

Audition du syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP) par la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. 11 septembre 2013

1-Présentation du corps des MISP et du SMISP

Les MISP sont des cadres de la fonction publique d'Etat et des médecins spécialistes de santé publique. Ils partagent cette spécialité avec les médecins formés par la filière de l'internat de santé publique ou dont la qualification en santé publique a été reconnue par l'Ordre des médecins : au total, les médecins de santé publique sont une denrée rare en France (environ 1500), et le corps des MISP compte à l'heure actuelle environ 600 agents.

L'article 2 du statut du corps des MISP précise leurs missions :

- « les membre du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique.
- Ils assurent le contrôle de cette politique et les missions permanentes et temporaires d'inspection.
- Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé.
- Dans le cadre de leurs attributions, ils peuvent être chargés d'études et de missions spéciales.
- Ils peuvent être associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique.
- Dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles. ».

Le cœur du métier de médecin Inspecteur de SP peut se définir selon trois axes

- l'expertise médicale: veille et sécurité sanitaires, organisation et qualité des soins
- l'inspection / contrôle / évaluation
- le pilotage de politiques de santé (dont élaboration, animation et suivi de la mise en œuvre).

Les MISP sont recrutés par voie de concours et reçoivent une formation spécifique d'un an à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Leurs lieux d'exercice sont très diversifiés : ARS et services de l'administration centrale du ministère chargé de la santé ou, par voie de détachement, agences nationales, autres ministères (justice, éducation nationale, centres hospitaliers publics, affaires étrangères et coopération...),.... La mobilité entre ces différentes structures et institutions est aussi une de leurs caractéristiques. Les deux-tiers des MISP sont toutefois dans les ARS.

De part leurs origines variées avant leur recrutement (médecins hospitaliers, médecins de ville, coopération internationale,...), leur formation initiale et continue et leur mobilité, les MISP se distinguent à la fois par leur polyvalence, leur capacité à se spécialiser dans différents domaines et leur faculté d'adaptation aux changements. Depuis plusieurs dizaines d'années, ils ont été aux premières lignes dans le développement de la veille et de la sécurité sanitaire, la mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire (de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} générations), l'élaboration et le suivi des programmes régionaux de santé (PRS) et du plan régional de santé publique (PRSP). Ils ont su s'adapter et accompagner les nombreux changements engendrés par les modifications successives et incessantes de la conduite des politiques de santé (lois hospitalières, ordonnances Juppé, mise en place des ARH, loi de santé publique de 2004, lois de sécurité sanitaire, création des agences nationales,... pour ne citer que les principales).

Le SMISP (syndicat des médecins inspecteurs de santé publique) existe depuis une quarantaine d'années. Il compte environ 200 adhérents et représente le syndicat largement majoritaire à la Commission administrative paritaire (où il détient 5 postes sur 6). La dernière Assemblée générale a voté l'adhésion du SMISP à l'UNSA ; celle-ci sera effective dans les semaines à venir. Le SMISP y rejoindra les autres principaux syndicats des cadres A du ministère de la santé (ingénieurs de génie sanitaire, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, pharmaciens inspecteurs).

Le diagnostic que nous vous présentons maintenant est la synthèse du regard porté à la fois par les collègues en poste dans les ARS et ceux qui sont au dehors.

2 - L'ARS : une mise en œuvre décevante

Le SMISP a suivi et approuvé les réflexions qui ont amené à la création des ARS, en tant qu'outil de mise en œuvre globale d'une politique de santé.

Mais, dès la phase de préparation de la loi HPST, l'absence de concertation avec les organisations

professionnelles et la concomitance de la RGPP ont inquiété l'ensemble des personnels. Très vite également s'est affichée une forme de défiance vis à vis des administrations de l'Etat, porteuse de difficultés évidentes à venir.

Force est de constater que plus de 3 ans après le lancement des ARS, nos craintes se sont révélées justifiées. Aujourd'hui, notre mécontentement est à la hauteur des espoirs qu'avaient pu susciter cette réforme. Nous avons le sentiment qu'un projet, qui pouvait être intéressant en termes d'organisation des politiques de santé, a été complètement dévoyé.

Nous limiterons notre intervention aux points qui nous paraissent les plus graves en soulignant d'emblée la nécessité forte d'une reprise en main des ARS pour développer une véritable stratégie nationale de santé. Nous sommes bien entendu à votre disposition pour évoquer d'autres points qui vous intéresseraient.

3 - Une installation souvent brutale aux effets contre-productifs

Les MISP, comme tous les personnels de l'Etat ont donc été « affectés » dans les ARS le 1^{er} avril 2010, après 6 mois de « préfiguration ». Dès le départ, la précipitation à créer les ARS a éveillé notre attention. Cette réforme majeure, qui créait une nouvelle structure à partir d'éléments disparates, méritait mieux que cette hâte excessive.

Ce qui a frappé dans beaucoup de régions, et cela dès l'époque de la préfiguration (automne 2009), c'est la méfiance des nouveaux dirigeants envers les personnels de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Les personnels ont ressenti un a priori négatif sur tout ce qui avait pu être fait avant. Le dialogue social a été réduit à sa plus simple expression¹. Souvent, il n'y a même pas eu de volonté de comprendre les cultures et logiques institutionnelles. De nouvelles organisations ont été ainsi imposées sans discussion, entraînant la disparition de modes de travail pourtant efficaces, une parcellisation des tâches et une perte de sens.

En balayant les organisations antérieures, les ARS ont créé confusion, inquiétudes et stress parmi les personnels. On a commencé à parler de souffrance au travail et, parfois, on a évoqué une véritable maltraitance institutionnelle. Partout, le processus a déstabilisé durablement les organisations et les équipes. Des agents ont été promus selon le bon vouloir des nouvelles directions, sans tenir compte des règles élémentaire de toute administration. D'autres ont été rétrogradés de façon humiliante et sans explication²... En CAP, les organisations syndicales ont souligné les pertes de visibilité et de sens dans notre travail, le sentiment de déqualification et de manque de considération.

Le rapport d'activité des ARS pour 2011³, document officiel, ne conteste d'ailleurs pas cela. Il évoque en langage administratif « la nécessaire vigilance sur les questions relatives aux conditions de travail et aux risques psycho-sociaux... ». Le rapport souligne aussi une rotation importante des agents dans certaines ARS. Il faut bien dire que ceux qui ont pu partir, l'ont fait sans regret...

Dès novembre 2010, le SMISP, comme d'autres organisations syndicales, attirait l'attention des DG d'ARS sur cette situation puis en référerait au ministre chargé de la santé⁴. Ce dernier nous annonçait, le 3 mars 2011, un « plan ambitieux d'amélioration des conditions de travail dans l'ensemble des ARS ». Une enquête nationale était alors conduite⁵, dont les résultats, parus en début 2012, ont largement confirmé notre diagnostic : les ARS apparaissaient les plus touchées par la perception d'un management et d'un dialogue social défaillants. « L'ambitieux plan d'amélioration » de notre ministre de l'époque n'a pas eu de traduction effective dans bon nombre d'ARS comme en témoignent les études réalisées récemment, ici ou là, à l'initiative des CHSCT. Au-delà des réponses classiques (formation à l'adaptation au changement, mise en place d'une cellule d'écoute,...), peu d'ARS se sont préoccupés des causes réelles du mal-être en modifiant leur management ou leur organisation. En outre, il a fallu attendre 2013 pour que paraisse la circulaire sur les

1 D'ailleurs, les Instances représentatives du personnel officielles (Comités d'agence et CHSCT) ne se mettront réellement en place que plus d'un an après la constitution des ARS. Par ailleurs, et de façon toute illégale, les DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels), qui existaient dans les DDASS et les DRASS comme dans les structures de l'assurance-maladie, n'ont pas fait l'objet de la mise à jour réglementaire qui aurait dû anticiper le changement d'organisation.

2 « les affectations se sont faites de manière cavalière, mettant les personnels en concurrence, sans assurance de reclassement, les mesures statutaires (...) n'ont pas été prises à temps, les formations à la prise de nouveaux postes n'ont été anticipées que pour les directeurs d'ARS ». Rapport IGAS sur la gestion des ressources humaines dans les ARS. Juillet 2011.

3 Rapport d'activité ARS 2011; Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Paris, février 2012.

4 Voir lettre du SMISP aux DG d'ARS en date du 4 novembre 2010 et à à Mr X. Bertrand en date du 3 février 2011.

5 Enquête dite SUMER, sur le vécu au travail, réalisée par une société de service « Capital Santé » de juin à juillet 2011 auprès de 8000 agents tirés au sort dans les ARS, les directions régionales et départementales de la cohésion sociale et les CREPS.

conditions de travail en ARS, promise par le plan ministériel, circulaire qui, d'ailleurs, n'a fait l'objet que d'un simulacre de négociation avec les organisations syndicales !

La mise en place des ARS a souffert de l'absence d'anticipation des compétences à développer pour assurer les missions de stratégie territoriale de santé au service des parcours de santé des citoyens. Le seul résultat évident est que des professionnels connaissant bien leurs domaines ont été soumis du jour au lendemain à un DGARS tout puissant et prêt à juger de tout, sans toujours une véritable connaissance des dossiers. Soulignons que certains profils recrutés pour diriger une agence de santé demeurent pour nous très étonnants.

Un déséquilibre s'est ainsi établi entre la fonction de reporting assuré par l'encadrement et les actions qui font avancer les choses sur le terrain. Le temps de la concertation, de la co-construction avec les partenaires n'est pas souvent compatible avec des objectifs souvent centrés sur l'affichage immédiat de résultats. Ceci est particulièrement vrai dans le champ de la prévention, mais pas seulement.

Il faut donc signaler avec force que, si cette période a été très mal vécue par les personnels, elle l'a été tout autant par nos partenaires (associatifs, institutionnels et élus) qui ont perdu en quelques mois leurs repères et ont vu la confusion s'installer dans les dossiers.

Il faut aussi mettre en évidence une dévalorisation importante de l'approche médicale de santé publique au sein des ARS, ce qui ne peut que contribuer à une gestion de plus en plus éloignée des réalités de la santé et de la maladie. Cette dévalorisation est le résultat d'une somme de facteurs liés tant aux nouvelles organisations qu'à l'attitude des directions des ARS vis-à-vis des médecins. :

- suppression des services médicaux existant dans les DRASS et DDASS, entraînant une perte notable de l'expertise collective ; dispersion de la ressource médicale dans les différentes directions, départements, services,... d'un organigramme très hiérarchisée;
- suppressions des postes de Médecins inspecteurs régionaux (MIR) qui assuraient une fonction de coordination de la ressource médicale et qui incarnaient au quotidien l'intervention de l'expertise médicale dans le processus de décision;
- recours de plus en plus fréquent à des médecins contractuels n'ayant ni la formation, ni la connaissance de l'administration et du système de santé;
- remise en cause de certaines missions régaliennes tout particulièrement l'inspection et le contrôle;
- diminution sensible de notre mission d'interface avec nos confrères médecins exerçant dans les établissements de santé, en médecine de ville, dans les diverses autres institutions et associations, d'autant que les actions de terrain au niveau des délégations territoriales ont largement souffert de la concentration des moyens et des processus dans les sièges régionaux des ARS;
- difficultés de plus en plus importantes de faire valoir notre indépendance professionnelle et à faire respecter le secret médical, pourtant tous deux inscrits dans notre code de déontologie.

Cette dévalorisation de la fonction médicale, cette perte de reconnaissance de notre expertise médicale et de santé publique représentent un net recul par rapport à la situation d'avant les ARS.

4 - Un point particulier : les relations des MISp avec les médecins conseil de l'Assurance maladie

Dans ce contexte, il faut bien constater que le problème majeur pour les personnels n'a pas été leur origine ou leur statut, mais bien la survie dans un milieu hostile. Souvent, les conditions de mise en place des ARS ont uni les personnels, quel que soit leur origine, dans un même rejet. La plupart du temps, la question de l'origine et du statut a donc été relativement secondaire.

Cependant, il faut souligner, que la juxtaposition de situations matérielles contrastées, sans processus de convergence programmé n'est pas un facteur de cohésion. Les différences de rémunération, de frais de déplacement, de durée de congés, de gestion des arrêts de travail... ne sont pas, ici les éléments centraux de notre réflexion. Nous nous bornons à les mentionner afin d'éclairer complètement le sujet : la création des ARS a été aussi pour les agents de l'Etat un moment de confrontation avec des inégalités de traitement qui cadraient mal avec la volonté de créer une « maison commune ».

L'adaptation de ces professionnels aux nouvelles organisations a été difficile pour les deux parties, ni les cultures « Etat », ni les cultures « Assurance maladie », ne semblant correspondre aux nouveaux canons

imposés dans les ARS. Il faut souligner là un premier échec majeur dans la création des ARS. L'impression générale, c'est qu'il n'a jamais été question d'unir ces cultures, mais de les mettre au pas pour créer de nouvelles méthodes de travail.

Cette volonté c'est traduite, entre autres, par le recrutement de médecins venant d'horizons variés, certains DGARS considérant qu'ils ne disposaient pas des compétences dont ils avaient besoin ! Ces recrutements, de médecin sans culture administrative, ont certainement posé plus de problèmes que le rapprochement des méthodes entre médecins inspecteurs et médecins conseils.

En conclusion : il est indéniable que des différences réelles existent entre les MISP et les Médecins Conseil (origine professionnelle, mode de recrutement, culture de santé publique, statut...), mais il ne nous semble pas que le rapprochement provoqué par les ARS ait généré des problèmes majeurs entre ces professionnels. Nous constatons simplement que les situations de maltraitance ou de déni des compétences ont été assez également réparties entre ces professionnels.

5 – Une question cruciale : l'autonomie des ARS et le pilotage de la politique nationale de santé

Cette question est effectivement centrale, car c'est une des justifications importante de la réforme : donner plus d'autonomie et de responsabilités aux régions dans la mise en œuvre de la politique de santé. Car, il faut le rappeler, la loi HPST fait bien référence à une politique nationale de santé, qui doit être déclinée en région par les ARS. Il y a donc bien tension entre l'autonomie régionale et le maintien d'un cadre national.

Cette tension s'exprime dans le CPOM (contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens) liant le ministère de la santé et chacune des ARS : la liste des objectifs est fixée nationalement (la marge d'individualisation régionale est faible), seules les cibles chiffrées à atteindre varient d'une région à l'autre. Il existe aussi un dispositif de dialogue de gestion et d'évaluation des ARS et de leur DG, mis en œuvre par le SGMAS. Enfin, les ARS reçoivent toujours environ 300 instructions par an, via le Conseil national de pilotage (CNP) en provenance des Directions d'administration centrale et des Caisses nationales.

Mais ce dispositif de suivi national laisse des marges de manœuvre non négligeables aux régions et le nombre des instructions doit être mis en regard de l'étendue des champs de compétences des ARS.

Le statut d'Etablissement public donne également aux DGARS d'importantes marges de manœuvre en termes de gestion. Le SMISP a porté jusqu'au Conseil d'État un différent relatif à l'organisation des astreintes de sécurité dans les ARS. La décision du CE, en date du 12 décembre 2012 indique en substance que si les DG sont bien soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents, ces derniers ne peuvent fixer les règles d'organisation et de fonctionnement des ARS, sauf dispositions législatives ou réglementaires expresse.

Enfin, la création et l'extension du Fond d'Intervention Régional, par la réunion de plusieurs sources de financement, est un outil favorisant les initiatives des DGARS.

Les ARS disposent donc d'une autonomie certaine pour atteindre les objectifs fixés au niveau national. Mais cette autonomie ne veut pas dire indépendance. Nous revendiquons un pilotage national renforcé des ARS pour faire cesser les différences nuisibles dans les organisations et les méthodes de travail.

Le terme d'autonomie recouvre en effet plusieurs réalités : de la simple adaptation locale des politiques de santé à une véritable capacité à définir soi-même les principaux éléments d'une politique régionale et à organiser les services comme bon vous semblent.

S'il s'agit d'adapter les politiques nationales aux réalités régionales, il ne peut pas, à notre avis, y avoir débat. C'est une démarche légitime et elle n'avait pas attendu la création des ARS pour se développer (via, par exemple les GRSP créés dans la loi de 2004). Mais ce terme étant ambigu, nous préférons parler - reprenant les termes du rapport Cordier - de « **subsidiarité** ». La subsidiarité est une démarche nécessaire, et même indispensable, qui ne peut cependant s'exercer que dans une politique nationale bien définie, ce qui ne nous semble pas le cas actuellement.

Pour nous, il est grand temps qu'émerge une stratégie nationale de santé claire et que soit élaborée la loi de

santé publique qui aurait du succéder à celle de 2004. Si le CPOM est bien un outil de contractualisation, en principe contraignant, il faut constater que la trentaine d'objectifs de politique sanitaire est loin de couvrir l'ensemble du champ d'action des ARS, laissant ainsi de vastes secteurs « hors CPOM », ce qui est d'autant plus regrettable que, comme nous l'avons dit un peu plus haut, nous déplorons l'absence d'un cadrage politique fort et explicite capable de donner du sens à notre action.

Enfin, alors que la « transversalité » est affichée partout, le constat que nous faisons, est celui d'un repli des ARS autour d'un champ sanitaire réduit, à dominante curative. Cela représente, paradoxalement, un net recul dans l'élaboration des politiques de santé et l'intersectorialité. Pour donner un exemple concret, la création des ARS a singulièrement compliqué, dans de nombreuses régions, les liens naturels avec les Préfets dans le domaine des addictions. Alors que la MILDT, structure interministérielle, prône un travail intersectoriel entre les services répressifs, la justice, l'éducation nationale et la santé, les services des ARS ont été tenus éloignés des Préfets qui sont pourtant les pilotes naturels de cette thématique. Pour nous, il y a un évident recul sur un dossier qui concerne autant le répressif, que le social, la prévention ou le soin.

Le deuxième aspect de « l'autonomie », c'est la gestion interne. Sur ce second point, le constat est que les DGARS ont utilisé plus que largement les marges de manœuvre dont ils disposaient. Avec d'autres, nous dénonçons, depuis le début, des méthodes de management qui bafouent les règles de nos administrations (droits statutaires des agents et rôle des organismes représentatifs). Les conséquences de ce management local se manifestent dans la dégradation des conditions de travail pour l'ensemble des personnels et la perte de sens dans nos métiers.

Un point particulier, potentiellement lourd de conséquences, mérite aussi d'être souligné ici: celui de la constitution de conflits d'intérêts en raison de recrutements locaux de professionnels issus de structures dont le suivi, le financement ou le contrôle incombent précisément à l'ARS.

Nous ne contestons donc pas par principe les réorientations stratégiques ni les redéploiements de moyens et encore moins les démarches d'évaluation, nous disons seulement qu'un processus est actuellement à l'œuvre dans les ARS qui remodèle l'action de l'Etat en dehors d'une véritable réflexion globale.

En conclusion : Nous estimons que les marges de manœuvre managériales importantes des DGARS ne sont pas aujourd'hui encadrées par l'affirmation d'orientations politiques suffisamment claires. Il en résulte tout un ensemble de décisions locales, qui progressivement réoriente l'action publique au quotidien, sans garantie de la pérennisation des dispositifs et sans soucis d'une cohérence entre les régions. Nous estimons que cette autonomie est dangereuse pour les usagers et pour les personnels et qu'elle conduit à accentuer les différences entre régions rompant ainsi avec le principe d'égalité, fondement de notre pacte républicain. Nous exigeons que soient respectées les règles de fonctionnement de la Fonction Publique. Nous demandons que le pilotage national stratégique soit réaffirmé.

6 – La sécurité sanitaire en ARS

Veille et sécurité sanitaire

Ce secteur a connu à l'occasion de la naissance des ARS une amélioration probable de la prise en compte des signaux sanitaires ainsi que de leur gestion régionale.

Cela s'est fait sous l'impulsion du DUS/CORRUSS de la DGS, dans le cadre d'une réforme technique initiée dès 2003, après la canicule. Ont en particulier été imposés un organigramme et des outils communs en même temps qu'étaient consolidées les procédures. L'Institut de veille sanitaire a participé de près à cette dynamique, d'autant que les CIRE ont été inscrites dans l'organigramme veille sanitaire des ARS.

Il convient de remarquer que les Médecins inspecteurs ont été les acteurs principaux de cette réforme sectorielle, comme ils sont pratiquement les seuls à en assurer la mise en œuvre quotidienne au sein des ARS. Les DGARS se sont pliés aux instructions centrales, et n'interviennent aujourd'hui réellement que sur l'aspect communication de la veille sanitaire.

Si des progrès sont à relever sur l'harmonisation des procédures et sur une relative homogénéité des régions, il faut aussi souligner les éléments de fragilité. Les effectifs de MISP, en baisse constante, exposent les praticiens de la veille sanitaire à une pression importante accompagnée de démotivation. Les astreintes, que les ARS ont largement développées (jusqu'à 7 lignes d'astreinte), nuisent, en particulier sur les régions à faible effectif, à la vie personnelle et familiale des Médecins inspecteurs de la veille.

Prévention et gestion des crises

Ces secteurs ont connu un net développement à partir de 2001, l'Etat décidant d'affecter des effectifs dédiés au sein des services centraux, des agences sanitaires et des services déconcentrés. Le mouvement s'est poursuivi jusqu'en 2008, où le Ministère de la santé décidait de l'affectation de conseillers sanitaires au niveau des zones de défense (MISP principalement).

En 2010, alors que se poursuivait le renforcement du rôle et des missions des zones de défense sur ces aspects au niveau gouvernemental et dans les autres Ministères, l'émergence des ARS a changé la visibilité et la disponibilité des effectifs de défense sanitaire au sein du Ministère de la santé.

Les DGARS ont dès le début affiché une volonté d'autonomie dans l'organisation de leur agence, y compris sur ce secteur de la défense sanitaire, prenant le parti de ne plus considérer les effectifs antérieurs comme dédiés et affichant à l'inverse une organisation modulable selon les missions.

Cela aboutit en pratique à une hétérogénéité importante des organisations :

- les effectifs dédiés à temps complet ont pratiquement disparu
- quand les effectifs restent dédiés à temps partiel, le total du temps consacré a diminué
- le plus souvent, il s'agit désormais d'effectifs non dédiés et mobilisés en tant que de besoin.

Quand il s'agit de la préparation des crises (planification, exercices, formations, déploiement de moyens, inspections) la disponibilité des personnels dépend beaucoup de la bonne volonté des responsables hiérarchiques. En cas de crise, même peu étalée dans le temps, la mobilisation des personnels est déjà problématique (effectifs professionnels insuffisants, personnels de renfort des autres secteurs de l'ARS insuffisamment formés). Une nouvelle crise type H1N1 de 2009 mettrait probablement en lumière ces carences.

Si la RGPP a retenti sur les effectifs globaux, ce secteur de la défense sanitaire apparaît plus touché que les autres, probablement parce que les DG ne sont pas assez attendus par le Ministère sur la préparation des crises. Les préfets en revanche savent faire valoir leurs inquiétudes.

Au total, l'appropriation par les ARS de ces secteurs est très hétérogène

***-plus réelle sur la veille sanitaire mais avec de grosses fragilités de certaines régions, notamment par la diminution constante des effectifs de médecins inspecteurs
-insuffisante sur le sujet de la prévention et de la préparation des crises, mêmes si les professionnels (MISP en particulier) font le maximum pour couvrir les besoins quotidiens.***

7-Inspection-contrôle en ARS

Cette fonction d'inspection et de contrôle est, à nos yeux un levier majeur parmi les outils de régulation du système de santé. Il s'agit, certes de repérer, d'authentifier et de sanctionner des dysfonctionnements, en urgence ou « à froid », parfois suite à des plaintes des usagers. Mais l'inspection -contrôle revêt surtout une grande valeur préventive : la correction régulière d'anomalies modérées évite la constitution de situations gravissimes. La prévention de la maltraitance en institution en est un exemple simple. C'est dire toute l'importance de maintenir une fonction d'inspection-contrôle de routine, seule véritablement à même d'assurer cette mission de prévention.

A la naissance des ARS, il a été décidé que le DGARS aurait le pouvoir d'habilitation à la fonction d'inspection, ce qui pouvait apparaître surprenant dans la mesure où 80% des personnels versés aux ARS étaient des corps d'Etat statutairement formés à la fonction d'inspection. Cette habilitation ne répondant à aucune logique de besoin d'inspection supplémentaire, les syndicats des corps d'Etat ont pris conscience progressivement qu'il s'agissait plutôt d'initier une dynamique globale de retrait de la présence de l'Etat sur ce domaine dans le cadre des ARS.

Le bilan constaté depuis 3 ans est aujourd'hui désastreux. Les habilitations peinent à produire les nouveaux personnels à former (contractuels et agents de l'assurance maladie), et les programmes d'inspection, alors même que les inspecteurs d'Etat sont toujours en place, ont été considérablement allégés, ce que divers rapports (Cour des comptes, etc...) ont déjà mis en évidence, et ce que les pharmaciens inspecteurs de santé publique en particulier ont dénoncé auprès de vous.

Il apparaît désormais un nouveau questionnement sur la qualité de l'inspection/contrôle en sus de ses insuffisances quantitatives. Les personnels nouvellement habilités ne possèdent évidemment pas les qualités professionnelles des corps d'Etat, mais de plus leur habilitation locale rend leur avis très lié à la direction de l'ARS. Cette même ARS, qui ne représente plus l'Etat, se trouve elle-même en difficulté auprès des établissements quand elle doit assumer à la fois des relations partenariales (CPOM...) et un outil d'inspection/contrôle. Les conflits d'intérêts nés de recrutements trop locaux sont aussi un facteur problématique.

Ces différents aspects questionnent déjà trois ans après sur l'impréparation qui a présidé au lancement des ARS et dont la situation de l'inspection/contrôle est un exemple supplémentaire. Des voix demandent une externalisation de cette mission en lui gardant son aspect régalien. L'enjeu est bien que la sécurité de nos concitoyens soit assurée, ce qui n'est certainement plus aussi vrai qu'auparavant. Le parallèle avec les défaillances du système de pharmacovigilance (Mediator) est inquiétant dans la mesure où là aussi les aspects d'inspection sont confiés à une agence qui elle-même habilite pour ce faire des agents contractuels.

Il s'agit incontestablement d'une mission qui doit retrouver une place renforcée au sein des ARS, ou bien être exercée ailleurs, dans le cadre d'une séparation stricte entre fonctions de planification et de contrôle.

8-Faire évoluer le périmètre d'action des ARS ?

Nous avons montré les difficultés qui ont marqué la mise en œuvre des ARS. Nous avons exprimé nos inquiétudes quant à l'exercice de certaines missions, menacées par des décisions locales hors du contrôle d'un pilotage national insuffisant. Nous avons aussi expliqué que la solution résidait à nos yeux dans un rééquilibrage entre autonomie nécessaire et pilotage national tout aussi indispensable. Disons le encore plus clairement : notre préférence va au maintien d'une ARS à larges compétences complémentaires, apte, de ce fait à mener d'authentiques démarches de santé publique, autour du parcours des usagers dans notre système de santé, et cela dans le cadre fixé par une politique nationale de santé explicite et fortement pilotée.

S'il s'avérait cependant que les difficultés allaient en empirant, il serait alors peut être nécessaire de penser à une évolution de la répartition des missions. Faudrait-il faire évoluer le périmètre d'action des ARS ? La question semble d'actualité : nos collègues pharmaciens y pensent sérieusement et nous avons pris connaissance récemment d'un projet de réorganisation de l'administration sanitaire en région, élaboré sous l'autorité de la DGS. Ce projet dénommé « GRAVES », pour Groupement régional d'Appui à la Veille et à l'Evaluation Sanitaire, prévoit le regroupement au sein d'une entité spécifique des missions de vigilance et de surveillance et de gestion des risques. Le GRAVES serait lié par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à l'ARS. Ceci illustre bien l'actualité de votre questionnement.

Nous n'avons pas de réponse simple à la question. Plusieurs options sont sans doute envisageables. On peut s'intéresser au choix des activités à placer hors ARS; à leur localisation ; au lien qu'il faudra bien maintenir avec l'ARS; à la gestion des personnels concernés ... Plus qu'une discussion sur la localisation de tel ou tel service, de tels ou tels professionnels, notre exigence est celle d'une réflexion sur les objectifs, le service rendu à la population et la cohérence du projet.

9- En guise de conclusion ...

Il ne faut pas perdre de vue que le système de santé, ni même son administration ne se résument pas aux ARS. Penser la place et le fonctionnement des ARS est utile, mais cela ne suffira pas.

Et ici, nous ressentons une carence à deux niveaux :

-La faiblesse du cadre politique sanitaire.

C'est pourquoi, nous, médecins de l'Etat, nous demandons que la loi de santé publique qui doit depuis 2009 succéder à la loi de 2004 soit enfin élaborée dans une large concertation.

-La prise en compte du cadre politique général

La réforme de l'Etat retentit aussi sur les politiques de santé tant au niveau de leur définition que de leur mise en œuvre. La RGPP puis la MAP plus récemment procèdent d'un effort national pour adapter les moyens et les missions confiés à l'Etat. Dans le secteur de la santé, ces réformes ne se penchent pas sur l'impact et les conséquences causées par leur application dans les services déconcentrés reconfigurés en

ARS, alors que justement ces services nécessiteraient plus d'attention que d'autres. Soulignons que dans les ARS se sont mélangées RGPP, remodelage des relations entre l'Etat et l'Assurance maladie et évolution du pilotage du système de santé; ce qui fait beaucoup plus qu'une simple facette de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat.

La responsabilité de l'Etat est réelle aussi dans l'évaluation, a priori non envisagée, du dispositif « d'agencification » débuté en France depuis 20 ans. Son bien-fondé devrait être analysé et selon nous être aménagé. Qui est rassuré dans le cadre de la succession des crises sanitaires que nous connaissons toujours, par les éléments réglementaires d'adaptation produits par le gouvernement ? Les pouvoirs publics sont peut-être en train de perdre leur vision globale de la sécurité sanitaire, au sens le plus large au fur et à mesure que l'agencification se poursuit, étendue maintenant aux ARS.

Contact

Jacques RAIMONDEAU

Président du Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique

tel : 01 44 32 99 01

mel : jacques.raimondeau@justice.fr