



HAL
open science

Impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration

Tanguy Martin

► **To cite this version:**

Tanguy Martin. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03867713

HAL Id: dumas-03867713

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03867713>

Submitted on 23 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n°3130

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2022

Par Tanguy MARTIN

Né le 3 février 1994 à Écully (69)

**IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR
L'EXERCICE MÉDICAL EN ADMINISTRATION**

Sous la direction du Dr Sylvie QUELET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA	Président
Monsieur le Docteur Benoît ELLEBOODE	Juge
Monsieur le Docteur Edouard LHOMME	Rapporteur
Madame le Docteur Sylvie QUELET	Directrice

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Professeur François ALLA, professeur des universités-praticien hospitalier de santé publique, chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux.

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Benoît ELLEBOODE, médecin de santé publique, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

C'est un honneur et une fierté pour moi de pouvoir te compter parmi les membres du jury. Ta disponibilité et ton engagement auprès des internes est une chance pour nous. Je te témoigne ici mon très grand respect et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Edouard LHOMME, maître de conférences des universités-praticien hospitalier à l'unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique du CHU de Bordeaux.

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et de faire partie du jury. Je te suis reconnaissant pour ta bienveillance et ta disponibilité, malgré mes débuts difficiles en cours de modélisation. Ta pédagogie et ton encadrement sont précieuses pour les internes.

A Madame le Docteur Sylvie QUELET, médecin de santé publique, directrice déléguée à la santé publique et aux environnements à l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de la confiance que tu m'as accordée. Ta disponibilité, ta bienveillance et ton aide tout au long de ce travail ont été précieuses pour moi. Je te remercie encore pour la qualité de nos différents échanges. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A MES PROCHEs

A mes parents, pour leur amour et leur soutien inconditionnel depuis ma première année de médecine. A mon père, merci pour ta disponibilité, ton dévouement et tes précieux conseils. A ma mère, merci pour ton écoute, ta confiance et ta bienveillance, même dans les périodes les plus compliquées. Merci pour tous ces moments partagés en famille qui restent les plus importants à mes yeux. J'espère pouvoir être un exemple pour mes enfants comme vous l'avez été.

A mon frère et ma sœur, pour m'avoir soutenu et supporté durant toutes ces études. Lolo, merci pour ton humour et ta bienveillance. Souss, merci pour ta joie de vivre et ton sens de la fête. Tous ces fous rires en famille sont un bonheur à chaque fois. Je suis chanceux de pouvoir compter sur vous.

A ma belle-sœur préférée, Capu, merci pour ta gentillesse et ton organisation redoutable. C'est toujours un plaisir de te voir à la maison.

A mes grands-parents, qui ont toujours été présents pour me soutenir. Votre bienveillance et votre générosité sont des exemples pour moi. Même si je ne le montre sûrement pas assez, je vous suis infiniment reconnaissant. J'espère continuer de vous rendre fier.

A ma belle-famille, Chantal, Bernard et Loïc, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille.

A mes amis de toujours, Cam, Zim, Polo, Louiche, Cyp, merci pour tous ces moments passés ensemble. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir. Vous êtes un peu ma deuxième famille. J'espère que notre amitié restera pour la vie.

A mes amis de médecine, Caro, Hugo, J-E, Clab, Guidog, Gaut, Robin, Jean, Christian, Val et tous les autres, merci pour toutes ces années passées au Cha ensemble et ces week-ends de folie. Quel plaisir de vous retrouver à chaque fois. Je vous aime mes tontons.

A mes amis de la COP, Val, Charles, Igor, Paul, Yann, Gaut, Thom, Olive, Jules, Sim, Lancelot, Bastien, Guillaume, Ludo, Napo, merci pour toutes ces soirées passées ensemble et ces mythiques COP partagées avec vous. Mon départ à Bordeaux nous a un peu éloigné mais c'est toujours un plaisir de vous revoir.

A mes amis de Bordeaux, Nico et Océ, Juju et Lisa, Momo et Constance, Marcel et Capu, Morv, Odile, Stan et Isa, Axel et Elise, Max et Clara, Claire et Noé et tous les autres. Quelle chance d'avoir pu partager ces années avec vous depuis le début de l'internat. J'ai l'impression de vous connaître depuis toujours. J'espère que notre amitié continuera longtemps. Merci pour tout le bonheur que vous m'apportez depuis quatre ans.

A mes co-internes de promo, Pierre et Vincent, pour leur aide méthodologique précieuse dans ce travail. J'espère pouvoir vous remercier prochainement autour d'un verre.

A Laurent Filleul et Alice Herteau de Santé publique France, pour leurs conseils précieux dans la réalisation de cette thèse.

A mes co-internes actuels de l'ARS, Aloïs, Alexandre, Louis, Dimitri, Enzo, Chloé, pour avoir partagé cet agréable semestre avec vous.

A mes co-internes de l'EHESP, Daphnis, Rodney, Arthur, pour ces trois mois de formation à Rennes. Merci pour tous ces bons moments. La rue de la soif n'a maintenant plus aucun secret pour nous.

A mes encadrants de stage à l'ARS, Benjamin, Sylvie, Eléonore, merci pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez appris. C'est un honneur que de pouvoir se former à vos côtés. Votre bienveillance et votre dynamisme sont une chance pour les internes.

A toutes celles et ceux qui ont participé de près ou de loin à ces longues années de formation.

A Chloé, tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Merci pour tout ce que tu m'as apporté. Ton amour et ton soutien sans faille au quotidien sont une force. Je suis tellement heureux de construire cette vie à deux avec toi. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	12
INTRODUCTION.....	13
1. L'administration de la santé en France.....	13
1.1 Cadre général.....	13
1.2 Le ministère de la Santé.....	14
1.2.1 Direction générale de la santé (DGS).....	14
1.2.2 Direction générale de l'offre de soins (DGOS).....	14
1.2.3 Direction de la sécurité sociale (DSS).....	15
1.2.4 Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).....	15
1.2.5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).....	16
1.3 Les agences sanitaires nationales.....	16
1.3.1 Présentation générale.....	16
1.3.2 Santé publique France (SPF).....	17
1.3.3 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).....	17
1.3.4 Haute Autorité de santé (HAS).....	18
1.3.5 Haut Conseil de la santé publique (HCSP).....	18
1.4 Les agences régionales de santé (ARS).....	19
2. Les médecins exerçant en administration en France.....	20
2.1 Quels statuts ?.....	20
2.1.1 Médecin inspecteur de santé publique (MISP).....	20
2.1.2 Médecin conseil de l'Assurance maladie.....	21
2.1.3 Médecin territorial.....	21
2.1.4 Médecin de l'Éducation nationale.....	21
2.2 Quels effectifs ?.....	22
2.2.1 Médecin inspecteur de santé publique (MISP) en ARS.....	22
2.2.2 Praticiens conseils en ARS.....	23
3. L'épidémie de COVID-19 en France.....	23
3.1 Émergence de l'épidémie.....	23
3.2 Chronologie de l'épidémie.....	24
3.2.1 Première vague.....	25
3.2.2 Deuxième vague.....	25
3.2.3 Troisième vague.....	26
3.2.4 Quatrième vague.....	26
3.2.5 Cinquième vague.....	26
3.3 L'administration de la santé face à la crise sanitaire.....	27
3.3.1 Le centre de crise sanitaire (CCS) de la Direction générale de la santé (DGS).....	27
3.3.2 Les agences sanitaires nationales.....	27
3.3.2.1 Santé publique France (SPF).....	27
3.3.2.2 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).....	27
3.3.2.3 Haute Autorité de santé (HAS).....	28
3.3.2.4 Haut Conseil de la santé publique (HCSP).....	28
3.3.3 Les agences régionales de santé (ARS).....	29
3.3.3.1 Organiser l'offre de soins pour faire face à l'épidémie.....	29
3.3.3.2 Organiser la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.....	29
3.3.3.3 Agir en direction des personnes en grande précarité.....	30
3.3.3.4 Organiser la stratégie de dépistage et de recherche de cas-contacts.....	30
3.3.3.5 Organiser le déploiement de la campagne de vaccination.....	30
4. Justification de l'étude et problématique.....	31

METHODES	32
1. Type d'étude.....	32
2. Population étudiée	32
3. Choix de la méthode	32
4. Recueil des données.....	33
4.1 Les entretiens exploratoires	33
4.1.1 Le guide d'entretien.....	33
4.1.2 La réalisation des entretiens.....	33
4.1.3 La retranscription des entretiens	33
4.2 L'enquête	34
4.2.1 Structure de l'enquête.....	34
4.2.2 Diffusion de l'enquête	34
5. Analyse des données.....	34
5.1 Analyses statistiques	34
5.2 Analyse des questions à champ de réponse avec texte libre	35
6. Aspects réglementaires et éthiques	35
RESULTATS	36
1. Entretiens exploratoires	36
2. Enquête.....	37
2.1 Caractéristiques des participants.....	37
2.1.1 Sexe, âge, structure d'exercice	37
2.1.2 Spécialité médicale	38
2.1.3 Région d'exercice	39
2.1.4 Type de poste	39
2.1.5 Statut	39
2.2 Rôles et charge de travail pendant l'épidémie de COVID-19	40
2.2.1 Missions liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19.....	40
2.2.2 Charge de travail globale	41
2.2.3 Charge de travail liée à l'épidémie de COVID-19.....	41
2.2.4 Niveau de pression lié à l'épidémie de COVID-19	41
2.2.5 Reconnaissance du travail par les directeurs	42
2.3 Expertise médicale pendant l'épidémie de COVID-19.....	42
2.3.1 Plus-value médicale	42
2.3.2 Missions médicales et administratives	42
2.3.3 Image des collègues.....	43
2.3.4 Attente des directeurs	43
2.3.5 Ressources médicales	44
2.3.6 Sentiment d'utilité en tant que médecin	44
2.3.7 Compétences utiles	44
2.3.8 Liens professionnels.....	45
2.3.9 Préparation à la gestion de crise	46
2.4 Accès à la décision pendant l'épidémie de COVID-19	47
2.4.1 Influence sur les prises de décisions politiques.....	47
2.4.2 Accès aux réunions décisionnelles	47
2.4.3 Influence des décisions politiques sur les avis médicaux.....	48
2.4.4 Difficulté face aux décisions adoptées par les directeurs	48
2.5 Organisation pendant l'épidémie de COVID-19.....	48
2.6 Gestion de l'épidémie de COVID-19	49
2.6.1 Niveau de satisfaction.....	49
2.6.2 Coordination institutionnelle.....	50
2.6.3 Rôle des agences sanitaires nationales	52

2.6.4	Actions qui ont bien fonctionné dans la gestion de crise.....	52
2.6.5	Difficultés rencontrées dans la gestion de crise.....	53
2.6.6	Propositions pour l'amélioration de la gestion de crise.....	54
2.7	Perspectives.....	55
2.7.1	Poursuite de la carrière en administration.....	55
4.1.1	Place des médecins exerçant en administration.....	56
DISCUSSION.....		58
1.	Analyse des résultats principaux.....	58
2.	Limites de l'étude.....	62
3.	Perspectives.....	63
3.1	Renforcer l'attractivité des carrières des médecins en administration.....	64
3.2	Renforcer la préparation à la gestion de crise des médecins en administration.....	65
CONCLUSION.....		66
BIBLIOGRAPHIE.....		67
ANNEXES.....		69
1.	Annexe 1 : Guide pour les entretiens exploratoires.....	69
2.	Annexe 2 : Comptes-rendus des entretiens exploratoires.....	72
3.	Annexe 3 : Enquête.....	79
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		92

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Figures

Figure 1. Pyramide des âges des MISp au 31/12/2017 (hors ARA)	22
Figure 2. Pyramide des âges des praticiens conseils au 31/12/2017 (hors ARA).....	23
Figure 3. Évolution hebdomadaire du nombre de personnes testées positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-DEP)	24
Figure 4. Évolution hebdomadaire du nombre de nouvelles admissions en soins critiques de personnes positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-VIC)	24
Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre de nouveaux décès hospitaliers de personnes positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-VIC)	25
Figure 6. Diagramme de flux	37
Figure 7. Répartition des notes de satisfaction concernant la gestion de crise selon le type de structure	50

2. Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés lors des entretiens exploratoires	36
Tableau 2. Caractéristiques des participants selon leur sexe, âge et structure d'exercice (en % de l'effectif total)	38
Tableau 3. Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale (en % de l'effectif total)	38
Tableau 4. Caractéristiques des participants selon leur région d'exercice (en % de l'effectif répondant)	39
Tableau 5. Caractéristiques des participants selon leur type de poste (en % de l'effectif répondant)	39
Tableau 6. Caractéristiques des participants selon leur statut (en % de l'effectif répondant)	40
Tableau 7. Missions liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 (en nombre de citations)	40
Tableau 8. Charge de travail globale (en % de l'effectif répondant).....	41
Tableau 9. Charge de travail liée à l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant).....	41
Tableau 10. Niveau de pression lié à l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant)	41
Tableau 11. Reconnaissance du travail par les directeurs (en % de l'effectif répondant).....	42
Tableau 12. Plus-value médicale (en % de l'effectif répondant)	42
Tableau 13. Missions médicales et administratives (en % de l'effectif répondant).....	43
Tableau 14. Image des collègues (en % de l'effectif répondant).....	43
Tableau 15. Attente des directeurs (en % de l'effectif répondant).....	43
Tableau 16. Ressources médicales (en % de l'effectif répondant)	44
Tableau 17. Sentiment d'utilité en tant que médecin (en % de l'effectif répondant).....	44
Tableau 18. Compétences utiles (en % de l'effectif répondant)	45
Tableau 19. Liens professionnels (en % de l'effectif répondant).....	46
Tableau 20. Préparation à la gestion de crise (en % de l'effectif répondant)	46
Tableau 21. Préparation à la gestion de crise selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant).....	46
Tableau 22. Influence sur les prises de décisions politiques (en % de l'effectif répondant).....	47
Tableau 23. Influence sur les prises de décisions politiques en fonction du type de poste (en % de l'effectif répondant)	47

Tableau 24. Accès aux réunions décisionnelles (en % de l'effectif répondant)	47
Tableau 25. Accès aux réunions décisionnelles en fonction du type de poste (en % de l'effectif répondant)	48
Tableau 26. Influence des décisions politiques sur les avis médicaux (en % de l'effectif répondant)	48
Tableau 27. Difficulté face aux décisions adoptées par les directeurs (en % de l'effectif répondant)	48
Tableau 28. Organisation pendant l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant)	49
Tableau 29. Coordination institutionnelle (en % de l'effectif répondant)	51
Tableau 30. Appréciation de la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)	51
Tableau 31. Appréciation de la coordination interministérielle selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)	52
Tableau 32. Rôle des agences sanitaires nationales (en % de l'effectif répondant)	52
Tableau 33. Actions qui ont bien fonctionné dans la gestion de crise (en nombre de citations)	53
Tableau 34. Difficultés rencontrées dans la gestion de crise (en nombre de citations)	54
Tableau 35. Propositions pour l'amélioration de la gestion de crise (en % de l'effectif répondant)	55
Tableau 36. Autres propositions pour l'amélioration de la gestion de crise (en nombre de citations)	55
Tableau 37. Poursuite de la carrière en administration (en % de l'effectif répondant)	55
Tableau 38. Poursuite de la carrière en administration selon le type de structure (en % de l'effectif répondant) ..	56
Tableau 39. Poursuite de la carrière en administration selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant)	56
Tableau 40. Place des médecins exerçant en administration (en % de l'effectif répondant)	56
Tableau 41. Place des médecins exerçant en administration selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)	56
Tableau 42. Place des médecins exerçant en administration selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant)	57

LISTE DES ABREVIATIONS

ADALIS : Addictions Drogues Alcool Info Service
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AM : Assurance maladie
AMISP : Association des médecins inspecteurs de santé publique
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
CASA : Cellule d'appels et de suivi actif
CCS : Centre de crise sanitaire
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIC : Cellule interministérielle de crise
CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale
CNU : Conseil national des universités
COM : Collectivité d'outre-mer
CORRUSS : Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
GRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRAPS : Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire
CRPV : Centre régional de pharmacovigilance
CVAGS : Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG : Directeur général
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la sécurité sociale
EHESP : École des hautes études en santé publique
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMA : *European Medicines Agency*
EN : Éducation nationale
EN3S : École nationale supérieure de la Sécurité sociale

EPA : Établissement public administratif
EPI : Équipement de protection individuelle
EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GIP : Groupement d'intérêt public
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut Conseil de santé publique
HPST : Hôpital, patients, santé et territoires
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS : Institut de veille sanitaire
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale
MC : Médecin conseil
MISP : Médecin inspecteur de santé publique
MSA : Mutualité sociale agricole
OMS : Organisation mondiale de la Santé
PC : Praticien contractuel
PH : Praticien hospitalier
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMI : Protection maternelle et infantile
PUI : Pharmacie à usage intérieur
RETEX : Retour d'expérience
SPF : Santé publique France
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
URPS : Union régionale des professionnels de santé
USV : Unité de sevrage ventilatoire
VSS : Veille et sécurité sanitaire

PREAMBULE

Depuis le début de mon internat, j'ai eu la chance de réaliser plusieurs stages en administration de la santé, dont certains ont été axés sur la gestion de la crise de la COVID-19.

Au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, j'ai en effet participé, dès mars 2020, à la mise en place puis au pilotage de la cellule d'appels et de suivi actif (CASA), en charge d'assurer le suivi et l'accompagnement des cas positifs à la COVID-19 et des sujets contacts. J'ai également régulièrement participé aux astreintes médicales au sein de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS). Enfin, j'ai participé au déploiement de la campagne de vaccination sur la région Nouvelle-Aquitaine, en lien avec les différents partenaires institutionnels et les acteurs libéraux.

Lors de ces stages, j'ai pu constater que cette période d'épidémie de COVID-19 avait permis aux médecins exerçant en administration d'être en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire. Certains me confiaient même qu'ils retrouvaient un sens dans leurs missions quotidiennes.

Cependant, la question de la place accordée aux médecins exerçant en administration et du rôle qu'ils peuvent jouer au sein de ces institutions est récurrente. La période d'épidémie de COVID-19 a certainement bousculé certaines opinions.

C'est donc au contact de ces médecins, et dans ce contexte particulier de crise sanitaire, qu'une étude sur l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration nous a semblé intéressante à mener.

INTRODUCTION

Depuis le début de l'année 2020, la France est impactée par une crise sanitaire majeure. L'épidémie de COVID-19 a en effet bousculé les organisations sanitaires mises en place et le rôle des médecins dans la gestion de cette crise, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou exerçant en administration, a été de premier plan. Les médecins ont dû faire face, comme l'ensemble du système de santé, à l'apparition de cette nouvelle maladie, leur imposant de revoir leurs organisations et de se coordonner entre eux.

Notre étude s'intéresse à l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration.

Avant de justifier de l'intérêt de cette étude, il apparaît nécessaire de rappeler dans un premier temps l'organisation de l'administration de la santé en France, puis de décrire l'exercice médical en administration et enfin de détailler les missions des différentes institutions face à l'épidémie de COVID-19.

1. L'administration de la santé en France

1.1 Cadre général

En France, l'administration de la santé est essentiellement une administration d'État. Certes, d'autres acteurs administratifs interviennent de façon plus ou moins directe dans le domaine, comme les collectivités territoriales : communes (hygiène publique), conseils départementaux (aide sociale à l'enfance ou ASE, personnes âgées ou handicapées, protection maternelle et infantile ou PMI, prévention des risques infectieux dans le cadre de convention avec l'État), conseils régionaux (développement économique, formation des professionnels du soin, dans certains cas, actions facultatives dans le champ de la prévention).

Au sein de l'État, c'est le ministère de la Santé qui, naturellement, assure l'essentiel des fonctions administratives, mais d'autres ministères interviennent aussi, notamment ceux de l'Éducation nationale (santé scolaire et universitaire), du Travail (médecine du travail, fixation des conditions de travail, protection des travailleurs), de la Justice (détenus, protection judiciaire de la jeunesse ou PJJ), de la Transition écologique, de l'Agriculture et de l'Alimentation (services sanitaires, fixation de normes sanitaires), des Armées (service de santé des armées) (1).

L'administration de la santé est organisée à deux niveaux : national et régional. Le niveau national comprend le ministère de la Santé et les agences sanitaires ; l'échelon régional est représenté par les agences régionales de santé (ARS).

1.2 Le ministère de la Santé

Le ministère de la Santé prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé. Sous réserve des compétences du ministre en charge des Comptes publics, il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection sociale (2).

Il comprend plusieurs directions : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Chaque direction est découpée en sous-directions, elles-mêmes composées de bureaux, qui constituent les briques élémentaires, relativement stables, de l'administration centrale.

1.2.1 Direction générale de la santé (DGS)

La DGS prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers quatre grands objectifs :

- Préserver et améliorer l'état de santé de la population ;
- Protéger la population des menaces sanitaires ;
- Garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé ;
- Mobiliser et coordonner les partenaires.

Son organisation repose sur quatre sous-directions relatives à la santé des populations et à la prévention des maladies chroniques, aux produits de santé et à la qualité des pratiques et des soins, à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, à la veille et à la sécurité sanitaire.

La sous-direction veille et sécurité sanitaire (VSS) comprend le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), qui centralise pour toute la France le recueil des alertes et assure la coordination des réponses. De ce fait, la DGS constitue le point focal national pour la mise en œuvre des alertes internationales.

1.2.2 Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

La DGOS est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins. Ses missions sont organisées selon quatre grands axes :

- Promouvoir une approche globale et décloisonnée de l'offre de soins ;
- Définir la réponse la plus adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers ;

- Renforcer la performance, la qualité et la sécurité de l'offre de soins ;
- Développer l'information sur les droits en matière de santé et prendre en compte la place des usagers.

Son organisation repose sur quatre sous-directions relatives à la régulation de l'offre de soins, au pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, aux ressources humaines du système de santé, à la stratégie et aux ressources.

1.2.3 Direction de la sécurité sociale (DSS)

La DSS est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale. Il s'agit en pratique d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des régimes. Elle prépare les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

La DSS est rattachée au ministère de la Santé et au ministère de l'Économie et des Finances. La DSS assure la tutelle de l'ensemble des organismes de sécurité sociale : caisses du régime général, Mutualité sociale agricole (MSA) et caisses des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité.

1.2.4 Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

La DGCS conçoit et pilote les politiques publiques de solidarité, pour améliorer la vie quotidienne des personnes en situation de précarité, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des enfants et des familles, des majeurs protégés. Elle agit également aux côtés des professionnels du social et du médico-social pour renforcer l'attractivité des métiers et s'implique dans les politiques en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes (3). A ce titre, la DGCS est sous la tutelle de plusieurs ministères et secrétariats d'État.

Son organisation s'articule autour d'un service des politiques sociales et médico-sociales, d'un service des politiques d'appui et d'un service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

La DGCS participe également au pilotage de trois réseaux territoriaux : ARS (secteur médico-social), directions chargées de la cohésion et de l'insertion sociale et services des droits des femmes.

1.2.5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La DREES est chargée de doter ses ministères de tutelle (Santé, Solidarités, Travail, Économie et Finances), les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement (4).

Elle a donc pour missions de :

- Produire des statistiques ;
- Réaliser des synthèses et études ;
- Contribuer à l'évaluation des politiques publiques ;
- Informer les professionnels et le public ;
- Soutenir la recherche.

1.3 Les agences sanitaires nationales

1.3.1 Présentation générale

Depuis le début des années 1990, on note un développement des agences dans le champ sanitaire. Au début limité à la veille et la sécurité sanitaire ainsi qu'à l'évaluation de la qualité de soins, il existe actuellement une vingtaine de structures organisées selon des périmètres variables.

Les statuts de ces agences sont variables, essentiellement de trois types : groupements d'intérêt public (GIP), établissements publics et autorités indépendantes.

La création d'agences renvoie à la volonté de développer une expertise ou une fonction spécialisée, séparée de la gestion et de la décision. Le législateur a ainsi cherché à améliorer le fonctionnement de la relation entre expert et décideur. Cela vaut tout particulièrement dans le secteur de la sécurité sanitaire, où la séparation de l'expertise et de la décision politique est apparue comme un gage d'efficacité. Selon la charte de l'expertise sanitaire (5), l'expertise doit être indépendante.

La création des agences correspond également à une influence anglo-saxonne et de l'Union européenne.

Enfin, le transfert des missions de services administratifs traditionnels à des établissements publics ou à des GIP permet de faire évoluer le fonctionnement, notamment en matière de ressources humaines et de financement (1).

Quatre structures, particulièrement impactées par l'épidémie de COVID-19, seront par la suite détaillées : Santé publique France (SPF), l'Agence nationale de sécurité du médicament et

des produits de santé (ANSM), la Haute Autorité de santé (HAS) et le Haut Conseil de santé publique (HCSP).

1.3.2 Santé publique France (SPF)

Créée en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, SPF est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de la Santé. Elle résulte de la fusion de quatre structures qui existaient antérieurement : l'Institut de veille sanitaire (InVS) en charge de la surveillance de la santé de la population, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et le GIP ADALIS (Addictions Drogues Alcool Info Service) qui portait notamment les outils Info Service.

SPF comprend une direction générale, dix directions scientifiques et transversales, trois directions supports et seize cellules régionales. Ces dernières fournissent aux ARS un appui méthodologique et animent la veille sanitaire en région.

SPF est gouvernée par un conseil d'administration, un conseil scientifique, un comité d'éthique et de déontologie et un comité d'orientation et de dialogue qui a pour mission de recueillir les attentes de la société en matière de questions de santé publique.

L'ensemble des activités de SPF peuvent être regroupées en trois domaines principaux :

- Observation, surveillance, veille et alerte ;
- Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé ;
- Préparation et réponse aux urgences sanitaires.

Dans ce dernier domaine, SPF développe plus spécifiquement deux activités :

- La gestion de la réserve sanitaire ;
- Une activité d'établissement pharmaceutique, notamment responsable de la gestion d'un stock stratégique national de produits de santé mobilisable en cas de situation exceptionnelle.

1.3.3 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, l'ANSM s'est substituée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la Santé, son organisation comprend un conseil d'administration et un conseil scientifique ainsi qu'une direction générale.

Son champ d'intervention est vaste et comprend : les médicaments, les vaccins, les produits biologiques, les dispositifs médicaux, les produits cosmétiques et de tatouage et d'autres produits de santé.

Sur cet ensemble, l'ANSM exerce, soit dans un cadre national, soit dans le cadre de l'Union européenne, les missions suivantes (6) :

- Faciliter l'accès à l'innovation thérapeutique ;
- Assurer la sécurité des produits de santé ;
- Informer les patients, les professionnels de santé et le grand public dans son champ de compétence.

Le directeur général de l'ANSM dispose d'importants pouvoirs de police sanitaire, qu'il exerce au nom de l'État, ce qui traduit un transfert à l'agence de l'essentiel des prérogatives de sécurité sanitaire dans le champ des produits de santé et des dispositifs médicaux.

1.3.4 Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Sa gouvernance est assurée par un collège composé de huit membres. Elle comprend huit commissions spécialisées et un conseil chargés d'instruire les dossiers sur ses différents champs de compétence.

Ses missions principales sont :

- L'évaluation médicale, économique et de santé publique des produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur remboursement ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par des activités de certification des établissements de santé et d'accréditation des médecins et des équipes médicales ;
- L'amélioration de la qualité des accompagnements médico-sociaux, notamment par des activités d'évaluation (recommandations et référentiels de bonnes pratiques, habilitation des organismes évaluateurs externes) ;
- L'information des publics : professionnels de santé, institutions sanitaires, usagers ;
- L'aide à la décision des pouvoirs publics.

1.3.5 Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le HCSP succède au Conseil supérieur d'hygiène publique de France et au Haut Comité de la santé publique.

Il s'agit d'une instance d'expertise, rattaché au ministère de la Santé, qui peut être consulté par le Gouvernement ou par les présidents des commissions compétentes du Parlement, sur

toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

Son organisation comprend un collège, quatre commissions spécialisées et cinq groupes de travail permanents.

Le HCSP a pour missions de (7) :

- Contribuer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé ;
- Fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;
- Contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

1.4 Les agences régionales de santé (ARS)

Les ARS ont été créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif (EPA) sous tutelle directe du ministère de la Santé mais disposant d'une part d'autonomie (8).

Dans le but de simplifier et de clarifier l'organisation sanitaire régionale, elles se substituent à sept organismes préexistants, dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les directions régionales et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), avec, de plus, l'incorporation de moyens du service médical de l'Assurance maladie.

Les ARS ont été conçues comme les acteurs centraux du système de santé au niveau de la région. Elles sont chargées de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente des dispositifs sanitaire, social et médico-social. Pour ce faire, elles ont été dotées d'un champ de compétence très étendu incluant l'organisation des soins, la veille et la sécurité sanitaire, la prévention, dans le secteur sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et le secteur médico-social. L'objectif est de parvenir à une approche décloisonnée et globale des questions de santé, pour faire face notamment aux enjeux induits par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

Les ARS ont un siège régional et des délégations départementales, qui sont des antennes de l'ARS sans autonomie décisionnelle.

Des protocoles spécifiques sont conclus avec les préfets, afin d'organiser la mobilisation des moyens de l'ARS dans les situations relevant de la sécurité publique et/ou de l'ordre public ayant une composante sanitaire. Pour la réponse aux situations exceptionnelles ou de crise, l'ARS articule son action au niveau interrégional avec la Zone de défense et de sécurité sous autorité préfectorale.

Enfin, l'ARS développe des liens étroits avec Santé publique France en matière de veille et d'urgence sanitaire (cellule régionale) (1).

2. Les médecins exerçant en administration en France

2.1 Quels statuts ?

Contrairement à certaines idées reçues, il n'est pas obligatoire d'être fonctionnaire pour exercer en administration. Ainsi, il existe une hétérogénéité des statuts pour une même fonction.

2.1.1 Médecin inspecteur de santé publique (MISP)

Nés dans le champ de l'hygiène publique (loi du 15 février 1902), rattachés initialement au ministère de l'Intérieur, les MISP ont accompagné toutes les phases de l'évolution de la santé publique (9). La diversité du périmètre de leurs 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 (10).

Actuellement, les MISP sont des fonctionnaires de l'État, de catégorie A, gérés par le ministère de la Santé. Ils sont amenés à exercer leurs missions en agences régionales de santé (ARS), en agences nationales ou en administration centrale.

Les MISP peuvent être chargés de fonctions d'expertise, assurer des missions de conception, des missions d'observation de l'état de santé d'une population, d'évaluation des politiques régionales de santé. Ils peuvent en outre assurer des fonctions d'inspection et de contrôle des établissements de santé ou médico-sociaux.

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les titulaires de l'un des diplômes exigés pour l'exercice de la profession de médecin.

Après avoir réussi le concours, les MISP bénéficient d'actions de formation théorique et pratique d'adaptation à leur premier emploi organisées sous la responsabilité de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) qui assure également la formation continue (11).

2.1.2 Médecin conseil de l'Assurance maladie

Les médecins conseils font partie du corps des praticiens conseils, statut créé en 1969 (12). Initialement chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, les médecins conseils peuvent aujourd'hui exercer dans deux types de structure : au sein du réseau de l'Assurance maladie ou en agence régionale de santé (ARS).

Pour ceux exerçant en ARS, leur mission est de contribuer, grâce à la transversalité et à la territorialisation des politiques régionales de santé, à une synergie de tous les acteurs des territoires. Ils contribuent également au développement d'une vision globale de la santé et au déclouonnement des parcours de santé, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé (13).

Une formation nationale de médecin conseil est proposée lors de la prise de fonction sous la responsabilité de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S).

2.1.3 Médecin territorial

Les médecins territoriaux sont des fonctionnaires territoriaux, c'est-à-dire qu'ils appartiennent à la fonction publique territoriale (régions, départements, structures intercommunales, communes). Leur cadre d'emploi date de 1992 et est classé dans la catégorie A de la filière médico-sociale (14).

Ils participent au parcours de santé de la population en lien avec les autres acteurs de santé. Ils conçoivent et mettent en œuvre des projets de santé publique, de promotion de la santé et de prévention sur leur territoire d'intervention.

Ils participent également à l'élaboration et à l'exécution de la politique départementale, communale ou intercommunale dans leur domaine d'intervention (politique de la famille et de l'enfance, personnes âgées, handicapées, précarité, sécurité, santé publique, etc.) (15).

Les médecins territoriaux sont recrutés par voie de concours ou, à défaut, par voie contractuelle.

Leur formation est assurée par le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

2.1.4 Médecin de l'Éducation nationale

Les médecins de l'Éducation nationale sont des fonctionnaires de l'État, de catégorie A, gérés par le ministère de l'Éducation nationale.

Ils sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention (16).

Le recrutement des médecins de l'Éducation nationale s'effectue par voie de concours.

Les candidats admis reçoivent une formation théorique à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) d'une durée de 8 à 16 semaines, compte tenu de leur expérience professionnelle (17).

2.2 Quels effectifs ?

Les agences régionales de santé (ARS) sont le lieu d'exercice principal des médecins en administration (sièges ARS et délégations départementales).

2.2.1 Médecin inspecteur de santé publique (MISP) en ARS

Selon le bilan social du réseau des ARS (18), en 2017, les effectifs des MISP représentaient 237 agents, soit 2,7% des effectifs des ARS.

Ces effectifs sont en diminution de 10% par rapport à 2015 où ils représentaient 270 agents.

Le taux de féminisation est de 70% en 2017.

La moyenne d'âge est de 56,4 ans en 2017, se situant très au-dessus de la moyenne de l'ensemble des personnels des ARS qui est de 47,4 ans.

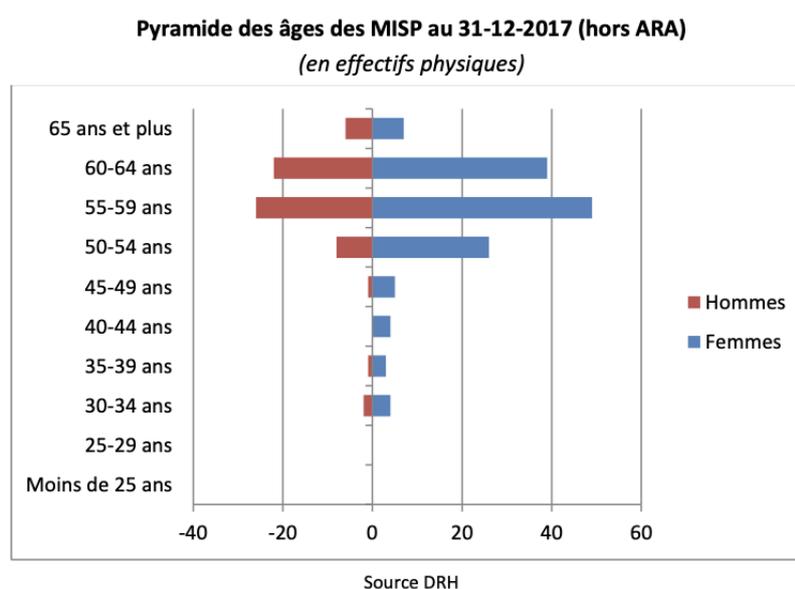


Figure 1. Pyramide des âges des MISP au 31/12/2017 (hors ARA)

Ainsi, en 2017, 90 % des MISP sont âgés de 50 ans et plus.

2.2.2 Praticiens conseils en ARS

Selon le bilan social du réseau des ARS (18), en 2017, les effectifs de praticiens conseils représentaient 157 agents, soit 1,8% des effectifs des ARS.

Ces effectifs sont stables depuis 2015 où ils représentaient 159 agents.

Le taux de féminisation est de 62,4% en 2017.

La moyenne d'âge est de 55,3 ans en 2017, supérieure à la moyenne de l'ensemble des personnels des ARS qui est de 47,4 ans.

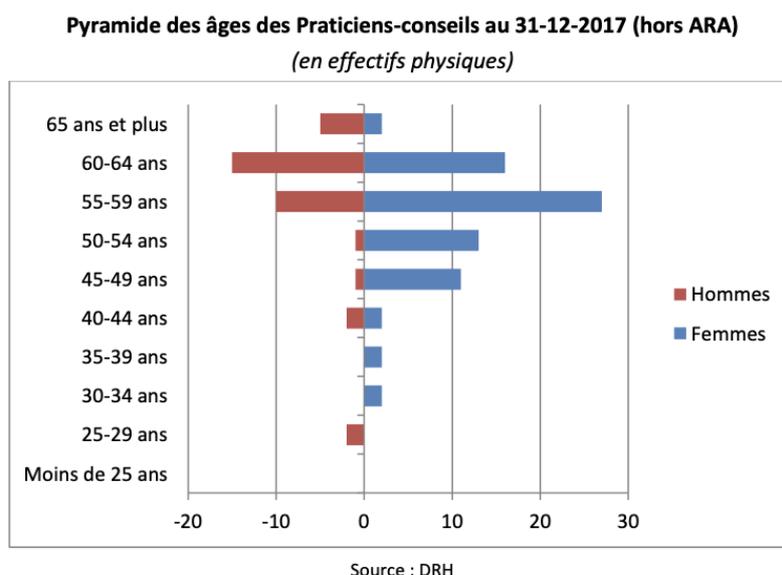


Figure 2. Pyramide des âges des praticiens conseils au 31/12/2017 (hors ARA)

Ainsi, en 2017, les professionnels âgés de 50 ans et plus regroupent 80 % des effectifs et 34 % des praticiens conseils ont plus de 60 ans.

3. L'épidémie de COVID-19 en France

3.1 Émergence de l'épidémie

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonce officiellement la découverte d'un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2), en lien avec des cas de pneumonies déclarés en Chine dans la région de Wuhan dès la mi-novembre 2019, responsable d'une maladie qui sera nommée plus tard COVID-19.

Le 14 janvier 2020, le ministère de la Santé alerte les organisations sanitaires et les professionnels de santé de l'arrivée probable de l'épidémie en France et met en place le centre de crise sanitaire (CCS).

Le 24 janvier 2020, le premier patient infecté de la COVID-19 en France est pris en charge au CHU de Bordeaux. Deux autres patients infectés sont également déclarés à Paris. Ce sont les premiers cas européens, qui avaient tous séjourné en Chine.

Le 11 mars 2020, préoccupée à la fois par les niveaux alarmants de propagation et de sévérité de la maladie, l'OMS estime que la COVID-19 peut être qualifiée de pandémie.

3.2 Chronologie de l'épidémie

L'épidémie de COVID-19 en France peut être décomposée en plusieurs phases (ou « vagues »), chacune correspondant à une hausse importante des contaminations, des hospitalisations (en secteur conventionnel ou en soins critiques) et des décès (cf. Figures 3, 4, et 5).

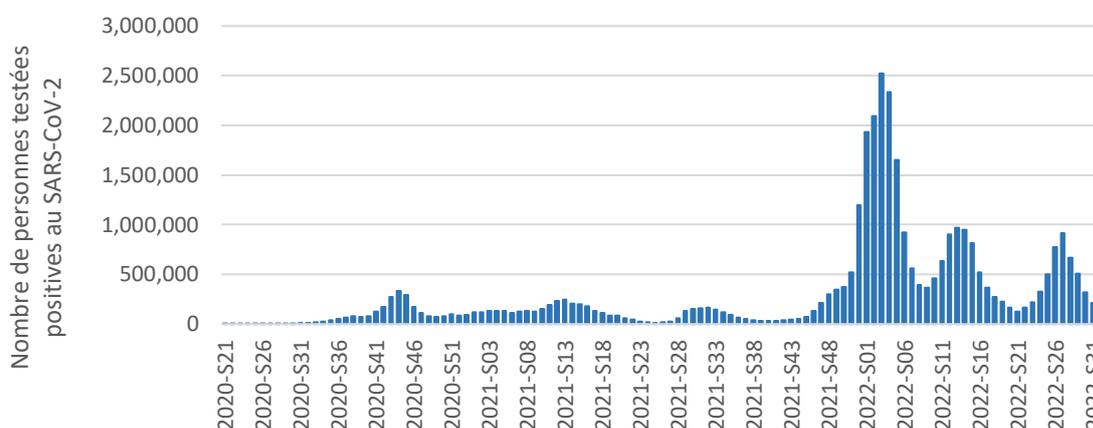


Figure 3. Évolution hebdomadaire du nombre de personnes testées positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-DEP)

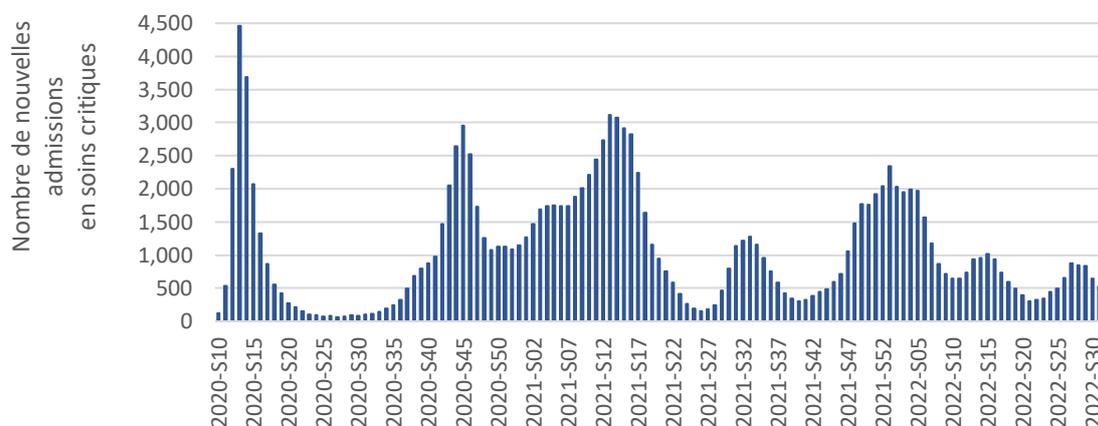


Figure 4. Évolution hebdomadaire du nombre de nouvelles admissions en soins critiques de personnes positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-VIC)

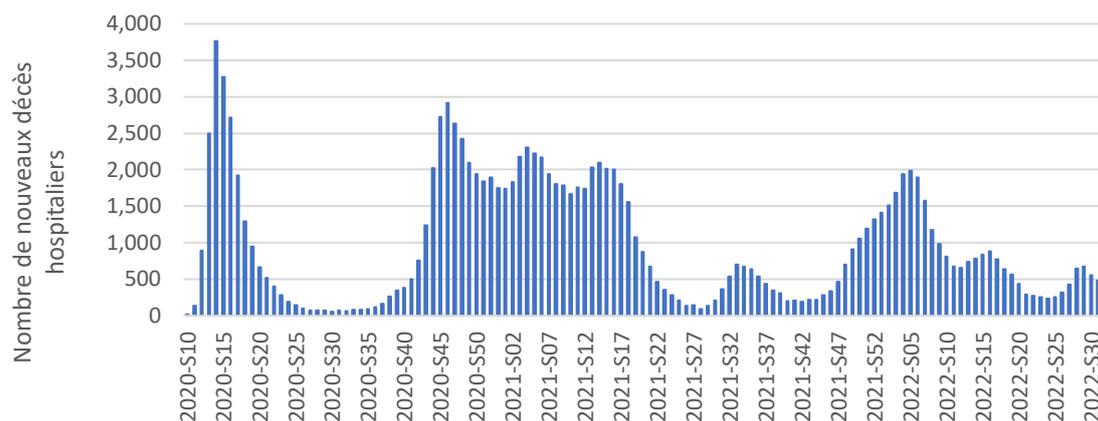


Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre de nouveaux décès hospitaliers de personnes positives au SARS-CoV-2, France, données arrêtées au 22 août 2022 (source : SI-VIC)

Pour limiter l'impact des vagues épidémiques sur le système hospitalier, des périodes de confinement et de restrictions vont ponctuer cette crise sanitaire, dont la chronologie est rappelée ci-dessous.

3.2.1 Première vague

- Janvier 2020 : premiers cas recensés en France.
- Février 2020 : premiers foyers de contamination (notamment en Haute-Savoie, dans l'Oise et dans le Haut-Rhin).
- Mars 2020 : entrée en vigueur de l'état d'urgence sanitaire et désignation d'un conseil scientifique COVID-19.
- Mars à mai 2020 : premier confinement national.
- Mai à août 2020 : baisse de la circulation du virus.

3.2.2 Deuxième vague

- Septembre à octobre 2020 : nouvelle hausse du nombre de cas.
- Novembre à décembre 2020 : deuxième confinement national.
- Décembre 2020 à janvier 2021 :
 - Début du couvre-feu national ;
 - Lancement de la campagne de vaccination (vaccins à ARN messenger Pfizer et Moderna) ;
 - Apparition du variant Alpha dit « anglais ».
- Février 2021 :
 - Introduction d'un troisième vaccin (vaccin à virus recombinant AstraZeneca) ;

- Confinements localisés le week-end dans certaines communes les plus touchées.

3.2.3 Troisième vague

- Mars 2021 :
 - Apparition du variant Beta dit « sud-africain » ;
 - Aggravation de l'épidémie et confinement localisé sept jours sur sept dans 19 départements.
- Avril 2021 : troisième confinement national.
- Mai à juin 2021 :
 - Sortie du confinement et levée progressive des restrictions sanitaires ;
 - Entrée en vigueur restreinte du passe sanitaire ;
 - Apparition du variant Delta dit « indien ».

3.2.4 Quatrième vague

- Juillet à août 2021 :
 - Obligation vaccinale pour les professionnels de santé ;
 - Renforcement du passe sanitaire.
- Septembre 2021 :
 - Lancement de la campagne de rappel ;
 - Extension du passe sanitaire aux 12 ans et plus.

3.2.5 Cinquième vague

- Novembre 2021 : apparition du variant Omicron.
- Décembre 2021 à janvier 2022 : forte accélération de la campagne de vaccination.
- Janvier 2022 :
 - Transformation du passe sanitaire en passe vaccinal ;
 - Intégration du rappel dans l'obligation vaccinale des professionnels de santé.
- Mars 2022 :
 - Introduction d'un nouveau vaccin (vaccin à protéine recombinante Novavax) ;
 - Fin du passe vaccinal.
- Août 2022 : fin de l'état d'urgence sanitaire et du conseil scientifique COVID-19.

3.3 L'administration de la santé face à la crise sanitaire

3.3.1 Le centre de crise sanitaire (CCS) de la Direction générale de la santé (DGS)

En réponse à l'épidémie de COVID-19, le CORRUSS passe en organisation de niveau 3 avec l'activation du CCS. Les missions du CCS sont de piloter les actions du secteur sanitaire et de suivre et coordonner la gestion de crise en relation avec les ARS.

Ce niveau se caractérise par l'activation d'une cellule de gestion de crise opérationnelle sept jours sur sept et composée d'une salle de crise, d'une cellule d'aide à la décision, d'une cellule de communication et d'une cellule de décision.

Le CCS est en lien avec les autres centres opérationnels ministériels, et notamment la cellule interministérielle de crise (CIC), sous l'autorité du ministère de l'Intérieur.

Le CCS est également en relation avec les agences sanitaires et les cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) mises en place dans les ARS, d'une part pour centraliser et analyser les remontées d'informations concernant les éléments de situation du terrain et, d'autre part, pour leur venir en appui dans la gestion de l'évènement (19).

3.3.2 Les agences sanitaires nationales

3.3.2.1 Santé publique France (SPF)

Dès le 13 janvier 2020, SPF s'est organisée pour surveiller et répondre à l'épidémie de COVID-19 avec l'ouverture d'un centre de crise (dit "centre opérationnel"). Ce centre, point focal pour la gestion de la COVID-19, a pour mission de s'occuper des différentes composantes de la réponse à la crise sanitaire :

- Surveillance épidémiologique de la COVID-19 et de la couverture vaccinale ;
- Surveillance comportementale de la population ;
- Communication et outils de prévention de la COVID-19 ;
- Coordination de la réserve sanitaire ;
- Gestion des stocks stratégiques de l'établissement pharmaceutique.

Concernant le suivi épidémiologique, SPF restitue les données de sa surveillance et produit des points épidémiologiques nationaux et régionaux qui sont transmis au centre de crise du ministère de la Santé (20).

3.3.2.2 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

L'ANSM s'est très rapidement organisée pour répondre aux besoins sur la disponibilité en médicaments et dispositifs médicaux et pour encadrer les pratiques.

Ainsi, elle a accompagné et encadré les acteurs qui proposaient des solutions innovantes de fabrication de dispositifs médicaux et publié des avis et recommandations sur ceux

indispensables à la prise en charge du patient (masques, ventilateurs, dispositifs d'oxygénothérapie).

L'ANSM s'est engagée auprès des équipes de recherche afin d'adapter les conditions de la poursuite de la recherche clinique aux contraintes de la situation sanitaire et d'élaborer des procédures accélérées d'évaluation.

Elle a également favorisé l'accès précoce à certains médicaments et dispositifs médicaux nécessaires au traitement de la COVID-19 via un dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation et un dispositif de dérogation.

Avec ses homologues européens, sous l'égide de l'Agence européenne des médicaments (*European Medicines Agency, EMA*), elle s'est fortement mobilisée pour l'évaluation des vaccins contre la COVID-19 et a assuré, dès le lancement de la campagne de vaccination, une surveillance renforcée des effets indésirables.

Un dispositif de surveillance renforcée des traitements et dispositifs médicaux utilisés pour la prise en charge des patients touchés par la COVID-19 a par ailleurs été organisé en lien avec le réseau national des centres de pharmacovigilance (CRPV) et les professionnels de santé (21).

3.3.2.3 Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS s'est adaptée dès mars 2020 pour poursuivre ses activités et produire des avis en urgence sur la COVID-19. Elle contribue notamment à l'élaboration :

- De fiches de réponses rapides à destination des professionnels dans le cadre de la COVID-19 ;
- De rapports sur l'impact de l'épidémie de COVID-19 dans les champs social et médico-social ;
- D'avis sur les produits de santé et les actes professionnels, en particulier sur les tests, la stratégie vaccinale et certains médicaments ;
- D'avis et de documents à destination des usagers.

3.3.2.4 Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19, le HCSP est depuis le début de la pandémie un partenaire de premier plan aux côtés des agences sanitaires pour apporter son expertise scientifique aux pouvoirs publics.

En 2020 et 2021, l'activité d'expertise du HCSP est fortement marquée par sa contribution à la gestion de l'épidémie de COVID-19 (22). En effet, le nombre de saisines sur la COVID-19 (101 en 2020 et 40 en 2021) domine largement en comparaison aux autres thématiques des saisines dont est traditionnellement destinataire le HCSP.

Les domaines sur lesquels le HCSP est saisi concernent notamment :

- La prise en charge clinique et thérapeutique des patients touchés par la COVID-19 ;
- L'impact de la COVID-19 sur la santé mentale ;
- Les recommandations portant sur l'éviction des professionnels de santé diagnostiqués positifs ou contacts à risque ;
- Les mesures de prévention et équipements de personnels ;
- La prise en charge de l'environnement et des déchets ;
- L'adaptation de la politique de tests et de contact-tracing ;
- Les adaptations des opérations funéraires.

3.3.3 Les agences régionales de santé (ARS)

Les missions des ARS dans la gestion de la crise de la COVID-19 ont été multiples, en lien avec leurs différents partenaires (préfectures, collectivités territoriales, Assurance maladie) (23) (24). Les liens avec les acteurs libéraux ont également été importants pendant cette période (Unions régionales des professionnels de santé ou URPS), notamment pour la mise en œuvre du dépistage et le déploiement de la campagne de vaccination.

3.3.3.1 Organiser l'offre de soins pour faire face à l'épidémie

Les ARS organisent l'offre de soins sur leur territoire afin de répondre au mieux à la demande croissante de prise en charge de patients atteints de COVID-19. Elles participent notamment à :

- La gestion de la capacité d'accueil dans les services de soins critiques ;
- La déprogrammation des activités non urgentes ;
- La mise en place de plateformes pour les renforts des professionnels de santé ;
- La coordination et la planification des transferts de patients ;
- La régulation et la coordination régionales pour les allocations des équipements de protection, des médicaments et des dispositifs médicaux sous tension ;
- L'élargissement du recours aux téléconsultations.

3.3.3.2 Organiser la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Les ARS se mobilisent pour organiser la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à travers deux actions principales :

- Organiser la mise en œuvre de mesures de protection dans les établissements prenant en charge des personnes âgées (EHPAD en particulier) ;
- Maintenir l'accompagnement médico-social nécessaire à la préservation de l'état de santé global des personnes en situation de handicap.

3.3.3.3 Agir en direction des personnes en grande précarité

Les ARS mettent en place différentes réponses permettant aux personnes les plus précaires (sans abri, hébergées, etc.) de faire face à l'épidémie de COVID-19 et visant notamment à :

- Renforcer la capacité des centres d'hébergement collectif ;
- Mettre en place des équipes médicalisées mobiles ;
- Créer des centres d'accueil pour personnes hébergées ou sans abri et porteuses de la COVID-19 ;
- Adapter la réponse du système ambulatoire en faveur des personnes en difficultés spécifiques.

3.3.3.4 Organiser la stratégie de dépistage et de recherche de cas-contacts

Les ARS sont chargées d'organiser la stratégie de dépistage et de recherche de cas-contacts ou contact tracing. Elles doivent notamment :

- Élaborer un schéma départemental d'offre de dépistage et assurer son contrôle ;
- Organiser la bonne coordination générale du dispositif de contact-tracing, et notamment la gestion des cas complexes et des clusters (niveau 3 du dispositif) ;
- Venir en complément des actions des préfetures pour assurer le suivi de la prise en charge sanitaire des personnes malades et des sujets contacts.

3.3.3.5 Organiser le déploiement de la campagne de vaccination

Dans chaque département, les ARS pilotent le déploiement de la campagne de vaccination, afin notamment de :

- Mettre en place la vaccination en EHPAD ;
- Mettre en place les centres de vaccinations ;
- Mettre en place la vaccination en secteur libéral ;
- Assurer la logistique de répartition des vaccins à partir des pharmacies à usage intérieur (PUI) ou de livraison aux pharmacies d'officine (flux A et flux B) ;
- Suivre les indicateurs détaillés de déploiement de la vaccination ;
- Identifier les points de blocages ou de vigilance ;
- Organiser ou favoriser les actions « d'aller vers ».

4. Justification de l'étude et problématique

L'épidémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur notre système de santé et sur les organisations sanitaires mises en place. L'administration de la santé, en charge de piloter la réponse à cette crise sanitaire sans précédent, a dû s'adapter et modifier ses organisations.

Dans la gestion de cette crise, le rôle des médecins, et notamment ceux exerçant dans les services hospitaliers (soins intensifs, réanimation, infectiologie etc.), a été très important.

Le rôle des médecins exerçant en administration, déjà mal connu, a été peu évalué et peu valorisé pendant l'épidémie de COVID-19.

Ainsi, notre problématique d'étude est la suivante : comment les médecins exerçant en administration ont-ils été impactés par l'épidémie de COVID-19 ?

L'objectif de l'étude est de décrire l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration.

METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective menée auprès de médecins ayant exercé en administration durant l'épidémie de COVID-19.

La période d'étude couvre l'ensemble de l'épidémie de COVID-19, c'est-à-dire de janvier 2020 à août 2022.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être médecin (quelle que soit la spécialité) ;
- Avoir exercé pendant l'épidémie de COVID-19 (depuis le début ou pendant une période) ;
- En administration : administrations centrales (ministère de la Santé, ministère de l'Éducation nationale), agences sanitaires nationales (Santé publique France, Haute Autorité de santé, Haut Conseil de la santé publique), agences régionales de santé, collectivités territoriales.

Il n'y a pas de critère d'exclusion.

3. Choix de la méthode

Pour notre étude, nous avons utilisé une méthode mixte, c'est-à-dire l'articulation d'une méthode qualitative et d'une méthode quantitative.

Dans un premier temps, nous avons mené plusieurs entretiens exploratoires semi-directifs auprès de médecins ayant exercé en administration pendant l'épidémie de COVID-19. Ces entretiens étaient particulièrement indiqués en début d'étude, lorsque les hypothèses n'étaient pas encore complètement formulées. Une fois ces premières données récoltées, nous avons pu définir de manière plus précise l'objet de notre étude.

Dans un deuxième temps, nous avons construit, à partir des informations recueillies lors des entretiens exploratoires, puis diffusé une enquête à destination de l'ensemble des médecins ayant exercé en administration pendant l'épidémie de COVID-19.

4. Recueil des données

4.1 Les entretiens exploratoires

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs à usage exploratoire.

4.1.1 Le guide d'entretien (cf. Annexe 1)

Le déroulement de ces entretiens était orienté par un guide préalablement élaboré au moyen de questions ouvertes afin de garantir un échange libre autour des thématiques abordées. A ce titre, l'ordre des questions et leur formulation ont été différentes d'un entretien à l'autre, y compris jusque dans la manière d'aborder les différentes thématiques. L'enquêteur ne revenait pas systématiquement sur les questions qui avaient pu être spontanément abordées par l'informateur.

4.1.2 La réalisation des entretiens

Il a été convenu avec chacun des informateurs identifiés, par courriel, d'un horaire, d'une date et d'une modalité de réalisation de l'entretien (visioconférence, audioconférence ou présentiel), selon les disponibilités et préférences de chacun.

Lors de la prise de contact initiale, une fourchette indicative de 45 minutes à une heure de disponibilité était demandée dans le corps du courriel envoyé. Les entretiens ont été systématiquement enregistrés, avec l'accord préalable de l'informateur, dans le but d'être exploités secondairement.

Chacun des entretiens a suivi un déroulé similaire. Dans un premier temps, l'enquêteur exposait la démarche globale de l'étude et recueillait le consentement à l'enregistrement de l'entretien. Les éléments d'ordre socio-démographiques (sexe, âge, structure d'exercice, région d'exercice, type de poste) ont été recueillis au cours de l'entretien ou préalablement à celui-ci, lors du premier contact ou des échanges informels précédents l'enregistrement.

4.1.3 La retranscription des entretiens (cf. Annexe 2)

Il n'a pas été effectué de retranscription *ad integrum* des entretiens. L'enquêteur a rédigé, après chacun des entretiens, un compte-rendu reprenant les points clés évoqués pendant l'entretien. Une exploitation secondaire des enregistrements a permis de compléter ces comptes-rendus. Une fois finalisés, ces derniers ont été anonymisés.

4.2 L'enquête

Notre enquête a été construite à partir des informations recueillies lors des entretiens exploratoires. Il s'agit d'une enquête en ligne réalisée avec le logiciel LimeSurvey®.

4.2.1 Structure de l'enquête (cf. Annexe 3)

L'enquête est composée de 47 questions organisées en 7 thématiques : informations générales, rôles et charge de travail pendant la crise, expertise médicale pendant la crise, accès à la décision pendant la crise, organisation pendant la crise, gestion de la crise et perspectives. Les questions sont, pour la grande majorité, des questions fermées à choix unique ou multiple, mais il existe également quelques questions ouvertes, à champ de réponse avec texte libre, et une question à échelle numérique.

A la fin de chaque thématique, les participants ont la possibilité de compléter leurs réponses dans un champ de commentaires libres.

Un texte explicatif présente en préambule les objectifs de l'étude et rappelle le maintien de l'anonymat et la confidentialité des données.

4.2.2 Diffusion de l'enquête

L'enquête a été diffusée le 8 juillet 2022, par courriel, via l'Association des médecins inspecteurs et autres médecins de santé publique (AMISP) à l'ensemble de ses adhérents. Chaque personne recevant l'enquête avait la possibilité de la partager par la suite à d'autres confrères médecins exerçant en administration. Des courriels de relance ont également été effectués après la première diffusion. Les réponses à l'enquête ont été clôturées le 19 août 2022.

5. Analyse des données

5.1 Analyses statistiques

Les données qualitatives recueillies sont décrites en effectifs et pourcentages ; les données quantitatives en valeur minimale, valeur maximale et mode.

Les tests statistiques ont été réalisés avec le site BiostaTGV®. Le test du Chi² a été utilisé pour les variables qualitatives avec des effectifs > 5, le test exact de Fisher pour les variables qualitatives avec des effectifs < 5. Lorsque les effectifs étaient faibles, des regroupements de modalités de réponses ont été effectués s'ils étaient pertinents. Les résultats ont été considérés comme significatifs pour un $p < 0,05$.

5.2 Analyse des questions à champ de réponse avec texte libre

L'analyse des questions à champ de réponse avec texte libre a été faite manuellement avec le regroupement des réponses en grands thèmes d'idées et l'illustration des propos par les *verbatim* des répondants.

6. Aspects réglementaires et éthiques

L'enquête a été transmise et validée par la Commission informatique et libertés de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Un consentement de participation à l'étude ainsi qu'un consentement de traitement des données ont été recueillis auprès des participants. Les données ont ensuite été traitées de façon anonyme.

Cette étude ne traite pas de données de santé.

RESULTATS

1. Entretiens exploratoires

Nous avons réalisé 5 entretiens exploratoires entre le 29 avril et le 16 mai 2022 auprès de médecins ayant exercé en administration pendant l'épidémie de COVID-19.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Modalité	Durée	Sexe	Age	Structure d'exercice	Région d'exercice	Type de poste
1	Visio	50 min	Homme	Entre 30 et 39 ans	ARS (délégation départementale)	Nouvelle-Aquitaine	Conseiller médical puis directeur adjoint
2	Audio	50 min	Homme	Entre 50 et 60 ans	Ministère de la Santé (DGS)	Ile-de-France	Chargé de projet
3	Audio	1h	Homme	Entre 30 et 39 ans	ARS (direction de la santé publique)	La Réunion	Responsable de département
4	Visio	50 min	Femme	Plus de 60 ans	ARS (direction de la santé publique)	Auvergne-Rhône-Alpes	Directrice
5	Présentiel	1h	Femme	Entre 30 et 39 ans	ARS (délégation départementale puis direction de l'offre de soins et de l'autonomie)	Nouvelle-Aquitaine	Conseillère médicale

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés lors des entretiens exploratoires

Les comptes-rendus des entretiens sont disponibles en annexe 2.

2. Enquête

Sur les 139 réponses reçues à l'enquête, nous avons exclu 30 réponses de l'analyse, soit parce qu'elles n'étaient pas complétées, soit parce qu'il s'agissait de doublons. Au total, 109 réponses ont été analysées, dont 55 complètes (toutes les questions ont été répondues) et 54 partielles (certaines questions, non obligatoires, n'ont pas été répondues).

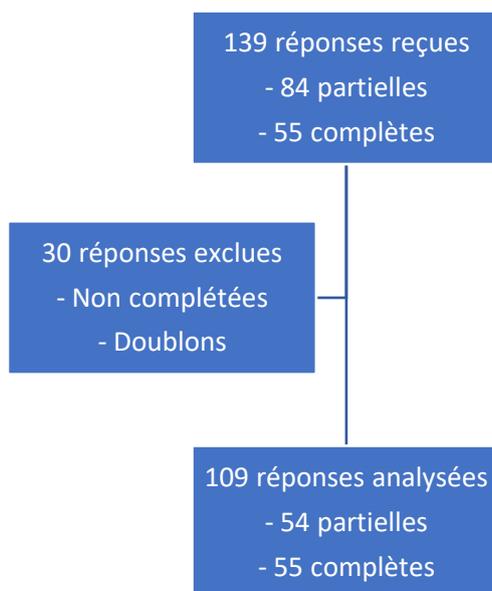


Figure 6. Diagramme de flux

2.1 Caractéristiques des participants

2.1.1 Sexe, âge, structure d'exercice (cf. Tableau 2)

Sur les 109 participants à l'enquête, 70% sont des femmes et 30% des hommes.

Une majorité d'entre eux est âgée de plus de 50 ans : ceux entre 50 ans et 60 ans et ceux de plus de 60 ans représentent respectivement 36% et 38% des participants.

En ce qui concerne la structure d'exercice, les ARS sont largement représentées (72%), étant le lieu d'exercice principal des médecins en administration. Des médecins du ministère de l'Éducation nationale (10%), de Santé publique France (7%), du ministère de la Santé (6%) et de certaines collectivités territoriales (5%) ont également participé.

Caractéristiques	N (109)	% (100%)
Sexe		
Femme	76	70%
Homme	33	30%
Âge		
Entre 30 ans et 39 ans	16	15%
Entre 40 ans et 49 ans	13	12%
Entre 50 ans et 60 ans	39	36%
Plus de 60 ans	41	38%
Structure d'exercice		
ARS	79	72%
Ministère de la Santé	6	6%
Ministère de l'Éducation nationale	11	10%
Santé publique France	8	7%
Collectivités territoriales	5	5%

Tableau 2. Caractéristiques des participants selon leur sexe, âge et structure d'exercice (en % de l'effectif total)

Pour les médecins exerçant en ARS, la répartition entre les principales directions (ou équivalentes) est la suivante : direction de la santé publique (43%), direction de l'offre de soins et de l'autonomie (36%), délégations départementales (20%) et direction générale (1%).

Les médecins du ministère de la Santé sont tous rattachés à la DGS.

Nous n'avons eu aucun répondant de la HAS ou du HCSP.

2.1.2 Spécialité médicale (cf. Tableau 3)

Les médecins de santé publique sont largement majoritaires parmi les participants à l'enquête (60%), les médecins d'autres spécialités représentant moins de la moitié des participants (40%), dont 17% de médecins généralistes et 6% de médecins scolaires.

Spécialité médicale	N (109)	% (100%)
Anesthésie-réanimation	1	1%
Biologie médicale	1	1%
Gériatrie	3	3%
Gynécologie médicale	1	1%
Hématologie	1	1%
Maladies infectieuses et tropicales	4	4%
Médecine générale	19	17%
Médecine interne	1	1%
Médecine physique et de réadaptation	1	1%
Médecine scolaire	6	6%
Pédiatrie	3	3%
Psychiatrie	2	2%
Radiologie et imagerie médicale	1	1%
Santé publique	65	60%

Tableau 3. Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale (en % de l'effectif total)

2.1.3 Région d'exercice (cf. Tableau 4)

Les régions les plus représentées sont l'Ile-de-France (22%), l'Occitanie (21%), la Nouvelle-Aquitaine (16%) et les Hauts-de-France (16%).

Il convient de noter que les sièges des ministères ainsi que des agences sanitaires sont situés en Ile-de-France.

Région d'exercice	N (107)	% (100%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2	2%
Bourgogne-Franche-Comté	8	7%
Centre-Val de Loire	4	4%
Grand Est	1	1%
Hauts-de-France	17	16%
Ile-de-France	24	22%
Martinique	1	1%
Nouvelle-Aquitaine	17	16%
Normandie	7	7%
Occitanie	22	21%
Pays de la Loire	2	2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	2%

Tableau 4. Caractéristiques des participants selon leur région d'exercice (en % de l'effectif répondant)

2.1.4 Type de poste (cf. Tableau 5)

Les participants exercent en majorité des fonctions de conseiller(ère) médical(e) (45%). Les chef(fe)s de projet et chargé(e)s de missions représentent respectivement 31% et 9% des participants. Les médecins en poste de responsabilité sont minoritaires : 12% sont responsable ou responsable adjoint(e), 3% sont directeur(trice) ou directeur(trice) adjoint(e).

Type de poste	N (109)	% (100%)
Directeur(trice) ou directeur(trice) adjoint(e)	3	3%
Responsable ou responsable adjoint(e)	13	12%
Conseiller(ère) médical(e)	49	45%
Chef(fe) de projet	34	31%
Chargé(e) de mission	10	9%

Tableau 5. Caractéristiques des participants selon leur type de poste (en % de l'effectif répondant)

2.1.5 Statut (cf. Tableau 6)

Les MISP représentent 48% des participants à l'enquête, devant les praticiens contractuels (25%), les médecins conseils (17%) et les praticiens hospitaliers (10%).

Il convient de noter que les médecins exerçant en agences sanitaires ont pour la majorité un statut de contractuel.

Statut	N (107)	% (100%)
MISP	51	48%
Médecin conseil (MC)	18	17%
Praticien hospitalier (PH)	11	10%
Praticien contractuel (PC)	27	25%

Tableau 6. Caractéristiques des participants selon leur statut (en % de l'effectif répondant)

2.2 Rôles et charge de travail pendant l'épidémie de COVID-19

2.2.1 Missions liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 (cf. Tableau 7)

Les missions liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 sur lesquelles les participants ont été les plus impliqués sont les suivantes : le contact tracing, l'expertise et le conseil à la gestion, la campagne de vaccination, l'accompagnement et le suivi des établissements, la participation aux cellules de crise et la gestion des clusters.

Missions	N (226)	% (100%)
Contact tracing	52	23,0%
Expertise et conseil à la gestion	25	11,1%
Campagne de vaccination	20	8,8%
Accompagnement et suivi des établissements	16	7,1%
Participation aux cellules de crise	14	6,2%
Gestion des clusters	13	5,8%
Organisation de l'offre de soins	10	4,4%
Coordination et lien avec les partenaires extérieurs	9	4,0%
Mise en œuvre des protocoles sanitaires	9	4,0%
Rédaction de documents	8	3,5%
Suivi épidémiologique	8	3,5%
Formation	6	2,7%
Communication	5	2,2%
Analyse des instructions ministérielles	4	1,8%
Surveillance	4	1,8%
Astreintes médicales COVID-19	3	1,3%
Campagne de dépistage	3	1,3%
Évacuations sanitaires	2	0,9%
Recherche	2	0,9%
Synthèses bibliographiques	2	0,9%
Aide logistique	1	0,4%
Analyse des risques	1	0,4%
Animation territoriale	1	0,4%
Conception d'outils informatiques	1	0,4%
Développement d'indicateurs	1	0,4%
Gestion des prises en charge des personnes décédées	1	0,4%
Hémovigilance	1	0,4%
Investigation	1	0,4%
Management	1	0,4%
Production des bilans épidémiologiques	1	0,4%
Recrutement	1	0,4%

Tableau 7. Missions liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 (en nombre de citations)

2.2.2 Charge de travail globale (cf. Tableau 8)

La charge de travail globale pendant l'épidémie de COVID-19 a été pour quasiment l'ensemble des participants augmentée (17%) voire fortement augmentée (81%).

Charge de travail globale	N (104)	% (100%)
Fortement augmentée	84	81%
Augmentée	18	17%
Est restée identique	0	0%
Diminuée	1	1%
Fortement diminuée	1	1%

Tableau 8. Charge de travail globale (en % de l'effectif répondant)

2.2.3 Charge de travail liée à l'épidémie de COVID-19 (cf. Tableau 9)

La charge de travail liée à l'épidémie de COVID-19 a été qualifiée d'importante (83%) ou d'insupportable (17%) pour l'ensemble des participants.

Charge de travail COVID-19	N (101)	% (100%)
Insupportable	17	17%
Importante	84	83%
Moyenne	0	0%
Légère	0	0%
Nulle	0	0%

Tableau 9. Charge de travail liée à l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant)

2.2.4 Niveau de pression lié à l'épidémie de COVID-19 (cf. Tableau 10)

Le niveau de pression lié à l'épidémie de COVID-19 a été qualifié d'important (76%) ou d'insupportable (15%) pour une majorité des participants. 9% d'entre eux ont caractérisé le niveau de pression comme moyen.

Niveau de pression COVID-19	N (102)	% (100%)
Insupportable	15	15%
Important	78	76%
Moyen	9	9%
Léger	0	0%
Nul	0	0%

Tableau 10. Niveau de pression lié à l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant)

2.2.5 Reconnaissance du travail par les directeurs (cf. Tableau 11)

Pendant l'épidémie de COVID-19, 69% des participants pensent avoir eu une reconnaissance de leur travail par leurs directeurs, 15% estiment que cette reconnaissance n'a pas évolué avec l'épidémie, et 17% considèrent que leur travail n'a pas été reconnu par leurs directeurs.

Reconnaissance du travail	N (103)	% (100%)
Tout à fait	31	30%
Plutôt	40	39%
Ni plus ni moins	15	15%
Plutôt pas	12	12%
Pas du tout	5	5%

Tableau 11. Reconnaissance du travail par les directeurs (en % de l'effectif répondant)

2.3 Expertise médicale pendant l'épidémie de COVID-19

2.3.1 Plus-value médicale (cf. Tableau 12)

Les participants estiment en majorité que leur plus-value médicale pendant l'épidémie de COVID-19 a été augmentée (43%) voir fortement augmentée (23%). 23% pensent qu'elle est restée identique, 7% qu'elle a diminué et 4% qu'elle a fortement diminué.

Plus-value médicale	N (97)	% (100%)
Fortement augmentée	22	23%
Augmentée	42	43%
Est restée identique	22	23%
Diminuée	7	7%
Fortement diminuée	4	4%

Tableau 12. Plus-value médicale (en % de l'effectif répondant)

2.3.2 Missions médicales et administratives (cf. Tableau 13)

Pendant l'épidémie de COVID-19, les missions « médicales » ont, pour la majorité des participants, augmentées (38%) ou fortement augmentées (34%).

Nous observons la même tendance pour les missions « administratives » qui ont augmentées (34%) ou fortement augmentées (31%) également pendant cette période.

Missions	N	%
Médicales	(99)	(100%)
Fortement augmentées	34	34%
Augmentées	38	38%
Sont restées identiques	12	12%
Diminuées	8	8%
Fortement diminuées	7	7%
Administratives	(95)	(100%)
Fortement augmentées	29	31%
Augmentées	32	34%
Sont restées identiques	20	21%
Diminuées	12	13%
Fortement diminuées	2	2%

Tableau 13. Missions médicales et administratives (en % de l'effectif répondant)

2.3.3 Image des collègues (cf. Tableau 14)

L'image des collègues vis-à-vis de leur statut de médecin exerçant en administration est, pour 52% des participants, restée identique pendant l'épidémie de COVID-19. Ils sont 41% à penser qu'elle s'est améliorée (26%) ou fortement améliorée (15%) et 7% à penser qu'elle s'est dégradée (4%) ou fortement dégradée (3%).

Image	N (94)	% (100%)
Fortement améliorée	14	15%
Améliorée	24	26%
Est restée identique	49	52%
Dégradée	4	4%
Fortement dégradée	3	3%

Tableau 14. Image des collègues (en % de l'effectif répondant)

2.3.4 Attente des directeurs (cf. Tableau 15)

L'attente des directeurs a été majoritairement augmentée (39%) ou fortement augmentée (43%) pendant l'épidémie de COVID-19. 16% des participants estiment que cette attente est restée identique et 2% qu'elle a fortement diminué.

Attente	N (95)	% (100%)
Fortement augmentée	41	43%
Augmentée	37	39%
Est restée identique	15	16%
Diminuée	0	0%
Fortement diminuée	2	2%

Tableau 15. Attente des directeurs (en % de l'effectif répondant)

2.3.5 Ressources médicales (cf. Tableau 16)

Les ressources médicales pendant l'épidémie de COVID-19 ont été jugées insuffisantes (58%) ou largement insuffisantes (21%) par une grande majorité des participants. 22% estiment quant à eux que ces ressources ont été suffisantes.

Ressources médicales	N (92)	% (100%)
Largement suffisantes	0	0%
Suffisantes	20	22%
Insuffisantes	53	58%
Largement insuffisantes	19	21%

Tableau 16. Ressources médicales (en % de l'effectif répondant)

2.3.6 Sentiment d'utilité en tant que médecin (cf. Tableau 17)

Les médecins ont eu le sentiment d'être utile pendant l'épidémie de COVID-19 pour 86% d'entre eux. A l'inverse, 14% estiment qu'ils n'ont pas été utiles pendant cette période.

Utilité	N (98)	% (100%)
Tout à fait	51	52%
Plutôt	33	34%
Plutôt pas	10	10%
Pas du tout	4	4%

Tableau 17. Sentiment d'utilité en tant que médecin (en % de l'effectif répondant)

2.3.7 Compétences utiles (cf. Tableau 18)

Pour une majorité de participants, les compétences utiles pendant l'épidémie de COVID-19 ont été : la capacité à travailler en équipe (77%), la capacité à travailler sous pression et gérer le stress (76%), la capacité à actualiser ses connaissances (75%), la capacité à s'organiser et prioriser les tâches (69%), le sens de la relation avec les partenaires (63%), le sens des responsabilités (59%) et la capacité d'autonomie (56%).

Compétences	N (101)	% (100%)
Organisation/priorisation		
Oui	70	69%
Non	31	31%
Autonomie		
Oui	57	56%
Non	44	44%
Sens des responsabilités		
Oui	60	59%
Non	41	41%
Travail en équipe		
Oui	78	77%
Non	23	23%
Connaissance et respect des consignes		
Oui	40	40%
Non	61	60%
Capacité à actualiser ses connaissances		
Oui	76	75%
Non	25	25%
Sens de la relation avec les partenaires		
Oui	64	63%
Non	37	37%
Capacité d'initiative		
Oui	45	45%
Non	56	55%
Capacité à travailler sous pression/stress		
Oui	77	76%
Non	24	24%
Sens de la communication		
Oui	42	42%
Non	59	58%

Tableau 18. Compétences utiles (en % de l'effectif répondant)

En plus des compétences rapportées dans le tableau ci-dessus, la disponibilité et l'expérience ont également été citées par certains participants.

2.3.8 Liens professionnels (cf. Tableau 19)

Pendant l'épidémie de COVID-19, les liens professionnels se sont globalement renforcés pour les participants : avec leurs confrères médecins (65%), avec les partenaires extérieurs (82%) et avec le grand public (52%).

Liens	N	%
Confrères médecins	(98)	(100%)
Très renforcés	25	26%
Plutôt renforcés	38	39%
Identiques	25	26%
Plutôt pas renforcés	3	3%
Pas du tout renforcés	7	7%
Partenaires extérieurs	(99)	(100%)
Très renforcés	31	31%
Plutôt renforcés	50	51%
Identiques	10	10%
Plutôt pas renforcés	2	2%
Pas du tout renforcés	6	6%
Grand public	(88)	(100%)
Très renforcés	11	13%
Plutôt renforcés	34	39%
Identiques	29	33%
Plutôt pas renforcés	6	7%
Pas du tout renforcés	8	9%

Tableau 19. Liens professionnels (en % de l'effectif répondant)

2.3.9 Préparation à la gestion de crise (cf. Tableau 20)

Face à l'épidémie de COVID-19, le niveau de préparation à la gestion de crise n'a pas été ressenti de la même façon par les participants : 57% estiment ne pas avoir été préparés et 43% pensent l'avoir été.

Préparation	N (97)	% (100%)
Tout à fait	7	7%
Plutôt	35	36%
Plutôt pas	36	37%
Pas du tout	19	20%

Tableau 20. Préparation à la gestion de crise (en % de l'effectif répondant)

Les MISP semblent se sentir mieux préparés à la gestion de crise par rapport aux médecins des autres statuts (cf. Tableau 21). Cette tendance est non statistiquement significative.

Préparation	MISP		MC		PH		PC		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	(44)	(100%)	(17)	(100%)	(11)	(100%)	(23)	(100%)	
Oui	25	57%	6	35%	3	27%	8	35%	0,1466
Non	19	43%	11	65%	8	73%	15	65%	

*MISP : médecin inspecteur de santé publique, MC : médecin conseil, PH : praticien hospitalier, PC : praticien contractuel

Tableau 21. Préparation à la gestion de crise selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant)

2.4 Accès à la décision pendant l'épidémie de COVID-19

2.4.1 Influence sur les prises de décisions politiques (cf. Tableau 22)

L'influence des médecins sur les prises de décisions politiques pendant l'épidémie de COVID-19 a été jugée en majorité comme assez importante (49%) par les participants. 10% l'ont évalué comme considérable, 30% comme peu importante et 12% comme nulle.

Influence	N (94)	% (100%)
Considérable	9	10%
Assez importante	46	49%
Peu importante	28	30%
Nulle	11	12%

Tableau 22. Influence sur les prises de décisions politiques (en % de l'effectif répondant)

L'influence ressentie sur les prises de décisions politiques semble être d'autant plus importante que le type de poste occupé par les participants est à responsabilité (cf. Tableau 23). Cette tendance est statistiquement significative.

Influence	Directeur		Responsable		Conseiller médical		Chargé de projet		Chargé de mission		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	(3)	(100%)	(10)	(100%)	(44)	(100%)	(30)	(100%)	(7)	(100%)	
Oui	3	100%	9	90%	26	59%	17	57%	0	0%	0,0015
Non	0	0%	1	10%	18	41%	13	43%	7	100%	

Tableau 23. Influence sur les prises de décisions politiques en fonction du type de poste (en % de l'effectif répondant)

2.4.2 Accès aux réunions décisionnelles (cf. Tableau 24)

Une petite majorité des participants (52%) estime avoir eu davantage accès aux réunions décisionnelles pendant l'épidémie de COVID-19.

Accès	N (93)	% (100%)
Oui	48	52%
Non	45	48%

Tableau 24. Accès aux réunions décisionnelles (en % de l'effectif répondant)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative mise en évidence selon le type de poste (cf. Tableau 25).

	Directeur		Responsable		Conseiller médical		Chargé de projet		Chargé de mission		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Accès	(3)	(100%)	(10)	(100%)	(43)	(100%)	(29)	(100%)	(8)	(100%)	
Oui	2	67%	5	50%	24	56%	16	55%	1	13%	0,2149
Non	1	33%	5	50%	19	44%	13	45%	7	88%	

Tableau 25. Accès aux réunions décisionnelles en fonction du type de poste (en % de l'effectif répondant)

2.4.3 Influence des décisions politiques sur les avis médicaux (cf. Tableau 26)

Parallèlement à l'influence des médecins sur les prises de décisions politiques (voir plus haut), l'influence des décisions politiques sur les avis médicaux pendant l'épidémie de COVID-19 suit la même tendance selon les participants : considérable (13%), assez importante (46%), peu importante (28%) et nulle (12%).

Influence	N (89)	% (100%)
Considérable	12	13%
Assez importante	41	46%
Peu importante	25	28%
Nulle	11	12%

Tableau 26. Influence des décisions politiques sur les avis médicaux (en % de l'effectif répondant)

2.4.4 Difficulté face aux décisions adoptées par les directeurs (cf. Tableau 27)

Pendant l'épidémie de COVID-19, 71% des participants se sont sentis au moins une fois en difficulté (désaccord, problème éthique, etc.) face aux décisions adoptées par leurs directeurs.

Difficulté	N (88)	% (100%)
Systématiquement	1	1%
Plusieurs fois	48	55%
Une seule fois	13	15%
Jamais	26	30%

Tableau 27. Difficulté face aux décisions adoptées par les directeurs (en % de l'effectif répondant)

2.5 Organisation pendant l'épidémie de COVID-19 (cf. Tableau 28)

Globalement, l'organisation pendant l'épidémie de COVID-19 est jugée satisfaisante par les participants : 79% de satisfaction pour les organisations de gestion de crise mises en place dans les structures, 70% de satisfaction concernant la place des médecins dans ces organisations, 67% de satisfaction de l'impact du télétravail sur ces organisations et 72% de satisfaction pour l'adaptabilité de ces organisations face à l'épidémie de COVID-19.

Organisation	N	%
De gestion de crise de la structure d'exercice	(92)	(100%)
Tout à fait satisfaisante	18	20%
Assez satisfaisante	54	59%
Peu satisfaisante	14	15%
Pas du tout satisfaisante	6	7%
Place en tant que médecin dans cette organisation	(90)	(100%)
Tout à fait satisfaisante	21	23%
Assez satisfaisante	42	47%
Peu satisfaisante	19	21%
Pas du tout satisfaisante	8	9%
Impact du télétravail sur cette organisation	(70)	(100%)
Tout à fait satisfaisante	17	24%
Assez satisfaisante	30	43%
Peu satisfaisante	14	20%
Pas du tout satisfaisante	9	13%
Adaptabilité de cette organisation	(89)	(100%)
Tout à fait satisfaisante	22	25%
Assez satisfaisante	42	47%
Peu satisfaisante	20	22%
Pas du tout satisfaisante	5	6%

Tableau 28. Organisation pendant l'épidémie de COVID-19 (en % de l'effectif répondant)

2.6 Gestion de l'épidémie de COVID-19

2.6.1 Niveau de satisfaction (cf. Figure 7)

Les participants ont donné des notes de satisfaction concernant la gestion de crise par leur structure allant de 1 à 9 pour ceux exerçant en ARS, de 4 à 7 pour ceux exerçant au ministère de la Santé, de 3 à 9 pour ceux exerçant au ministère de l'Éducation nationale, de 4 à 9 pour ceux exerçant à SPF et de 8 pour ceux exerçant en collectivités territoriales.

La note la plus représentée, toutes structures confondues, est de 7.

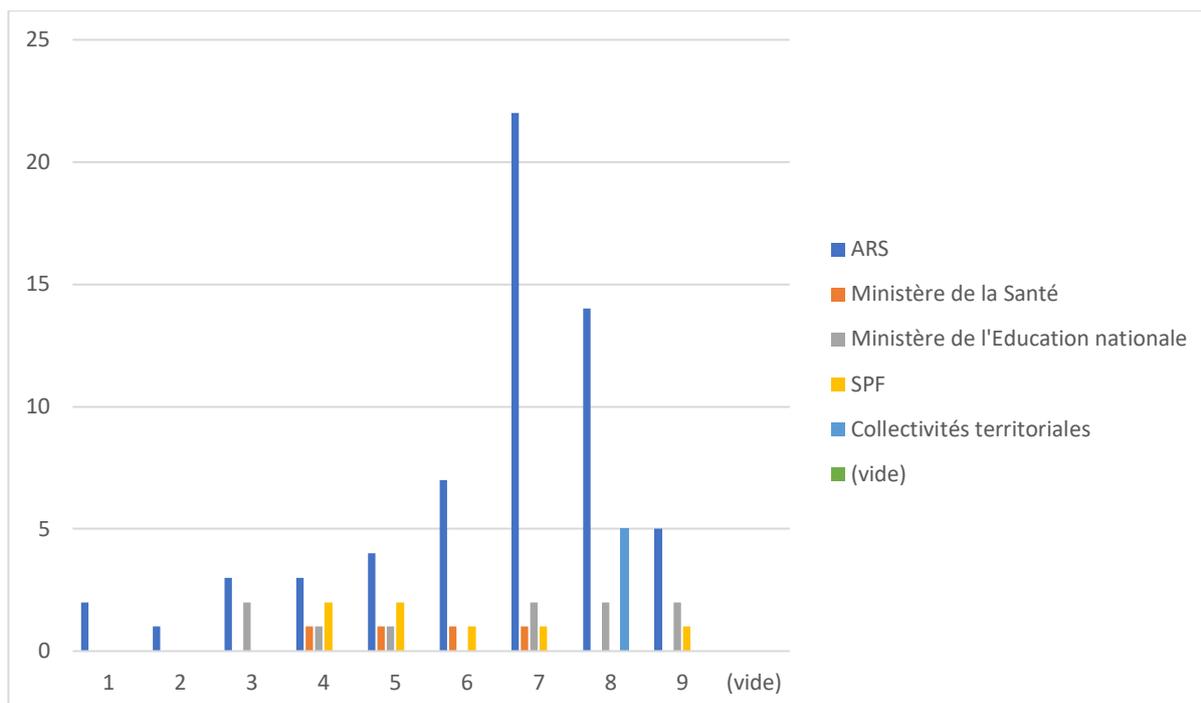


Figure 7. Répartition des notes de satisfaction concernant la gestion de crise selon le type de structure

2.6.2 Coordination institutionnelle (cf. Tableau 29)

Pendant l'épidémie de COVID-19, la coordination globale entre les différentes administrations est jugée en majorité de façon positive (68%) par les participants.

La coordination interministérielle a reçu un jugement plus divisé : 50% de réponses positives et 50% de réponses négatives.

La coordination institutionnelle au niveau territorial est également perçue en majorité de façon positive (83%).

En ce qui concerne la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux, 50% des réponses sont positives et 50% des réponses sont négatives.

Enfin, l'articulation entre les différents acteurs institutionnels et de terrain est évaluée comme majoritairement positive (80%).

Coordination	N	%
Globale entre les différentes administrations	(78)	(100%)
Très bonne	2	3%
Plutôt bonne	51	65%
Plutôt mauvaise	22	28%
Très mauvaise	3	4%
Interministérielle	(68)	(100%)
Très bonne	1	1%
Plutôt bonne	33	49%
Plutôt mauvaise	33	49%
Très mauvaise	1	1%
Institutionnelle au niveau territorial	(65)	(100%)
Très bonne	6	9%
Plutôt bonne	48	74%
Plutôt mauvaise	9	14%
Très mauvaise	2	3%
Répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux	(73)	(100%)
Très bonne	1	1%
Plutôt bonne	36	49%
Plutôt mauvaise	31	43%
Très mauvaise	5	7%
Articulation entre les différents acteurs institutionnels et de terrain	(76)	(100%)
Très bonne	6	8%
Plutôt bonne	55	72%
Plutôt mauvaise	12	16%
Très mauvaise	3	4%

Tableau 29. Coordination institutionnelle (en % de l'effectif répondant)

L'appréciation de la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux selon le type de structure est représentée dans le tableau 30.

Répartition	ARS		Ministère de la Santé		Ministère de l'EN		SPF		Collectivités territoriales		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	(53)	(100%)	(3)	(100%)	(6)	(100%)	(7)	(100%)	(4)	(100%)	
Bonne	25	47%	2	67%	4	67%	3	43%	3	75%	0,7138
Mauvaise	28	53%	1	33%	2	33%	4	57%	1	25%	

Tableau 30. Appréciation de la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)

L'appréciation de la coordination interministérielle selon le type de structure est représentée dans le tableau 31.

	ARS		Ministère de la Santé		Ministère de l'EN		SPF		Collectivités territoriales		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Coordination	(48)	(100%)	(4)	(100%)	(7)	(100%)	(6)	(100%)	(3)	(100%)	0,5290
Bonne	22	46%	2	50%	4	75%	3	50%	3	100%	
Mauvaise	26	54%	2	50%	3	25%	3	50%	0	0%	

Tableau 31. Appréciation de la coordination interministérielle selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)

2.6.3 Rôle des agences sanitaires nationales (cf. Tableau 32)

Globalement, le rôle de la HAS, du HCSP et de SPF pendant l'épidémie de COVID-19 a été jugé utile par les participants, avec respectivement 91%, 92% et 88% de réponses positives.

Rôle	N	%
HAS	(79)	(100%)
Très utile	30	38%
Plutôt utile	42	53%
Plutôt inutile	3	4%
Très inutile	4	5%
HCSP	(80)	(100%)
Très utile	42	53%
Plutôt utile	31	39%
Plutôt inutile	4	5%
Très inutile	3	4%
SPF	(82)	(100%)
Très utile	39	48%
Plutôt utile	33	40%
Plutôt inutile	6	7%
Très inutile	4	5%

Tableau 32. Rôle des agences sanitaires nationales (en % de l'effectif répondant)

2.6.4 Actions qui ont bien fonctionné dans la gestion de crise (cf. Tableau 33)

Les principales actions citées par les participants qui ont bien fonctionné dans la gestion de crise de leur structure sont les suivantes : l'organisation de gestion de crise mise en place, l'organisation du contact tracing, la coordination et la relation avec les partenaires extérieurs.

Actions	N (82)
Analyse des risques	1
Approvisionnement en masques et vaccins	1
Communication	2
Conception d'outils informatiques	3
Contact tracing	12
Coordination et relation avec les partenaires extérieurs	12
Coordination et relation inter-directions	1
Dépistage	5
Diffusion d'informations	4
Gestion des clusters	1
Labellisation d'Unité de Sevrage Ventilatoire (USV)	1
Logistique	1
Médiateurs COVID-19	2
Mobilisation des agents	4
Organisation de gestion de crise	13
Prévention au sein de la communauté des gens du voyage	1
Prise en charge des personnes précaires	1
Production de données de qualité	1
Réactivité des cellules de crise	1
Rédaction de documents	1
Renfort en personnels	4
Solidarité entre agents	2
Surveillance et suivi épidémiologique	2
Vaccination	6

Tableau 33. Actions qui ont bien fonctionné dans la gestion de crise (en nombre de citations)

2.6.5 Difficultés rencontrées dans la gestion de crise (cf. Tableau 34)

Les principales difficultés rencontrées dans la gestion de crise qui sont citées par les participants sont les suivantes : le manque de ressources humaines, les changements réguliers de protocoles sanitaires, l'épuisement des équipes, la différence de mobilisation entre les agents, le chevauchement de certaines missions entre les différentes institutions.

Difficultés	N (77)
Acceptabilité des mesures	1
Accès à l'information	1
Accès/croisement des bases de données	2
Actualisation des connaissances	1
Adaptabilité à la gestion de crise	1
Adaptabilité territoriale	1
Champs de compétence	3
Changement de direction	1
Changement de protocoles	5
Chevauchement des missions entre institutions	4
Communication	3
Coordination	3
Cumul des tâches	2
Délai de réponse du centre de crise sanitaire	1
Démocratie sanitaire	1
Dépistage	1
Différence de mobilisation entre agents	4
Durée de la crise	1
Épuisement des équipes	4
Expertise en épidémiologie/infectiologie en ARS	1
Gestion des EPI	1
Gestion des missions non COVID	2
Harmonisation interministérielle	1
Identification des organes de pilotage	2
Indépendance scientifique	2
Organisation du centre de crise sanitaire	1
Outils informatiques	2
Pilotage stratégique	2
Recrutement	3
Relation avec les autres corps	1
Remontée des données	2
Répartition des tâches entre institutions	3
Ressources humaines	7
Sens des missions	1
Sortie de la gestion de crise	1
Télétravail	1
Temporalité des directives nationales	3
Visibilité	1

Tableau 34. Difficultés rencontrées dans la gestion de crise (en nombre de citations)

2.6.6 Propositions pour l'amélioration de la gestion de crise (cf. Tableau 35)

Les participants pensent en majorité que le fait de proposer une formation complémentaire de gestion de crise (86%) ou des outils de gestion de crise (89%) pour les médecins exerçant en administration serait de nature à améliorer la gestion de crise dans leur structure.

Propositions	N	%
Formation complémentaire de gestion de crise	(73)	(100%)
Oui	63	86%
Non	10	14%
Outils de gestion de crise	(71)	(100%)
Oui	63	89%
Non	8	11%

Tableau 35. Propositions pour l'amélioration de la gestion de crise (en % de l'effectif répondant)

D'autres propositions ont également été formulées par les participants pour améliorer la gestion de crise dans leur structure (cf. Tableau 36).

Autres propositions	N (17)
Augmentation des ressources humaines, notamment médicales	3
Cadre/charte du bon emploi du médecin en ARS	1
Critères de gestion de crise dans l'évaluation des DG ARS	1
Élaboration de procédures	1
Formation accélérée	1
Formation complémentaire pour les cadres administratifs	1
Groupe de travail pour partage d'expériences	1
Outils informatiques adaptés	1
Personnel formé disponible si besoin	1
Redéfinition des rôles des médecins et autres agents non médecins	1
Retours d'expérience	2
Revalorisation du travail	2
Tutorat	1

Tableau 36. Autres propositions pour l'amélioration de la gestion de crise (en nombre de citations)

2.7 Perspectives

2.7.1 Poursuite de la carrière en administration (cf. Tableau 37)

À la suite de l'épidémie de COVID-19, 78% des participants souhaitent poursuivre leur carrière en administration.

Poursuite de la carrière	N (74)	% (100%)
Tout à fait	31	42%
Plutôt	27	36%
Plutôt pas	12	16%
Pas du tout	4	5%

Tableau 37. Poursuite de la carrière en administration (en % de l'effectif répondant)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative mise en évidence selon le type de structure ou le statut des médecins (cf. Tableaux 38 et 39).

	ARS		Ministère de la Santé		Ministère de l'EN		SPF		Collectivités territoriales		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Poursuite de la carrière	(52)	(100%)	(3)	(100%)	(9)	(100%)	(6)	(100%)	(4)	(100%)	
Oui	38	73%	3	100%	8	89%	5	83%	4	100%	0,7097
Non	14	27%	0	0%	1	11%	1	17%	0	0%	

Tableau 38. Poursuite de la carrière en administration selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)

	MISP		MC		PH		PC		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Poursuite de la carrière	(32)	(100%)	(13)	(100%)	(9)	(100%)	(20)	(100%)	
Oui	25	78%	10	77%	8	89%	15	75%	0,9105
Non	7	22%	3	33%	1	11%	5	15%	

*MISP : médecin inspecteur de santé publique, MC : médecin conseil, PH : praticien hospitalier, PC : praticien contractuel

Tableau 39. Poursuite de la carrière en administration selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant)

4.1.1 Place des médecins exerçant en administration (cf. Tableau 40)

Pour la moitié des participants (50%), la place des médecins exerçant en administration restera identique à la suite de l'épidémie de COVID-19. 28% pensent qu'elle sera renforcée et 22% qu'elle ne sera pas renforcée.

Place des médecins	N (76)	% (100%)
Très renforcée	5	7%
Plutôt renforcée	16	21%
Identique	38	50%
Plutôt pas renforcée	7	9%
Pas du tout renforcée	10	13%

Tableau 40. Place des médecins exerçant en administration (en % de l'effectif répondant)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative mise en évidence selon le type de structure ou le statut des médecins (cf. Tableaux 41 et 42).

	ARS		Ministère de la Santé		Ministère de l'EN		SPF		Collectivités territoriales		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Place des médecins	(54)	(100%)	(3)	(100%)	(8)	(100%)	(6)	(100%)	(5)	(100%)	
Renforcée	13	24%	0	0%	2	26%	2	33%	4	80%	0,3046
Identique	26	48%	3	100%	5	63%	3	50%	1	20%	
Pas renforcée	15	28%	0	0%	1	13%	1	17%	0	0%	

Tableau 41. Place des médecins exerçant en administration selon le type de structure (en % de l'effectif répondant)

Place des médecins	MISP		MC		PH		PC		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	(34)	(100%)	(14)	(100%)	(9)	(100%)	(19)	(100%)	
Renforcée	8	24%	4	29%	3	33%	6	32%	0,9126
Identique	16	47%	8	57%	5	56%	9	47%	
Pas renforcée	10	29%	2	14%	1	11%	4	21%	

*MISP : médecin inspecteur de santé publique, MC : médecin conseil, PH : praticien hospitalier, PC : praticien contractuel

Tableau 42. Place des médecins exerçant en administration selon le statut des médecins (en % de l'effectif répondant)

DISCUSSION

1. Analyse des résultats principaux

Les caractéristiques des participants sont semblables aux données socio-démographiques disponibles des médecins exerçant en administration (18).

Il s'agit d'une population majoritairement féminine (70%), âgée pour la plupart de plus de 50 ans (74%) et même de plus de 60 ans pour plus d'un tiers d'entre eux (38%).

Le lieu d'exercice principal des médecins en administration sont les ARS (72%), devant les directions d'administration centrale, les agences sanitaires nationales et les collectivités territoriales. Les principales missions citées par les médecins dans la gestion de l'épidémie de COVID-19 rejoignent d'ailleurs celles des ARS : organiser la bonne coordination du contact tracing, et notamment la gestion des cas complexes et des clusters, organiser le déploiement de la campagne de vaccination et organiser l'offre sanitaire et médico-sociale en accompagnant les établissements face à la crise sanitaire.

Étant donné leur formation, les médecins de santé publique dominent largement en administration (60%) même si d'autres spécialités sont également représentées comme la médecine générale (17%), la médecine scolaire (6%) ou encore l'infectiologie (4%).

Les MISP, bien qu'avec des effectifs en diminution, restent les plus représentés au sein des médecins exerçant en administration (48%).

Cependant, quels que soient leur spécialité et leur statut, peu de médecins exercent à des postes de responsabilité (15%) dont seulement 3% qui occupent des postes de direction.

Pendant l'épidémie de COVID-19, la charge de travail globale a augmenté (17%) voire fortement augmentée (81%) pour les médecins exerçant en administration, bien que certaines missions non liées à l'épidémie aient été diminuées voire mises à l'arrêt pendant la crise (l'activité de veille sanitaire « classique » ayant par exemple diminué avec les mesures de protection contre la COVID-19).

Cette augmentation de la charge de travail s'est traduite par une augmentation des missions « médicales » (72%), c'est-à-dire celles relevant de l'expertise d'un médecin, mais également par une augmentation des missions « administratives » (65%). Cette charge de travail non médicale, en particulier organisationnelle (mise en place de cellules de crise, d'outils informatiques, etc.), peut s'expliquer par un manque de soutien logistique que l'administration n'a pas eu la capacité de fournir, faute de ressources en interne.

L'augmentation de la charge de travail s'explique également par la forte mobilisation des médecins dans les cellules de crise et leur participation aux astreintes, en particulier les week-ends et jours fériés, qui ont été largement augmentées pendant l'épidémie.

Enfin, selon plusieurs commentaires de participants à l'étude, il y a eu pendant cette période une notion de volontariat, où ceux qui ne souhaitent pas s'investir dans la gestion de la crise n'ont pas été obligés de le faire. La charge de travail pouvait alors apparaître comme inégalitaire entre les médecins, d'autant plus que ceux qui étaient déjà très investis se voyaient continuellement sollicités pour de nouvelles missions.

Pour une majorité des participants à l'étude, la plus-value médicale a été augmentée (43%) voire fortement augmentée (23%) pendant l'épidémie de COVID-19.

Cette plus-value a reposé sur la compréhension et l'analyse rapides des connaissances au sujet de l'épidémie pour en assurer la bonne diffusion au sein des équipes, des partenaires et du grand public (parole médicale rassurante pour les patients ou les familles en particulier) et mettre en place des mesures adaptées en fonction des moyens disponibles.

Les médecins rapportent d'ailleurs qu'ils étaient souvent en première ligne au début de l'épidémie dans la mise en place des organisations avant qu'une délégation des tâches puisse être instaurée (formation des agents, rédaction de protocoles, etc.). Au fur et à mesure de l'amélioration des connaissances sur la COVID-19, et de la montée en compétence des autres agents, leur sollicitation s'est faite davantage sur des sujets plus techniques ou des situations particulières qui nécessitaient un avis médical expert.

Cependant, certains médecins estiment que leur expertise a été insuffisamment utilisée ou écoutée pendant cette période, du fait en particulier d'une mauvaise connaissance par les directeurs des compétences spécifiques de chacun, d'une priorité donnée à la communication à court terme au détriment d'une vraie vision de santé publique et, en région, d'une volonté de respecter les consignes nationales sans toujours tenir compte du contexte local spécifique. Le rapport Pittet (25) précise d'ailleurs que « le caractère détaillé et la mise en œuvre uniforme des décisions prises au niveau central ont mis les acteurs de terrain en difficulté et conduit à des situations jugées inéquitables ».

La forte sollicitation des médecins pendant l'épidémie peut également interroger sur leur utilisation hors période de crise sanitaire. En effet, certains médecins rapportent leur fierté d'avoir participé à la gestion de l'épidémie et la difficulté, en sortie de crise, à revenir à leurs missions habituelles.

L'attente des directeurs vis-à-vis des médecins a également été augmentée (39%) ou fortement augmentée (43%) pendant l'épidémie de COVID-19, ce qui renforce l'hypothèse d'une forte sollicitation de l'expertise médicale pendant cette période. Selon certains

participants, le niveau de pression de la hiérarchie était davantage corrélé à la tendance que pouvait prendre l'épidémie (c'est-à-dire lorsque le taux de reproduction du virus était élevé) qu'au nombre de cas en lui-même (c'est-à-dire même avec des taux d'incidence très élevés). En contrepartie, 69% des médecins estiment avoir eu une reconnaissance de leur travail par leurs directeurs.

En ce qui concerne les ressources médicales pendant l'épidémie de COVID-19, elles sont jugées insuffisantes (58%) ou largement insuffisantes (21%) par une grande majorité des participants. Le manque de ressources humaines, notamment médicales, est d'ailleurs évoqué comme une des principales difficultés rencontrées pendant la crise sanitaire.

Durant cette période, les liens professionnels des médecins se sont globalement renforcés avec leurs confrères médecins (65%), les partenaires extérieurs (82%) et le grand public (52%).

L'épidémie de COVID-19 a en effet permis à certains médecins de se rapprocher plus facilement de leurs confrères qu'en dehors de la période de crise. Certaines initiatives ont notamment été lancées afin de faciliter les échanges et le partage d'expériences au sein du corps médical (groupes d'échanges sur les réseaux sociaux, collège des médecins au sein des structures d'exercice, etc.).

Les médecins ont eu également, notamment au niveau territorial, beaucoup plus d'échanges avec leurs homologues des structures extérieures, ce qui a permis, entre autres, de renforcer les liens avec ces partenaires (fédérations hospitalières, fédérations médico-sociales, Ordres, URPS, Assurance maladie, préfetures, etc.). La coordination institutionnelle au niveau territorial est d'ailleurs perçue en majorité de façon positive (83% de réponses positives) par les médecins pendant cette période.

Face à l'épidémie de COVID-19, une majorité des médecins (57%) ne se sont pas sentis préparés à la gestion de crise. Le rapport Pittet (25) pointe d'ailleurs un « déficit de compétence et d'entraînement en matière de gestion de crise (réduction de la fréquence des exercices et faible implication des décideurs au plus haut niveau) ».

Pendant l'épidémie de COVID-19, l'influence des médecins sur les prises de décisions politiques est jugée assez importante (49%) voire considérable (10%) pour une majorité des participants.

Cependant, cette influence est davantage liée à leur fonction (directeur, conseiller médical du directeur, etc.) qu'au fait qu'ils soient médecins.

L'implication des médecins dans les prises de décisions s'est également réduite au fur et à mesure de la crise, où leur influence a été de moins grande importance.

En contrepartie, les participants jugent que les décisions politiques ont influencé également leurs avis médicaux de façon importante (46%) voire considérable (13%) pendant cette période.

En effet, certains médecins ont rencontré des difficultés pour déroger aux recommandations émises par le ministère de la Santé lorsqu'ils l'estimaient nécessaire, du fait de la prise de risque engendrée. Au niveau local, par exemple, l'application des consignes nationales sans tenir compte du contexte spécifique a pu susciter des défiances chez certains médecins.

De plus, certaines instructions ministérielles ont été en discordance avec les recommandations émises par les sociétés savantes (sur les délais de vaccination par exemple), ce qui a pu générer des difficultés pour les médecins.

Finalement, le lien entre les décisions politiques et les avis médicaux a été majeur pendant l'épidémie de COVID-19, ce qui a questionné certains médecins sur leur indépendance médicale pendant cette période.

Les organisations de gestion de crise mises en place pendant l'épidémie de COVID-19 sont jugées satisfaisantes par une majorité des participants (79%), tout comme leur adaptabilité au cours de la crise (72%).

Cependant, plusieurs médecins notent que la parcellisation de l'organisation en cellules distinctes, liée à la spécificité de chaque domaine d'intervention (réanimation, contact tracing, vaccination, etc.), a pu rendre les connexions entre chacune plus complexes.

L'impact du télétravail, bien que jugé majoritairement satisfaisant (67%), a pu également complexifier ces organisations et sélectionner certains agents les plus réactifs.

Ainsi, étant donné les bons retours sur les organisations mises en place pendant l'épidémie de COVID-19, il serait intéressant de valoriser ces acquis par de véritables retours d'expériences (RETEX) au sein des structures.

En ce qui concerne la vision des médecins sur la gestion de l'épidémie de COVID-19, ils jugent de façon positive la coordination globale entre les différentes administrations (68% de réponses positives) et l'articulation entre les différents acteurs institutionnels et de terrain (80% de réponses positives).

De même, le rôle des agences sanitaires nationales est jugé globalement de façon positive par les médecins (91% de réponses positives pour la HAS, 92% pour le HCSP et 88% pour SPF).

Cependant, leur jugement est plus divisé en ce qui concerne la coordination interministérielle (50% de réponses positives) et la répartition des rôles entre les échelons nationaux et régionaux (50% de réponses positives).

En ce qui concerne la coordination interministérielle, le rapport Pittet (25) estime d'ailleurs que « en-dehors de la préparation du déconfinement, la coopération entre les ministères a été désordonnée ». Plusieurs médecins évoquent en particulier le chevauchement de certaines missions entre les différentes institutions comme une des principales difficultés rencontrées pendant la crise.

Le rôle des task forces ministérielles est également remis en question par certains participants. Bien que leur utilité en tant que spécialiste d'un domaine d'intervention (par exemple logistique dans la campagne de vaccination) a servi dans la gestion de la crise, leur méconnaissance des acteurs de terrain et des pratiques locales les a isolé et déconnecté des équipes en place en région.

À la suite de l'épidémie de COVID-19, une majorité des médecins souhaitent poursuivre leur carrière en administration (78%).

Cependant, ils considèrent pour moitié (50%) que leur place au sein de l'administration restera identique malgré la crise sanitaire. En effet, bien que cette période ait pu être source d'accélération de carrière pour certains médecins, du fait des nombreuses responsabilités auxquelles ils ont été confrontés, une majorité d'entre eux estiment qu'il n'y aura pas de valorisation de l'exercice médical en sortie de crise.

2. Limites de l'étude

Notre étude, bien qu'originale dans son sujet, et traitant d'une thématique d'actualité, présente plusieurs limites.

Tout d'abord, le rôle des médecins exerçant en administration ayant été peu évalué et peu valorisé pendant l'épidémie de COVID-19, la bibliographie disponible dans la littérature à ce sujet est peu fournie.

De plus, du fait d'un nombre limité de participants, il existe un risque de défaut de puissance concernant les tests statistiques dans nos analyses croisées. En particulier, peu de réponses ont été reçues de médecins exerçant au ministère de la Santé ou en agences sanitaires (HAS et HCSP notamment), possiblement du fait que nos canaux de diffusion n'ont pas été assez diversifiés (diffusion de l'enquête via l'AMISP essentiellement) et malgré des relances régulières. Une étude de plus grande envergure pourrait ainsi être envisagée.

En faisant le choix d'interroger uniquement des médecins, notre étude n'apporte également qu'une vision autocentrée de l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur leur exercice. Le retour d'autres corps de métier, en particulier le regard des directeurs sur les médecins ayant exercé en administration pendant cette période, serait intéressant à analyser.

Aussi, au vu de la diversité des réponses à l'enquête, et du nombre limité de participants, il n'a pas été possible de définir des profils types de médecins pendant la crise. En effet, leur implication a été très diverse en fonction des institutions, des régions, et au sein d'une même structure.

En outre, notre étude pourrait être étayée par quelques entretiens semi-dirigés complémentaires afin de mettre en confrontation certains médecins ayant exercé en administration pendant l'épidémie de COVID-19 avec les résultats de l'enquête.

Notre période d'étude étant également très étendue dans le temps (début 2020 à aujourd'hui), plusieurs phases auraient pu être identifiées afin de permettre aux participants à l'enquête de répondre de façon différenciée suivant la période.

Enfin, notre étude s'intéresse à la période de l'épidémie de COVID-19 mais une réflexion plus globale sur la place des médecins en administration mériterait d'être posée.

3. Perspectives

A la suite de l'épidémie de COVID-19, la place des médecins au sein de l'administration de la santé devrait être renforcée, mais force est de constater que les effectifs médicaux se raréfient, en partie parce que la place qu'ils devraient avoir du fait de leur expertise n'est pas suffisamment reconnue. 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. Ainsi, bien que notre étude montre qu'une majorité des médecins souhaitent poursuivre leur carrière en administration, nous pouvons nous interroger sur la place qui leur sera accordée dans les années à venir : quel exercice médical en administration pour les futures générations ? Y aura-t-il un retour à l'état antérieur en sortie de crise ?

De plus, face à la prévision d'épidémies de plus en plus fréquentes, dont certaines ont déjà eu lieu (épidémie de variole du singe ou Monkeypox par exemple), quelles leçons tirer de la crise sanitaire de la COVID-19 ? Quels moyens pourront être mis en œuvre pour mieux se préparer aux futures crises ?

Nous proposons ainsi plusieurs perspectives pour renforcer l'attractivité des carrières et la préparation à la gestion de crise des médecins en administration.

3.1 Renforcer l'attractivité des carrières des médecins en administration

Avec une profession vieillissante et peu renouvelée et face au besoin croissant de médecins en administration la santé, il semble nécessaire de renforcer l'attractivité des carrières médicales en administration.

Tout d'abord, le rapport IGAS de 2006 sur les MISP (9) préconisait de revaloriser le statut et les conditions de carrière par la création d'un statut de praticien de santé publique. Cette proposition est d'ailleurs reprise dans le rapport Chauvin (26) qui prévoit de créer un statut unique pour toutes les professions médicales de santé publique : praticiens hospitaliers de santé publique, médecins scolaires, médecins de PMI, MISP, médecins du travail, médecins conseils de l'Assurance maladie ainsi que pharmaciens inspecteurs et conseils.

De plus, afin de maintenir le lien avec l'enseignement supérieur et la recherche, et permettre ainsi le transfert d'expertise et les échanges réguliers entre pairs, la création de postes partagés entre les universités et l'administration de la santé pourrait être une piste envisageable. Récemment, l'ARS Haut-de-France a accueilli le premier médecin à réaliser son clinicat dans ce type de structure (27). Ce statut mixte université-administration pourrait ainsi être encouragé. La création d'un conseil national des universités (CNU) « Administration de la santé » pourrait également être imaginée, au même titre que ceux existants pour l'épidémiologie ou les biostatistiques.

Les statuts actuels des médecins exerçant en administration (MISP et médecins conseils en particulier) sont également tous moins attractifs qu'à l'hôpital public et n'ont pas été revalorisés suite au Ségur de la santé. Ainsi, un réalignement salarial pour une égalité avec la fonction publique hospitalière, notamment en début de carrière, pourrait être envisagé.

Aussi, devant le déficit croissant de médecins en administration, il existe un besoin fort de communication autour du métier de médecin spécialisé en administration de la santé pour redynamiser et améliorer l'attractivité de ces carrières auprès des jeunes médecins.

Enfin, afin de favoriser la mobilité des médecins entre les administrations, plusieurs mesures peuvent être proposées, notamment la mise en place d'un coefficient géographique pour faire face au coût de la vie inégal entre Paris et les autres villes de France, d'une prime de poste à responsabilité pour les missions d'envergure nationale, et la possibilité de recruter des médecins conseils pour des postes de conseillers médicaux en administration centrale (possible uniquement dans le réseau Assurance maladie et en ARS). En effet, la mobilité à différentes échelles territoriales (départementale, régionale, nationale) est un gage d'expertise et d'une meilleure compréhension du système de santé.

3.2 Renforcer la préparation à la gestion de crise des médecins en administration

Notre étude montre qu'une majorité des médecins ne se sont pas sentis préparés à la gestion de crise. En effet, bien que certains aient déjà été confrontés à des crises sanitaires, celle de la COVID-19, de par son ampleur et sa durée, a été particulièrement difficile à gérer et a nécessité la mise en place de mesures de protection inédites. Le rapport Pittet (25) précise d'ailleurs que le niveau de préparation à la crise s'est révélé insuffisant avec un « déficit de compétence et d'entraînement en matière de gestion de crise (réduction de la fréquence des exercices et faible implication des décideurs au plus haut niveau) ».

Ainsi, il apparaît essentiel de renforcer la formation de gestion de crise des médecins exerçant en administration. Des modules de gestion de crise, déjà intégrés dans la formation de certains médecins (MISP en particulier), pourraient être proposés plus largement en formation initiale ou continue. Des formations complémentaires, faisant appel à d'autres compétences essentielles dans la gestion de crise, pourraient également être instaurées : gestion du stress, gestion des conflits, gestion des priorités, capacité d'adaptation émotionnelle, par exemple.

Dans tous les cas, la crise devant mobiliser tous les corps de l'administration, une formation de l'ensemble des agents apparaît indispensable.

De plus, il semble nécessaire de revoir les outils de gestion de crise actuellement disponibles pour les rendre plus opérationnels. Des processus et fiches réflexes pratiques apparaissent en effet plus utiles que des plans. De même, des outils informatiques adaptés à la gestion de crise seraient à développer.

Enfin, la mise en place de groupes de travail et de partage d'expériences pourrait également participer à améliorer la gestion de crise au sein des structures.

CONCLUSION

Pendant l'épidémie de COVID-19, les médecins exerçant en administration ont été, au même titre que leurs confrères hospitaliers ou libéraux, en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire. Leur sollicitation et leur charge de travail ont été très importantes durant cette période, bien que certaines de leurs missions habituelles aient été diminuées voire mises à l'arrêt par la crise, et leur place au sein des organisations a été centrale.

Beaucoup estiment d'ailleurs que leur plus-value médicale a été augmentée, du fait de nouvelles missions liées à la gestion de l'épidémie pour lesquelles l'expertise d'un médecin était indispensable. Leur forte mobilisation dans les cellules de crise ainsi que leur participation aux astreintes en sont les témoins. L'épidémie de COVID-19 a ainsi permis à certains médecins de retrouver un sens dans les missions qu'ils exercent en administration même si d'autres estiment que leur expertise a été insuffisamment utilisée ou écoutée. Pendant cette période, les liens professionnels des médecins se sont globalement renforcés, que ce soit avec leurs confrères, les partenaires extérieurs ou le grand public. Cependant, le manque de ressources humaines, notamment médicales, a pesé sur la gestion de la crise, d'autant plus que les médecins les plus investis se voyaient continuellement sollicités pour de nouvelles missions.

En outre, l'influence des médecins sur les prises de décisions politiques a augmenté pendant l'épidémie de COVID-19, bien qu'elle soit davantage liée à leur fonction au sein de la structure qu'au fait qu'ils soient médecins. En contrepartie, les décisions politiques ont pu également influencer leurs avis médicaux pendant cette période.

La gestion de la crise par les différentes administrations est globalement jugée de façon positive par les médecins, tout comme le rôle joué par les agences sanitaires nationales.

Cependant, devant l'insuffisance de préparation à la gestion de crise, le développement de formations et d'outils adaptés semble indispensable pour faire face aux prochaines crises à venir.

À la suite de l'épidémie de COVID-19, une majorité des médecins souhaitent poursuivre leur carrière en administration bien qu'ils estiment qu'il n'y aura pas de valorisation de l'exercice médical en sortie de crise, ce qui peut interroger sur la place qui leur sera accordée dans les années à venir. Ainsi, un renforcement de l'attractivité des carrières des médecins semble nécessaire si l'administration de la santé souhaite conserver une fonction médicale de santé publique pour construire et animer des politiques de santé avec les acteurs de terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jacques Raimondeau, Pierre-Henri Bréchat, Elodie Carmona, Gilles Huteau, Philippe Marin, Philippe Naty-Daoufin. Administration de la santé : la France. In: Manuel de santé publique: connaissances, enjeux et défis. Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique. 2020.
2. Ministère de la Santé et de la Prévention. Missions du ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>
3. Ministère de la Santé et de la Prévention. Organisation de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/organisation-des-directions-et-services/article/organisation-de-la-direction-generale-de-la-cohesion-sociale-dgcs>
4. DRESS. Présentation de la DREES [Internet]. 2022 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/presentation-de-la-drees>
5. Légifrance. Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027434015/>
6. ANSM. Qui sommes-nous ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/>
7. HCSP. Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp>
8. Vie publique. Les agences régionales de santé (ARS) [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37936-les-agences-regionales-de-sante-ars>
9. Jean-François Benevise, Alain Lopez. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local - Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). 2006 sept.
10. Jacques Raimondeau, Pierre-Henri Bréchat. 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. déc 2002;
11. Ministère de la Santé et de la Prévention. Médecin inspecteur de santé publique - Externe [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-concours/liste-des-concours-et-examens-par-ordre-alphabetique/article/medecin-inspecteur-de-sante-publique-externe>
12. Légifrance. Décret n°69-505 du 24 mai 1969 fixant le statut des praticiens conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333885/>
13. EN3S. Formation initiale des praticiens-conseils et des infirmiers du service médical [Internet]. Disponible sur: <https://en3s.fr/formations/les-formations/formation-initiale-des-praticiens-conseils/>

14. Légifrance. Décret n°92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000541269/>
15. Emploipublic. Médecin territorial - Fiche métier [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://infos.emploipublic.fr/article/medecin-territorial-fiche-metier-eea-6272>
16. Ministère de l'Éducation nationale. Être médecin de l'éducation nationale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/etre-medecin-de-l-education-nationale-7028>
17. Ministère de l'Éducation nationale. Concours de médecin de l'éducation nationale [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/le-concours-de-medecin-de-l-education-nationale-2801>
18. Secrétariat général des ministères sociaux, Direction des ressources humaines. Bilan social du réseau des ARS 2017. 2017.
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. La gestion des alertes et des crises sanitaires [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crisis-sanitaires>
20. Santé publique France. COVID-19 : notre action [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-notre-action>
21. ANSM. Nos missions - L'ANSM face à la COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/publications-institutionnelles/rapport-dactivite-2020/p/lansm-face-a-la-covid-19>
22. HCSP. Avis et rapports du HCSP [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>
23. Agence régionale de santé Ile-de-France. Le rôle de l'ARS Ile-de-France dans la lutte contre la Covid-19 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-role-de-lars-ile-de-france-dans-la-lutte-contre-la-covid-19>
24. Santé.fr. Coronavirus COVID-19. Le rôle des Agences régionales de santé [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.sante.fr/coronavirus-covid-19-le-role-des-agences-regionales-de-sante>
25. Didier Pittet. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. 2021 mars.
26. Franck Chauvin. Dessiner la santé publique de demain. 2021 nov.
27. Agence régionale de santé Hauts-de-France. Une première : Le Dr Pierre Balayé, médecin de santé publique, rejoint l'ARS Hauts-de-France en tant que Chef de Clinique des Universités [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/une-premiere-le-dr-pierre-balaye-medecin-de-sante-publique-rejoint-lars-hauts-de-france-en-tant-que>

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide pour les entretiens exploratoires

Introduction	<p><u>Présentation du travail du thésard</u></p> <p>“Travail de thèse qui porte sur l’impact de l’épidémie de COVID-19 sur l’exercice médical en administration”.</p> <p><u>Caractéristiques de l’entretien</u></p> <p>“Un entretien d’une heure environ. Qui sera enregistré. Maintien de l’anonymat et de la confidentialité des données”.</p> <p><u>Caractéristiques de la personne interrogée</u></p> <p>Sexe</p> <ul style="list-style-type: none">• Femme• Homme <p>Tranche d’âge</p> <ul style="list-style-type: none">• Moins de 30 ans• Entre 30 ans et 39 ans• Entre 40 ans et 49 ans• Entre 50 ans et 60 ans• Plus de 60 ans <p>Structure d’exercice</p> <ul style="list-style-type: none">• Ministère de la Santé• Ministère de l’Éducation Nationale• Agence régionale de santé (ARS)• Haute Autorité de Santé (HAS)• Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)• Santé Publique France (SPF)• Retraité(e)• Autre (<i>préciser</i>) <p>Région d’exercice (si exerçant en ARS)</p> <ul style="list-style-type: none">• Auvergne-Rhône-Alpes• Bourgogne-Franche-Comté• Bretagne• Centre-Val de Loire• Corse• Grand Est• Haut-de-France• Ile-de-France• Normandie• Nouvelle-Aquitaine
---------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Occitanie • Pays de la Loire • Provence-Alpes-Côte d'Azur • Guadeloupe • Guyane • Martinique • La Réunion • Mayotte • Collectivités d'outre-mer (COM) • Autre (<i>préciser</i>) <p>Type de poste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directeur(trice) ou directeur(trice) adjoint(e) • Responsable ou responsable adjoint(e) de pôle/département/bureau/service • Conseiller(ère) médical(e) • Chef(fe) de projet • Chargé(e) de mission • Autre (<i>préciser</i>)
Axe 1 : Implication	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que pensez-vous de votre implication pendant la crise ? 2. Quel est votre ressenti vis-à-vis de cette période ?
Axe 2 : Rôles	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sur quelle(s) mission(s) avez-vous été sollicité pendant la crise ? 4. Avez-vous été sollicité sur vos champs de compétences habituelles ?
Axe 3 : Expertise médicale	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pensez-vous avoir mis à profit votre expertise médicale pendant cette période ? 6. Vous êtes-vous senti utile en tant que médecin de santé publique pendant cette période ? 7. Pensez-vous que votre place en tant que médecin de santé publique a évolué au cours de la crise ?
Axe 4 : Organisation	<ol style="list-style-type: none"> 8. Quelle organisation a été mise en place dans votre structure pendant la crise ? 9. Quelle était la place des médecins de santé publique dans cette organisation ? 10. Comment jugez-vous l'utilisation de la ressource médicale en administration pendant la crise ?
Axe 5 : Accès à la décision	<ol style="list-style-type: none"> 11. Que pensez-vous de votre influence sur les prises de décisions pendant la crise ? 12. Pensez-vous que les médecins de santé publique ont participé aux prises de décisions pendant cette période ?
Axe 6 : Gestion de la crise	<ol style="list-style-type: none"> 13. A titre personnel, avez-vous déjà été confronté à la gestion de crise ? 14. Que pensez-vous de la préparation des médecins de santé publique à la gestion de crise ? 15. Que pensez-vous de la gestion de la crise par les différentes administrations ? 16. Que pensez-vous de la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux ? 17. Selon vous, qu'est-ce qui a bien fonctionné dans la gestion de crise de votre structure ?

	<p>18. Selon vous, qu'est-ce que doit améliorer votre structure dans sa gestion de crise ?</p> <p>19. Avez-vous une (des) décision(s)/situation(s) qui vous a (ont) particulièrement marqué pendant la crise ?</p>
Axe 7 : Perspectives	<p>20. Comment voyez-vous la place des médecins de santé publique en administration à la suite de la crise ?</p>
Conclusion	<p>21. Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent importantes que nous n'avons pas abordé ?</p> <p>22. Connaissez-vous des personnes qui vous semblent pertinent de contacter également ?</p>

2. Annexe 2 : Comptes-rendus des entretiens exploratoires

Entretien 1

Modalités : entretien de 50 min en visioconférence

Caractéristiques de la personne interrogée :

- Sexe : Homme
- Age : Entre 30 ans et 39 ans
- Structure d'exercice : ARS (délégation départementale)
- Région d'exercice : Nouvelle-Aquitaine
- Type de poste : Conseiller médical puis directeur adjoint

Points clés évoqués :

- Traduction des éléments de langage/rationnel médical des mesures prises ;
- Lien avec les professionnels (en particulier libéraux) ;
- A l'initiative des organisations puis relai par les agents administratifs ;
- Difficulté à sortir des recommandations émises par le ministère de la Santé => prise de risque ;
- Le télétravail a complexifié les choses => sélection des agents les plus réactifs ;
- Pilotage de la crise par le directeur départemental ;
- Posture différente des autres agents vis-à-vis des médecins pendant la crise ;
- Prise de décision = prise de risque ;
- Importance du binôme médecin/directeur ;
- Attente des directeurs vis-à-vis de leurs médecins pendant la crise ;
- Pas de lien direct avec le niveau national, tout passait par le niveau régional ;
- Bonne coordination entre le siège et les délégations départementales ;
- Demande de remontée de données un peu chronophage ;
- Importance de la logistique dans la crise => pas de compétence en interne
- Missions déviées vers des missions logistiques ;
- Pas de gestion de crise dans la formation initiale des médecins de santé publique ;
- Booster de carrière => changement de poste et prise de responsabilités ;
- Le rôle du médecin en délégation départementale est d'impulser les décisions => plus simple actuellement en tant que directeur adjoint.

Entretien 2

Modalités : entretien de 50 min en audioconférence

Caractéristiques de la personne interrogée :

- Sexe : Homme
- Age : Entre 50 ans et 60 ans
- Structure d'exercice : ministère de la Santé (DGS)
- Région d'exercice : Ile-de-France
- Type de poste : Chargé de projet

Points clés évoqués :

- Sous-direction veille et sécurité sanitaire de la DGS en première ligne (en particulier le CORRUSS) ;
- Improvisation totale dans la mise en place du télétravail ;
- Volonté individuelle de s'investir dans la crise (« Je suis allé chercher le travail, je me suis porté volontaire ») ;
- Pas impliqué sur la gestion de crise directement mais sur les impacts de la crise sur la prévention des maladies chroniques ;
- Arrêt du travail de fond pendant plusieurs mois ;
- Activité de travail moins importante ;
- Renfort dans la cellule interministérielle de veille ;
- Pas de réquisition des médecins => crise gérée par le CORRUSS qui avait les ressources en interne ;
- Rôle des agences sanitaires (en particulier la HAS) dans la rédaction des recommandations ;
- DGS => saisines de la HAS et du HCSP ;
- Pas de lien particulier avec les ARS ;
- Adaptabilité des organisations plutôt rapide au niveau national ;
- Pas de réponse immédiate à fournir (contrairement aux ARS) ;
- Difficile de ne pas se sentir nécessairement mobilisé au cœur de la crise ;
- Prévention : outils majeurs mis en place par les politiques plus que par les médecins (paquet neutre, etc.).

Entretien 3

Modalités : entretien d'une heure en audioconférence

Caractéristiques de la personne interrogée :

- Sexe : Homme
- Age : Entre 30 ans et 39 ans
- Structure d'exercice : ARS (direction de la santé publique)
- Région d'exercice : La Réunion
- Type de poste : Responsable de département

Points clés évoqués :

- Alternance de phases très intenses au sommet des pics épidémiques et de phases d'ennui au moment des confinements notamment ;
- Les mesures de protection contre la COVID-19 ont fortement diminué l'activité de la CVAGS ;
- Niveau de pression de la hiérarchie davantage corrélé à la tendance ($R_0 > 1$) qu'au nombre de cas (même avec des niveaux d'incidence très élevés) ;
- Choix politiques qui ont pu faire pression sur les avis médicaux ;
- La place du médecin a évolué au fur et à mesure que la connaissance de la COVID-19 s'est améliorée => sollicitation pour des sujets plus techniques, des situations particulières, etc. ;
- Organisation unique et très performante à La Réunion :
 - Possible du fait qu'il s'agisse d'une région-département ;
 - 1 caisse d'AM et 1 ARS de périmètre départemental ;
 - Personnels ARS et AM sur le même lieu ;
- « La gestion de crise fonctionne bien à l'échelon départemental » ;
- Un médecin peut demander un niveau de rémunération supérieur à celui de son supérieur hiérarchique => pas vu d'un bon œil en administration.

Entretien 4

Modalités : entretien de 50 min en visioconférence

Caractéristiques de la personne interrogée :

- Sexe : Femme
- Age : Plus de 60 ans
- Structure d'exercice : ARS (direction de la santé publique)
- Région d'exercice : Auvergne-Rhône-Alpes
- Type de poste : Directrice

Points clés évoqués :

- Organisation de crise différente suivant les régions ;
- Déclenchement du plan de continuité des activités ;
- Cellule de crise dans chaque département avec pilotage par le siège ;
- Visioconférence permanente (10h/24) entre les délégations départementales et le siège durant toute la période de crise ;
- Organisation initiale en mode crise à cinétique rapide et courte => pas viable au long terme, nécessité de plus d'adaptabilité ;
- Contact tracing : nécessité de former et d'accompagner les personnes de la cellule, la plupart n'ayant aucune formation médicale ;
- Fierté des médecins de participer à la crise et d'être sollicités sur des missions médicales ;
- MISp et praticiens conseils : plus sollicités et fonctions plus médicales pendant la crise ;
- Nécessité d'être sur le front tout le temps pour ne pas perdre de l'information ;
- Liberté sur les relations avec les partenaires ;
- Travail important avec les partenaires (fédérations hospitalières, fédérations médico-sociales, Ordres, URPS, référents GHT, préfets...) ;
- ARS : courroie de transmission entre le niveau national et les partenaires locaux ;
- Importance des directeurs départementaux ;
- Accès à la décision des médecins par leur fonction (directeur, conseiller médical du DG, etc.) plus que par le fait qu'ils soient médecins ;
- Points positifs : création d'une vraie équipe de gestion de crise, visioconférence permanente, bonne coordination avec les partenaires ;
- Limites : organisation en cellules distinctes liée à la spécificité de chaque domaine (réanimation, contact tracing, vaccination, etc.) => parcellisation de l'organisation,

moins de contact avec les délégations départementales, déconnexion avec la cellule de crise car en lien direct avec la direction ;

- Nécessité d'avoir des processus, outils et fiches réflexes (plus utiles que des plans) ;
- Formation de l'ensemble des agents indispensable ;
- Difficultés logistiques et liées à la communication ;
- Task force : utilité en tant que spécialiste dans un champ (ex : logistique) mais ne connaît pas le terrain, les acteurs, les pratiques, etc. => trop isolée, pas assez intégrée dans les équipes en interne ;
- Pas d'évolution de la place des médecins de santé publique en administration ;
- « On fait en ARS plus de l'administration de la santé que de la santé publique » => garder des médecins en administration pour garder cette valence de santé publique.

Entretien 5

Modalités : entretien d'une heure en présentiel

Caractéristiques de la personne interrogée :

- Sexe : Femme
- Age : Entre 30 ans et 39 ans
- Structure d'exercice : ARS (délégation départementale puis direction de l'offre de soins et de l'autonomie)
- Région d'exercice : Nouvelle-Aquitaine
- Type de poste : Conseillère médicale

Points clés évoqués :

- Référente sur les EHPAD => accompagnement des structures ;
- Rôle qui a évolué avec le temps => gestion très médicale au début de la crise, puis montée en compétence des autres agents ;
- Repositionnement des médecins au sein de l'ARS et auprès des partenaires => interlocuteurs privilégiés ;
- Regard des directeurs qui a changé vis-à-vis des médecins => plus de réunions avec les directeurs, accès facilité ;
- Médecins en première ligne au départ puis délégation des tâches (protocoles, etc.) ;
- Administration qui a du mal à être réactive => gênant pour un médecin ;
- Difficulté : impatience des délégations départementales devant le manque de réactivité du siège ;
- Toujours un médecin dans les cellules de crise ;
- Adaptabilité au jour le jour liée à l'activité COVID => décalage entre le siège et les délégations départementales ;
- Pas d'outil pour la communication des données par les délégations départementales (tableaux Excel non partagés) ;
- Difficulté sur la logistique par manque de ressources en interne ;
- Difficulté sur l'adaptabilité des organisations en interne ;
- Certains médecins sont partis de l'ARS à cause de la crise ;
- Beaucoup de sollicitation des médecins pendant la crise => augmentation de la charge de travail ;
- Gestion des clusters : doctrine régionale différente de celle du national ;

- Corps médical recentré pendant la crise (collège des médecins, échanges WhatsApp, etc.) ;
- Difficulté en sortie de crise de revenir sur des missions hors COVID pour certains médecins ;
- Pas de valorisation des médecins après la crise (restructuration ARS NA : éloignement de l'accès à la décision, médecins rattachés aux chefs de pôles) ;
- Instructions ministérielles en discordance avec les sociétés savantes => difficulté pour les médecins (ex : délais de vaccination) ;
- Beaucoup plus d'échanges avec les médecins des structures extérieures (Conseil départemental, Assurance maladie, Rectorat...) => renforcement des liens ;
- Changement de casquette pendant la crise => autorité à accompagnement.

3. Annexe 3 : Enquête



Bonjour,

Cette enquête s'intéresse à la mobilisation des médecins exerçant en administration durant la crise Covid.

La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

Toutes les données recueillies seront anonymisées et utilisées uniquement pour les besoins de ma thèse.

Merci de votre participation.

Partie A: Informations générales

A1. Quel est votre sexe ?

Femme
Homme

A2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 30 ans
Entre 30 ans et 39 ans
Entre 40 ans et 49 ans
Entre 50 ans et 60 ans
Plus de 60 ans

A3. Quelle est votre spécialité médicale ?

Allergologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Anesthésie-réanimation
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie orale
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
Endocrinologie-diabétologie-nutrition
Génétiq ue médicale



- Gériatrie
- Gynécologie médicale
- Gynécologie obstétrique
- Hématologie
- Hépatogastro-entérologie
- Maladies infectieuses et tropicales
- Médecine cardiovasculaire
- Médecine d'urgence
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine intensive-réanimation
- Médecine interne et immunologie clinique
- Médecine légale et expertises médicales
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Médecine vasculaire
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Oncologie
- Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique
- Urologie
- Autre

Autre



A4. Avez-vous exercé en administration pendant la crise ?

Oui, depuis le début

Oui, sur une période

Non

A5. Sur quelle période avez-vous exercé pendant la crise ?

A6. Dans quel type de structure étiez-vous en poste pendant la crise ?

Si vous avez exercé dans différentes structures pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Agence Régionale de Santé (ARS)

Ministère de la Santé

Haute Autorité de Santé (HAS)

Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)

Santé Publique France (SPF)

Retraité(e)

Autre

Autre

A7. Dans quelle direction en particulier de l'Agence Régionale de Santé ?

Si vous avez exercé dans différentes directions pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Direction générale

Veille et sécurité sanitaire

Prévention et promotion de la santé, santé environnementale

Offre de soins

Offre médico-sociale ou autonomie

Innovation, recherche, transformation numérique

Etudes et statistiques

Délégation départementale

Autre

Autre



A8. Dans quelle direction en particulier du Ministère de la Santé ?

Si vous avez exercé dans différentes directions pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Direction Générale de la Santé (DGS)

Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

Autre

Autre

A9. Quelle était votre région d'exercice pendant la crise ?

Si vous avez exercé dans différentes régions pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Auvergne-Rhône-Alpes

Bourgogne-Franche-Comté

Bretagne

Centre-Val de Loire

Corse

Grand Est

Haut-de-France

Ile-de-France

Normandie

Nouvelle-Aquitaine

Occitanie

Pays de la Loire

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Guadeloupe

Guyane

La Réunion

Martinique

Mayotte

Collectivités d'outre-mer (COM)

A10. Quel type de poste occupiez-vous pendant la crise ?

Si vous avez exercé différents postes pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Directeur(trice) ou directeur(trice) adjoint(e)

Responsable ou responsable adjoint(e) de pôle/département/bureau/service

Conseiller(ère) médical(e)

Chef(fe) de projet

Chargé(e) de mission



Autre

Autre

A11. Sous quel statut étiez-vous en poste pendant la crise ?

Si vous avez exercé sous différents statuts pendant cette période, veuillez cocher plusieurs cases.

Médecin inspecteur de santé publique (MISP)

Médecin conseil (MC)

Praticien hospitalier (PH)

Professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH)

Praticien contractuel (PC)

Autre

Autre

Partie B: Rôles et charge de travail pendant la crise

Cette partie s'intéresse aux rôles et à la charge de travail des médecins exerçant en administration pendant la crise.

NB : La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

B1. Pendant cette période, avez-vous été sollicité(e) sur une ou plusieurs missions liées à la gestion de la crise ?

Oui

Non

B2. Sur quelle(s) mission(s) liée(s) à la gestion de la crise avez-vous été sollicité(e) ?

Citez 1 à 5 missions les plus importantes sur lesquelles vous avez été sollicité(e).



B3. Pendant cette période, votre charge de travail globale a-t-elle été ?

Fortement augmentée

Augmentée

Est restée identique

Diminuée

Fortement diminuée

B4. Pendant cette période, comment qualifieriez-vous votre charge de travail liée au Covid-19 ?

Insupportable

Importante

Moyenne

Légère

Nulle

B5. Pendant cette période, comment qualifieriez-vous votre niveau de pression lié au Covid-19 ?

Insupportable

Important

Moyen

Léger

Nul

B6. Pendant cette période, pensez-vous avoir eu la reconnaissance de votre travail par votre (vos) directeur(s) ?

Tout à fait

Plutôt

Ni plus ni moins

Plutôt pas

Pas du tout

B7. Commentaires libres sur les rôles et la charge de travail des médecins exerçant en administration pendant la crise



Partie C: Expertise médicale pendant la crise

Cette partie s'intéresse à l'expertise médicale en administration pendant la crise.

NB : La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

C1. Pendant cette période, votre plus-value médicale a-t-elle été ?

Fortement augmentée	<input type="checkbox"/>
Augmentée	<input type="checkbox"/>
Est restée identique	<input type="checkbox"/>
Diminuée	<input type="checkbox"/>
Fortement diminuée	<input type="checkbox"/>

C2. Pendant cette période :

	Fortement augmentées	Augmentées	Sont restées identiques	Diminuées	Fortement diminuées
Vos missions "médicales" ont-elles été ?	<input type="checkbox"/>				
Vos missions "administratives" ont-elles été ?	<input type="checkbox"/>				

C3. Pendant cette période, l'image de vos collègues vis-à-vis de votre statut de médecin exerçant en administration a-t-elle été ?

Fortement améliorée	<input type="checkbox"/>
Améliorée	<input type="checkbox"/>
Est restée identique	<input type="checkbox"/>
Dégradée	<input type="checkbox"/>
Fortement dégradée	<input type="checkbox"/>

C4. Pendant cette période, l'attente de votre (vos) directeur(s) à votre égard a-t-elle été ?

Fortement augmentée	<input type="checkbox"/>
Augmentée	<input type="checkbox"/>
Est restée identique	<input type="checkbox"/>
Diminuée	<input type="checkbox"/>
Fortement diminuée	<input type="checkbox"/>

C5. Pendant cette période, pensez-vous que les ressources médicales présentes au sein de votre structure ont été ?

Largement suffisantes	<input type="checkbox"/>
Suffisantes	<input type="checkbox"/>
Insuffisantes	<input type="checkbox"/>
Largement insuffisantes	<input type="checkbox"/>



C6. Pendant cette période, vous êtes-vous senti(e) utile en tant que médecin ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Plutôt pas
- Pas du tout

C7. Quelle(s) compétence(s) vous a (ont) été la (les) plus utile(s) pendant cette période ?

- Capacité à s'organiser, prioriser les tâches
- Autonomie
- Sens des responsabilités
- Travail en équipe
- Connaissance et respect des consignes
- Capacité à actualiser ses connaissances
- Sens de la relation avec les partenaires
- Capacité d'initiative
- Capacité à travailler sous pression et à gérer le stress
- Sens de la communication
- Autre

Autre

C8. Globalement, pendant cette période :

- | | Très renforcés | Plutôt renforcés | Identiques | Plutôt pas renforcés | Pas du tout renforcés |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les liens avec vos collègues médecins au sein de votre structure ont-ils été ? | <input type="checkbox"/> |
| Les liens avec vos partenaires extérieurs ont-ils été ? | <input type="checkbox"/> |
| Les liens avec le grand public ont-ils été ? | <input type="checkbox"/> |

C9. Vous sentiez-vous préparé(e) à la gestion de ce type de crise ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Plutôt pas
- Pas du tout



C10. Commentaires libres sur l'expertise médicale en administration pendant la crise

Partie D: Accès à la décision pendant la crise

Cette partie s'intéresse à l'accès à la décision des médecins exerçant en administration pendant la crise.

NB : La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

D1. Quelle a été votre influence sur les prises de décisions pendant cette période ?

- Considérable
- Assez importante
- Peu importante
- Nulle

D2. Pensez-vous que votre statut de médecin vous a permis d'accéder à davantage de réunions décisionnelles pendant cette période ?

- Oui
- Non

D3. Quelle a été l'influence des choix politiques sur vos avis médicaux pendant cette période ?

- Considérable
- Assez importante
- Peu importante
- Nulle

D4. Pendant cette période, vous êtes-vous senti(e) en difficulté (désaccord, problème éthique, etc.) face aux décisions adoptées par votre (vos) directeur(s) ?

- Systematiquement
- Plusieurs fois
- Une seule fois
- Jamais



D5. Commentaires libres sur l'accès à la décision des médecins exerçant en administration pendant la crise

Partie E: Organisation pendant la crise

Cette partie s'intéresse aux organisations mises en place dans les administrations pendant la crise.

NB : La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

E1. Pendant cette période, une organisation spécifique de gestion de crise a-t-elle été mise en place dans votre structure ?

Oui
Non

E2. Que pensez-vous de :

	Tout à fait satisfaisante	Assez satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante
Cette organisation spécifique de gestion de crise mise en place dans votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre place en tant que médecin dans cette organisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'impact du télétravail sur cette organisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'adaptabilité de cette organisation pendant cette période ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. Commentaires libres sur les organisations mises en place dans les administrations pendant la crise



Partie F: Gestion de la crise

Cette partie s'intéresse à la gestion de la crise par les administrations.

NB : La période concernée couvre l'ensemble de la crise Covid, c'est-à-dire du début de l'année 2020 à aujourd'hui.

F1. Si vous aviez à noter votre niveau de satisfaction sur la gestion de la crise dans votre structure sur une échelle de 1 à 10 (1 : Très mauvais / 10 : Très bon), quelle serait spontanément votre réponse ?

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>

F2. Pendant cette période, que pensez-vous de :

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise
La coordination globale entre les différentes administrations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination interministérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination institutionnelle au niveau territorial ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'articulation entre les différents acteurs institutionnels et de terrain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3. Pendant cette période, que pensez-vous du rôle joué par les principales institutions de santé publique :

	Très utile	Plutôt utile	Plutôt inutile	Très inutile
Haute Autorité de Santé (HAS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé Publique France (SPF) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F4. En ce qui concerne la gestion de la crise dans votre structure, pouvez-vous citer une ou plusieurs actions qui ont bien fonctionné ?

F5. En ce qui concerne la gestion de la crise dans votre structure, pouvez-vous citer une ou plusieurs difficultés qui ont été rencontrées ?

F6. Les propositions ci-dessous seraient-elles de nature à améliorer la gestion de la crise dans votre structure :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Une formation complémentaire de gestion de crise pour les médecins exerçant en administration ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des outils de gestion de crise pour les médecins exerçant en administration ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D'autres suggestions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F7. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la gestion de la crise dans votre structure ?

F8. Commentaires libres sur la gestion de la crise par les administrations



Partie G: Perspectives

G1. Au final, suite à cette crise, souhaitez-vous poursuivre votre carrière de médecin en administration ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Plutôt pas
- Pas du tout

G2. Au final, suite à cette crise, pensez-vous que la place des médecins exerçant en administration sera ?

- Très renforcée
- Plutôt renforcée
- Identique
- Plutôt pas renforcée
- Pas du tout renforcée

G3. En conclusion, souhaitez-vous mettre en avant un ou plusieurs points en particulier ?

Merci d'avoir répondu à cette enquête. Vos réponses ont bien été enregistrées.

Si vous le souhaitez, les résultats pourront vous être adressés pour information.

**Vous pouvez me contacter pour cela à l'adresse suivante :
tanguy.martin@eleve.ehesp.fr**

Cette enquête a vocation à être diffusée le plus largement possible, n'hésitez pas à la partager à vos collègues médecins.

Cordialement,

Tanguy MARTIN

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Impact de l'épidémie de COVID-19 sur l'exercice médical en administration

Résumé : L'épidémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur notre système de santé et sur les organisations sanitaires mises en place. L'administration de la santé, en charge de piloter la réponse à cette crise sanitaire sans précédent, a dû s'adapter et modifier ses organisations. Dans la gestion de cette crise, le rôle des médecins exerçant en administration, déjà mal connu, a été peu évalué et peu valorisé.

Dans un premier temps, plusieurs entretiens exploratoires semi-directifs ont été menés auprès de médecins ayant exercé en administration pendant l'épidémie de COVID-19. A partir des informations recueillies lors de ces entretiens, une enquête a été construite puis diffusée largement aux médecins ayant exercé en administration pendant cette période.

Pendant l'épidémie de COVID-19, les médecins exerçant en administration ont été en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire. Leur sollicitation et leur charge de travail ont été très importantes et leur place au sein des organisations a été centrale. Beaucoup estiment d'ailleurs que leur plus-value médicale a été augmentée. Pendant cette période, les liens se sont globalement renforcés avec leurs partenaires extérieurs et leur influence sur les prises de décisions politiques a augmenté. Ils jugent de façon globalement positive la gestion de la crise par les différentes administrations, tout comme le rôle joué par les agences sanitaires nationales. À la suite de l'épidémie de COVID-19, une majorité des médecins souhaitent poursuivre leur carrière en administration bien qu'ils estiment qu'il n'y aura pas de valorisation de l'exercice médical en sortie de crise.

Pour faire face aux prochaines crises à venir, le développement de formations et d'outils adaptés semble indispensable. Un renforcement de l'attractivité des carrières médicales semble également nécessaire pour garantir une fonction médicale de santé publique au sein de l'administration de la santé.

Mots-clés : Santé publique - Politique de santé - Gestion de crise - COVID-19