu'il faut faire appliquer n'est pas spécifique aux médecins inspecteurs de santé publique. Or les médecins refusent de se voir enfermés dans un rôle unique d'inspection parce qu'il les diluerait dans un monde indifférencié de fonctionnaires à compétence administrative générale d'une part, et d'autre part, parce que l'inspection oblige à jouer un rôle ingrat et peu valorisant qui met en scène l'inspecteur plutôt dans des situations troubles que dans des expériences stimulantes, c'est à dire des expériences dans lesquelles les MISP n'auront pas l'impression d'être enfermés dans un second rôle administratif.

Les médecins inspecteurs se défendent face aux activités qui les feraient entrer dans un rôle commun de donneur d'avis et d'exécutant de tâches administratives, dans les dossiers les plus divers qui peuvent leur être transmis (transferts de débits de boissons, homologations d'enceintes sportives...) ou dans les travaux logistiques qui accompagnent toute production d'informations comme la frappe du courrier. Ils

¹⁵⁸ Cette idée est développée dans l'ouvrage de TIMSIT G., CLAISSE A., BELLOUBET-FRIER N. (sous la direction de), *Les administrations qui changent, innovations techniques ou nouvelles logiques ?*, P.U.F., Paris (1996, p. 77).

vivent ces sollicitations ou ces charges comme des formes de dévalorisation de leur métier : le rôle du médecin serait donc bien de dire ce qui se réfère à la médecine et non de pratiquer d'autres métiers, voire de régresser dans des fonctions qui ne nécessiteraient pas une compétence médicale, d'autant que pour beaucoup de MISP, parmi les plus anciens, l'impression partagée est d'être passé d'un rôle de « conseiller du prince » (celui qu'on écoute) donc bien différencié dans l'organisation, à celui, plus commun d'exécutant à peine spécialisé (celui qu'on utilise).

J'ai pu vérifier qu'il s'est bien développé au sein du corps des médecins inspecteurs, un discours de la plainte, celui du second rôle administratif. Parce que des mêmes rôles sont parfois confiés à plusieurs acteurs, le premier souci du MISP est de comprendre en quoi le sien est différent des autres. Si le médecin doit se référer à la médecine pour se singulariser, il peut rencontrer des difficultés, s'il ne perçoit rien de médical dans son propre rôle ou en tout cas, le rôle qu'on lui fait jouer.

Finalement, la difficulté de jouer un rôle correspond d'abord à la difficulté de trouver son texte. Pour un MISP, celui-ci doit forcément se trouver dans l'opérationnalisation d'un savoir médical, que ce savoir ait trait à la médecine clinique ou à la médecine de santé publique.

Le discours de la plainte dévoile plus profondément une quête identitaire : l'objectif est d'être employé en tant que médecin, tout le reste est confusion ou frustration. Or dans la réalité des urgences administratives par exemple, le MISP est fréquemment sollicité pour intervenir, donner un avis, opérer un contrôle, mais ces urgences n'ont rien à voir avec celles du médecin soignant qualifié d'urgentiste. Dans l'administration, l'urgence recouvre l'inverse de ce type de pratique : si l'urgentiste connaît les gestes qui sauvent, l'administratif ne mobilise pas un référentiel très précis pour apprécier les réponses qui conviennent à l'urgence de ce qu'il a en charge.

La question du rôle est fondamentale dans le métier de médecin inspecteur ; elle correspond à une attente originelle : d'abord rester médecin, c'est à dire seul capable d'évoluer sur une scène où on parle médecine, une médecine qui dominerait la santé publique.

En règle générale, la majorité des MISP, au cours des entretiens que j'ai menés, finissent bien par reconstituer « leur texte » autour de la santé publique, considérée comme un champ émergent d'une spécialité médicale en voie de reconnaissance réelle, même si celle-ci doit partager le terrain avec d'autres spécialistes.

Paradoxalement, dans cette perspective, les directeurs des services administratifs eux-mêmes peuvent les y aider, car ils n'attendent pas que du conseil technique, mais un engagement de la part de leurs médecins inspecteurs. Ils attendent d'eux un rôle de soutien à leurs côtés. Il s'agit donc dans ce cas là, de leur faire jouer un rôle de première ligne. Quand un directeur dit que le rôle du médecin est de conseiller techniquement, il n'attend pas seulement qu'une caution mais aussi des explications pour comprendre. Le souci n'est plus seulement de prendre une décision, mais de savoir comment on la prend et sur quoi on la fonde. L'exercice devient stratégique, parce que le professionnalisme de l'un consolide le professionnalisme de l'autre, au sens où agir en professionnel, c'est agir en connaissance de cause, et si celle-ci a des fondements médicaux, il devient nécessaire non pas seulement d'entendre des médecins mais de s'ouvrir à la médecine. Il en va de même lorsqu'on demande à un médecin de s'ouvrir à la politique ou de comprendre les réalités administratives. Pour un directeur, le rôle du MISP est donc plus que de l'aide à la décision, c'est de la participation à la décision. Si la caution technique qu'il apporte sert en partie à légitimer la décision prise, ce n'est pas sur le plan technique que les tensions apparaissent le plus souvent, mais dans la compréhension des règles du jeu administratif. Le médecin aurait donc un rôle de décryptage de ces règles du jeu, à savoir prendre en compte l'espace politique de la santé publique, et les rapports de pouvoir entre les acteurs, médicaux et techniciens de terrain, décideurs administratifs et hommes politiques. Ne pas y parvenir, c'est ne pas réussir à jouer son rôle de passeur, du savant au politique, entre le techniquement correct et le politiquement acceptable. En extrapolant, le rôle des MISP est aussi un rôle de mise en alerte de l'administration sur les risques de réaction du corps médical devant certaines décisions. Il s'agit donc d'un rôle d'anticipation et de prévention des conflits ou tensions avec le corps médical, dans une tradition séculaire de méfiance réciproque entre les médecins et l'administration : les MISP se retrouvent alors à mi-chemin entre la profession et la fonction, entre légitimité et légalité, entre référence et appartenance.

Par rapport à la profession, les MISP ne manquent pas d'intérêt : il est rassurant pour un médecin soignant de savoir, qu'au sein de l'administration, il peut entrer en contact avec un médecin. Si cette possibilité de contact avec un médecin inspecteur entraîne écoute compréhensive, cela signifie qu'un médecin soignant qui traverse des difficultés, a la garantie que celles-ci seront décodées avec confraternité, c'est à dire un sens de l'honneur d'une profession qui ne partage pas ses devoirs et ses prérogatives avec des profanes. Quand ils parlent de médiation, les médecins inspecteurs renouent en fait avec un rôle qu'assument la plupart des médecins : retrouver un équilibre entre des parties, redonner une cohérence d'ensemble, une harmonie de développement à un système très interactif : entre l'homme, son corps et son milieu pour le médecin soignant ; entre des acteurs, leurs institutions et leur environnement pour le médecin inspecteur de santé publique.

Dans cette mise en scène de la vie professionnelle, j'ai montré à la fois la diversité des rôles joués par les médecins inspecteurs, mais aussi leur dynamique de différenciation et leur variabilité en fonction de chaque acteur et des situations rencontrées. J'ai d'abord expliqué que le rôle de chaque MISP recouvrait une dualité : la référence à un savoir et l'appartenance à une institution, mais aussi réciproquement, la référence aux valeurs de cette institution et l'appartenance à la profession médicale. Lorsqu'en matière de fonctionnement hospitalier, un médecin inspecteur déclare être une force de proposition auprès des élus locaux, des conseils d'administration, il dit qu'il est assez souvent écouté parce qu'il mobilise deux ressources : celle du représentant de l'État et une compétence professionnelle de spécialiste en planification sanitaire. Lorsqu'il se présente comme un acteur d'aide à la décision, il est une personne ressource pour l'administration qui lui donne un mandat d'inspection, et pour le prestataire de santé qu'il suit dans son fonctionnement et qu'il accompagne dans ses projets. Dans un cas comme dans l'autre, il n'est pas neutre : le MISP est un acteur engagé sur le terrain. Lorsqu'il découvre qu'il a un rôle central comme agent de changement, il a le souci de transformer le regard et les pratiques des autres (les médecins soignants notamment) mais aussi celui de la bureaucratie qui a le souci, quant à elle d'agir sur une réalité qu'elle ne connaît pas bien. La complexité de ce rôle engagé est relative à un double positionnement du médecin inspecteur : d'abord dans le cadre de l'administration sanitaire et ensuite dans le champ de la santé publique. Ce rôle n'est donc pas

seulement d'aider à la décision, mais de prouver qu'il a une consistance technique, au-delà de sa composante administrative, pour orienter la décision. Il s'agit donc d'un rôle bien impliqué et non distancié ou relégué dans une neutralité marginale. Tous les médecins inspecteurs ont un rôle engagé, impliqué dans une démarche politique, c'est à dire dans un espace où sont forcément mis en relation des points de vue contradictoires et divergents.

En résumé, j'ai exposé dans cette partie les principaux éléments de modélisation de l'exercice du métier de médecin inspecteur de santé publique, c'est à dire les indicateurs d'un ensemble de représentations défendues par les intéressés pour se différencier de la médecine soignante sans perdre leur spécificité médicale au sein de l'administration dont ils empruntent certaines valeurs mais à laquelle ils ne s'identifient pas, parce qu'ils la considèrent comme un monde de fonctionnaires administratifs qu'ils ne veulent justement pas devenir. J'ai montré comment ils défendaient leur identité de médecin de santé publique en se démarquant de la pratique soignante, techniquement plus contraignante par rapport à leur métier socialement plus ouvert sur la vie des groupes et de la population. Les MISP auraient donc un rôle de passeur à jouer, du scientifique au politique, parce que le savant et le politique s'intéressent à l'organisation sociale de leur temps, le premier en termes d'observation de la réalité sociale, et le second en termes de transformation de cette réalité. Ce rôle n'est donc pas simple parce qu'il se construit dans l'intervalle, empruntant aux deux mondes des références parfois contradictoires et qui n'assurent pas de l'efficacité. Cette incertitude, liée à l'inconfort de la position, légitime totalement une recherche de sens. Toutes les questions d'une problématique identitaire me semblent désormais réunies pour aborder la troisième partie de ma thèse : dans quelle configuration de rapports au monde qui les entoure, les MISP peuvent-ils trouver les marques de ce qui les constitue en tant que groupe professionnel spécifique ?

TROISIÈME PARTIE

LE SENS DU MÉTIER :

QUE FONT LES MISP DANS LA SOCIÉTÉ ?

Dans cette troisième partie, je vais tenter de répondre à trois questions qui constitueront chacune l'objet d'un chapitre :

1. Pourquoi les MISP rappellent-ils si souvent leur appartenance médicale tout en revendiquant une spécialité en santé publique, à la marge de cette profession ?
2. Pourquoi prétendent-ils exercer un métier plus qu'ils ne s'identifient à des administratifs, membres communs d'une administration, cherchant à dépasser une approche normative des choses et à privilégier des rapports à ce que ZARIFIAN appelle « *La consistance objective du monde, rapports sociaux et rapports interpersonnels* » (1995, p. 199) ?
3. Pourquoi sont-ils si critiques à l'égard de leur institution et si impliqués dans leur travail, soucieux de mettre en avant leur rapport à la population et leur engagement dans les politiques de santé publique ?

Je m'efforcerai de conclure en justifiant la construction d'une typologie croisée des MISP, l'une s'appuyant sur les caractéristiques des trajectoires individuelles et l'autre mettant en avant les valeurs sur lesquelles se fondent les différents rôles. Je m'inspirerai alors de la théorie de la double transaction (DUBAR 1992) : les individus trouvent un sens à leur parcours qu'ils reconstituent de façon cohérente à leurs yeux et ils mesurent l'influence d'autrui sur les choix qui ont présidé à cette cohérence. Les mécanismes de socialisation professionnelle mis à jour dans cette recherche, comme construction de formes identitaires, me serviront à ouvrir la conclusion.

CHAPITRE XI

LE RAPPORT AUX MÉDECINS ET À LA MÉDECINE.

Si l'intérêt des sociologues s'est porté principalement sur les médecins en tant que modèle professionnel dont les caractéristiques sont : appartenance à un groupe de pairs, de formation et de compétence identiques, autonomie par rapport à toute ingérence extérieure ; sur le plan individuel, autonomie du praticien revendiquée comme contre partie de risques inhérents à son métier, groupe contrôlant les modes d'exercice, la formation et l'accès à la profession¹⁵⁹ ; l'analyse s'est axée davantage sur les modalités et les formes d'intégration professionnelle (spécialisation, salariat, hiérarchie médicale...) que sur les formes de marginalisation professionnelle (médecine non soignante, bureaucratisation). L'objet de ce chapitre est de traiter autant du lien qui rattache les MISP à la profession médicale que des distances qui les séparent. Je vais donc dans un premier temps décrire les principales représentations à l'œuvre au sein du groupe professionnel sur cette question. Je présenterai dans un second temps, avec un tableau récapitulatif d'extraits significatifs d'entretiens, une typologie des MISP au regard de cette question de l'identité et du lien médical.

1) Les MISP et la profession médicale : entre distanciation et différenciation.

Le rapprochement des médecins inspecteurs au sein d'un corps de fonctionnaires de l'État les éloigne inévitablement des autres membres de leur profession. Ils ont des missions particulières qui les amènent à ne plus pouvoir en partager d'autres avec les médecins praticiens soignants. Cet éloignement est d'autant plus sensible qu'il ne concerne pas une différenciation d'activités de soins, mais un abandon de celles-ci, et qui plus est, dans le cadre d'une institution que les médecins n'affectionnent pas particulièrement. On peut lire dans le rapport PIEDNOIR, de mars 95 sur le recrutement des MISP :

¹⁵⁹ HERZLICH C., *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris, (1970, p. 158).

« Plus profondément et peu exprimé, affleure parfois le mépris de l'administration ou la honte de s'y associer et de devoir être méprisé à son tour par les chers confrères. Beaucoup disent que le métier de médecin inspecteur n'a pas d'intérêt, est trop administratif, manque singulièrement de lisibilité »

On comprend mieux, dans ces conditions, qu'au plus un segment s'éloigne des fondements d'une profession, au plus il présente des particularités de recrutement. Dans le dernier rapport sur le recrutement des MISP (B. BASSET, mars 1998) l'ouverture aux médecins généralistes semble être avancée comme voie de développement du métier en complément d'un recrutement par la spécialité « santé publique » qui apparaît insuffisante. En conséquence, lorsque les médecins inspecteurs se penchent sur la question de l'attractivité de leur métier, ils font le constat qu'au-delà de leur formation médicale, ils doivent encore prouver qu'ils sont bien des médecins, et qu'ils luttent encore pour la reconnaissance d'un métier, alors qu'un confrère qui soigne les gens n'a pas besoin de prouver qu'il est médecin. Parmi les raisons avancées, notamment dans le rapport PIEDNOIR (mars 1995), leur formation, dispensée dans une école nationale relevant d'une administration de l'État, est suspectée de recouvrir un apprentissage d'outils et méthodes administratifs, donc étrangers à la médecine. D'autre part, le glissement d'un médecin vers un emploi de l'administration peut être perçu idéologiquement comme une rupture par rapport aux principes d'indépendance et d'efficacité auxquels sont attachés les médecins. Enfin, le fait qu'un médecin puisse mener des activités de police, désignées sous le terme d'inspection, marque bien la séparation de deux mondes qui n'utilisent pas le même langage, le mot « inspection » ne figurant nulle part dans le jargon médical. On ne s'étonnera donc plus qu'un syndicat spécifique des médecins inspecteurs de santé publique se soit attelé depuis plusieurs années à la difficile tâche de défense, de reconnaissance et de promotion du rôle de médecin inspecteur, tant à l'égard des pouvoirs publics, qu'à celui de la profession médicale et des usagers/citoyens. Il est clair que ce syndicat cherche à défendre un segment de la profession autant qu'un corps de fonctionnaires. Le principal argument consiste à mettre en avant une qualification difficile à tenir : celle d'un métier qui s'éloigne d'une profession dont l'image sociale est importante, celle d'une fonction plus technique qu'un travail administratif, et celle d'un groupe professionnel particulièrement restreint.

Le travail d'un MISIP peut-il relever de la médecine ?

Ce travail est d'autant plus difficile que les médecins inspecteurs eux-mêmes sont souvent plus à l'aise pour décrire le métier d'un soignant que pour parler du leur. Ils éprouvent le besoin de défendre des pratiques qui ne sont pas celles d'un soignant, donc, tout en s'éloignant du soin, démontrer qu'ils deviennent médecins autrement, en référence à une spécialité qui n'est pas mono/disciplinaire, et dont le corpus n'est pas aussi clairement structuré que le savoir médical. On retrouve ici une question fondamentale évoquée par HUGHES (1996, p. 112) : les médecins inspecteurs de santé publique doivent persuader les autres médecins que leur travail relève effectivement de la médecine et d'une activité à plein temps rémunérée. Ces médecins reconnaissent déjà que dans la réalité ils ont beaucoup de difficultés à faire comprendre à des médecins soignants à quoi sert la DDASS où ils travaillent, par exemple, c'est à dire justifier des missions que mène l'État en lien avec la santé et l'exercice médical. A cette difficulté s'ajoute un obstacle considérable : présenter la santé publique comme le fondement d'une spécialité complémentaire à la médecine et le contrôle et l'inspection comme le fondement complémentaire de cette spécialité dans la construction du métier. L'argumentaire issu de cette apparente contradiction a été assez bien résumé lors du 1^{er} congrès national des médecins inspecteurs de la santé tenu à Lyon en 1988 :

« Le temps n'est plus de l'opulence économique où l'on pouvait soigner tous azimuts sans trop se préoccuper des coûts. La santé publique émerge aujourd'hui parce qu'il y a des problèmes de limites financières... Médecins à part entière, la démarche des médecins inspecteurs est semblable à celle de tout praticien : poser un diagnostic, définir une thérapeutique et évaluer des résultats. Simplement, cette démarche, les médecins inspecteurs l'appliquent à un groupe de population et non à des individus isolés. La santé publique est une spécialité comme une autre. » (Le quotidien du médecin, n° 4009, 3 février 1988).

Mais la séparation des missions des médecins inspecteurs de celles des médecins soignants semble induire une segmentation plus qu'une rupture professionnelle. Lorsque les médecins inspecteurs parlent de santé publique, ils défendent une spécialité médicale (même si celle-ci n'est pas le monopole des

médecins) plus qu'une fonction administrative. La spécialité autorise un champ de pratiques que leurs auteurs situent dans le champ de l'exercice médical. Ils rappellent que les médecins ont pour valeur première le secours aux individus et non celui de la société, qu'ils sont d'abord des praticiens et non des chargés d'études, que pour beaucoup, l'argent est encore un signe de réussite, et l'indépendance une valeur forte, autant de repères qui disparaissent quand ils exercent le métier de MISp. Pour un médecin inspecteur, le retour à une référence médicale s'opère par dissociation de la pratique sociale et de la pratique technique. Je veux dire par-là qu'il y a dans le métier de MISp, du social et du technique, mais qu'il faut distinguer lorsqu'on le compare au métier de soignant : les médecins inspecteurs de santé publique que j'ai interviewés aiment souligner qu'ils exercent un métier d'ouverture, ancré dans la vie des gens alors que les spécialistes soignants sont souvent enfermés dans des techniques répétitives, avec une pratique relationnelle plutôt routinière, tandis que la leur est plurielle et élargie. Quant au travail technique, il se réfère à la santé publique, moins porteuse que le curatif, de réussites ponctuelles (parfois éphémères) et moins exposée au risque d'échec thérapeutique. Pour ces raisons d'ailleurs, les médecins soignants sont parfois considérés comme des commerciaux, poussés à faire valoir leurs compétences et contraints par une rentabilité, ce que ne connaissent pas les médecins inspecteurs, de ce point de vue plus libres que leurs confrères soignants. D'autre part pour faire de la santé publique, disent les titulaires de cette spécialité, il faut dégager du temps, ce que n'a pas le médecin soignant dit « libéral ». Le changement radical d'activités ne positionne plus le médecin inspecteur comme un prescripteur, le libérant par conséquent de toutes les contraintes administratives, de contrôle et d'encadrement comptable, budgétaire et fiscal qui s'attachent à l'exercice libéral de la médecine. Un médecin n'est donc pas débarrassé de tracasseries administratives et de gestion alors que le médecin inspecteur assure des activités administratives qu'il peut éventuellement partager ou déléguer, et qui ne portent pas directement sur sa propre pratique.

L'exercice de responsabilités nouvelles.

C'est dans ce domaine des activités administratives toutefois, que les aspects critiques de la comparaison avec la situation des soignants apparaissent avec le plus de réserves, car le médecin inspecteur de santé publique se veut médecin, mais

chargé de responsabilités auxquelles la formation médicale de soignant ne le prépare pas du tout. A ce constat simple, s'ajoute pour beaucoup de titulaires, la désagréable impression d'une disproportion entre les responsabilités assumées et la rémunération perçue, qui accentue, mais cette fois négativement, les différences avec le statut des praticiens soignants, notamment en médecine de ville.

L'examen de tous ces points de comparaison dévoile assez bien l'ambivalence d'une question identitaire qui traverse tout l'exercice du métier de médecin inspecteur de santé publique : qu'est ce qui les rapproche suffisamment de la profession médicale pour être encore reconnus en tant que médecins, et qu'est ce qui les en éloigne suffisamment pour défendre leur spécialité ? Les MISP m'ont fait comprendre que ceux qui sont les plus à même de parler de médecine s'estiment le plus souvent le plus à même de parler des médecins. Autrement dit un médecin inspecteur reste un médecin parce qu'il comprend mieux que les autres les problèmes, les difficultés et les contraintes de ses confrères soignants. La force de cet argument tient au fait que les médecins inspecteurs ont conscience, plus que d'autres, de figurer dans ce champ de contraintes, et se trouvent donc d'autant plus à même d'être reconnus par leurs pairs qu'ils seront capables de substituer l'assistance et le soutien à la contrainte. Cet exercice peut être interprété comme un témoignage de solidarité professionnelle.

Je pense que sans cet effort de reconnaissance des conditions de l'exercice médical soignant, il ne peut y avoir en retour une reconnaissance de la spécialité de l'exercice du métier de MISP. Tout en s'exposant à être considérés comme des sous-médecins, parce qu'ils n'ont pas ou plus de pratique médicale, les MISP sont amenés du même coup à devoir prouver qu'en participant à l'élaboration d'une politique de santé ils investissent une place vacante que seul un médecin peut tenir. Derrière ce double jeu d'appartenance à une profession générale et de référence à une mission particulière, c'est une différence de mondes ou de « cités » (BOLTANSKI, THÉVENOT, 1991) qui se fait jour et catégorise les acteurs.

Le lien entre médecine et santé publique.

Les différences sont fortes entre médecins soignants et MISP, et les arguments ne manquent pas pour justifier des critiques réciproques. Faut-il en conclure que cet

éloignement entraîne une séparation définitivement tranchée entre les différents métiers ? En fait, quand les médecins veulent évoquer la grandeur de leur métier, ils mettent en avant des valeurs qu'ils rattachent à une profondeur de champ. La santé publique et la médecine ont ceci de commun qu'elles correspondent à une matière étendue et complexe. Les thérapeutes sont souvent débordés, et pas seulement par leurs clients, mais aussi par le volume et la complexité des connaissances médicales à actualiser ; les médecins inspecteurs sont confrontés à la réalité des constats de santé publique et pressés d'y trouver des réponses qui ne sont jamais simples. Il n'y a pas opposition entre la médecine praticienne et l'éducation pour la santé, puisque toutes deux visent à optimiser l'état de santé des gens. En santé publique comme en médecine, disent les médecins inspecteurs, un certain nombre d'activités sont des « actes codifiés et encadrés », comme les enquêtes épidémiologiques par exemple. Les rapprochements sont ainsi souvent spontanés et les comparaisons possibles, comme si tout le travail des médecins, en définitive, quelles que soient leurs fonctions, devait bien rester au sein d'une même profession.

Mais le fond de la question demeure : comment un médecin inspecteur de santé publique peut-il construire son identité professionnelle à travers le regard des médecins soignants d'une part et celui d'usagers qu'il ne soigne pas d'autre part ? Cette question est omniprésente dans la quasi-totalité des entretiens que m'ont accordés ces médecins inspecteurs, parce que leurs propos investissent en fait un champ rhétorique qui cherche son développement entre la défense de ce qu'ils font et la référence à ce qu'ils ne font pas ou qu'ils ne font plus, entre une réaffirmation de ce qu'ils sont et un appel à ce qu'ils ne sont plus.

Tout l'argumentaire identitaire professionnel est construit à l'interface de ces mondes indissociablement conflictuels. En médecine, par exemple, déclarent les tenants de la santé publique, on n'apprend pas le système de santé, donc un médecin inspecteur qui s'est formé dans ce domaine, se présente comme un spécialiste d'une vision globale des choses, à laquelle n'accéderaient pas les médecins curatifs ; et c'est parce que cette vision globale pose des questions sanitaires qu'elle fait appel à une fonction soignante que seul un médecin peut comprendre. Autrement dit, un médecin inspecteur qui se présente comme un spécialiste de la santé publique en prétendant être reconnu d'abord et avant tout comme un médecin, mène un double combat, l'un vis à vis de la profession, l'autre vis à vis de son employeur. De leur

côté, les médecins soignants, justement parce qu'ils ne comprennent pas bien cette vision globale des choses, peuvent juger les médecins inspecteurs de santé publique comme des théoriciens éloignés des réalités de la médecine de ville ou hospitalière. On le voit, les arguments ne manquent pas pour différencier les deux corps, mais il en existe également tout autant pour les rapprocher.

2) Les différentes formes d'approche de la profession médicale soignante du point de vue des MISP : quelques repères pour une typologie des MISP.

Dans le tableau qui suit, des extraits d'entretiens ont été systématiquement repris afin de comprendre les différentes formes d'approche de la profession médicale soignante du point de vue des MISP, la question étant de savoir, puisqu'ils ont été pour la plupart des médecins soignants au cours d'expériences plus ou moins longues, s'ils se sentent encore solidaires de cette profession.

En fait, l'analyse de la représentation exprimée par les MISP de leur rapport à la médecine et de leur lien avec la profession médicale m'a finalement conduit à esquisser les traits d'une typologie de ce groupe professionnel autour de trois grands profils :

Les MISP convertis à la santé publique, et convaincus que la médecine y a sa place. Dans leur rapport à la médecine et aux médecins, il est parmi les MISP une catégorie dominante qui défend à la fois la spécificité et la priorité de la notion de santé publique, justifiant du même coup leur singularité identitaire, mais en même temps la nécessité de la place et du rôle de la profession médicale dans ce champ, réconciliant ainsi groupe d'appartenance et groupe de référence.¹⁶⁰ Les MISP considèrent que la médecine doit se renouveler en intégrant son savoir et sa pratique dans une approche avant tout globale, préventive et éducative de la santé, tout en considérant que si cette discipline n'est pas le monopole des médecins, elle doit être pilotée par des médecins, le curatif retrouvant son sens dans le lien qu'il établit avec

¹⁶⁰ Cette approche a déjà fait l'objet de communications : « Placer l'amélioration de l'état de santé de la population au centre des préoccupations, s'intéresser aux résultats à atteindre, autant qu'aux moyens à mettre en œuvre, constitue, pour notre pays, une véritable révolution. Elle suppose de déplacer la santé publique, de la périphérie de la médecine où elle se trouve le plus souvent cantonnée au centre de la santé. Une telle révolution ne pourra pas se faire sans les professionnels de santé, en particulier les médecins, et encore moins contre eux. La réforme en cours les invite à participer à l'élaboration d'une politique qui doit veiller à leur donner les moyens d'intégrer dans leur pratique la santé de la collectivité au delà des soins individuels. », DEMEULEMEESTER E., LONGÉ C., « Au delà des soins, la santé », in *Échanges santé-social* N° 82, juillet 96 La documentation française (p. 25-26).

une telle approche. Ce point de vue correspond à une véritable transformation de la profession médicale et du métier de soignant. Il accentue la relativisation de l'autonomie de cette profession engagée depuis un demi-siècle et il met en évidence le besoin d'expression des usagers.¹⁶¹

Ensuite les MISP qui considèrent la médecine comme un champ de pratiques contrôlables et évaluables, et dont les imperfections doivent être impérativement corrigées compte tenu des missions qui en font sa grandeur. Les pratiques médicales ne sont à l'abri ni des erreurs ni des errements, et la responsabilité médicale a, en ce sens, pris une dimension nouvelle. Ce qui donc relève du pouvoir judiciaire pourrait bien, en amont impliquer un regard plus vigilant de la part des médecins eux-mêmes, au risque de perdre leur légitimité.¹⁶² Ces médecins inspecteurs sont à la fois les gardiens de la qualité, les garants de la qualification des professionnels de santé, et les défenseurs des droits et des besoins en matière de santé.

Enfin les MISP qui restent attachés à la défense de la médecine, en tant que discipline et groupe professionnel autonome, hors du commun, qui possède un sens de l'honneur élevé, qui remplit une mission noble et qui exerce un métier difficile, exigeant, à risques, et qui a besoin d'être reconnu, soutenu, notamment face aux nombreux acteurs institutionnels qui gravitent dans l'espace politique de la santé, qui a aussi besoin d'élargir son activité soignante pour mieux défendre sa mission. S'intéresser à la prévention n'altère en rien le pouvoir médical, bien au contraire, celle-ci le complète puisqu'elle étend le champ d'intervention de la médecine au champ social.¹⁶³ Ces MISP pensent que les médecins ont besoin d'être encadrés certes, mais surtout aidés et qu'ils sont eux-mêmes les plus légitimés à le faire.

¹⁶¹ KELLER a bien synthétisé toute cette évolution : « Le médecin était naguère un notable, souvent un nanti. C'était le plus souvent un généraliste qui exerçait son métier comme un professionnel libéral à part entière, fixait librement ou presque ses honoraires, ignorait les contraintes de l'économie, les tracés de la justice et bénéficiait du respect quasi unanime d'une population largement ignorante à l'époque des questions de santé. Il est devenu aujourd'hui, aux yeux de beaucoup, un simple technicien de la santé, soumis aux impératifs de l'économie, à la réglementation de l'assurance maladie, aux pressions des consommateurs de plus en plus avisés. Protégé jadis par un savoir qu'il ne partageait guère, il doit aujourd'hui rendre des comptes à tous. », KELLER B., « Médecins libéraux, ces craintes qui alimentent le malaise », in *Actualité et dossier en santé publique N° 32*, Les médecins aujourd'hui en France, septembre 2000, La documentation française.

¹⁶² Sur ce point DECROIX ajoute : « Il n'est pas acquis que la médecine défensive qui s'est progressivement développée aille dans le sens de la prévention du risque pour le patient comme cela devrait être, et nous pouvons craindre qu'elle s'oriente plutôt vers un protectionnisme excessif des médecins contre leurs patients, qui risque fort de générer une certaine méfiance à l'égard des progrès réalisés chaque année, ce qui serait fort préjudiciable aux malades. », DECROIX G., Droit et médecins, in *Actualité et dossier en santé publique N° 32*, Les médecins aujourd'hui en France, septembre 2000, La documentation française.

¹⁶³ C'est en tout cas ce qu'affirment ROBIN F. et N. : « En passant d'une vocation curative à une vocation préventive simultanée, l'intervention médicale a de grandes chances de renforcer le pouvoir du corps médical et des professions à qui est déléguée une parcelle d'autorité pourvu qu'il en soit fait bon usage. Que l'on y prenne garde, le rôle du corps médical dans la prévention est encore plus normatif que son rôle curatif. Il implique, compte tenu de l'audience sans précédent que lui assurent les médias, une médicalisation toujours plus avancée de la vie quotidienne. », ROBIN F. et N., *Le pouvoir médical*, Stock, Paris (1976, p. 155).

Tableau : le rapport à la médecine et aux médecins

Réf. des entretiens	Extraits significatifs d'entretiens
1-F-31	<p>A l'hôpital J. rares sont les gens que je ne connais pas. J. je connais très bien parce que j'ai fait beaucoup de pédiatrie, parce que j'ai beaucoup d'amis gynéco-obstétriciens, parce que j'étais toujours motivée pour ces filières, donc je peux dire que je connais bien. Je les rencontre partout ; j'ai plein d'amis là dedans, mais des amis où je ne suis pas en difficulté de prendre des choix qui ne sont pas forcément comme eux.</p>
2-F-35	<p>Pourquoi nous demander de venir donner un avis par exemple, à une commission où il y a déjà un médecin ; nous ne sommes pas experts pour telle discipline. On demande au médecin inspecteur parce que l'État doit avoir son mot à dire, parce qu'on n'est pas d'accord avec le médecin expert qui est dans la commission, et puis on ne veut pas demander au président de la commission de bien vouloir revoir la décision. En fait, on est toujours là, on a le sentiment que bien souvent on nous sollicite pour être une justification une caution. Avec les immigrés sans papiers, qu'est ce qui se passe ? Et bien, la préfecture, parce qu'il y a là un monsieur qui a certainement le souci des gens, quand il voit un immigré qui va être expulsé, il se demande toujours s'il n'y a pas un dossier médical, alors qu'est ce qu'on fait du dossier médical ? On a un médecin qui établit un avis, et comme on n'est pas sûr, on l'envoie au médecin inspecteur pour qu'il fasse des contre-expertises de ce qu'a fait le médecin. Autre exemple : on va faire une fermeture de maison de retraite, c'est une fermeture administrative, que va faire le médecin inspecteur ? sinon tenir la main de l'administratif, parce que c'est très ingrat ça, je le reconnais, mais en tant que médecin de santé publique, je n'apporte rien. On a constaté, puisqu'on doit faire la fermeture, le constat a été fait, donc l'insuffisance a été constatée ; si la personne âgée, en l'occurrence fait un malaise pendant le transport, je n'ai que des petites mains pour la ranimer, je ne suis pas suffisante ; par contre, si on creuse un peu le problème, on ne peut pas faire venir un médecin de ville, parce qu'on n'a pas les moyens pour le payer, on n'est pas dans une situation sécuritaire.</p>
3-F-34	<p>Je connais mes interlocuteurs, ce sont tous des gens corrects, et même des gens bien, qui ont la notion de service public, qui font leur boulot de médecin, parce qu'ils aiment bien être médecins, qui font la médecine qu'il faut, qui ont des relations correctes avec les gens. Moi, je suis là en superviseur ; mais ils peuvent faire tout seul ; par contre, ils savent, qu'en cas de conflit, dès lors qu'ils m'ont déjà appelée une fois, dans ce cas là, je viens, je règle, et puis chacun rentre chez soi. Alors, est ce qu'à terme, il y aura encore des médecins inspecteurs ? Tant que le monde médical sera basé sur les médecins, oui.</p>
4-H-43	<p>C'est là aussi où j'ai assisté à des CME délirantes, avec des gens complètement irrationnels, des médecins, ça ne me surprenait pas, des gars qui insultaient la présidente de CME, parce qu'elle essayait de voir un peu les choses. Ils se positionnaient en</p>

	défenseurs des intérêts de l'hôpital. On avait vraiment des gens qui se cristallisaient sur des positions, très fortement, avec les vieilles oppositions entre les praticiens de l'hôpital et les praticiens privés ; c'était dingue, mais c'était rigolo à regarder.
6-F-38	Le médecin, justement, parce qu'il a été formé de façon très individuelle, il est dans son service. Le service qui est juste à côté, il y a juste une porte battante qui le sépare, il s'en moque ; il ne sait pas ce qui s'y passe. Il va parfois traverser la porte, parce qu'il a un patient qui est allé de l'autre côté, et ce patient, il est à la fois diabétique, et s'est cassé la jambe ; donc, il va aller modifier son traitement pour le diabète dans le service traumatologie, parce qu'il y est, mais il se moque éperdument de l'organisation du service d'à côté, et là, c'est pas normal. Je pense que c'est dans notre formation initiale que ça dysfonctionne... On critique beaucoup les médecins aujourd'hui, par rapport à il y a 30 ou 50 ans, mais dans le cabinet médical, il se passe quand même des choses extraordinaires. Les gens viennent y déposer toute leur souffrance, physique et psychologique, psychique, avec d'énormes échecs, mais aussi d'énormes satisfactions. La souffrance humaine, quand on peut l'amender, c'est fantastique. Quelqu'un qui a mal au dos, qui ne pense qu'à ça, si au bout de 8 jours, il est sur pieds, il va l'oublier, mais les premières heures où il ne souffre plus, c'est fantastique. Une personne qui rentre dans un cabinet médical avec le moral à zéro, parce que son conjoint ne va pas bien, même si c'est pour une heure, mais que par votre simple écoute, vous lui permettez de repartir plus confiant et avec plus d'espoir, oui, c'est un métier fantastique, mais c'est la solitude du coureur de fond ; le métier que j'exerce, là, maintenant, je peux en parler, pour eux, c'est difficile.
7-H-45	Quand j'ai terminé mes études, je me destinais à la médecine générale, puisque j'aimais bien finalement cet aspect de la médecine, de contact humain, mais seulement, je voulais un complément, puisque j'étais sensibilisé par le côté mesures préventives.
8-F-34	On doit toujours être au fait des techniques médicales, d'ailleurs on est vite dépassé. Il n'y a pas très longtemps, on a dû réfléchir sur les angiographes numérisés, en cardiologie. J'avoue que pour moi, c'est du chinois. On a dû se remettre dedans ; je suis allée voir un ingénieur biomédical ; on a vu ensemble ce qu'était un angiographe ; on a cherché à comprendre pourquoi tel hôpital voulait plutôt tel angiographe que tel autre ; on a eu une réflexion coût/efficacité. C'est intéressant quand même. Ce que j'aime bien dans ce qu'on fait, c'est qu'on ne traite plus de manière individuelle, et ça, à un moment donné, un médecin inspecteur doit en faire le deuil. On fait le deuil de la prescription, mais on a une vision au-delà des choses. On a une vision politique de santé. On n'est plus obligé de voir la personne, mais de voir le groupe. Est-ce que c'est utile de faire de la prévention du cancer du sein ? Au regard de la population, c'est plus utile de faire telle ou telle chose ? Je trouve que c'est passionnant.
9-H-59	Le médecin inspecteur, étant toujours médecin, apparaît dans le jeu institutionnel, et dans le jeu partenarial, comme un concurrent un peu déloyal, dans ce sens qu'il a une compétence non partagée, et il appartient à l'administration, et je crois qu'il revendique

	<p>aussi une place dans l'administration, au même rang que d'autres. Et l'une des difficultés, à mon avis essentielle, c'est celle qui émerge d'une relation professionnelle quotidienne entre des administratifs d'une part, et les techniciens que nous sommes d'autre part. Je pense que ce jeu de rôles est forcément difficile et qu'il a besoin d'être constamment clarifié et reconstruit au fur et à mesure de l'exercice professionnel.</p>
10-F-42	<p>Il me faut une reconnaissance quand même ; je n'ai pas fait le CES de santé publique, parce que, à l'époque, il n'existait pas, et puis, je sais pas si je l'aurais fait, parce que, à l'époque, j'étais pas encore bien au niveau là-dessus, et donc, j'ai rattrapé. J'ai eu, au mois de février ma spécialisation santé publique, donc, maintenant, je suis inscrite à l'Ordre comme spécialiste en santé publique, ce qui est pour moi encore bien plus important que d'avoir un statut stable.</p>
11-H-62	<p>On est en train de se battre pour un corps interministériel, à l'éducation nationale pour des responsables en promotion de la santé, au travail pour les inspecteurs du travail, les gens qui organisent, qui planifient, les collectivités territoriales pour les médecins de PMI, alors les médecins contrôleurs, mais pas les professionnels qui font de l'individuel, c'est pas qu'on ait du mépris, c'est pas ça, mais c'est un métier, la santé publique, c'est comme les métiers individuels, et on passe difficilement de l'un à l'autre ; il faut être formé.</p>
12-F-42	<p>Je rentrais de Rennes, donc, forcément, avec une vision un petit peu décalée par rapport à la santé publique, mais déjà, dans l'immédiat, je trouvais qu'on en parlait différemment ; j'entendais le discours de mes collègues ; j'ai pas mal d'amis qui sont médecins installés, et qui, avant, n'évoquaient pas tout ça ; leurs discours sur leurs pratiques professionnelles étaient centrés sur leur clientèle de cabinet, alors qu'après, la politique de santé qui se mettait en place, avait investi leur pratique professionnelle .</p>
13-H-38	<p>La médecine généraliste, c'est en fait une stratégie commerciale, idée que je garde toujours. Il faut bien se vendre. Certes il faut avoir des compétences, certes il faut respecter les principes moraux et déontologiques essentiels, et on peut penser que c'est partagé par beaucoup, mais si on n'est pas un bon commercial, on se plante. Je sentais bien qu'à la longue, bien que j'aie remplacé dans différents milieux, quartiers difficiles, semi-rural, semi-urbain, je me rendais bien compte à la longue que je ne tiendrais pas cette position.</p>
14-F-41	<p>Finalement, en médecine libérale, c'est critique, mais moi, c'est un truc qui m'insatisfait complètement. On prescrit des médicaments, on aide les gens, on leur dit de faire avec leur handicap ; ils nous écoutent plus ou moins, parce que, de toute façon, en général, c'est quand même la prescription qui est la potion magique ; passer à l'étape « je me prends en charge, je fais des efforts », généralement, moi, je trouve qu'il y a beaucoup de personnes qui pourraient bénéficier d'une psychothérapie, et qu'il n'y a pas besoin de mettre des médicaments, des tranquillisants, qui coûtent cher, qui bouffent la santé. Et bien, cette étape là, les gens ne la font pas ; donc, on reste là, et moi, je ne peux pas obliger les gens à le faire. Donc, ça devient insatisfaisant ; et puis, il y a une société qui a</p>

	<p>un mode de fonctionnement, notre société occidentale, où on demande aux gens d'être performant, avec, finalement, des problèmes de chômage, depuis pas mal d'années ; on ne propose pas forcément de place à tout le monde dans notre société. Avec ça, il y a des tas de choses, des pathologies induites par la société, par le milieu familial, par peut-être aussi les dispositions de chacun, les faiblesses de chacun ; et puis, en tant que médecin, et en médecine libérale, on est à la croisée de tout ça.</p>
15-F-47	<p>Il faut aller continuellement vers les gens, se faire connaître, se faire un peu de la publicité pour qu'on pense à vous. Je pense aux hospitaliers, et même aux libéraux. Quand un hospitalier a un problème d'organisation dans son service, il prend le téléphone, il appelle le médecin inspecteur, il sait qui c'est. Si un hospitalier a un problème pour monter un protocole d'étude, il ne va appeler personne, souvent en pensant qu'il n'a pas de problème d'ailleurs, ou bien il va appeler le département de santé publique du CHU, ou il ne sait pas. Donc, c'est en me faisant connaître, et grâce à M. qui m'emmène dans un certain nombre de réunions, il me présente, les gens disent : bon, voilà, on voudrait faire un protocole sur la détection de l'hépatite C chez les toxicomanes, est ce que je pourrais faire le protocole avec vous ? Ça, c'est très bien.</p>
16-F-32	<p>Mon mari, j'ai dû lui expliquer trois, quatre fois à quoi servait la DDASS. Pourtant, il est cardiologue, il doit quand même savoir ; il ne connaissait pas du tout le rôle d'un médecin de santé publique. Je lui ai encore expliqué, parce que je crois qu'il n'a pas encore bien compris. Et c'est pareil : toutes mes collègues qui sont médecins généralistes ne comprennent pas vraiment à quoi sert la DDASS, ce que fait la DDASS. Je ne sais pas ce qu'il faut faire, mais je trouve qu'il y a quand même un problème là. On ne connaît pas son rôle en matière de veille sanitaire, c'est pourtant quand même un rôle intéressant et primordial ; elle est vécue comme application des lois, contrôle sur le terrain, mais bon, ça va changer, j'espère.</p>
17-F-45	<p>Ce que j'aime dans la santé publique, c'est qu'il y a une réflexion, tout en revendiquant ma spécificité, ma technicité médicale. Je suis à l'aise dans le fait de donner un avis qui n'est qu'un avis, ça ne me gêne pas, parce qu'on a le même problème lorsqu'en médecine de ville, on a en face de soi une femme qui a 30 ans et qui a un cancer du sein, à qui l'on doit dire : vous allez devoir avoir une ablation totale du sein, vous allez avoir une chimiothérapie, vous allez perdre vos cheveux. On y met toute sa force de conviction, parce qu'on pense que c'est la seule forme de guérison, on ne lui cache pas, et si elle ne fait pas ça, et bien, dans 5 ans, elle n'est plus là. Et en même temps, je veux dire, avec beaucoup d'humanisme. Personne, aucun médecin n'a jamais attaché les menottes à quelqu'un, ni mis de camisole de force sur un lit de salle d'opérations. Donc, je pense qu'il faut croire en des choses, et avec l'avis des partenaires extérieurs, car il n'est pas question d'avoir un avis individuel, je pense qu'il faut réfléchir sur des choses. Je pense qu'on a un devoir, de par notre profession, de dire les choses telles qu'elles sont, et dans les avis, d'y mettre, si on y croit, toute la force de conviction. Et puis après,</p>

	<p>si ça n'est pas suivi... c'est vrai que j'aurais eu du mal d'entrer dans ce type de fonctionnement, d'être fonctionnaire –parce que je ne suis pas du tout fonctionnaire- je le pensais à la sortie de mes études, alors que maintenant, ça ne me gêne pas, je ne suis pas non plus quelqu'un de pouvoir, je mets mon savoir au service de... ; et voilà.</p>
18-F-72	<p>Il me semble que la santé publique, c'est une philosophie, mais qu'elle doit toujours être adaptée, elle doit évoluer. Ça justifie la présence d'un corps de métier particulier parce que je ne pense pas qu'en l'état actuel des choses, le médecin, avec son diplôme, soit capable de réfléchir à tout ça. Il faut choisir : ou on va vers la thérapeutique et on soigne—ce qui n'empêche pas qu'ils peuvent s'ouvrir à autre chose- mais ils sont quand même débordés, et puis, si on n'a pas de client, on ne peut pas philosopher, ce n'est pas possible. Donc, je trouve que c'est bien qu'il y ait à côté un corps de médecins, mais pas trop rigide, quelque chose de très souple, ouvert, de façon à ce qu'on puisse développer à côté de la médecine praticienne des choses qui facilitent l'existence, qui permettent aux gens de mieux prendre leur santé en compte. Ce n'est pas à coups de sécurité sociale qu'on fera tout, ça n'est pas vrai.</p>
19-F-30	<p>Moi, je leur dis : je suis médecin, je ne viens pas pour le budget ; on a tendance à me demander des sous. Ils disent qu'ils sont contents, parce que je leur explique ma démarche, pourquoi je viens voir les centres. Ils sont contents, parce que c'est vrai que c'est plus facile après, quand ils ont un problème, de m'appeler, ils savent qui joindre, parce que la DDASS, avec un numéro de téléphone, c'est anonyme.</p>
20-H-46	<p>Aujourd'hui, il y a assez d'individus médicaux pour faire de la médecine de soins, c'est bien l'un des problèmes. Finalement, l'organisation du système, sans être confiée aux médecins –c'est pas ce que je réclame- gagnerait à être raisonnée par les médecins ; on pourrait avoir des raisonnements épidémiologiques bien supérieurs, mais ce serait valable aussi sur la gestion du système de santé, et pour dégager des opportunités.</p>
21-F-52	<p>Quand j'ai fait la transition, j'ai fait le passage de l'hôpital au bureau, j'ai cru que je le vivrais très mal, de ne plus m'occuper d'enfants, de familles, j'ai cru que ça serait un vrai deuil à faire, parce qu'en fait, j'aimais bien. Donc, j'ai voulu me garder, c'était possible à l'époque, une activité clinique. Pendant trois ans, j'ai occupé une vacation de PMI.</p>
22-F-50	<p>Quand j'ai quitté la santé scolaire, les médecins me percevaient comme des gens faisant le contrôle. Je n'allais plus avoir de pratique médicale au sens clinique, et donc j'étais mise à l'écart. Moi, je ne me sentais pas à l'écart du corps des médecins en général, mais j'étais dans les contrôleurs, les inspecteurs ; on disait médecin inspecteur de la santé, à l'époque... Plus tard, je me suis occupée de l'internat. j'avais bien compris que ça faisait chier tout le monde. Je n'ai pas dit non. Avec F. quand je suis arrivée, on a dépatouillé tout ça à nous deux, et quand j'ai vu à la première répartition, que juste après, il n'y avait que des dossiers de doléances, j'ai dit : il y a un truc qui ne va pas, et j'ai repris tout le travail de communication avec les chefs de services. Un jour, il y avait le secrétariat de l'internat qui était complètement paniqué parce que le professeur D. faisait sa crise au</p>

	<p>téléphone, qu'il n'y avait pas ci, qu'il n'y avait pas là, que c'était inadmissible, et tout ça. J'ai dit : écoutez, D. vous me le passez, moi j'ai fait mes études avec lui, et ça a été tout simple, je suis allée le voir, et les deux profs de neurologie, j'ai passé une demi-journée avec les deux, à leur expliquer la réglementation de l'internat, et puis, plus rien. Alors, c'est vrai que ce n'est pas facile à objectiver.</p>
23-F-52	<p>Pour faire de la gestion de personnes et du conseil technique dans une administration de la santé, il faut être médecin, parce que, par exemple, sur un problème de santé, il faut avoir toute cette notion de santé publique. Prenons le cas de méningite, le chef de clinique ne va pas répondre, on ne vous donnera pas l'information, si vous n'êtes pas médecin. Et qu'attend-on de moi ? On attend de moi la confirmation du diagnostic. Prenons un exemple, il y a deux jours, la tuberculose chez une adolescente ; je suis obligée en tant que médecin d'appeler le responsable de l'hôpital, puisqu'elle est toujours hospitalisée, et dire : est-ce qu'il y a réellement une contagion pour l'ensemble de la classe ? Est-ce qu'on met une prévention pour la classe ou on étend à tout le lycée ? Ce qui, financièrement, est différent. On essaie de voir le risque pour la population scolarisée, parce que ma position, c'est : est-ce que je travaille pour une classe, c'est le risque par rapport à la santé des élèves, c'est bien ma position de médecin.</p>
24-F-36	<p>Je ne regrette pas de ne pas avoir passé le concours de médecin inspecteur. Je suis contente, là ; bon, il y a plein de choses, mais je trouve que c'est un bon équilibre par rapport à ce que j'ai fait avant, cette espèce de balance justement entre la clinique et puis, le reste, les actions préventives, les relations avec les autres ; je trouve que c'est intéressant, ; je ne regrette pas, le fait de pouvoir prescrire, ça ne me manque pas du tout, Je me rends compte qu'il y a d'autres formes de médecine, un autre métier peut-être, aussi intéressant, mais qu'au départ on ne connaît pas du tout ; d'ailleurs le médecin inspecteur de santé publique, honnêtement, moi, avant d'entrer en DDASS, je ne savais même pas que ça existait, Dans mes études, peut être en ont-ils parlé, mais, ça n'a rien dû me dire, et puis après, je n'ai jamais cherché ; c'est un peu dommage de ne pas connaître tous ces champs là, plus tôt,. On pourrait s'orienter différemment peut-être.</p>
25-F-57	<p>A la DDASS de M. j'ai eu de très bons contacts, avec les inspecteurs et tout le monde, excellents contacts –il faut dire que j'ai gardé une carte maîtresse, c'est que j'ai continué à soigner, alors, c'est peut-être pas juste, mais c'était utile, enfin, pas logique, mais ça rendait service, parce que vous savez qu'il n'y a toujours pas de médecine du travail à l'intérieur des établissements, médecine du travail, ou médecine tout court – alors, les filles préféreraient venir me voir, plutôt que de passer une demi-journée chez le médecin ; j'essaie d'être honnête, mais je dis que ça a certainement contribué au fait que je me suis très bien intégrée, et actuellement, je pense encore médecin, et ça fait bientôt deux ans que je suis ici.</p>

26-F-65	<p>Il faut que vous ayez fait un geste curatif pour pouvoir avoir la confiance de la population, donc, un centre de médecine préventive, c'est ridicule, par rapport à la psychologie. Ça ne l'est plus parce que dans notre PMI, on passait notre temps à soigner les malades, et on avait un temps minimum pour les vaccinations, la prévention, l'éducation nutritionnelle etc..., mais on s'était arrangé comme ça, parce qu'autrement, c'est pas la peine ; si vous ne soignez pas les gens, c'est pas la peine de leur proposer et puis, c'est pas le jour où ils ont la rougeole, ils sont sensibles au problème qu'ils ont actuellement ; à ce moment là, ça fera école pour le suivant, le voisinage, pour... mais on ne peut pas leur parler de l'air du temps quand ils ont un problème majeur.</p>
27-F-46	<p>Il me semble que le boulot de médecin, de soigner les gens...j'ai constamment à prouver à moi-même que ce que je fais ici, dans cette administration, est en valeur ajoutée, que c'est quand même supérieur à celle que j'aurais si je continuais à taper sur le dos de mes dirigeants. Il me semble que c'est une espèce d'étalon, parce que vraiment, si ce que je fais là ne sert à rien, je peux aller faire des vacances ailleurs, au moins m'occuper des gens, faire n'importe quoi, même si je ne suis pas un très bon docteur.</p>
28-F-73	<p>Un jour, le préfet m'a rappelée et m'a dit : vous êtes fonctionnaire avant d'être médecin ! Alors, je lui ai dit : non, monsieur le Préfet ! Il a bien compris, et dans l'ensemble, je me suis toujours fort bien entendue avec les préfets, peut-être mieux qu'avec les directeurs de DDASS et de DRASS.</p>
29-F-35	<p>Ça n'est pas évident pour moi de faire le choix d'une médecine non curative ; Aujourd'hui j'aime bien toujours me tenir au courant, ne serait-ce que parce que j'ai des enfants, donc, j'aime bien savoir le dernier traitement, me maintenir au courant, je pense que c'est primordial... je n'ai pas encore fait le deuil de la médecine de soins ; je continue à faire des ordonnances pour mes parents, pour... tout en me disant que ça commence à... on perd assez vite, donc, ça reste vraiment quelque chose de... mais je trouve que j'ai fait des études avec tout ça... qui m'ont donné des possibilités de connaître pas mal de choses, et j'ai pas envie de faire le deuil de ça complètement.</p>
30-F-37	<p>Par contre, on va venir, à mon avis, c'est très ambivalent, on va nous demander d'intervenir quand il faut, là c'est une maison de retraite, parce que là, il y a danger pour la santé des personnes, on nous demande de mettre notre casquette médecine, et à mon avis, c'est très grave, parce que ce jour là, t'y vas pas en tant que médecin soignant, ou alors, on te donne les moyens pour le faire, un tensiomètre, ce côté là ponctuel, on nous le demande de plus en plus, le côté médical, injonctions thérapeutiques, sur des avis médicaux, mais, c'est du travail de soin, c'est une tendance d'ailleurs générale quelque fois parce que par exemple avec les étrangers, je me suis retrouvée avec les « sans papiers » on te demande des dispenses de soins des trucs comme ça. Nous d'une part</p>

	<p>d'un point de vue déontologique ça nous ennuie beaucoup et en plus, sur ce dossier, on estime qu'on est absolument pas compétent pour juger. Et il y a vraiment cette tendance à donner des dossiers avec des demandes d'avis médicaux et individualisés avec à mon avis aussi des risques pour nous parce que si ça se passe mal après c'est sur le côté médical qu'on va nous reprocher des choses.</p>
31-F-32	<p>Quand je suis venue, on m'a proposé un contrat au bout de 6 mois, moi, je débarquais. C'est vrai quand on est médecin, toute la dimension administrative, ce qu'on a le droit, ce qu'on n'a pas le droit, les heures supplémentaires, les tranches horaires, quand on est médecin, ça passe au-dessus, parce qu'on a toujours été habitué à travailler à l'hôpital, à être disponible, à pouvoir être appelé n'importe quand, à ne pas compter ses heures. Alors, on débarque là, il y a la hiérarchie à respecter, qui est très pesante à la DDASS.</p>
32-H-47	<p>J'ai fait de la recherche biomédicale, le problème était : quel poste je vais bien pouvoir obtenir. Manifestement, le problème, c'était pas la recherche, c'est la carrière, du moins dans le milieu hospitalo-universitaire. Je n'y ai trouvé aucune vue d'ensemble, chez les profs qui étaient là, aucune volonté de former les gens, mais de les utiliser au contraire, pour des choses très segmentées. Et puis, je me suis retrouvé en stage interné en pneumologie. J'ai fait un CES de pneumologie chez V. Je crois que c'est lui qui m'a un peu ouvert un certain nombre de champs. Je pense que grâce à son ouverture d'esprit, j'ai rapidement pu, dans son service, avoir une triple activité, l'activité clinique, une activité de recherche, et une troisième activité de santé publique. La santé publique, c'était une ouverture beaucoup plus large. On commençait à se préoccuper de pollution, d'environnement, de tout ce qui est social, en particulier en matière de tuberculose.</p>
33-H-37	<p>Sur le terrain de l'éducation du patient, j'ai de la stratégie de long terme ; on se retrouve en petite équipe, un réseau plus étendu, des échanges avec des gens qui m'apportent, m'enrichissent, des universitaires, des gens d'un peu partout. On retrouve la diversité, le thème du projet, et aussi cette envie de réformer quelque part, cette envie d'être actif, de régler quelque chose qui, à la limite, est entre l'éthique et l'insatisfaction, des trucs personnels, quoi ; c'est de dire : à l'hôpital, on ne doit pas traiter, au sens fort de «traiter » les gens, on ne doit pas continuer à traiter les gens comme on les traite maintenant. C'est un peu grandiloquent, mais je l'ai vécu comme ça, parce que moi-même, je me suis fait « traiter » en tant qu'apprenant, et même en tant que patient, puisque j'ai été patient, et médecin inspecteur. Mais je me suis fait traiter, je veux dire, en tant qu'externe, au plus près de la logique de soins, dans un système un peu écrasant, et où j'ai vu des patients écrasés. C'est peut-être un peu romantique comme vision, mais je crois que je vais prendre une certaine distance par rapport à ça. Voilà, c'est cette envie, en même temps assez politique, je dirais humaniste. Je pense que la santé, c'est la participation à la vie sociale, et je ne vois pas pourquoi, parce qu'on est malade, on n'est plus un citoyen, d'où le projet d'éducation du patient. Moi, j'essaie de lui donner un tour stratégique aussi, et je sais que c'est un projet qui est en contradiction flagrante avec la culture hospitalière dominante. C'est vrai que ça m'intéresse de travailler dans ces marges là .</p>

34-F-41	<p>Je crois qu'un médecin doit voir des malades. Le RMI, ce n'était pas mon métier, ça ne me convenait pas. Mais je pense qu'il faut certainement être médecin pour voir certaines choses ; il y a des analyses à faire ; je pense qu'il faut une formation de médecin, il faut avoir l'œil médecin, la sensibilité médicale, mais ça ne me convenait pas. Pour moi, un médecin doit être utile à rétablir la bonne santé des gens ; il doit être utile aux personnes qu'il rencontre, oui, c'est ça, restaurer une bonne santé, c'est plus qu'une mesure administrative .</p>
35-H-48	<p>Ce qui joue aussi, c'est que, à un moment donné, on a eu des doutes sur la pertinence. Au début que j'ai fait cette profession, intéressé par le métier, et après j'ai eu des doutes, parce que, notamment, c'était très mal rémunéré. Et de ce fait, avec une famille, je trouvais ça tout à fait inéquitable, d'investir autant, d'avoir des responsabilités, tout en étant rémunéré de manière pas du tout équitable par rapport à d'autres médecins, sans parler des médecins libéraux, mais au moins des médecins hospitaliers.</p>
36-F-52	<p>A cette époque là, quand je travaillais en milieu hospitalier, j'étais confrontée aux séquelles de certaines pathologies, on condamnait les gens à avoir des séquelles, c'est vraiment ce que je ne supportais pas, je me trouvais complètement en échec. En santé publique, je m'occupe des méningites, je m'occupe de tout ça, avant, pour éviter. Je trouve que ça donne cette dimension supplémentaire du collectif et de l'observation sur un groupe, qui permet d'anticiper pour des individus. Voilà pourquoi l'hôpital était pour moi cette confrontation à l'échec. Et c'est très clair que mon choix, je fais de la pédiatrie sociale et de la santé publique, parce que je me sens plus impuissante à l'hôpital qu'en santé publique. Je trouve que j'ai des armes de plus en santé publique par rapport au curatif ; le curatif est plus limité. Donc j'ai progressivement diminué ma part hospitalière pour augmenter ma part PMI, tout en gardant une ou deux vacations à l'hôpital.</p>
38-H-60	<p>On est médecin de formation, mais après, on n'est plus médecin quand on est dans la santé publique, on est sous-médecin ou pas médecin, des gestionnaires de santé publique, moi je m'appelais comme ça, on peut l'appeler comme on veut, des animateurs de santé, de la politique de santé et du social ; bien sûr, je mets tout ça ensemble. Mais je n'étais plus médecin. Par contre, c'est sûr que d'être médecin de formation, ça permet de percevoir certaines choses ; je crois que c'est ça l'intérêt, mais après il faut qu'on soit fondu dans une approche commune. On n'est plus médecin en tant que médecin traitant. Mais pour moi, le médecin, qu'est ce que c'est ? Ce que ça devrait être pour moi, quelqu'un qui s'occupe de la personne dans sa globalité, et pas uniquement qui s'occupe de soigner et de donner des médicaments. C'est pour ça que je pense que la formation de base médicale est utile en santé publique.</p>
39-F-37	<p>Je savais déjà que je voulais, pour des raisons d'horaires surtout, puisque je venais d'avoir mon bébé, plutôt m'orienter vers quelque chose avec des horaires. Je ne voulais pas m'installer. je venais d'entrer dans la profession, et m'installer, non, puisque j'avais envie d'avoir une vie de famille. Pour moi, c'était incompatible, le fait d'être médecin</p>

	avec un cabinet, je trouvais que ça faisait difficile, c'est une charge trop lourde pour moi... Mes motivations, c'était aussi financier, parce que je voulais assurer un salaire régulier.
40-F-39	Tout ce qui est travail en termes de promotion de la santé, auprès des financeurs, la promotion de la santé, c'est une discipline qui n'est pas si ancienne que ça, et pour faire reconnaître que, effectivement, à travers la promotion de la santé, il y a plein de choses à faire, et que peut-être qu'à terme on peut faire des économies sur tout le curatif, il faut y aller, il faut monter au créneau, il faut réussir à décider les financeurs, à leur faire admettre qu'au niveau évaluation, c'est pas forcément évident, que le travail, c'est un travail de longue haleine, et qu'on n'a pas forcément des résultats du jour au lendemain, comme lorsque l'on traite une bonne angine ou une bonne bronchite, que dans les dix jours, on n'a pas forcément des résultats, et ça, il faut aller le démontrer, il faut payer de sa personne.
42-H-44	Je me suis retrouvé en Afrique dans des conditions totalement différentes dans l'exercice de mon métier. Je me suis aperçu très vite que j'ai rencontré des limites après une pratique hospitalière et de soins individuels qui était pourtant acharnée ; j'ai rencontré les limites de l'activité...C'est là que j'ai un petit peu découvert ce qu'était la santé publique. Je me suis dit : mon action en tant que médecin a une efficacité tout à fait relative. Elle ne peut prendre véritablement son efficacité que si je l'insère dans la société et dans l'économie réelle du pays. Je n'avais pas les outils qu'il fallait pour faire les diagnostics, tels que je les avais appris...Alors je suis rentré au bout de deux ans en France, avec cette expérience qui m'a beaucoup marqué, parce qu'en plus, je dirais, c'est une expérience complète : on pratiquait, on faisait de la santé publique, mais aussi on faisait de la recherche, on travaillait avec les gens. Cette diversification était inhabituelle dans sa représentation professionnelle d'un médecin, tel qu'on les formait à l'époque, c'était une médecine très scientifique dans les universités. Quand je suis rentré, je me suis installé comme médecin, j'ai fait pendant trois ans de la médecine praticienne, et là, j'ai compris que je ne voulais pas faire ça.
43-F-42	J'avais fait le CES de pédiatrie pour avoir l'attestation de médecine préventive, parce que la médecine praticienne ne me convenait pas. J'ai eu la chance d'avoir un poste dans un service de gériatrie. C'est vrai que la médecine soignante ne m'intéressait pas trop et sur ce poste, ce qui m'intéressait plus, c'était cette vision plus globale, plutôt médecine de la prévention, médecine de groupe, médecine sur la population, et c'est vrai que ça m'intéressait bien dans la gériatrie parce qu'on travaillait avec d'autres. Moi, j'aimais bien les psychothérapeutes. Ce qui m'intéressait bien, c'était aussi tout l'aspect institutionnel, organisationnel...Quand j'ai fait médecine, mon but, c'était de faire des longues études et si possible, de faire psychiatrie, et puis, au fur et à mesure, la psychiatrie ne m'a pas du tout intéressée. Quand on a eu le cours de santé publique, là, ça m'a beaucoup intéressée. Tout ce qui touchait à l'économie de la santé m'intéressait bien, alors que mes collègues, ça les laissait complètement indifférents. Les cours de médecine légale m'ont beaucoup intéressée. C'est vrai que tout ce qui était médecine

	<p>clinique, ça m'intéressait bien, mais ça attirait moins ma curiosité. La médecine, quand on rentre, on ne sait pas très bien ce que c'est... Tout ce qui touchait un peu au social, le sanitaire, le lien entre les deux, m'avait toujours un peu interrogée. J'ai toujours eu un regard très interrogateur sur la médecine. Je n'ai jamais eu cette culture de la croyance et de rentrer dans le médical sans interrogation. Ça explique peut-être aussi que j'ai beaucoup bougé, que je n'ai jamais voulu avoir de maître attiré, et d'avoir une certaine liberté d'esprit, même s'il y a eu des gens avec qui j'ai pu très bien travailler.</p>
45-F-45	<p>On m'avait demandé de passer le concours de médecin inspecteur. Ça ne me paraissait pas très intéressant comme travail. J'avoue que, moi, je trouve que c'est très loin de la médecine. En fait, je me demande en quoi notre formation de médecin peut servir dans ce métier. Inspecteur, je comprends, mais médecin inspecteur, enfin, je ne sais pas, c'est pas ce que j'avais rêvé en faisant mes études. Je suis médecin du travail, je trouve que là, mes études me servent, je suis bien dans ma peau de médecin du travail, alors que médecin inspecteur, non. A la limite, j'étais mieux comme médecin du RMI, que je ne me verrais pas dans la peau d'un médecin inspecteur. Par contre, c'est vrai que comme médecin inspecteur, on a l'impression qu'ils ont la « tête ». Enfin, je n'ai pas bien compris, mais je trouve qu'ils ont d'énormes responsabilités.</p>
53-F-50	<p>Dans le quotidien de mon travail, il y a plein de difficultés qui se résolvent quand même, et ce qui me plaît, c'est plein de choses. Moi, je suis ravie de mon métier. Il y a une chose qui est sûre, c'est que je ne regrette pas du tout de ne pas avoir été ORL, non. Vous voyez, c'était mon truc de départ. Alors ça, pas du tout, parce que je me dis : mais je serais toujours à faire des amygdales et des végétations, et comme je me suis découverte curieuse de tout, je me dis : franchement, je trouve que c'est un métier qui donne énormément d'ouverture, qui est passionnant, qui est dans la vie des gens. Moi, je trouve ça un métier génial, et en même temps, il y a un côté technique, comme lorsque je me suis occupée du PMSI.</p>
56-MISP-80	<p>On a un avantage, c'est qu'on a une double culture, et quand on rencontre des médecins ou des malades, des gens comme ça, on est capable de leur dire : voilà la complexité du dossier, donc on va vous aider à monter un dossier. Alors, il y a juste une petite réserve, c'est qu'on a quand même –c'est vrai qu'on écoute la base- mais en même temps on a un certain nombre de valeurs propres qui font qu'on n'écoute pas n'importe qui à la base. Il y a certains projets sur lesquels on ne les suivra pas, et au contraire, on va les décourager en disant : votre truc, c'est pas bon. Donc on a quand même des outils, on a une formation qui doit permettre d'aider les gens à élaborer le bon projet et à les accompagner, et à les rendre pertinents, sur des études de besoins, sur des aspects administratifs, sur la situation d'une politique générale, on va être en même temps, les plaideurs de ces dossiers, et il y a là une petite ambiguïté dans la mesure où on est de temps en temps juge et partie.</p>

55-MISP-31	<p>On est un interface avec les médecins. Et les médecins ressentent très mal l'administration, les médecins praticiens encore plus, et aussi les médecins hospitaliers. Ils ressentent mal l'administration, la tutelle dont nous faisons partie, et ce qu'ils appellent aussi la paperasse. Or il s'avère que ces médecins praticiens, travaillant dans les hôpitaux ou dans les campagnes, sont contraints de toutes parts ; ils sont contraints par le médico-légal, le judiciaire, par l'administration, à tel point que leur exercice a complètement changé depuis 15, 20 ans. La médecine n'est plus vraiment un art ; ils doivent faire ci ou ça ; s'ils s'en sortent, ils sont sanctionnés d'une manière ou d'une autre. Ils sont contraints de toutes parts et on fait partie de cette contrainte. On met tout en grille, on met la qualité des soins en grille ; on fait des grilles avec des points. J'ai peur qu'on réduise la qualité des soins et la relation médecin/ malade à un chose qu'on met en points et en grilles. En fait, on n'est pas malheureux en tant que médecin inspecteur. Je ne serais pas médecin conseil, je ne serais pas médecin hospitalier, ni médecin libéral. Nous en connaissons tous, ils souffrent dans les hôpitaux, avec les directeurs qu'ils ont ; il n'y en a pas beaucoup avec qui j'aimerais travailler. Pour eux aussi, l'exercice clinique est devenu difficile ; il faut se battre avec les syndicats, les directeurs, pour avoir le personnel, les gardes ; il y a une pénibilité du travail dans certains métiers, anesthésistes, gynéco-obstétriciens, ou alors ils sont trop peu nombreux sur un poste, ils sont de garde tous les deux jours, ça arrive souvent.</p>
------------	--

Commentaires
<p>44 extraits d'entretiens ont été regroupés dans ce tableau destiné à faciliter le repérage des points de vue à l'égard de la profession d'origine des interviewés tout en les quantifiant. Ce travail a permis de distinguer plusieurs types de sensibilités correspondant aux trois grands groupes d'intérêts proposés par STEPHAN JC Dans son ouvrage « <i>Économie et pouvoir médical</i> » (Économica, Paris, 1978, p 184 – 186)</p> <p>Le premier groupe, constitué des partisans du pouvoir professionnel des médecins, largement dominé par les médecins eux-mêmes, quels que soient leur statut et la forme de leur activité, reste ici, bien que s'agissant de MISP, largement majoritaire. J'en ai recensé 28 sur 44 (dont 22 femmes et 6 hommes). Il comprends 7 médecins de DRASS, 15 de DDASS, 2 en Administration centrale et 4 dans un organisme extérieur.</p> <p>Leur moyenne d'âge est de 45 ans. Ce groupe se caractérise par une conception de la santé dominée par la profession médicale. STEPHAN parle de groupe d'intérêts parce qu'il y intègre les professionnels de santé non médicaux dont l'activité est commanditée par les médecins (pharmacie, matériel médical...). Tous ces acteurs ont intérêt à ce que la médecine et l'activité médicale soient contrôlées par les médecins eux-mêmes. Les MISP ont également intérêt à ce qu'il en soit ainsi parce que c'est la condition de leur existence, et la majorité d'entre eux continue de s'identifier à une profession qui tient à préserver son autonomie. Les déclarations dans ce sens expriment l'attachement à la pratique médicale et la solidarité à l'égard de ceux que les médecins appellent « confrères » parce qu'ils comprennent mieux que quiconque la nature et les difficultés de l'exercice de leur métier. Toutes les déclarations en termes d'éloge (6, 27, 31) de compréhension (13, 18, 39) de reconnaissance (3, 10, 17, 19, 20, 28, 34) d'amour du métier (7, 21, 24,</p>

25, 29) de lien professionnel (1, 12, 15, 16) révèlent cette prégnance de l'appartenance professionnelle et de l'attachement à un groupe hostile à toute intrusion non médicale dans le contenu de sa pratique professionnelle. Les deux autres groupes sont nettement moins représentés. Dans chacun d'entre eux j'ai dénombré 8 individus (dont la répartition par sexe et par institution n'apporte pas d'éclairage significatif, sauf que la moyenne d'âge dans le premier de ces deux groupes, à savoir 40 ans, y est la plus jeune). Ce groupe est constitué, en référence à la typologie de STEPHAN, des partisans d'une organisation rationnelle et bureaucratique de la production et du financement des soins par l'État. Les médecins y occupent une place importante ; ils constituent encore une autorité écoutée ou consultée, mais ils y partagent ce rôle avec d'autres et le pouvoir de décision ne leur revient pas. Le travail et les objectifs de la profession médicale font l'objet d'un contrôle qui s'efforce de prendre en compte toutes les composantes d'un système de santé. Seule une minorité de MISP s'est exprimée dans une telle optique, estimant devoir accorder la priorité à la légitimité de leur institution devant leur représentation professionnelle. Les déclarations rangées dans cette catégorie ont mis en avant le rôle de l'administration (9, 22) ou la fonction de l'État (2) soulignant la nécessité d'un contrôle supérieur, plus dégagé des contingences individuelles (4, 40, 42).

Dans le troisième et dernier groupe correspondant à ce que STEPHAN appelle les usagers de la médecine, je fais figurer tous les acteurs, certes partagés entre les deux premiers, mais qui insistent sur la primauté des droits reconnus de chaque individu ou groupe à la santé en général, à l'information et l'éducation, et à l'égalité d'accès aux soins en particulier. Ce contrôle par l'utilisateur ou ce qui pourrait s'apparenter à une forme de démocratie sanitaire met en émergence un groupe moins attaché au pouvoir médical et au technicisme bureaucratique, sensible en revanche à l'autonomie de l'utilisateur/citoyen/administré dont le rôle devrait être défendu, soutenu et conseillé par des professionnels. Une minorité de MISP ont mis en avant, au cours de leurs entretiens, cette conception comme caractéristique du métier qu'ils exercent, tourné vers l'éducation (14) la prévention (8, 26) l'action sur l'environnement et le social (32) la participation des gens (33, 43, 53).

En conclusion, le rapport des MISP à la médecine et aux médecins demeure très nettement favorable à une autonomie négociée de la profession.

Quel que soit finalement le groupe de sensibilité parmi les trois que je viens de recenser, les MISP s'affirment comme des professionnels médicaux aptes à conduire cette négociation avec les médecins mais aussi avec les institutions bureaucratiques auxquelles ils appartiennent, ainsi qu'avec les usagers dont ils recueillent l'expression.

Cette typologie apporte à la question de l'identité des MISP une coloration nouvelle : à distance de leur profession et à la marge de leur institution, ils restent néanmoins attachés au groupe médical dont ils modernisent le projet d'autonomie. Ni

administratifs ni praticiens, ils vivent une identité dédoublée au sens où le développe C. DUBAR.¹⁶⁴

3) Conclusion

Médecins inspecteurs de santé publique en particulier, et médecins en général, restent fondamentalement attachés à une profession en prise sur la vie, celle des individus, mais aussi celle des groupes humains, dans leur milieu spécifique d'une part, et dans un environnement socio-économique plus large, d'autre part. Cet état de grandeur, pour ainsi dire, sert de liant à la profession tout entière, malgré les spécialisations, les oppositions et conflits internes. Les MISP constitueraient donc au sein de la profession un groupe de spécialistes, qui aurait de surcroît la particularité d'exercer cette spécialité au sein d'une administration. Ils sont donc fonctionnaires et ils sont membres d'une profession. Parce que ces deux statuts sont liés, ils interpellent la profession médicale tout entière. Je pourrais dire qu'ils en constituent un segment qui contribue au rapprochement de tous les autres, d'une part parce que, d'une certaine manière, il a pour mission de les contrôler, et d'autre part parce que, grâce aux régulations qu'ils conduisent dans le champ de la santé publique, ils en préservent l'autonomie. Leur positionnement, que j'ai voulu mettre en évidence dans la typologie exposée dans ce chapitre, confirme cette forme de solidarité avec leur profession d'origine. Toutefois il ne s'agit pas d'une défense inconditionnelle des intérêts de la profession ; j'ai montré que nous sommes davantage en présence d'une volonté d'influer favorablement sur une transformation du groupe professionnel, même si celle-ci a pour effet d'en recomposer l'autonomie. Il apparaît clairement que cette recomposition ouvre, à la fois grâce et à cause des MISP, un espace stratégique de négociation. De leur point de vue, il ne saurait y avoir de santé publique sans les médecins, et de par leurs missions, il ne saurait y avoir de politique publique de santé sans institution politique et administrative. Le rapport des MISP à la profession médicale s'interagit donc dans leur rapport à l'État et son administration. Le sens de ce rapport va être abordé au chapitre suivant.

¹⁶⁴ « L'identité est donc ainsi dédoublée : la fausse identité, l'identité officielle est celle que les autres associent à leur situation actuelle de travail, au poste qu'ils occupent, au groupe auquel ils ne se sentent pas appartenir réellement. Leur véritable identité – pour soi – est celle qu'ils poursuivent à travers leurs formations ou leurs loisirs culturels et qu'ils ne cherchent souvent avec autant d'opiniâtreté que parce qu'ils l'ont déjà trouvée, enfouie dans leur origine sociale ou leur environnement familial. Leur groupe de référence est souvent aussi leur groupe d'origine : c'est pourquoi ils peuvent jouer de cette identité virtuelle pour mieux se distancier des identités officielles qu'on risque de leur attribuer. », DUBAR C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand COLIN, (1991, p. 245).

CHAPITRE XII

LE RAPPORT À L'ÉTAT ET À L'ADMINISTRATION.

L'administration est pour les MISP un terrain d'expérience (celui d'une mission particulière) et d'apprentissage (celui des fonctions correspondantes). Officiellement la mission est de participer à la mise en œuvre d'une politique de santé, intégrant les nouvelles dimensions de la santé publique, au service de la population. Cette expérience, déjà introduite dans la partie consacrée à l'analyse du métier, montre que la notion de population n'est pas pour les MISP une généralité abstraite, et qu'elle sert d'ancrage à la construction du sens de leur métier en suggérant une question fondamentale : le droit à la santé ne saurait se réduire à une utopie. Quant à l'apprentissage du métier de MISP, il est souvent fait d'hésitations. La découverte d'un univers administratif et de la santé publique ne s'effectue pas sans une certaine remise en cause de ses idées, de ses pratiques, de ses compétences. S'il est possible pour certains de parler de trajectoire de la conversion, celle-ci n'est pas assimilable à une adhésion pleine et entière à un nouveau modèle. On peut être déçu par la médecine et ne pas croire pour autant aux valeurs et aux missions de l'administration. Un processus de conversion identitaire correspond bien à un apprentissage social en référence à plusieurs mondes auxquels l'individu n'appartient pas nécessairement, sachant qu'il est peu probable, ayant abandonné certaines de ses convictions, qu'il puisse revenir en arrière (STRAUSS, 1992, p. 130).¹⁶⁵

L'emploi des MISP par une administration doit bien présenter un sens et un intérêt. La question de l'utilité sociale s'énonce sous une double forme : pour quelle raison fait-on un travail et à quoi doit-il servir ? Quels sont les motifs qui nous font agir et quels sont les objectifs qu'on se fixe ? Qu'est-ce qui légitime l'action et qu'est-ce qui la valide ? L'utilité se construit bien sur une double rationalité : une signification et une orientation. Le médecin inspecteur a besoin de savoir pourquoi il agit et ce que produit son action. Cette question est aussi importante pour le travail que pour l'acteur, parce qu'en évaluant le premier, elle donne reconnaissance au

¹⁶⁵ STRAUSS A., *Miroirs et masques*, Métailié, Paris, 1992.

second. Au-delà du point de vue subjectif, elle soulève deux problèmes que je vais examiner dans ce chapitre : à quoi servent les MISP et que défendent-ils ?

1) À quoi les MISP servent-ils dans l'administration ?

L'utilité sociale est à la fois une mesure de la justification de la position professionnelle occupée et donc des rôles joués en rapport avec les autres et une réponse partielle au sens que l'acteur entend donner à son action face aux attentes parfois contradictoires auxquelles il s'expose. Pour un médecin, la question de l'utilité sociale me semble recouvrir un double niveau celui de l'opérationnalisation d'un savoir, et celui de la dépendance d'autrui par rapport à ce savoir. Dans la culture médicale, l'approche de l'utilité privilégie souvent le rapport direct au patient. Être utile se résume principalement à la mesure d'un résultat, et cette mesure apparaît difficile pour un médecin qui ne soigne plus :

« J'ai passé le concours de médecin inspecteur, mais je n'étais vraiment pas sûre d'avoir envie d'être médecin inspecteur ; c'est trop travailler sur dossiers, sur papiers, je crois que c'est évident. A la DDASS, ce qui me plaisait, c'était l'injonction thérapeutique, c'était le contact avec l'extérieur, les patients, et en même temps, travailler dans une équipe, voir le résultat concret de ce qu'on faisait, on va voir les patients. » (34-F-41).

Cette nécessaire présence du malade, ou plutôt de la maladie, dans le travail du médecin, justifiant un rôle qui s'est longtemps joué sans partage, compromet fortement l'identité de métier lorsqu'elle cède la place à des activités distribuées entre des acteurs liés par des relations hiérarchiques et sans rapport forcément direct avec un bénéficiaire de l'action. On comprend qu'un médecin puisse éprouver des difficultés à percevoir le sens et l'utilité d'un travail administratif. Les propos à ce sujet sont nombreux dans les entretiens, ils expriment ce besoin pour la plupart des MISP de mesurer concrètement ce qu'ils font, dénonçant au passage la tentation ou le refus technocratiques comme une remise en cause de la question du sens :

« J'ai toujours dit à mon directeur : Monsieur, je ne peux pas tout faire ; je préfère de beaucoup le travail sur le terrain que la collecte des chiffres et des statistiques. C'est sûr que je trouve que des études pour faire des études, qui n'aboutissent à rien, qui ne servent à rien, j'ai toujours détesté ça. » (28-F-73).

« Mon idée à moi, c'est de dire : est-ce que ça va apporter quelque chose ; Est-ce que j'apporte quelque chose en faisant ça ?... Je crois que la production d'un document n'est pas la condition nécessaire et suffisante d'une utilité en DRASS. » (25-F-57).

Il n'en reste pas moins que pour ces mêmes médecins inspecteurs, malgré les réticences à engager un travail dont la finalité est mal perçue, le postulat d'une utilité a priori demeure une croyance nécessaire, parce que les MISP déclarent dépenser beaucoup d'énergie pour des résultats difficilement mesurables à court terme. Je parlerais d'une productivité de la trace : si ce qui est fait n'est pas complètement visible sur un plan administratif, il n'en demeure pas moins qu'une action engagée s'inscrit dans un champ très interactif. Cette influence diffuse que les médecins inspecteurs ont du mal à évaluer leur sert néanmoins de stimulant pour agir :

« Même si les contraintes politiques sont très fortes dans certains secteurs, on peut espérer quand même que la trace qu'on a laissée, la rencontre qu'on a favorisée portera ses fruits tôt ou tard, c'est mes postulats. Donc, c'est vrai que cette partie du travail, un peu gris, sur un rapport d'activités, ça fait autant de rencontres, autant de réunions, autant de déplacements, ça ne rend pas du tout compte de ce qui a pu se passer, c'est un rendu comptable des choses. » (13-H-38).

L'utilité du travail administratif.

La réflexion sur le métier et son utilité passe par plusieurs étapes : depuis l'attachement au métier de soignant jusqu'à l'évaluation partagée d'un travail d'inspection ou d'une action de santé publique. Comment les MISP passent-ils des effets de l'action au sens de l'action ?

Dans l'administration, comme dans l'entreprise, l'évolution des missions et des contraintes transforme la perception et le contenu de l'utilité du travail. Selon qu'on favorise ou qu'on empêche, selon que le médecin inspecteur accompagne un projet ou sanctionne des pratiques, le sens de ce qu'il fait et la nature de celui qu'il sert influent sur la représentation du métier :

« J'ai le souvenir de la déclaration d'un collègue devant un ministre de la santé, qui lui disait : autrefois, nous, les DDASS, on était là pour créer quelque chose, et puis là, maintenant, on est là pour empêcher de créer des choses... Avec le recul, j'étais bien content d'être en DDASS, et ça me plaisait beaucoup, mais on avait certainement, avant la décentralisation, une vue d'ensemble de la santé et de l'action sociale dans un département, et puis on avait l'impression de pouvoir faire quelque chose, on a créé beaucoup d'établissements. » (52-H-70).

Dans le travail, le sentiment d'être utile peut provenir de l'urgence. Dans le monde professionnel, l'idée reste répandue que si les choses sont urgentes, c'est qu'elles sont importantes, et que pour cette raison, elles sont forcément confiées à des gens compétents ou dont on reconnaît l'utilité. Or ce qui est demandé aux médecins est souvent urgent. La culture de l'urgence est une culture médicale : même en l'absence de pronostic vital, un malade accepte de moins en moins d'attendre pour être soigné, et les médecins ont appris à ne jamais rester sans réponse devant une sollicitation ; il y aurait donc dans le travail de l'administration, des dossiers ou des affaires qui ne sauraient rester en souffrance et qu'on confie en priorité à des médecins inspecteurs :

« Dans des DDASS petites et moyennes, c'était infernal, mais je peux le comprendre ; comme l'infirmière hospitalière qui peut aimer son boulot, comme le médecin de quartier, on a aussi l'impression de servir à quelque chose. Dans d'autres situations professionnelles, on a moins cette impression. Il y a cet aspect d'être directement utile, mais ça fait pompier de service... sur trois urgences, il y en a deux où il faut un avis technique médical. Là, il n'y a pas à réfléchir ou à théoriser ; il s'agit de répondre vite et si possible bien. C'est la prégnance de l'urgence. » (44-H-61).

L'urgence facilite la réflexion sur l'utilité du travail administratif et cette réflexion produit l'idée de plus en plus répandue selon laquelle ce travail sert essentiellement à rendre l'information lisible. L'administration aurait donc pour mission première de donner une lisibilité pratique à l'information qui lui parvient, soit pour résoudre des problèmes, soit pour transformer des situations insatisfaisantes, soit pour rendre le service qu'attend un usager. Chez les médecins inspecteurs, cette idée prend le contre-pied de l'opinion selon laquelle

l'administration aurait une propension à faire des choses inutiles. Malgré les réserves ou les critiques formulées, la grande majorité des MISP dispose d'arguments pour justifier même leurs activités les plus administratives, c'est à dire celles qui pourraient être exécutées par des fonctionnaires administratifs polyvalents dans un processus plus taylorisé. L'exemple du travail d'informatisation de dossiers médicaux d'enfants handicapés placés en établissements spécialisés l'illustre bien, dans le témoignage qui suit :

« En informatisant tous ces dossiers là, on va avoir les idées plus claires. C'est vrai qu'en informatisant, et en faisant ces statistiques, on a mis beaucoup d'idées au point, des préconçus qu'on avait, et qui étaient faux. Par exemple, on s'était dit qu'il y avait beaucoup d'enfants placés à l'étranger, notamment des poly-handicapés ; en fait, il n'y en a pas tant que ça. Il y a des tas de choses qu'on se disait, et puis, en fait, avec les chiffres, on se rend mieux compte... Avant, on faisait des petits bâtons, faire des petits bâtons sur 15 000 dossiers, c'était difficile. Ca n'était pas gérable, il y avait des pertes, des enfants qu'on ne comptait pas. Sur un petit département, ça va encore, mais nous, à notre niveau, on ne peut plus, si on veut avoir les idées claires et essayer de pouvoir avoir une politique de restructuration avec les établissements, une politique de prise en charge, on est obligé d'avoir des chiffres relativement corrects, et des idées plus claires sur la situation réelle de l'enfance handicapée dans le département. » (31-F-32).

Cette réflexion sur l'utilité du travail dans l'administration implique modestie et persévérance ; c'est en tout cas, ce qui ressort d'un grand nombre d'entretiens. Les MISP ne mesurent rien tout de suite, ou tout aussi facilement que dans la plupart des activités soignantes. Mais c'est aussi d'une certaine manière retrouver la modestie ou la prudence du médecin face à une maladie grave ou incurable, dont on ne maîtrise pas totalement l'évolution, parce qu'elle fait intervenir des facteurs méconnus ou difficiles à contrôler. En l'occurrence, dans le travail de l'administration, c'est l'espoir d'une sortie de l'anonymat qui se substitue à l'espoir d'une guérison, donc une inter/reconnaissance qui exige du temps relationnel que les acteurs ne maîtrisent pas comme ils le souhaiteraient :

« A force de réfléchir sur ces notions, je m'aperçois que dans les discours, il y a des choses qui changent. C'est quand même une pierre à l'édifice. Je trouve que si on veut tout, tout de suite, dans le métier, et c'est peut-être quelquefois mon défaut, on risque d'avoir de sacrées désillusions ; alors qu'en fait, si on prend un peu de temps, il y a des gens qui vont entendre, qui vont nous reconnaître comme partenaires, il faut être patient. » (30-F-37).

Exactement comme chez le praticien soignant, l'apprentissage de la modestie est le résultat d'une confrontation régulière à des difficultés qui ne se posent pas comme des problèmes standards comportant leur solution a priori, ou un mode de résolution complète transposable dans d'autres réalités difficiles. Or de nombreux médecins inspecteurs avouent leur perplexité quand il s'agit de penser l'utilité d'une institution dont les missions ne sont pas explicitées :

« Quand on me demande, dans l'énième enquête du ministère, de savoir combien de temps, combien de minutes passées à faire çà et çà, et que la question est de savoir combien il faut de médecins de santé publique à la DDASS, j'ai toujours tendance à dire : mais il en faut zéro, et çà surprend toujours, parce que je dis : avec ce que je vois là, je n'ai pas l'impression que çà sert à quelque chose. Moi, je dis : la DDASS, elle devrait déjà se recentrer sur des missions qui devraient être les siennes, faire de l'administration correcte. » (4-H-43).

Faute d'une vision très précise de missions qui pourraient servir de référentiel de l'action, donc d'un référent de l'évaluation, l'utilité se mesure assez souvent par anticipation, donc par défaut, la question étant de savoir ce qui pourrait se passer si le MISP n'intervenait pas, par exemple, lorsqu'il fait une inspection. Si le médecin inspecte, c'est parce qu'il est capable d'anticiper des scénarios de dysfonctionnement dont personne ne comprend tout à fait les causes. Le principe est qu'une inspection est d'autant plus utile que sa nécessité n'est pas toujours partagée, et ceci produit une ambivalence dans le discours et la pratique des professionnels qui l'évaluent : une inspection est autant susceptible de dévoiler du négatif que d'acter une conformité à des normes. La tendance est de considérer que dans le premier cas, elle est productive, alors que dans le second, elle est coûteuse, parce que son opportunité reste discutable. L'utilité recouvre alors plusieurs sens : d'abord conceptuel, parce

qu'elle donne de la valeur au métier, ensuite stratégique, parce qu'elle le positionne par rapport à d'autres, enfin pratique parce qu'elle influe sur le fonctionnement d'un secteur professionnel donné :

« On est tombé sur des dossiers pas clairs, des décès... un décès de femme, par exemple, suite à une IVG, parce que l'anesthésiste est parti, qu'il l'a laissée toute seule, et puis, elle s'étouffait, enfin, des trucs qui ne sont pas normaux. Donc, je suis partie dans un protocole d'inspection, et l'inspection, ça prend beaucoup de temps, ça n'est pas très valorisant. On a l'impression de jouer aux flics, et on sait très bien, que si, nous, on ne le fait pas, il n'y a personne qui va le faire. C'est pas un côté passionnant. On a commencé à travailler sur la sécurité sanitaire ; moi, j'ai continué les inspections, telle clinique, dans tel secteur, et chaque fois, ça prend quasiment un mois, et je me retrouve avec une étiquette d'inspecteur, c'est pas vraiment ce que je recherchais. » (3-F-34).

Le rapport au temps et à l'espace.

La question du temps se noue alors avec la question du sens. De l'inspection individuelle sur plainte à l'inspection préventive ou globale, le temps se recompose de manière étonnante. Cette mesure du temps influe sur le sentiment d'utilité des formes d'inspection pour chaque MISP concerné. Comprendre un dysfonctionnement ponctuel a posteriori s'impose comme une nécessité, mais ne rend pas l'action évaluable comme dans les inspections de grande envergure. L'utilité sociale peut alors se mesurer à deux niveaux : la satisfaction d'une attente individuelle et la réponse à des besoins collectifs. Cette question est particulièrement bien posée dans les entretiens que j'ai pu avoir avec les directeurs de DDASS :

« En fait, les médecins inspecteurs, au-delà des grands systèmes d'organisation et d'analyse de l'offre de soins, et de la volonté de mise en œuvre de la politique de santé publique, subissent l'obligation d'aller inspecter quand des cas individuels de mauvaise qualité ou de présumé de mauvaise qualité, de risque de mauvaise qualité, et de l'organisation de réponses adaptées quand un établissement dysfonctionne, et que cela entraîne une plainte d'un usager sur le mauvais accueil dans une structure, mauvais accueil qui soit lié à l'humain, ou que ce soit carrément un problème de soins de médiocre qualité qui ont pu entraîner une aggravation de

l'état de santé au lieu de l'améliorer, parfois même, hélas, le décès des patients. Là, les médecins inspecteurs, dans ce contexte de difficultés effectives, vivent très mal de passer un temps certain sur quelques cas individuels de dysfonctionnements qui sont sans rapport avec la mission qui coexiste par ailleurs. Ca, c'est le problème des inspections individuelles ; ils savent qu'ils doivent le faire, qu'il n'y a qu'eux qui peuvent le faire, mais ça leur prend manifestement, compte tenu du sous-effectif de la DDASS en médecins inspecteurs, un temps disproportionné ; ça, c'est clair par rapport à leur envie de faire autre chose. Et puis, après, vous avez, de manière plus globale, avant même qu'il n'y ait une plainte, en anticipation d'éventuelles plaintes, l'inspection sanitaire d'établissements de santé, qui eux, sont vraisemblablement connus, d'où la priorisation pour l'inspection, afin de dégager tel ou tel problème. Là, je pense que c'est plus intéressant, parce que c'est dans le cadre d'un travail organisé, évaluable quant à son action, et là, je pense que les médecins s'y inscrivent plus favorablement. » (46-H-47).

Il apparaît évident que dans le travail d'inspection globale, l'utilité a besoin d'une mesure, parce que l'investissement en temps et en énergie est lourd. C'est le calcul du retour sur investissement qui permet d'approcher l'utilité. La réponse au besoin de sens s'inscrit donc autant dans les valeurs qui sont des croyances a priori, certitudes morales et intellectuelles (les médecins participent à une tâche noble de santé publique) que dans les résultats qui sont des mesures différées de l'action, consécutifs à l'observation du changement des comportements (inspecter, c'est influencer sur des processus décisionnels en cours ou à venir) En fait, toute réflexion sur l'utilité de ce qu'on fait passe par les arcanes de ces deux paramètres, ou de cette double rationalité (pour reprendre le modèle wéberien), propre à l'acteur dans le champ professionnel. Cette réflexion prend toute sa place dans les échanges qui mettent en scène notamment les médecins inspecteurs et leurs directeurs :

« On a donc fait des enquêtes, et je pense qu'on a fait un beau travail qui a abouti à des propositions ; et puis, il n'y a pas eu de suites sur le coup. Et je me souviens d'avoir dit au directeur, à l'époque, parce que ça m'avait tracassée : vraiment, on ne sert à rien, puisque, de toute façon, ce qu'on a fait, il n'y a pas de suite, donc, à quoi on sert ? Et il m'a dit : mais, vous êtes trop pressée, vous travaillez dans la durée, et vous verrez qu'un jour, ça servira. Et quand je suis retournée dans ce département, quelques années plus tard, et bien, finalement, le

travail qu'on a fait a resservi, et là, ça a débouché vraiment sur de vrais changements, et je me suis souvenue de ce qu'il m'avait dit : vous verrez qu'un jour, ça servira. Oui, ça a servi, mais x années après. » (50-F-44).

L'administration et le besoin de sens.

L'administration transforme de l'information ; c'est l'essentiel de son action. Les modalités de cette transformation peuvent évidemment considérablement varier ; elles donnent à l'action administrative une consistance que les acteurs jugent à l'aune de son utilité. J'ai montré que les difficultés de la mesurer pouvaient influencer sur les processus identitaires, la question étant de savoir si ce qu'on fait a un sens et si l'institution elle-même donne sens aux missions plus ou moins clairement définies qu'elle confie à ses agents. J'ai rencontré des MISP qui considéraient que le travail administratif ne servait pas à grand chose :

« J'ai passé le concours pour changer un peu d'orientation, et très honnêtement, j'aurais pu, peut-être me battre un peu plus. Bon, je ne l'ai pas fait, mais c'est surtout que je commençais à en avoir marre d'être dans le cadre strict de la connaissance, avoir l'impression de produire des informations qui ne servaient à rien, et je souhaitais essentiellement, être un peu plus dans l'action. » (32-H-47).

De ce point de vue, l'action doit permettre de se valoriser et non de s'effacer dans un simple processus d'exécution de tâches. Les exemples ne manquent pas où les MISP expriment des doutes sur l'utilité de ce qu'ils font, lorsqu'un même travail est confié à d'autres acteurs extérieurs, renforçant les doutes sur la nécessité du métier :

« Encore un exemple aujourd'hui, il faut qu'on fasse une enquête par sondage, à propos d'une décharge ; les voisins se plaignent d'odeurs. Alors, voilà, il faut faire ; le préfet s'est engagé pour telle date ; il faut faire quelque chose pour telle date. On n'est pas concerté ; nous, ils ne nous ont pas demandé notre avis avant ; et là, il faut que pour demain, on lui fasse une enquête par sondage, pour savoir s'il y a des troubles ; on ne sait pas, quoi ? Les odeurs ? Est-ce que ce sont des émanations ? Qu'est ce qu'on va demander aux médecins ? On va se ridiculiser, téléphoner aux médecins pour demander s'ils ont constaté dans leur clientèle des

gens incommodés par l'odeur. Enfin, on ne va pas être objectif, on ne va pas faire un travail consciencieux ; on ne va pas rendre une enquête épidémiologique. Mais ce n'est pas grave, c'est pas ça qui compte ! Ce qui compte, c'est qu'au jour J, on ait donné une réponse, quelle qu'elle soit. Le problème, c'est que de plus en plus, les gens, les associations de consommateurs vont solliciter des experts, des gens qui vont faire un travail, qui vont faire des travaux autrement étayés. Donc, on est un petit peu en déphasage, et ce sentiment, c'est quotidien. Donc, il faut souvent expliquer : on ne peut pas faire comme ça. » (2-F-35).

En parallèle de ces incertitudes, le métier s'expose à des menaces souvent dénoncées : l'insuffisante mesure de l'utilité sociale a pour contrepartie l'instrumentalisation du professionnel. L'homme transformé en outil désincarné perd le sens de ce qu'il fait ; il est dessaisi de sa réflexion parce que seule son employabilité technique est prise en compte, sans qu'il puisse d'ailleurs en juger. La disqualification qui s'ensuit met à mal les formes d'identité professionnelle acquises :

« Je suis arrivée en DRASS au pire moment, celui de la réforme, de la mise en place de l'agence, et l'inspection régionale de la santé n'était plus du tout ce que j'avais vu. J'étais dans une DDASS, en dernier lieu ; et donc, ça n'est pas facile tous les jours. Je trouve, comme disaient mes collègues, beaucoup de motifs de démotivation, et on n'est plus en prise sur les événements ; on n'existe plus beaucoup en fait. J'expliquais à quelqu'un l'autre jour, que ce qui est extrêmement pénible, ce qu'on ressent, cette sensation « on n'existe plus », une sensation que je n'avais jamais éprouvée avant ; faire des notes par exemple, sur commande de l'agence, faire des tas de notes ; je les ai recensées récemment. Nous faisons des notes, nous les envoyons, et on ne sait plus ce que ça devient. Même les études thématiques sont reprises par un conseiller technique de l'agence ; on a l'impression que ce que nous faisons n'est pas lu, n'est pas étudié. Un exemple : le papier qu'on a rédigé sur les personnes âgées, on ne sait pas ce que c'est devenu. Mais dans le schéma régional de 2^{ème} génération, il y aura deux pages ou trois sur ce thème là, qui n'ont rien à voir avec le travail confié au médecin spécialiste de cette question ; et tout ça, c'est effectivement extrêmement démotivant. On a vraiment l'impression qu'on travaille pour rien. » (58-MISP-75).

Un médecin qui travaille dans l'administration est inévitablement confronté à la question du sens de son action, tant la réponse à cette question relève de l'évidence lorsqu'il est en position de soigner un malade. Le passage du monde de la médecine praticienne à celui de l'administration sanitaire peut être parfois vécu comme une véritable rupture. Sur ce point, la réflexion des médecins inspecteurs dévoile une grande ambivalence : le fait de participer à des missions confiées à l'administration de l'État repose sur des valeurs certaines qui ont un rapport avec ce que les politiques appellent l'idéal républicain, mais la traduction de ces missions en activités administratives ne va pas de soi. Autrement dit, ça n'est pas parce qu'un médecin agit au nom de l'État qu'il réalise une grande action. Le sens du travail et l'utilité sociale représentent pour les médecins inspecteurs de santé publique les questions transversales de la définition de leur métier parce que l'administration qui les emploie, ne leur apporte pas de réponse claire et définitive.

La reconstruction du sens dans le travail d'un MISP.

Lorsqu'un médecin intègre l'administration, tout se passe comme s'il éprouvait en permanence le besoin de justifier ce qu'il fait. Il lui faut recomposer cette nouvelle appartenance professionnelle qui ne pose pas, a priori, comme en médecine, l'impérieuse nécessité de la clinique, cette compétence si particulière, toute proche de l'homme, et qui donne à la profession sa première dimension. Il n'y a pas de lien direct entre la grandeur du service public et la tâche du fonctionnaire, alors qu'il y a un rapport très étroit entre l'écoute médicale et la plainte du malade. Reconstruire le sens de son action, pour le médecin inspecteur de santé publique, signifie donc sortir de la bureaucratie et s'ouvrir aux autres pour pouvoir les aider à surmonter leurs difficultés ou à résoudre leurs problèmes. Avec cette démarche, le travail de relation devient aussi important pour le MISP que l'activité de soin pour le praticien soignant. La conviction naît de cette forte implication dans le relationnel :

« J'ai toujours entendu parler des médecins qui avaient le regret de ne pas soigner. Pour moi, pas de problème, parce que, de toute façon, je pense que je fais des choses aussi utiles ici si j'arrive à bien les faire, si on m'en donne les moyens, qu'un médecin qui soulage les douleurs. Tout ça, c'est important, ça reconforte. C'est important pour moi, ça me paraît limité, mais c'est personnel. Je n'ai pas de

manque, de ce côté, d'aider les gens, de les soigner, parce qu'au fond, on aide les gens là où on est. Quand j'étais en injonctions thérapeutiques, je travaillais avec les toxicos, donc je les aidais, j'avais une relation beaucoup plus individuelle. Là, j'ai eu de la chance, parce que j'étais à la fois dans l'individuel avec le toxicomane, et dans le dispositif ; en réalité, on aide les gens partout. Un éducateur qui a des difficultés dans le dispositif ; c'est la relation d'aide en fait, c'est ça qui est derrière tout, qui sous-tend. La relation d'aide, elle est partout. Le travail administratif, c'est pas d'être enfermé dans un bureau, c'est des conneries ça, c'est ce que les gens disent, et ce que certains font. Au contraire, sortir de son bureau, de toute façon, on est obligé ; moi, je n'ai jamais été enfermée dans un bureau, et je crois que je ne le serai jamais. Là, on fait fonctionner un dispositif, mais il y a des êtres humains là-dedans, c'est bien une relation d'aide aussi, mais ça ne veut pas dire laisser faire n'importe quoi, il faut aussi poser des limites. » (14-F-41).

Être utile revient en définitive, à vérifier qu'on a changé les choses. En médecine individuelle, cette mesure est beaucoup plus simple qu'en action publique, comme l'explique ce médecin inspecteur, au sortir d'une longue expérience soignante en Afrique :

« J'étais entourée de bonnes femmes, de gosses, et tout d'un coup, me voilà entourée de piles de dossiers, et là, je trouve qu'il n'y a pas la satisfaction du devoir accompli. Quand j'étais à N. on ouvrait la porte à 6 heures du matin, on la fermait à midi ; il était 4 ou 5 heures, on finissait par terminer ce qu'on avait à faire ; j'avais l'impression d'avoir accompli quelque chose. Il y avait des gosses qu'on gardait –à l'époque, ça ne s'appelait pas hospitalisation de jour– les gosses qui convulsaient à 7 heures du matin, qu'on voyait à l'arrivée, on les gardait toute la journée ; à 3 ou 4 heures de l'après-midi, on les revoyait ; ils étaient mieux ; on leur donnait le traitement jusqu'au lendemain ; on avait l'impression d'avoir fait quelque chose. Tandis que quand je me suis vue avec les dossiers, je ne suis jamais partie le soir, avec la satisfaction du devoir accompli. C'est ça qui m'a manqué dans l'administration. Il y a des choses que j'ai trouvées intéressantes, mais l'absence de possibilité d'agir sur les événements, c'est difficile, parce que vous ne pouvez pas faire ci, pas faire ça. » (26-F-65).

L'utilité s'évalue par rapport à des situations, et donc par rapport à des acteurs. L'utilité se mesure donc aussi dans la stratégie, tout comme le soignant qui ne peut se contenter de dire à un fumeur de cesser de fumer, le MISF ne peut influencer sur une politique de santé sans rechercher l'adhésion de ses partenaires potentiels. L'utilité se réfère aussi à un processus et à un contenu : transformer des représentations du monde qui incluent des aspects d'une représentation médicale. Cette démarche est volontariste, elle manifeste un engagement, un besoin d'agir sur les situations plus que de les subir. Ainsi donc, retrouver du sens, le sentiment d'être utile, quand le médecin ne soigne plus les gens, et qu'il intègre l'administration, implique une capacité à sortir du discours de la plainte et une volonté de garder des marges de manœuvre :

« Il me semble que le boulot d'être médecin, de soigner les gens...j'ai constamment à prouver à moi-même que ce que je fais ici, dans cette administration, est en valeur ajoutée, que c'est quand même supérieur à celle que j'aurais si je continuais à taper sur le dos de mes dirigeants. Il me semble que c'est une espèce d'étalon, parce que vraiment, si ce que je fais là ne sert à rien, je peux aller faire des vacances ailleurs, au moins m'occuper des gens, faire n'importe quoi, même si je ne suis pas un très bon docteur. » (27-F-46).

La recherche d'une marge de manœuvre participe aussi de la construction du sens. Un médecin inspecteur aura d'autant plus l'impression d'être utile qu'il saura redonner de la cohérence entre l'administratif et le médical. C'est vrai par exemple, lorsqu'une décision prise par l'administration à l'égard d'un usager est conditionnée par un avis médical :

« En matière de reclassement d'adultes handicapés, je me suis rendue compte qu'il y avait des dossiers relevant de sections différentes, qui avaient des conclusions aberrantes, d'une section par rapport à l'autre : on disait de quelqu'un qu'il était inapte au travail, et d'un autre côté, on le reconnaissait à moins de 50 % de taux d'invalidité. Donc, ça n'était pas cohérent. Alors, cette modernisation, l'unification des deux sections était tout à fait utile, voire nécessaire pour un certain nombre de dossiers, où il y avait des erreurs pour les deux sections. » (29-F-35).

Pour un médecin, dans la plupart des cas, être utile, c'est servir et répondre aux besoins de l'utilisateur dont l'attente la plus évidente consiste le plus souvent à ce qu'on n'y réponde pas de manière cloisonnée. Un administré, contraint dans des procédures, attend généralement qu'on lui facilite la vie, et si l'administration fait parfois l'objet de critiques, c'est bien parce qu'elle la lui complique. Lorsque la réponse aux attentes de l'utilisateur est de nature à résoudre ses problèmes, les indicateurs susceptibles de se manifester représentent pour un médecin des facteurs importants pour la construction du sens surtout lorsque la prestation à laquelle ils se réfèrent ne comporte rien de fondamentalement médical :

« Avant je faisais souvent la grise mine devant la connaissance administrative ; maintenant je me dis que je suis bien contente de l'avoir et ça m'apporte pas mal. Les gens sont contents quelquefois quand ils m'en parlent. L'autre jour, il y a une dame qui est venue, et puis on est venu à parler. Son mari a eu un accident vasculaire cérébral, et il a terminé son congé de longue maladie, alors je lui ai dit : mais vous n'avez pas demandé la tierce personne ? Ben, elle ne savait pas, donc on a tout fait ; après elle m'a envoyé un petit mot. Elle l'avait demandé mais ça avait été refusé dans un premier temps. Le cas de son mari s'est aggravé, elle a renouvelé sa demande et ça a été accepté. Elle m'a envoyé un petit mot pour me remercier. Moi, ça, ça me récompense de beaucoup de choses. » (45-F-45).

Ces exemples concrets marquent la réconciliation entre le professionnel et le bureaucrate. Ils mettent à jour un sens du professionnalisme, signalé par MAURICE lorsqu'il fait référence à l'analyse de WILENSKY.¹⁶⁶ Ainsi le sens du service public peut justifier que profession et bureaucratie ne s'opposent plus, la bureaucratie ayant besoin de professionnels moins pour exercer des fonctions prédéfinies que pour s'ouvrir à son environnement.

Ainsi le sentiment d'utilité est très directement relié à l'évidence du besoin de celui qu'on sert. Si on est en présence de besoins primaires au niveau d'acteurs avec lesquels on a un contact direct, le rapport entre le sens de ce qu'on fait et le résultat

¹⁶⁶ MAURICE rappelle qu'il est possible de dépasser les formes de professionnalisme associées au corporatisme et à l'idéologie élitiste, voire technocratique : « L'analyse de WILENSKY semble plus pertinente, qui estime que de nouvelles formes de professionnalisme se développent dans une société où profession et bureaucratie ne s'opposent plus comme deux univers antagonistes. », MAURICE M., 1972, « Propos sur la sociologie des professions », in *Sociologie du travail*, 2 (213-225).

qu'on produit s'effectue sans étapes intermédiaires. C'est vrai par exemple pour le médecin inspecteur qui organise un dispositif de bilans de santé pour les plus démunis. Ceux qui en parlent déclarent s'être beaucoup investis dans ces programmes où la cohérence entre l'action administrative (restaurer des droits) et l'action médicale (faire de la prévention) ne posait aucune difficulté. Comme dans le dernier témoignage cité, la perception d'une utilité directe dans le travail effectué joue parfois comme une gratification qui apporte plus qu'un développement de carrière ou une promotion. Le point de vue est donc celui d'un acteur davantage sensible à sa position dans le champ qu'à son niveau dans l'institution, c'est à dire plus inscrit dans une relation de service que dans un rapport de pouvoir :

« Ma satisfaction n'a pas été de devenir médecin général ou d'être à la tête d'une DDASS. Ma satisfaction, c'est de voir que quand il y a un projet, que les gens avaient une idée, que le projet était bon, que je me suis battue avec eux pour que ça marche et que ça a marché, ça m'a fait plaisir parce que j'ai été utile, à un niveau très local. Elle est très mince et modeste, mais c'est l'accumulation de ces petites modestes satisfactions qui était importante pour moi. » (56-MISP-80).

Ces modestes satisfactions produisent néanmoins des effets surprenants : le fait de pouvoir faire « *bouger des petites choses* » confère au métier une modestie qui lui donne ses lettres de noblesse. Les témoignages concernant ces petites gratifications sont nombreux. Ils évoquent des interactions directes entre médecins inspecteurs et administrés/usagers. Pour la plupart d'entre eux, la force subjective de la reconnaissance individuelle compense l'insuffisance objective du résultat de la fonction officielle. Pour beaucoup, cette utilité se mesure par des petits signaux ou des messages ponctuels qui s'expriment comme feed-back inversement proportionnels dans leur durée et leur forme d'expression à l'implication dans le travail qu'ils ont nécessité :

« Je vais vous raconter une chose très précise : une fois, on avait eu de la neige ; il y avait eu des coupures d'électricité partout et quelque temps après, une dame vient dans le service. Quand les gens viennent, c'est surtout pour dénoncer des trucs, nous engueuler, enfin des choses comme ça ; et cette dame m'a dit qu'elle

venait me voir parce que son mari était mort, il y avait 15 jours, et que pendant cet épisode de neige, j'étais intervenu, parce qu'il était insuffisant respiratoire, et il avait besoin d'une assistance électrique, et j'étais intervenu pour qu'un paysan avec son tracteur amène un groupe électrogène. Elle venait pour me remercier, et bien ça a été un grand plaisir, parce que je me dis, on avait monté tout un grand dispositif – c'est vrai que les plans électro-secours, c'est pas marrant– et je me suis dit : ben voilà, c'est un petit retour. Après tout, je me dis, des fois, ça sert peut-être. » (55-MISP-31).

Conclusion intermédiaire.

Il apparaît bien qu'utilité et sens du travail sont co-substantiels à l'identité, mais qu'ils n'ôtent pas toutes les incertitudes relatives au devenir d'un métier. Pour consolider cet édifice identitaire, les médecins inspecteurs ont besoin également de justifier des valeurs qui les singularisent et qui servent en même temps l'institution.

2) Les valeurs des MISP sont reconstruites dans leur appartenance à l'administration de l'État.

Les valeurs peuvent se référer au groupe professionnel mais aussi à l'organisation qui l'emploie (la spécificité de l'État/employeur), de même qu'à des savoirs en transformation par rapport aux formations initiales.

Diversité des valeurs.

Le centre de la vie professionnelle d'un médecin en général et d'un MISP en particulier se concrétise par des actes fort variés que l'individu n'a pas forcément choisis mais qu'il a besoin de faire reposer sur des valeurs qu'il peut avoir pré-construites ou reçues de ses maîtres, ou qu'il peut s'approprier progressivement selon la lecture personnelle qu'il fait de son expérience professionnelle et des interactions sociales qu'elle génère, car les valeurs professionnelles définies par un médecin sont toujours en rapport avec une relation à autrui. Dans ces conditions, même si les MISP appartiennent à un même groupe statutaire, leurs choix de valeurs expriment une relative hétérogénéité. D'abord, la théorie des conventions (BOLTANSKI, THÉVENOT, 1991) propose un premier cadre interprétatif de cette diversité : il y a

des médecins inspecteurs qui privilégient l'intensité de l'expérience professionnelle comme source de valeurs, au travers de situations nouvelles à gérer, où l'improvisation et la recherche d'une coopération semblent être les fils conducteurs d'une action qui ne trouve pas sa place dans des cadres réglementaires ou des protocoles figés ; ceux-ci mettent en avant la santé publique comme discipline nouvelle et spécialisée dans le champ global de la médecine. Il y a d'autres médecins inspecteurs qui trouvent en intégrant le service public le moyen de servir une cause qui dépasse le professionnel individuel et libéral, en associant des compétences et des bonnes volontés dans une démarche dont la rigueur est inspirée de la loi et dont la grandeur procède d'une rhétorique juridique (l'intérêt général) qu'il faut relier à l'action ; ceux-là mettent en avant la santé publique comme espace public de santé organisé et régulé par l'État en tant qu'autorité politique détentrice d'une forte légitimité. Pour d'autres également, la référence à des critères traditionnels (la qualité de la vie familiale) et à des finalités hiérarchisées (le bonheur dans la vie privée) sert de tremplin à l'engagement professionnel dont la qualité est directement tributaire du respect des valeurs construites dans l'espace privé, et ceci est le cas en particulier des jeunes femmes médecins inspecteurs qui ont connu des interruptions professionnelles pour mettre au monde et élever leurs enfants. Dans chaque cas s'exprime un choix de valeurs qui s'intègre dans le champ professionnel et qui correspondrait à un besoin de vivre le travail comme un projet de développement et non de le subir comme une contrainte, donc finalement d'y être acteur, en particulier lorsque pour un médecin, celui-ci s'organise dans le cadre d'une institution non médicale.

Le métier et l'institution : une confrontation de valeurs.

Certes, les valeurs de l'organisation ne correspondent pas forcément à celles des individus. Certaines sont réelles (la liberté syndicale par exemple) d'autres en restent au stade des déclarations (la participation des usagers à l'organisation du service public) d'autres enfin émergent du contexte de travail (autonomie et créativité d'une équipe/projet) La cohérence entre ces deux niveaux a un impact sur l'implication. Certains MISP ont tendance à donner davantage d'importance aux valeurs qui expriment le métier qu'à celles propres à l'institution. Le fait de travailler dans un service administratif de l'État ne les empêchent pas de rester attachés à leurs groupes d'adhésion culturelle, sociale ou politique, sachant néanmoins que pour un

certain nombre d'entre eux leur intégration à l'État est aussi la marque d'une relative distanciation par rapport au groupe professionnel des médecins soignants. Le difficile rapport à l'argent pour certains MISP qui ont exercé en libéral révèle une contradiction du métier : comment venir en aide aux gens en difficulté et en tirer profit ? Cette contradiction a son pendant dans le travail au sein de l'administration : comment aider les acteurs de santé publique dans leurs missions et les contrôler dans leurs activités ? Il peut y avoir là un conflit de valeurs, entre celles qui s'appuient sur la défense du système et son efficacité socio-économique et celles qui reposent sur la liberté individuelle et l'autonomie de l'acteur :

« J'ai fait des remplacements, et à la fin de mes études de médecine, j'étais très gênée quand on en arrivait au stade du règlement des honoraires, quand la petite dame me disait, j'ai pas de monnaie, je vais chercher de la monnaie chez le boucher, attendez... je n'aimais pas trop ; bon, mais j'étais jeune, peut-être que maintenant, il faudrait que ce soit comme ça, et que l'argent soit un moyen comme un autre. Mais je pense que c'est pareil, aujourd'hui, c'est ce malaise, me retrouver dans la situation d'inspecteur/ inspecté. Moi, je n'aime pas trop, faire des procès d'intention aux gens, jusqu'à ce qu'il y ait un truc flagrant, donc, inspecteur, ça ne me va pas bien d'emblée. » (21-F-52).

Rapprocher l'action professionnelle de convictions personnelles n'est pas toujours simple, parce que les valeurs se heurtent aussi à des contradictions structurelles : la santé publique n'est qu'un registre de référence pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, elle doit s'accommoder de procédures et d'instances, telles que les conférences régionales de santé, porteuses à la fois d'intentions participatives mais également consommatrices d'informations techniques qui limitent beaucoup le temps disponible et canalisent les énergies et les compétences davantage dans les fonctions d'inspection que dans la réflexion et l'échange auxquels semblent aspirer certains MISP quand ils parlent de « démocratie sanitaire » :

« Aujourd'hui, tous les médecins aimeraient bien investir dans la notion de santé publique, les démarches relatives à la conférence régionale de santé les interpellent de manière très positive. Ils souhaitent être des acteurs de première ligne sur ces thèmes, et ils se rendent compte que, fondamentalement ils consacrent un

minimum de temps à des choses qui leur paraissent indispensables pour améliorer l'état de santé de la population pour l'avenir et ils continuent à rester présents sur l'analyse critique de l'offre de soins, et même pas de toute l'offre de soins, de l'offre de soins hospitalière. » (46-H-47).

Cette présence et cet esprit critique servent une cause qui n'est pas seulement celle du groupe professionnel, mais bel et bien celle de l'institution. Si l'administration, est aujourd'hui poussée à dialoguer avec son environnement, c'est pour que le service qu'elle gère reste légitimement un service public.¹⁶⁷ Pour les médecins inspecteurs de santé publique, les processus qui mènent aux valeurs mettent en évidence une complexité qui renforce l'hypothèse déjà émise d'une évolution des professionnalités vers des ré-articulations subtiles entre identité de métier et identité d'entreprise.¹⁶⁸ Entre le recrutement d'un médecin dans un service de l'État et l'évaluation de la qualité des soins fournis à la population, les valeurs se construisent au croisement de représentations (l'État fait plus penser à la santé publique qu'à l'assurance maladie) de motivations (faire le deuil de la clinique pour une expertise en santé publique) et d'expériences (transformer le réel, c'est agir avec les acteurs qui le font) Ce sont des valeurs qui servent l'identité de métier tout en empruntant à des formes d'identité institutionnelle :

« Mon expertise de santé publique, c'est aider à améliorer l'organisation du système de soins pour une meilleure qualité. Alors quand on dit « transformer le réel », j'estime qu'à certains moments, j'ai transformé le réel ; je peux vous dire dans quelles circonstances, dans une DDASS, en appliquant une circulaire sur l'organisation du schéma départemental de santé mentale, on transforme le réel, c'est à dire quand on met ensemble autour de la table des gens qui ne se connaissent pas, qui n'ont jamais travaillé ensemble, et qu'on construit des actions concrètes, on transforme le réel... Mais ma grande difficulté aujourd'hui, c'est comment retrouver le sens que moi, j'ai donné, ce pour quoi je suis devenue médecin inspecteur, et

¹⁶⁷ Cette idée est contenue dans l'analyse de BRACHET : « L'impératif de participation (sous des formes diverses) des différents types d'usagers au fonctionnement des services publics découle donc de la reconnaissance que la qualité des services rendus suppose que le point de vue interne de l'administration sur l'utilisateur accepte de dialoguer avec le point de vue autonome de l'utilisateur sur les services. Ceci en quelque sorte à titre préventif : pour empêcher que les dysfonctionnements des services ne bousculent le fragile impératif de continuité du service public. Ce n'est que dans cette mesure que le service est bien « public » et non « étatique ». En définitive, remplir ses missions de service public suppose de la part de l'organisme que sa tendance incoercible à la souveraineté soit équilibrée par l'incitation permanente que constitue la démarche de partenariat avec ses partenaires externes. », BRACHET P., *Le partenariat de service public avec usagers, élus, professionnels*, L'Harmattan, Paris (1994, p. 6).

¹⁶⁸ DEMAÏLLY Lise, La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels, *Revue Travail et Emploi*, sept.98.

fonctionnaire d'État. Ca veut dire que j'ai pas passé le concours de médecin conseil. Quand j'ai passé le concours de médecin inspecteur, j'ai choisi de ne pas passer celui de médecin conseil. J'ai choisi parce que j'avais une certaine idée de l'État. » (55-MISP-31).

Contrôle et évaluation s'interpénètrent de plus en plus dans un binôme de fonctions attendues de l'administration de la santé, qui redonne cohérence à l'identité dédoublée dont parlait C. DUBAR. L'acteur professionnel s'approprie des rôles complémentaires ; il ne les joue pas forcément de manière contradictoire : identité dédoublée mais non dissociée. Dans le champ des activités d'un MISP, le contrôle est une fonction nécessaire à la mission de tutelle de l'État, alors que l'évaluation est une fonction indispensable au métier, donc à l'identité. Elle repose sur une valeur de dépassement de sa propre expertise dans l'expertise collective. Parce que l'évaluation est plus complexe qu'un contrôle normatif, les médecins l'invoquent souvent pour caractériser leur métier :

« Il y a des circuits qui sont à inventer. On ne peut pas forcément les trouver du jour au lendemain. On est là pour tous travailler ensemble, pour modifier, pour évaluer, et non pas pour sanctionner à chaque faux pas. » (5-F-39).

Les valeurs en prise avec la santé publique.

Dans le discours des médecins inspecteurs de santé publique, vérifié d'ailleurs par les faits (cf. le chapitre II sur les caractéristiques formelles du corps et l'approche comparative des rémunérations) les valeurs humanitaires l'emportent sur le niveau de revenu. Or médecine et santé publique semblent pour les MISP reposer sur deux valeurs que les métiers ont rendues parfois contradictoires : liberté et désintéressement. La médecine libérale reste en effet connotée par les MISP comme une médecine de profit et la santé publique comme une branche du service public. Ainsi médecine salariée et santé publique apparaissent comme deux réalités porteuses d'une même valeur : la recherche de l'égalité comme fondement de l'intérêt général. Le rapport sur les médecins inspecteurs de la santé dans le dossier présenté par le syndicat des MISP en avril 1989 l'avait souligné comme premier élément du constat introductif sur la médecine salariée :

« *La médecine salariée est dans notre pays une réalité historique et un élément essentiel du dispositif de santé par un important service public hospitalier et l'existence d'un certain nombre de missions qui ne peuvent être assurées par le système libéral ; de certaines populations ou pathologies spécifiques qui ne peuvent y avoir aisément accès. La santé publique fait partie de ces missions.* » (Syndicat des médecins inspecteurs de la santé, U.C.M.S.F. avril 89).

En se situant comme professionnels de la santé publique et comme membres d'une administration d'État, les MISP retraduisent l'utopie égalitaire en principe d'équité. Les valeurs sur lesquelles ils fondent leur métier ont à voir avec la recherche d'une égalité de conditions et de traitement des individus et des populations exposées aux risques de l'existence, dans un cadre donné. Ces valeurs d'égalité républicaine ne s'opposent pas aux impératifs économiques de l'intervention publique de l'État dans le domaine de la santé. Lorsque les MISP sont appelés à rationaliser et contrôler les moyens consentis par le système de protection sociale et l'État à l'exercice de la médecine, ainsi qu'à corriger l'inégale répartition de ces moyens, conséquence des décisions et des ordres de domination au sein de la profession, ils contribuent d'une certaine manière au processus de déprofessionnalisation de leur groupe d'origine.¹⁶⁹ Peut être à leur insu, les MISP contribuent-ils à réduire le pouvoir d'une profession qu'ils défendent.

Dans ces conditions, je dois noter que l'énoncé d'une valeur professionnelle par les membres d'une profession sert autant l'intérêt de ses usagers ou de ses clients que ceux de la profession elle-même. Exprimer une valeur forte en direction des usagers revient en définitive à assurer une forte protection des professionnels face aux aléas du métier, en l'occurrence pour un médecin inspecteur lui conférer un statut spécial au sein de l'organisation administrative. Ce que j'appelle statut spécial, c'est la possibilité reconnue pour les médecins de dire à l'administration ce qui est bien ou non pour l'exercice de leurs missions. Comment s'opère cette légitimité critique ? L'opposition des conditions bureaucratiques de travail du métier de

¹⁶⁹ Cet effet secondaire du contrôle de l'État a été développé par STEPHAN : « On peut se demander si l'importance croissante des moyens consacrés par la collectivité au service des médecins ne les conduit pas à la déprofessionnalisation et au contrôle, ce qui supposerait pour les citoyens eux-mêmes une rationalisation douloureuse des objectifs... Ces modèles sont aujourd'hui le fait de l'État, qui s'approprie les santé individuelles au nom d'un intérêt général qui n'est que la résultante des conflits d'une multiplicité d'intérêts et de volontés de puissance, parmi lesquels ceux des médecins qui sont les alliés des uns, les adversaires des autres, mais dont le groupe social est également l'ennemi de soi-même, parce que divisé par la réalité économique en intérêts contradictoires. », STEPHAN J.C., *Économie et pouvoir médical*, Économica, Paris (1978, p. 98).

médecin inspecteur à une représentation idéalisée du métier de médecin de santé publique, construite sur des sciences sociales montre l'attachement à une valeur de liberté professionnelle, donc d'autonomie de la profession, une autonomie qui se fonde sur du savoir scientifique pour s'opérationnaliser dans l'institution administrative. Ce regard critique s'exprime aussi par un militantisme qui révèle à nouveau des valeurs humanistes, où il est question pour le MISP, non pas tant de défendre les intérêts des usagers d'un système de soins, mais de les aider à reconstruire une identité, substituée au statut dominé de patient, un profil citoyen plus critique et plus lucide à l'égard de l'univers des soins hospitaliers, qui se voudrait ouvert sur la vie sociale en général. Cette défense identitaire du patient est en même temps une stratégie d'affirmation identitaire du professionnel :

« Sur le terrain de l'éducation du patient, j'ai de la stratégie de long terme ; on se retrouve en petite équipe, un réseau plus étendu, des échanges avec des gens qui m'apportent, m'enrichissent, des universitaires, des gens d'un peu partout. On retrouve la diversité, le thème du projet, et aussi cette envie de réformer quelque part, cette envie d'être actif, de régler quelque chose qui, à la limite, est entre l'éthique et l'insatisfaction, des trucs personnels, quoi ; c'est de dire : à l'hôpital, on ne doit pas traiter, au sens fort de « traiter » les gens, on ne doit pas continuer à traiter les gens comme on les traite maintenant. C'est un peu grandiloquent, mais je l'ai vécu comme ça, parce que moi-même, je me suis fait « traiter » en tant qu'apprenant, et même en tant que patient, puisque j'ai été patient, et médecin inspecteur. Mais je me suis fait traiter, je veux dire, en tant qu'externe, au plus près de la logique de soins, dans un système un peu écrasant, et où j'ai vu des patients écrasés. C'est peut-être un peu romantique comme vision, mais je crois que je vais prendre une certaine distance par rapport à ça. Voilà, c'est cette envie, en même temps assez politique, je dirais humaniste. Je pense que la santé, c'est la participation à la vie sociale, et je ne vois pas pourquoi, parce qu'on est malade, on n'est plus un citoyen, d'où le projet d'éducation du patient. Moi, j'essaie de lui donner un tour stratégique aussi, et je sais que c'est un projet qui est en contradiction flagrante avec la culture hospitalière dominante. C'est vrai que ça m'intéresse de travailler dans ces marges là. » (33-H-37).

La participation des individus et des groupes à des activités de santé publique, prévention, éducation pour la santé par exemple, repose sur un principe que de nombreux MISP jugent donc fondamentale : l'autonomie. Cette défense de l'autonomie est en même temps le reflet de la volonté d'autonomie d'un métier qui s'oppose au pouvoir dominant de la médecine soignante et à celui de l'arbitraire de l'administration. Ce raccrochement à une espèce de mission impossible confère au métier son utopie consciente et sa grandeur inachevée :

« Avec tout un travail participatif, l'idée c'est : comment les gens, les citoyens, peuvent, dans des gestes quotidiens, s'intégrer dans la ville, participer à la vie de la cité ; c'est ce qui m'intéresse toujours. Pour moi, ce n'est pas une opinion, c'est beaucoup plus une idée force. J'estime que, ce soit par le soin, par la santé publique, le sens de ce qu'on fait, c'est la place de l'homme. Il n'y a que ça qui m'intéresse, le reste c'est littérature... Ce qui m'intéresse c'est de participer à ce qui peut amener les gens à avoir envie de maîtriser leur vie. Mais, objectivement, en termes d'évolution de l'état de santé, je pense qu'un certain nombre de signes ne vont pas dans le sens de l'amélioration de la santé de la population. » (9-H-59).

Ces valeurs humanistes et cet idéal participatif constituent une espèce de toile de fond subjective propre aux médecins inspecteurs de santé publique. Elles ne sauraient leur suffire, parce qu'elles restent encore trop abstraites. A celles-ci se greffent les valeurs issues de la confrontation des professionnels à leur cadre organisationnel, c'est à dire les acteurs collectifs et individuels eux-mêmes porteurs de valeurs à défendre. Cette confrontation des valeurs ne donne pas à celles défendues par les MISP une totale homogénéité.

L'ordre négocié des valeurs.

Dans leur hiérarchie des valeurs, les médecins inspecteurs peuvent mettre en avant les références à l'idéal républicain incarné par l'État, la raison d'être de la profession médicale ou encore la recherche du bien-être des populations. Ce qu'ils appellent le terrain est à l'origine d'une valeur de citoyenneté, c'est à dire de participation à une œuvre commune d'élaboration d'actions ou de politiques de santé. Cette valeur prend le contre-pied de l'appartenance institutionnelle (le médecin

inspecteur représente l'État) pour réaffirmer l'identité professionnelle (le MISP est un médecin) puisque le MISP défend l'image du citoyen ordinaire face à l'État jacobin, institution symbole du pouvoir centralisateur. Le témoignage qui suit a été recueilli au cours d'un entretien avec des médecins de DDASS et de DRASS ; il éclaire particulièrement ce besoin de défense du métier et de l'identité :

« Moi, le travail que je fais très souvent en réunion, quand on nous dit : vous êtes l'État, vous devez nous dire que... là, je dis non ; je dis : on est tout d'abord des citoyens, on réfléchit ensemble, et après peut-être que je peux vous aider pour dire quelle est la politique de l'État, mais l'État, c'est nous, on est des citoyens, on réfléchit, et puis on amène nos idées à l'État. On voit bien, dans les lois, il y a beaucoup d'idées qui sont arrivées du terrain, et nous on doit participer. Moi, je lutte contre cette vision de l'État là, je ne me reconnais pas dedans... Quand on est médecin, on a été médecin, à la base, la relation, c'est avec le patient, c'est le service « au service de l'autre »... ce que nous légitimons, c'est nos parcours. On n'a pas à respecter une administration, on respecte notre métier, et si la politique dit ceci, cela, si notre administration dit ceci, cela, c'est pour nous, en tant que médecin, face à telle ou telle connerie, de pouvoir trouver des arguments qui ne soient pas des arguments administratifs mais des arguments techniques médicaux, pour dire : l'administration, en soi n'est pas un but, elle au service de tel ou tel truc qu'on a identifié. Notre parcours ailleurs, fait qu'on n'a pas à respecter les règles qui sont édictées ; on n'a pas fait des études pour rien ; il y a des choses pour lesquelles on est pertinent. Quand on rencontre un préfet, un directeur, on a des arguments sérieux à faire valoir. » (56-MISP-80).

Néanmoins, si l'action administrative est faite de contraintes, la représentation symbolique de l'État dégage des marges de manœuvre, un pouvoir d'influer qui repose sur la défense des valeurs de liberté et d'égalité. En ce sens, le métier de médecin inspecteur renoue avec les valeurs du métier de médecin de santé publique. C'est particulièrement vrai en matière de lutte contre le SIDA où le travail d'inspection ne se limite pas à une vérification de normes mais intègre également la défense de libertés qui s'exprime par le refus du monopole des grandes associations et de leurs courants de pensée, favorisant dans une certaine mesure une diversité d'approches, une pluralité au niveau de petites associations innovantes dans le travail auprès de toxicomanes, tout en rappelant le respect de grands principes de sécurité sanitaire.

Ceci dit, la référence à l'État demeure toute relative ; elle ne justifie pas tout parce qu'elle peut se heurter à des représentations différentes de l'intérêt général bien compris, lorsque le MISP s'efforce par exemple d'être un rassembleur face à l'État, représenté par un préfet ou un directeur de DDASS qui divise les acteurs pour gérer les conflits, au risque d'oublier la centralité de l'utilisateur. Ceci peut se révéler dans les faits lorsque des conflits se développent entre groupes de praticiens hospitaliers et directeurs d'hôpitaux. Le témoignage suivant laisse à penser que ce que le MISP appelle « le bon sens » a quelque chose à voir avec l'intérêt général, c'est à dire la qualité du service à rendre à l'utilisateur :

« Il y avait des anesthésistes, des réanimateurs, un conflit entre les deux. J'avais fait un rapport pour enclencher les choses derrière, refaire marcher l'hôpital, et j'avais réussi à remettre les gens autour des tables, ça recommençait à partir dans le bon sens... La directrice a rencontré les chirurgiens, ça lui a fait tilt avec l'un des chirurgiens, et d'entrée de jeu elle a choisi le parti des réanimateurs ; l'autre groupe a démoli tout ce que j'avais fait. Ça a entraîné la démission du directeur, parce qu'elle voulait la démission du directeur ; elle a fait partir des médecins, enfin bref, et même si je lui montrais par A+B qu'elle avait tort, elle voulait pas l'admettre parce qu'elle représentait l'État ; on avait dit que ce sera ça envers et contre tout, quitte à faire partir des gens, c'est pas grave, on en retrouvera des nouveaux, mais il ne faut pas que l'État perde la face. On ne peut pas dire que le préfet, par l'intermédiaire du DDASS, s'est planté. Et moi, je ne fais pas ça, je ne sais pas faire. » (3-F-34).

Fédérer des compétences diverses autour de l'intérêt du patient reste pour les MISP une manière de décliner cette notion d'intérêt général. Les médecins inspecteurs de santé publique invoquent des valeurs qui empruntent aux influences diverses de leur champ relationnel. Entre l'engagement médical, le militantisme républicain et le sens du service public ils déclinent des références idéologiques qui ne leur permettent pas de se singulariser de façon homogène. Les valeurs représentatives du groupe des MISP se caractérisent ainsi par leur diversité d'emprunts aux groupes environnants.

Entre le savant et le politique : les valeurs s'inspirent de plusieurs modèles.

J'ai souvent entendu dans mes entretiens avec les médecins inspecteurs que la connaissance est aussi une valeur pour les esprits curieux, plus soucieux de progrès intellectuel que de carrière. Le métier de MISP peut donc offrir un enrichissement par le savoir (le savoir juridique et l'approche globale en santé publique notamment). Les MISP savent qu'en santé publique on ne touche pas aux mêmes choses qu'en médecine clinique et que l'intérêt d'avoir une vision collective de la santé et des systèmes en général correspond à une meilleure compréhension des problèmes de santé des individus et des groupes, sans pour autant intervenir directement dans les soins. Cette vision globale des choses manquerait dans l'approche médicale traditionnelle. Cette valeur du savoir donne un sens au travail. Elle l'éclaire quant aux choix de l'acteur professionnel qui peut privilégier son savoir pour gravir les échelons hiérarchiques dans l'institution ou développer des compétences pour remplir sa mission. Pour certains MISP, ces deux approches seraient antagonistes :

« Tout dépend comment on conçoit le système, pourquoi on fait son boulot. On fait soit pour avoir du pouvoir, soit pour remplir une mission, parce qu'on a un sens de l'État, du service public. Enfin, ça dépend comment on remplit cette mission ; après c'est vrai, on la décline différemment. C'est vrai que si c'est dans une démarche de pouvoir et qu'en face on peut avoir des médecins qui sont dans la même démarche, ça clache. Quand on a quelqu'un qui est dans une démarche de service public et qu'en face il y a quelqu'un qui est dans une démarche de pouvoir, ça clache aussi, c'est clair. » (57-MISP-13).

La vision politique du système de santé revendiquée par les MISP s'exprime souvent en termes critiques des insuffisances constatées, en matière d'inégalité notamment. La réflexion sur les valeurs va de pair avec les approches globales qu'une administration d'État est sensée organiser et conduire. Si une approche globale prend en compte les systèmes, elle est forcément politique, donc elle s'appuie sur des valeurs, puisqu'une politique n'a de pertinence que si elle a un sens, et l'extrait d'entretien qui suit semble bien le confirmer :

« Est-ce que nous pourrions accepter de vivre dans une société inégalitaire qui crée des disparités de pouvoir, de salaire ; en conséquence de quoi est ce que mon travail dans le système sanitaire est un travail dont les objectifs sont clairs pour tout le monde ? C'est à dire est ce que je dois travailler dans le système des hôpitaux, prenons un exemple, en cherchant à retrouver de la justice humaine, à travers des canaux de justice sociale globalement acceptés par tout le monde... De même sur le médico-social, qu'est ce que l'on fait exactement ? Est-ce que l'on a les moyens de petits morceaux de politique qui sont décidés à cause de petits morceaux de problèmes ? Ou est ce qu'on a les moyens d'une politique générale sur le social qui soit une politique clairement acceptée de réduction de la pauvreté, de l'inégalité, je ne parle même pas de la technique pour y arriver, ça c'est autre chose, ou est ce qu'on est d'accord pour un objectif commun ?... Maintenant il y a aussi l'hôpital/entreprise qui a été vendu comme étant à la pointe de notre société, une entreprise moderne, avec sa productivité, chère mais c'est sans importance puisqu'il y a la croissance. L'hôpital sort peut-être un peu notre administration et le ministère de la santé de cette représentation globale de faiblesse. Est-ce que je me retrouve dans ce ministère ? C'est ça. J'ai besoin de comprendre si tout le monde est d'accord sur les objectifs, mais peut-être que je me pose des questions sur le sens de la société seulement, et que l'administration n'est qu'un morceau de ce sens là. » (20-H-46).

3) Conclusion.

Le rapport F. PIEDNOIR de mars 1995 avait bien pointé les enjeux du positionnement des MISP dans leur champ professionnel :

« Technicien, il tient la place de l'expert et doit savoir à la fois faire respecter la liberté de l'intellectuel et la légitimité et la fragilité du politique. Le MISP doit avoir appris à se situer dans ce jeu du pouvoir et des décisions, à ne pas se sentir frustré de sa position. » (1995, p.69).

Entre le savant et le politique, les MISP investissent un métier exposé à des influences inspirées de valeurs qui peuvent s'opposer. Le savoir médical en acte, lorsqu'il s'agit de santé publique, constitue une sorte de passerelle entre la vision du savant qui observe et produit un savoir scientifique et celle du politique qui éclaire

ses décisions à la lumière de ce savoir. La valeur se construit alors dans l'espace d'un possible, le lien à définir entre la connaissance et l'action. Ainsi, entre les valeurs du savant (la connaissance humaine et la compétence) et celles du politique (l'art du compromis), les MISP s'interrogent sur l'utilité de leur travail. Ni chercheurs, ni décideurs, ils exercent un métier particulièrement sensible au choix de valeurs pour conduire leur action. Issus d'une profession où tout acte ne se partage pas et donne au professionnel sa raison d'être, ils exercent un métier au sein d'une institution publique dont les exigences de partage du travail en transforment les valeurs, le contenu et les finalités. J'ai montré dans ce chapitre que ce processus de transformation était particulièrement interactif. La dynamique du métier de MISP s'appréhende avec celle de la profession médicale et les pratiques administratives. Le rapport à l'État et son administration correspond donc au second volet de cette triangulation des interactions. Je voudrais par-là ajouter que les MISP n'occupent pas une position nettement définie dans un tel champ ; ils s'y déplacent au gré des combinaisons d'un certain nombre de variables : l'émergence des nouvelles questions de santé publique, la défense de l'autonomie de la profession médicale, le développement de l'intervention publique, et les attentes de la population et des usagers. Cet univers particulièrement mobile constitue la matière des politiques publiques de santé. C'est le rapport des MISP à ce dernier volet d'agrégation de variables constitutives du système de santé qui va être examiné au chapitre suivant.

CHAPITRE XIII

LE RAPPORT À LA POPULATION ET AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE.

Il va être question dans ce chapitre de la transformation professionnelle induite par le développement de la santé publique dans le cadre des politiques publiques de santé. L'impact des nouveaux enjeux sur le travail de l'administration et la technicité de ses agents se cristallise dans le concept de population qui recouvre diversité sociale, reconnaissance de droits juridiques et protection sanitaire. Aucune de ces notions n'est étrangère au métier de médecin inspecteur de santé publique, qui en partage l'approche avec de nombreux autres acteurs, experts, usagers et décideurs.

Je vais ainsi rappeler qu'en matière de santé publique il n'existe pas de frontière étanche entre le professionnel et le politique. En effet, pour reprendre l'analyse de D. FASSIN, si la politisation de la santé a relativisé le pouvoir technique et professionnel de la médecine, elle a aussi contribué à accentuer le besoin d'expertise des professionnels qui peuvent y répondre avec autant d'engagement éthique que stratégique (FASSIN, 1996, p. 299). Les MISP sont directement concernés par cette évolution du champ de la santé. C'est ce que je vais démontrer en examinant d'abord les arguments qu'ils mobilisent pour justifier leur rapport au concept de population, dont je situerai dans un second temps la centralité par rapport au métier lui-même, avec la présentation commentée d'un entretien caractéristique sélectionné dans l'échantillon des MISP interviewés au cours de cette recherche.

1) Le rapport des MISP à la population.

Population et droit à la santé.

En matière de santé publique, l'activité technique est d'abord une activité sociale et ceci pour deux raisons : la première a trait à ce que FREIDSON appelle les

techniques de management lorsqu'il étudie les limites du savoir professionnel (1984, p. 331) c'est à dire l'application d'un savoir purement technique à des problèmes pratiques, par exemple le choix d'une réponse à un besoin de santé collectif ; la seconde est liée au fait que la santé publique s'intéresse à l'existence même de la population et non à l'expression de symptômes directement associés à des pathologies précises. Les médecins de santé publique en France renouent parfois avec les préoccupations des modèles communautaires instaurés dans les pays en voie de développement. Les MISP qui ont eu une expérience africaine restent sensibles aux principes des projets sanitaires qu'ils ont pu initier dans les dispensaires.¹⁷⁰ Dans ces conditions, le rapport à la population apparaît plus complexe qu'en matière de médecine curative, parce que les besoins d'une population ne s'expriment pas forcément directement et de manière explicite. Lorsque W. DAB parle de l'obligation de résultats en santé publique¹⁷¹ il rappelle « *qu'à la différence du patient qui vient solliciter l'aide d'un praticien, légitimant ainsi l'action médicale, la population n'est pas directement demandeuse des interventions de santé publique dont elle fait l'objet* » (1993, p. 193) Lorsqu'il est question de savoir-faire performant en santé publique,¹⁷² on s'éloigne du concept de savoir-faire de l'expert couramment utilisé en médecine soignante. Néanmoins, entre le colloque singulier et l'approche des populations, seules les méthodes changent, les valeurs restent les mêmes : il s'agit d'être au service de ... L'expression des attentes de la population et la reconnaissance des besoins sont au fondement du service. Elles offrent au métier de MISP implication et légitimité, comme l'ont affirmé les médecins inspecteurs rencontrés au cours d'un entretien collectif :

« Nous, médecins inspecteurs, nous avons une force, c'est de faire émerger en quelque sorte le besoin, parce que c'est quand nous arrivons à faire comprendre à nos hiérarchies qu'il y a un besoin, et qu'on individualise ce besoin, que la hiérarchie suit les propositions que nous faisons. Mais tant que l'on n'évoque pas le besoin, notre hiérarchie ne suit pas forcément la proposition. Mais une fois qu'on touche le domaine du besoin, alors là on peut compter sur le fait que les choses

¹⁷⁰ Sur ce point, D. et E. FASSIN précisent : « Il n'est plus question d'aide à des projets sanitaires qui n'énonceraient pas les deux principes de l'accessibilité aux soins et de la participation des populations. Choix qui résulte à la fois de la prise de conscience des inégalités sociales devant la maladie et la médecine, et de la reconnaissance des carences des dispositifs de santé des pays en développement, particulièrement ceux de leurs catégories les plus défavorisées. », FASSIN D., FASSIN E., (1989), La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal, in *Revue Tiers-Monde* N°30, (p. 881-891).

¹⁷¹ DAB W. La décision en santé publique, surveillance épidémiologique, urgence et crises, Rennes, ENSP, 1993.

¹⁷² Médecins inspecteurs : rôle et formation, Rapport n°1 de la commission santé publique, mars 1988, p.10.

peuvent avancer. Toutes les fois où on est arrivé à faire une étude de besoins qui montre que la population attend du service public qu'on satisfasse ce besoin là, on arrive à se faire suivre, parce qu'on est un maillon de la chaîne, et tant qu'au sein de la chaîne, on n'arrive pas à faire comprendre la notion de besoin, on ne peut pas forcément y arriver. » (56-MISP-80).

Le concept de besoin implique une double exigence de proximité et d'objectivité. Les médecins de santé publique se veulent proches des populations qu'ils servent. En ce sens, ils renouent avec un idéal du médecin soignant. J'ai rencontré certains MISP qui ont en tête une idée du « *vrai médecin* » c'est à dire celle du médecin proche des familles, qui va les voir à domicile, qui prend le temps de les écouter, et qui connaît et comprend les problèmes qu'elles rencontrent dans la vie en général, et non pas seulement leurs symptômes et les pathologies à traiter. Cette idée du médecin proche des gens se retrouve en santé publique lorsque les MISP déclarent partir des réalités de la vie des gens pour comprendre leurs attentes et analyser leurs besoins de santé. Ceux d'entre eux qui travaillent sur le thème du SIDA ont pris rapidement conscience des particularités du contexte social de cette maladie dont la stigmatisation a réveillé des peurs collectives et dont le vécu individuel fait apparaître des besoins d'intégration sociale à prendre en compte.¹⁷³

Besoins de santé et diversité sociale.

C'est parce que le concept de population apparaît très éloigné de la médecine de soins que les MISP décrivent l'expression des besoins de santé comme une démarche complexe, impliquant des pratiques et nécessitant des savoir-faire particuliers absents des apprentissages de la médecine soignante. Cette complexité est aussi liée au fait qu'elle touche aux limites du savoir professionnel évoquées par FREIDSON lorsqu'il fait référence aux décisions prises sur « *fond d'ordre moral ou axiologique* » (1984, p. 329) Il est difficile pour un MISP, en effet, d'être un expert en santé publique lorsque les décisions auxquelles il participe relèvent de l'intérêt général, donc d'une référence d'ordre moral ou d'un principe d'égalité. Dans ce cas, le public ou les profanes, ont alors à voir dans les activités professionnelles d'aide à

¹⁷³ PIERRET J, (1997/12) SIDA : nouvelles perspectives en anthropologie et en sociologie ? Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH, in *Sciences sociales et santé* 15.4 (p.97-120).

la décision, tout comme ces activités ont à voir avec une politique publique de santé. Le rapport n°1 de la commission de santé publique de mars 1988 précisait qu'en matière d'intervention de santé publique :

« Il s'agit 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. » (1988, p.9).

On comprend mieux pourquoi les activités de santé publique sont d'abord des activités sociales. Elles concernent une vie locale, contextualisée dans le temps et dans l'espace. Ainsi donc, lorsqu'il est dit que la santé publique n'a pas de contenu concret (mars 1988, p. 11) cela veut dire que les outils et méthodes qu'elle nécessite ne relèvent pas seulement d'une compétence d'expertise, mais qu'ils impliquent dans leur mise en œuvre des savoir-faire sociaux qui incluent la participation des profanes. Ainsi d'une manière générale c'est dans la double dimension de l'action de l'État définie par P. MULLER¹⁷⁴ que les MISP exercent leur métier, acteurs de l'application d'une politique publique de santé et acteurs des formes d'expression contradictoires des besoins de santé auxquels elle est sensée répondre. J'ai pu relever des propos dans certains entretiens avec les MISP qui précisent nettement que le travail n'est concret et utile que si les populations y trouvent leur place, comme le patient dans le colloque singulier de la médecine curative :

« Je suis référent sur les personnes âgées, si on me pose un problème, on me demande de mettre en place quelque chose pour demain ou pour après-demain, on peut toujours trouver quelque chose à faire, ça aura plus ou moins de sens, je vais rendre un rapport, ça aura une forme, mais ça sera pas utilisé, ça sera pas utile. J'aurai consacré du temps inutilement, j'aurai été payé à rien faire, je ne rendrai pas service aux gens. C'est pas pour autant qu'il y aura moins de personnes âgées,

¹⁷⁴ « L'approche étatique conduit tout d'abord à penser l'État dans son unité et son caractère irréductible à l'action des acteurs qui participent aux politiques publiques. Elle permet par-là même de penser le caractère global de l'État comme entité qui, d'une façon ou d'une autre, exprime une forme d'unité de la société. L'État, dans les sociétés modernes en tout cas, reste en effet le lieu où est construite la représentation que la société se fait d'elle-même, c'est à dire la représentation de son existence propre en tant que société spatialement et historiquement située et de son rapport au monde. L'approche pluraliste, au contraire, met l'accent sur le caractère inéluctablement sociétal de l'État, sur l'immersion des politiques publiques dans la complexité des relations sociales et surtout, sur le caractère inéluctablement contradictoire de l'action publique qui, soumise à une multiplicité d'exigences antagonistes, semble n'être que le résultat improbable d'une absence de direction homogène. Cela signifie que les deux approches expriment, chacune à sa manière, une certaine vérité de l'État et de son action, parce que l'État lui-même exprime à la fois l'unité et la diversité de la société, son existence en tant que totalité pensée et sa tendance à l'éclatement inéluctable. », MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998 (p. 40-41).

qui vont aller des urgences en cardio ; en cardio, on n'en voudra pas parce que c'est la pneumo, en pneumo, on fera pas parce qu'elle aura mal au cœur, et puis elle va finir par mourir, ou elle va glisser, elle va finir ses jours dans un lit de long séjour, alors qu'on aurait pu éviter tout ce circuit. Oui, c'est frustrant. Sinon, je retourne, si on n'avance pas, si on n'arrive pas à être vraiment concret, je retourne aux soins, au colloque singulier. » (2-F-35).

Le SIDA a servi de révélateur à cette nécessité d'une transformation des relations entre les gens et les médecins, entre l'administration et les usagers. Il a repositionné les malades comme des acteurs à écouter, pour compenser le balbutiement des thérapeutiques. Il a donné aux MISP un argument fort pour rappeler le statut de l'utilisateur face à l'administration, mais aussi pour positionner les MISP comme garants de ce statut. L'évolution récente du champ de la santé publique marquerait une transformation du rôle associatif joué par les groupements de malades vers un modèle d'acteur moins soumis au pouvoir médical, et donc plus revendicatif, qui influencerait sur la transformation des échanges entre professionnels de santé d'une part et entre professionnels et usagers d'autre part.¹⁷⁵ Cette défense du droit d'expression de l'utilisateur légitime parfaitement, en effet, le discours et la position des MISP tant à l'égard de leur administration que vis à vis de leurs confrères soignants, comme l'illustre cet extrait d'entretien avec une jeune femme, médecin en DRASS, chargée de l'inspection des établissements de santé :

« Je n'arrive pas encore à bien trouver un fil conducteur qui me permette de laisser le maximum de chances aux gens quand on les rencontre... Je crois que le SIDA, ça a beaucoup fait avancer... avoir des malades qui revendiquent des soins, et qui se permettent de dire au médecin : là vous avez tort, moi je veux tel médicament qui vient de là-bas ; et le médecin ne sait pas, alors qu'il est tout puissant. Ça a remis un petit peu les pendules à l'heure, et les médecins commencent à savoir parler à l'administration, sachant que l'administration ne doit jamais être que le représentant des utilisateurs. On n'est que les représentants de la population pour qui on travaille. Donc, moi, je crois que ça commence à évoluer un petit peu ; mais pour une grande partie des patrons qui sont là actuellement, ils sont incapables de

¹⁷⁵ Selon HERZLICH : « Les malades deviennent des acteurs, et ce, sur deux registres. Celui de la consommation médicale d'une part, avec la revendication de soins de qualité, et d'autre part, celui plus actif, qui consiste à faire prévaloir la perspective propre du malade, laquelle n'est pas exactement celle du médecin. », HERZLICH C., La résistible émergence de la citoyenneté, *in Politique santé N° 1*, décembre 1997, Fondation de France, (p. 15).

faire cette démarche là, parce que ça correspond pas à encore la médecine qu'on avait il y a 20 ans, c'est la toute puissance technique, et puis il y a le SIDA qui est arrivé, qui a beaucoup bouleversé les mentalités. » (3-F-34).

Population et service public.

Il semblerait que dans une structure de soins proprement dite où tout est organisé et programmé pour la prise en charge des patients et les traitements, le rapport aux individus s'estompe devant une approche plus technocratique et une logique économique, tandis qu'en santé publique, les MISP évoquent un rapport plus innovant c'est à dire non inscrit dans des programmes de prise en charge préétablis, mais organisé « *au niveau des gens* » (18-F-72), donc forcément plus incertain. Ainsi, le rapport d'un MISP à la population est débarrassé de l'écran technologique et réglementé du service hospitalier. Les MISP parlent de la logique de la population pour l'opposer à celle de l'hôpital, déplorant à ce niveau non pas la tentation bureaucratique mais une déshumanisation technocratique. Quoi qu'il en soit, il existe bien un rapport à la population qui s'exprime rationnellement par l'analyse objective de besoins, et une implication de la profession qui se veut à l'écoute subjective des attentes de la population. Dans l'analyse de besoins, le professionnel est un technicien ; dans l'écoute des attentes, il crée du lien, il légitime son intervention, il rapproche l'administration de l'utilisateur et il se différencie de la médecine clinique. Il sert le processus de relégitimation de l'État. L'enjeu du partenariat, c'est bien le service public, c'est à dire un ensemble d'activités auxquelles prennent part les citoyens/usagers qui en sont finalement les ultimes bénéficiaires.¹⁷⁶ Comme l'illustre le témoignage qui suit, chez un MISP, il n'existe pas de véritable expertise sans interaction sociale, c'est à dire sans forme de participation ou d'expression des individus ou des groupes sur lesquels elle porte un diagnostic de santé publique :

¹⁷⁶ C'est ce que précise BRACHET : « L'application effective des principes du service public suppose une connaissance des attentes, des besoins et des situations des usagers, à deux niveaux : pour l'application de la réglementation existante d'une part, et pour préparer la décision démocratique d'une nouvelle réglementation d'autre part... si le partenariat est la démarche indispensable au respect des principes du service public, c'est parce que l'administration n'est pas en mesure de satisfaire complètement à elle seule le besoin de connaissance des usagers. Ceci parce que ces derniers sont le résultat des activités des services : elles génèrent bien une certaine connaissance des usagers, mais marquée par leurs points de vue et intérêts. », BRACHET P., *Le partenariat de service public avec usagers, élus, professionnels*, L'Harmattan, Paris, 1994.

« J'ai toujours envie de vérifier que ce qu'on exerce en santé publique a du sens par rapport à la vie des gens... Dans la promotion de la santé, dans la démarche communautaire, la vie de quartier, les réponses santé que nous essayons que les gens pilotent ou co-pilotent, dans un secteur géographique donné, c'est tout le temps à partir de cette logique. Je pense qu'au mot besoin, je substituerai de plus en plus le mot « attentes » qui me paraît plus objectif de la réalité de la vie et en même temps objectif des logiques rationnelles qu'on peut utiliser en matière de besoins de santé. Celui de l'attente des gens est parfois considérable. Notre logique, je crois, c'est d'essayer de jouer à partir des besoins rationnels, pour essayer que les solutions santé se fassent dans le sens de cette logique rationnelle, et si la population a une attente en décalage par rapport aux besoins objectifs, moi, je priorise la dynamique dans laquelle les habitants seront acteurs... Moi, je suis très frappé, dans la vie de quartier, quand j'arrive dans un quartier de voir qu'on sait par exemple, que les besoins dans le domaine de la toxicomanie peuvent être considérables, en matière de pauvreté aussi, c'est important.. ;et puis, les gens parlent de quoi ? Moi, j'ai l'exemple de plusieurs réunions de quartier, c'est l'angoisse de la population, la déprime des gens, le suicide, tout ça, c'est la déprime des gens qui ne fait pas de bruit, et qui, pour les gens, est le facteur n°1 de ce qu'ils vivent dans le quartier. Alors, ça ne correspond pas à une démarche scientifiquement élaborée, mais n'empêche que si on écoute dans les réunions de quartier ce que disent les habitants lorsqu'ils se réunissent, je crois que c'est très frappant, ce décalage entre les besoins qu'on analyse et les attentes qu'ils expriment. » (9-H-59).

D'une manière générale, en santé publique, le rapport à la population désigne une médecine de service public, c'est à dire une médecine d'échanges, faite de dialogues avec de nombreux acteurs, donc fortement relationnelle et exigeante en disponibilité. Elle est très interactive et le savoir du médecin cède la place à un savoir-faire qui transforme sa professionnalité. Je pourrais faire l'hypothèse que le renouveau du service public passe par une transformation des professions. L'évolution des politiques publiques de santé et le rôle qu'y jouent les MISP traduisent les difficultés de la confrontation de deux modèles, celui, bureaucratique d'une application organisée de ces politiques soutenue par un mouvement de modernisation du service public, et celui professionnel d'un contrôle autonome des pratiques, des moyens et des métiers concernés par ces politiques. Les MISP

n'appliquent pas seulement une politique décidée par un État central ; parce qu'ils sont en relation avec de nombreux autres acteurs dans le champ de la santé publique, ils en définissent les contours et les méthodes.¹⁷⁷ Le rapport à la population qui définit le savoir-faire d'un MISP occuperait une place centrale dans le référentiel du métier : aucun MISP ne l'exclut, et nombreux sont ceux qui l'expriment comme un principe professionnel de premier ordre :

« Le modèle idéal, c'est de partir dans une petite DDASS, un département de 700 000 habitants, un petit département, pour la qualité de vie, pour le temps qu'on a pour rencontrer les gens, rencontrer les citoyens, les professionnels, être dans la pulsion du département, et non pas dans les coups d'accélérateur des uns ou des autres, être dans le rythme du département. » (13-H-38).

J'ai souvent trouvé dans les propos des MISP cette préoccupation du rapport entre l'évaluation des besoins et la réponse aux attentes. Dans le premier cas, les approches sont évidemment essentiellement techniques, épidémiologiques notamment, dans le second, toutes se veulent sociales. Pour un MISP, elles unifient les deux facettes de la responsabilité weberienne, celle qui repose sur des objectifs à atteindre (un besoin de santé à satisfaire) et celle qui correspond à des valeurs (le respect des attentes d'autrui) Une population peut donc s'approcher de manière technique et abstraite, avec des dossiers, des mesures, des statistiques et des ratios ; c'est dans cette logique que s'inscrit l'évaluation des besoins. Elle peut aussi, et certains MISP y trouvent là leur rôle essentiel, s'approcher de manière plus relationnelle, par immersion et contact sur le terrain ; cette forme d'intervention semble plus à même, selon eux, de comprendre les attentes, mais aussi de répondre aux attentes du groupe professionnel soucieux de rappeler que ce qui fait la différence entre un médecin et un bon médecin se trouve dans la qualité de la relation qu'il entretient avec ses patients et de l'efficacité de la collaboration engagée.

¹⁷⁷ L'analyse de JOBERT et MULLER est éclairante à ce sujet : « Le corporatisme du service public paraît tout à fait inadapté aux traitements d'un certain nombre de grands problèmes de l'heure qui exigent en réalité l'action coordonnée de multiples services publics : personnes âgées, prévention sociale, échec scolaire, politique de l'énergie et c... pour autant la multiplication des institutions de coordination ne suffit pas pour résoudre cette difficulté. Une coordination formelle qui se superpose à des systèmes qui restent strictement sectorisés ne suffit pas. La rénovation des services publics ne saurait se faire contre les professions. Mais elle implique que celles-ci consentent à engager un dialogue nouveau avec l'État et la société pour redéfinir leurs positions dans l'ensemble social. », JOBERT B., MULLER P., *L'État en action, politiques publiques et corporatismes*, P.U.F., Paris (1987, p. 185).

Service public et expression des usagers.

D'après les MISP que j'ai pu interviewer, la sensibilité à ce qu'ils appellent les besoins de la population aurait atteint toute sa complexité depuis une quinzaine d'années eu égard aux enjeux que je viens de signaler. La mesure de ces besoins passe donc aussi par du ressenti individuel, la perception d'un vécu tout autant que par les calculs rationnels. Lorsqu'il parle de la population, un MISP mesure les limites d'une quantification des approches collectives, ne retranchant rien de leur pertinence sans pour autant s'en satisfaire totalement. Cette position révèle la transformation des attentes de la population. De plus en plus la santé publique s'inscrirait dans un espace délibératif, c'est à dire politique finalement, puisqu'il y est question d'élaborer des compromis acceptables à partir de points de vue différents. On trouve par exemple, dans les nouvelles politiques de santé le terme de démocratie sanitaire. Le principe en est que la centralité de l'utilisateur repose autant sur la globalité de sa prise en charge que sur le respect de son droit d'expression.¹⁷⁸ L'émergence du principe de précaution, après la prévoyance et la prévention, apparaît comme un nouvel indicateur de la transformation de cet espace public.¹⁷⁹ Le témoignage qui suit exprime bien le dilemme professionnel auquel conduit l'analyse des besoins et des attentes de la population dans les espaces de dialogue que sont sensés ouvrir les MISP :

« Quand on a réfléchi pour savoir où il faut mettre en place des centres d'assistance médicale à la procréation, il faut réfléchir aux délais ; il ne faut pas que les gens soient à trois heures d'un centre, parce que quand il faut se déplacer tous

¹⁷⁸ Sur ce point, CRESSON, FERRAND, LARDE rappellent qu' « en santé publique, l'intérêt pour les usagers, les gens, s'est longtemps limité à leurs états de santé, même si on n'ignore pas qu'ils sont influencés par les conditions et les modes de vie. Il revient aux professionnels de répondre aux états de la population. Les évolutions récentes des approches en santé publique réaménagent la place laissée aux usagers; les nouveaux dispositifs politiques mis en place pour associer ceux-ci aux réflexions et consultations visant à réaménager le système de soins permettent de renouveler –dans une mesure qui reste à évaluer– cet intérêt pour la population », CRESSON G, FERRAND A, LARDE P, Les systèmes locaux de santé : modèles médicaux des généralistes ; relations de confiance et production des réputations dans la population. Etude de deux localités. USTL/CNRS, juillet 2001 (p.3).

¹⁷⁹ C'est ce qu'explique D. ZMIROU : « La prévoyance consiste à anticiper pour compenser les conséquences pécuniaires et sociales de la maladie que l'on ne maîtrise pas. La prévention naît lorsque l'on met en place des dispositifs pour éviter l'apparition de telle ou telle pathologie. Puis, apparaît une troisième logique, celle de la précaution. Elle naît de l'aversion croissante de la population à l'égard du risque : risque causé par l'État par imprudence, par l'industriel et c... Cela se traduit dans le domaine de l'environnement par une perception de la population estimant que la situation s'est dégradée – ce qui est fondamentalement faux, celle-ci étant incomparablement meilleure qu'elle ne l'était, il y a un siècle. Deux choses se produisent en réalité : on mesure mieux la qualité des milieux et l'on connaît mieux les conséquences sanitaires des nuisances, d'où cet effet d'optique. Résultat : la question n'est plus de définir un niveau au-delà duquel le risque commence à apparaître (les normes) car le plus souvent il ne peut être question de réduire le risque à zéro, mais de définir un niveau consenti, acceptable par la société. La grande évolution aujourd'hui en matière environnementale, c'est ce débat social majeur, capital. La santé publique est bien l'affaire de débat public. », ZMIROU D., Hygiène et environnement, matrice de la santé publique, in *Politique santé N° 1*, Fondation de France, décembre 1997 (p. 13).

les matins pour aller faire des ponctions au moment de l'ovulation, il ne faut pas non plus que la femme soit complètement crevée, et que ça ne serve à rien, mais à côté de ça, on ne peut pas mettre des centres partout, c'est tellement spécialisé, il y a tellement peu de médecins formés qu'on ne peut pas mettre des centres à côté de tout le monde. Donc il y a une balance à avoir entre la qualification ; on ne peut pas non plus créer des centres pour qu'il n'y ait que 5 actes par jour, les gens ne seront plus compétents, ils ne seront plus assez au courant de tout ce qui se passe, et donc ils vont perdre leur qualification, et là il peut y avoir un risque vital pour la personne ou l'enfant, mais ça, la population, elle a quelquefois du mal à le comprendre... Bon, on n'a pas toujours le temps d'aller faire des sondages d'opinion, mais régulièrement, on est interpellé par des personnes qui nous disent... moi, je sais que j'ai une amie qui est confrontée à ce problème, et elle m'a dit : tu sais, c'est crevant de se lever à 6 heures du matin pour aller dans un centre qui est à deux heures de chez toi ; c'est déjà douloureux de ne pas avoir un gamin, et qu'il faut faire à la sauvette, tu sais ce que c'est le quotidien ? Et bien non, le quotidien, je ne sais pas ce que c'est ; ça m'intéresse aussi de savoir ça ; c'est vrai que c'est pas facile de se mettre dans la peau des gens, et de trouver cet équilibre. C'est toute la difficulté peut-être de notre travail. On n'a pas forcément toujours le temps. Alors le vécu de la population, je sais que quand j'avais commencé à faire un peu de santé publique, on avait des grandes grilles qui nous disaient : il y a le ressenti de la population et les besoins, ça n'est pas la même chose. C'est vrai qu'au quotidien, ça n'est pas parce que telle personne ressent tel besoin, que c'est en fait de ça dont elle a besoin. Et il ne faut pas non plus penser que ce qu'on pense, nous, c'est vraiment le besoin de l'autre. Et toute la difficulté vient du fait qu'il y a 10, 15 ans, les médecins de santé publique étaient moins confrontés à ça, mais actuellement, on est au cœur même des économies de santé. Avant, ça se créait très facilement, créer un hôpital de plus, c'était pas grave, c'est terminé tout ça ; on est en train de se dire : combien ça va coûter ? C'est notre boulot. » (8-F-34).

Alors l'approche des populations s'écartèle entre la rationalisation des besoins et la compréhension des attentes. C'est dans cette complexité que les MISP puisent leurs arguments pour défendre leur métier. Les exemples ne manquent pas de ce que les MISP appellent prendre en compte les attentes de la population, lorsqu'il est question, notamment, de fermer un hôpital sous prétexte de rentabilité, mais où il faut aussi faire le constat de la dégradation de la vie des gens :

« Je suis en train de travailler sur un secteur sanitaire où il y a des problèmes ; il y a un petit hôpital qui n'a pas une activité mirobolante, mais qui, néanmoins n'est près de rien d'autre. C'est une petite ville qui a quand même une population pas négligeable, où il y a une pauvreté, et je me dis : quand on voit ce qu'il y a dans les lits, rien que des alcooliques, complètement cassés, ou des pauvres filles qui viennent d'accoucher dans des conditions pas possibles ; je me dis, avant de fermer, il faut peut-être réfléchir. Je dirais qu'il y a des aspects, je l'espère, qui ne vont pas durer longtemps, mais c'est vrai qu'il y a une dégradation sociale, qu'on sent. » (53-F-50).

Autre exemple de ce rapport à la population : lorsqu'en institution, il est question d'affirmer que les gens ont des droits et qu'il faut les respecter et les comprendre ; en maison de retraite, un médecin inspecteur est parfois amené à rappeler qu'on ne punit pas une personne âgée parce qu'elle boit :

« On va dans des endroits où personne ne va, comme dans les maisons de retraite. Je me souviens, une fois, avoir découvert qu'il y avait des punitions, qu'on punissait les personnes âgées ; j'en ai vu un qui était en pyjama, je lui ai demandé pourquoi il était en pyjama. Il était puni pendant un mois, parce que quand il était sorti, il avait bu. Je me souviens, ce jour là, avoir convoqué le directeur de l'établissement dans la chambre de la personne et d'avoir dit que c'était inadmissible, et d'avoir fait le foin qu'il fallait autour de ça pour que ça ne se reproduise plus, et je me suis dit : après tout bon, il n'y a pas grand monde qui passe là dedans, tout le monde le savait. Ce jour là, je me suis dit, le soir : j'ai fait un truc, un petit truc, oui, il a eu le droit d'aller boire. » (55-MISP-31).

2) Population : un concept central du métier de MISP.

Lorsqu'un MISP fait référence à la population, il souligne la complexité de l'action publique, le changement des attentes sociales en matière de santé, et l'évolution des pratiques professionnelles dans ce champ. L'expansion de la santé publique à trois niveaux : comme espace politique, comme champ professionnel et comme domaine de connaissances nouvelles influe très certainement sur la

transformation du métier de MISP : un métier d'observation clinique des populations, une fonction de rassemblement d'acteurs disposant de connaissances ou d'informations pour prévenir des risques ou traiter la santé des groupes.¹⁸⁰

Lorsqu'ils parlent de leur pratique, la grande majorité des médecins inspecteurs cherche à mettre l'accent sur l'analyse d'une problématique de population, qu'ils justifient par l'hétérogénéité des groupes de population et la diversité des problèmes qu'ils rencontrent. Cet ancrage sur les conditions de vie des populations et sur leurs besoins est aussi une manière de se distinguer des approches administratives ordinaires : faire du courrier, prendre des actes administratifs, gérer le quotidien des affaires, à quoi s'opposent analyse globale, vision de synthèse, choix politiques. Le travail de terrain, ainsi justifié par les particularités de chaque groupe de population dans un milieu donné apparaît comme un travail sans cesse renouvelé, adapté dans ses méthodes aux spécificités d'un lieu et d'une collectivité. C'est ce que revendiquent les MISP. Derrière la prise en compte des intérêts de la population, c'est aussi la défense d'un métier soucieux de se protéger de la bureaucratie qui s'exprime :

« Ce n'est pas seulement une conception de l'esprit que de prévoir un travail d'éducation sur programmes, avec finalement, au lieu d'avoir 36 circulaires, comme on a ici, on a un problème de santé, on laisse concevoir un projet à l'échelle d'une communauté de 60 000 habitants, c'est pas grand chose, et il y a un travail à la fois d'observation de ce qui se passe, au niveau de la zone, et qui, finalement, quelque part, renvoie à la population de ce qu'on a pu observer, et puis un travail rigoureux d'évaluation régulière. » (35-H-48).

Pour affirmer leur métier, les MISP cherchent aussi à se démarquer de la médecine clinique dont certains dénoncent le caractère routinier, en mettant en avant

¹⁸⁰ En référence à l'analyse de FASSIN, le métier de MISP apparaît bien lié à l'expansion de la santé publique : « Si malgré ces obstacles, on tente une interprétation globale des changements intervenus depuis le début du siècle, ou même la fin du précédent, c'est l'extension du domaine de la santé publique qui semble le fait dominant. Cette extension se produit dans trois directions : sa cible, son domaine, ses agents. Tout d'abord, des populations de plus en plus nombreuses tombent sous le coup de sa loi : initialement limitée à des groupes spécifiques, elle couvre peu à peu la totalité du monde social, à travers la généralisation de la notion de risque. Ensuite, les problèmes dont elle prétend traiter s'éloignent des conceptions traditionnelles de la santé et de la sphère publiques : après les conduites réputées nocives pour le corps, ce sont progressivement tous les comportements humains qui font l'objet de procédures d'investigation et de normalisation. Enfin, les intervenants se diversifient et leurs rapports se complexifient : autrefois réservée aux administrations et aux médecins, l'action sanitaire et même la recherche s'ouvrent à de nouveaux agents, y compris non professionnels, mais dans le même temps, la demande d'expertise de la part des pouvoirs publics fait apparaître une nouvelle spécialisation. Cette triple évolution s'inscrit elle-même dans une réalité d'ordre plus général, qui est la transformation de la place de la santé dans la société. On assiste en effet parallèlement à une médicalisation de la société et à une politisation de la santé. », FASSIN D., *L'espace politique de la santé*, P.U.F., Paris (1996, p. 258).

dans la justification de leurs propres pratiques le caractère innovant des enquêtes de terrain, avec les remises en cause qu'elles entraînent parfois, la mesure de l'enjeu d'une connaissance des besoins réels et, finalement le bénéfice professionnel d'une action utile et reconnue. Les MISP sont aussi des acteurs de l'analyse des politiques publiques. Leur formation en santé publique contribue dans ce domaine à affûter leur regard critique sur certaines lectures administratives, parfois erronées, de questions sanitaires.¹⁸¹ Ainsi, lorsqu'un MISP tente de dégager des réponses à des besoins de santé, il met à jour toute une série d'interactions qui donnent à l'exercice de son métier toute sa complexité : un MISP fait le constat que la prise en charge de tel groupe de population n'est pas satisfaisante ; il permet l'expression de revendications qui n'étaient pas entendues ; les acteurs qui participent à la prise en charge directe s'avèrent impuissants pour l'améliorer ou la transformer, tout en défendant leur métier ; les gestionnaires de la prise en charge veulent bien participer mais ils dépendent des financeurs, pris dans des cadres de rationalité limitée, qui, politiquement et économiquement, sont soucieux de stabiliser acquis et pratiques, et se préservent de toute remise en cause ; enfin, les MISP, en invoquant les populations qu'ils servent, cherchent à faire reconnaître, au niveau des médecins soignants, leur compétence spécifique, voire complémentaire, et au niveau des services de l'État qu'ils cherchent à rendre plus performants donc plus légitimes, leur rôle de tout premier plan. Le témoignage qui suit concerne une expérience de restructuration hospitalière qui illustre assez bien cette dynamique interactive :

« J'avais eu une expérience à L. ; on avait fait l'opération qui avait été pour moi la plus dure, la tentative de reconversion des établissements B. où il y avait un énorme site hospitalier. On y a passé des inspections et des inspections avec J. dans une logique de restructuration. Il y avait un énorme pôle hospitalier à cette époque là et qui ne répondait pas aux besoins de la population. C'était logique de revoir la réponse aux besoins, la maîtrise des dépenses et c... On a fait des propositions de procédure classique, de passage en commission ; on a été désavoué par l'administration centrale d'une façon éhontée. Je me suis fait un jour injurier en

¹⁸¹ Par exemple, MULLER et SUREL écrivent : « L'impact d'une politique n'est pas nécessairement proportionnel aux dépenses qu'elle occasionne. On sait par exemple, que l'état sanitaire d'une population n'est pas directement proportionnel aux dépenses de santé, et que certains actes médicaux ou chirurgicaux sont d'un coût disproportionné par rapport au nombre de vies qu'ils permettent de sauver (sauf bien entendu pour ceux qui en sont les bénéficiaires) tout va dépendre ici des critères retenus pour mesurer l'efficacité d'une politique. Mais l'on constate que les spécialistes ou les professionnels d'un secteur (médecins, ingénieurs, enseignants...) auront souvent tendance à substituer des indicateurs de moyens aux indicateurs de résultats parce que leur capacité d'influence est directement liée à l'ampleur de ces moyens. », MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris (1998, p. 26-27).

commission nationale par un représentant politique ; on m'avait prévenue : vous allez vous faire injurier, mais je ne pensais pas que ça allait être à ce point là. Bon, mais ça avait été une expérience très dure parce qu'on avait passé beaucoup de temps avec J. et là c'est un problème de santé dont on ne peut pas avoir la perception individuelle quand on est médecin de base, qui était le problème des gens qui ont des handicaps et des maladies très graves, des trucs complètement fous, et c'est vrai qu'on était dans un problème qu'on connaît dans ce pays depuis une quinzaine d'années : pas de cohérence de l'offre avec les besoins, et puis les pressions politiques, y compris des syndicats. Et sur ce truc là, qui était viscéralement dur, on avait un sentiment d'échec. L'administration centrale qui ne comprenait rien, qui compliquait tout. Parallèlement, j'avais suivi une formation assez longue, de 4 mois pleins à B., dans une école de santé publique, en épidémiologie. Je me disais aussi que si vraiment il y a un endroit où l'État est légitimé, c'est sur ce problème d'organisation des soins. » (27-F-46).

Cette notion de population apparaît donc comme un axe central tant du discours que de la pratique des MISP, sensibles au respect du lien entre les besoins d'une population et ses attentes, comme s'il y avait là un nœud de complexité dans lequel s'exercent toutes les ficelles du métier. D'une manière générale, la notion de population correspond à un groupe défini géographiquement, socialement et institutionnellement. Cette définition s'applique à ce que les MISP appellent l'approche populationnelle (analyse des conditions d'existence des groupes, une compréhension de leurs attentes, un repérage des besoins). Finalement, dans la gestion des affaires de santé publique, dont les MISP disent qu'elles ne sont pas de simples activités administratives, ceux-ci apparaissent comme les garants de la prise en compte des individus et des groupes et comme les porteurs d'une légitimité renouvelée du service public.

Parmi tous les entretiens réalisés auprès des médecins inspecteurs de santé publique, il en est quelques uns qui m'apparaissent typiques de cette démarche d'affirmation et de construction d'une identité de métier, vigilante quant à son rapport à la médecine soignante, attentive à la différenciation des rôles professionnels vis à vis des personnels administratifs, en recherche permanente d'une utilité et d'une reconnaissance sociales, attachée à la valorisation du métier et à la défense de son autonomie. La présentation de l'un de ces entretiens va servir à confirmer et illustrer cette analyse.

3) L'histoire d'Anne-Marie : un exemple type de professionnel de santé publique.

L'histoire d'Anne-Marie montre comment cette notion de population, en référence à la santé publique, peut servir de fil conducteur d'un parcours professionnel et de stratégie identitaire. Cette femme médecin inspecteur de santé publique, de 38 ans, exerçant ses fonctions dans une DDASS importante, m'a accordé 1h30 d'entretien au cours duquel elle s'est attachée à expliquer pourquoi les activités qu'elle exerce correspondent à un métier et non à une fonction administrative d'application de mesures de politique publique.

Comme de nombreux étudiants en médecine, Anne-Marie a commencé sa formation dans une approche de la santé et de la maladie essentiellement individuelle. Mais elle précise que son union avec un sociologue lui a permis de diversifier cette approche, en prenant conscience qu'un individu n'était pas isolé mais qu'il évoluait dans un milieu qui exerçait une influence sur son comportement, sa façon de vivre, son hygiène de vie et finalement, sa santé. Elle a donc réalisé qu'on pouvait aborder des problèmes de santé non pas seulement à partir du sujet mais aussi à partir du groupe et de son environnement. Cette prise de conscience s'est renforcée d'une expérience dans un pays d'Amérique du Sud où, sans pratiquer la médecine, elle a pu constater que le système de santé était différent de celui des pays occidentaux, mais aussi que les problèmes de santé y étaient différents et pouvaient être envisagés et traités d'une autre manière que ce qui était pratiqué en France. Un peu plus tard, à cette découverte s'est ajoutée une relative désillusion : les remplacements de médecins libéraux s'achevaient toujours –rétribution oblige– par des règlements de comptes qui donnaient davantage au métier un contour commercial que ses lettres de noblesse. Sensible à cet écart entre l'idéal de la médecine et sa réalité financière, Anne-Marie s'est vite tournée vers des formes d'exercice moins exposées aux impératifs économiques de la profession. Un premier travail en qualité de médecin vacataire dans une DDASS a enrichi et complété les incertitudes qui avaient envahi son choix professionnel depuis le début de ses études : d'une part, l'approche de la toxicomanie, de l'alcoolisme, du SIDA et des jeunes en difficulté se prêtait mal à une démarche clinique traditionnelle ; d'autre part, la médecine est un métier qui sans cesse doit réinventer son rapport au patient considéré comme un cas particulier et ne peut pas s'exercer comme un travail administratif.

Néanmoins, les contraintes de l'emploi salarié au sein d'une administration ont eu pour Anne-Marie des effets bénéfiques. Elles lui ont permis de découvrir des réalités de santé publique et elles l'ont amenée à remplir des missions en prise directe avec la médecine soignante hospitalière, sans y avoir ni le statut ni les obligations du praticien. Une approche critique de cet univers a conforté ses prises de conscience du rapport entre santé des individus et santé des groupes. Pour Anne-Marie, une certitude se faisait jour : il fallait intervenir sur le monde hospitalier pour introduire, défendre et développer des méthodes d'approche de la santé des populations. C'est en observant l'énorme disproportion entre les moyens consentis à la médecine hospitalière qui privilégie la thérapeutique individuelle et leur quasi absence dans la médecine pénitentiaire justifiée par l'analyse globale de la population qu'elle recouvre qu'Anne-Marie découvre, selon elle, toute l'importance de l'approche collective et préventive par rapport à la médecine curative, dont elle dénonce d'ailleurs l'effet pervers d'une médecine qui finit par substituer à l'intérêt du malade celui des professionnels qui le soignent, le service hospitalier n'étant plus que « *le gadget du médecin* ».

Dans cet univers, Anne-Marie apprend son rôle de médecin inspecteur qu'elle décrit surtout comme accompagnant et médiateur. Elle aide les acteurs à poser les problèmes qu'ils rencontrent et à y trouver des solutions par le dialogue. Elle joue un rôle de médiateur parce qu'elle est présente dans des espaces-temps où les gens se rencontrent, en commission médicale d'établissement par exemple, et là, elle observe que les gens ne s'entendent pas parce qu'ils se parlent peu et s'écoutent rarement. Elle assure donc un rôle social dans un milieu essentiellement médical, mais elle sait bien que l'administration qu'elle représente lui a confié une mission technique d'inspection dans le champ sanitaire. Elle inspecte donc et produit des rapports où elle signale les dysfonctionnements ou les anomalies qu'elle a pu repérer. Mais ce travail ne la satisfait pas complètement, parce qu'il ne reste qu'une simple production administrative.

Or le rôle du médecin est bien de lutter contre toute forme de détérioration de la vie humaine, donc celui du médecin qui inspecte est bien d'influer sur des comportements et des pratiques qui lui semblent contraires à cet objectif. Que ces pratiques soient conscientes ou non, c'est de leur transformation dont il s'agit et non de leur simple signalement. Dans ces conditions, Anne-Marie ne peut que réaffirmer

un rôle social auprès des acteurs dont le comportement ne saurait changer sans leur volonté. Et c'est bien là que toute la difficulté réside, Anne-marie le sait bien, et « *les choses lui travaillent dans la tête* » comme elle dit, d'autant que cette idée de population dont il faut prendre en charge la santé est devenue pour elle l'axe majeur autour duquel s'exercent les rôles qu'elle affiche. Parmi ces rôles, elle privilégie l'aide à l'élaboration de projets, ceux-là qui émanent des professionnels dont elle dit qu'ils sont les mieux placés pour avoir des idées innovantes pour faire avancer la santé publique. Elle s'investit dans les réseaux associatifs afin de susciter des initiatives, en particulier en matière de prise en charge de toxicomanes. Et cet investissement s'inspire d'une éthique de la conviction au point de transgresser la réglementation qu'elle est sensée faire respecter lorsque les projets qu'elle soutient ont besoin de ce qu'elle appelle « *ces coups de pouce* » qui permettent de concrétiser. Cette notion de population devient véritablement centrale à partir du moment où Anne-Marie, pour conduire son action, entend la transposer à partir du monde associatif qui en fait le fondement de ses projets innovants vers le monde hospitalier dont l'action est à ce point réglementée « *qu'il en oublie la logique de la population* » parce que les soignants sont plus proches de la technicité de leur métier que de la réalité de la vie des gens dont les avatars s'expriment à l'hôpital par l'hypertension, l'obésité, le diabète, la dépression ou les accidents de la route. Cependant l'exercice du métier d'Anne-Marie, aussi engagé soit-il, n'en demeure pas moins très lucide. Elle n'accentue pas les clivages entre les professionnels et les domaines de compétences des institutions. Elle veut simplement favoriser entre le social, le médico-social et le médical, des pratiques d'échanges et de complémentarités.

Dans l'espace de la santé publique, les mondes qu'elle fréquente devraient, selon elle, devenir davantage interactifs. En matière de toxicomanie et de lutte contre le SIDA notamment, elle s'arrange pour que réanimateurs, urgentistes, éducateurs puissent se rencontrer afin de dépasser les limites de leurs formes d'intervention, d'autant, comme elle le souligne volontiers, que ce sont les toxicomanes eux-mêmes qui bouleversent les pratiques professionnelles traditionnelles. Derrière ce rappel de la présence du patient, en tant qu'acteur, c'est bien la notion de population qui guide Anne-Marie et qu'elle évoque parfois avec un accent pathétique lorsqu'elle parle de la jeunesse qui se meurt en salissant de son sang les cages d'escalier. Le métier de

MISP ne saurait donc se structurer et s'affirmer sans cette référence à la population qui appellerait davantage des projets que de la réglementation. Il y a bien là matière aux yeux d'un médecin pour occuper une position critique au sein de l'institution administrative trop souvent préoccupée d'organisation interne que d'élaboration de projets, culturellement méfiante face à l'innovation, mais pointilleuse dans l'application des normes. Cet argument installe les MISP dans une posture critique largement ouverte notamment à l'égard des cadres administratifs dont Anne-Marie dénonce le manque de formation à l'encadrement, cette fonction qui consiste, selon elle, à savoir emmener une équipe dans des projets, et l'obsession de la carrière qui finit par placer le fonctionnaire au cœur de ses propres préoccupations et l'éloigne de la population qu'il sert.

En revanche, de sa propre carrière, Anne-Marie ne parle pas comme d'un projet. Elle évoque certes sa mobilité, mais toujours par référence à la population, estimant qu'en DDASS où elle exerce, elle a plus la possibilité d'en être proche qu'en DRASS, ce niveau régional autant éloigné du terrain que du pouvoir de décision encore centralisé au ministère, où justement elle aimerait travailler un temps afin de participer à l'élaboration des textes qui encadrent l'action qu'elle entend mener sur le terrain. Finalement, Anne-Marie laisse entendre qu'elle exerce un métier passionnant parce qu'il est riche d'une diversité d'interactions relationnelles ; c'est un métier d'échanges et d'action qu'elle ne regrette pas lorsqu'elle retrouve ses références à la profession médicale. Mais derrière la solitude du médecin soignant enfermé dans son cabinet, elle retrouve la grandeur, et donc les satisfactions qui s'y attachent, d'un métier qui soulage la souffrance humaine, donc au service d'autrui, comme l'est celui du MISP qui s'efforce d'améliorer la santé des groupes. Au travers de cette reconnaissance des confrères, c'est bien d'une appartenance médicale dont parle Anne-Marie lorsqu'elle conclut : « *mon métier, celui du médecin qui soigne, c'est difficile, je peux en parler* ».

Le lecteur pourra consulter le texte intégral de cet entretien en annexe 2.

4) Conclusion.

Il y a dans le rapport des MISP à la population une responsabilisation et un engagement mêlés qui donnent au métier ses caractéristiques de complexité : la santé individuelle n'est plus traitée en référence à la maladie, elle cède la place à la santé des populations définie au regard du droit, la profession médicale comme référence professionnelle, quant à elle, cède la place au service public comme mission prioritaire. Or ces deux axes ne débouchent pas sur des terrains d'exercice entièrement rationalisés et maîtrisés. Le droit à la santé correspond moins à une règle applicable qu'à une recherche complexe d'inégalités de toute nature ; et le service public représente de plus en plus un défi tant pour les décideurs publics que pour l'administration, pris entre les pressions économiques, les attentes sociales et les besoins de la population.

Max WEBER considérait que l'engagement, la lutte, la passion étaient des caractéristiques de l'homme politique dont l'activité devait être subordonnée à un principe de responsabilité étranger à celui du fonctionnaire. À l'inverse ce dernier avait pour mission d'exécuter des ordres, même contraires à son propre avis, comme s'ils répondaient à ses propres convictions (1959, p. 157). J'ai souligné dans l'engagement du médecin de santé publique l'ambiguïté du fonctionnaire « politique » analysée par WEBER. Car les causes de santé publique ne sont pas que des univers techniques, les MISP ont peut-être plus que les fonctionnaires éloignés du terrain, une difficulté à appliquer le principe de neutralité rappelé par cet auteur. La santé publique est bel et bien devenue d'abord et avant tout un espace politique. Elle met en émergence un besoin d'expertise et une attente de responsabilité. Et c'est pour cette raison qu'elle est aussi un espace professionnel. Or en matière de santé, non seulement le politique ne peut faire de choix qui ne reposerait sur des arguments scientifiques, mais il arrive aussi que cette belle complémentarité ne permette pas toujours de distinguer clairement les rôles : celui qui conseille devient aussi celui qui décide et finalement qui agit.

Les MISP exercent un métier qui participe à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Mais ils ne remplissent pas cette mission comme de simples fonctionnaires ; ils exercent aussi leur métier comme des politiques. C'est cette ambivalence qui les rattache à leur profession.

CONCLUSION TROISIÈME PARTIE

LA TRANSFORMATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ.

Les évolutions les plus marquantes de ces vingt dernières années dans le domaine de la santé sont perceptibles au travers de l'analyse du métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique. Les progrès de la médecine et l'évolution des sociétés ont conjointement entraîné une transformation des professions de santé et un changement des attentes sociales. Le droit à la santé et la promotion de la santé pour tous ont fait émerger un panel d'exigences qu'on retrouve, d'une certaine manière, dans le référentiel du métier de MISP : ouverture sur l'environnement et pluridisciplinarité, organisation de la contrainte collective et redéfinition de la liberté individuelle en matière de santé, régulation de l'action publique et des comportements individuels au moyen de l'éducation sanitaire.¹⁸² Ces nouvelles orientations ont un impact sur l'élaboration des politiques publiques de santé, la gestion du service public et l'action administrative. En affirmant leur identité professionnelle, les MISP concrétisent ces influences. Ils confirment bel et bien l'analyse de J. CHEVALLIER¹⁸³ en matière de transformation de la gestion publique dont l'intérêt général ne constitue plus une finalité abstraite. La prise en compte des besoins des usagers est devenue une priorité qui s'impose à l'administration sanitaire. Cette question centrale marque la voie de son renouveau. La modernisation attendue exprime les incertitudes qui pèsent sur les métiers sensibles à cette transformation. Les nouveaux modes d'action des services déconcentrés de l'État, le développement d'un partenariat local et la recherche d'une plus grande efficacité mettent à jour des conflits d'identités. La transformation du travail en termes de logiques de projets apparaît comme une réponse à certaines formes de décloisonnement ou de repli professionnels.¹⁸⁴ La santé publique, entendue comme

¹⁸² On peut consulter sur ce sujet l'ouvrage de D'HOUTAUD A., *Sociologie de la santé, langage et savoirs, environnement et éthique*, L'Harmattan, Paris (1998).

¹⁸³ CHEVALLIER J. (1997), « La gestion publique à l'heure de la banalisation », in *Revue française de gestion*, sept-oct 1997 (p. 26-37).

¹⁸⁴ GREMION C., « Que reste-t-il des administrations déconcentrées ? », in MULLER P. (sous la direction de), *L'administration française est-elle en crise ?*, L'Harmattan, Paris (1992).

un espace de définition d'un politique de santé présente cette ambiguïté de jouer contre la profession médicale, par une remise en cause des grands aspects de son pouvoir, tout en lui reconnaissant, sous le couvert de l'État, un rôle prééminent. Cette ambiguïté se retrouve dans le métier de MISP pris entre une hiérarchie politico-administrative et une fonction d'expertise en santé publique.¹⁸⁵ C'est pourquoi on ne peut se limiter à étudier le métier de MISP uniquement par comparaison avec les attributs des professions libérales (Autonomie, rôles, valeurs, contrôle des pairs, expertise). Des médecins employés par une administration d'État exercent bien un métier qui se construit dans le jeu des rapports entre la profession et l'organisation, donc finalement qui se bureaucratise, c'est à dire qui trouve sa place dans une organisation qui rationalise la division du travail, dans le souci permanent d'une adaptation à son environnement.¹⁸⁶ J'ai rapproché ce processus de bureaucratisation d'une dynamique croisée des processus identitaires : il y a un effet de construction du métier de MISP quand on articule la typologie des trajectoires (chapitre V) et celle du rapport à la profession médicale (chapitre XI).

Ce sont les MISP qui se sont orientés très tôt vers la santé publique, et ceux (ou plutôt celles) qui ont recherché la stabilité d'un emploi salarié dans une administration qui affichent le plus leur attachement à la profession médicale et à la défense de son autonomie. Ce paradoxe peut être interprété comme un refus d'uniformisation au sein d'une bureaucratie que leur emploi contribue à rendre plus efficace au regard des évolutions constatées. Ce sont ensuite les MISP qui ont pratiqué la coopération dans les pays en voie de développement qui mettent l'accent sur la rationalisation du système de santé et la participation des usagers. En ce qui les concerne, on peut dire que la bureaucratisation de leur métier a commencé très tôt, car ils n'ont jamais exercé la médecine selon les lois du marché. Enfin, ceux qui se sont réorientés, à l'issue d'une expérience décevante en médecine soignante, le plus souvent de type libéral, n'affirment pas une priorité d'action pour tout ce qui contribue à la rationalisation du système, comme si l'évidence d'une fonction intégrée à une bureaucratie devait être compensée par une vigilance à l'égard de ses dérives technocratiques. Ceci dit, cette typologie reste toute schématique. Dans la

¹⁸⁵ HASSENTEUFEL P., *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Presses de Sciences-Po, Paris (1997).

¹⁸⁶ MAURICE M., Propos sur la sociologie des professions, in *Sociologie du travail*, 2, 1972 (p. 213-225).

réalité les clivages ne sont pas aussi prononcés, et j'en ai exprimé toutes les nuances pour rendre compte d'un processus complexe : l'évolution du métier de MISP a un effet de miroir par rapport à celle du monde de la santé et des politiques qui le régulent.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Aujourd'hui, l'exercice de la médecine en France ne peut plus se définir uniquement comme pratique d'une profession libérale tant le savoir et les moyens de cette discipline ont évolué depuis le XIX^{ème} siècle et tant le contrôle de l'État s'est élargi. La forme libérale de l'exercice de la profession médicale n'a jamais été achevée. Bien qu'au XIX^{ème} siècle, les médecins considéraient le statut de salarié comme une humiliation, les limites à un mode d'exercice libéral ont été nombreuses (médecine du travail, médecine préventive, médecine d'assurances, médecine hospitalière, médecine d'administration...) et la nécessité d'un financement collectif du système de santé a entraîné du même coup un encadrement public et politique de ce champ. Entre les médecins et l'État, il existe ainsi depuis longtemps un rapport ambigu qui s'exprime dans un double jeu de coopération, de conflit et de profit. Au fil du temps, l'hétérogénéité croissante du corps médical et la multiplicité des formes d'intervention des pouvoirs publics ont engendré des coexistences difficiles, d'abord entre les praticiens relevant des diverses formes d'exercice de la médecine, ensuite entre ces mêmes praticiens et les acteurs publics. Ces tensions à l'intérieur du système ont des effets jusqu'au cœur des identités professionnelles dans le monde médical.

Ainsi le corps médical constitue-t-il un groupe professionnel multiforme. Derrière l'unité de ce qui est désigné comme la profession médicale se côtoient un grand nombre d'individus aux identités les plus diverses qui expriment néanmoins un sentiment d'appartenance très fort à leur profession. Ce groupe réapparaît alors très homogène lorsqu'il a le souci de préserver sa cohésion interne face aux autres entités du corps social. Cette solidarité s'exprime autour de la spécificité du savoir, la défense de l'autonomie et la préservation d'un statut de haut niveau. Elle se disloque néanmoins lorsqu'en interne, il est question de hiérarchiser ce savoir, de justifier des valeurs libérales et de définir des statuts particuliers.

Ainsi le champ de la profession médicale est-il devenu autant stratégique que technique, parce que les acteurs, investis de leurs missions et confrontés à leurs limites, ont des intérêts divergents. Le débat sur cette question se cristallise sur deux grands points de contradiction : en matière de santé, au plus la médecine devient techniquement armée pour soigner sur un plan individuel au plus elle apparaît démunie pour prévenir les maladies sur un plan collectif ; et en matière

d'organisation du système de santé, au plus l'administration de l'État développe sa réglementation et ses contrôles au plus elle est amenée à devoir assurer des régulations dans un univers qui conteste les excès de la rationalisation.

Dans ce champ, les médecins inspecteurs de santé publique se présentent comme des acteurs qui vivent cette complexité nouvelle de manière très singulière. Médecins, ils ont effectué un parcours qui les autorise à exercer la médecine, fonctionnaires d'une administration de l'État, ils ont renoncé à cette pratique. Médecins de santé publique, ils échangent d'abord et avant tout avec des membres du corps médical, inspecteurs de la santé, ils contribuent à la prise de décisions administratives. Leur exercice professionnel les place constamment face à une double logique : une logique consultante et une logique normative. De la recherche/action en santé publique à l'organisation politique de l'espace public de la santé, ils peuvent prendre des risques et ils sont tenus à l'application du principe de précaution, ils délivrent du conseil et ils pratiquent de l'inspection, ils font de l'observation épidémiologique et ils connaissent de la clinique, ils défendent les droits des patients et ils veulent développer la responsabilité collective. Les MISP sont des acteurs qui n'ignorent ni le monde du savant ni celui du politique.

Parce que cette dimension de leur métier ouvre sur un large espace de représentations et de pratiques, l'identité professionnelle que ces médecins reconvertissent à partir des résultats de leurs premières expériences soignantes ne peut être que plurielle, en tout cas beaucoup moins uniforme que celle d'une majorité de leurs confrères installés en cabinet libéral. Par rapport à la double perspective dont parle C. DUBAR (biographique et structurelle) cette question identitaire m'est apparue pertinente parce qu'elle oblige à comprendre comment les individus deviennent ce qu'ils sont pour eux-mêmes et pour les autres, dans le champ des transformations de leur univers professionnel, donc pour les MISP celui de l'évolution et de la mise en œuvre des politiques publiques de santé.

Alors comment un médecin, membre d'une profession, devient-il médecin inspecteur de santé publique ? Quand on parle des MISP, on désigne un métier handicapé par une faible représentation sociale (petit nombre de fonctionnaires, image floue, connaissance très vague de la fonction...) en opposition avec une représentation dominante de la médecine de soins. Ici, un monde médical sensible au

prestige et connu de tous ; là, une fonction méconnue, dans une culture de service public, imprégnée de ses mythes fondateurs, exigeante de désintéressement, de neutralité, de réserve, voire d'effacement. Et pourtant l'analyse du métier de MISP le dévoile comme un métier propice à des réseaux de relations.

Les médecins inspecteurs de santé publique sont tous engagés dans des dynamiques relationnelles nombreuses qui font appel à de la technique, des sentiments et du sens. Le travail qui est le leur, dans l'administration sanitaire et sociale, a beaucoup évolué : apparition de groupes de projets, assouplissement des rapports hiérarchiques, approche critique de la bureaucratie, accélération technique, réflexion sur la qualité. Toute cette évolution crée un large espace fait d'incertitudes, mais propice à l'investissement personnel. La conscience professionnelle, l'identification au métier, l'implication au travail se développent au fil des confrontations à des événements nouveaux qui créent des marges de liberté. Cette confrontation est intellectuelle, parce qu'il faut comprendre, elle ouvre sur des rapports de sens, mais elle est aussi stratégique parce qu'elle met en présence d'individus qui partagent la même situation mais ne l'interprètent pas de la même manière, elle ouvre sur des rapports de force. L'expérience de ces événements est pour les MISP une véritable transformation par rapport à leur première destination, transformation liée à l'apprentissage d'un métier qui a quelque chose à voir avec le service public et la santé publique.

Cet apprentissage est pour l'acteur le reflet des mécanismes difficiles d'élaboration des politiques publiques de santé. Il guide la redéfinition de l'identité professionnelle en permettant l'assemblage de ce que P.MULLER propose de mobiliser pour décrire les référentiels de politiques publiques :

des valeurs (quand la médecine s'intéresse à ceux qui sont les plus démunis pour faire valoir leurs droits aux soins et à la santé...)

des normes (l'État et la loi sont au-dessus de l'expression individuelle pour affirmer l'intérêt général...)

des algorithmes (une politique de santé est une construction rationnelle qui doit être soutenue par de la méthode et l'action de professionnels...)

des images (un MISP n'est pas un médecin au rabais, mais un acteur d'une médecine qui pourrait redonner un autre sens à la médecine des soins...)

Le plus souvent, il s'agit d'apprentissage sur le tas, avec un principe commun : s'investir pour s'en sortir. Le champ se découvre en même temps que les valeurs qui émergent d'une pratique professionnelle renégociée, beaucoup plus que d'une application des consignes venues d'en haut. La force de l'expérience des MISP est tirée de cette confrontation à des faits qui les oblige essentiellement à apprendre par eux-mêmes, ce qui n'a pas été le cas au cours de tout leur cycle d'études médicales. L'élargissement de l'expérience développe souvent chez eux une implication au travail qui ressemble plus à une défense du métier qu'à un engagement institutionnel. Cette adaptation à un ensemble d'activités fortement diversifiées les conforte dans l'idée qu'il leur faut acquérir des compétences particulières pour gérer les situations délicates, parfois complexes, souvent inédites dans lesquelles ils sont amenés à intervenir. Ils sont convaincus de la priorité de la prévention, de l'intérêt du savoir épidémiologique, de la pertinence du concept de santé globale, de la nécessité et de la grandeur du don de sa personne dans le militantisme pour la promotion de la santé. Finalement, ce qui rend le métier de MISP passionnant, de leur point de vue, c'est qu'il ne les enferme pas dans une pratique homogène et répétitive.

Sociologiquement, il débouche sur des formes de revendication identitaire caractérisées par un fort engagement critique dans l'action, un investissement dans le relationnel, la réalisation de soi dans l'éveil de la compétence collective. L'administration leur confie des missions qui, pour un certain nombre, privilégient la négociation et le partenariat. Toutes les activités de planification, par exemple, ont poussé les niveaux hiérarchiques à raisonner de façon stratégique. Les médecins qui élaborent des plans ou des schémas, le font le plus souvent sans avoir été formés et sans assistance technique très poussée. Ils animent des groupes de travail, ils recherchent de l'information, ils communiquent avec l'extérieur, ils imaginent des scénarios, ils recueillent des points de vue divers sur des réalités perçues, ils argumentent, ils négocient, et tout cela passe par des formes de coopération entre métiers différents, entre services différents où tout est à découvrir. L'évaluation est plus que le contrôle des pairs, elle implique des échanges qui modifient l'image médicale de ces professionnels de santé publique, fonctionnaires de surcroît. La

compétence se construit progressivement au fil de ces échanges, elle n'est pas préétablie. Cette mise à l'épreuve collective pour comprendre les situations et trouver des solutions aux problèmes développe des savoir-faire nouveaux plus que des connaissances pures. Cette transformation du médecin qui soigne, bien souvent de manière routinière, en professionnel réactif voire créatif et innovant autorise parfois à considérer le métier comme un travail de vocation. De nombreuses situations professionnelles sont vécues comme des défis, même ou plutôt surtout si elles génèrent frustrations, lassitude ou déconvenues. Elles sollicitent les ressorts de l'individu et les mécanismes de défense du groupe. La sollicitation de capacités potentielles à mettre en œuvre devient un appel à la découverte de soi, à travers des motivations qui s'aiguisent dans des situations professionnelles où l'individu se teste, et finalement, en affrontant la réalité, assume le rapport aux autres et à lui-même. Cet enjeu identitaire s'exprime dans les récits que les MISP interviewés ont faits de leurs parcours professionnels. Pour beaucoup, cette vocation émergente au travers d'un métier largement méconnu au départ, accompagne une conversion identitaire qui pose les limites d'une approche managériale ou administrative du métier.

La quête identitaire des MISP repose sur une insatisfaction originelle tenant aux conditions d'exercice de la profession médicale et une incertitude : comment faire sa place dans un monde qui ne correspond plus à la représentation et aux attentes de l'acteur qui y a investi son projet professionnel ? Les difficultés professionnelles comme la concurrence entre praticiens libéraux, la saturation du marché des soins dans certains centres urbains ou l'encadrement et les contraintes pesant sur les revenus médicaux rencontrés par les médecins en exercice peuvent devenir dissuasives. Ainsi, un même niveau de qualification ne débouche pas sur une égalité des compétences dans un champ professionnel qui ne saurait se réduire à un ensemble de pratiques totalement rationnelles. Le processus d'élaboration d'une identité professionnelle basée sur un modèle standard d'exercice de la médecine se traduit rapidement dans les faits par des calculs stratégiques largement diversifiés et des désenchantements plus ou moins douloureux.

On observe alors une diversité des parcours qui perturbe les appartenances statutaires. Un médecin en général, et un MISP en particulier, est moins un représentant d'un groupe professionnel homogène que le produit d'un parcours

singulier fait d'expériences diverses et de réorientations parfois difficiles, souvent incertaines, que sa biographie met en lumière. Les entretiens réalisés ont permis de considérer qu'il n'existe pas un profil type de MISP mais des individus aux motivations fort variées et aux pratiques différenciées selon les conditions de socialisation qu'ils ont pu rencontrer dans un espace professionnel très complexe où de nombreux acteurs peuvent véhiculer des normes, des valeurs et des modes d'action parfois opposés. Non seulement, les médecins inspecteurs de santé publique ne sauraient être rangés dans une catégorie unique assimilable au corps statutaire qui les définit, mais chaque médecin inspecteur de santé publique révèle un profil professionnel tiré d'une somme d'expériences d'autant plus disparates qu'elles l'ont mis aux prises avec des mondes sociaux fort différents.

Cette confrontation perturbe les identités tout en héritant des contradictions du système. En ce qui concerne les MISP, la notion d'identité composite, ou plus schématiquement dédoublée, certes avec l'inconfort qui s'attache à la position de « marginal-sécant », me semble aujourd'hui plus pertinente pour rendre compte de la position socioprofessionnelle du groupe que celle de crise identitaire. En référence aux attributs de la crise identitaire définis par L.DEMAILLY pour la profession enseignante, il est utile de rappeler que les MISP peuvent très bien reconstruire les mythes fondateurs de la médecine dans l'espace symbolique de la santé publique (bien-être social, capital santé...) ; les savoirs de métier qu'ils ont acquis ne sont pas remis en cause ; ils ont des opportunités de formes de reconnaissance tant dans le système formel de leur emploi que dans le champ relationnel de leur action.¹⁸⁷ Pour étudier ce métier si particulier (on peut s'interroger sur le sens de l'engagement et de la vie professionnelle d'un médecin non-praticien) il fallait retrouver les éléments d'histoire des sujets pour comprendre la diversité des formes de réinterrogation d'une identité professionnelle remise en cause. L'expérience identitaire des MISP accompagne toute leur trajectoire. Elle les incite à prendre conscience de ce qu'ils ont fait, à dresser le bilan de leur vie et à l'évaluer. C'est moins le résultat de leur action qui compte que ce qu'ils sont devenus ; elle les confronte à un univers dont il faut rendre compte de la transformation. L'histoire de vie professionnelle des MISP est aussi une traduction partielle des processus d'échanges entre la santé, la médecine et l'État. Aux origines, le médecin n'a pas pleinement conscience du conflit culturel

¹⁸⁷ DEMAILLY L, *Le collègue : crise, mythes et métiers*, Presses universitaires de Lille, 1991 (p.120).

qui les oppose. La santé est un bien individuel dont la médecine définit le contour ; la médecine appartient à un monde professionnel qui prétend défendre ses intérêts en même temps que les besoins des individus et des groupes. Quant à l'État et son administration, son interventionnisme est le produit complexe de ses sollicitations et de ses désaveux. Les MISP découvrent ce conflit dans toute une série d'expériences critiques qu'ils traversent. Faire face aux situations revient pour eux à intérioriser tous ces conflits externes. De la sorte, les problèmes qu'un MISP rencontre sont à la fois des problèmes extérieurs mais aussi ses propres problèmes. L'histoire de vie professionnelle d'un MISP résume toute une série de rencontres entre groupes sociaux. Les changements éventuels auxquels il participe ou qu'il conduit ont aussi une signification intérieure. Autrement dit, il n'existe pas de crise identitaire mais des variantes de résolution du processus de transformation d'un homme qui intériorise les contradictions des systèmes qu'il fréquente.

On comprend ainsi que l'identité de l'acteur est aussi une identité de l'action. Le métier de MISP ouvre sur des activités de travail qui remettent en jeu l'identité du médecin. La transformation du rôle de l'État en matière de politique de santé et des attentes individuelles et collectives en matière de santé exerce une influence sur les professionnalités à l'œuvre dans ce domaine. Les médecins seraient quasiment astreints au zéro défaut ; les professionnels de santé publique seraient discrédités s'ils ne réussissaient à éliminer tous les risques sanitaires et l'autorité de l'État serait contestée si celui-ci ne garantissait plus la réponse à ces attentes. Dans ces conditions, les MISP ne sont pas seulement engagés dans une défense de valeurs pour affirmer leur identité mais aussi et surtout dans un combat de compétences. Ils sont confrontés à des acteurs dans des face à face qui les y obligent. J'ai montré que dans ce combat des compétences, les médecins inspecteurs de santé publique pouvaient développer des stratégies diverses et variées. Ils ont leurs coalitions, ils se regroupent, ils testent leurs ententes, ils recherchent des soutiens. Pour affirmer ou renforcer leur position, ils retrouvent le sens de la confraternité entre pairs, et ils se constituent des soutiens au sein des institutions qu'ils côtoient.

Si je parle des compétences comme d'un combat et non plus seulement comme d'un apprentissage, c'est bien parce que les MISP découvrent tous plus ou moins vite qu'il existe des écarts entre ce qu'ils savent et ce qu'ils font, et que cette distance, difficile à combler, les places dans une posture critique, c'est à dire instable pour eux

et dérangeante pour les autres. En matière de politique de santé, les MISP savent approcher les recrutements professionnels au regard des besoins qu'ils évaluent, ils savent qu'il faut adapter localement les moyens ; ils savent qu'il faut introduire des mécanismes de régulation dans le fonctionnement hospitalier pour prévenir les conflits ou le gaspillage. Ils savent à quoi sert l'éducation pour la santé et ils savent également mesurer l'impact de certains facteurs de l'environnement (transports, habitat, travail...) sur la santé, mais ils ne disposent pas d'une lecture précise des résultats des actions qu'ils engagent ou auxquelles ils participent. Finalement, le véritable sens de leur rôle, dans un tel contexte, est de déranger tout ce qui autour d'eux ne contribue pas à apporter les réponses aux besoins et aux attentes qu'ils sont chargés d'étudier. Ce métier aiguisé le sens critique, parce qu'il est, plus que tout autre acteur dans le champ de la santé publique, appelé à mesurer les déficits d'égalité et de qualité en matière de santé. Entre la mission et le rôle, l'exercice du métier devient boiteux, les compétences incertaines et l'identité mise à mal.

Parce qu'il vit de contradictions, l'acteur est toujours un acteur critique, au sens développé par F. DUBET c'est à dire un acteur qui a intériorisé le contrôle social, la morale, les devoirs et l'obligation d'être libre. Le segment professionnel que constituent les MISP n'est ni stable ni homogène, il recouvre une diversité de profils liés à des représentations de valeurs et de priorités très inégales (inspecter, planifier les moyens de santé, analyser les besoins d'une population, contrôler des pratiques, défendre et soutenir la profession médicale, opposer un contre pouvoir au modèle biomédical) mais il est surtout instable parce qu'il occupe une position favorable à l'expression d'un non-conformisme quasi généralisé. Toute activité d'un MISP débouche sur la remise en cause d'aspects insatisfaisants de l'organisation et du fonctionnement du monde de la santé. Les MISP sont souvent vécus comme des individus dérangeants dans un univers bureaucratique où ils font montre d'un esprit critique et d'atouts que de nombreux autres acteurs, fonctionnaires administratifs, pourraient leur envier (ils ont une qualification, ils savent se mobiliser, et ils ont des portes de sortie) Ils n'ont pas puisé l'essentiel de ces atouts au sein de leur organisation. Ils se prêtent bien au concept de « *marginal sécant* » développé par CROZIER et FRIEDBERG.¹⁸⁸ Je voudrais faire l'hypothèse, en écho à l'analyse de

¹⁸⁸ Dans leur ouvrage « *L'acteur et le système* », ces auteurs parlent du pouvoir du marginal sécant comme de celui d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires (1977, p.86).

D'IRIBARNE,¹⁸⁹ que le sens de l'honneur, caractéristique de l'espace sociétal français, pour un MISP, naît de son refus d'intégrer un monde qui lui paraît clos, comme celui de la médecine curative ou celui de l'administration, bureaucrate et procédurière voire technocratique. Mais comme la place d'un MISP est faite de cette double appartenance, l'honneur s'exprime dans cette volonté individuelle de coopérer avec une attitude vigilante et un regard critique tant vis à vis des confrères qu'à l'égard des collègues et de la hiérarchie. Autrement dit, ce sentiment est le propre de l'acteur, il montre qu'il ne subit pas les événements mais qu'il s'y intéresse en y prenant sa place. Le « sens de l'honneur » serait donc aussi un sens de l'action, d'une action réfléchie, d'une action conduite avec stratégie parce qu'elle prendrait en compte le résultat des échanges avec autrui, mais aussi avec lucidité personnelle parce qu'elle renseignerait la conscience de soi et éclairerait sa propre identité, sachant que pour les MISP les plus engagés, cette dynamique relève en partie d'un idéal et pour d'autres, elle sert, par contraste, à mesurer les obstacles ou l'impuissance.

Une telle posture critique s'inscrit dans un espace de marginalité. Les questions que se pose un MISP sont d'autant plus cruciales qu'elles ont aussi en écho des messages de dévalorisation d'un métier qui ne correspond plus à son profil originel et qui s'intègre mal dans un univers administratif peu ouvert à l'expression des singularités professionnelles. Entre grandeur et limites de la médecine, les MISP font des choix de représentations et de valeurs variées. Ils connaissent les contradictions du double langage, non pas celui qui oppose les mots aux faits mais plutôt celui qui interprète la santé dans la langue médicale et celui qui l'organise avec la langue du management. Et finalement, les MISP savent très bien qu'il n'y a pas de santé publique sans médecins, parce que ni les individus ni la société en général n'entendent aujourd'hui aborder la santé sans un éclairage médical. Les médecins se sont faits forts de revendiquer cette spécialité. Que la santé soit individuelle ou publique, elle est inévitablement sous le regard de la médecine et des médecins. Bien qu'ils s'en défendent parfois, les MISP contribuent à cette appropriation de la santé par la profession à laquelle ils continuent de se référer en multipliant les formes d'échanges avec leurs confrères, spécialisés ou non. D'une certaine manière, les MISP n'échappent pas aux croyances de la médecine qui emprunte à la vocation du

¹⁸⁹ D'IRIBARNE P., *la logique de l'honneur*, Paris, Seuil, 1989.

savant analysée par Max WEBER comme expression de la foi en une maîtrise du monde grâce à la science et la technique. Et finalement, cette position est difficilement tenable, parce qu'elle n'apporte pas pour autant la confiance. Un MISP est potentiellement un acteur marginal. Il est inévitablement exposé aux critiques de ses confrères et à celles des autres membres de son institution. Les premiers peuvent lui reprocher de ne pas exercer et les seconds d'agir comme s'il était encore en exercice. Les MISP sont pris dans les contradictions des univers qu'ils défendent et intègrent à la fois : celui de la médecine dont la connaissance et les techniques n'ont cessé de croître, et des médecins qui veulent toujours plus de moyens, celui de l'administration et de son rôle planificateur pour rationaliser ce qu'elle veut contrôler, celui de l'État et des politiques qui louchent entre le discours engagé et la non décision, entre directivité et compromis.

Les MISP représentent un segment professionnel à la marge. L'évolution de ce métier de médecin inspecteur de santé publique correspond à une segmentation très particulière de la profession médicale. Jusqu'à présent, les spécialisations médicales semblent avoir été dictées plus par des impératifs techniques et scientifiques que déterminées par des facteurs sociaux. Si la dynamique de la médecine de soins est d'abord liée à l'efficacité technique de ses prestations, celle de l'inspection de la santé, dans le champ de l'intervention publique, obéit davantage à l'efficacité sociale de sa fonction de régulation, raison pour laquelle j'ai dit que le respect du travail passait par la reconnaissance de savoir-faire sociaux. Le métier de MISP s'inscrit dans le rapport entre le développement d'un savoir et d'une pratique médicale et le pouvoir de l'État, tous deux légitimés par les attentes et les besoins de santé des individus et des groupes souvent démunis d'ailleurs pour les exprimer.

Il y a un rapport entre les MISP et le statut d'homme marginal. Entre la médecine et l'État, se positionnent les MISP. Je propose de changer le regard qui a été habituellement porté sur ce groupe professionnel. Puisque la mission principale qui leur a été confiée consiste essentiellement à rendre ces mondes compatibles entre eux, donc à les faire coopérer, je prétends que la fonction d'interface à laquelle conduit ce mandat est moins pertinente pour comprendre l'identité professionnelle que le rôle et donc le statut d'homme marginal. Pour expliquer la part identitaire dans

l'analyse du métier de MISP, je propose de reprendre le concept d'homme marginal forgé par STONEQUIST¹⁹⁰ dans le contexte des mouvements migratoires des années 20 aux États-Unis. Pour cet auteur, les hommes marginaux sont placés dans une situation telle qu'ils participent de deux groupes sociaux différents, antagonistes et hiérarchisés, de deux univers sociaux et culturels, sans être intégrés ni à l'un ni à l'autre. Leur statut est essentiellement incertain et ambigu. Ils sont confrontés aux contradictions des systèmes qu'ils ont traversés, ils intériorisent les conflits qui deviennent pour eux un problème personnel. Ils connaissent parfois le refus du milieu récepteur sensé les accueillir. Certains sont alors tentés de retourner à leurs origines. Mais plus les expériences intermédiaires ou à la marge se sont accumulées et plus ce retour devient impossible. Et les MISP ne résolvent pas tous de la même manière ce problème qui est devenu leur problème personnel. Pour certains d'ailleurs, cette marginalité n'aura été que provisoire ; j'ai pu rencontrer des médecins contractuels qui ne sont jamais devenus MISP, qui n'ont jamais voulu passer le concours, ou d'autres qui ont changé de métier, dans la santé scolaire, par exemple, ou d'autres encore, qui sont repartis faire de la médecine de soins. Pour d'autres, plus sensibles aux expériences auxquelles expose ce métier de MISP, le conflit aura été plus durable. L'identité se reconstruit autour du conflit, et la marginalité devient le noyau central de la vie professionnelle.

Le statut d'homme marginal débouche sur une identité complexe. Un aspect de cette complexité vient du fait que le regard des autres est toujours double ; il renvoie au MISP les signes de ce qu'il est ou de ce qu'il n'est pas, à partir de l'un et l'autre des mondes culturels auxquels il ne peut pas faire autrement que de se référer. Un MISP serait donc le produit d'une double histoire, d'une double appartenance culturelle, condamné à une marginalité qui ne peut se faire sans conflit (du moins intérieur) et qui interdit toute intégration conformiste. Lorsque ce conflit s'extériorise, c'est à dire lorsqu'un MISP fait face aux oppositions qui le divisent (la profession médicale et l'administration, la médecine curative et la santé publique, le savant et le politique) il est forcé de s'engager dans la voie d'un partage, parce qu'une radicalisation de sa position équivaldrait à sa délégitimation. Il ne peut ni rester neutre, ni prendre parti. Il n'est pas qu'une interface entre deux mondes, il participe de leur transformation, à la marge. Ce point de vue rapproche de l'analyse

¹⁹⁰ STONEQUIST E.V., *The Marginal Man, A study in personality and culture contact*, 1961

de STONEQUIST selon qui l'homme marginal, affligé de deux identités culturelles vit le drame du moi divisé. Le fait pour ce dernier de vivre un partage entre deux mondes en fait un individu « émancipé ».

L'identité professionnelle des MISP combine à la fois complexité de l'acteur et complexité de l'action. Quel est l'impact de ce partage sur l'évolution du métier ? Je me permettrais de rappeler ici cette hypothèse : les professions de santé n'échapperaient pas à cette double exigence de la qualification et de la compétence. Il leur faut posséder un haut niveau de savoir et il leur faut prouver des savoir-faire multiples : techniques, sociaux, managériaux. Dans ces conditions, les MISP ne peuvent se référer uniquement à leurs titres pour défendre leur identité, et ils ont besoin d'être reconnus au travers d'expériences parfois complexes, difficiles et diversifiées. La dynamique de transformation d'une identité professionnelle est à la fois un processus individuel et une affaire collective : individuelle parce que chacun mesure et vit comme il le peut le décalage entre tout ce qu'il sait de son travail et tout ce que ce travail est réellement ; collective parce que derrière le savoir être de l'individu, c'est toute l'existence de son groupe qui est en jeu, a fortiori lorsque celui-ci n'occupe pas la position centrale ou dominante dans l'organisation qui l'emploie. La conversion identitaire qu'opèrent les MISP est bien un défi professionnel. Elle met à l'épreuve la capacité d'adaptation de l'individu à une réalité fort éloignée de sa première culture. Tout semble nouveau dans le métier : ses activités de travail, son rôle, sa carrière et son statut. Mais cette nouveauté n'évacue pas le fruit des expériences passées. Le MISP s'adapte aux variations de sa vie, mais il ne le fait pas passivement. Sa conversion identitaire n'est pas un nouveau conformisme qui éliminerait les caractères de son appartenance antérieure. Il s'agit d'une adaptation multiforme, qui saisit des opportunités, qui défend des valeurs et qui engage d'autres acteurs. Le résultat est que le métier de MISP se prête mal à la formalisation d'un référentiel. Le savoir pratique qui est le sien est hérité d'un monde qui reconnaît la rationalité et la science comme fondements de la qualification, et il est principalement mis en œuvre dans un monde qui privilégie le compromis, l'application négociée des normes, et la satisfaction de besoins comme indicateurs de la compétence. Il pourrait bien s'agir, comme le formulent si bien DUBAR et TRIPIER (1998, p. 86) de « *mettre du profane en contact avec du sacré* ». En ce sens, l'identité professionnelle reconstruite, mais en même temps inachevée, chez les

médecins inspecteurs de santé publique, est, dans le regard des autres, celle « d'un passeur », celui qui fait le lien d'un monde à l'autre, alors que dans leur propre perception d'eux-mêmes, elle est celle d'un homme divisé, de celui qui emprunte à deux mondes que sa mission lui interdit d'opposer. Sociologiquement, l'identité professionnelle n'est pas que le produit d'un rapport entre l'acteur au travail et son environnement, elle est aussi le résultat d'une intériorisation des conflits non réglés que connaissent les mondes qui traversent cet environnement. La capacité de l'acteur à évoluer dans ces mondes ne permet pas de définir un modèle de conversion mais des modalités d'adaptation qu'une approche rationnelle du métier ne saurait prétendre rendre compte. En d'autres termes, entre la description d'un groupe professionnel, l'analyse d'un métier et la construction de l'identité professionnelle, on passe progressivement du profane à une forme de sacré.

C'est pour toutes ces raisons que les statuts d'homme marginal, marginal/sécant et d'acteur critique m'ont semblé particulièrement adaptés pour comprendre la spécificité de cette conversion identitaire. Les MISP font partie de ces métiers caractéristiques du monde moderne qui empruntent à plusieurs cultures, mais de manière incomplète, des métiers que de nouvelles missions ou de nouvelles contraintes ont condamnés à s'exprimer dans plusieurs cultures sans y être reconnus totalement, ou missionnés pour les rapprocher lorsque leurs antagonismes deviennent trop aigus. Ces métiers deviennent des hybrides actuels au statut incertain et ambigu. Ils manifestent toujours les traits de leur culture d'origine et peuvent être vécus comme des intrus par leur institution d'accueil. Un retour à leur culture première est toujours une opération délicate et difficile parce qu'il peut tout aussi bien être perçu comme un échec que comme une trahison. La dualité ou l'ambivalence de l'homme marginal l'expose autant au risque d'inadaptation qu'à son émancipation, c'est à dire une forme de reconnaissance d'une identité professionnelle nouvelle exprimant une avancée dans une relation innovante avec des mondes différents. Le point de vue de l'homme émancipé est souvent plus critique et plus détaché. Un métier nouveau est celui de l'acteur qui exprime un point de vue nouveau sur des réalités habituellement séparées (santé individuelle et environnement social, besoin de l'utilisateur et intérêt de la profession, unité de l'État et diversité de l'action publique).

En conclusion, être acteur, c'est avoir un projet pour soi, en prise avec le social, dans un espace de contraintes et d'opportunités d'autant mieux acceptées que le sens critique peut s'y exprimer (DUBET, 1994, p. 37). En passant par les arcanes d'une identité à la marge (chez les MISP qui, en toute conscience, ont le mieux intériorisé cette marginalité) cette recherche m'a permis de redécouvrir d'une certaine manière, un aspect essentiel de l'homme dans le monde du travail : un acteur professionnel n'est pas celui qui réalise un travail, mais celui qui pense son travail. L'identité en découle.

Enfin, je pense avoir démontré qu'il est possible, en étudiant un métier à la marge d'un champ professionnel qui se complexifie, de saisir les questions centrales qui traversent sa construction sociale. Le métier de MISP, et la problématique identitaire qui le caractérise, éclaire d'une certaine manière – incomplètement certes parce qu'il ne saurait faire l'économie d'une analyse des groupes environnants– la nouvelle complexité de la santé publique en France, la transformation des politiques publiques de santé et le changement qui affecte les professions à l'œuvre dans ce champ.

UNIVERSITÉ DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES de LILLE I

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE I

Discipline : sociologie

Présentée et soutenue publiquement

Par

Michel VANDENBERGHE

07 Décembre 2001

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique :
Une conversion identitaire et une transformation
de l'action publique dans le champ de la santé

Thèse dirigée par Lise DEMAILLY, professeur des Universités

Membres du Jury :

- M. Alexis FERRAND, Président, professeur de Sociologie à l'université de LILLE I
- Mme Lyse DEMAILLY, Directrice, professeur de Sociologie à l'université de LILLE I
- Mme Janine PIERRET, Rapporteur, directrice de recherche au GERMES (CNRS) PARIS
- M. François ABALLEA, Rapporteur, professeur de Sociologie à l'université de ROUEN
- M. Pierre MATHIOT, professeur de Sciences Politiques à l'université de LILLE II

TOME II

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **ABALLEA F.**, Le besoin de santé, *in Recherche sociale n° 81*, Besoin de santé et classes sociales, janvier-mars 1982.
- **ABALLEA F.**, Professionnalité et déprofessionnalisation du travail social, *in Recherche sociale n° 137*, janvier-mars 1996 (p. 47-61).
- **ABALLEA F.**, Territoire, démocratie et action administrative, *in Recherche sociale n° 139*, juillet-septembre 1996 (p. 47-57).
- **ABALLEA F.**, Crise et fracture sociale, *in Recherche sociale n° 144*, octobre-décembre 1997 (p. 3-19).
- **ABALLEA F.**, Décentralisation et action sociale familiale, *in Revue française des affaires sociales n° 2*, avril-juin 1998 (p. 181-197).
- **ADAM P., HERZLICH C.**, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, 1994.
- **AIACH P.**, « La santé et ses inégalités », *in Esprit*, février 1997, p. 63-71.
- **AIACH P., FASSIN D.**, *les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994.
- **AUTÈS M., BRESSON M.**, Précarité, santé mentale et système local de santé, Ifrési-C.N.R.S., mars 2001.
- **BAROUCH G., CHAVAS H.**, *Où va la modernisation ? Dix années de modernisation de l'administration d'état en France*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- **BAUDIER F.**, « L'enrichissement du concept d'éducation sanitaire », *in Politique Santé n°1*, Décembre 1997, Fondation de France p. 14.
- **BEAU P.**, « NHS, le généraliste glorifié, l'hôpital rationné », *in espace social européen*, 7/6/1996, p. 15.

- **BEAULIEU F., MONGEAU J.C.**, « Les paradoxes du monde de la santé », in *santé publique n°3*, 1996, p. 261-272.
- **BERAUD C.**, « La France à la recherche d'un système de soins », in *Futuribles*, décembre 1996, p. 5-46.
- **BERNADOU A.**, (sous la direction de BARBIER J.M.) *Savoir théorique et savoirs pratiques, l'exemple médical*, Paris, P.U.F., 1996.
- **BERTHOLD-WURMSER M.**, « Régulation et réformes de la protection maladie en Europe », in *Revue française d'administration publique n°76*, 1995.
- **BLANCHET A., GOTMAN A.**, *L'enquête et ses méthodes*, Paris, Nathan, 1992.
- **BLANCHET A.**, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod, 1985.
- **BLAU P.M., SCOTT W.R.**, *Formal organizations*, Chandler Pub. Comp., San Francisco, 1962.
- **BOLTANSKI L., THEVENOT L.**, *Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.
- **BONNICI B.**, *La politique de santé en France*, Paris, P.U.F., 1993.
- **BOUCHAYER F.**, *Questions aux besoins de formation en éducation pour la santé*, in *Formes en éducation pour la santé*, Comité français d'éducation pour la santé, E.N.S.P., Actes du colloque de Rennes (26-27 janvier 1989).
- **BOURDIEU P.**, *La misère du Monde*, Paris, éd. du Seuil, 1993
- **BRACHET P.**, *Le partenariat de service public avec usagers, élus, professionnels*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- **BRACHET P.**, *Le partenariat de service public*, Paris, l'Harmattan, 1994.
- **BRODIN M.**, « De quelques constantes bien Françaises », in *un siècle de santé publique*, Politique santé n°1, décembre 1997.

- **BRUNHES B.**, *Les stratégies de changement et l'évolution des métiers, in évaluation des politiques et transformation des pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire et social*, Actes des journées de l'E.N.S.P., 13-14 février 1992, Éditions E.N.S.P., 1992.
- **CATRICE-LOREY A.**, *Les politiques de santé en régulation, réorientations de l'action publique et changement social, in CRESAL, les raisons de l'action publique, entre expertise et débat*, Actes du colloque CRESAL CNRS, Saint Étienne, 13-14 mai 1992, Paris L'Harmattan, 1993.
- **CAUSSE D.**, « Regards sur le National Health Service », *in Revue hospitalière de France n°2*, mars-avril 1991.
- **CECCALDI D., LUCAS M.**, « Santé et sécurité sociale, un ministère en mouvement », *in Revue Française des Affaires Sociales n°4*, octobre- décembre 1980, p. 31-52.
- **CECCALDI D.**, *Travail et protection sociale*, édition du juris-classeur, mars 1997, p. 4.
- **CHEVALLIER J.**, La réforme de l'État et la conception française du service public, *in Revue française d'administration publique n° 77*, janvier-mars 1996, (p. 189-205).
- **CHEVALLIER J.**, « La gestion publique à l'heure de la banalisation », *in Revue française de gestion*, septembre-octobre 1997 (p. 26-37).
- **CHEVALLIER J.**, L'accélération de l'action administrative, *in Revue française d'administration publique n° 84*,
- **CLAUDE V.**, (sous la direction de TOPALOV C.), *Technique sanitaire et réforme urbaine : l'association générale des hygiénistes et techniciens municipaux, 1905-1920* « in laboratoires du nouveau siècle, la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914 », Paris, Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales 1999.

- **CLAVEAU N., MARTINET A.C., TANNERY F.**, « Changement organisationnel, processus stratégique, savoirs procéduraux », *in Éducatons n°13*, 1997.
- **COMITI V.P.**, « Histoire de la loi de la santé publique de 1902 », *in Revue Française des Affaires Sociales*, Avril- juin 1983, p. 81-88.
- **COMITI V.P.**, « l'éthique de la santé publique et de la recherche au XIX^{ème} siècle », *in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIALE n° 86*, juin 1997, p. 45-48.
- **COUTROT L., DUBAR C.**, (sous la direction de), *Cheminements professionnels et mobilités sociales*, Paris, La documentation française, 1992.
- **CRESSON G.**, *La confiance dans la relation médecin-patient*, ouvrage collectif sous la direction de CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, éditions E.N.S.P., 2000 (p. 333-350).
- **CRESSON G., FERRAND A., LARDÉ P.**, Les systèmes locaux de santé, CLERSE-U.S.T.L. I, juillet 2001.
- **CROZIER M., FRIEDBERG E., GREMION C., GREMION P., THOENIG J.C., WORMS J.P.**, *Où va l'administration française ?*, Paris, éd. d'organisation, 1974.
- **CROZIER M., FRIEDBERG E.**, *L'acteur et le système*, Paris, éd. du Seuil, 1977.
- **D'IRIBARNE Ph.**, *La logique de l'honneur*, Paris, éd. du Seuil, 1989.
- **DAB W.**, *La décision en santé publique, surveillance épidémiologique, urgence et crises*, Rennes, E.N.S.P., 1993.
- **DE LUCA V.**, *Les inspecteurs de l'Assistance Publique : Figures tutélaires de la troisième République*, thèse d'université sous la direction de Catherine ROLLET, Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 1999
- **DECROIX G.**, « Droit et médecins », *in Actualité et dossier en santé publique « les médecins aujourd'hui en France » n°32*, septembre 2000, la documentation française.

- **DEMAILLY L.**, *Le collège : crise, mythes et métiers*, Presses Universitaires de LILLE (1991).
- **DEMAILLY L.**, « Simplifier ou complexifier ? Les processus de rationalisation du travail dans l'administration publique », in *Sociologie du travail*, 1992-4, Paris.
- **DEMAILLY L.**, *Mobilisation d'encadrement et mobilisation des groupes professionnels : le cas des enseignants en France*, in LUCAS Y., DUBAR C., *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses universitaires de LILLE, 1994
- **DEMAILLY L.**, « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels » in *Revue Travail et Emploi*, septembre 1998.
- **DEMAILLY L., DESMONS P., ROELANDT J.L.**, *Usagers et mésusagers en santé mentale*, ouvrage collectif sous la direction de CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, éditions E.N.S.P., 2000 (p. 125-143).
- **DEMEULEMEESTER R., LONGE C.** « Au delà des soins, la santé » in *ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL n°82*, juillet 1996, la documentation Française (p. 25-26).
- **DESLAURIERS J.P.**, *Recherche qualitative*. Québec, Mc Granill ed., 1991.
- **DEVELAY, NAILDITH, POUVOURVILLE**, « Information médicale et régulation de la médecine générale, une approche comparative », in *Revue française d'administration publique n°76*, 1995.
- **DREUIL D.** *Pouvoir guérir ? Philosophie de l'action médicale*, mémoire de D.E.A. sous la direction de MACHEREY M. & WORMS F., Université de Lille III, 2001.
- **DRULHE M.**, *Santé et Société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris, P.U.F., 1996.
- **DRULHE M.**, « Comment mesurer la santé ? » in *Esprit*, février 1997, 51-62.

- **DUBAR C.**, (1990), « L'entretien non directif comme système d'action : pour une analyse des trajets identitaire » *in les cahiers de philosophie n°10*, p.185-206.
- **DUBAR C.**, « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *in Revue française de sociologie XXXIII*, 1992 (p. 505-529).
- **DUBAR C.**, « L'insertion comme articulation du biographique et du structurel », *in Revue française de sociologie II*, 1994 (b) p. 283-291.
- **DUBAR C., ENGRAND S.** 1991 « Formation continue et dynamique des identités professionnelles » *in Formation Emploi n°34*, (p 87-100)
- **DUBAR C., GUTH S.**, (sous la direction de), *Une sociologie des identités est-elle possible ?*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- **DUBAR C.**, *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*, in de COSTER M., PICHAULT F., *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De BOECK Université, 1994
- **DUBAR C.**, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand COLIN, 1991.
- **DUBAR C., TRIPIER P.**, *Sociologie des professions*. Paris, Armand COLIN, 1998.
- **DUBET F.**, *Sociologie de l'expérience*. Paris, éd. du Seuil, 1994.
- **DUMENIL G FAGNANA F.**, « Éléments d'analyse du système de santé » *in Revue française des Affaires Sociales n°1*, janvier- mars 1975, 104-130.
- **DUMOULIN J.**, « La dynamique du système de soins » *in Revue française des Affaires Sociales*, octobre- décembre 1976, 170-188.
- **DUPUY F., THOENIG J.C.**, *L'administration en miettes*. Paris, Fayard, 1985.
- **DUPUY F., THOENIG J.C.**, *Sociologie de l'administration*. Paris, Armand COLIN, 1983.

- **DURIEZ M., LEQUET-SLAMA D.**, *Les systèmes de santé en Europe*. Paris, P.U.F., 1998.
- **ERNST A.** « La santé publique et l'Union Européenne, parmi les dernières nées des politiques » *in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIALE n° 97-98*, mars-juin 2000, (p. 78-84).
- **ERNST A.** « La santé publique, le Conseil de l'Europe, 50 ans au service de l'homme et du progrès social » *in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIALE n° 94*, juin 1999, (p. 63-67).
- **ETZIONI A.** *A comparative analysis of complex organization*, The Free Press of Glencoe Inc., New York, 1961.
- **EVERAERE C.**, L'autonomie dans le travail : portée et limites, *in Revue française de gestion*, juin-juillet-août 2001, (p. 15-26).
- **FASSIN D.**, (sous la direction de), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998.
- **FASSIN D., FASSIN E.** (1989), « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal » *in Revue tiers monde n°30*, p 881-891.
- **FASSIN D.**, *L'espace politique de la santé*. Paris, P.U.F., 1996.
- **FAURE O.**, *Les français et leur médecine au XIX^{ème} siècle*, Paris, Belin, 1993.
- **FERRAND A.**, *Effets des structures des réseaux de discussion sur la production des réputations*, ouvrage collectif sous la direction de CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, éditions E.N.S.P., 2000 (p. 313-331).
- **FERREOL G., DEUBEL P.**, *Méthodologie des sciences sociales*. Paris, Armand COLIN, 1993.
- **FORGES, de J.M.**, « L'administration, les mots et les choses », *in Revue administrative n°286*, avril 1994.

- **FOUCAULT M.**, *Naissance de la clinique*. Paris, P.U.F., 1963.
- **FREIDBERG E.**, *Le pouvoir et la règle*. Paris, éd. du Seuil, 1993.
- **FREIDSON E.**, *La profession médicale*. Paris, Payot, 1984.
- **FRIOT B.**, « Les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946 » in *Revue française des Affaires Sociales n°1*, janvier- mars 1996, 141-171.
- **GHEBALI-BAILLY M.**, « les agences régionales de l'hospitalisation ou l'État éclaté », in *Revue de droit sanitaire et social 33 (3)*, juillet-septembre 1997, p. 572.
- **GIRAUD F.**, « Médecins aujourd'hui, une réalité complexe », in *Actualité et dossier en santé publique « les médecins aujourd'hui en France » n°32*, septembre 2000, la documentation française.
- **GLENNERSTER H.**, « La contractualisation au sein du service national de santé au Royaume-Uni », in *Revue française d'administration publique n°76*, octobre-décembre 1995.
- **GREMION C.**, *Que reste-t-il des administrations déconcentrées ?*, in MULLER P. (sous la direction de), *L'administration française est-elle en crise ?*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- **GRIMAUD O., TRUGEON A.**, Observer la santé dans les régions de France et d'Angleterre, *A.D.S.P. n°35*, juin 2001 (p. 86-87).
- **GUEHO P.**, « Les professions de santé : des évolutions contrastées selon le mode d'exercice » in *Solidarité santé n°1*, 1995, 9-21.
- **GUIGAZ M.**, « L'émergence du niveau régional dans la gestion du système de santé en France » in *Revue Française d'Administration Publique N°76*, octobre-décembre 1995, 609-617.
- **GUILLAUME P.**, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles 1800-1945*. Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996.

- **HAEHNEL P.**, « Lieux et modes d'exercice », in *Actualité et dossier en santé publique* « les médecins aujourd'hui en France » n°32, septembre 2000, la documentation française.
- **HASSENTEUFEL P.**, *Les médecins face à l'État*. Presses de Sciences Po, 1997.
- **HENRARD J.C., ANKRI J.**, *Systèmes et politiques de santé*. Rennes, E.N.S.P., 1996.
- **HERZLICH C.** « La résistible émergence de la citoyenneté » in *Politique Santé* n°1, Décembre 1997 Fondation de France p.15.
- **HERZLICH C.** *Médecine, maladie et société* ; Paris, Mouton, (1970).
- **HERZLICH C, PIERRET J**, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Payot, Paris, 1984.
- **HOUTAUD, d' A.** *Sociologie de la santé, langage et savoirs, environnement et éthique* ; Paris, L'Harmattan, 1998.
- **HUGHES E.C.**, *Le regard sociologique*. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996
- **ILlich Y.**, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris, éd. Du Seuil, 1975.
- **IMBERT J.**, *Les hôpitaux en France*. Paris, P.U.F., 1994.
- **JOBERT B., MULLER P.**, *L'État en action, politiques publiques et corporatismes*, Paris, P.U.F., 1987.
- **KELLER B.**, « Médecins libéraux, ces craintes qui alimentent le malaise », in *Actualité et dossier en santé publique* « les médecins aujourd'hui en France » n°32, septembre 2000, la documentation française.
- **KORNHAUSER W.** *Scientists in industry, conflict and accommodation*, University of California press, Berkeley and Los Angeles, 1963.

- **L'HELGOVAC'H M.C., BAUBEAU O.**, « S.R.O.S. / projets régionaux de santé : quels liens ? » in *Échanges Santé- Social* n°83, octobre 1996, 24-27.
- **LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T.** (sous la direction de) *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte / INSERM 2000.
- **MARCILLAC, de J.**, « une DRISS à mi-parcours », in *ÉCHANGES, SANTÉ-SOCIAL* n°66, juin 1992 p. 45.
- **MARROT B.**, *L'administration de la santé en France*. Paris, l'Harmattan, 1995.
- **MAURICE M.**, « Propos sur la sociologie des professions », in *Sociologie du travail* 2, 1972 (p. 213-225).
- **MORELLE A.**, « De l'évaluation des besoins aux besoins de l'évaluation : à propos de quelques difficultés liées à l'évaluation des besoins de santé » in *Revue française des Affaires Sociales* n°2, avril- juin 1986, 53-69.
- **MORELLE A.**, « Les faiblesses de l'État sanitaire français » in *Esprit*, janvier-février 1996, 6-27.
- **MORELLE A.**, *La défaite de la santé publique*. Paris, Flammarion, Collection « Forum », 1996.
- **MULLER P.**, « La profession médicale au tournant » in *Esprit*, février 1997, 34-42.
- **MULLER P., SUREL Y.**, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, MONTCHRÉTIEN, 1998
- **MURARD L., ZYLBERMAN P.**, *L'administration sanitaire en France dans l'entre deux guerres, le ministère de l'hygiène : création et action*, Paris, Cermès, 1996.
- **PALICOT J.C.**, « Rapprocher les professionnels de santé des problèmes de santé de la population » in *Échange Santé Social* n°83, octobre 1996, 6-8.

- **PARSONS T.** *Éléments pour une sociologie de l'action, introduction et traduction de f. BOURRICAUD*, Paris, Plon 1955. (p. 197-238).
- **PHELPS C.**, *Les fondements de l'économie de la santé*. Paris, Publi-Union, 1995.
- **PIERRET J, BRUNET J.B, THIAUDIERE C et al.** SIDA, état des lieux, in *Informations sociales n°32*, 1993 (p.4-89).
- **PIERRET J**, (1996/09) Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales, PARIS, CERMES (rapport pour la MIRE).
- **PIERRET J**, (1997/12) SIDA : nouvelles perspectives en anthropologie et en sociologie ? Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH, in *Sciences sociales et santé 15.4* (p.97-120).
- **POLTON D.**, « la décentralisation du système de santé, analyse de l'expérience britannique », in *Revue française des affaires sociales n°1*, 1984 p. 135.
- **RAUCH A.**, *Histoire de la santé*. Paris, P.U.F., 1995.
- **REYNAUD J.D.** (1979) « Conflit et régulation sociale, esquisse d'une théorie de la régulation conjointe » in *Revue Française de Sociologie XX*, (p 367-376).
- **REYNAUD J.D.** (1988 a) « Les régulations dans les organisations : Régulation de contrôle et régulation autonome » in *Revue Française de Sociologie XXIX*, (p 5-18).
- **REYNAUD J.D.**, *Les règles de jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand COLIN, 1993.
- **ROBIN F. & N.** *Le pouvoir médical*, Paris, Stock, 1976.
- **ROLLET C.** « Ministère amer, D.D.A.S.S. lasses » in *Politique Santé n°1*, Décembre 1997 Fondation de France p.12.
- **ROLLET C.**, « Les français et la santé publique » in *Revue française des Affaires Sociales n°3*, juillet- septembre 1988, 7-14.

- **ROUBAN L.** « Quelle réforme pour l'État en France, » *in Futuribles* n°263, avril 2001.
- **RUFIN D.**, « Les médecins salariés non hospitaliers : enquête auprès des médecins de prévention et d'administration » *in infos rapides* n°89, Ministère du Travail et des Affaires Sociale, S.E.S.I., Avril 1997.
- **RUSCH E., THELOT B.**, *Dictionnaire de l'information en santé publique*. Paris, éd. Frison-Roche, 1994.
- **SAILLARD Y.**, « Les systèmes de soins dans la crise économique » *in Revue française des Affaires Sociales* n°3, juillet- septembre 1986, 9-35.
- **SAINSAULIEU R.**, *L'identité au travail*, Références-Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 1988.
- **SCHWEYER F.X.**, « Histoire et démographie médicale », *in Actualité et dossier en santé publique « les médecins aujourd'hui en France »* n°32, septembre 2000, la documentation française.
- **SETBON M.**, *Pouvoirs contre S.I.D.A.* Paris, éd. Du Seuil, 1993.
- **SOURNIA J.C.**, « Remarques sur l'évolution de la protection sociale et sanitaire dans les pays en voie de développement » *in Revue française des Affaires Sociales*, juillet- septembre 1977, 44-53.
- **SOURNIA J.C.**, *L'utopie de la santé*. Paris Flammarion, 1984.
- **STEPHAN J.C.** *Économie et pouvoir médical*, Paris, Économica, 1978.
- **STONEQUIST E.V.**, *The marginal man, A study in personality and culture contact*, 1961.
- **STRAUSS A.** *Miroirs et masques*, Paris, MÉTALLIÉ, 1992.
- **STRAUSS A.**, *La trame de la négociation*. Paris, l'Harmattan, 1992.

- **TCHOBROUTSKY G., WONG O.,** *La santé.* Paris, P.U.F., 1995.
- **TERSSAC, de G.** « Organisation du travail et sociologie » *in Revue Française de Gestion*, novembre-décembre 1993, (p. 90-100).
- **TERSSAC, de G.,** *Autonomie dans le travail*, Paris, P.U.F., 1992.
- **THEVENET A.,** *l'aide sociale aujourd'hui*, Paris E.S.F., 1992.
- **TIMSIT G., CLAISSE A., BELLOUBET-FRIER N.,** (sous la direction de), *Les administrations qui changent, innovations techniques ou nouvelles logiques*, Paris P.U.F., 1996.
- **TRUCHET D.,** « Chronique de législation, la réforme hospitalière », *in Actualité juridique, Droit administratif n° 20*, février 1992, p.130.
- **VERDILLAT P.,** « Les conférences régionales de santé » *in Échanges Santé-Social n°83*, octobre 1996, 20-23.
- **VIGARELLO G.,** « L'éducation pour la santé, une nouvelle attente scolaire » *in Esprit*, février 1997, 72-82.
- **VIGARELLO G.,** « La santé, à quel prix ? » *in Esprit*, février 1997, 8-12.
- **VIGNERON E.,** *Géographie et statistique*, Paris, P.U.F., n°3177, 1997.
- **VINCENT G.,** « De la charité à l'accréditation, la longue marche de l'hôpital », *in un siècle de santé publique*, Politique santé n°1, décembre 1997.
- **WEBER M.,** *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1959.
- **ZARIFIAN P.,** « La force de l'expérience dans la confrontation aux événements », *in Éducatons n°13*, 1997.
- **ZARIFIAN P.,** *Le travail et l'événement*, Paris L'Harmattan, 1995.

- **ZIEGLER A.**, « Quelques étapes du passé » in *Revue Française des Affaires Sociales* n°4, octobre- décembre 1980, 15-30.
- **ZMIROU D.** « Hygiène et environnement, matrice de la santé publique » in *Politique Santé* n°1, Décembre 1997 Fondation de France p.13.
- **ZYLBERMAN P.**, « Sécurité sanitaire : le retour ? », in *Esprit*, Août-septembre 1999, p. 45-61.

RAPPORTS

- *De l'inspection de la santé à la santé publique* – Syndicat des médecins inspecteurs de la santé, 1981/82.
- *La santé publique : formation et débouchés*. Rapport présenté par Hélène STROHL, Inspection Générale des Affaires Sociales, août 1987.
- *Médecins inspecteur : Rôle et formation*. Rapport n°1 de la commission santé publique, mars 1988.
- *Les médecins inspecteurs de la santé*. Syndicat des médecins inspecteurs de la santé, avril 1989.
- *Médecins inspecteurs de la santé publique, de l'état du problème et des solutions à apporter*. Groupe de travail présidé par M. le Professeur GIRARD, et Mme MENGUAL, pour le ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, septembre 1991.
- *Évaluation des politiques et transformation des pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire et social*. Actes des journées de l'E.N.S.P. – 13 & 14 février 1992 – Rennes, E.N.S.P., 1992.
- *Recrutement des médecins inspecteurs de santé publique, réflexions et propositions*. Rapport de François PIEDNOIR, médecin général de santé publique, mars 1995.
- Dossier « santé- précarité » in *Actualité et dossier en santé publique, revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique n°12*, septembre 1995, 15-36.
- *Conférence Régionale pour une démarche de programmation stratégique d'actions de santé dans le Nord – Pas de Calais*. Rapport de synthèse, Ministère du Travail et des Affaires Sociales (14 mars 1996).
- Le recrutement des médecins inspecteurs de santé publique. Groupe de travail animé par Bernard BASSET, mars 1998.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Entretien avec « Etienne ».....	469
ANNEXE 2 : Entretien avec « Anne-Marie ».....	483
ANNEXE 3 : Décret du 6 décembre 1994 et circulaire du 27 janvier 1997 relatifs aux missions et attributions des DDASS / DRASS.....	506
ANNEXE 4 : Décret du 7 octobre 1991et décret du 29 septembre 2000 relatifs au statut particulier des Médecins Inspecteurs de Santé Publique.	517
ANNEXE 5 : Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l’hospitalisation publique et privée, et son titre IV relatif aux Agences Régionales d’Hospitalisation.....	529
ANNEXE 6 : Le métier de MISP et la formation – Document E.N.S.P. – mars 97.....	540
ANNEXE 7 : Rapport F. PIEDNOIR sur le recrutement des MISP – mars 95.....	559
ANNEXE 8 : Rapport B. BASSET sur le recrutement des MISP – mars 98.	637

ANNEXE 1

Entretien avec « Etienne »

ANNEXE 1

L'histoire d'Etienne, MISP en DDASS

Dans le bureau d'Etienne, à la DDASS :

« Je pense que je vais faire un peu comme tout le monde, un curriculum-vitae, un récit de motivation dans ma trajectoire professionnelle; ça va peut-être apporter quelques éclaircissements. En fait, je vais remonter dans les années 80, où je m'inscris à la fac de médecine parce que je voulais être médecin de santé mentale, en gros c'était psychiatre, et donc, ma première année de médecine, je découvre la réalité de la sélection, et de la pratique, non, enfin du monde médical, parce que j'étais assez éloigné de ce milieu là quand même; je m'en étais fait plus une idée qu'une confrontation quotidienne, quand j'étais lycéen, et donc, ça se passe plus ou moins bien, la deuxième année, je continue mon parcours, avec toujours cet objectif de pratiquer une médecine spécialisée; troisième année, ainsi de suite, les choses s'enchaînent. Arrive donc la fin du cursus avec la décision, grâce à la réforme, avec la réforme de devoir passer l'internat, et là se pose la question : faut-il ou non que je passe l'internat ? Entre-temps, des facteurs que je qualifierais de personnels dans ma famille étaient intervenus qui allaient modifier ma trajectoire et mon regard par rapport à la médecine; bon, il s'agissait de maladie en l'occurrence; donc, je me pose fortement la question de passer l'internat et puis d'aller dans la médecine dite spécialisée. Donc, malgré tout, je le passe, je dis malgré tout, c'est malgré ma non-préparation, je le passe bien sûr, les mêmes causes produisant les mêmes effets, j'échoue à ce concours, et je me retrouve dans la classification des médecins généralistes malgré eux, c'est à dire ceux qui n'ont pas été en capacité de réussir un concours et qui n'ont pas spécialement la fibre de la médecine généraliste commerciale.

Donc, le principe de réalité exige qu'il faut continuer à fonctionner; donc, je fais mon cursus en stages de médecine générale; je fais 1 an et demi en psychiatrie en tant que faisant fonction d'interne; je gardais la fibre pour la médecine, je dirais l'approche santé mentale; je note qu'à l'époque, je n'avais aucune idée de ce que pouvait être la santé publique; en dehors des quelques poignées d'heures que nous

avons eues dans notre cursus en termes de santé médecine légale, médecine du travail et santé publique, c'était vraiment un truc complètement scolaire; en dehors de ça, rien. Mon idée, c'était : me voilà dans une situation que je qualifierais d'impasse, c'est à dire médecin généraliste malgré moi, pas assez motivé, je dirais, pour passer un concours, complètement un concours qui est un concours; il fallait vraiment s'investir, bachoter etc...pas assez de punch pour bachoter donc, forcément pour réussir; ça m'interrogeait aussi sur mes réelles motivations; enfin, voyez, c'était dans une espèce de paradoxe, disons: j'ai pas envie de faire ça, mais je suis là dedans, j'aurais voulu faire autre chose, et ainsi de suite; comme on dit vulgairement, j'avais le cul entre deux chaises, mal placé dans un cursus.

Et ça, ça dure quand même trois ans; je vais jusqu'au bout, c'est à dire, je passe ma thèse, dans un domaine qui est un domaine médico-psycho- social, et là, c'est un premier signe, une première accroche, c'est mon choix de thèse. J'étais en psychiatrie, à l'époque, donc, je faisais le médecin généraliste en remplacement, je jouais mon rôle de médecin somatique auprès d'une équipe en santé mentale qui m'avais bien intégré, j'osais même quelques prises en charge accompagnées par le praticien hospitalier, enfin, bon, ça s'équilibrait relativement, et fallait maintenant que je passe ma thèse pour pouvoir continuer ma trajectoire ; et, je rencontre le professeur P., pour un choix de thèse, et il me dit : monsieur, ben voilà, je vous propose deux choix :1) par rapport à des enfants autistes, un travail d'observation, caméra etc...et 2) un travail auprès d'une population particulière qui est celle des personnes qui se prostituent avec des problématiques très particulières. Et puis, un peu parce que le sujet me provoquait, je choisis le thème de la prostitution, et on me donne la personne référente qui était le docteur M. qui était médecin inspecteur à la DDASS de N. Médecin inspecteur, DDASS de N., c'est quoi cette histoire ? Bon, je l'ai rencontré, et c'est là que je rencontre un médecin inspecteur de santé publique, qui me parle d'un travail qui était vraiment passionnant à ses yeux; il me fait rencontrer une équipe de travailleurs sociaux dans un service de réadaptation qui est en fait un service d'accompagnement social; et puis, c'est là que le premier contact -mais j'ignorais toujours ce qu'est la santé publique- par contre, je traversais à travers la toile de ce premier contact pour toucher une approche médico-sociale; et là, c'est vrai que ça m'a enrichi beaucoup, l'échange

avec les professionnels, travailleurs sociaux, éducateurs, ça m'a enrichi beaucoup, alors que l'échange avec le médecin inspecteur m'a simplement permis de donner un sujet de thèse. On peut pas dire que de ce côté là, ça m'a donné le feu sacré, la santé publique.

Donc, je construis mon sujet de thèse, je quitte dans le même temps la santé mentale, et je me retrouve avec ma thèse et puis des remplacements, pour manger, si j'ose dire, m'alimenter; avec l'idée que, en 89/90, la médecine généraliste, c'est en fait effectivement une stratégie commerciale, idée que je garde toujours; il faut bien se vendre; certes, il faut avoir des compétences; certes, il faut respecter les principes moraux et déontologiques essentiels, et on peut penser que c'est partagé par beaucoup; mais si on n'est pas un bon commercial, on se plante. Donc, je sentais bien qu'à la longue, bien que j'ai quand même remplacé dans différents milieux, quartiers difficiles, semi-rural, semi-urbain, dans l'urbain, et je me rendais bien compte, à la longue... je tiendrais pas, enfin, je tiendrais pas cette position. Alors, fallait trouver une solution de remplacement. De nouveau, je pouvais encore passer une fois l'internat, parce qu'on a droit à deux essais; et donc, je me retrouvais avec mes anciens paradoxes: je préparais un concours, faut bosser etc... c'est dur, faut apprendre par cœur, etc... et puis changer complètement d'orientation, faire autre chose, complètement autre chose; et puis, quand on se retourne et qu'on a parcouru 8 ans, qu'on a fait quand même beaucoup de choses, et qu'on se dit : merde, on va quand même pas foutre ça à l'eau, pas sur un coup de tête, mais sur une impossibilité à dépasser des problèmes qui sont dé passables, il faut trouver des solutions, donc, je maintiens le cap des remplacements, et je cherche une autre activité; et là, c'est le hasard, j'en parle autour de moi, à des confrères : qu'est ce que tu fais ? qu'est ce que tu deviens ? Ben moi, je m'installe, moi, je fais des vacances, en santé scolaire. Ah bon ? des vacances en santé scolaire ? Une redécouverte; alors, effectivement, c'est une redécouverte, parce que ces services médico-sociaux, on nous les avait présentés lors de nos études, mais de façon très scolaire, on nous avait donné effectivement ce que c'était que le ministère du travail, la P.M.I., mais scolaire, ça m'avait pas accroché ; et donc, là, maintenant, confronté au principe de réalité, principe alimentaire, il fallait que je diversifie ma pratique, je mettais entre guillemets, aussi entre parenthèses, m'essayer à la mésothérapie, suivi un cursus en

acupuncture et je m'étais aperçu que ça collait pas du tout, j'adhérais pas du tout à cette logique d'avoir une plaque « médecin généraliste, acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute » enfin, j'en passe et des meilleures... phytothérapeute, qu'est ce que c'est que ce truc ? Enfin, bon, j'étais embarqué dans le courant des médecines dites parallèles, perpendiculaires, obliques, que sais-je, mais, avec une certaine inertie, mais j'en mesurais... pour moi, ça ne correspondait pas; et là, je dis : ben pourquoi pas, la santé scolaire ? Une palette de plus, si j'ose dire, un essai de plus, on peut dire ça comme ça; et alors là, c'est rigolo, j'apprends qu'il faut déposer... Je fais enregistrer ma thèse à la DDASS qui n'était pas ici à l'époque. Et puis, je demande aussi un entretien avec quelqu'un qui était responsable pour pouvoir m'aider dans une proposition que j'avais, par rapport à la thèse que j'avais faite; je voulais l'exploiter, c'est à dire, je m'étais dit : c'est un sujet intéressant, peut-être que dans le P., ces problèmes là existent, et comme j'y avais travaillé un moment, je me sentais le culot de proposer mes services ou de proposer une recherche complémentaire à la DDASS puisque c'était mon contact dans le N; donc, je cherche la personne, le médecin – on me donne le nom – je prends rendez-vous ; bon, j'enregistre la thèse, c'était juste avant l'enregistrement, et puis, j'arrive au bureau : bon, qu'est ce que vous désirez ? Ben voilà... je raconte mon histoire de thèse, et là on me dit : non, non, c'est pas une priorité, enfin, c'est pas un problème, c'est un sujet – alors, très poli – c'est un sujet intéressant et c., et c... mais, bon, ben OK, merci, au revoir, on vous écrira, et puis voilà ; donc, c'était mon contact ; donc, j'enregistre ma thèse, et le jour où j'enregistre ma thèse en DDASS, je vois deux médecins qui étaient comme moi, et puis, on a parlé, et ils disent : oui, ben nous, après, on a rendez-vous en santé scolaire, pour déposer notre demande ; je dis : bon sang, il faut quand même, ça devenait quelque chose de palpable ; je me dis : je vais faire pareil; et la demie heure après, j'étais dans le secrétariat de santé scolaire, j'écrivais ma demande pour faire des vacations, voilà, et puis c'est tout, on vous écrira; bon, d'accord, je repars.

Et je me retrouve dans la position de départ qui était des remplacements... Et j'avais fait, j'avais mis deux pseudopodes, l'un en médecine sociale, avec un travail de recherche qui m'aurait vraiment plu, et puis bon, c'était pas ça, et de l'autre, une demande de plus, puisque j'avais écrit aussi dans les hôpitaux pour

pouvoir travailler en tant que faisant fonction d'interne dans des services de médecine et c... donc, je commençais à voir la logique de faire des demandes écrites, des entretiens, et puis des réponses partout.

Donc, je continue mes remplacements. Aucune nouvelle ; et puis, un mois d'octobre, le téléphone sonne, j'étais en consultation – j'avais laissé mes coordonnées téléphoniques du domicile, ça avait basculé sur mon lieu de remplacement – : M. E. ? Oui, voilà, je suis donc médecin de santé scolaire responsable du service ; vous avez donc fait une demande, souhaitez-vous la maintenir, et quelles seraient vos disponibilités ? Qu'est ce que vous entendez par disponibilités ? Ben oui, combien de jours par semaine ? Et c... je sais pas, moi, j'énonce, comme ça, quelques jours... j'avais aucune idée de rien. « on pourrait venir vous rencontrer si vous le souhaitez », bon, ben d'accord, tel jour, telle heure, d'accord. Alors, j'avais là pris une décision, fallait que j'aie bossé, c'était dur, ça devenait pesant, fallait que j'assume, comme on dit, et puis, là, je partais dans un truc, vacations à 60 F de l'heure, c'était un truc, et puis un machin que je savais pas ce que c'était. Je rencontre, et puis, j'arrive dans un bureau, là, je vois un autre médecin, responsable, qui s'assoit « assieds-toi, qu'est ce que tu fais ? » et puis, il commence à me parler comme ça ; je me dis : qu'est ce que c'est que ce truc ? et puis, bon « si tu veux, tu commences à 80 %, ça fait 4 jours/semaine et c... et puis, on peut s'arranger, si tu remplaces, bon, il y a toujours moyen et c... » ; alors, là j'étais dans une situation où je pouvais oser continuer ma démarche alimentaire de médecine générale de remplacement qui, de plus en plus, jour après jour, perdait de son attrait pour moi, et j'arrivais dans quelque chose que j'ignorais, qui avait des contraintes, mais qui, aux dires du médecin responsable, pouvait s'adapter; du moment que les choses élémentaires étaient acquises, le travail était fait, je voyais pas de difficulté à s'adapter; donc, j'accepte, je téléphone, et puis je dis : OK, je commence quand ? « et ben voilà, pour commencer, il y a une réunion de secteur, tel jour, telle heure » ; donc, je dis oui; je me retrouve avec un médecin remplaçant; je faisais des gardes au centre 15 aussi ; j'avais comme ça diversifié ; j'avais rencontré le médecin responsable de l'association qui gérait les gardes au 15, de régulation, qui s'appelle de médecine générale d'urgence; il avait dit : bon, tu peux commencer des gardes de 12 heures pour voir, et puis petit à petit et c... je m'étais dit : sur le plan travail quotidien,

j'arrivais à tenir un certain niveau de salaire, je voyais donc une fenêtre s'ouvrir qui était celle de la médecine scolaire, que j'ignorais complètement, bon, donc, voilà, la situation d'octobre ; et puis, je rentre à cette réunion de secteur, et là, je trouve l'aréopage de professionnels divers, et puis, donc, le médecin responsable qui prend la parole et qui explique, qui présente des programmes, des objectifs, des trucs et des machins, entre-temps, bien entendu, j'avais regardé ce que c'était qu'une mission, le médecin scolaire, fallait faire des visites, fallait faire des machins, ce vocabulaire, je l'avais plus ou moins intégré, mais là, je voyais la présentation, une stratégie, de ce qui allait devenir pour moi mon quotidien, mais, à l'époque, je me disais : ils parlaient d'environnement, ils parlaient d'ergonomie, de stratégie de primaires où il fallait accompagner les gens... qu'est ce que c'était que cette approche inter relationnelle qui n'était plus clinique, bon... et qui, chez moi, résonnait de façon étonnante, parce que j'étais pas du tout dans ce courant ; moi, j'étais encore santé mentale imprégnée, mais pas cette façon là, pas ce regard là. Et puis, à la fin, en aparté, il me dit : M. E., vous verrez telle dame, vous allez travailler en équipe, je me retourne, et la dame arrive avec son agenda, c'était une infirmière, elle me dit : voilà, M. E., je m'appelle machin, on commence quand ? Bon, fallait commencer, on prend des dates.

Et c'est là que commence ma découverte de la santé scolaire et de ce qu'on pouvait y faire, et là, j'ai basculé très fort, je me suis hyper- investi dans ce champ là, parce que je découvrais un espace de création, on pouvait créer des choses, on pouvait inventer, on pouvait émettre des hypothèses, les vérifier, accompagner certaines démarches ; on n'était plus seuls à gérer les choses, mais on partageait en équipe, c'est à dire que quand on était confronté à un problème, la responsabilité qu'on avait en fin de course, fallait pas évacuer le principe de responsabilité, mais c'était dans le processus de décision, pour essayer d'avoir des avis, des perceptions autres, des propositions qui faisaient que le problème, on pouvait le solutionner tous ensemble, on pouvait faire en sorte qu'il soit mieux solutionné pour la personne, sans évacuer sa responsabilité personnelle. J'arrivais dans un monde où on pouvait penser à plusieurs, qui était dégagé de toute relation commerciale ; alors, ça, c'était aussi étonnant, parce que, qu'on passe effectivement 1 heure ou 4 heures, qu'on travaille le samedi ou le dimanche, c'était pas payé plus, mais, il y avait la dimension du plaisir qui apparaissait, le

plaisir à travailler sur des maquettes de projets, sur des maquettes d'outils ; on a même fait des maquettes d'outils, des outils qu'on a construits nous-mêmes à la peinture, c'était assez fou ; ça nous ouvrait aussi...par exemple, j'ai pu me rendre au Québec deux fois justement, parce que petit à petit, on intégrait des groupes de travail, et j'étais dans ces premières années de santé scolaire, pas dans la santé publique ; j'étais dans la santé de l'enfant médico-sociale, très forte, je faisais encore des gardes au centre 15, j'avais arrêté les remplacements, c'était fini, c'était un soulagement; et j'étais dans une médecine à caractère social, avec, bien évidemment des explications, des éclaircissements sur la santé de la population, de l'enfant, des adolescents, c'était l'apprentissage, je dirais, de la santé publique, de la santé publique non plus livresque, en littérature, mais de la santé publique qui était de l'outil qu'on travaillait, qu'on triturerait et c...

Arrive un moment, donc c'était après ma troisième année en santé scolaire, j'ai aussi voulu, pour des raisons purement financières, faire quelques vacances ailleurs encore, c'est pour ça que j'ai traversé la P.M.I. de part en part, j'ai fait quelques consultations de P.M.I. pendant un court moment, mais c'était vraiment pas mon truc, parce que je me suis bien rendu compte que là, on était très fort en médecine clinique de nouveau, avec beaucoup de périnatalité, l'accompagnement de la femme enceinte, du petit, du nourrisson, les vaccinations et c... et je me retrouvais dans ce que j'avais vécu moi, quand je faisais des consultations en médecine générale, avec la mère et l'enfant, les premiers soins et c... et ça réactivait chez moi des positions douloureuses, donc, je me suis redistancié, et là, je me suis posé la question, bon... c'est vrai que la santé scolaire, c'était intéressant, j'y ai trouvé beaucoup, j'y ai donné beaucoup, mais j'y ai trouvé beaucoup, mais, maintenant, il y a aussi ce... il m'a manqué ce corpus de santé publique, puisque là, je ne voyais toujours pas ce que c'était ; je comprenais bien qu'il y avait une démarche de santé publique, on observe... mais la notion de système de santé, politique de santé, économie de la santé, c'était assez hermétique. Autant était facile pour moi, de concevoir la sociologie, l'anthropologie dans la sphère de la santé, parce qu'on l'avait pratiqué ; il y avait une sociologue qui était avec nous, une anthropologue qui travaillait avec nous, donc on pratiquait ça quotidiennement, mais, comparer les systèmes de santé européens, quelle était la place réelle d'une DRASS, d'une DDASS, et que venait

faire le Conseil Général dans tout ça... alors, il y avait ça ; intellectuellement, j'avais touché mes limites, et puis, le médecin responsable, qui était médecin de santé publique, c'est quelques mois après être entré dans le service que j'ai appris qu'il était médecin inspecteur, il m'a expliqué un petit peu l'importance d'un certain niveau de qualification, l'importance de passerelles possibles, telle et telle profession ; le fait d'être médecin inspecteur nous ouvrait des possibilités de carrière fort enrichissantes etc. mais qu'il fallait effectivement passer par des formations qualifiantes, dont des diplômes d'université qui ne sont pas reconnus, mais qui donnent un certain niveau quand même de compétence, reconnus entre professionnels, mais pas reconnus par rapport à un DESS, ou des choses comme ça.

Alors, je m'inscris au D.U. de N., santé publique de N. ; et puis, je fais mon cursus, ça dure deux ans; et puis là, effectivement, ça a eu un effet de découverte ; là, j'ai appris des trucs, j'ai appris beaucoup de choses, dans la méthode, dans les systèmes de santé, ce que c'était, économie de la santé tout ce qui était promotion de santé, éducation de santé –j'avais été à R., en stage– donc, j'avais effectivement, grâce au médecin responsable qui était le Dr. M., le médecin inspecteur, il m'avait, si vous voulez, donné ces... il m'avait rendu possible toutes ces formations. Je pense, j'ai fait effectivement un stage à R, et ça m'avait conforté dans mon choix, ça m'avait enrichi, ça m'avait permis d'aller voir un peu plus loin ; c'est comme des marches d'escalier.

Après N., je me suis démerdé, et donc, au bout de 2 ans et quelque, je valide cette formation. Alors, sur sa recommandation, il m'avait conseillé, il m'avait dit : passe le concours, tu verras bien. Mais, à la limite, c'était le conseil du père à son fils ; j'avais accepté, à la limite, un peu comme pour, en miroir, quoi, et je m'étais planté, non pas à l'écrit, mais à l'oral; j'avais passé la barrière de l'écrit, j'arrive à l'oral, et à l'oral, le jury m'a dit : mais monsieur, vous feriez mieux d'être dans votre métier de médecin scolaire, vous y êtes très bien; on m'avait renvoyé ça ; qu'est ce que je viendrais faire dans une administration ? Administrer ? Bon, et puis j'avais été recalé sèchement, comme ça, à l'oral, et puis, sur le coup ça m'avait fait drôle, et j'ai mis quelques années à m'en remettre ; j'avais été assommé, parce que pour moi, c'était tellement dans la continuité ; or, en fait, je venais de découvrir qu'il y avait un fossé entre ce que je m'imaginais être la santé

publique, être dans le champ de la santé publique, par rapport à l'éducation nationale, puis qu'on me renvoyait à ce que le jury me renvoyait : vous êtes un acteur de terrain; maintenant, j'ai compris... après, je me suis dit : je m'étais exprimé comme acteur de terrain agissant, pensant à des stratégies concrètes, avec les citoyens, avec le public des jeunes, et eux me renvoyaient : vous êtes dans une strate de programmation, qualification ; le terrain, c'est vos partenaires, maintenant. Donc, moi, je rentre de Paris dans un ancien train –c'est une anecdote– avec les trucs en fer, les vieux machins, il n'y avait pas de corail, ni de T.G.V., et le retour a été très long, c'était un retour qui était douloureux et long, et je suis rentré traînant; j'ai repris le courant des choses à l'éducation nationale, et puis, donc, j'avais un diplôme en poche, j'avais eu des formations en éducation santé ; j'avais été zoner un petit peu au Québec, j'avais eu une formation sur les traumatismes et la prévention des traumatismes à l'université de L. ; et puis, le médecin inspecteur en question est remercié par l'inspecteur d'académie, donc, il s'en va, pour intégrer un autre département, et le climat éducation nationale change très fort ; je considère qu'il y a eu une glaciation ; donc, qui dit période glaciaire, dit adaptation, là, très rapide, et je m'aperçois très vite que le mode de fonctionnement que j'avais adopté, qui était un mode de fonctionnement d'autodétermination quasiment, c'est à dire que je m'auto fixais mes objectifs conformément à un cadre que notre responsable nous donnait, et je suscitais des rencontres, je programmais des actions, en toute liberté, j'avais pas une carte blanche, mais j'avais, dans le cadre qui m'était donné de mes missions, une liberté d'agir comme je l'entendais ; là, la couverture de glace étant telle, je limitais les déplacements, je limitais les initiatives, je limitais tout, et je me retrouvais dans une position de rendre des comptes qui devenait une activité essentielle ; je ne concevais plus mon métier de cette façon là, enfin, j'étais en décalage complet ; en réalité, il fallait trouver une porte de sortie ; et cette chance, et là, je pense que j'ai eu une chance folle, un coup de fil ; ça s'est fait pendant les vacances P.R., médecin inspecteur qui est ici, me téléphone et me dit : ben voilà, nous, en DDASS du P., on aimerait bien avoir un médecin vacataire pour tel et tel dossier, telle et telle stratégie, qui était du champ de la promotion de la santé.

Alors, dans ma réflexion, j'étais à la fois dans la logique de dire : je ne peux plus travailler dans ce milieu là, d'abord parce que les missions me plaisent plus,

mais bon... voilà, et on me propose autre chose dans une DDASS. Alors, là, je dirais que la DDASS, intellectuellement, je savais ce que c'était; j'avais eu effectivement ces formations, je rencontrais quand même régulièrement, certains médecins inspecteurs ; la DDASS avait perdu de son aspect hermétique ; donc, j'en connaissais ce que disaient les textes, les circulaires, j'en connaissais ce que disait le rapport d'activités; mais, je n'en connaissais que ça ; et donc, ben, j'accepte de démissionner de l'éducation nationale pour intégrer la vacation dans cette DDASS. Donc, c'est le deuxième basculement, dans ma vie professionnelle ; c'est à dire après avoir abandonné la médecine libérale généraliste, j'abandonne la médecine sociale de santé scolaire. Et là, je rencontre donc des médecins inspecteurs que je vais croiser donc quotidiennement dans leur environnement. Alors, là, ça a été la grande déroutille pendant 6 mois... c'est à dire que j'étais dans une logique d'acteur de terrain, de concepteur local, et on me demandait d'une position de planificateur parfois, de gestionnaire de temps en temps, de coordinateur... de quelqu'un qui organise les choses, quand je dis les choses, c'est les blocs de partenaires, les objectifs à atteindre, dans le temps et dans l'espace, sur des thématiques aussi variées que l'alcool, la toxicomanie, les populations défavorisées, la santé en milieu carcéral et cætera... Alors, je quittais une approche par populations réduites qui était pour moi, la mère, l'enfant, la famille et c... et j'arrivais dans un machin, département d'1 million 4, avec les indicateurs de santé que vous connaissez, qui sont tous, non pas négatifs, mais parfois durs dans leurs extrêmes, et des dossiers qui attendaient. Il y avait tout un travail en DDASS du P., d'organisation, de coordination, d'animation de groupes de travail, et puis pour des raisons d'effectifs, ils avaient du se réorganiser; donc, là, les trains étaient partis, les pilotes étaient dans les trains, et certains donc, étaient en instance de départ, mais le train continuait ; et il fallait passer le relais, et il fallait qu'il y ait pas trop de creux ; on travaillait pas en flux tendus, mais on était pas loin. Et là, moi, j'ai été perdu pendant 6 mois, c'est à dire que là, ça a été terrible. Alors, je suis parti à T. en février pour une formation sur l'alcool, un colloque et c... ça a été pour moi une bouffée d'oxygène, parce que j'étais complètement perdu; ça a été une parenthèse professionnelle qui m'a sauvé, je dirais psychologiquement.

Et puis, au retour de Toulouse, je me suis dit : bon, allez, maintenant on va se battre, on va essayer d'acquérir de nouvelles compétences ; c'était non pas des

compétences sociales, c'était des compétences administratives, c'est à dire il y a ; dans l'administration, des règles, des procédures, des choses un peu surprenantes, et il faut intégrer ça, il faut penser comme ça, et cet espace de création, il peut exister dans l'administration, si tant est qu'on s'en donne les moyens, et si tant est qu'on dépasse le canevas, le grillage des procédures. Alors, pendant toute l'année 1995, j'ai ramé, essayé de maîtriser des suivis de dossier, essayer de bien comprendre où on allait, comment on pouvait fonctionner, quelles étaient mes limites, des partenaires, quels étaient les jeux inter institutionnels, quelles étaient les luttes de pouvoir ? Autant en santé scolaire, j'avais découvert la féodalité par établissement, c'était quelque chose qui était tout à fait bien clair; maintenant, je découvrais la féodalité au sein de l'administration, donc, c'était une sorte d'autre moyen- âge, et il y avait ces règles du jeu, et il y avait ces joutes, ces conflits, ces princesses qui se tordent leur mouchoir, bon, mais une fois qu'on a trouvé quelques dragons, et un merlin l'enchanteur par ci ; il y avait tout ce qui fallait; je retrouvais un paysage, mais quand j'émergeais – parce que dans la mêlée, j'étais paumé – une fois que j'ai, après cette année et demie de... quand j'ai repris mon souffle, j'ai vu tous ces jeux, enfin, j'ai vu, pas tous, certains, et puis, il a fallu faire ses preuves, là, c'est comme ailleurs, toujours sous observation, bon, il a fallu faire ses preuves, prouver une fois de plus, et aussi, se dire : bon, ben, là, ça n'a qu'un temps, puisque la règle du jeu, c'était la suivante : vous intégrez la DDASS comme contractuel, moralement, il y a un engagement : faut passer le concours, le réussir, et puis continuer votre carrière. OK, donc, je m'inscris au concours, je passe l'écrit, me voilà à l'oral, et à l'oral, je me fais moucher sur une question d'épidémiologie à la con, un test statistique, moi, j'étais, j'avais pas travaillé la question, mouché, paf! Après, je passe le deuxième oral qui était le jury avec les membres, et là, je réussis mon épreuve, mais je m'étais fait descendre avant, donc, c'était plus la peine. Et là, je me retrouve de nouveau dans la situation d'il y a quelques années, passer la barrière de l'écrit, et se faire moucher à l'oral.

Je revis cet écœurement pendant quelques mois; et je continue à explorer malgré tout les diverses arcanes de l'administration DDASS/DRASS/ Administration centrale, ses paradoxes, le rôle du politique, énorme, enfin bref ; et l'État commence à prendre pour moi une forme, c'est à dire que je commence à

conceptualiser l'État, chose que je ne pouvais pas faire avant. Et petit à petit, mois après mois, je trouve que, finalement, travailler au sein de l'État, ça dégage une liberté forte par rapport à des contraintes, le local, des contraintes politiques des contraintes temporelles, et c... Je me suis retrouvé parfois en position d'être un des garants de la notion de liberté, d'égalité, de choses comme ça. Par exemple, je le voyais dans certains projets en toxicomanie, où il y avait possibilité de partir dans telle et telle direction, avec le monopole derrière de certaines associations, monopole de certains courants de pensée, et je me suis trouvé en position de favoriser, dans une moindre mesure la diversité des approches, la pluralité, avec un rappel sans arrêt sur certains principes, aidé en ça par les libéraux, et par l'Ordre des médecins qui rappelait certains devoirs déontologiques et c... je me retrouvais dans un paysage où on exigeait de nous des compétences techniques d'épidémiologie, confère le concours, d'animation, de coordination, de recherche et c... de travail, et puis aussi dans un regard politico-moral, politico-éthique, idéaliste parfois ; j'étais là dans un endroit que je ne connaissais pas, et qui commençait à m'intéresser de plus en plus. Alors, ça, c'était l'année, avec des coups de colère, disant : vous nous demandez de penser des programmes, de penser des stratégies d'action, mais financièrement, vous ne suivez pas, quand je dis « vous », l'administration centrale. On ne peut pas moralement demander à des professionnels locaux engagés, de phosphorer, de produire sans contrepartie de financer et de suivre. Donc, là, petit à petit, cette colère a été plus ou moins métabolisée, plus ou moins éliminée.

Mais, enfin, bon, ça a été l'époque, et je n'ai pas, en dehors de R., où je m'étais inscrit à une formation pour passer le concours de médecin inspecteur; j'ai pas suivi d'autre formation; je me suis arrêté dans mes formations ; là, j'ai plus lu des ouvrages, des textes de référence, des articles qui touchaient aux grands problèmes de l'époque, par rapport à des choix de société, par rapport à des choix de logiques comptables ou non comptables ; c'était l'époque où il fallait maîtriser les dépenses, mettre en route des machines de contrôle économique strict, bref. J'étais dans ce bain là, et j'étais dans ce vocabulaire là, bon. Et puis, c'est l'année où je suis encore contractuel avec l'échéance du concours de novembre, où, c'est vrai que notre position, elle est précaire, parce que c'est le statut de vacataire. Au point de vue des missions, on a des missions qui sont quasiment superposables à

celles des médecins titulaires, sauf que je n'ai pas fait d'inspections, je n'ai pas de délégation de signature du Préfet, et je n'ai pas non plus travaillé sur des dossiers CROSS médical et... bien que mon action, dans certains territoires, y a contribué, à l'émergence de certains types de dossiers ; mon action était plus en amont, mais elle n'a pas été dans les institutions, dans les rouages institutionnels ; je n'ai pas été dans des procédures de décision, comme les confrères. Donc, j'occupe une place qui, pour moi, intellectuellement, me convient, aujourd'hui, mais qui est, je dirais, suspendue à un concours, puisque, dans ces statuts là, on est effectivement remerciable, selon, les flux financiers, selon les possibilités, et les choix politiques, et donc, j'ai, dans le souci de me protéger, j'ai passé le concours de médecin des collectivités territoriales, que j'ai eu; et là, je suis sur une liste d'aptitude ; ça m'a fait sourire, je suis apte à postuler, à un poste, à un emploi, médecin des collectivités territoriales, donc, ça peut être P.M.I., ça peut être agent de développement à la région, ou dans une grosse commune ».

29/08/1997.

ANNEXE 2

Entretien avec « Anne-Marie »

ANNEXE 2

L'histoire d'Anne-Marie, MISP en DDASS.

« Alors, j'ai fait médecine, bien sûr, mais j'ai fait mes études en même temps que mon mari, qui faisait ses études de sociologie. Je crois que la formation de médecin met l'accent sur la relation duale qu'on va avoir avec un patient, dans l'intimité d'un cabinet, et puis la formation de sociologue s'intéresse beaucoup plus à l'être humain, mais en tant que groupe, et d'emblée il y a eu cette dualité : moi, ma formation faisait que tout est axé sur l'individu, et je vivais avec quelqu'un qui disait : certes, il y a l'individu, mais cet individu, il est comme ça, parce qu'il s'identifie à un groupe. Donc, c'était difficile de mener ces deux choses de façon concomitante. Je vais prendre un exemple médical : il faut apprendre aux gens à manger mieux, parce que sinon, ils vont être obèses, et puis dans le même temps, on me disait : si les gens mangent beaucoup, ce n'est pas par hasard, bon, alors, il y a ça qui m'a quand même perturbée pendant mes études, et puis, bon, j'ai digéré, j'ai fait avec, et je pensais que ces deux choses n'étaient pas incompatibles ; déjà, je crois que c'est une première pierre au choix que j'ai fait en santé publique, santé du public, de la population.

Alors, le deuxième événement, c'est que, à la fin de mes études, j'ai accompagné L. en Équateur où il faisait une recherche pour l'école des hautes études en sciences sociales ; il faisait une étude sur la représentation de la santé et de la maladie dans différents pays du monde ; lui, c'était en Équateur. Bon, on ne va pas dans un pays du Tiers-Monde sans que ça marque, surtout avec une formation de médecin ; moi, je n'ai pas travaillé, je n'étais pas clinicienne, donc je ne faisais pas de soins, j'étais à la maison, au foyer, mais, bon, je regardais, je regardais... je me suis baladée à la fois dans la ville, Quito, qui est une grande ville urbanisée où il y a à la fois les hôpitaux américains ultra modernes, et les hôpitaux publics où les femmes viennent accoucher avec leurs draps, parce qu'il n'y en a pas ; puis je me suis baladée en Amazonie en pirogue, parce que cette étude de la représentation de la maladie et de la mort, elle était faite auprès des

adolescents, qui étaient à la fois vecteurs des idées de leurs parents, et puis c'était la nouvelle génération; bon, là aussi, on ne passe pas une année dans un pays comme celui-là sans que ça marque... et la troisième chose qui fait que je ne voulais pas être médecin en cabinet, c'est que j'ai fait des remplacements, et je me rendais compte qu'on m'avait farci le crâne de choses, certes importantes, mais que ce métier de médecin, c'était quand même, dans la relation humaine, la souffrance humaine, la solitude, enfin je pense aux personnes âgées, et alors, ce qui me dégoûtait, à la fin de ma journée, c'était de faire les comptes pour le médecin que je remplaçais ; là, j'ai pris conscience que le métier de médecin, c'était monter sa boîte privée quoi, sa petite entreprise, et ça, non, je n'en voulais pas. J'étais embêtée – qu'est ce que j'allais faire de mon diplôme – dans lequel j'avais quand même investi 8 ans; on ne peut pas rester chez soi, quoi, c'est pas possible ; bon, puis c'est le hasard... avant de partir quand même, j'avais fait ma thèse sur les sévices sexuels à enfants ; j'avais quand même travaillé avec des jeunes médecins inspecteurs, le directeur de l'O.R.S. des sociologues; cette thèse avait été faite à partir d'une grande enquête auprès des médecins généralistes sur les sévices à enfants, c'est à dire que c'était une enquête rétrospective sur 4 zones choisies dans la région, il y avait deux zones urbaines, une résidentielle, et une dans un quartier populaire, où, a priori, on pensait que les enfants étaient plus en danger, puis une zone rurale, et une zone industrielle, je crois. Donc, quand je suis rentrée de l'Équateur, le hasard a fait que le médecin inspecteur avec qui je bossais m'a proposée. Il cherchait un médecin vacataire pour bosser à la DDASS, sur la toxicomanie, pour mettre en place des mesures alternatives à l'incarcération des toxicomanes. Bon, j'ai pris ça, un peu comme une transition, en me disant que... oui, en rentrant, c'était pas mal ; je pensais faire ça 6 mois, 1 an ; je ne voulais surtout pas être médecin de l'administration, parce que pour moi, l'administration, c'était appliquer des directives, quel que soit le gouvernement, c'était, à mon sens, ne plus avoir le choix; et puis, petit à petit, je me suis rendue compte que, ben non, au contraire, c'était quand même une position non négligeable pour justement mettre en œuvre toutes les contradictions qui avaient jalonné mon parcours de formation de médecin. Donc, je suis quand même restée 3 ans comme médecin vacataire; j'ai eu la chance de toucher un peu à tout, puisque après la toxico, j'ai fait l'alcool, puis le SIDA, et puis la santé des jeunes, enfin, c'était très santé publique ; je n'avais pas du tout vu le côté organisation des

soins hospitaliers. Bon, puis j'ai fini par passer le concours de l'École de Rennes, au bout de trois ans et demi ; je suis allée à Rennes ; je suis revenue ici... je n'avais pas du tout envie de m'investir sur les soins hospitaliers ; je n'ai pas eu le choix ; et, finalement, c'est un volet qui est intéressant aussi, parce qu'on est plus dans le curatif, mais, en même temps, il y a tout un volet organisation des soins, modification de comportements, à la fois des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux, des infirmiers, qui fait que là, on a l'impact, je pense, sur les groupes de populations, et derrière le groupe, on arrive, je crois, à l'individu ; je crois qu'il faut faire le chemin en sens inverse, alors qu'initialement, ma formation de médecin m'avait amenée à travailler uniquement avec l'individu, formée uniquement à ça, et c'est le mauvais bout, pour avoir de l'impact, pour modifier un comportement ; il ne faut pas s'attaquer à l'individu, même s'il est capable d'entendre, d'intégrer, je crois qu'on a beaucoup moins d'impact que si on intervient sur le groupe ; et là les changements de comportements se font sans qu'on y prenne garde, sans que l'individu ait l'impression d'être contraint de modifier quelque chose ; par exemple, dire à quelqu'un : vous êtes diabétique, donc, plus de sucre ; bon, c'est insoutenable, quoi ; c'est difficile, c'est un travail quotidien, il ne pense qu'à ça, tous, les quarts d'heure, il se dit que bon, ben non, il ne peut pas prendre du sucre ; alors que si le groupe dans lequel il évolue, modifie son comportement alimentaire et que ça devient la norme, de manger moins de sucre, ça n'est plus du tout une contrainte pour lui ; et c'est là, je crois, qu'on peut agir... bon, voilà, quoi, mon parcours.

- Au départ, vous ne vouliez pas travailler sur le volet hospitalier ?

-Oui, quand je suis arrivée... bon, la région manquait de médecins inspecteurs ; quand je suis arrivée et que je suis allée voir le DDASS, je lui ai dit : écoutez, bien entendu, je prendrai ce que vous me donnerez ; mais ce que je souhaite, c'est avoir une approche hospitalière, puisque de toute façon, c'est incontournable, mais je souhaite absolument garder un volet approche par la population ; donc, on m'a confié initialement les soins en milieu carcéral, puis petit à petit la psychiatrie, et puis après la toxicomanie, l'alcoolisme, etc... et le volet hospitalier ne me disait rien ; alors que paradoxalement, c'est plus facile, parce que c'est codifié, c'est réglementé, il y a des textes, il y a des lois, il y a des

décrets, il y a de l'argent, beaucoup d'argent; donc, à partir du moment où il y a de l'argent, enfin, faut pas se leurrer, c'est l'argent quand même qui est le nerf de la guerre, alors que dans tout ce qui est approche par populations, moi, je vois les prisons, quand j'ai pris le dossier, il n'y avait pas un kopeck ; c'est difficile de mobiliser les gens, de leur faire monter des projets, de susciter chez eux des initiatives de modifier des pratiques, pour leur dire à un moment donné : ça sera difficile à mettre en œuvre parce que, il y aurait besoin, par exemple, de deux personnes qui relancent la machine régulièrement ; sur le volet hospitalier, il y a de l'argent, donc on peut modifier les choses, c'est réglementé ; bon, puis c'est peut-être tout un monde que j'ai découvert ; c'est vrai que j'avais des idées toutes faites, parce que j'avais été de l'autre côté ; j'avais été médecin, quand on est médecin, on traîne 5, 6 ans dans les hôpitaux; là, j'ai vu l'autre côté, l'autre versant, de l'organisation des soins, c'est à dire l'autre volet administratif ; j'avais une image des directeurs d'hôpitaux négative, c'était l'empêcheur de tourner en rond ; je ne voyais pas bien à quoi ils servaient. Bon, en fait, c'est important, une bonne équipe de direction hospitalière, parce que le médecin, justement, parce qu'il a été formé de façon très individuelle, il est dans son service; le service qui est juste à côté, il y a juste une porte battante qui le sépare, il s'en moque, il ne sait pas ce qui s'y passe ; il va parfois franchir la porte, parce qu'il y a un patient qui est allé de l'autre côté, et ce patient, il est à la fois diabétique, et s'est cassé la jambe, donc, il va aller modifier son traitement pour le diabète dans le service de traumatologie parce qu'il y est, mais il se moque éperdument de l'organisation du service d'à côté ; et, là, ça n'est pas normal, quoi; et je pense que c'est dans notre formation initiale que ça dysfonctionne.

- Vous dites que ça n'est pas normal ?

- Bien sûr, parce que le médecin hospitalier, il est là pour la population, alors que ce qu'on constate actuellement dans nos hôpitaux est plutôt différent... ça commence à bouger un peu ; c'est à dire qu'on a l'impression que, le service hospitalier, c'est le jouet, le petit gadget du médecin ; on a complètement inversé la logique, complètement, et ça, c'est le mandarinat de ces cinquante dernières années, quoi.

- Comment s'est passée votre expérience concrète avec le monde hospitalier ?

- Je n'ai jamais travaillé en milieu hospitalier, sauf quand j'étais interne. Quand on est médecin inspecteur, on n'est pas derrière, je veux dire, on passe peu de temps dans les hôpitaux; par contre, on est beaucoup en C.M.E. là où le monde médical se réunit ; là, j'ai été époustouflée de voir ce dont je viens de parler, c'est à dire ce « quant à soi », il n'y a pas cette volonté d'un outil qui serait l'hôpital au profit de la population, et dans les C.M.E., j'avais l'impression d'être à une table ronde d'école maternelle, où les enfants de 5 ans, ils veulent tous le camion rouge de pompiers, c'est celui là qu'ils veulent, même si il y a un camion bleu ou jaune à côté, c'est plus clinquant, celui qui est rouge, et qui fait du bruit quand on le pousse, qu'ils veulent tous ; mais ça n'est pas possible, quoi ! Alors que paradoxalement, à Rennes, par exemple, ma formation m'a apportée de la maîtrise du fonctionnement hospitalier, sa dimension administrative, budgétaire, et c... je me rendais compte que mon rôle dans les C.M.E. c'était simplement un rôle d'écoute et de médiation ; alors, en même temps, quand on pose une question technique, il faut savoir répondre, mais les 3/4 du temps, c'est ça, et ce rôle d'écoute et de médiation, je me suis rendue compte, je m'occupe de M. où il y a un praticien hospitalier de santé publique qui a été recruté ; petit à petit, il a fait son trou, c'est à dire qu'il a été reconnu par ses pairs, et ce rôle de médiation, d'écoute, de négociation, de reformulation que je pouvais avoir initialement, petit à petit, il a pris le relais, et dans cette C.M.E. alors que c'est un hôpital qui ne va pas très bien, qui a beaucoup moins de moyens que d'autres sur l'agglomération, et bien, il a pris ma place, et je pense que, si chaque hôpital avait en permanence un médecin comme ça, qui prend du recul, qui modifie les comportements, parce qu'il a une logique, une vision totalement différentes, ça se passerait différemment dans les hôpitaux.

- Comment ça se passe dans ces réunions ?

- C'est des enfants qui se disputent; donc, soit il y a un directeur compétent, qui joue l'autorité ; ça marche un certain temps, mais pas toujours ; soit un

directeur qui se laisse dépasser, et donc, il y laisse sa tête; à un moment donné, quand des enfants se disputent, ils vont chercher à prendre à témoin quelqu'un, prendre à partie ; et c'est là où on interpelle le médecin inspecteur, parce qu'il représente la tutelle, il se cache derrière ça ; donc, il représente la tutelle, alors, on interpelle la tutelle... que dit la tutelle ? donc, en général, ils attendent qu'on prenne position, c'est un piège. Le simple fait, parfois, de reformuler ce qu'a dit l'un et ce qu'a dit l'autre, de montrer les avantages et les inconvénients de ce qu'ont dit les deux personnes, parce que ça n'est jamais tout blanc ou tout noir, c'est parfois suffisant pour dédramatiser une situation et pour que, enfin, les gens s'écoutent ; et, paradoxalement, c'est de ça dont ils ont besoin, c'est à dire que, sans avoir pris position, de simplement pouvoir s'écouter, s'entendre, que ça chemine dans leurs têtes, c'est renvoyer des balles, en fait, et à moment donné, les gens les rattrapent, c'est suffisant, et alors, paradoxalement, alors que ça n'est pas sorcier, les C.M.E ont besoin de ça ; quand je ne vais pas à une C.M.E. pendant un petit bout de temps, parce que mon emploi du temps ne me le permet pas, ils me disent : il faut que je vienne. Donc, je pense que s'ils ont besoin de ma présence, c'est parce qu'ils ont besoin, comme ça, d'une personne neutre, qui n'est pas impliquée directement dans un service, donc je peux avoir ce rôle parce que je n'ai pas d'engagement personnel dans l'établissement... oui, je pense que ça leur manque, enfin, ça semble paradoxal. Il faut aussi être très pointu sur les questions techniques, c'est à dire que , il faut être au courant des derniers décrets, ce qui fait qu'à un moment donné, si il y a une question pointue : que va-t-on faire de nos praticiens hospitaliers ? nos médecins étrangers ? il faut savoir répondre ; mais, paradoxalement, si on ne sait pas, ils ne nous en veulent pas. Ca m'arrive, moi, de dire : écoutez, je sais qu'il y a un texte qui est sorti, je suis désolée, je ne peux pas vous en donner le contenu, mais vous m'appellez, et puis je vous dis; ils ne nous en veulent pas du tout. Je ne crois pas que ce soit finalement cette question pointue, très technique qu'ils attendent, parce que si besoin est, les directeurs d'hôpitaux, ils ont des sbires qui passent leur temps à éplucher le journal officiel, enfin, mieux que nous ; oui, je crois que ce qu'ils attendent, c'est ça; je ne sais pas si c'est une médiation, si c'est... tout simplement ma présence, je ne sais pas ; ça semble fou, quoi, paradoxal ; je suis payée pour ça, dans les hôpitaux, je ne sais pas, je suis peut-être la seule à dire ça ?

- Est ce que cette activité vous prend beaucoup de temps ?

- Qu'est ce qui m'occupe le plus dans mon métier ? En temps ou dans ma tête ? J'ai un collègue qui dit : je sais maintenant ce que c'est une DDASS, c'est un vaste foyer occupationnel... je ne suis pas loin de partager son avis; c'est vrai qu'on n'arrête jamais, et, parfois je me dis, si je faisais l'expérience de bosser jour et nuit, d'être présente jour et nuit, je crois que j'arriverais à occuper tout ce temps. Ca va de la connerie... bon, par exemple, hier, j'ai eu un appel téléphonique d'un praticien hospitalier que je connais depuis 5 ans; une famille s'était plainte au ministère, comme quoi une personne qui avait été hospitalisée dans le service de réanimation, on l'avait mise au fauteuil, selon eux, trop vite, cette personne est décédée. Dans ces cas là, quand on reçoit une plainte comme ça, on écrit à l'établissement pour lui demander des comptes et quand il nous a répondu, on répond au plaignant en lui disant : et bien, voilà on a fait le point auprès du directeur, du praticien hospitalier ; très souvent, c'est un problème de communication ; parfois, il y a un problème réel d'organisation de soins. Donc ce praticien hospitalier m'appelait pour me dire : vous ne vous rendez pas compte, ils se plaignent pour ça, alors que c'est normal que je l'ai mise au fauteuil pour passer de la position allongée à la position assise; donc, pendant 10 minutes, j'ai expliqué au téléphone que c'était logique, lorsque quelqu'un se plaignait qu'on puisse au moins lui répondre, lui donner des explications, c'était un problème de communication ; visiblement, ces gens avaient mal accepté le décès, et qu'il fallait les aider à faire le deuil, bon, ça n'est pas mon rôle, quand même, ça ; mon rôle, c'est d'envoyer la lettre, d'attendre la réponse, et de réécrire à la famille; mais, là, ce praticien hospitalier, initialement, m'appelait pour me dire : vous ne vous rendez pas compte, ils se plaignent, alors que c'est normal, et à la fin de la communication téléphonique, qui a duré 1/4 d'heure, quand même, il m'a dit : oui, vous avez raison, il faut que je les aide à faire le deuil, je vais moi-même leur écrire. Ce qui me fait dire que... bon, parfois, je me dis : je ne devrais pas répondre, ça me fait chier ; et puis, en même temps, je me dis : si moi, je ne le fais pas, qui va le faire ? Bon, mais en même temps, il n'y a plus de limites, on ne s'en sort plus; c'est un foyer occupationnel. Alors, mon DDASS, il considère que je suis payée pour l'organisation des soins, pour faire de la planification, pour avoir

des idées de génie qui vont lui permettre de faire des économies, pour que je lui fasse des fiches très bien faites pour la venue de deux ministres, parce que le Préfet claque dans les doigts, et il faut que ce soit parfait. Donc, dans la pratique, oui, je cois que mon temps, il est plus occupé par de la médiation que par du travail plus technique ; mais en même temps, le travail technique, il faut le faire, et le ministère est de plus en plus exigeant, à la fois l'inspection... et c'est ça qui est paradoxal parce que, soit on fait du travail technique pur et dur, mais je pense qu'on passe à côté de l'essentiel, ça n'est pas parce qu'on l'a fait qu'on va modifier des comportements, or, c'est bien ça... enfin, je veux dire : faire une inspection qui dit : ça dysfonctionne, mais qu'en fait, à l'issue du rapport écrit qu'on envoie aux gens et qui dit : il faut modifier les choses... si le déclic ne se fait pas, ça ne sert à rien d'avoir fait l'inspection, et d'avoir écrit noir sur blanc ce qu'il faudrait faire... mais en même temps, on ne peut pas faire que de la médiation ; d'autant, qu'il y a d'autres gens qui sont aussi payés pour ça, logiquement, l'équipe de direction hospitalière, l'équipe d'encadrement, dans tout ce qui est secteur associatif...

- Qu'est ce que c'est que le travail technique pur et dur ?

-C'est par exemple, pouvoir se plonger pendant huit jours pour dire : ben, voilà, j'ai été jusqu'au bout d'une affaire et ça j'ai réussi à le faire au début de mes attributions, quand je suis arrivée... par exemple, on m'a donné le dossier « prisons », je me suis dit : je vais faire l'évaluation du système de soins tel qu'il est actuellement en milieu carcéral ; donc, j'ai pris les rapports d'activité, je les ai regardés, j'ai relevé des indicateurs qui me paraissaient intéressants, pertinents ; j'ai élaboré une grille, j'ai envoyé aux établissements, qui m'ont répondu ; j'en ai fait la synthèse, et puis, j'ai pondu un petit document, qui a montré des choses, que par exemple, une visite médicale en milieu carcéral durait 5 minutes, puisque vu le nombre d'entrants et le temps médical, ça ne pouvait pas durer plus ; et ça, je trouve que c'est du travail technique pur et dur ; ça, maintenant, je ne peux plus, parce que je n'ai plus le temps, parce que mon téléphone n'arrête pas de sonner, parce qu'on me sollicite de toute part. Si bien que je dois encore en faire, mais ça n'est plus moi qui fait le choix ; c'est les autres qui me sollicitent ; et du coup, je pense que je perds de ma pertinence initiale, de médecin inspecteur ; c'est mon

DDASS qui me dit : il faudrait que vous alliez en inspection là ; c'est le préfet qui me dit : je souhaiterais que vous me fassiez le point sur le milieu carcéral, parce qu'il y a deux ministres qui viennent. Donc, je vais le faire, mais je n'aurai plus la pertinence, par exemple, du choix des indicateurs, qui fera que je ne vais pas faire uniquement du descriptif, mais que je vais poser des jalons pour l'avenir.

- Vous faites une différence entre ce qui vous occupe en temps et ce qui vous occupe dans votre tête ?

- Oui, c'est un peu ce clivage, c'est à dire, je n'arrête pas, et puis, mon boulot ne s'arrête pas comme beaucoup d'autres gens; moi, une fois que j'ai fermé la porte de mon bureau, il y a encore des choses qui me travaillent ; et alors, dans ma tête, c'est à la fois les choses difficiles qu'on m'a renvoyées dans mon travail, à la fois les professionnels, parce que nous, on travaille avec les professionnels, les usagers, on ne les voit quasiment pas, eux, c'est ce que m'ont renvoyé les professionnels, donc soit vis à vis de la population dont ils ont la charge et ça m'ennuie, ça me perturbe, parce que je me rends compte que cette population n'est pas bien prise en charge ; on dysfonctionne et je voudrais intervenir; soit, c'était de la méchanceté gratuite vis à vis de l'autorité de tutelle et l'État que je représente ; donc, ça, ça me perturbe ; c'est la première chose, et, dans ma tête, c'est ce que je viens d'expliquer, c'est à dire que cette perpétuelle insatisfaction, parce que je me rends compte que ma journée a été complètement remplie, que j'ai répondu aux commandes, à la fois de l'administration ou des professionnels qui m'ont sollicitée, et que, finalement, le travail de fond que j'aimerais faire, par exemple j'ai eu en charge les toxico, on a de plus en plus de toxico, l'État n'a pas les moyens de sa politique ; on a de moins de moins de crédits, tout au moins on a les crédits, mais pas à la hauteur de ce que la population serait en droit d'attendre ; certaines fois, je me dis : mince, on finance plein de structures, on n'arrête pas de nous dire qu'un parcours de toxico, c'est un parcours en dents de scie, qu'il y a des rechutes, etc... il n'empêche que j'aimerais, un jour, prendre tous les rapports d'activité, sortir tous les indicateurs qui me semblent pertinents, établir une grille, me dire : bon, finalement, qu'est ce que je pourrais sortir comme indicateurs dans tous ces secteurs pour évaluer: finalement ce qu'ils font ? Quand ils passent par

exemple, 6 mois dans une post-cure, qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui fait que cette post-cure, elle est plus pertinente que l'autre ? Quelle est sa spécificité ? Comment on occupe les gens ? J'aimerais, oui, me pointer une journée dans un centre et dire voilà : je suis un toxico, qu'est ce qu'on fait ? Je ne sais pas ; faire un rapport... parce que, les professionnels, c'est pas qu'ils veulent nous bluffer, mais je pense qu'ils sont tellement dans leur logique de population, ils sont tellement sollicités par des cas qui sont lourds, des gens qui viennent en permanence, au cas par cas les solliciter, je pense qu'ils n'ont pas le temps de faire ça. Et puis, ils sont dans leur logique de petite structure, ils ne regardent pas celles qui sont à côté. Logiquement, nous, on est payés pour ça ; et puis, en fait, on n'a pas le temps de faire, et donc, je me sens mal dans ma tête; je me dis : je ne remplis pas ma mission.

- Qu'est ce que vous avez fait dans le secteur des toxico ?

- J'ai mené la politique du ministère, qui est une politique, malheureusement, je suis un peu négative, mais, actuellement, je dirais que c'est le ministère du budget qui guide la politique de tous les autres ministères ; malgré ça, il faut rester innovant. Alors, qu'est ce que j'ai fait ? J'ai cherché de l'argent, c'est vrai. Pour trouver de l'argent, il faut convaincre les ministères, il faut donner des idées au ministère, c'est logique, il est vraiment très loin du terrain. Donc, pour ça, il faut bien connaître les réseaux associatifs, être connu et reconnu par lui, pour que les initiatives qu'ils prennent, ils vous en fassent part, et que vous puissiez les diffuser, les concrétiser, leur donner le petit coup de pouce qui va leur permettre de concrétiser, parce que c'est les professionnels qui ont les idées, c'est pas moi dans mon bureau qui peux les avoir ; donc, ce qu'il faut, c'est être à l'écoute, savoir repérer les problèmes qu'ils mettent en exergue, donner le petit coup de pouce qui va leur permettre de les résoudre, croire en eux, repérer ce qui va fonctionner, convaincre le ministère que ça va fonctionner pour trouver de l'argent, pour le mettre en œuvre.

- Vous avez des expériences dans ce sens là ?

- Oui, par exemple, les toxico, c'était pas possible qu'il n'y ait que le secteur associatif qui s'en occupe, je voulais que les médecins s'impliquent, les généralistes, les hospitaliers. Les généralistes, ils ne voulaient pas, parce que toxico, c'était le méchant avec son poignard qui allait venir saccager son bureau, et puis leur voler leur carnet de toxiques ; le jour où trois médecins généralistes sont venus me trouver en me disant : voilà, il faut qu'on s'occupe des toxico, on en a ras le bol d'être formés par les psychiatres, les hospitaliers, et les associatifs, les éduc., les psy., machins trucs qui font des longs discours sur la personnalité des toxicomanes, mais dans la pratique, quand on se retrouve dans notre cabinet, nous, c'est la médecine mains nues, et les discours, ça ne nous aide pas du tout à les prendre en charge ; donc, on est trois, on reçoit quelques toxico, on s'est un peu formés sur le tas ; mais, si on n'est que trois, ça ne va jamais fonctionner, il faut qu'on soit plus ; or les toxico ne sont pas solvables, donc, on peut en prendre 4 ou 5, mais pas plus, sinon ; d'abord on va devenir spécialistes et on ne sait pas ; on va faire fuir la clientèle traditionnelle, ça ne va pas non plus ; donc, ce qu'il faut, c'est notre projet, c'est former nos pairs, mais que ce soit nous qui les formions, les médecins généralistes. Mais, pour ça, il faut de l'argent, c'est à dire que si, on propose à d'autres médecins généralistes de se former, si on ne les rémunère pas pendant qu'ils se forment, ils ne viendront jamais. Moi, je sais que, 10 fois, j'ai téléphoné au ministère, qui ne voulait pas, parce qu'il disait : oui, on va faire des médecins généralistes spécialistes ; ce qu'il faut, c'est avoir du nez pour repérer les choses qui vont fonctionner ou qui ne vont pas fonctionner, bien poser les jalons vis à vis de ces médecins là, leur dire : attention, moi, je ne vais pas vous payer pour recevoir les toxico ; vous les recevez gratuitement ; vous travaillez avec les associations qui, a priori, vont vous dire leurs droits, puisque c'est leur job, et puis, en contrepartie, je vais essayer de décrocher une subvention pour vous auprès du ministère qui va vous permettre de former vos pairs ; ils ont eu, je crois, 300 000F ; le ministère a accepté, à titre expérimental pour 6 mois, enfin bref, ça a été reconduit ; bon, ça marche bien maintenant, « généralistes et toxicomanes 59 » ils sont 50 ou 60 ; c'est un projet qui date d'à peu près 3 ou 4 ans ; bon, idem pour les hospitaliers. Le C.H.R. par exemple, est venu, à un

moment donné, me vendre un projet disant : vous nous octroyez une subvention, et tous les toxico qui se pointent chez nous en milieu hospitalier, ceux pour lesquels on pense qu'il existe une possibilité d'être suivis par des médecins généralistes, on les oriente vers les médecins généralistes, et en contrepartie, on leur propose, lorsqu'il y a un problème psy ou un autre problème, de venir en discuter avec nous ; mais si ils viennent en discuter avec nous, là aussi, il faut les rémunérer. Bon, il faut sentir les choses, voir si ça va fonctionner ou non, et puis finalement, ça fonctionne, parce qu'il faut ; bon c'est là où ma formation de santé publique est importante, il faut écrire... bon, la démarche en santé publique, elle est simple : c'est quels sont les besoins de la population exprimés par les professionnels ? On est obligé de leur faire confiance ; à partir de là, qu'est ce qu'on se donne comme objectifs clairement établis ? Donc, c'est, soit former ou que les médecins généralistes forment leurs pairs ou que les médecins généralistes entrent à l'hôpital. Et quels sont les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, au point de vue humain, moyens financiers, moyens en locaux et c... On établit les priorités, plus ou moins de la population, objectifs, priorités, et ensuite on évalue. Est-ce qu'on a bien cerné les besoins de la population ? Est-ce qu'on avait bien posé nos objectifs ? Est-ce qu'on a bien établi nos priorités ? Est-ce que les moyens qu'on a mis en œuvre étaient bien ceux qu'il fallait mettre en œuvre ? Si on ne retient que ça de ce schéma, c'est applicable à tout, le milieu hospitalier, à la population à tout, tout... moi, dès que je peux faire passer ce message là, vis à vis des hospitaliers et des associations, les gens en formation, infirmiers... je le fais passer, et ça permet aux gens d'être autonomes.

- Vous dites : on est obligé de leur faire confiance; comment cela ?

- Et bien, ce petit schéma là, par exemple, je demande un projet écrit ; j'écoute, mais je demande un projet écrit, parce que je crois que le fait d'écrire un projet, ça oblige les gens à schématiser leurs idées, et par exemple, si les besoins de la population me semblent farfelus, pas clairement définis, si les objectifs ne sont pas clairement définis, si les moyens sont mal calculés, sur ou sous dimensionnés, ou si j'ai l'impression que c'est un projet bidon pour recruter une personne qui est déjà en tête, je veux dire, ce petit schéma, il permet quand même, très vite de sentir les choses.

- Vous avez eu des cas comme ça ?

- Oui, il y en a plein, plein, parce que, je veux dire, ça se sent vite; si la logique qui sous-tend un projet est une logique financière ou une logique, au contraire, de réponse à une population, très vite ; et paradoxalement, tout ce que j'ai fait, en approche de population, est parfaitement applicable au monde hospitalier qui est réglementé, avec les décrets, les trucs, les machins ; les gens se cachent derrière ça, et oublient la logique de la population, et s'ils ne veulent pas voir, c'est qu'ils sont de mauvaise foi, je crois.

- C'est fréquent ?

- Oui, parce que... c'est... ; enfin, c'est ce que je redis, tous les ministères actuellement, ça n'est pas propre à celui de la santé ; à l'Éducation Nationale, je pense que c'est la même chose, à Jeunesse et sports aussi ; notre ministère, c'est une logique budgétaire ; donc, par exemple, ils ont mis en place des processus comme le F.A.S., pour les personnes immigrées, la politique de la ville pour les quartiers en difficulté ; il y a une logique financière aussi avec des budgets toxico, puis des budgets « alcool », des budgets « prisons » et c... et c'est une logique de course aux budgets, donc, si vous voulez arriver à un budget conséquent, et bien, vous dites qu'il y a des personnes immigrées pour pouvoir aller au F.A.S., qu'il y a un toxico pour avoir un budget toxico, un alcoolique, pour un budget alcoolisme, que ça se passe dans un quartier dégradé pour avoir accès au budget « politique de la ville », et puis qu'il y a de la prévention pour solliciter le Département, et puis, qu'il y a un aspect formation pour solliciter la Région, bon... alors, même si, initialement, les logiques du ministère étaient généreuses, sur le terrain, c'est complètement galvaudé, c'est à dire que c'est une logique financière, et le temps que nous, on perd, à regarder ces projets, ça n'a plus de sens, on est vraiment très loin de la population, et je pense, les professionnels, aussi, du même coup ; c'est fatigant, c'est épuisant ; et alors, c'est là où paradoxalement, on se dit : mince, l'hôpital, à côté de ça, lui, il a un fric monstrueux, et puis, finalement, il récupère le fruit de comportements inadéquats. Les gens mangent mal, ils se

retrouvent à l'hosto, ils sont hyper tendus, ils sont obèses, diabétiques, parce qu'ils sont mal dans leurs pompes, alors, ils dépriment, ils roulent comme des fous dans leurs bagnoles, et ils se cassent la figure ; ils picolent et c... c'est la poubelle, l'hôpital, c'est le dépotoir, c'est là où on va quand on a trop tiré sur la ficelle ; alors, il ne faut pas trop, non plus... je ne suis pas contre le fait, on peut fumer, on peut picoler, on peut bien manger, on peut... mais, je veux dire : quand ça devient des comportements suicidaires, je crois ; je pense le fric de l'hôpital, il doit aller ailleurs, il ne doit plus seulement servir à réparer les morceaux cassés ; il a une mission de santé publique, l'hôpital, c'est écrit dans ses missions, il ne veut pas faire, il ne sait pas faire ; j'espère que ça va changer.

- Et qu'est ce que vous pouvez faire pour ça ?

- Donc, à la fois, il faut convaincre, il faut apprendre ce petit schéma de santé publique ; les praticiens hospitaliers, quand on leur explique, ils sont d'accord ; les directeurs d'hôpitaux, ils sont d'accord ; et là, moi je l'ai fait, j'ai parfois utilisé l'argent de la sécurité sociale pour monter des actions, dans la plus complète illégalité. Par exemple, en toxicomanie, si j'avais attendu l'argent de l'État, il y aurait la moitié des choses qui n'auraient pas pu être faites. Mais, pour ça, il faut avoir un DDASS qui suit; il faut aussi convaincre le DDASS. Je pense que le médecin inspecteur doit donner les idées, et c'est au DDASS de prendre les décisions pour que l'argent qui permette de faire puisse se trouver ; et alors, paradoxalement, cet argent de l'hôpital qu'on a détourné pour faire de la toxicomanie en milieu ouvert, le ministère a crié au scandale quand je les ai informés, mais il ne l'a jamais écrit ; il l'a repris ensuite dans une de ses circulaires, et on a eu la cour nationale des comptes qui est venue dans le Département se pencher sur la toxicomanie ; là aussi, on a joué carte blanche ; on m'a dit à un moment donné : est-ce que vous savez que vous êtes dans l'illégalité ? J'ai dit oui, et on m'a dit : paradoxalement, c'est vous qui avez raison ; donc, je pense que c'est au niveau du ministère qu'il faut que les choses changent ; on est encore trop dans une logique de filières, de cloisonnement ; la direction des hôpitaux, la direction générale de la santé. Les actions milieu ouvert, et l'hôpital, c'est les mêmes gens, c'est exactement les mêmes. On avait raison

dans le sens où avec ce cloisonnement, si le ministère ne fait pas, si on ne fait pas au niveau national, si on attend au niveau national que ça bouge, il sera trop tard, quoi; donc, je veux dire, c'est des toutes petites sommes, c'est 1 million de F, 2 millions de F, alors qu'un budget hospitalier fait, je ne sais pas, je ne connais pas le budget du C.H.R. mais c'est en milliards ; même si je suis dans l'illégalité, je ne regrette pas de l'avoir fait. Mais pourquoi, ça ne bouge pas au niveau national, je ne sais pas, je ne sais pas.

- Vous avez pu mesurer les résultats de cette action ?

- Oui, l'évaluation, on ne la fait pas assez souvent, je sais, peut-être que je ne sais pas faire, non plus ; enfin, je n'ai pas le temps, c'est peut-être trop facile de dire ça... je ne l'ai pas quantifié, je n'ai pas fait de grille, mais ce qui est clair, c'est que les praticiens hospitaliers, le monde hospitalier est allé dans le secteur associatif, parce qu'en fait, on a donné de l'argent à l'hôpital qui a mis à disposition du personnel dans les structures où il n'y avait pas de médecin, et le monde associatif est rentré à l'hôpital, alors au niveau modification de comportement, c'est fantastique. Il y a d'abord eu un tollé, le secteur associatif a dit : on va se faire manger par la machine hospitalière, et puis, le monde hospitalier, en arrivant, a complètement modifié les pratiques du monde associatif, puisque le secteur associatif garde ses petits, il suit les gens, il les retient par la main ; le secteur sanitaire, en arrivant dans le monde associatif qui s'occupe des toxico a une vision très sanitaire, par exemple, il dit : oui, ils sont toxico, vous les tenez par la main, c'est bien, mais nous, ce qui nous importe, c'est ses dents, son hépatite, son SIDA, sa tuberculose et, finalement, le secteur associatif, à force de les tenir par la main, ne se préoccupait plus de ça. Il se trouve que cette rencontre entre ces deux mondes là et les changements de pratiques que ça a induit, même si, au départ, il y a eu un tollé fantastique, ça vaut le coup, c'est intéressant. Enfin, sans avoir fait une évaluation, en bonne et due forme, comme on nous l'apprend à Rennes, je perçois que ça a modifié beaucoup de choses et que pour la population à laquelle ces mesures étaient destinées, je sais d'emblée que ça a eu de l'impact, parce que si actuellement, on fait du dépistage de l'hépatite chez les toxico, si on mesure qu'ici, ils sont plus touchés par l'hépatite C que par le VIH, c'est en

partie grâce à ça ; parce que les éduc. voyaient leur psychologie, le rôle du départ du père dans la survenue de la toxicomanie, oui, pourquoi pas ? C'est important, mais ils voyaient plus l'aspect somatique, et puis, les hospitaliers, quand ils récupéraient un toxico dans le service, ils voyaient la jambe ou l'overdose qu'il venait de se faire, mais ils ne renvoyaient pas obligatoirement vers les éduc. ; les éduc. sont venus un peu sensibiliser les services d'urgence, les services de réanimation ; je crois que c'est l'intrication de ces deux mondes qui était intéressante, alors, ça mettra du temps, hein, mais c'est les toxicomanes qui nous obligent, comme les personnes atteintes du VIH à bousculer toutes nos pratiques ; je veux dire, ça, il faudrait le faire pour d'autres choses ; enfin, je veux dire, dans un service d'urgence, qu'est ce qu'on trouve ? C'est le dépotoir, le service d'urgence d'un hôpital ; il faudrait que les médecins généralistes interviennent à l'hôpital, dans les services d'urgence ; il faudrait que les éduc. soient dans les services d'urgence ; qu'est ce qu'on y trouve ? Les paumés qu'ils ont à prendre en charge dans leurs quartiers difficiles ; il faut désacraliser l'hôpital, il faut le faire éclater, il faut qu'il retrouve sa fonction initiale, qui était les pathologies compliquées, qu'on ne peut pas suivre en ville, à la maison.

- Ce travail vous plaisait ?

- Beaucoup, beaucoup, oui, parce que c'est en perpétuel mouvement ; par exemple, quand j'ai commencé à m'occuper de toxicomanie, les pharmaciens faisaient... c'était au début où le ministère mettait en vente libre les seringues; les pharmaciens, ça leur posait des problèmes « éthiques » ; ils ne voulaient pas les vendre ; on leur en proposait en paquets de 20, ils disaient qu'ils n'en avaient pas; donc, il a fallu les convaincre qu'une mesure de santé publique, c'était de vendre des seringues propres ; ça, c'était il y a 5 ans, maintenant, on met sous substitution, des personnes qui sont en milieu carcéral, il s'est passé 5 ans, ça évolue très vite, parce que le toxico dérange... il y a beaucoup plus d'alcooliques que de toxico dans cette région ; mais le toxico, c'est la jeunesse, c'est notre jeunesse qui se meurt, qui salit les cages d'escalier en mettant du sang, ça dérange, et c'est bien, ça dérange plein de gens, ça interpelle le politique qui, du coup, pour se faire élire, doit faire quelque chose pour cette jeunesse qui meurt et

qui dérange. L'alcoolique, il ne dérange personne ; aucun, un élu ne va se faire élire en disant : votez pour moi, je vous empêcherai de boire ; donc, c'est revenir au point de départ, il faut agir sur le groupe ; le jour où le groupe prendra conscience que l'alcool c'est tout aussi dérangeant que l'héroïne, l'image qu'il s'en fait, et bien, je crois qu'on pourra mettre des choses en place. Donc, la toxicomanie, c'est intéressant, parce que ça a bougé beaucoup ; bon, j'arrête, parce que ça fait 5 ans là, il faut que je fasse autre chose, et puis, tout ce que j'ai appris par rapport à la toxicomanie, je suis contente d'avoir eu une implication dans le milieu hospitalier ; le tout, c'est d'amorcer la pompe. Par exemple, là dernièrement, j'ai rencontré un directeur d'hôpital, pour que les généralistes puissent intervenir dans son hôpital, faire des visites de toxico, et puis, j'avais invité des généralistes à venir pour parler, et je sentais que ce directeur d'hôpital écoutait, était intéressé, il était d'accord, il était même prêt avec la main au portemonnaie, et puis, rapidement, je me suis aperçue que tout d'un coup – il a dit une petite phrase – il a dit :oui, puis ça serait intéressant qu'on puisse refaire la même chose au niveau des services d'urgence. Et je me suis rendue compte que son service d'urgence dysfonctionnait, complètement. Je le sais parce que c'est de l'urgence sociale et non plus de l'urgence médicale. Bon, je pense qu'il souhaite mettre en place ce truc au niveau des toxico, mais son souhait c'est d'aller au-delà ; donc, je crois qu'il faut amorcer la pompe comme ça.

-Vous pensez que votre métier est difficile ?

- ...difficile ?... je ne sais pas.

- Vous disiez que vous ne vous voyiez pas médecin dans une administration, et vous y avez aujourd'hui une expérience ?

- Je trouvais ça paradoxal, mais, c'est quand même de bosser à l'intérieur de ça ; enfin, ça n'est pas de travailler à l'intérieur de cette DDASS ; je me rends compte que, ce qui me mine, quand même, c'est le fonctionnement interne ; alors, je crois que ce n'est pas propre à la DDASS, je crois qu'à partir du moment où on

travaille, que ce soit dans l'administration, dans le privé, quand j'écoute les gens, mes amis qui bossent dans le privé, finalement, ce qui bouffe, c'est les cancans internes, et je pense que quand les problèmes d'organisation actuels prennent le pas sur ce pourquoi on est payé, c'est qu'il y a un problème grave, et que ça dysfonctionne complètement ; quand la reconnaissance qu'on a de son propre travail, on l'a, non pas en interne, mais à l'extérieur, c'est aussi que ça dysfonctionne, il y a un problème grave.

- C'est le cas ?

- Oui, bien sûr. Quand les gens passent plus de temps à parler d'organisation interne que de projets pour la population, ça ne va plus, c'est que le DDASS, le chef, le patron, n'a pas su emmener son équipe, et il est payé pour ça, sur un projet ; et là, ça ne va plus, plus du tout. Le rôle d'un patron, que ce soit dans l'administration ou dans le privé, c'est ça. Alors, nous, on a de la chance, on travaille avec de l'humain ; je pense que si on fabrique des voitures, c'est autre chose ; mais, je veux dire, une administration d'État qui travaille sur de l'humain, que ce soit l'Éducation Nationale, la Santé, c'est bien de mobiliser une équipe au service de la population, c'est fantastique quand même comme projet, et... si on n'arrive pas à ça et que c'est le quotidien qui bouffe, c'est à dire... que les clivages DDASS/DRASS, service contre service prennent le dessus, c'est qu'on a raté quoi ; et bien du coup, chacun fait sa propre DDASS, ou DRASS, son propre truc, c'est fichu, quoi.

- Vous parlez de reconnaissance ?

- Oui, je crois qu'en face on a besoin de reconnaissance... la reconnaissance... c'est pas uniquement le salaire, bien que... le salaire, ça compte, les conditions d'installation, c'est une image sociale, ça n'est pas anodin, c'est la manière dont on traite et on reconnaît la fonction sociale, socialement quelqu'un. Mais, c'est un sentiment de satisfaction personnelle qu'on peut avoir, par rapport à une tâche qu'on a faite ; et ce sentiment de satisfaction personnelle, et bien c'est

quand même l'autre qui le donne, qui regarde, avec tous les sens, dans la parole, le sourire ; enfin, je ne pense pas être affective, je pense que c'est humain. Donc, si un chef d'équipe, quel que soit son grade, qu'il soit DDASS, sous fifre ou sous-sous fifre, n'est plus capable de l'exprimer, parce qu'il est lui-même trop englué dans ses problèmes internes, et bien du coup, on l'a à l'extérieur, c'est à dire les professionnels avec qui on bosse, et ça, ça ne va plus.

- Vous mesurez cette reconnaissance à l'extérieur ?

- Oui il faut savoir faire la part des choses entre une réelle reconnaissance et de la flagornerie ; surtout avec les fonctions qu'on occupe ; j'y arrive, maintenant, c'est pas évident au début ; oui, je crois quand même que parmi les professionnels avec qui on travaille, la majorité sont quand même honnêtes et de bonne foi ; ils ont pas fait ce métier là uniquement pour le fric ; un exemple, je vais quitter la toxicomanie, un des directeurs d'un centre spécialisé vient d'écrire un bouquin sur la toxicomanie avec d'autres, et ils me l'ont envoyé, avec un petit mot en disant qu'ils regrettaient mon départ du champ de la toxicomanie, et ils faisaient référence à mes actions, mon éthique, bon, ça, je ne pense pas que ce soit de la flagornerie, puisque, je pars, il n'y a plus d'enjeu; il n'était pas obligé de le faire; ça, c'est de la reconnaissance extérieure. Bon, c'est gros, quoi, je n'attends pas ça de mon DDASS, pas jusque là, mais, qu'un DDASS puisse le faire, je pense que c'est nécessaire; en même temps, c'est compliqué pour eux et c'est faussé ; c'est faussé parce que les DDASS sont obligés d'être carriéristes; il y a peu de places et pas beaucoup d'élus ; enfin, je veux dire, rapidement, un inspecteur devient inspecteur principal ; quand il est inspecteur principal, il fait miroiter qu'un jour il sera DDASS, c'est logique; il n'y a pas beaucoup de DDASS et de DRASS ; je ne sais plus combien il y a de départements, 97, 22 régions, ça fait 120 places pour un nombre d'inspecteurs principaux qui doit bien être supérieur ; donc, pour être DDASS, à un moment donné, il faut bouger, changer de région, se montrer ; alors, peut-être que je leur cherche des excuses, mais je crois que, du coup, leurs agents, ils s'en foutent complètement, parce que, pour grimper, ils sont obligés d'agir ainsi, c'est la règle ; donc, même quand un DDASS, dans une notation, me dit que j'ai bien bossé et qu'il a apprécié mon travail, je me rends compte que ça ne me

touche pas, je n'y crois pas. Mais, je crois qu'il faut que les gens bougent; je pense que si on nommait un DDASS à vie ou un DRASS à vie, je pense que... ça ne serait pas très sain, dans le sens où les gens s'installeraient, un peu comme des empereurs sur leur trône. Donc, il faut que les gens bougent ; mais là, la logique elle est complètement perturbée ; elle est poussée à son extrême, quoi. Même si initialement, les gens sont compétents, à la fois dans la dimension technique et humaine, ils sont pris à leur propre piège, au piège de la carrière, parce que, s'ils ne jouent pas ce jeu là, ils seront bouffés, complètement; ils n'ont pas le choix ; sans doute qu'à leur place, je ferais la même chose. Alors, on a le métier de médecin inspecteur, enfin, la profession de médecin inspecteur, et on est un petit corps. On sait que, nous, ça ne marchera pas ; de toute façon, nous, je crois, par exemple, je suis médecin de base, il y a trois grades ; pour accéder au deuxième grade, on est 180 postulants, et ils en prennent trois tous les ans. Donc, on n'est pas entré encore dans cette logique là ; mais pour les DDASS, et les inspecteurs principaux, c'est ça. Moi, je vois les inspecteurs principaux qui sont là, c'est des gens intelligents, compétents, humainement parfaits, mais je sens déjà poindre cette logique. Inspecteur principal, et bien, il faut qu'ils encadrent, parce que, un inspecteur principal encadre ; donc, on va lui donner des gens à encadrer ; on ne se fait pas de souci de savoir s'il sait faire, s'il a reçu une formation pour ; il faut qu'il encadre. Alors, comme il est mal à l'aise, et bien il encadre, soit de façon autoritaire, soit de façon complètement laxiste, c'est à dire qu'il fait ses armes sur de l'humain. Mais du coup, il n'est plus dans la logique d'une politique ministérielle, vis à vis d'une population, il est dans une logique d'encadrement ; et puis, après c'est fini. Ensuite va s'ajouter une logique de mutation, se montrer, vis à vis du ministère, vis à vis du C.H.R. parce que c'est un gros bazar, et puis, c'est tout quoi; ce pour quoi, initialement, il est là, ça n'existe plus. Alors, de temps en temps, bien sûr, il se souvient ; parce que, je veux dire, c'est un être humain, il a des états d'âme ; il doit être malheureux, en plus, très malheureux... bon, mais je ne sais pas comment on peut changer ça...

- Comment voyez-vous votre avenir ?

- Ah, je ne veux pas rester longtemps ici ; parce que je crois que je ne serais plus opérationnelle, ni innovante, et puis je crois que les gens en auraient marre de voir ma tête, les professionnels, et les gens d'ici ; donc, il faut que je bouge ; parce que je crois qu'au bout de cinq ans... je crois qu'on peut bien faire ce métier quand on a toujours un regard neuf, naïf, innocent. Donc, au bout de 5 ans sur un secteur, je pense qu'on n'a plus ce regard neutre, parce qu'on connaît trop les gens ; les gens vous connaissent trop bien. Donc, il ne faut surtout pas que je reste ici 20 ans ; c'est un grand département, avec plusieurs hôpitaux, plusieurs types de populations ; donc je peux changer ; mais après, il faudra que je bouge ; pour l'instant, je n'ai pas envie d'aller en DRASS, parce qu'on est trop loin de la population ; j'aimerais bien aller au ministère, mais pas plus de 3 ans, pour essayer de mettre en œuvre, dans les textes, des choses que j'aurais pu constater ici.

- On est loin de la population au ministère ?

- Oui, mais on est plus proche du pouvoir de décision. Les gens, en DRASS, c'est un échelon intermédiaire qui ne m'intéresse pas ; on est loin de la population, et loin du pouvoir de décision. En DDASS, on est loin du pouvoir de décision, mais on est plus proche de la population ; c'est les extrêmes qui m'intéressent. Je ne sais pas si je ferai ce métier toute ma vie... Ca m'intéresserait bien de bosser pour une grosse ville...

- Mais vous voyez votre avenir dans la santé publique ?

- Oui, je ne ferai plus de clinique ; ou alors, je changerai complètement ; j'ouvrirais une librairie. Je ne monterai pas d'entreprise privée ; l'aspect « faire tourner une boutique » ne m'intéresserait pas... Oui, dans la santé publique, je crois ou changer carrément. C'est quand même un métier riche et intéressant. Parce que là, j'ai parlé de tout l'aspect population, mais il y a aussi une fonction

de représentation et de contact avec les professionnels qui n'est pas négligeable ; on rencontre une très très grande variété de personnes, du préfet au praticien hospitalier, en passant par l'éducateur de rue, le syndicaliste lambda, l'usager qui fait le siège de votre téléphone, parce qu'il a réussi à avoir votre nom, à l'étudiant de psycho. qui veut faire une thèse sur les toxicomanes ; donc, il y a un contact avec une variété de personnes qui n'est pas inintéressante quand même ; et quand je pense à mes collègues médecins généralistes... la solitude du coureur de fond, quoi ; ça doit être difficile, très difficile... c'est un métier qui ne me tente pas du tout, pas du tout... pour l'aspect boutique, et la solitude du coureur de fond, bien que je pense qu'ils aient, heureusement pour eux, des satisfactions aussi personnelles.

- Dans le rapport individuel que vous évoquiez au début ?

- Oui, bien sûr, on critique beaucoup les médecins aujourd'hui, plus qu'il y a 30 ou 50 ans, mais... dans le cabinet médical, il se passe quand même des choses extraordinaires ; les gens viennent y déposer toute leur souffrance, physique et psychologique, psychique, avec des énormes échecs, mais aussi des énormes satisfactions ; la souffrance humaine, quand on peut l'amender, c'est fantastique. Quelqu'un qui a mal au dos, qui ne pense qu'à ça, si au bout de 8 jours il est sur pied, il va l'oublier, mais, les premières heures, où il ne souffre plus, c'est fantastique. Une personne qui rentre dans un cabinet médical avec le moral à zéro, parce que son conjoint ne va pas bien, même si c'est pour une heure, mais que, par votre simple écoute, vous lui permettez de repartir plus confiant et avec plus d'espoir, oui, c'est un métier fantastique, fantastique, mais c'est la solitude du coureur de fond. le métier que moi, j'exerce, là, maintenant, enfin, j'en ai pris plein la tête, de façon juste ou injuste, je peux en parler, pour eux, c'est difficile... »

12/08/1997

ANNEXE 3

Décret du 6 décembre 1994 et circulaire du 27 janvier 1997 **relatifs aux missions et attributions des DDASS / DRASS.**

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

ANNEXE 4

Décret du 7 octobre 1991 et décret du 29 septembre 2000 **relatifs au statut particulier des** **Médecins Inspecteurs de Santé Publique.**

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

ANNEXE 5

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de
l'hospitalisation publique et privée,
et son titre IV relatif aux
Agences Régionales d'Hospitalisation.

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

ANNEXE 6

Le métier de MISp et la formation – Document E.N.S.P. – mars 97.

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

ANNEXE 7

Rapport F. PIEDNOIR sur le recrutement des MISP – mars 95.

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

ANNEXE 8

Rapport B. BASSET sur le recrutement des MISP – mars 98.

En vertu du droit d'auteur, cette inclusion ne peut
figurer dans la thèse en ligne.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction générale	7
PREMIÈRE PARTIE : CADRE D'ANALYSE	18
CHAPITRE I : LA DIFFICILE ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	22
1) Les paradoxes de la profession médicale.....	23
2) La santé publique : un enjeu de pouvoir pour la profession médicale et l'État.....	24
3) Place et rôle de l'État dans le système de santé.....	26
Les difficultés d'une politique de santé publique.....	27
L'intervention de l'État est aussi facteur de transformation de l'action médicale.....	28
Médecine et politique ne traitent pas de la santé de la même manière.....	30
4) Structure et organisation des politiques publiques différentes : le cas de la Grande Bretagne.....	32
L'organisation du système de santé britannique.....	32
Un acteur central du système : le médecin généraliste.....	34
Place et rôle des médecins de santé publique.....	37
L'administration de la santé : un acteur faible.....	38
Conclusion sur le système britannique : de la santé publique à l'économie de la santé.....	39
5) Conclusion	41
CHAPITRE II : LA CRÉATION D'UNE ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET LA CRÉATION DU CORPS DES MISP	43
1) Les missions de l'administration sanitaire et sociale de l'État.....	43
Organisation générale des services.....	44
Aperçu historique.....	45
Les origines.....	45
Les années trente.....	46
L'après-guerre.....	47
La période de développement accéléré.....	47
2) Évolution du fonctionnement des services déconcentrés de l'État	48
La réforme de 1964.....	49
Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales.....	49
Les DDASS.....	50
Les SRASS, ancêtres des DRASS.....	50
Les inspections de la santé.....	51
Les directions régionales de la sécurité sociale, futures DRASS.....	51
Étendue des missions confiées aux DDASS.....	51
Les effets de la réforme de 1964.....	52
Les années 70.....	53
Complexité nouvelle de l'administration sanitaire.....	54
Les nouvelles préoccupations de la politique publique de santé et l'apparition des DRASS.....	54
L'organisation des DRASS.....	55
Les inspections spécialisées.....	55
Les effets de la réforme de 1977.....	57
La réforme de 1982 : la décentralisation.....	58
La loi du 2 mars 1982.....	59
Mise en œuvre de la réforme de 1982.....	59
La nouvelle configuration des DDASS.....	60
Les effets de la décentralisation.....	61

La réorganisation de 1991.	62
Le renforcement de la position et du rôle des services de l'État.	64
Moderniser pour légitimer.	65
L'échec de la réorganisation.	66
3) Conclusion intermédiaire.	68
4) La modernisation administrative, aux Affaires Sociales au cours des années 90.	69
La réforme de 1994 et la charte de la modernisation.	70
Critiques et réactions syndicales.	73
Influence de la modernisation sur le métier de cadre.	74
Les nouveaux enjeux des questions sanitaires et sociales.	75
5) La transformation des politiques publiques de santé et l'action de l'administration	76
La fonction de contrôle de l'État dans le champ de la santé publique.	76
Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique : le résultat d'une triangulation État/Profession médicale/Santé publique	78
Les MISP sont des médecins qui changent de métier.	81
6) CONCLUSION.	83
CHAPITRE III : LES CARACTÉRISTIQUES FORMELLES DU CORPS DES MÉDECINS INSPECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.	86
1) Les fondements juridiques du statut de MISP : approche généalogique des principaux textes relatifs aux corps et aux fonctions de médecin dans l'administration de l'État.	86
2) Les médecins inspecteurs de santé publique : démographie et gestion du corps.	97
3) Approche comparative avec d'autres catégories de médecins salariés non-soignants: santé publique, P.M.I., santé scolaire, assurance maladie.	102
4) Le corps des MISP : actualité du recrutement et formation.	110
5) Conclusion.	115
CHAPITRE IV : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.	116
1) L'étude documentaire.	119
Examen des rapports d'activités de l'Inspection régionale de la santé, de 1989 (année de formalisation des rapports d'activités détaillés) à 1996 :	120
2) Les entretiens exploratoires.	122
3) Participation à un séminaire du collège des médecins inspecteurs de santé publique du Nord/Pas de Calais, le 19 Juin 97.	125
4) Méthodologie des récits de vie professionnelle.	127
5) La construction de l'échantillon.	130
6) La grille d'entretien.	135
7) Enquête complémentaire.	142
8) Cadre et mode d'analyse.	142
CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE.	150

DEUXIÈME PARTIE : L'EXERCICE DU MÉTIER DES MISP.....	152
CHAPITRE V : LES DYNAMIQUES D'ACCÈS À L'EMPLOI	154
1) les MISP : Origine sociale et construction des choix pour faire médecine.....	154
Les MISP issus d'un milieu médical.....	154
Déterminants familiaux, déterminants sociaux.....	155
Raisons des choix d'après les récits individuels.....	156
Dans quelles conditions choisit-on très tôt de faire médecine ?.....	157
Désirs et désillusions.....	158
L'orientation comme choix d'opportunités.....	159
L'orientation liée aux aléas de l'expérience.....	160
Les orientations non-conformistes.....	161
2) Les voies du changement : analyse des trajectoires.....	162
3) Les pratiques de recrutement : premiers contacts et découverte de l'administration.....	174
La découverte sur le tas.....	175
Un emploi nouveau est propice à l'autonomie de l'acteur.....	176
La prise de poste sous contrainte.....	177
Les recrutements nouveaux sur des emplois qui se transforment.....	179
Le recrutement programmé.....	180
4) Une illustration longitudinale : l'histoire d'Etienne.....	181
5) Les raisons du changement.....	184
La trajectoire d'un MISP est rarement linéaire.....	184
Les motifs de réorientation : tournants professionnels et transformation des motivations.....	184
L'influence des autres.....	185
Désenchantement et réenchantement.....	187
Les interactions entre plusieurs modes d'exercice professionnel.....	190
6) Conclusion.....	193
CHAPITRE VI : LA FORMATION	194
1) Que disent les MISP de leur formation initiale ?.....	194
Il y a une distance entre une formation et l'idéal d'un métier.....	195
La formation pratique relativise cette distance.....	195
Les effets de la formation pratique.....	197
La formation peut susciter une aspiration à une médecine moins conventionnelle.....	197
Place de la santé publique dans la formation initiale.....	198
2) La formation professionnelle des MISP.....	199
Formation universitaire et formation administrative.....	201
Spécificité de la formation en santé publique.....	201
Les acquis de la formation de l'École Nationale de la Santé Publique.....	203
3) Conclusion.....	205

CHAPITRE VII : LES TÂCHES DES MISP	206
1) Les missions dans le champ de la santé.....	206
Savoir médical et mission de service public.....	208
Le sens de l'intervention de l'État.....	210
Les missions hospitalières.....	213
2) La place des médecins par rapport aux missions confiées à l'administration de la santé.....	216
Le sens de l'intervention médicale dans les missions de l'administration sanitaire.....	218
3) Les activités des MISP.....	223
L'intervention des MISP sur le terrain.....	225
Le recueil de l'information.....	226
4) Conclusion.....	243
CHAPITRE VIII : LES TÂCHES CONCRÈTES, VARIATIONS SELON LE NIVEAU INSTITUTIONNEL.....	245
1) Les pratiques professionnelles en DDASS et en DRASS. Existe-t-il des spécificités régionales qui influent sur l'exercice du métier ?.....	245
La reconnaissance des DDASS : le poids de l'histoire.....	246
Le flou institutionnel est propice à l'autonomie des métiers.....	248
Volume et diversité des activités sont un obstacle à une définition du métier.....	249
L'extrême étendue du champ des activités des médecins de DDASS.....	252
Les MISP en DDASS sont finalement des professionnels incontournables.....	253
Il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les MISP des DDASS et ceux des DRASS.....	255
Influence de la structure de l'institution sur la nature du métier.....	256
DDASS et DRASS sont des espaces dynamiques interactifs du savoir et de l'action.....	258
2) Conclusion intermédiaire.....	258
3) Les MISP en administration centrale : un milieu de travail propice à une nouvelle forme de segmentation.....	259
4) Conclusion.....	265
CHAPITRE IX : OPPORTUNITÉS, RESSOURCES ET RÉSEAUX.....	266
1) La division du travail en services déconcentrés : les rapports des MISP avec les autres services des DDASS et des DRASS.....	266
Approche critique.....	267
Approche stratégique.....	267
L'image du médecin reste présente dans les relations entre fonctionnaires.....	269
Besoin d'autonomie et désir d'indépendance.....	272
2) L'effet des caractéristiques de l'environnement externe sur le métier de MISP.....	274
Que trouve-t-on dans l'environnement externe des MISP ?.....	275
Défis et enjeux liés aux institutions extérieures.....	275
Les médecins de l'assurance maladie : un groupe professionnel concurrentiel.....	281
3) Émergence de réseaux locaux et formes de coopération.....	284
Caractéristiques subjectives de la coopération.....	286
Caractéristiques objectives de la coopération.....	288
La coopération est une mise à l'épreuve de l'autonomie individuelle.....	289
La dimension stratégique de la coopération.....	291
Les variables de la coopération : le cas du MISP isolé.....	293
Le cas des MISP en collectif de travail.....	293

Les sollicitations externes favorisent les liens et créent des réseaux de relations.....	294
4) Conclusion.....	297
CHAPITRE X : L'USAGE DE L'AUTONOMIE ET DES CHOIX PRATIQUES.....	299
1) Étendue et limites de l'autonomie au travail des MISP.....	299
L'affirmation d'autonomie.....	300
Autonomie du groupe, autonomie de l'individu.....	301
Les ressources du pouvoir.....	303
Une inspection sanitaire n'a pas la maîtrise de toute la réalité sociale.....	304
Les conflits d'expertise.....	306
L'autonomie, un art du compromis entre le consultant et le décideur.....	308
Le cadre politique du compromis renforce l'interdépendance des acteurs.....	310
La dimension stratégique des comportements professionnels.....	312
Autonomie et négociation : un effet de synergie.....	314
Le point de vue des directeurs.....	315
Les formes d'entente entre directeurs et médecins.....	316
2) Usage stratégique de la contestation de l'autorité hiérarchique.....	318
Opposition entre ordre hiérarchique et culture médicale.....	319
Compétence médicale et hiérarchie administrative.....	321
3) Nature, sources et circuits de l'information traitée par les MISP.....	336
Les circuits de l'information.....	337
Information et stratégie.....	340
Information et action.....	344
Information et compétence médicale.....	345
Information et participation.....	346
Conclusion intermédiaire.....	347
4) Le professionnalisme comme voie de l'autonomie et l'hétérogénéité des attentes en matière de compétences des MISP.....	348
Professionnalisme, implication et identité.....	349
Le professionnalisme : l'acteur professionnel et son métier.....	342
Le professionnalisme sert l'identité de l'acteur et l'honneur de la profession.....	352
5) Conclusion.....	353
CONCLUSION DEUXIÈME PARTIE : LES LIGNES DE FORCE DU JEU STRATÉGIQUE.....	355
TROISIÈME PARTIE : LE SENS DU MÉTIER : QUE FONT LES MISP DANS LA SOCIÉTÉ ?	363
CHAPITRE XI : LE RAPPORT AUX MÉDECINS ET À LA MÉDECINE.....	365
1) Les MISP et la profession médicale : entre distanciation et différenciation.....	365
Le travail d'un MISP peut-il relever de la médecine ?.....	367
L'exercice de responsabilités nouvelles.....	368
Le lien entre médecine et santé publique.....	369
2) Les différentes formes d'approche de la profession médicale soignante du point de vue des MISP : quelques repères pour une typologie des MISP.....	371
3) Conclusion.....	386

CHAPITRE XII : LE RAPPORT À L'ÉTAT ET À L'ADMINISTRATION	387
1) À quoi les MISP servent-ils dans l'administration ?	388
L'utilité du travail administratif.....	389
Le rapport au temps et à l'espace.	393
L'administration et le besoin de sens.....	395
La reconstruction du sens dans le travail d'un MISP.....	397
Conclusion intermédiaire.....	402
2) Les valeurs des MISP sont reconstruites dans leur appartenance à l'administration de l'État.....	402
Diversité des valeurs.	402
Le métier et l'institution : une confrontation de valeurs.	403
Les valeurs en prise avec la santé publique.	406
L'ordre négocié des valeurs.....	409
Entre le savant et le politique : les valeurs s'inspirent de plusieurs modèles.	412
3) Conclusion.	413
CHAPITRE XIII : LE RAPPORT À LA POPULATION ET AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE	415
1) Le rapport des MISP à la population.	415
Population et droit à la santé.....	415
Besoins de santé et diversité sociale.	417
Population et service public.....	420
Service public et expression des usagers.	423
2) Population : un concept central du métier de MISP.	425
3) L'histoire d'Anne-Marie : un exemple type de professionnel de santé publique.	429
4) Conclusion.	433
CONCLUSION TROISIÈME PARTIE : LA TRANSFORMATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ.	434
CONCLUSION GÉNÉRALE	437
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	452
Publications.	453
Rapports.	467
TABLE DES ANNEXES	468
ANNEXE 1 : Entretien avec « Etienne ».....	469
ANNEXE 2 : Entretien avec « Anne-Marie ».....	483
ANNEXE 3 : Décret du 6 décembre 1994 et circulaire du 27 janvier 1997 relatifs aux missions et attributions des DDASS/DRASS.	506
ANNEXE 4 : Décret du 7 octobre 1991 et décret du 29 septembre 2000 relatifs au statut particulier des MISP.	517
ANNEXE 5 : Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et son titre IV relatif aux Agences Régionales d'Hospitalisation.....	529
ANNEXE 6 : Le métier de MISP et la formation – Document E.N.S.P. – mars 1997.....	540
ANNEXE 7 : Rapport F. PIEDNOIR sur le recrutement des MISP – mars 1995.....	559
ANNEXE 8 : Rapport B. BASSET sur le recrutement des MISP – mars 1998.....	637
TABLE DES MATIÈRES	683

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

L'évolution des politiques publiques de santé en France durant le XX^{ème} siècle a été marquée au cours de la période récente par une redéfinition du concept de santé publique. Celui-ci recouvre un champ à la fois socio-politique, professionnel et technique. Il traduit autant l'avancée que les limites d'un système de santé dominé par les dispositifs et les techniques de soins. Tant la profession médicale que l'État y jouent un rôle de premier rang. La transformation de l'action publique d'une part, et des pratiques médicales d'autre part en matière de santé a mis en émergence de nouveaux acteurs susceptibles d'influer par leurs capacités stratégiques et leurs formes identitaires sur les changements en cours. Parmi ces acteurs, les médecins inspecteurs de santé publique représentent un groupe professionnel identifiable comme segment particulier de la profession médicale, reconnu comme partenaire potentiel parmi les experts en santé publique, et constitutif d'un corps de fonctionnaires de l'État dont les missions s'exercent dans le cadre des politiques publiques de santé. L'analyse de ce métier, qui constitue l'axe principal de cette recherche, tente d'apporter une réponse à une double question : par quel processus de conversion identitaire un médecin peut-il changer de métier ? et comment l'analyse des caractéristiques d'un acteur à la marge d'un champ donné peut-elle rendre compte des évolutions centrales de ce champ, à savoir, dans le cas présent, la transformation de l'action médicale et de l'action publique en matière de santé ?

TITRE en anglais

Public health medical inspectors : an identity conversion and a transformation of public action in the field of health.

RESUME en anglais

The evolution of public health policies in France during the XXth century has been marked in the course of the recent period by a re-definition of the concept of public health. This covers a field which is both socio-political, professional and technical. It conveys as much the progression as the limits of a health system dominated by health treatment systems and techniques. Both the medical profession and the State play a mayor role on this. The transformation of public action on the one hand, and of medical practices on the other, with regard to health matters, has led to the emergence of new involved parties likely to have influence through their strategic capacities and their identity forms on the change in progress. Amongst these parties, the public health medical inspectors represent a professional group identifiable as a special segment of a body of public servants , recognised as a potential partner amongst the specialists in public health, and made up of a body of State civil servants whose missions are carried out in the framework of public health policies. Analysis of this profession, which forms the main theme of this research, attempts to bring a response to a double question : by which conversion process can a doctor change professions ? and how can the analysis of the characteristics of a new involved party on the fringes of a given field account for central developments in this field, ie in the present case, the transformation of medical and public action with regard to health matters ?

Keywords : PUBLIC HEALTH, MEDICAL PROFESSION, PUBLIC HEALTH MEDICAL INSPECTORS, IDENTITY CONVERSION

DISCIPLINE Sociologie

MOTS CLÉS

SANTÉ PUBLIQUE, PROFESSION MÉDICALE, MÉDECIN INSPECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, CONVERSION IDENTITAIRE

USTL LILLE I, IFRESI/LILLE