

Fonction et rôle des médecins territoriaux : les enjeux de santé publique

Les médecins territoriaux sont des agents territoriaux, contractuels, vacataires ou titulaires, qui appartiennent à la moins connue des trois fonctions publiques (territoriale, d'État et hospitalière). Ils ont un statut public régi par un décret précisant les modalités de leur recrutement, le déroulement de leur carrière, leurs fonctions, leur formation initiale. Le décret n° 92-851 du 28 août 1992 porte statut particulier du cadre d'emploi des médecins territoriaux au sein de la filière sanitaire et sociale de la fonction publique territoriale (FPT). Particularité territoriale, ils sont inscrits sur une liste d'aptitude obtenue par la réussite au concours, puis recrutés sur entretien par un jury après candidature sur un poste ouvert par une collectivité.

Ils font partie des effectifs de la plupart des collectivités locales et d'une grande diversité de services : médecine du travail, pompiers, protection maternelle et infantile (PMI), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), autonomie : personnes handicapées et personnes âgées, centre de santé, service communal d'hygiène et de santé (SCHS), insertion, santé publique (cancer, vaccinations, tuberculose), centre de dépistage anonyme et gratuit du sida (CDAG) ou centre d'information de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ; et de fonctions : médecin clinicien et/ou de santé publique, responsable d'équipe médico-sociale, directeur, coordinateur, conseiller technique.

Pour l'Observatoire de l'emploi des métiers et des compétences de la FPT [14] (chiffres parus en 2010), ils sont 3 160 titulaires et 4 470 non titulaires, soit 9,9 % de la filière sanitaire et sociale. Une description fine de leurs fonctions et missions a été réalisée par une enquête publiée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) en 2000, qui doit être reconduite. D'après une enquête quantitative menée par l'Institut national d'études territoriales (Inet) *Place et rôle des médecins dans le service public local* publiée en juin 2000, l'étude de la répartition du volume d'activité par statut montre que, si les titulaires ne représentent que 28 % des médecins employés par les collectivités, ils assurent 60 % de l'activité. Par ailleurs, 87 % des non-titulaires ont des activités cliniques.

Un positionnement au cœur des problématiques de santé locales

Leur rôle est essentiel en santé publique dans un paysage aujourd'hui dominé par les questions d'accès territorial et social aux soins et à la prévention, et marqué par l'impact des comportements et de l'environnement sur la santé. « *Maillon essentiel entre population et respon-*

sables de politiques de santé », nous disent Anne Riffaud et Évelyne Coulouma dans leur article paru dans la revue *Santé publique* en 2007 [65] ; ils maillent le territoire au plus près des populations vulnérables, notamment dans les zones déficitaires, au sein d'équipes pluridisciplinaires, ils y assurent de multiples interfaces notamment avec l'hôpital. Ils élaborent et mettent en œuvre des projets de service et des programmes de santé publique, locaux et partenariaux, ils participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation de politiques de santé de leur collectivité. Ils exercent les missions de santé, de compétences obligatoires et facultatives, de leur collectivité, financées par la dotation globale de fonctionnement à la décentralisation ou par convention, ainsi que des actions dans des domaines non réglementés sur la base de financements sur appel à projets ou par volontarisme de leur collectivité, ils participent aux dispositifs contractuels de celle-ci avec l'État ainsi qu'avec les autres collectivités territoriales.

Repérer des besoins, évaluer, développer une approche de santé publique globale sur un territoire en mobilisant l'action intersectorielle, être force de proposition et d'aide à la décision en santé, travailler en réseaux et en mode projets sont leur quotidien. Ils se trouvent à la croisée des politiques nationales, puisque la santé est une politique de l'État devant s'appliquer dans tous les territoires de la nation, régionales avec les agences régionales de santé et locales par les compétences des collectivités aux prises avec des logiques descendantes et ascendantes. Ils sont à la croisée du soin, du préventif, de l'éducatif, du social, de l'environnemental, de l'urbain, aux prises avec des logiques verticales et horizontales. Entre décideurs et acteurs, ils conjuguent expertise et management, administratif, juridique et médical, entre leur collectivité et les différents secteurs encore très cloisonnés de notre système sanitaire et médico-social. Ils expérimentent ainsi quotidiennement de nouvelles formes d'intervention en santé publique. Il serait souhaitable qu'ils aient toute leur place dans les cercles nationaux de réflexion stratégique et scientifique et que, à l'instar de la Haute École de santé publique, le CNFPT, leur organisme de formation statutaire, comporte une mission recherche, ce qui n'est pas le cas.

Une profession peu connue

Nombreux, exerçant de multiples fonctions et métiers de forte utilité, dans des territoires de proximité, ils sont cependant peu connus. Il convient de distinguer ce qui est de la méconnaissance de la fonction publique territoriale dans son ensemble de ce qui est de celle des médecins au sein de la fonction publique territoriale. L'édito de la

Fauzia Perrin

Médecin directeur, direction Santé publique et environnementale, ville de Grenoble

Guillaume Le Mab

Médecin responsable veille sanitaire, Service de la prévention et des actions sanitaires, CG 93

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.



Gazette des communes de l'été 2004 : « Les territoriaux silencieux », est à ce titre intéressant. Il s'adressait à l'ensemble des territoriaux dans le contexte de la promulgation de la loi de décentralisation du 13 août 2004 et de la première grande loi de santé publique du 9 août 2004 depuis celle de 1902. La loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004 organisait en fait la recentralisation des missions de santé publique confiées aux collectivités locales.

Répondant par l'affirmative à la question : « *Les territoriaux ont-ils des choses à dire sur la décentralisation en cours ?* », la *Gazette* proposait les hypothèses suivantes pour expliquer l'inaudible territorial : « *l'éparpillement du monde territorial en de multiples associations, la faiblesse des structures représentatives,, la prudence d'une jeune fonction publique, ou la paresse des grands médias qui connaissent moins le monde territorial* » [27].

Les médecins territoriaux sont bien des territoriaux tels que cet édito l'illustre, mais ils sont aussi doublement « *attachés à leurs territoires* ». D'une part, leur mode de recrutement leur permet de choisir là où ils vivent et travaillent, d'autre part, sous la pression d'un contexte économique et social dégradé affectant le secteur associatif du champ de la santé comme les services publics de proximité, leurs charges de travail se sont fortement accrues. Tout cela réduit fortement leur disponibilité pour se rendre visibles au plan national.

Des missions et pratiques évolutives

Les actions et les pratiques des médecins territoriaux évoluent constamment du fait de la capacité d'initiative, d'autonomie et d'expérimentation des collectivités locales, mais aussi des fréquentes adaptations d'organisation et d'exécution imposées par des politiques publiques en perpétuel changement. Les missions initialement décrites par le décret de 1992 se sont élargies et modifiées dans les faits : exercice des missions de santé publique dans un cadre conventionnel depuis août 2004, création des maisons départementales de l'autonomie (loi de 11 février 2005⁵), généralisation des ateliers santé ville (circulaire DIV du 9 mars 2006), maisons pluridisciplinaires de santé (loi sur l'aménagement du territoire), PMI et protection de l'enfance (loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), contrats locaux de santé (loi du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoires)...

Les contrats locaux de santé viennent réinterroger la politique de santé locale. Cette contractualisation sollicite directement les responsables municipaux de la santé et oblige toutes les personnes concernées à se mettre autour de la table pour construire le contenu du contrat. Elle sollicite aussi, bien que plus indirectement, les médecins de PMI et les médecins responsables de programme des conseils généraux, qui sont généralement des partenaires de fait des services municipaux.

5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,

On notera que ce contrat n'est pas proposé de manière tout à fait égalitaire entre les parties, puisqu'il est disposé dans la loi qu'il représente un outil de mise en œuvre de la politique régionale, donc de l'agence régionale de santé, ce qui influence les enjeux respectifs des parties en présence. La création des contrats locaux de santé, sous l'égide des ARS après celle des ateliers santé ville dans le cadre strict de la politique de la ville, peut être interprétée comme un premier signe tangible d'une évolution générale vers une organisation plus locale de la santé et des soins ambulatoires, correspondant alors beaucoup plus à une organisation ascendante de l'offre en fonction des besoins.

L'action sur l'offre de soins

Compte tenu des mutations actuelles de l'offre de soins, les médecins territoriaux ont aussi, dans le cadre des contrats locaux de santé ou en dehors de ceux-ci, à coordonner des projets de réaménagement du système de soins au local. En lien avec la délégation territoriale de l'ARS, ils interviennent à des degrés divers, au nom de leur collectivité, pour susciter, accompagner, voire coordonner des projets de maisons de santé pluridisciplinaires, de pôles de santé, de centres de santé ou même de cabinets de groupe. Le regain d'intérêt pour les centres de santé accentue le rôle pouvant être joué par ceux-ci dans la coordination des soins de diverses natures. La concentration simultanément des missions de l'hôpital sur des plateaux techniques de plus en plus spécialisés, reniant ses missions d'« hospitalité », appuie l'hypothèse du renforcement d'un niveau local d'organisation de la médecine et de la santé de proximité avec une coordination municipale ou inter-communale.

Le Réseau français des villes-santé de l'OMS constitue également un point d'appui important pour le développement d'un système de santé local. Les « villes-santé » ont conçu des programmes basés sur les concepts de promotion de la santé, concepts communs au développement durable, axe structurant de plus en plus les politiques territoriales.

On voit que le rôle du médecin territorial dépasse le cadre fixé initialement pour s'étendre à l'articulation et la coordination des enjeux de santé publique portés par les contrats locaux de santé ou d'autres projets, souvent rassemblés dans les parties des programmes (plans, projets) locaux (municipaux) de santé ne recouvrant pas nécessairement les actions des CLS.

La formation initiale des médecins territoriaux : un enjeu de santé publique

Les évolutions en cours, ou plus hypothétiques, rendent nécessaires l'organisation et la mise en œuvre d'une solide formation en santé publique pour les médecins territoriaux, à la hauteur de leurs missions et des enjeux de santé publique au centre desquels ils sont amenés à se trouver dans l'exercice de leurs fonctions.

La double appartenance des médecins territoriaux, inscrits au tableau de l'Ordre, soumis aux mêmes obligations

déontologiques que leurs confrères⁶ et cadre A + de la fonction publique au même titre que les administrateurs territoriaux, est un atout unique. En effet, ils constituent l'encadrement adapté et indispensable au pilotage et au déploiement d'une politique nationale et locale de santé publique au sein des collectivités locales. Mais cet atout comporte une exigence de formation encore plus étendue, mixte, médicale et administrative. Le décret d'application de la loi de modernisation de la fonction publique territoriale (loi 2007-148) réduit à la portion congrue la formation initiale des médecins territoriaux, ce qui est donc très dommageable ainsi que l'ont souligné plusieurs questions parlementaires pour

6. « Qui sont les médecins territoriaux ? » <http://infos.emploipublic.fr/2010/07/01/qui-sont-les-medecins-territoriaux/>

le moment non prises en compte⁷. Cette réforme a mis à mal l'important travail qui avait été conduit par les associations professionnelles à la demande du CNFPT (livre blanc) [35], et traduit par une refonte de la formation initiale entreprise par le CNFPT en 2006 adaptée à la complexité et à la spécificité de leurs missions.

La situation paradoxale des médecins territoriaux, inaudibles au regard des enjeux qu'ils représentent, est peut être le deuxième paradoxe français, joint à celui d'avoir un système de santé considéré comme le meilleur au monde, alors que nous cumulons le plus d'inégalités d'Europe. Ces deux paradoxes ne sont peut-être pas sans lien, mais cette question dépasse le cadre du présent article. ❄

7. Questions parlementaires de S. Renucci, M. Destot, F. Deluga.