

Séminaire de Toulouse, 9-10 septembre 2005

Vers une Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé (IRIS)
***Propositions pour une nouvelle organisation des missions
des Médecins Inspecteurs de Santé Publique des Services Déconcentrés***

Préambule:

Les propositions contenues dans le présent document sont issues d'une réflexion que le SMISP a commencé il y a plus de 10 ans. Elles font suite au séminaire du 9 et 10 septembre à Toulouse. Elles ne constituent qu'une étape dans une réflexion que le SMISP souhaite poursuivre avec l'ensemble des partenaires tant au sein de l'institution qu'à l'extérieur.

Le SMISP souhaite poursuivre et faire aboutir une réflexion sur une gestion prospective, qualitative des ressources humaines au service d'une politique de santé publique largement affichée par le gouvernement mais dont la mise en œuvre dans le ministère chargé de la santé est freinée. La situation actuelle de totale incohérence des organisations et de déliquescence de l'institution plaide non pas pour un attentisme coupable, mais pour des changements réels et urgents, mûrement réfléchis...

Une nouvelle ère, une nouvelle donne institutionnelle

Depuis 1996, la création des ARH et des différentes agences sanitaires a provoqué des modifications importantes dans les missions et l'organisation des services de l'Etat.

Aujourd'hui nous assistons à un bouleversement de plus grande ampleur dans le paysage de la santé publique, dans un contexte d'inégalités sociales et de santé persistantes, de multiplication des crises sanitaires, et de forte demande et implication de la société qui aspire légitimement à une meilleure protection de la santé individuelle et collective.

D'importantes réformes institutionnelles modifient fortement l'organisation et la gestion de la santé: réforme de l'Etat, Loi Organique portant Loi de Finances, Loi relative à la Politique de Santé Publique, Réforme de la Sécurité Sociale, Loi relative aux Libertés et aux Responsabilités Locales, reconcentration des missions de santé publique introduite par la nouvelle décentralisation. L'ensemble de ces textes s'oriente vers un renforcement de l'échelon régional, dans un double mouvement souvent mal défini de déconcentration et de décentralisation, mais qui doit également tenir compte du maintien des compétences à assurer au niveau local.

L'impact de ces différents textes législatifs et réglementaires sur l'organisation du système de santé est encore difficile à percevoir, mais les modifications envisagées dans la répartition des compétences entre les différents niveaux territoriaux, tant de l'Etat que des collectivités locales, va impliquer une adaptation de nos services et de l'exercice de notre métier.

Le cadre mouvant et éclaté de l'administration de la santé

Jusqu'à une époque récente, l'organisation des services de l'Etat en matière de santé souffrait de l'absence d'une définition claire, tant de la politique de santé publique que du rôle spécifique des services du ministère chargé de la santé. Cet état de fait a entraîné des déséquilibres et des dysfonctionnements préjudiciables à la santé publique.

Les créations successives d'agences sanitaires ou d'instituts ont permis de couvrir progressivement des pans de plus en plus larges de la santé publique. De multiples aspects (promotion de la santé, accès aux soins, activité libérale, sécurité sanitaire, santé environnementale, santé au travail...) sont restés placés sous la responsabilité de plusieurs instances peu ou pas coordonnées entre elles : ministères chargés de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, collectivités territoriales, Sécurité Sociale, Agences, organismes et associations diverses, etc...

La Loi relative à la Politique de Santé Publique et les différents plans nationaux témoignent de l'ambition de mener une politique de santé publique plus volontariste. De nouveaux dispositifs comme les Groupements Régionaux de Santé Publique ou le rapprochement des ARH et des URCAM devraient apporter plus de lisibilité et favoriser les coopérations au niveau régional.

Ces réformes se traduisent le plus souvent, au niveau national par le renforcement des capacités d'expertise qu'a permis la création des agences spécialisées (AFSSAPS, InVS, AFSSA, Agence Bio Médecine...), et au niveau régional par la multiplication d'instances partenariales de décision (ARH) ou de concertation (CTRI).

Actuellement aucune des structures récemment créées et en devenir au niveau régional ne dispose d'une organisation technique suffisamment étoffée et diversifiée pour répondre aux ambitions affichées. Leur capacité d'approche technique est faible, segmentée, et prend difficilement en compte l'évolution des savoirs médicaux, des connaissances sur les risques environnementaux et technologiques, et la survenue de nouveaux fléaux sociaux (les exemples sont multiples : gestion des alertes, épidémiologie d'intervention, nouvelles technologies médicales, risques industriels, exclusion, toxicomanie, etc...).

Cette dispersion et la logique verticale des relations Administration Centrale / Services Déconcentrés des ministères entraînent difficultés de fonctionnement, manque de cohérence, dilution des responsabilités, perte d'énergie et d'efficacité, circuits d'informations et de décisions manquant de lisibilité tant en interne qu'en externe, ce qui rend ingérables nombre de dispositifs récemment mis en place.

Pour s'adapter à ces modifications, les services centraux et déconcentrés du ministère sont en réorganisation permanente. La création de pôles, la mise en place de missions inter services ou interministérielles, les changements d'affectations des personnels au sein de services au périmètre variable et flou, ne font bien souvent que reproduire les rigidités et les cloisonnements. En voulant créer de la coordination en permanence, ils en oublient parfois de repenser les organisations des services par rapport à d'autres besoins (de technicité, de transparence, d'ouverture...).

Ce contexte est marqué depuis toujours par une faible représentation des corps techniques, et actuellement par une volonté de réduction des effectifs de la fonction publique, et par une diminution de l'attractivité des emplois.

C'est pourquoi les professionnels et techniciens de santé publique du ministère de la santé que sont les Médecins Inspecteurs de Santé Publique proposent de revoir les conditions d'exercice de leurs missions au sein des services déconcentrés, afin de répondre à cette nouvelle donne institutionnelle et aux nouveaux enjeux de santé publique.

Des arguments pour l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail des médecins inspecteurs de santé publique

Dans un travail commun effectué en 1996 avec les Ingénieurs du Génie Sanitaire, le SMISP s'était prononcé en faveur d'une réforme de l'organisation des services déconcentrés, avec la mise en place d'une Direction Régionale de la Santé Publique et d'une Direction Départementale de la Protection de la Santé et des Milieux de Vie.

Certes les principes qu'il y défendait ont été repris dans la rédaction de la "circulaire mission" du 11 juin 1999, et se sont retrouvés dans un certain nombre d'expérimentations régionales. Mais les difficultés d'application de cette circulaire, et l'absence de pérennisation des expériences menées, traduisent la difficulté de l'institution à engager des réformes structurelles, d'autant qu'elles mettent en question les équilibres des pouvoirs.

Dans le cadre mouvant des institutions, pour faire face à l'exigence de missions toujours plus nombreuses, les réflexions sur les organisations de nos structures restent figées. L'objet principal de ces réflexions est l'affirmation des équilibres dans les instances de régulation ou de décision, et la volonté affichée de coordination. Par contre, l'organisation du fonctionnement ou les processus qui aboutissent à l'aide à la décision sont insuffisamment pris en compte.

C'est à la résolution de ce problème que nous souhaitons contribuer en proposant plus une modification des modes de fonctionnement entre les services et les institutions qu'une réforme de ceux-ci. Cette ambition s'appuie sur les éléments de constat suivants :

1. la demande d'une plus grande technicité pour améliorer le service rendu
2. la demande d'une meilleure visibilité de l'exercice des missions
3. l'exigence d'une capacité de réponse réactive et continue
4. la conciliation des approches territoriales différentes mais cohérentes
5. l'importance des partenariats avec d'autres professionnels tant au sein des services déconcentrés qu'à l'extérieur
6. la prise en compte de la situation des effectifs de MISP, de leur isolement, et de l'insatisfaction de nombre d'entre eux sur l'exercice de leur métier.

Pour une mutualisation régionale et interdépartementale des moyens humains et des compétences

Cette réorganisation vise à mieux répondre à la mission régaliennne de l'Etat en matière de sécurité sanitaire, que celle-ci concerne la sécurité des soins ou la protection des populations. Elle poursuit également l'objectif d'assurer la cohérence des différentes politiques de santé menées à différents échelons territoriaux par des institutions différentes, dans le but d'améliorer le niveau de santé de la population et de garantir l'égalité d'accès de tous à la santé et aux soins.

Pour la mise en œuvre de ces missions, l'Etat dispose de corps techniques de professionnels de santé publique, ayant vocation à intervenir dans l'ensemble des dispositifs qui se mettent en place (services déconcentrés, agences, organismes divers).

La compétence en santé publique est multiple, elle se nourrit de métiers différents, des expériences et du travail collectif. Elle est évolutive et doit suivre les transformations sociales (phénomènes d'exclusion, maîtrise des dépenses) et technologiques (nouveaux risques, diffusion rapide des sciences et techniques), tant dans le domaine de la santé que dans celui de la connaissance de l'environnement.

Malheureusement, cette compétence n'est actuellement pas optimisée. Les professionnels sont dispersés dans de multiples structures, souvent isolés dans la réalisation de tâches multiples qui ne relèvent pas toujours de leurs métiers. Chargés de fonctions liées à la gestion plus qu'à l'exercice de pratiques techniques, ces professionnels ne peuvent répondre avec efficacité et pertinence à l'exigence de leurs missions. Ces conditions d'exercice rendent le métier difficile et peu attractif.

L'organisation que nous proposons vise à rassembler de façon fonctionnelle les Médecins Inspecteurs d'une même région au sein d'une "Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé" (IRIS), quels que soient leurs lieux d'exercice, et à définir leurs missions autour de 4 axes fonctionnels :

- ① **Veille sanitaire et de gestion des alertes**
- ② **Inspection, contrôle, évaluation**
- ③ **Organisation du système de soins et de ses relations avec les systèmes médico-sociaux et sociaux**
- ④ **Elaboration et de mise en œuvre des programmes de santé publique**

L'attribution d'une fonction régionale ou interdépartementale pourrait rester compatible avec un lieu d'exercice départemental selon la configuration locale, mais l'affectation administrative de tous les MISP à la région semble un préalable nécessaire à une juste et efficace répartition des missions.

Au sein d'une même fonction, l'équipe de MISP qui en assurera la charge aura à mener aussi bien des tâches de planification ou d'organisation, classiquement du ressort de la région, que des tâches de mise en œuvre qui nécessitent une plus grande proximité avec les acteurs implantés dans les départements.

L'individualisation au sein de l'IRIS des 4 axes fonctionnels donne une plus grande visibilité aux donneurs d'ordre et respecte les logiques introduites par la LSP et la LOLF. Elle ne signifie pas pour autant que chacun des MISP ne s'investira que dans un seul axe fonctionnel. Ce sont les logiques thématiques qui permettront de retrouver la cohérence entre programmes de santé publique et organisation des soins qui gagneront à être confiés aux mêmes personnes. La veille sanitaire et la gestion des alertes mais aussi l'inspection contrôle justifie probablement une forte individualisation de la fonction pour les équipes qui en auront la charge, permettant de garantir technicité, continuité et réactivité.

La diversité des thématiques, les évolutions institutionnelles, l'importance à donner à tel ou tel aspect sur un champ particulier, les échéances des donneurs d'ordre rendent difficile une organisation a priori au sein de l'IRIS. Ce sera le rôle du MIR et du collège de chaque région de proposer à travers cette organisation en 4 axes fonctionnelles une répartition des tâches et des nominations sur des thèmes et des fonctions qui tiendront compte du nombre de MISP, de leurs compétences, des priorités du moment et du niveau de programmation des demandes. La cohérence des thématiques sera recherchée et devrait guider cette répartition des missions entre les membres de l'IRIS notamment dans le domaine de la programmation en santé publique et de l'organisation des soins.

Pour chacun des axes fonctionnels, il importe de veiller au maintien et au renforcement du rôle des MISP dans tous les circuits d'aide à la décision en santé publique.

Nos propositions prolongent des réflexions déjà amorcées dans certaines régions et présentées au séminaire de Toulouse : Nord Pas de Calais, Alsace, Ile-de-France.

Une cohérence assurée par le MIR et le collège des MISP

Placé sous l'autorité du Médecin Inspecteur Régional, le collège des MISP assurera la cohérence des organisations et la circulation de l'information. Chaque fonction de l'IRIS sera coordonnée par un des médecins, dans le cadre d'une rotation permettant l'alternance de temps de formation, de maîtrise du sujet et de responsabilité.

Le renforcement du rôle du MIR en tant que responsable de l'IRIS devrait pouvoir être reconnu par sa participation de plein droit au CTRI. Ses capacités d'animation, de négociation, de conviction devraient être prises en compte pour sa nomination.

Son projet de management devrait également pouvoir faire l'objet d'un avis consultatif du collège des MISP avant nomination, ce qui contribuera à légitimer son rôle d'encadrement et d'animation.

Principes de base

L'organisation que nous proposons repose sur 8 principes, permettant de garantir un « service » de santé publique aux différents acteurs de la région, des départements et du niveau national :

Principe 1 : clarification

- permettre de faire la synthèse des commandes des différents donneurs d'ordre.
- augmenter la visibilité et la lisibilité de nos missions vis-à-vis de la population, des donneurs d'ordre et des professionnels de santé,

Principe 2 : technicité

- recentrer notre technicité, conformément à nos missions telles qu'elles sont décrites dans la circulaire de juin 1999 (de plus, exiger que la circulaire soit enfin appliquée dans tous les services déconcentrés, exiger que le « toilettage » en cours continue, que les Commissions Médicales et de Réforme soient prises en charge par d'autres ministères, comme l'Education Nationale),
- atteindre une masse critique sur certaines missions, mieux les répartir, se mettre en situation de mieux y répondre,
- permettre une spécialisation nécessaire sur certaines thématiques pendant un temps donné, n'excluant pas la permutation et la mobilité durant la carrière, tout en gardant un équilibre entre spécialisation et polyvalence,
- renforcer notre formation pour atteindre et entretenir cette technicité.
- assurer la continuité des missions, sans perdre la notion d'approche globale de la santé,
- assurer une répartition équilibrée entre missions d'urgence et missions de fond, entre missions régionales et départementales, trouver un équilibre entre le « non-programmé » et le « programmé », protocoliser également ce qui doit être considéré comme « non- programmé ».

Principe 3 : optimisation des ressources

- assurer un partage des savoirs, une préservation de la mémoire,
- senioriser, dans le sens d'un « compagnonnage » pour les nouveaux MISP, de la part des plus anciens ayant acquis une expérience dans leurs pratiques, et devenus référents,
- optimiser les ressources entre collaborateurs, avec secrétariat et service de documentation communs (cette optimisation ne doit pas être un cache-misère et une gestion de la pénurie).

Principe 4 : évaluation, en application de la LSP et de la LOLF

- se donner les moyens pour travailler sur une programmation avec de réels objectifs, et être jugés sur des résultats en fonction des effectifs, selon les principes de la LOLF,
- permettre une réelle évaluation des résultats avec un rendu régulier de cette organisation en CTRI,
- pour ce faire, savoir se valoriser dans la mesure de son temps, organiser et chiffrer son temps, améliorer l'outil de gestion du temps,

Principe 5 : responsabilisation individuelle

- donner aux MISP des délégations de responsabilité, à tous les niveaux de leurs missions. (exemple : pour la veille sanitaire, le MISP doit être habilité à décider et à signer).

Principe 6 : indépendance technique

- respecter les principes déontologiques et éthiques qui régissent la pratique des MISP, soumis comme tout médecin au respect du code de déontologie médicale et dont la garantie d'indépendance dans l'exercice de leur fonction technique a été rappelé dans la circulaire « mission » du 11 juin 1999.

Principe 7 : réactivité

- mettre en place une instance de décision réactive autour du MIR,
- organiser la réactivité par une permanence téléphonique ou une petite cellule réactive.

Principe 8 : communication

- être en mesure de proposer une stratégie de communication et d'argumentation sur les questions sanitaires et d'élaborer des documents d'information pertinents, répondant aux besoins locaux (population, décideurs).

- remplir de façon satisfaisante notre rôle d'interface privilégiée entre l'administration sanitaire et la population, les professionnels de santé, et les acteurs sanitaires locaux (associations, institutions diverses).

Mise en oeuvre

Ce dispositif doit demeurer souple et modulable, afin de s'adapter à tout nouveau problème de santé publique, et répondre aux besoins de la population. Il ne peut être uniforme sur toutes les régions françaises, car celles-ci ont différentes réalités géographiques, démographiques et administratives.

La mise en place d'un tel schéma de fonctionnement exige :

que la "circulaire mission" de 1999 soit appliquée,

que soit mise en place une politique de recrutement de collaborateurs techniques ayant vocation à intégrer l'IRIS (Infirmiers de Santé Publique notamment), comme cela était prévu dans cette même circulaire

que chaque fonction soit dotée d'une certaine autonomie en termes de secrétariat

que tous les MISP soient administrativement affectés à l'IRIS

Des étapes et une progressivité pour parvenir à la configuration décrite sont concevables. La notion d'inspection régionale et « interdépartementale » permet une certaine souplesse qui peut être exploitée localement. Chaque région et collège régional de MISP est invité à adapter ces propositions aux spécificités et besoins locaux à faire part de ses réflexions, notamment sur le forum de discussion du SMISP :

www.smisp.fr/forum