

100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique

Jacques Raimondeau

Médecin inspecteur de santé publique, responsable de la formation des MISP, École nationale de la santé publique (ENSP)

Pierre-Henri Bréchat

Médecin inspecteur de santé publique, chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP)

Malgré leur faible nombre, les médecins inspecteurs de santé publique ont été un des protagonistes des politiques de santé de l'État et des promoteurs de la culture de santé publique. La richesse de leur histoire peut favoriser l'élaboration des concepts de demain.

Le 15 février 1902 [a] est votée en France la première loi de santé publique [2, 3, 4, 6]. De façon générale, le maire dispose de vastes compétences dans le champ de la santé publique et le préfet intervient soit en cas de carence de l'autorité municipale, soit en cas de crise.

De 1902 à 1930 : de la création des inspecteurs départementaux d'hygiène...

Le préfet peut organiser un service de contrôle et d'inspection à l'existence facultative et subordonnée à une délibération du conseil général. Les fonctions de ce service correspondent à une mission de direction, de coordination et d'appui technique du dispositif prévu par la loi [b]. Le profil professionnel ainsi que les conditions de recrutement et d'exercice des inspecteurs départementaux d'hygiène (IDH) de ces services ne furent pas précisés.

Cela à la différence des bureaux municipaux d'hygiène, centres de gravité de mise en application de la loi de 1902, dont les chefs de service devaient être des techniciens de la « protection de la santé publique », médecins ou non, mais diplômés ou compétents en hygiène et reconnus aptes à l'exercice de leurs fonctions par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Il faut attendre la fin de la Première Guerre mondiale, l'épidémie de grippe espagnole de 1918 et la question du relèvement de la population pour que la santé publique revienne au premier plan des préoccupations et que soit créé en 1920

le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. C'est à partir de cette époque que la situation des IDH fait l'objet d'une attention renouvelée. Une circulaire de 1922 souligne que la loi de 1902 est appliquée de façon très variable et explique principalement cette situation par la présence inconstante d'IDH. Le ministre plaide alors pour leur généralisation par le recrutement de professionnels compétents, médecins ou non, employés à temps plein. Le rôle des IDH reste d'abord la coordination, l'animation et le conseil, avec une mention spéciale pour les relations avec les médecins praticiens. En 1924, une nouvelle circulaire encourage la création des inspections d'hygiène et le regroupement des activités de santé publique autour de l'inspection, à laquelle les moyens nécessaires à son bon fonctionnement devront être donnés, sans oublier, pour espérer recruter des médecins spécialistes à temps plein, de porter leur rémunération à un niveau plus élevé.

De 1930 à 1940 : ... à des IDH fonctionnaires d'État, médecins spécialistes polyvalents, ayant de vastes attributions

Malgré ces circulaires, la situation semble avoir peu changé et, au milieu des années trente, la révision de la loi de 1902 est à l'ordre du jour. Les objectifs poursuivis sont d'améliorer la protection de la santé publique et l'efficacité de l'administration en réduisant les inégalités territoriales, élevant le niveau des fonctionnaires et favorisant leur mobilité. Les préfets doivent établir obligatoirement un règlement sani-

taire départemental s'imposant à toutes les communes. Le recrutement et les missions des IDH ainsi que les inspections départementales d'hygiène sont remaniés :

- l'IDH et ses adjoints sont maintenant des médecins nommés par le ministre,
- l'IDH propose le règlement sanitaire départemental. Les modalités de déclaration obligatoire de certaines maladies sont modifiées et elles lui sont désormais adressées. Les bureaux municipaux d'hygiène sont placés sous son contrôle,
- les inspections départementales d'hygiène deviennent obligatoires et sont placées sous l'autorité directe du préfet et du ministre de la Santé publique.

En 1937, une nouvelle série de textes complètent le dispositif : les IDH et leurs adjoints sont dotés d'un statut de fonctionnaire [c], commun avec les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène. Les médecins recrutés doivent :

- être détenteurs d'un diplôme universitaire d'hygiène,
- se consacrer exclusivement à leurs fonctions administratives,
- avoir des compétences cliniques, épidémiologiques, en hygiène, en techniques de laboratoire.

Ils appartiennent à un corps de fonctionnaires d'État, médecins spécialistes polyvalents, responsables des services départementaux du ministère de la Santé publique dans lesquels ils sont affectés. Les attributions des IDH sont vastes, décrites par une liste de trente-deux alinéas [d]. Les médecins adjoints peuvent être chargés des fonctions de médecin inspecteur des écoles ou des dispensaires d'hygiène sociale.

Un renforcement de l'État au niveau départemental est ainsi réalisé par la constitution d'un véritable service d'administration sanitaire et médico-sociale, aux compétences vastes, qui englobent certaines attributions actuelles d'autres ministères (santé scolaire) ou d'autres institutions (collectivités territoriales, ordres professionnels) ou dispositifs (médecine du travail), mais sans toucher au financement des établissements de soins, ni aux politiques sociales. Cette nouvelle organisation ne pourra pas produire tous ses effets, car elle est remise en cause dès 1940.

De 1940 à 1948 : des IDH aux médecins inspecteurs de la santé

En 1940, l'administration de la santé dirigée par le maréchal Pétain est fortement

réorganisée : les inspections départementales d'hygiène, les bureaux municipaux d'hygiène, les services sanitaires aux frontières et les inspections de l'assistance publique sont supprimés. À leur place est installée une administration régionale : les directions régionales de la famille et de la santé, dont les directeurs sont placés sous l'autorité directe du ministre de l'Intérieur. Le directeur régional est responsable de l'organisation hospitalière ainsi que des services médico-sociaux et de l'assistance sociale. Il est assisté de personnels d'inspection et de contrôle, placés sous son autorité directe, notamment des médecins inspecteurs de la santé (MIS).

Dès 1943, dans les territoires libérés, cette organisation administrative est abandonnée. En 1945, la France se dote d'un ministère de la Population qui se structure selon une double polarité avec, au niveau central, un secrétariat général à la santé et un secrétariat général du peuplement et de la famille. Les services extérieurs comprennent de nouveau des échelons départementaux : directions de la santé et inspection sociale de la population.

Les MIS sont intégrés en 1946, avec les pharmaciens inspecteurs de la santé, dans les services extérieurs et l'administration centrale. Les directions départementales de la santé sont dirigées par des médecins inspecteurs principaux.

En 1947, l'évolution se poursuit : la séparation entre sanitaire et social est étendue au niveau interdépartemental par la mise en place d'inspections divisionnaires de la santé distinctes des inspections divisionnaires de la population. Le renforcement du niveau départemental s'affirme : les inspecteurs divisionnaires exercent maintenant l'essentiel de leurs missions sous l'autorité des préfets de département, en collaboration avec les directeurs départementaux de la santé, qui étaient sous leur contrôle. Seules les missions d'inspection échappent à ce cadre.

Cette période est caractérisée initialement par la constitution d'une administration d'État de niveau régional à compétences sanitaires et sociales regroupées, dans laquelle sont inclus des MIS comme conseillers techniques des directeurs. Puis, on assiste à un phénomène inverse : réaffirmation des échelons départementaux avec séparation entre services sanitaires et sociaux. Les MIS opèrent en administration centrale comme en services extérieurs,

retrouvant leur autonomie avec fonctions de direction d'administration sanitaire.

De 1949 à 1963 : les MIS ont des fonctions étendues pour participer à la reconstruction sanitaire du pays

En 1949, apparaît un nouveau statut pour les MIS [e]. Ils sont chargés de « l'application de toutes les mesures concernant la protection de la santé publique ainsi que de la coordination et du contrôle technique des services ou établissements de prévention et de cure et des institutions d'entraide sociale ». En matière d'organisation, deux points sont confirmés : les MIS œuvrent dans les services extérieurs du ministère et en administration centrale et assurent les fonctions de directeurs départementaux de la santé et d'inspecteurs divisionnaires de la santé. Un lien particulier existe encore avec les bureaux municipaux d'hygiène. Ils sont spécialistes diplômés en santé publique. Leur formation est renforcée par un stage réglementaire effectué à l'École nationale de la santé publique avant la titularisation. Cet « enseignement de début de carrière » sera sanctionné à partir de 1958 par un diplôme de santé publique délivré conjointement par le ministre chargé de la Santé et celui de l'Éducation nationale.

De 1964 à 1977 : les MIS sont médecins de santé publique pour être intégrés dans une administration sanitaire et sociale

Le contexte économique et social et une critique du degré de performance et du caractère éclaté en plusieurs entités de l'administrative sanitaire et sociale [7] entraînent une réorganisation territoriale de l'État et des services sanitaires et sociaux en 1964. Les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDass) [ce sigle pour les différencier de la Ddass de 1977] sont créées en 1964 par regroupement des services sanitaires et sociaux et du service de santé scolaire, dépendant du ministère de l'Éducation nationale. De nouveaux corps de fonctionnaires sont créés : médecins de la santé publique (MSP) et inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS).

Le statut des MSP de 1964 [f] présente des originalités fortes :

- il concerne des médecins de santé publique et non plus des médecins inspecteurs,

- le caractère de spécialiste en santé publique n'apparaît plus pour le recrutement. Les promoteurs de la réforme souhaitaient que les MSP puissent se recentrer sur la fonction d'inspection et jouer un rôle actif dans des équipes de travail intégrées,

- ce corps est constitué par regroupement des MIS et des médecins du service de santé scolaire et universitaire,

- une inspection régionale de la santé autonome est créée au niveau régional, avec à sa tête un médecin inspecteur régional (MIR). Au niveau départemental, on trouve un MSP sous l'autorité du préfet, éventuellement placé à la tête d'une ou plusieurs sections d'une DDass et alors sous l'autorité directe de son directeur.

L'évolution des missions est marquée :

- par l'intégration du champ de la santé scolaire avec pratique de visites et d'exams médicaux,

- par un recentrage sur le champ médical.

L'année 1964 marque une étape majeure dans un processus de regroupement des services du ministère chargé des Affaires sanitaires et sociales. L'évolution se fait principalement au niveau départemental et les MIS conservent une autonomie organisationnelle, particulièrement au niveau régional. Cette réforme connaîtra une mise en œuvre progressive en raison de problèmes de locaux et de réticences des personnels qui limiteront longtemps, à certains endroits, la portée de la réforme à une simple juxtaposition de services. Un point sensible sera la nomination des nouveaux directeurs départementaux : très peu de MIS (le constat est aussi valable pour les inspecteurs de la population) accédèrent à ces fonctions au profit de cadres de préfectures. Cette situation entraînera la démission du directeur général de la santé [7].

En 1973, les MSP redeviennent des MIS [g]. Le statut d'alors ressemble à l'actuel, notamment par la structuration du corps en trois grades et la formulation des missions :

- mise en œuvre, exécution et contrôle de la politique de santé publique, tant en ce qui concerne les actions préventives que curatives,

- contribution à l'élaboration de cette politique, notamment par la détermination des besoins de santé, de la planification et de la programmation générale des mesures à prendre,

- chargés d'études, de missions spéciales ou d'inspection,

- animation, coordination, inspection et contrôle des activités médicales des établissements et des services sanitaires et médico-sociaux,

- contrôle des conditions dans lesquelles sont formés les personnels sanitaires,

- possibilité de participer à des activités de médecine préventive et d'être associés à l'enseignement médical et paramédical.

Les MIS redeviennent des spécialistes en santé publique, titulaires du certificat d'études spéciales d'hygiène et d'action sanitaire et sociale. Ce statut marque l'amorce de la divergence entre les MIS et la santé scolaire, puisque le même jour paraît un statut de médecin contractuel de santé scolaire temps plein, placé sous l'autorité technique des MIS.

À partir de 1974, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) est expérimentée, préparant la réorganisation des services déconcentrés du ministère par décret du 22 avril 1977 : création des Drass par regroupement des directions régionales de la sécurité sociale, des services régionaux de l'action sanitaire et sociale et des inspections régionales de la santé. Les DDass, devenant les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), sont aussi réorganisées avec intégration complète de l'inspection départementale de la santé. Il s'agit d'une étape majeure du processus de regroupement entamé en 1964, couplé à une recherche d'équilibre entre niveaux organisationnels dans un contexte d'augmentation de l'activité des services. Pour les MIS, le décret de 1977 signifie la fin de l'autonomie administrative : ils sont placés sous l'autorité des directeurs des Ddass et les fonctions régionales et départementales assumées antérieurement par les inspections de la santé des chefs-lieux de région sont séparées. Le positionnement des MIS dans le nouveau dispositif fait l'objet d'une attention particulière, par deux textes de 1977 et 1979, qui contiennent une doctrine générale d'emploi des MIS.

L'instruction générale du 21 juin 1977 [h] traite des MIS, pour lesquels sont souhaités un allègement des tâches administratives, un recentrage sur l'inspection (pouvant être la fonction exclusive de certains) et un développement du travail en équipe, objectifs déjà repérés en 1964. En Drass,

une inspection régionale de la santé est maintenue distincte de l'inspection départementale et est directement rattachée au directeur régional. Le MIR, conseiller technique du directeur, a des attributions propres (spécifiquement médicales) et des attributions exercées sous l'autorité du directeur. En Ddass, le MIS est défini comme un « véritable adjoint du directeur pour les actions de santé ».

Une circulaire de 1979 revient sur ces différents sujets [i]. Les missions des MIS, définies comme des « techniciens de santé », sont :

- celles du statut de 1973 avec une insistance sur la maîtrise des dépenses de santé,

- l'inspection, « souci primordial », mise en relation directe avec la planification par la mise à jour des cartes sanitaires,

- la recherche d'un travail en commun avec les praticiens conseils de l'assurance maladie,

- l'implication des MIR dans la formation continue des médecins chargés d'actions de santé.

Sur le plan du positionnement professionnel, le MIS, conseiller technique, est présenté comme le principal collaborateur du directeur. Le MIR, avec l'accord des directeurs départementaux, peut devenir le coordinateur de l'ensemble des MIS d'une région. La circulaire se termine sur trois recommandations faites aux directeurs : invitation à reconnaître aux MIS le maximum de missions spécifiques liées à leur qualification de médecins, souhait d'une organisation des circuits d'information qui intègre bien les MIS et rappel de la nécessité d'une transmission directe aux MIS des informations couvertes par le secret médical.

Au total, cette période est marquée, dans le cadre général d'un processus de regroupement des services, par une intégration en deux étapes des MIS à une hiérarchie administrative dédiée à une administration unique du sanitaire et du social. Cette période est aussi celle d'une fusion, puis du début d'une séparation d'avec la santé scolaire.

De 1980 à 1991 : des MIS aux médecins inspecteurs de santé publique, au moment de la décentralisation et d'une montée en puissance de la santé publique

Entre 1982 et 1986, les lois de décentra-

lisation entraînent un transfert de compétences aux conseils généraux, notamment dans le domaine de l'aide sociale et de la prévention. Cela se traduit par une partition des services de l'État, dont environ deux tiers des moyens humains et matériels sont transférés aux conseils généraux [1]. La décentralisation dans le domaine sanitaire et social est donc marquée pour les services déconcentrés du ministère de la Santé par la perte d'activités à forte valeur identitaire, telles que la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance (ASE), ainsi que par une diminution des possibilités d'action sur le terrain. Cette nouvelle donne a eu pour conséquence un recentrage sur la tutelle et les hôpitaux. Les années quatre-vingt sont marquées pour les services centraux et déconcentrés du ministère de la Santé par plusieurs phénomènes :

- l'absence de partage net entre les niveaux départementaux et régionaux, parfois source de conflits récurrents au quotidien,
- la difficulté à assumer toutes les missions dans un contexte de stagnation relative des moyens,
- la montée en puissance des préoccupations de santé publique et de nouveaux acteurs, notamment associatifs,
- l'action des collectivités territoriales se structure et des politiques interministérielles se développent.

En 1991, paraît un nouveau statut des MIS [j], qui deviennent des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). La hiérarchie des grades est alléguée et le libellé des missions évolue :

- participation à la conception et à l'évaluation de la politique de santé publique,
- apparition d'une référence explicite au secret médical et aux règles professionnelles,
- possibilité d'une association à la recherche en santé publique, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation dans le domaine de la santé publique et non plus seulement « médical et paramédical »,
- participation à des activités de médecine préventive, rôle de coordination et d'animation des activités médicales dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux,
- contrôle des conditions de formation des personnels sanitaires.

Le 27 novembre 1991, un décret entérine la séparation des MISP et de la

santé scolaire, par la création du corps des médecins de l'Éducation nationale (MEN) dépendant de ce ministère. Les deux corps de médecins conservent un lieu de formation commun à l'École nationale de la santé publique.

Cette période est celle de la décentralisation et du début d'une montée en puissance de la santé publique, à laquelle, les MISP participent.

De 1992 à 2002 : les MISP promeuvent une prise en charge globale et cohérente des politiques de santé de l'État

La maîtrise insuffisante des dépenses de santé, la restructuration imparfaite du parc hospitalier, la persistance des phénomènes de pauvreté et d'exclusion [3] et l'affaire dite du sang contaminé sont lourdes de questions et de conséquences. L'organisation de l'administration de la santé est mise en cause [1, 2, 6]. Des structures nouvelles commencent à apparaître : le Haut Comité de la santé publique (HCSP), le réseau national de santé publique (RNSP). Les grands chantiers ne manquent pas durant ces années et les MISP s'y sont fortement impliqués, ainsi dans :

- le renouveau de la planification hospitalière par la mise en œuvre des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en 1992-1994. Cela en s'appuyant sur des travaux conceptuels réalisés dès 1983 et des expérimentations faites entre 1989 et 1990,
- le développement des politiques régionales de santé par la conceptualisation et l'expérimentation des premiers programmes régionaux de santé (PRS) et des premières conférences régionales de santé (CRS) en 1994 et 1995, participant ainsi de façon déterminante à la promotion de la prise en charge globale des priorités de santé, complémentaire des Sros,
- la surveillance et les interventions avec le RNSP et les cellules inter-régionales d'épidémiologie d'intervention,
- le développement de la santé environnementale : dépistage et prévention du saturnisme, volet sanitaire des études d'impact (VSEI),
- un investissement renouvelé au niveau international et communautaire.

Les ordonnances d'avril 1996 modifient l'organisation du système de santé, en créant notamment les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et donnent une

base légale aux CRS et PRS. En 1998, la loi sur le renforcement de la veille sanitaire et de la sécurité sanitaire formalise et accentue la réorganisation en marche depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Mené de fin 1998 au printemps 2000, un mouvement revendicatif des MISP se conclut en juin 1999 par la circulaire sur leurs missions et en septembre 2000 par une réforme de leur statut [k]. La circulaire du 11 juin 1999 [n] définit le MISP comme :

- un médecin ayant des connaissances et des compétences spécifiques, indépendant techniquement et garant du secret médical,
- un professionnel de santé publique impliqué essentiellement dans une approche globale et cohérente des politiques de santé.

Plusieurs points de cette histoire méritent d'être soulignés

La variation du champ d'action

Il passe de l'hygiène du XIX^e siècle à une conception actuelle de la santé publique. Le périmètre des missions a pu ainsi inclure puis ne plus inclure : la santé scolaire, le contrôle sanitaire aux frontières, les bureaux municipaux d'hygiène, les activités du conseil de l'Ordre des médecins, etc. La fonction d'inspection a toujours été mêlée à d'autres activités avec des problèmes de concurrence voire d'incompatibilité. Cette situation n'a sans doute pas été propice à la structuration d'une identité professionnelle stable et reconnue. Elle invite aussi à ne pas considérer les MISP isolément, mais à s'intéresser également :

- à un ensemble de médecins organisés en groupes qui interagissent les uns avec les autres selon des dispositions changeantes dans le temps,
- aux relations entre les MISP et l'ensemble de la profession médicale,
- aux rapports entre les médecins français et la santé publique [6],
- à la place de la santé publique dans notre pays [2, 3, 4, 6].

La variation du mode d'organisation administrative

L'histoire des MISP permet de repérer plusieurs organisations possibles, avec notamment l'alternative entre une administration globale du sanitaire et du social et des administrations séparées. Si l'or-

ganisation actuelle est mise en question, il peut être constaté que par le passé la mise en place et le fonctionnement de services purement sanitaires n'ont pas été simples.

La variation de la place des médecins dans l'administration

L'insertion des MISP dans une hiérarchie administrative n'a pas toujours été évidente et harmonieuse. On pourrait préciser les mécanismes de bon ou de mauvais fonctionnement identifiables en faisant un parallèle avec la situation des praticiens hospitaliers, des médecins territoriaux, des MEN et des médecins conseils de l'assurance maladie. Il faut aussi remarquer qu'en France, à la différence de certains pays étrangers, il est peu donné à des médecins la possibilité d'assumer des fonctions de direction administrative.

Statut, missions et effectifs

Les textes de 1924 à 1977 relèvent une insuffisance des effectifs de MIS. Cela est mis en relation, dès 1924, avec les trop faibles rémunérations. Sans perdre de vue la variabilité des situations individuelles, certaines difficultés vont se cristalliser,

notamment entre 1985 et 1991, sous la forme de revendications ayant trait à une clarification des missions et à une amélioration statutaire qui questionne inévitablement la place du MISP dans son administration, point sur lequel le ministre attirait l'attention en 1977. La deuxième moitié des années quatre-vingt-dix est marquée pour les MISP par la confrontation avec des difficultés dans la gestion du statut, ainsi que par des interrogations sur leurs missions. Un débat sur l'avenir du corps se développe ainsi entre 1996 et 1998, qui peut se résumer par deux visions possibles de l'avenir :

- regroupement avec les autres corps techniques du ministère de la Santé pour former un grand corps technique,
- rapprochement avec d'autres catégories de médecins de santé publique.

Ces débats, portés par des organisations professionnelles, ne connurent pas de conclusion.

L'avenir du corps des MISP est actuellement évoqué sous forme d'un projet de praticiens de santé publique (PSP) qui questionne sur les besoins entre médecins « généralistes et polyvalents » en santé publique et experts d'un domaine

de la médecine ou de la santé publique. Ce projet peut aussi poser la question des missions des médecins de la puissance publique (inspections, politiques de santé publique, gestion de crises et sécurité sanitaire, pilotage cohérent et en continu des politiques de santé publique, etc.). Les places de l'éthique, de l'indépendance technique et de la déontologie doivent aussi y être envisagées. ■

Remerciements

Nous remercions particulièrement Michel Gentile et Pascale Gramain-Kibleur qui ont soutenu et participé à ce travail. Nous remercions Béatrice Broche, René Demeulemeester, Joëlle Le Moal, François Piednoir et Anne Pinteaux qui ont participé à ce travail, ainsi que l'association des MISP

références

1. Canniard P, Cheikh-Sidia A., Cocula D. L'évolution des services déconcentrés pour la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. In *Les nouveaux enjeux des politiques de santé – santé publique, organisation et systèmes d'information*. Paris : La Documentation française, Rapport de l'ENA, 1995 : 405-509.
2. Grémy F. Sang contaminé : les renoncements et l'impérialité de l'État dans le domaine de la santé publique, une longue tradition. *Santé publique* 2002, 14 [2] : 179-186.
3. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994 : 186-187.
4. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : annexe : travaux des groupes thématiques*. Paris : La Documentation française, 1994 : 453-459.
5. Zylberman P. Le regard d'hier pour les concepts de demain. *Actualité et dossier en santé publique* 2001 ; 34 : 69-71.
6. Morelle A. *La défaite de la santé publique*. Paris : Flammarion, 1996.
7. Paugam S., Schweyer F. X. Transformation et inerties de l'État-providence. In Galland O. et Lemel Y., *La nouvelle société française, Trente années de mutation*, Éditions Armand Colin, 1998, 6 : 146-178.

Extrait du tableau des textes réglementaires*

- | | |
|--|--|
| a. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 octobre 1902, 1173 | médecins inspecteurs de la santé (JO du 5 avril 1973) |
| b. Circulaire du 19 juillet 1902 du ministre de l'Intérieur et des Cultes, sur les conditions de la mise en vigueur de la loi du 15 février 1902 | h. Instruction générale du 21 juin 1977 pour la mise en place des directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales |
| c. Décret du 15 avril 1937 sur l'organisation de l'hygiène départementale (JO du 17 avril 1937) | i. Circulaire du 21 septembre 1979 relative aux attributions des médecins inspecteurs de la santé, inspecteurs régionaux et départementaux |
| d. Arrêté du 12 août 1937 sur les attributions des IDH (JO du 25 août 1937) | j. Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique (JO du 8 octobre 1991) |
| e. Décret n° 49-962 du 16 juillet 1949 portant règlement d'administration publique pour l'organisation et le statut du corps de l'inspection de la santé | k. Décret n° 2000-956 du 29 septembre 2000 modifiant le décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique (JO du 30 septembre 2000) |
| f. Décret n° 64-787 du 30 juillet 1964 relatif au statut particulier du corps des médecins de la santé publique (JO du 1 ^{er} août 1964) | n. Circulaire DGS/DAGPB n° 99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique |
| g. Décret n° 73-417 du 27 mars 1973 relatif au statut particulier du corps des | |

* 55 textes réglementaires ont été retrouvés. La liste complète est disponible auprès des auteurs et sur le site Internet de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISp, amispp.free.fr).