

**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 la
santé publique (MISP)**

Rapport présenté par :

Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n°RM2006 141A
Septembre 2006***

SOMMAIRE

1. UNE ADAPTATION PERMANENTE DES MISSIONS LIÉE À L'HISTOIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	4
1.1 LA DIVERSITÉ THÉMATIQUE : HYGIÈNE-SANTÉ/PLANIFICATION/PRS/SÉCURITÉ SANITAIRE.....	4
1.2 UNE PRÉSENCE SUR TOUT LE CHAMP SANITAIRE ET SOCIAL	5
1.3 UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ADDICTIONS	5
2. UNE PLACE PARADOXALE DANS LES ORGANISATIONS.....	7
2.1 UNE DÉVALORISATION RELATIVE DE LEUR VISIBILITÉ INSTITUTIONNELLE, MAIS UN ACCÈS À DES INSTITUTIONS NOUVELLES	7
2.1.1 <i>Le déclassement progressif en DDASS.....</i>	7
2.1.2 <i>Le maintien d'une inspection régionale de la santé</i>	8
2.2 UNE PRÉSENCE ET UNE RESSOURCE RECONNUES INDISPENSABLES, SOUMISES À UNE FORTE CONCURRENCE D'EMPLOI	9
2.3 BIEN QU'ILS SE SOIENT ADAPTÉS, LEUR APPORT PERSONNEL APPARAÎT MOINS CLAIREMENT	10
2.3.1 <i>Les MISP ont généralement su tirer parti des conditions d'organisation et de fonctionnement des services.....</i>	10
2.3.2 <i>Des critiques croissantes sur la spécificité de leur apport.....</i>	11
3. LES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT SONT DÈS AUJOURD'HUI PERCEPTIBLES POUR LES MÉDECINS INSPECTEURS	12
3.1 LA THÉORIE : UN CONCOURS PROPOSÉ AVANT TOUT AUX INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE	12
3.2 LA RÉALITÉ : UN RECRUTEMENT QUASI EXCLUSIF PAR LA VOIE DÉROGATOIRE	12
3.2.1 <i>La mesure du phénomène.....</i>	12
3.2.2 <i>Une variété croissante des profils d'origine</i>	13
3.2.3 <i>Un désintérêt des internes de santé publique pour ces fonctions.....</i>	14
3.2.3.1 Les raisons sont multiples.....	14
3.2.3.2 Une raison plus fondamentale : le décalage entre l'université et les praticiens particulièrement prononcé en santé publique	14
3.2.4 <i>L'Ecole de la santé éprouve des difficultés à intégrer les reçus</i>	15
3.3 CES DIFFICULTÉS VONT S'AGGRAVER.....	15
3.3.1 <i>L'impact de la pyramide des âges du corps :.....</i>	15
3.3.2 <i>Les suites de la nouvelle réforme des études médicales :.....</i>	16
3.3.3 <i>Un contexte démographique défavorable.....</i>	16
4. UN STATUT INSUFFISAMMENT ATTRACTIF.....	18
4.1 UN STATUT BIEN PLACÉ PARMI LES MÉDECINS FONCTIONNAIRES, EN DÉCROCHAGE SUR LES CONDITIONS D'EMPLOI DES PRATICIENS HOSPITALIERS	18
4.2 UN ÉMIETTEMENT DES CONDITIONS D'EMPLOI DES MÉDECINS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES ..	19
4.2.1 <i>Un recours croissant à diverses catégories de contractuels</i>	19
4.2.2 <i>Les MISP disposent d'un choix de postes au sein de l'administration de la santé</i>	20
5. DES VOIES D'AMÉLIORATION.....	22
5.1 UTILISER LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LA LOLF.....	22
5.2 ETENDRE LE VIVIER	22
5.2.1 <i>Renoncer aux pratiques malthusiennes.....</i>	22
5.2.2 <i>Face à une mobilité impossible vers les régions défavorisées, poursuivre les recrutements de contractuels</i>	24
5.2.3 <i>Faciliter le recrutement des médecins titulaires</i>	25
5.3 REVALORISER LE STATUT ET LES CONDITIONS DE CARRIÈRE	26
5.3.1 <i>Par la création d'un statut de praticien de santé publique</i>	26
5.3.2 <i>A défaut, agir par le reprofilage du corps.....</i>	27
5.3.3 <i>Ne pas négliger l'outil des primes.....</i>	28
5.3.4 <i>Mettre en valeur les possibilités de prise de responsabilité</i>	28
5.4 TRANSFORMER L'APPROCHE DE LA FORMATION.....	28
5.4.1 <i>Transformer l'internat de santé publique.....</i>	28
5.4.2 <i>Rendre effective la formation continue.....</i>	29

5.4.3	<i>Préparer l'évaluation des pratiques professionnelles.....</i>	31
5.5	FACILITER L'EXERCICE DU MÉTIER	32
5.5.1	<i>Recentrer, revisiter et alléger les missions.....</i>	32
5.5.2	<i>Utiliser les outils de communication professionnelle.....</i>	33
5.5.3	<i>Organisation services : passer d'une mutualisation subie à une régionalisation volontariste.....</i>	33
5.5.3.1	Dans la première catégorie, on trouve officiellement trois régions :.....	34
5.5.3.2	De la deuxième catégorie ressort le projet avorté de mutualisation porté en région Ile-de-France.	34
5.5.3.3	Les initiatives dans les régions bi-départementales	35

ANNEXES

MISP : un métier en voie de disparition ?

Cette question provocatrice se fonde sur une réelle inquiétude en raison :

- de la faiblesse numérique du nombre de postes mis au concours (50 entre 2001 et 2003 mais 23 en 2005 et 10 en 2006)
- de l'écart entre les règles d'accès de droit commun prévues par leur statut et les conditions réelles d'entrée dans la profession
- de l'ancienneté des questions de fond (missions, positionnement dans les services, conditions d'emploi) qui ne sont toujours pas réglées alors que le contexte concurrentiel (revalorisation des professions médicales) et démographique est appelé à se dégrader.

1. Une adaptation permanente des missions liée à l'histoire de la santé publique

Dans sa définition actuelle, issue de l'article 2 du décret statutaire du 7 octobre 1991, les MISP ont un cadre de mission très large :

« Les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, 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 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 chargé d'études et de missions spéciales.

Ils peuvent être associés à l'enseignement, 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 ».

1.1 La diversité thématique : hygiène-santé/planification/PRS/sécurité sanitaire

Nés dans le champ de l'hygiène publique (loi du 15 février 1902), rattachés au ministère de l'Intérieur, comme service de contrôle des bureaux municipaux d'hygiène, créé à l'initiative des préfets, les MISP ont accompagné toutes les phases de l'évolution de la santé publique au sein de notre ministère. Le ministère de la santé (« hygiène, assistance et prévoyance sociale ») est créé à la suite de l'épidémie de grippe espagnole de 1918.

L'extension au champ sanitaire et médico-social est initiée sous Vichy, confirmée par les statuts successifs des MISP (1949¹, 1964², 1973³, 1991⁴) et les textes sur l'organisation des services (instruction du 21 juin 1977 sur la mise en place des DRASS et des DDASS) et définissant leurs missions (notamment celle du 27 janvier 1997⁵).

Le mouvement de construction et d'unification des services entamé en 1964 s'est trouvé contrecarré par les deux phases de décentralisation de l'action sociale (1984-2004) et la création d'agence spécialisée soit autour des services (type ARH) soit à l'extérieur (type agences sanitaires) dans lesquelles les MISP ont trouvé de nouvelles formes d'exercice plus thématique et plus spécialisé.

¹ Décret n° 49-962 du 16 juillet 1949 portant règlement d'administration publique pour l'organisation et le statut du corps de l'inspection de la santé

² Décret n° 64-787 du 30 juillet 1964 relatif au statut particulier du corps des médecins de la santé publique

³ Décret n° 73-417 du 27 mars 1973 relatif au statut particulier du corps des médecins inspecteurs de la santé

⁴ Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique

⁵ Circulaire 97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des drass et ddass

1.2 Une présence sur tout le champ sanitaire et social

La particularité des MISP par rapport à leur homologues de l'action publique, qu'il soient au service de l'Etat (médecins conseil de l'Education nationale) ou des collectivités locales (médecins territoriaux) est d'être les seuls susceptibles d'intervenir sur l'ensemble du champ sanitaire et social, en interface avec un très grand nombre d'institutions et de professionnels⁶.

Cette caractéristique, également source de la définition des services, permet, sans la garantir, une continuité des prises en charge pour les usagers que chacun cherche à organiser, pour des raisons d'efficience collective comme de qualité du suivi individuel.

Par leur formation à la médecine et à la santé publique, les MISP sont particulièrement bien placés pour penser l'organisation sous forme de parcours de soins, indépendamment de la logique d'organisation de financement qui prévaut. Faute de trouver des réalisations suffisantes, cette ambition s'est incarnée dans les projets de réseaux qu'il ont contribué à créer dans le domaine des cancers, de la périnatalité ou des addictions pour améliorer le suivi des malades au sein et entre les établissements mais aussi hors de l'hôpital, en secteur médico-social et à domicile.

Ce sont eux qui ont porté la conception et la mise en œuvre des premiers SROS, faisant le lien entre des préoccupations de planification et de prise en charge optimale, quel que soit le territoire de vie des populations. Plusieurs d'entre eux ont su mettre en pratique des techniques de gestion de projets complexes, des méthodes de sélection des priorités, appliquées au secteur sanitaire comme quelques années plus tard à celui des programmes de santé.

Au total, il n'y a guère de domaine qui échappe à l'intervention d'un MISP dans le fonctionnement des services déconcentrés : planification, évaluation, gestion d'une crise, inspection, choix d'affectation de moyens financiers ou humains, tout fournit l'occasion de mobiliser un avis médical. C'est au niveau individuel que l'intervention prend les formes les plus ambiguës – les plus reconnues et les moins évidentes – au regard du cœur de métier puisqu'on touche aux limites de l'apport utile d'un praticien qui n'a plus de pratique clinique : avis sur l'état de santé des étrangers en demande d'admission au séjour ou sans papiers en grève de la faim.

1.3 Une attention particulière à l'accès aux soins et aux addictions

La loi du 30 juillet 1998 de lutte contre les exclusions et les textes subséquents (loi CMU⁷ et SRU⁸) a profondément marqué les services des affaires sociales, par son ambition, la nouveauté des approches et la prise en main par un certain nombre d'acteurs des carences de l'intégration sociale. Agissant comme un véritable révélateur d'une certaine identité des

➤ —————
⁶ Cette capacité à se situer aux interfaces et dès lors à faire émerger de nouveaux dispositifs ou pratiques innovantes est bien explicitée par la note transmise par les MISP de la DRASS d'Alsace (annexe 1) ; même si la mission ne partage pas la conviction des signataires sur une présence durable de l'Etat sur le champ médico-social tenu des évolutions déjà actées, elle souligne l'intérêt de ces prises de position à la croisée des compétences.

⁷ Loi n° du 12 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle.

⁸ Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains

services déconcentrés et une manifestation grande nature de la démarche de santé publique⁹, elle a suscité une très forte implication des différents corps administratifs et techniques du ministère (médecins, ingénieurs, conseillers techniques).

Le croisement avec des problèmes de santé publique apparus (Sida) ou redécouverts à travers les diagnostics santé territoriaux (observatoires de la santé, conférences régionales) ont conduit au développement de programmes de santé à l'intérieur desquels les MISP ont particulièrement travaillé la thématique des addictions dans laquelle la dimension des inégalités culturelles et sociale est toujours un des facteurs déterminants de l'écart à la moyenne ou de la mise en danger de sa santé.

Au fond, la véritable spécificité des MISP par rapport aux autres catégories de médecins intervenant dans la régulation collective est leur capacité à prendre en compte la nécessité de la prévention et à se saisir de la dimension sociale des problèmes, alors que la technicité croissante des réponses apportées par les soins dans le champ de la santé incite à négliger ces aspects.

Indispensable à porter pour que l'accès aux soins ne reste pas virtuel ou par trop inégalitaire, cette approche de la santé publique est dès lors mue, non par des préoccupations idéologiques, mais par un souci permanent d'efficacité des politiques de santé menées¹⁰.

Au total, la répartition du temps de travail des MISP entre les différentes missions ne fait pas apparaître de bloc dominant mais une série de pôles d'intervention. A titre d'exemple pour l'Alsace¹¹, les activités en 2005 pouvaient être regroupées en cinq blocs, soit, par ordre décroissant : la régulation du système de soins à 22%, les politiques de santé à 20%, la prévention et la gestion des crises à 17%, la régulation du système médico-social à 10% et le contrôle à 7%. Le solde couvre le fonctionnement du service et les activités d'intérêt général.



⁹ Le saturnisme, d'abord perçu comme une maladie exceptionnelle frappant une dizaine de personnes par an dans ses formes les plus graves (et susceptible d'être traitée par chélateur qui améliore l'état sans modification de l'environnement), est devenu par simple changement de regard un problème de santé publique concernant potentiellement 85 000 personnes dans une forme asymptomatique et nécessitant l'utilisation de nouvelles techniques épidémiologiques et la mobilisation d'acteurs associatifs; de même, l'explication pseudo culturelle sur la prédisposition des enfants africains a laissé place à une analyse mettant en exergue les difficultés d'accès au logement social pour des immigrés bloqués dans des logements vétustes, voire insalubres.

¹⁰ Pour prendre un seul exemple, chacun sait qu'une campagne de dépistage du cancer du sein doit être menée de façon adaptée pour des femmes qui, du fait de leurs références culturelles, de leurs - conditions de vie ou de leur - éloignement des centres de santé, ne seront - impliquées que par des modes de contact - appropriés.

¹¹ Une des rares structures à suivre un décompte temps régulier.

2. Une place paradoxale dans les organisations

2.1 Une dévalorisation relative de leur visibilité institutionnelle, mais un accès à des institutions nouvelles

2.1.1 Le déclassement progressif en DDASS

L'histoire des MISP est marquée par une dégradation de leur positionnement apparent dans les services déconcentrés. Jusqu'à la réforme de 1964 créant les DDASS par regroupement des services sanitaires et sociaux (santé et population) et de la santé scolaire, les médecins inspecteurs de la santé (MIS) assuraient les fonctions d'encadrement de la direction départementale de la santé (dénommée inspection départementale de la santé), sous l'autorité directe du préfet¹².

Cette réforme, qui marque la naissance des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, marque aussi la fin de l'autonomie organisationnelle dont bénéficiaient les MISP. Elle demeure pour nombre de médecins la marque d'un déclassement, renforcé à l'époque par des nominations très peu nombreuses¹³ dans les nouvelles fonctions de directeur départemental.

Ce mouvement a été accentué à la fin des années 80 avec la création de pôles santé, offrant de nouveaux débouchés fonctionnels aux chefs de service, mais constituant un nouvel échelon hiérarchique pouvant faire écran avec le directeur¹⁴.

Au cours des années 90, le souci d'associer plus directement les corps techniques aux politiques menées dans les services, d'être présent sur l'ensemble du champ sanitaire et social, de retrouver une maîtrise de l'organisation après la création des ARH, a incité nombre de directeurs départementaux à faire éclater les cellules de l'inspection de la santé pour affecter leurs membres auprès des différents services.

Un exemple d'organisation intégrée : la DDASS des Alpes maritimes

La nouvelle direction a mis en place une organisation qui va au bout de la logique d'insertion complète des médecins dans les services. Depuis janvier 2006, les six médecins de la DDASS des Alpes maritimes, placés sous l'autorité de la directrice adjointe du pôle santé, sont rattachés fonctionnellement aux pôles d'activité (santé, cohésion sociale ou ressources), avec un domaine général d'intervention et un ou plusieurs domaines thématiques

¹² Peu de chefs de service des affaires sanitaires et sociales regrettent cette époque au cours de laquelle un MISP pouvait se retrancher derrière son rattachement direct au préfet pour refuser de transmettre toute information au DDASS.

¹³ A l'inverse, plusieurs cadres de préfecture purent accéder à ces nouvelles responsabilités. Ce double mouvement conduisit le directeur général de la santé de l'époque à démissionner.

¹⁴ Le SMISP, syndicat autonome, le plus représentatif des MISP, a longtemps revendiqué l'accès direct au directeur. cf. tract 4 déc. 2001

L'équipe médicale compte six médecins aux profils très diversifiés :

- un médecin de santé scolaire et de PMI ; recruté à la DDASS en tant que contractuel, il est responsable d'une équipe veille sanitaire (1B et 2C) ; il suit à ce titre les maladies à déclaration obligatoire, la sécurité sanitaire dans les établissements, les plans de secours et les études épidémiologiques
- un médecin territorial en détachement, en charge de la politique de santé publique ; responsable du PRSP, du plan cancer et des addictions en tant que domaine général d'intervention, il suit également deux dossiers thématiques sur les maladies rares et le plan national de lutte contre les violences ;
- un MISP (depuis 99), ex gynéco obstétricienne, pendant 10 ans, reconvertie à la santé publique après des séjours dans l'action humanitaire et l'obtention de plusieurs diplômes de santé ; pour le pôle santé, elle suit les établissements psychiatrie, le volet contraception du PRSP, les laboratoires d'analyse médicale, les relations avec le Conseil de l'Ordre et gère les avis d'admission au séjour pour raison médicale concernant des étrangers malades ; pour le pôle cohésion sociale, elle suit et contrôle les établissements pour personnes handicapées ; sa thématique de spécialisation couvre la santé mentale et le volet périnatalité du SROS,
- un médecin détaché, praticien hospitalier en hygiène hospitalière, responsable du suivi contrôle des établissements de santé du territoire de santé ouest du département, des dossiers santé environnementale ; des thématiques : réanimation, PMSI et télémédecine,
- un MISP, en charge pour le pôle santé des plaintes sur professionnels de santé libéraux, des centres de soins et de santé, pour le pôle cohésion sociale du suivi et contrôle des EHPAD et pour le pôle ressources des dossiers de comité médical ou commission de réforme ; des dossiers thématiques : douleur et soins palliatifs, HAD et volet personnes âgées du SROS
- un MISP en congé de longue maladie était affecté sur le contrôle et suivi de tous les autres établissements de santé du territoire de santé Est et de la plupart des volets SROS non traités par ailleurs ; ses attributions ont dû être réparties sur les autres membres de l'équipe

Ce type d'organisation a pour principal mérite de rendre effective et crédible la transversalité des analyses et des regards rendus indispensables par la complexité des politiques et le cloisonnement des structures. Pour ne pas être vécu par les médecins comme une perte de repères et une banalisation de leur concours, il doit s'accompagner de fiches de postes précises, d'une définition des modes de collaboration avec les personnels administratifs (ne serait-ce que pour les modalités de recours aux secrétariats), d'une prévision des temps de travail consacrés à chaque pôle et d'une évaluation permanente pour en lisser les aspérités et susciter l'adhésion sans arrières pensées sur les positions respectives des différentes catégories de personnel. Il faut enfin que l'équipe médicale soit dotée d'un coordonnateur qui soit chargé des interfaces avec les services et la direction et d'assurer la permanence d'équipe. Faute pour les médecins d'accepter cette prise de responsabilité, les médecins courent le risque d'une banalisation de leur place dans les DDASS, au détriment de l'intérêt de tous.

2.1.2 Le maintien d'une inspection régionale de la santé

En revanche, la réforme de 1964 a institué une inspection régionale de la santé avec à sa tête un médecin inspecteur régional, le MIR. Ce service a perduré dans toutes les DRASS, à l'exception de l'Aquitaine, mais a souvent intégré les pôles santé¹⁵ placés sous la responsabilité d'un IPASS (inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales) ou d'un directeur adjoint, avec un contenu de responsabilité variable s'agissant du MIR¹⁶.

¹⁵ Alsace, Poitou Charente et Rhône Alpes ont maintenu un service de l'IRS sans pôle santé officiel, le MIR jouant de fait ce rôle.

¹⁶ Les directeurs ont le plus souvent privilégié l'animation des pôles santé par des chefs de service issus du corps des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, en position de directeur adjoint, sur emploi fonctionnel. Les MIR qui ont craint cette position par ce qu'elle représentait comme risque de perte d'indépendance et de contrainte sur la mobilité, se sont vus ainsi progressivement concurrencés par les cadres administratifs sur le

C'est à ce niveau que les missions sont restées les mieux identifiées : planification, gestion des professionnels de santé (internat, statut des PH), inspection contrôle des établissements, conception et mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

2.2 Une présence et une ressource reconnues indispensables, soumises à une forte concurrence d'emploi

Pas un des interlocuteurs rencontrés par la mission n'envisage de se passer de médecins de santé publique dans les services déconcentrés. Tous les donneurs d'ordre ont besoin de médecins qui soient des agents public, dotés de aux compétences généralistes, capables d'étayer une décision ou de conforter un discours à portée sanitaire. Tout au plus raisonnent-ils clairement, quand ils en ont le choix au sein des ARH, sur la base d'une compétition de moins en moins implicite entre médecins de l'Etat, de l'assurance maladie et des hôpitaux.

Mais la ressource disponible dans les services déconcentrés est obérée par les possibilités nouvelles d'emploi liées à la création des agences sanitaires depuis 1999. Les effectifs budgétaires des sept nouvelles agences créées dans les années 90¹⁷ - sont passés de 1 553 en 1997 à 10 638 en 2000¹⁸. Dans le même temps, les effectifs de la DGS ont également augmenté ; à champ de compétences équivalent¹⁹, le nombre d'agents de la direction est passé de 279 en 1999 à 369 en 2002, dont 44 cadres A supplémentaires, soit près d'un tiers en quatre ans.

L'administration centrale entretient à cet égard une attitude non dépourvue d'ambivalence vis-à-vis des DDASS et des DRASS. Sans parler de la DHOS qui a privilégié longtemps une relation exclusive avec les ARH, la DGS doit partager ses services déconcentrés avec d'autres directions, à l'inverse du système de moyens dédiés, pour partie mis en œuvre au sein du GIP ARH, mais surtout systématisé au sein des agences sanitaires nationales. Si l'importance donnée aux programmes de santé a donné du sens à l'action des services, d'abord au niveau régional, puis désormais au niveau départemental, grâce aux bases posées par les ordonnances de 1996²⁰ et en réaction à la deuxième décentralisation, la concurrence d'usage sur les moyens crée des tensions, à un double niveau :

- les MISP, principalement destinés à travailler en service déconcentré, servent également en administration centrale. Sur les 400 postes actifs de MISP, près de 60 sont en centrale, pour l'essentiel à la DGS. Dans les avis donnés par la CAP sur les mutations des MISP, l'offre de postes à la DGS est au minimum d'une dizaine, deux fois par an.. De même, l'offre est encore plus importante dans les agences ; sur le site du ministère, on dénombre à ce

➤ terrain de la santé publique qu'ils estimaient le leur, malgré les affirmations inverses sur l'ouverture à tout professionnel.

¹⁷ Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI) regroupé avec l'institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN)° au sein de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)°, l'établissement français des greffes (EFG) transformé depuis en agence de biomédecine, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) dont les missions ont été reprises par la Haute autorité de santé, l'institut national de veille sanitaire (InVS), l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), l'établissement français du sang (EFS) ; l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)°.

¹⁸ Source rapport public annuel 2004 Cour des comptes

¹⁹ Du fait de la réforme de 2000 par laquelle plusieurs attributions ont été transférées à la DGS

²⁰ Amplifiées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, puis par celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

jour²¹ 26 propositions de postes à l'InVS, 45 à l'AFSSAPS et 9 à la HAS. Ces postes ne sont certes pas réservés aux MISP, ni même à des médecins, et sont loin d'être intégralement pourvus; ils participent également à l'enrichissement des carrières des MISP qui acceptent une mobilité, en renforçant une dimension d'expertise appréciée et les possibilités de carrière alternative. Mais cela se fait souvent au détriment de l'équilibre interne des services déconcentrés, surtout pour les plus proches en Ile de France²² ;

- à l'inverse, en partie de ce fait, mais surtout pour accroître les capacités d'expertise technique, les administrations franciliennes tendent à recruter un nombre croissant de praticiens hospitaliers. Hormis les fonctions d'encadrement qui ne répondent pas à la même logique, l'accès aux postes techniques fait désormais l'objet d'une compétition accrue entre les familles de médecins, accroissent le malaise déjà décrit sur les conditions d'emploi des MISP en administration centrale²³.

2.3 Bien qu'ils se soient adaptés, leur apport personnel apparaît moins clairement

2.3.1 Les MISP ont généralement su tirer parti des conditions d'organisation et de fonctionnement des services.

Conscients de l'inégalité des ressources selon les professions, ils ont appris à travailler en binôme avec les inspecteur des affaires sanitaires et sociales, selon des formes de plus en plus approfondies et systématiques dans les quelles les deux parties trouvent de l'intérêt. Il n'y a guère de secteurs exclus, puisqu'on trouve des modalités de travail organisées au sein de l'ARH (planification et allocation de ressources), en santé publique (crédits promotion de la santé), pour le secteur médico-social (inspections conjointes par exemple) mais aussi dans des domaines qui traditionnellement relevaient des seuls médecins, tel l'internat.

Le travail conjoint est paradoxalement moins avancé avec les pharmaciens, en raison d'orientations de missions mais aussi de perceptions du travail sensiblement différentes, les uns valorisant une approche de contrôle systématique et procédurée, les autres ayant une vision beaucoup plus large et souple de la santé publique. Le Phisp est avant tout inspecteur, le Misp est essentiellement administrateur de la santé, d'où une relation à la décision administrative beaucoup plus intégrée dans le dernier cas.

Avec les ingénieurs, la collaboration s'est progressivement organisée autour des questions environnementales (en particulier le volet sanitaire des études d'impact) ou d'hygiène hospitalière (légionnelle par exemple). Le binôme serait plus efficace s'il regroupait l'ingénieur départemental et un médecin du niveau régional, ce dernier pouvant acquérir une plus forte expertise pour des dossiers sur lesquels il n'est mobilisé qu'épisodiquement.

²¹ Mi juin 2006

²² Le taux de sortie des franciliens est le plus élevé des régions françaises. Aux sollicitations déjà décrites s'ajoutent des opportunités pour travailler dans les organisations internationales (OMS, Union européenne) auprès desquelles la présence de MISP pour participer à la représentation de la France et de ses intérêts est aussi nécessaire.

²³ Les systèmes d'action locaux des médecins inspecteurs de santé publique : rapport de recherche ENSP janvier 2004.

2.3.2 Des critiques croissantes sur la spécificité de leur apport

Ce n'est pas un hasard si les missions à orientation individuelle telles que les avis sur étrangers malades reprennent de l'importance ; au-delà du problème sanitaire et social qui est posé, l'implication des MISP dans ce dossier n'a pu se faire aussi naturellement que parce que leur métier de base apparaît plus flou et contesté. Cette question peut, de bonne foi, être considérée comme une bonne manière de mobiliser les MISP, à l'interface entre pouvoir médical et administratif.

Des interrogations fréquentes, parfois des critiques, se font jour sur l'apport des MISP au fonctionnement du système. Même si elles s'expliquent le plus souvent par des facteurs structurels qui leurs sont extérieurs, ces interpellations sont l'occasion d'une remise en question du positionnement du corps, et parfois de certaines limites individuelles

Ainsi, le relatif étiement de la compétence technique fait directement référence au profil des nouveaux entrants, plus fréquemment issus de l'humanitaire que de l'hôpital et à la très grande faiblesse de la formation continue au long de la carrière. La tendance à se disperser sur de multiples sujets se fait d'abord sur sollicitation des autorités, et au corps défendant de l'intéressé, avant de devenir parfois un système de choix. La survalorisation des questions sociales prend racine dans les expériences antérieures à l'entrée dans le corps mais sont directement fondées sur le refus, plus ou moins explicite de bon nombre de responsables d'inclure la grille de lecture sociale dans les problèmes de santé ; l'un rassure bien plus que l'autre par des réponses techniques, financières et médiatisées.

Dans un contexte d'émiettement du temps et des dossiers pour tous, et d'épuisement pour un trop grand nombre, le retrait de l'arène du débat est probablement le symptôme le plus achevé du malaise collectif. Alors qu'une des fonctions spécifiques au médecin est sa faculté et parfois son devoir d'interpeller les institutions, ce silence doctrinal n'est pas un signe positif, ni pour l'avenir du corps, ni pour celui des services.

3. Les difficultés de recrutement sont dès aujourd'hui perceptibles pour les médecins inspecteurs

3.1 La théorie : un concours proposé avant tout aux internes de santé publique

Le décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 portant statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique prévoit classiquement, l'ouverture de deux concours de recrutement distincts :

a) Le premier concours est ouvert aux médecins âgés de moins de quarante-cinq ans au 1er janvier de l'année du concours, titulaires de l'un des diplômes désignés ci-après :

1° Diplôme d'études spécialisées de santé communautaire et médecine sociale ;

2° Diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale ;

3° Certificat d'études spéciales de santé publique ;

4° Diplôme, certificat ou autre titre qui, délivré conformément aux obligations communautaires par un Etat membre des communautés européennes, permet en France l'inscription sur la liste de la spécialité de santé publique et médecine sociale par application du règlement de qualification des médecins approuvé par arrêté.

A titre exceptionnel, les candidats à ce concours ne possédant pas un des diplômes requis mais pouvant justifier d'une formation ou d'une expérience en santé publique peuvent déposer une demande spéciale de dérogation auprès d'une commission qui statue au vu de leur dossier sur leur capacité à concourir. La composition et les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

b) Le second concours est ouvert aux médecins fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ainsi qu'aux médecins en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale, justifiant au moins de trois années de services effectifs en cette qualité au 1er janvier de l'année du concours.

La proportion des emplois offerts à chacun des deux concours est fixée à 80 p. 100 pour le premier concours et à 20 p. 100 pour le second concours.

Les emplois mis aux concours qui ne seraient pas pourvus par la nomination de candidats de la catégorie correspondante peuvent être attribués dans leur totalité aux candidats de l'autre catégorie.

3.2 La réalité : un recrutement quasi exclusif par la voie dérogatoire

L'alinéa d'exception fonctionne en fait comme la voie quasi systématique d'entrée à l'ENSP. L'internat de santé publique qui devait constituer la voie naturelle d'alimentation du corps ne joue pas du tout ce rôle de vivier.

3.2.1 La mesure du phénomène

Le tableau ci-dessous montre clairement les difficultés que rencontre le ministère pour recruter des MISP :

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
postes offerts	20	45	40	30	24	50	50	50+50	45	23
présents au concours	60	70	65	51	31	69	65	46+46	42	34
postes pourvus	20	22	31	30	20	26	27	27+27	23	23
% admis/candidats	33	31	47	59	64,5	37,6	41.5	58.7	54.7	67.6
voie dérogatoire ²⁴	Pas de chiffre	Pas de chiffre	Pas de chiffre	tous	tous	17/19 concours externe	20/22 concours externe	Quasi totalité des candidats		

Ce tableau montre que, depuis 1997, le pourcentage de reçus rapporté au nombre de candidats est très élevé, signe d'une faible sélectivité du concours, et que ce taux ne cesse de croître (1/3 en 1997 et plus de 2/3 huit ans plus tard).

Par ailleurs, le nombre de candidats admis a presque toujours été inférieur au nombre de postes offerts, ce qui témoigne d'un niveau considéré comme insuffisant pour nombre de candidats.

Les reçus issus de la voie dérogatoire représentent la quasi totalité des lauréats du concours.

3.2.2 Une variété croissante des profils d'origine

En longue période, on constate depuis vingt ans un vieillissement de l'âge moyen des promotions, une explosion des candidatures issues de la coopération, une hausse des effectifs de médecins scolaires et une chute des médecins généralistes²⁵. Plus récemment, les candidatures en provenance des collectivités territoriales augmentent, que ce soit en voie directe ou par détachement.

Cette variété des profils est d'abord une chance pour le corps qui bénéficie ainsi d'expériences très diversifiées, bien adaptées à la variété des missions. C'est aussi un handicap, pour mettre en avant des compétences métier suffisamment identifiées qui puissent répondre à des besoins très affirmés sur des spécialisations thématiques de type sécurité sanitaire.

La CAP des MISP témoigne de ces hésitations quand elle est consultée²⁶ sur les projets de détachement entrants. Les fonctions exercées en santé scolaire, en PMI ou en collectivité ne sont pas suffisantes pour justifier une entrée dans le corps des MISP, en l'absence de diplôme de santé publique, de type universitaire par exemple.



²⁴ La voie dérogatoire ne s'applique qu'aux recrutements par concours externe, car le concours interne est ouvert aux médecins ayant 3 ans de services publics

²⁵ La variété des diplômes n'est pas moindre. Sur quatre promotions (1997 à 2001) représentant 104 personnes, on compte 25 diplômes universitaires, 10 DESS, 11 DEA de santé publique, pour les catégories les plus importantes, mais aussi 16 dépourvus de tout diplôme dans ce domaine.

²⁶ Il convient de rappeler, ici aussi, que les commissions administratives paritaires ne donnent que des avis. Très utiles pour confronter les informations et opinions, construire un consensus, leur avis partagé n'interdit pas à l'administration de prendre une position distincte de celle émise par les représentants des agents. Elle le fait en tant qu'employeur, en charge des intérêts de l'administration et du corps à moyen terme et comme décideur à qui il revient la responsabilité de trancher.

3.2.3 Un désintérêt des internes de santé publique pour ces fonctions

3.2.3.1 Les raisons sont multiples

En 1995, le MIR de Basse Normandie (François PIEDNOIR) avait rédigé un rapport sur la situation des MISP qui incluait une étude sur le devenir de 171 diplômés en santé publique à la fin de l'année 1993 et en rendait compte ainsi :

« Contrairement aux espoirs, seuls cinq d'entre eux sont devenus médecins inspecteurs. Le choix des internes de santé publique au dernier semestre 1994 : 23 des 26 postes de stage semestriel proposés en service déconcentré étaient pourvus ; Pourtant ils ne deviendront pas médecins inspecteurs pour plusieurs raisons :

- les stages ne sont pas idéalement encadrés
- le mépris de l'administration et la « honte » de devoir s'y associer
- un positionnement institutionnel des médecins inspecteurs trop flous
- le refus de suivre la formation à Rennes
- la volonté de choisir sa résidence
- la formation des internats reste trop hospitalière (hygiène, une formation médicale et épidémiologie)
- la formation à la santé publique reste incomplète
- beaucoup sont trop jeunes, n'ont pas encore résolu leurs fantasmes de thérapeutes..
- ..ni leurs fantasmes du pouvoir ; 99 % des étudiants en médecine évoluent dans les milieux favorisés²⁷ alors que les priorités de santé publique sont ailleurs dans les besoins des chômeurs de sans domicile fixe etc.
- ils risquent de devenir des technocrates »

3.2.3.2 Une raison plus fondamentale : le décalage entre l'université et les praticiens particulièrement prononcé en santé publique

Comme le remarque le Pr. Jacques HARDY²⁸, « en France, la santé publique n'est pas une discipline universitaire, contrairement à ce que pourrait laisser penser l'organisation de la section 46 du Conseil National des Universités²⁹ mais un champ d'actions et d'études reposant sur une approche globale de la santé de la population, dont les déterminants sont multiples et interdépendants. Il existe bien des professeurs et des maîtres de conférence de santé publique mais ils sont le plus souvent médecins. L'enseignement de la santé publique s'est organisé en France à l'intérieur des facultés de médecine, à la différence d'autres pays.

²⁷ Dans une livraison récente (Etudes et résultats juin 2006), la DRESS indique que 45 % des médecins ont un père cadre supérieur contre 29 % parmi l'ensemble des cadres supérieurs.

²⁸ Universitaire, professeur de droit public, chargé de mission pour la création de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, dont le rapport du 8 juin 2006 vient d'être rendu public.

²⁹ La section 46 du conseil national des universités (CNU) intitulée « Santé publique, environnement et société » comporte quatre sections :

- épidémiologie, économie de la santé et prévention ;
- médecine et santé au travail ;
- médecine légale et droit de la santé ;
- bio-statistiques, informatique médicale et technologies de communication.

Ceci ne facilite pas l'émergence d'une communauté scientifique de santé publique et se solde par exemple, pour reprendre l'expression un peu provocatrice d'un spécialiste, par « l'exercice illégal de l'économie de la santé » par les enseignants médecins des facultés de médecine et, symétriquement, par l'inexistence d'un cursus complet (LMD) en économie de la santé ».

Cet écart prend racine dans un modèle biomédical dominant à l'intérieur d'un paradigme épidémiologique, la fascination pour l'acte technique et désincarné à l'intérieur d'une fonction non soignante, mais aussi des rivalités politiques fortes entre institutions et professionnels (Etat/communes-départements-régions et Etat/Sécurité Sociale et Etat/professionnels de santé)

3.2.4 L'Ecole de la santé éprouve des difficultés à intégrer les reçus

Les démissions sont régulières, pour des motifs variés : constatée après deux reports d'entrée sans suites donnée au concours, un échec au diplôme de santé publique, un refus de titularisation, un refus de se présenter à l'ENSP, une absence de vœux de pré-affectation. Leur nombre a augmenté régulièrement, pour se stabiliser à des niveaux très élevés ces dernières années : une en 2002, sept en 2003, cinq en 2004 et six en 2004, soit désormais le quart d'une promotion.

Les reports d'intégration sont fréquents, pour des raisons professionnelles ou personnelles : en 2005, sur 36 personnes, 23 étaient lauréates du concours 2005 (dont les 7 de la liste complémentaire), 8 du concours 2004 et 5 du concours 2003. Ces derniers ont finalement tous renoncé au bénéfice du concours. Un de 2004 a fait de même. Au final, 17 des 36 personnes prévues ont constitué la promotion 2005-2006³⁰. Derrière des règles affichées, l'administration n'est pas dupe de décisions qui visent surtout à éviter les régions prioritaires³¹ (Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Centre, Picardie) dans lesquelles les nouveaux reçus sont prioritairement affectés. Cette situation démontre, s'il en était besoin, que cette catégorie de cadres de l'administration doit faire l'objet d'une gestion individualisée, plus que pour d'autres catégories, et d'autant plus attentive que l'administration a un besoin vital de renouvellement de sa ressource.

3.3 Ces difficultés vont s'aggraver

3.3.1 L'impact de la pyramide des âges du corps :

La structure démographique du corps apparaît particulièrement défavorable, en raison d'une concentration très marquée sur la tranche d'âge 40-55 ans (388/519 personnes soit 74,7 % du corps des MISP). Temporairement favorable à court terme, le nombre de départs en retraite va passer de 7 en 2003 puis une quinzaine dès 2007 pour se situer entre 20 et 25 par an à partir de 2010. A cette date, près du 1/3 des membres actuels du corps - ne sera plus en fonction.

³⁰ En diminution par rapport à 2004 où 23 lauréats avaient intégré l'ENSP.

³¹ La DAGPB a attribué la moitié de l'effectif de la dernière promotion à l'Ile-de-France, compte tenu de son taux de vacances qui relève dans ce cas plus de départs vers l'administration centrale ou des institutions internationales.

3.3.2 Les suites de la nouvelle réforme des études médicales

Après la réforme de 1982 réservant l'accès à la spécialité par la voie de l'internat, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 supprime le résidanat et organise un examen national classant permettant à tous les étudiants d'obtenir un poste d'interne, la médecine générale étant désormais considérée comme une spécialité. Depuis 2004, tous les médecins terminant leurs études seront dans l'avenir titulaires du diplôme de l'internat.

Dès lors, le nombre de candidats non titulaires du DES, qui constituent actuellement le vivier principal de recrutement dans les emplois de MISP, diminuera dans les prochaines années. Le basculement du recrutement vers les nouveaux internes dépendra des caractéristiques comparées des métiers et formes d'exercice proposés aux jeunes médecins et risque de faire apparaître plus encore le désavantage concurrentiel des fonctions de MISP. Le nombre de postes laissés vacants en médecine, faute d'adéquation, en 2005 (500) et en 2006 (1 000) augure mal des possibilités de recruter des médecins non soignants alors que des régions commencent à sentir les effets du non remplacement des généralistes dans certaines zones (rurales et quartiers difficiles).

3.3.3 Un contexte démographique défavorable

Le nombre de médecins recensés par le conseil national de l'ordre des médecins comme exerçant la spécialité santé publique atteignait 1 415 (583 hommes et 832 femmes) au 1^{er} janvier 2005, en progression de 83 sur l'année 2003. Si l'on se réfère aux statistiques de la DREES, le nombre de médecins de santé publique était de 1 189 (dont 16 libéraux) au 1^{er} janvier 2005, à comparer aux 952 décomptés au 1^{er} janvier 2001 et 149 en 1990 soit huit fois plus en quinze ans. Près de la moitié travaille en établissement public et assimilé, l'autre moitié en administration.

Cet écart résulte de la variété des conditions d'accès à la spécialité de santé publique. Il est fréquent qu'un médecin conseil, ou un MISP généraliste de formation, fasse reconnaître ses compétences par une qualification de spécialiste en santé publique par le Conseil de l'Ordre³², mais beaucoup n'en informent pas la DDASS, gestionnaire du fichier des professionnels de santé³³.

On s'attend à une baisse des effectifs globaux de médecins dans les prochaines années³⁴, mais surtout à une compétition croissante entre les spécialités et les modes d'exercice. La santé publique n'est pas la mieux placée pour affronter cette compétition alors qu'elle est déjà l'une des moins bien choisies à l'internat.

³² Il existe trois voies de qualification : le diplôme universitaire, la compétence par qualification reconnue par le conseil de l'ordre ou l'autorisation individuelle d'exercice pour le médecins étrangers délivrée par le ministre de la santé.

³³ Situation paradoxale pour une mission relevant des affaires sanitaires et sociales et parfois de ces mêmes personnes.

³⁴ Voir les rapports 2003, 2005) du doyen Berland et de l'ONDPS (2004) observatoire national des professions de santé.

Tableau 2 - genre et choix de discipline

Discipline	Part des femmes dans les disciplines		Répartition des disciplines choisies par les étudiants classés dans les 1000 premiers selon le genre			
			2005		2004	
	2005	2004	Femmes	Hommes	femmes	Hommes
Anesthésie - Réanimation	46,1	42,4	6,8	11,4	5,4	10,3
Biologie médicale	58,6	51,7	1,2	1,5	1,9	1
Gynécologie médicale	90,0	87,5	0	0	0,5	0
Gynécologie obstétrique	82,7	79,1	6,5	1,5	5,6	1,7
Médecine du travail	62,5	67,9	0,6	0	0,2	0
Médecine Générale	58,1	61,5	6	1,5	7,7	2,2
Pédiatrie	82,1	82,1	11,8	3,2	12,8	3,4
Psychiatrie	67,0	67,3	4,3	1,5	4,9	3,4
Santé Publique	60,0	47,1	0,5	0,3	0,3	0
Spécialités Chirurgicales	35,8	29,5	10,7	29,2	10,3	28,6
Spécialités Médicales	64,5	58,2	51,5	50	50,3	49,5
Ensemble	58,6	57,9	100	100	100	100

Lecture : 46,1 % des étudiants affectés en anesthésie-réanimation sont des femmes. Parmi les femmes ayant un rang de classement inférieur à 1 000, 6,8 % ont opté pour l'anesthésie-réanimation ; elles étaient 5,4 % à l'avoir fait à l'issue des ECN 2004.

Source : fichiers de gestion automatisée des ECN de la DHOS, exploitation Drees.

4. Un statut insuffisamment attractif

Les fortes attentes de la population et des institutions vis-à-vis des médecins, la politique de réduction du *numerus clausus* trouvent leur traduction dans des revalorisations progressives et significatives des diverses catégories de praticiens, libéraux et salariés.

L'accroissement de l'écart avec les praticiens hospitaliers ont suscité de mouvements de protestations et de grève³⁵ à plusieurs reprises.

Les négociations entamées avec les pouvoirs publics à la fin des années 90 ont débouché sur un protocole d'accord du 27 avril 2000 avec les dispositions suivantes :

- revalorisation des rémunérations (+260€ nets mensuels début de carrière par décret 29 sept 2000), ouverture partielle des quotas d'avancement ;
- une augmentation des effectifs : directe (+ 450 devenus +37), un recrutement exceptionnel de 25 contractuels, la création d'une filière santé publique dans le corps des techniciens sanitaires ;
- un projet de création d'un corps de praticiens de santé publique,
- une clarification des missions par une circulaire de missions du 11 juin 1999.

Malgré ces avancées ponctuelles, les points de conflit restent identiques, six ans plus tard. Sur le strict terrain statutaire, les conditions d'emploi des MISP s'apprécient différemment selon le terme de comparaison.

4.1 Un statut bien placé parmi les médecins fonctionnaires, en décrochage sur les conditions d'emploi des praticiens hospitaliers

Le statut des MISP est plus favorable que celui des médecins fonctionnaires des collectivités publiques, mais moins avantageux que celui des diverses catégories de contractuels en médecine salariée de régulation.

Le décalage est particulièrement sensible vis-à-vis des praticiens hospitaliers. La comparaison des rémunérations aujourd'hui reste en défaveur des MISP, sur plusieurs points essentiels :

- le niveau de salaire en début de carrière, 73% moins élevé
- le déroulement de carrière en trois grades dont deux sont contingentés, sur tableau d'avancement en lieu et place d'un avancement linéaire automatique
- l'obligation de mobilité qu'ils sont les seuls à devoir porter
- la durée de la carrière beaucoup plus longue (39,5 années pour un MISP, au lieu de 24 années pour un praticien hospitalier)

Ce sont les seuls à cotiser au régime des pensions civiles, situation favorable pour le calcul sur le salaire des six derniers mois mais avec une assiette excluant les primes, réserve faite du nouveau régime additionnel de retraite des pensions civiles.

³⁵ Notamment à partir de novembre 1998 par un grève administrative (refus de transmettre les statistiques sur les maladies à déclarations obligatoires) et trois journées successives d'arrêt du travail.

Ecart de grille de rémunération entre quelques catégories de médecins salariés

Temps plein Brut annuel	MISP	PH	Praticiens conseils décret	Praticiens conseils convention collective	MEN	Médecins territoriaux
1 ^{er} échelon	30 782€	52 059€	43 915€	54 941€	1 ^{ère} classe	429
Dernier échelon	72 255€ (HEC3)	90 001€ (13 ^{ème})	77 085€	101 206€	HEB	HEB

Commentaires

- MISP : primes comprises
- PH : prime d'exercice de service public exclusif incluse ; ajout éventuel de l'indemnité multi-établissements, l'indemnité pour poste prioritaire, de permanence (sujétion, temps de travail additionnel, astreintes)

4.2 Un émiettement des conditions d'emploi des médecins des affaires sanitaires et sociales

4.2.1 Un recours croissant à diverses catégories de contractuels

L'administration a eu recours à des emplois contractuels pour faire face à des besoins urgents consécutifs à l'apparition de menaces sanitaires (ESB³⁶, Biotox³⁷), pour renforcer le corps (plan d'action médecins) et pour assumer des missions qu'elle n'a jamais pu qualifier (contractuels COTOREP et chargés de mission saturnisme).

Ces recrutements, peu nombreux dans chaque catégorie, ont contribué à accroître le niveau des effectifs des médecins en fonction. A noter que le chiffre des MISP intègre les recrutements supplémentaires effectués en application du plan d'action médecins (9 ETP en 2003, 18 en 2004, 14 en 2005) appliqué depuis 1999 et consistant à geler des postes de titulaires, dans la limite de 25, pour recruter des contractuels dans les zones déficitaires. Leur nombre devrait diminuer au fur et à mesure que ceux-ci réussissent le concours de MISP et du fait de la suppression de la notion d'emplois budgétaires induite par la Lolf.

³⁶ Encéphalopathie spongiforme bovine : une infection neuro-dégénérative transmissible et mortelle qui touche le cerveau des bovins, présente dans certains sous-produits carnés (tissus, moelle) et dont la consommation serait susceptible de transmettre à l'homme la nouvelle forme de la maladie de Creutzfeldt Jakob détectée chez une centaine de patients.

Sur les 41 EBA, on compte 15 médecins, 5 épidémiologistes, 9 ingénieurs, 4 pharmaciens, 1 vétérinaire et 7 administratifs ;

³⁷ Plan de prévention contre la diffusion volontaire à des fins terroristes de maladies ou d'agents très pathogènes (variole, anthrax, botulisme, peste, toxines etc). Les principales mesures d'organisation des secours élaborées dans ce cadre ont été généralisées aux autres situations de catastrophes d'origine naturelle, accidentelle ou volontaire.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MISP	435	437	465	469	472	468
ESB	15	19	17	22	20	20
BIOTOX	0	4	3	4	4	4
Coordonnateurs COTOREP	23	27	40	39	43	44
Ss-total contractuels	38	50	60	65	67	68
Ss-total contractuels sanitaires	15	23	20	26	24	24
Total	492	513	549	554	551	547

Source DAGPB SRH1D effectifs réels médecins ETP rémunérés tous secteurs d'emploi

Si 55 médecins supplémentaires sont venus renforcer les services, soit +11,7 %, le nombre de MISP n'a augmenté que de 33 soit 7,5 %. Plus encore, si on neutralise la rubrique des médecins coordonnateurs de COTOREP, dont les missions sont directement liées à la reconnaissance d'un droit individuel aux prestations, on remarque que le renfort réel porte sur seulement 24 médecins soit 5 % du corps aujourd'hui.

A chacune de ces situations est attaché un type de contrat, intégrant des conditions variant selon le dispositif, l'expérience professionnelle, et le cas échéant le résultat d'une négociation. Le tableau ci-joint illustre cette diversité, à partir de contrats sélectionnés au hasard parmi les catégories mentionnées. Le plus atypique, renouvelé sous les mêmes forme et juridiquement contestable, concerne la mission saturnisme, et identifié par la mission dans un des départements visités.

	A	B	C	D	E	F	G
Dispositif	COTOREP	ESB	ESB	Contractuel	COTOREP	bio terrorisme	Chargé mission saturnisme
Nature contrat	Cdi non titularisable	Cdi non titularisable	Cdd 3ans renouvelable	Cdd 3 ans non renouvelable	Cdi expressément renouvelable par 3 ans ; non titularisable	Cdd	Cdd privé employeur associatif, mis à disposition DDASS
Rémunération Annuelle brute	37 652	HEC2	25 261	37 418	37 223	36 851	35 066
divers				Engagement formation ENSP ³⁸		Formation obligatoire sécurité	six mois renouvelé
Date	03/06	11/05	03/04	08/05	09/03	08/02	08/01

4.2.2 Les MISP disposent d'un choix de postes au sein de l'administration de la santé

Fin 2005, à côté des 400 MISP affectés dans les services déconcentrés, on dénombrait 66 en administration centrale dont 38 à la DGS, 8 mis à disposition, 2 positions d'affectation près d'un autre ministère, et 100 détachements (dont 14 sur emplois fonctionnels de DRASS ou de

³⁸ « Formation obligatoire pendant la durée du contrat dans une mesure compatible avec les nécessités du service ».

DDASS), 5 en ARH, 22 en Agence. Enfin, 34 MISP étaient en position de disponibilité à cette date.

De fait, à la différence de la plupart des autres médecins fonctionnaires, les MISP ont des possibilités de postes particulièrement variés, en France comme à l'étranger, en administration centrale comme en agence, bien au-delà de leur vocation à servir en services déconcentrés. Cela joue clairement en défaveur de l'emploi en DDASS ou en DRASS, mais contribue aussi à bonifier un statut par les ouvertures qu'il permet, compte tenu du large champ de compétences des intéressés. Le nombre et la concentration des MISP en administration centrale³⁹ comme en agence appelleraient d'ailleurs une étude particulière sur leur positionnement qui dépasse le champ de cette mission⁴⁰.

L'équilibre est d'ailleurs délicat à maintenir pour l'administration centrale entre une politique de soutien aux mobilités et le souci de pourvoir les postes vacants. Il en résulte une position défensive qui consiste à donner les informations aux personnes qui recherchent un départ, à ne pas les aider dans les démarches mais à faciliter leur départ, sous réserve de respecter les conditions statutaires (ancienneté de fonctions minimale de cinq ans et présence dans les postes deux ans) quand l'accord du service destinataire est acquis et que le chef de service ne s'oppose pas au départ.

³⁹ Le ETPR (effectif temps plein rémunérés) des MISP à la DGS a toutefois baissé en quelques années : 39 il y a cinq ans, 32 en 2005.

⁴⁰ Dans un rapport de recherche (ENSP janvier 2004) consacré aux « *systèmes d'action locaux des médecins inspecteurs de santé publique* », les rédacteurs notaient un malaise profond à partir des interviews réalisés. Les médecins inspecteurs en administration centrale seraient appelés à perdre irrémédiablement leurs compétences techniques car le travail que l'on demande est plus d'ordre administratif, et donc concurrencé par d'autres professionnels.

5. Des voies d'amélioration

5.1 Utiliser les possibilités offertes par la loi

La nouvelle architecture budgétaire offre une fongibilité catégorielle jusqu'alors inconnue. Cette faculté autorise et contraint les gestionnaires à effectuer des arbitrages, donc à choisir le type de catégorie et de métier qu'ils veulent prioriser, et pas seulement saturer les ex-effectifs budgétaires. Si la ressource médicale est indispensable, les responsables ont les moyens de faire évoluer les proportions d'effectifs en ce sens. Ces repositionnements sont pourtant très subtils à appliquer du fait du niveau de sous-effectif dans lequel se débat ce ministère et de la multiplicité de corps qu'il doit gérer au sein des mêmes structures. Sa richesse se révèle fragilité quand les conflits corporatistes risquent de s'exprimer alors que l'absence de clarification du métier des MISP et de quantification du volume des tâches ne permet pas d'être certain du volume d'effectifs nécessaire.

Aussi, les bureaux gestionnaires pouvaient-il légitimement s'inquiéter des propositions que les chefs de services déconcentrés devaient remonter sur les « plans de recrutement initiaux », conscients que dans le cadre d'une masse salariale elle aussi contrainte, l'arbitrage pourrait se faire au détriment des médecins, a priori plus coûteux que des personnels administratifs. En fait, la première synthèse de ces projections indique un besoin de recrutement 2006 de 56 MISP variant de 0 (Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Limousin, Midi-Pyrénées, Picardie) à 9 pour l'Ile de France.

5.2 Etendre le vivier

Les handicaps du corps à recruter ont été suffisamment analysés, sans pouvoir être surmontés depuis 20 ans pour en rester à des mesures à faible portée. Les réformes doivent porter sur toutes les formes d'entrée dans le corps et s'adapter aux situations régionales.

5.2.1 Renoncer aux pratiques malthusiennes

L'article 8 du décret statutaire des MISP limite à 15% des effectifs la proportion des médecins qui peuvent être placés en position de détachement dans le corps des MISP. La CAP des MISP est régulièrement interrogée sur des demandes de détachement entrant provenant de médecins territoriaux. En dépit du nombre de postes vacants, les avis des représentants du corps comme à un moindre degré de l'administration sont souvent négatifs, sur deux types de motifs : un niveau d'entrée trop élevé qui briderait les possibilités d'avancement au généralat des MISP et surtout un niveau de formation spécifique en santé publique insuffisant.

Sur le premier point, seule une modification statutaire linéarisant la carrière est de nature à écarter cette difficulté en tant que telle. Sur le second, la doctrine administrative suffit pour répondre.

La mission estime à cet égard que la position défensive, pour ne pas dire malthusienne, sur les détachements entrants est erronée à plus d'un titre :

- La discipline de santé publique est trop imprécise, surtout dans sa pratique généraliste pour que des critères de diplôme soient posés en condition de détachement alors que chacun s'accorde à valoriser avant tout l'expérience acquise et la capacité à s'intéresser aux populations en quittant le regard singulier sur le malade et la maladie.
- Les nouvelles promotions issues du concours ont des profils suffisamment variés et des compétences techniques suffisamment ténues pour beaucoup pour imposer en détachement des conditions plus strictes vis-à-vis d'un modèle – oh combien imprécis.
- La période de détachement est au contraire un moyen d'attirer vers les fonctions de MISP des personnes venues d'autres horizons. L'aptitude à s'acculturer doit s'apprécier pendant la période de détachement, avec une obligation de formation à effectuer au cours des trois ans, par des modalités que l'administration doit déterminer (type de diplôme, niveau attendu, suivi tutorat). Cela justifie une fonction beaucoup plus directive confiée à un représentant du services déconcentrés, que la mission souhaite attribuer au MIR, comme pour les stagiaires issus du concours. Les conditions de diplôme doivent en revanche être vérifiées et appréciées au moment du renouvellement du détachement – en refusant si le non respect du contrat est principalement imputable au médecin – et surtout au moment de la demande d'intégration.

Enfin, il faut avoir à l'esprit que les médecins territoriaux constituent le seul vivier important de médecins⁴¹ dont les fonctions pour une grande part - au moins pour un tiers des effectifs - sont comparables à celles qu'exercent les MISP, au service de collectivités publiques, sous statut de fonctionnaires, qui sont intéressés à diversifier leur carrière auprès de l'Etat.

Les médecins territoriaux

Près de 10000 médecins, à 90% des femmes, exercent leurs activités dans les collectivités territoriales et établissements territoriaux, répartis entre les conseils généraux (63%), les communes (33%) et les centres de gestion (2%). Leur âge moyen est de 46 ans.

Relevant de la filière médico-sociale et défini par le décret n° 92-851 du 28 août 1992, le métier de médecin territorial se caractérise par la diversité des fonctions et des missions possibles : direction de service, activités cliniques et de contrôle, animation d'équipe, conseil et expertise, mise en oeuvre et évaluation des politiques de santé. Outre leurs compétences médicales, ces activités exigent d'acquérir des compétences complémentaires de management, de conduite de projet lié à la santé publique, de constitution de réseaux professionnels, ainsi qu'une connaissance de tous les acteurs de la santé permettant aux médecins d'inscrire leur action dans une dimension territoriale. Certains d'entre eux occupent une place bien identifiée au sein des collectivités (médecin de PMI, médecin du travail). D'autres exercent une activité dite émergente, souvent liée à des missions transversales d'expertise et de conduite de projet

Chargés d'élaborer des projets thérapeutiques, les médecins territoriaux peuvent également définir des actions de prévention, concevoir, mettre en oeuvre, exécuter ou évaluer des politiques de santé, ou encore collaborer à l'enseignement et à la recherche dans leur domaine de compétence. Ils ont vocation à diriger les services

⁴¹ Sur une dizaine de milliers de médecins salariés des collectivités locales, un tiers environ exerce des fonctions comparables à celles des médecins de l'Etat.

communaux d'hygiène et de santé, les services de protection maternelle et infantile (PMI), d'aide sociale et de santé publique. Ils peuvent également diriger des laboratoires d'analyses ou des centres d'hébergement pour personnes âgées. Ils interviennent aujourd'hui de plus en plus dans la lutte contre l'exclusion, le handicap et l'aide sociale à l'enfance.

Ces médecins sont recrutés par les collectivités locales après inscription sur une liste d'aptitude établie par concours sur titre avec épreuve et entretien avec un jury. Pendant leur période de stage (12 mois) ; ils sont astreints à suivre une période de formation « initiale d'application » organisée par l'INET (Institut national des études territoriales) au sein du CNFPT, avec le concours partiel de l'ENSP (la convention leur permet d'acquérir le diplôme de santé publique). Celle-ci comporte une formation générale relative aux institutions des collectivités territoriales, à l'aide à la décision et à l'encadrement, à la gestion des personnels et des moyens, ainsi qu'à la mise en œuvre des compétences des collectivités territoriales en matière de santé publique. D'une durée totale de 3 mois, elle s'articule autour de quatre sessions théoriques (1 mois) et des stages pratiques dans la collectivité d'affectation (1 mois) et hors collectivité (1 mois).

Leur statut est défini par le décret n° 85-1076 du 9 octobre 1985 L'article 17 prévoit une obligation de mise à jour de leurs connaissances à raison d'1/10^{ème} de leur temps de travail. Après six ans de services effectifs dans ce cadre d'emplois, ils peuvent demander à suivre une formation pendant une ou plusieurs périodes d'une durée totale d'un an sur l'ensemble de leur carrière ; l'autorité territoriale se prononce sur leur demande, au vu des projets présentés par les candidats. A l'issue de cette formation, l'intéressé remet à l'autorité territoriale un rapport sur les travaux qu'il a effectués au cours de cette période.

Sur la base du décret n°92-852 du 28 août 1992, l'échelonnement indiciaire est borné par l'indice 429 et la HEB en trois classes. Une enquête, conduite en 2000 par (INET) auprès de 250 collectivités, dresse le portrait-robot d'un médecin arrivant à la fonction publique territoriale plutôt tardivement (36 ans en moyenne à l'âge du recrutement) et présentant une ancienneté moyenne de onze ans avant le recrutement. Si les titulaires proviennent majoritairement de la médecine générale et de spécialités bien définies – gériatrie, gynécologie, médecine du travail ou santé publique –, les contractuels, qui représentaient 57% de la profession en 2000, émanent d'horizons aussi divers que la psychiatrie, la dermatologie ou la vénérologie.

Les organisations professionnelles des médecins ont publié en 2004 un « Livre blanc » décrivant leurs interrogations devant les limites de leur système de formation : durée trop courte par comparaison avec celle des MISP et MEN, semaine santé organisée à l'ENSP publique insuffisante, absence de formation continue cadrée, difficultés à accéder aux fonctions de responsabilité.

Au fond, cette question est un test à rebours d'évaluation de la décentralisation. Ce mouvement de transfert des activités et des personnels vers les collectivités locales et de retour individuel parfois, a été vécu souvent comme une dépossession, un échec par les fonctionnaires de l'Etat. Après la phase de flux peut venir un certain reflux⁴² vers l'administration d'Etat, tout spécialement au niveau des corps techniques. Les positions de conflit qui peuvent exister au niveau des responsables du fait d'un passé douloureux n'ont pas lieu d'être portées par les corps techniques dont l'indépendance technique doit s'exercer en tout lieu et les compétences devraient être valorisées par des expériences multiples.

5.2.2 Face à une mobilité impossible vers les régions défavorisées, poursuivre les recrutements de contractuels

Dans le cadre d'un concours national, l'administration a toujours voulu orienter les nouveaux recrutés vers les régions déficitaires. Force est de constater que ce système, d'essence militaire, est de plus en plus difficile à maintenir, du fait de conditions sociologiques incontournables (travail du conjoint, recherche des solidarités familiales, héliotropisme) en

⁴² L'histoire montre d'ailleurs que les attributions de compétences peuvent évoluer, y compris en matière de santé. La fonction de passeur reconnue aux médecins peut trouver là aussi à s'exercer.

l'absence de contreponds suffisamment puissants (avantages annexes⁴³, gestion des débouchés). Il deviendra bientôt ingérable, au fur et à mesure qu'un nombre croissant de départs en retraite libérera un nombre croissant de postes à choisir, comme c'est directement perceptible dans l'internat classant.

Aussi, les régions déficitaires le resteront et plus encore qu'aujourd'hui. Alors qu'on constate les nombreuses entorses aux principes de mobilité et les contorsions des intéressés pour s'y soustraire⁴⁴, la mission s'interroge sur les moyens dont dispose l'Etat pour les médecins en acceptent les contraintes sans en occulter les nombreux bénéfices. Elle estime que faute d'incitations fortes, à l'image de celles que met en œuvre l'assurance maladie pour ses cadres, l'Etat risque d'être contraint à renverser les règles établies dans un contexte de forte tension sur la ressource. On pourrait alors constater que l'administration a au contraire intérêt à disposer de médecins issus d'une faculté et d'une région qu'il connaissent bien⁴⁵, pour assumer les missions de suivi des hôpitaux et de développement de la santé publique. Ceci irait de pair avec de nouvelles règles d'incompatibilités personnelles et ne serait, bien évidemment, pas appliqué pour toute prise de responsabilité.

5.2.3 *Faciliter le recrutement des médecins titulaires*

En tenant compte des observations faites sur les freins au passage du concours par les internes de santé publique, sur le contenu de la formation reçue à l'ENSP, les critiques entendues au sein des services déconcentrés sur les choix de recrutement parfois opérés, les évolutions observées dans les cursus de formation quelle que soit l'école, la mission propose deux orientations principales :

- transformer la nature des épreuves du concours d'entrée : plutôt que de faire passer des épreuves théoriques à de jeunes professionnels déjà évalués pendant leurs études, le concours devrait être centré sur une présentation de travaux, et orienté en entretien de recrutement⁴⁶. Il s'agirait alors de se situer en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) en essayant de détecter au moment du recrutement les profils et potentiels des candidats, en lien avec une clarification des missions, comme ont commencé à le faire les praticiens conseils. La procédure dérogatoire devrait comporter en sus une épreuve plus théorique, en lieu et place de la qualification d'interne (qu'il soit interne de santé publique ou de médecine générale dans le nouveau système
- modulariser⁴⁷ intégralement la formation reçue à Rennes : au lieu d'imposer aux reçus un temps de présence continu de six mois, qui constitue une raison majeure – dite et non dite



⁴³ Les corps techniques n'ont jamais bénéficié des primes particulières mises en place fin 2000 pour inciter au maintien dans les régions défavorisées.

⁴⁴ On rappellera que tous les MISP présents, c'est à dire tous ceux qui restent après la période de présence imposée aux plus jeunes, en région Champagne Ardennes, sont issus de cette région.

⁴⁵ C'est ce même tournant que vient d'acter le contrôle médical, à travers une convention collective sans contrainte de mobilité mais très facilitante pour ceux qui y recourraient.

⁴⁶ Dans ce cadre, la question se pose d'une ouverture à des tests de type plus psychologiques.

⁴⁷ Cette perception n'est pas nouvelle. Intervenant au cours d'un séminaire de l'association professionnelle des MISP en 2002, le directeur Pascal CHEVIT mentionnait les limites auxquelles était confrontée la formation dispensée par l'ENSP (faible individualisation des parcours, absence de reconnaissance du diplôme délivré par les ministères de l'Education nationale et de la Santé par les employeurs comme au niveau européen,) et

– de renoncement au concours et donc à la carrière, l'idée serait de constituer un parcours constitué de modules types⁴⁸, négocié avec un tuteur pédagogique, suivi et discuté avec le tuteur professionnel (MIR) et évalué par le maître de stage en services déconcentrés ; la formation spécifique en santé publique, en ne distinguant plus entre formation initiale et continue, serait effectuée soit à Rennes pour ceux des stagiaires qui souhaiteraient conserver le mode interné soit/et dans les universités labellisées pour les autres, en pleine cohérence avec l'émergence de l'EHESP et les projets d'unification des statuts médicaux.

5.3 Revaloriser le statut et les conditions de carrière

5.3.1 Par la création d'un statut de praticien de santé publique

Considérant le périmètre de la santé publique comme un ensemble homogène comprenant l'ensemble des administrations (administration centrale et services déconcentrés et agences) et les établissements de santé, la DGS souhaite développer les mobilités entre ces différentes fonctions tout en améliorant l'attractivité des corps de MISP et PHISP.

Depuis plusieurs mois, reprenant à son compte une ancienne revendication des syndicats de MISP, elle prépare, un projet d'intégration des MISP-PHISP dans le « corps » des praticiens hospitaliers et réfléchit avec les ministères concernés (Fonction publique et Justice notamment) aux conditions et conséquences d'une telle réforme.

Ce projet intéresse également la DHOS qui, partageant l'essentiel de ces objectifs, souhaite offrir aux praticiens hospitaliers des évolutions de carrière vers des fonctions plus diversifiées, à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de l'hôpital.

Les avantages de cette réforme sont nombreux : adossement de statuts de médecins d'Etat à faible effectif à un « corps » quantitativement beaucoup plus important (30 000 praticiens hospitaliers), diversification volontariste des parcours pour créer des cultures professionnelles moins distantes, avancer vers l'unité de la médecine salariée de service public.

Les inconvénients existent mais semblent pouvoir être surmontés :

- l'intégration des MISP-PHISP dans le statut des praticiens hospitaliers implique pour ceux là de renoncer à leur statut de fonctionnaire et au régime des pensions civiles ; cette conséquence d'ordre plus psychologique que financier, sauf pour les plus proches de la retraite, puisque l'assiette de cotisation plus large est à mettre en balance avec le taux de contribution employeur plus élevé ;
- la gestion des praticiens hospitaliers étant en passe d'être transférée à un centre national, distinct de la DHOS, l'Etat –DAGPB-DGS doit conserver un droit de regard sur la gestion

➤ —————
proposait dans le cadre du futur contrat quadriennal avec le ministère de mettre en place une formation à la carte avec points de passage obligés, et des unités capitalisables débouchant sur un master.

Dans sa mission d'appui à la DAGPB sur la préparation du contrat d'objectifs de l'ENSP 1998-2002, Michel Thierry, membre de l'IGAS avait avancé des propositions en ce sens dès 1997.

La même mesure de personnalisation des cursus de formation a été reprise dans le contrat 2003-2005.

⁴⁸ Le module consacré à l'inspection contrôle est souvent cité en exemple.

des praticiens hospitaliers affectés dans les fonctions de MISP-PHISP, pour des raisons matérielles mais aussi dans des conditions permettant de vérifier les aptitudes des praticiens hospitaliers aux fonctions de santé publique à exercer au sein de l'Etat ; des dispositions peuvent être prises en terme de formation à l'emploi et de commission d'affectation, sachant que les inquiétudes ou préalables à respecter ou à lever existent également dans le sens inverse, des MISP-PHISP vers les fonctions de praticiens hospitaliers ;

- le vrai risque semble être une certaine dilution de l'identité professionnelle de médecin d'Etat, qui est aujourd'hui considérée, par eux et nombre d'interlocuteurs, comme essentielle pour la crédibilité des MISP et l'étayage de leur identité collective ; la mission propose de compléter cette réforme par la création d'un statut d'emploi⁴⁹ pour les fonctions de médecin affecté à la régulation collective qui aurait vocation à être rejoint individuellement et volontairement par des médecins issus des MISP (partie fonctionnaire en voie d'extinction) les praticiens hospitaliers y compris les misp intégrés, les médecins conseillers techniques des recteurs ou de Jeunesse et Sports, mais aussi des contractuels travaillant pour les services publics de régulation (MIRTMO et praticiens conseils de l'assurance maladie). Ce mécanisme pourrait fonctionner comme un sas de régulation à l'entrée dans les fonctions mais surtout être conçu comme réceptacle à un rapprochement entre les diverses catégories de médecins au service de la santé publique, sans avoir à poser des préalables statutaires.

La mission est très favorable à ce double mécanisme, de nature à répondre rapidement aux difficultés de recrutement actuelles et à venir. On donnerait ainsi un contenu concret et visible à une identité de médecin de santé publique qui respecte les origines et formations de chacun dans des parcours plus formateurs donc plus utiles pour les médecins comme pour leurs employeurs.

5.3.2 A défaut, agir par le reprofilage du corps

Faute de pouvoir mettre en œuvre le statut de praticien de santé publique, l'administration devra travailler à l'amélioration du statut existant en priorité sur deux points : revaloriser significativement le niveau d'entrée dans le corps et rendre la carrière essentiellement linéaire pour rester compétitif avec la situation des praticiens hospitaliers.

On pourrait ainsi admettre le maintien d'un 2^{ème} grade sur liste d'aptitude, rapidement atteint, pour se donner la possibilité de sanctionner une absence de contribution individuelle aux objectifs collectifs.

➤ _____
⁴⁹ Un tel système existe déjà pour certaines catégories d'agents publics : agents comptables des établissements scolaires (décret n° 98-408 du 27 mai 1998) et plus récemment les conseillers généraux des établissements de santé (décret n°2006-720 du 21 juin 2006).

5.3.3 *Ne pas négliger l'outil des primes*

Les MISP bénéficient d'indemnités de fonctions largement déhiérarchisées⁵⁰, avec un barème identique en services déconcentrés et en administration centrale, sans majoration en zone prioritaire. En plus, les MIR touchent une indemnité de « poste d'encadrement » réservée aux catégories n'ayant pas accès à une NBI.

La mission estime que dans la réflexion sur l'attractivité, l'outil des primes n'est pas à négliger, sous toutes ses facettes : en indemnité attachée au fonctions, majorée dans les régions difficiles à pourvoir (pour inciter à la prise de fonctions mais aussi pour compenser les charges de travail et responsabilités supplémentaires liées au sous-effectif), en prime de responsabilité pour les MIR (à augmenter en lien avec la fonctionnalisation de l'emploi)

Il y a enfin l'appréciation de la manière de servir, inégale selon les personnes qui doit pouvoir être appréciée, dans tous les sens du terme, et sur laquelle le MIR et les chefs de service déconcentrés⁵¹ doivent avoir prise être incités à prendre leurs responsabilités.

5.3.4 *Mettre en valeur les possibilités de prise de responsabilité*

On omet souvent de rappeler qu'une des caractéristiques du corps réside dans la relative fréquence avec laquelle les MISP accèdent à des fonctions de direction : fin 2005, on comptait ainsi quatre directeurs régionaux, six directeurs départementaux et quatre directeurs adjoints. Faible en valeur absolue, surtout face à une tentation encore présente de revendiquer un accès beaucoup plus systématique à ces fonctions⁵², ce nombre est pourtant révélateur des capacités des individus concernés et donc d'une partie des membres du corps à passer d'une posture de conseiller technique à celle de décideur.

Le glissement qui s'opère à cette occasion rappelle que les médecins de santé publique ont vocation à être employés sur les deux volets d'utilisation de leurs compétences médicales : conseiller technique et administrateur de la santé.

5.4 **Transformer l'approche de la formation**

5.4.1 *Transformer l'internat de santé publique*

⁵⁰ Montant moyen MISP et MISP en chef = 10 900€, MISP général = 11480 pour l'année 2006 ; l'écart au grade de général est appliqué pour la deuxième année consécutive.

⁵¹ Le directeur de l'ARH devrait aussi participer à l'évaluation pour les médecins travaillant pour l'agence, avec communication de cette appréciation aux directeurs déconcentrés concernés ; cette information permettrait de clarifier certains débats sur l'investissement des personnes au sein de l'agence et de contraindre les responsables à les traiter.

⁵² Présenté à la mission par la deuxième organisation représentative, en prenant appui sur des organisations plus systématiques existant au Royaume uni ou au Québec.

L'avenir du corps des MISP passe -, sinon d'abord par une réflexion sur l'internat de santé publique, aussi par son attractivité et ses liens avec les métiers des praticiens. Le contenu des matières enseignées devrait être évalué à l'aune de la professionnalisation acquise et non seulement des débouchés hospitaliers dans des domaines aussi spécialisés que l'épidémiologie ou l'hygiène hospitalière.

Par ailleurs, le rapport Berland de 2005 (p 63 et s) propose plusieurs pistes de réforme : remplacement de l'internat classant national en épreuves interrégionales, regroupement des spécialités en cinq filières (la médecine incluant santé publique et médecine du travail). L'impact de ces propositions sur la filière de santé publique doit être évalué.

Mais avant ces travaux de moyen terme, la mission recommande d'introduire le mécanisme de l'internat européen dans le champ de l'internat de santé publique. Le décret relatif au troisième cycle des études médicales⁵³ contient un article 52 ainsi libellé :

« Les médecins généralistes ou spécialistes français, andorrans ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse ou de l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de la médecine dans l'un de ces Etats, peuvent accéder au troisième cycle de médecine :

- soit après avoir subi les épreuves d'un concours spécial dénommé concours d'internat à titre européen, portant sur le même programme que celui défini à l'article 5 du présent décret ;*
- soit après avoir subi les épreuves d'un concours spécial d'accès au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail dont le programme est différent de celui défini à l'article 5 du présent décret.*

Pour pouvoir se présenter à ces concours spéciaux, les candidats doivent justifier d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de docteur en médecine, selon des modalités prévues par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Les internes nommés au titre de ce concours particulier sont soumis au même cursus que leurs collègues.

La mission a constaté que la spécialité et la profession de médecine du travail a été largement renforcée par ce deuxième concours, désormais la source première d'alimentation du corps. Rien ne semble s'opposer à l'extension de ce dispositif à la santé publique, d'autant que dans cette spécialité, la pratique préalable est un des éléments de la formation. La DGS a étudié ce dossier il y a quelques années, avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur, sans que les raisons de l'absence de suites données apparaissent clairement. La mission souhaite que ce dossier soit rapidement réouvert.

5.4.2 Rendre effective la formation continue

Soumis aux dispositions – peu contraignantes et conçues comme un droit et non un devoir – prévues pour tous les fonctionnaires, les MISP doivent en outre (article 15 du décret précité) assurer la mise à jour de leurs connaissances et répondre à l'évolution des pratiques et des fonctions, en participant à des sessions de formation obligatoires « dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

➤ _____

⁵³ Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

Les informations partielles issues de quelques régions test montrent la faiblesse de la formation continue, quelles qu'en soient les modalités.

Alsace

Année 2005	Nombre de MISP ⁵⁴ formés	Nombre de journées par type (total MISP)				
		Formation générale ⁵⁵	Formation Médicale	Formation médicale continue ⁵⁶	Participation à des congrès	Autres Colloques Journées d'étude
DRASS	7	28	4	0	4	2
DDASS (67)	3				1	
DDASS (68)	4	1	4		1	1
TOTAL	14	29	8		6	3

Champagne Ardenne

Année 2005	Nombre de MISP formés	Nombre de journées par type (total MISP)				
		Formation générale	médicale	Formation médicale continue	Participation à des congrès	autres
DRASS	2					-
DDASS 51	2					-
DDASS 10	2	4	1			-
DDASS 08	1	-	-	-	-	-
DDASS 52	0	-	-	-	-	-
Total	7	4	1			

Ile de France

Année 2005	Nombre de MISP formés	Nombre de journées par type (total MISP)				
		Formation générale	médicale	Formation médicale continue	Participation à des congrès	autres
DRASS	17	48	70			
DDASS 75	11	20,5	15			4 (anglais)
DDASS 77	4	4,5	25			4 (anglais)
DDASS 78	7	12,5	21			
DDASS 91	3	6,5	4			
DDASS 92	6	12,5	22			
DDASS 93	6	5	1			
DDASS 94	4	15,5	10			
DDASS 95	3	11,5	2			
total	61	136,5	170			8

Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)

Année 2005	Nombre de MISP formés	Nombre de journées par type (total MISP)				
		Formation générale	médicale	Formation médicale continue	Participation à des congrès	autres
DRASS	11	37 ⁵⁷	1	0	2	0
DDASS 13	7	4	3	0	10	0
DDASS 84	4	0	1	0	1	0
DDASS 83	4	0	0	0	4	0
DDASS 06 ⁵⁸	6	4	37 ⁵⁹	0	0	0
DDASS 04 ⁶⁰	2	6	9	0	2	0
DDASS 05	2	0	1	0	0	0
total	36	47	50	0	18	0

Source enquête mission sur quatre régions test

⁵⁴ Quel que soit le statut (MISP, contractuel)

⁵⁵ Communication, bureautique, rédaction, animation de réunion etc

⁵⁶ Au sens des formations proposées aux médecins libéraux ou hospitaliers (cf. EPU)

⁵⁷ Dont 20 jours de formation en Anglais

⁵⁸ Deux MISP de la DDASS 06 étaient en 2005 en formation d'adaptation à l'emploi

⁵⁹ Dont 16 jours de Diplôme universitaire Management d'Actions de santé publique

⁶⁰ Deux MISP de la DDASS 04 étaient en 2005 en formation d'adaptation à l'emploi

Commentaires des services formation des DRASS (cerefoc)

- les MISP sont peu demandeurs de formations « sur mesure » ; ils préfèrent les colloques/congrès. A noter que la prise en charge par le budget formation de ces derniers est proscrite par la circulaire DAGPB n° 325 du 20/11/1991 mais que certaines CEREFOC dont PACA, sur demande du CTRI, l'assurent néanmoins.
- Il est quasi-impossible pour les CEREFOC de proposer des actions aux MISP faute de besoins précis formulés
- Les demandes de formation ENSP émanent essentiellement des MISP en formation d'adaptation à l'emploi, qui ont un quota de jours à effectuer
- Cette formation d'adaptation à l'emploi souffre d'un manque de concertation entre CEREFOC, ENSP et DAGPB, quant au suivi, la validation et le type de formation recevable
- L'absence de jours effectués dans la rubrique « formation médicale continue » peut s'expliquer par le fait que la participation est gratuite dans certains cas et que les MISP ne communiquent pas leur participation à ces actions puisqu'ils n'ont pas de prise en charge financière à demander

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes : très fortes inégalités entre régions (de 0,7 jour par an en moyenne en Champagne-Ardenne à 5,1 jour en Ile-de-France), entre structures et entre médecins (sur représentation de la DRASS et de la DDASS chef lieu de région), absence de participation (officielle du moins) à la formation médicale continue, participation au congrès très liées aux orientations du MIR. Dans tous les cas, on est loin des quinze jours de formation obligatoires prévus pour les praticiens hospitaliers et les praticiens conseils.

5.4.3 Préparer l'évaluation des pratiques professionnelles

Ce point, peu évoqué officiellement et dans les entretiens, est pourtant essentiel pour la mission :

- parce que la reconnaissance compétence professionnelle en dépend, sous le contrôle du Conseil de l'Ordre et de la Haute autorité de santé ;
- parce que les pouvoirs publics ne pourront tenir leur discours volontariste sur l'entretien des compétences vis-à-vis des soignants que si les médecins salariés s'y soumettent eux aussi ;
- parce que réfléchir aux modalités sera un des chemins d'identification du métier et un moyen de revaloriser les métiers de santé publique ; la mission n'est d'ailleurs pas hostile à conditionner une revalorisation à la mise en place effective de cette évaluation, à condition et pour autant que l'employeur soit en capacité d'en fournir les moyens comme il en a l'obligation s'agissant de médecins salariés ;
- parce que ce serait l'occasion de travailler sur ce point avec d'autres médecins du secteur de la régulation

La mission exploratoire confiée à l'association professionnelle (AMISP) est le bon départ d'une démarche que l'administration centrale doit aussi travailler de son côté.

5.5 Faciliter l'exercice du métier

5.5.1 Recentrer, revisiter et alléger les missions

Dans toute structure administrative, la réflexion sur les missions, ou « revue d'activités⁶¹ », doit être un chantier permanent, surtout quand l'administration doit rendre compte de son efficacité. Périodiquement, le ministère s'interroge sur les nouvelles priorités, les abandons s'avérant, bien sur, toujours plus difficiles à mettre en œuvre que les créations. Il est pourtant plus sain que ces réflexions s'effectuent à froid plutôt qu'en réponse à une crise sociale comme ce fut le cas en 1999⁶². La période est plus favorable avec le train d'ordonnances de simplification lancé de façon régulière dans le pays depuis 2003.

A cet égard, les allègements sont également la conséquence directe des nouvelles modalités de travail et de formation recommandées par la mission. La mission se refuse à faire le tri *ex cathedra* sur un sujet qui appelle des réflexions et propositions des médecins et des chefs de service eux-mêmes. Une matière existe, parfois depuis longtemps⁶³. Il faut l'utiliser et introduire cette question dans les négociations et arbitrages interministériels. Tout au plus a-t-elle identifié deux points que lesquels elle souhaite prendre position

- les avis sur étrangers malades ; une annexe particulière est consacrée à ce sujet complexe, au cœur des contradictions d'usage et de positionnement des médecins et de notre administration. La mission plaide pour une réorientation de cette tâche tout en proposant des méthodes de travail et d'analyse qui protègent le travail des MISP en l'absence de changement ;
- les visites de conformité réalisées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. L'autorisation de mettre en œuvre une activité de soins, d'installer un matériel lourd (art L 6122-4 du code de la santé publique) ou l'ouverture d'un établissement ou d'un service médico-social (L313-1 du CASF) est soumise au résultat positif d'une visite de conformité⁶⁴ qui doit systématiquement être mise en œuvre dans des délais imposés. Cette tâche mobilise du temps médecin tant du côté de l'Etat que de l'assurance maladie. Le temps de constituer l'équipe est toujours très long. La question peut se poser d'une modification de la réglementation pour simplifier la procédure, tout en allant vers une plus grande responsabilisation des responsables d'établissements et en basculant d'un contrôle *a priori* sur un contrôle *a posteriori*. L'idée serait de faire certifier la conformité par le chef d'établissement, à charge pour les services de contrôle de vérifier, à leur initiative soit par sondage, soit à l'occasion d'un autre événement, la réalité des déclarations. La



⁶¹ Processus de révision des tâches entrepris par toutes les directions, sous l'égide de la DAGPB en 2001, à la demande de la conférence des DRASS et désormais piloté par le secrétariat général.

⁶² Voir la circulaire DGS/DAGPB/MSD 99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique, reprise en annexe 2.

⁶³ Outre le document de synthèse publié par la mission des services déconcentrés rappelant les propositions des services déconcentrés à l'occasion des dialogues de gestion 2006 et la note sur l'état d'avancement des modifications, la mission renvoie à un exemple de réflexion charpentée menée par le CTRI de la région PACA, tous trois documents joint au rapport en annexe 3.

⁶⁴ Art D 712-14 du code de la santé publique pour les activités sanitaires ; décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements et services médico-sociaux.

sanction de la fausse déclaration peut être administrative (suspension de l'autorisation de fonctionner jusqu'au rétablissement des conditions réglementaires) soit/et pénale. Le temps gagné par les médecins pourrait être réaffecté à un renforcement de leur présence au sein des commissions médicales d'établissements, et à des visites distinctes pouvant donner lieu à lettre de conseil ou d'observation déconnectée à ce stade de toute sanction.

5.5.2 Utiliser les outils de communication professionnelle

Avec la création d'un portail consacré aux pharmaciens inspecteurs, les MISP sont les seuls professionnels techniques à ne pas bénéficier d'un outil d'échange et de partage d'informations, à l'instar de ce qu'on développé les ingénieurs de santé environnement (RESE⁶⁵) et désormais les PHISP⁶⁶, dans les deux cas avec l'aide de l'administration.

Les ingénieurs ont fait la démonstration de ce que pouvait apporter une banque de données régulièrement mise à jour pour accéder à l'information, rassembler les données sur une question, diffuser les outils et bonnes pratiques. Après une période de test, le réseau a été ouvert à une trentaine d'organismes partenaires, contribuant ainsi à diffuser une culture de santé publique portée par des services de l'Etat.

La mission suggère qu'un travail du même type soit entrepris pour les médecins inspecteurs. Outil pratique et de gain de temps d'accès aux informations, un portail est également un puissant vecteur d'assurance professionnelle et d'homogénéisation des pratiques.

5.5.3 Organisation services : passer d'une mutualisation subie à une régionalisation volontariste

Trois types de mutualisation coexistent :

- celle qui finit par s'imposer, dans un contexte de pénurie, qui contraint les structures les mieux dotées à soutenir, plus ou moins temporairement celles qui se trouvent durablement en difficultés
- celles qui sont pensées pour améliorer un fonctionnement collectif, au-delà de la réponse ponctuelle aux difficultés de telle structure cf. IDF
- celles qui ont été voulues comme un schéma optimal d'organisation : opérationnelle en Alsace ou encore en projet en région Nord-Pas-de-Calais

⁶⁵ Le réseau est une initiative nationale déconcentrée, géré par une équipe de quatre personnes hébergée à la DRASS de Montpellier. Après près de 10 années d'existence, il contient aujourd'hui 25000 fichiers et 2500 dossiers régulièrement mis à jour par une équipe de quatre personnes.

Une version Extranet permet aux agents du ministère (notamment personnel d'astreinte, collègues détachés ou en mission) d'accéder à la quasi-totalité du contenu du RESE

⁶⁶ Projet porté par l'inspection régionale de la pharmacie de Bourgogne.

5.5.3.1 Dans la première catégorie, on trouve officiellement trois régions⁶⁷ :

- la région Franche Comté qui a organisé par convention (29 octobre 2004) son appui permanent à la Haute Saône à raison de deux jours par semaine pour deux MISP de la DRASS. L'évaluation réalisée en janvier 2006 par la DAGPB a souligné que cette organisation garantissait une présence permanente à la DDASS, au prix d'une absorption progressive sur place alors que beaucoup de questions auraient pu être traitées par téléphone ; elle recommandait d'évoluer soit vers un repositionnement plus net en région soit vers une association plus forte des autres DDASS à cette organisation ; les médecins intéressés soulignaient également que l'astreinte administrative départementale pourrait être opportunément remplacée par une astreinte médicale régionale et que l'affectation d'une assistante capable de gérer les deux sites serait de nature à faciliter leur travail, rendu plus difficiles par des intervention sur deux sites;
- la DRASS Lorraine qui prend en charge (lettre du 8 décembre 2004) la carence d'effectifs régulièrement constatée dans la Meuse (intérim du MISP et encadrement du médecin contractuel) et vient en renfort de la DDASS de Meurthe et Moselle, selon une répartition par type de dossier;
- les services de Champagne Ardenne qui s'organisent pour assurer l'intérim d'un misp à la DDASS de la Haute-Marne. Par convention du 1^{er} février 2006, les signataires (DRASS, DDASS de l'Aube et de la Haute-Marne) ont décidé d'intervenir en soutien de la Haute-Marne dont les deux postes de misp étaient vacants, prioritairement sur la sécurité sanitaire (le MIR pour la permanence des soins et la défense civile), le MISP de l'Aube pour les avis techniques dans les autres domaines⁶⁸ et les plaintes et inspections, entre eux deux, le tout étant plafonné à 0,2 ETP.

5.5.3.2 De la deuxième catégorie ressort le projet avorté de mutualisation porté en région Ile-de-France.

1 présentation

L'initiative du projet revient au préfet de région qui souhaitait réagir aux multiples dysfonctionnements constatés dans certains départements en raison d'une ressource insuffisante.

Dans un premier temps, le projet a conduit les membres du CTRI, avec l'accord de la DAGPB, à transférer quatre postes à la DRASSIF, dans l'idée de faciliter un recrutement régional pour réaffecter la ressource aux départements concernés.

Sur une nouvelle interpellation du préfet de région, le MIR a présenté en mai 2005 un projet de principe d'équipe intégrée, dérivé du modèle alsacien, fondé sur une répartition des compétences par fonctions dont certaines modalités (en particulier le maintien envisagé d'un seul médecin par département pour assurer la veille et la

⁶⁷ De multiples soutiens existent, non recensés et ponctuels ; il y a le cas du déplacement d'un médecin régional dans un département, pour laisser « souffler » un collègue trop isolé, soit en prenant des congés soit en participant à une autre mission pour une fois détachée du terrain ; ce peut être aussi la participation à une réunion assumée pour le compte de deux structures ; inversement, un médecin départemental peut venir soutenir la région en cas d'indisponibilité du médecin en charge de la thématique.

Une illustration ; pendant plusieurs mois, un MISP de la DRASSIF s'est déplacé tous les jours pour prendre en charge sur place l'élaboration du PRSP de Champagne Ardenne dans une région où le MIR est seul en DRASS et où l'effectif était de 5 médecins sur 12.

⁶⁸ Les praticiens conseils sont systématiquement sollicités pour les visites de conformité.

gestion des crises sanitaires) ont paru irréalistes et déposséder les préfets de département et leurs DDASS de tout contrôle sur leur ressource.

Le nouveau travail d'approfondissement réalisé sur demande du CTRI au cours de l'automne 2005 n'a pas permis de déboucher sur des évolutions significatives.

2 analyse

L'échec –provisoire ? – de ce projet ne fait que traduire les difficultés du travail en commun dans une région aussi grande, à huit départements, dans laquelle l'expression des différences est portée beaucoup plus que les points possibles de convergence, par référence à des modes de fonctionnement dérivés de l'administration centrale et peu inspirés des références traditionnelles en services déconcentrés.

Cette crise de confiance, que le MIR a souhaité solder en renonçant à ses fonctions, montre les limites de la réflexion sur les mutualisations volontaires. Les questions posées par ses concepteurs demeurent, à l'identique. Cette idée devra être reprise, avec un appui central plus fort et probablement sous des formes plus systématiques et moins homogènes pour des départements de taille importante mais qui se trouvent dans des situations très disparates.

5.5.3.3 Les initiatives dans les régions bi-départementales

Elle reflète les orientations prises dans quelques régions bi-départementales en tenant compte de la proximité géographique des services.

Dans le cadre du rapprochement physique entre DRASS et DDASS du Bas-Rhin, une inspection régionale et départementale de la santé a été créée. Avec la DDASS du Haut-Rhin, et malgré la commande du CTRI pour un service unique, les médecins ont privilégié une organisation thématique et territoriale renforçant les spécialisations et possibilités de relais.

Un projet semblable est en gestation en région Nord-Pas-de-Calais. Il devrait voir le jour prochainement, après validation préfectorale, sur les bases suivantes.

L'analyse faite en région Nord-Pas-de-Calais

Les difficultés

L'articulation entre l'échelon régional et le niveau territorial de proximité n'est pas entièrement satisfaisante ; quelques exemples de manque de liaison :

- entre les équipes réalisant les inspections dans le cadre de la MRIICE et les agents en charge du suivi des établissements, en particulier dans la mise en œuvre et le contrôle des recommandations à moyen terme. Il peut arriver qu'une inspection et une visite de conformité soient réalisées pour le même établissement et la même activité par des agents différents sans transmission d'information préalable.
- entre l'hémovigilance et la lutte contre les infections nosocomiales organisées régionalement (cellule régionale d'hémovigilance, coordinatrice régionale du CCLIN) et les médecins référents d'établissements. En outre, l'organisation actuelle ne favorise pas l'émergence d'une véritable « coordination régionale des vigilances » telle qu'elle existe dans certaines régions.
- Enfin, quand le SROS III sera publié, un effort tout particulier devra être fourni pour en assurer la mise en œuvre territoriale, ce qui impliquera une forte articulation entre ceux qui ont participé à son élaboration et ceux qui, concrètement, seront chargés d'en traduire les propositions au niveau des établissements de santé.
- Il convient de noter que la notion de proximité ne se réduit pas à la seule proximité géographique.

Les actions ne sont pas toujours cohérentes. Quelques exemples :

- prises de position locale en matière de gestion des médecins hospitaliers sans connaissance approfondie de l'évolution des textes statutaires sur les statuts et les modalités de recrutement (médecins à diplômes étrangers, transformation de poste d'internes,...)

- avis locaux donnés sans discussion avec le référent régional du thème (ex. : projet de reconstruction de services d'urgence, regroupement de maternités)

La « documentation » nécessaire aux diverses interventions est souvent éparpillée dans les différentes institutions (DRASS, DDASS, ARH,...). C'est ainsi, par exemple, qu'aucune institution ne dispose à elle seule de l'ensemble des documents relatifs à un établissement de santé (rapport des diverses inspections ou visite de conformité, rapport d'autorisation en CROSS, rapport d'accréditation, rapports d'instruction de plaintes, COM, etc....). Une tentative pour y remédier (la réalisation de monographies par secteur sanitaire) n'a pu aboutir.

La difficulté de maintenir une technicité de haut niveau.

L'activité des MISP couvre tous les secteurs d'activité de la DRASS et des DDASS et nécessitent des compétences multiples. Les outils nécessaires dans chaque champ d'intervention ont été acquis au cours des formations précédant l'entrée dans le corps des MISP. Cependant la compétence ne résume pas à l'apprentissage initial de ses outils. La compétence comprend, en outre, l'expérience de l'usage de ces outils et le maintien des connaissances. En effet, les connaissances, qu'elles soient scientifiques, techniques, juridiques ou administratives, évoluent très vite et leur mise à jour demande du temps. La spécificité de certaines fiches de poste a conduit certains à spécialiser leur compétence. D'autres, aux attributions multiples, peinent à maintenir un haut niveau de technicité.

Il est nécessaire que, pour chaque mission, les préfets et les services de l'Etat puissent disposer d'un professionnel ou d'une équipe de professionnels, médecins de santé publique, de haut niveau.

Propositions.

En conclusion, l'organisation actuelle, si elle objective nombre de coopérations, ne semble pas optimale. La présente proposition vise donc à répondre aux objectifs suivants :

- assurer une meilleure visibilité vis-à-vis des différents donneurs d'ordre et améliorer la cohérence des réponses apportées
- réaliser des économies d'échelle en évitant le doublonnage de certaines tâches
- renforcer la technicité dans certains domaines tout en préservant, par le travail d'équipe, une approche globale en santé publique et en permettant les remplacements mutuels en cas de nécessité
- améliorer les interventions de proximité en articulant mieux le niveau régional d'organisation et de coordination et le niveau local de mise en œuvre, notamment en ce qui concerne le SROS III (mise en œuvre territoriale par les conférences sanitaires de territoire, les projets médicaux de territoire, les contrats d'objectifs et de moyens,...) et les PRS puis le PRSP (programmes territoriaux de santé)
- assurer les multiples interfaces et la cohérence entre les différentes démarches de santé publique (SROS, PRSP, Mission régionale de santé, domaine médico-social,...).

L'organisation proposée entend constituer une « coordination régionale et interdépartementale fonctionnelle » des services régional et départementaux d' « inspections de la santé », au sein des services déconcentrés du ministère chargé de la santé (DDASS et DRASS).

Il est proposé, pour une expérimentation d'un an :

- une « inspection régionale et interdépartementale de la santé » (IRIS) placée sous la coordination du Médecin inspecteur régional
- quatre équipes coordonnées, chacune, par un médecin inspecteur qui y consacrerait une partie de son temps de travail : veille sanitaire (à laquelle pourrait être rattachées la coordination régionale de l'hémogilance et celle de la lutte contre les infections nosocomiales bien qu'elles dépendent d'institutions extérieures), inspection, contrôle, évaluation, planification sanitaire et médico-sociale et programme régional de santé publique ;
- quatre « groupes territoriaux » au niveau de chaque bassin de vie, disposant pour chacun d'un coordinateur, et chargés d'assurer les missions de proximité. Ces groupes auraient donc en charge du suivi non seulement des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux et des PTS de leur territoire. Ils regrouperaient notamment les médecins référents des divers établissements de santé ; leur coordinateur serait l'interlocuteur privilégié du chargé de mission de l'ARH du territoire correspondant.

Par ailleurs, chaque MISP sera chargé d'une ou de plusieurs thématiques (par exemple : périnatalité, santé mentale, personnes âgées,...) afin d'assurer cohérence et transversalité entre les différents approches (inspection / contrôle, planification, PRSP).

Chaque unité et chaque groupe territorial fera l'objet d'une fiche précisant les effectifs et les principales missions (en annexe, un exemple concernant l'équipe « inspection, contrôle, évaluation »).

Face à ces initiatives et aux interrogations qu'elles suscitent, la conférence des MIR s'est opportunément saisie du dossier⁶⁹ en proposant par note du 31 mars 2006⁷⁰ une réflexion construite en prenant clairement position en faveur d'une équipe unique de médecins, régionale et départementale, coordonnée par le MIR et une organisation en équipes, par fonctions ou par thématiques.

La mission partage cette analyse, estimant qu'on ne peut plus en rester dans l'incertitude actuelle, que les médecins ont un rôle essentiel à jouer dans ces rapprochements et que l'administration centrale ne peut plus se contenter d'observer et de rendre compte des initiatives locales. Les principes d'organisation doivent faire l'objet d'un texte, au mieux réglementaire, au moins par circulaire, pour que les changements de responsables (préfets et chefs de services déconcentrés) ne puissent en remettre en cause les grandes orientations. Les modalités peuvent différer d'une région à l'autre mais le sens doit être unique, vers une intégration des deux niveaux d'administration.

*
* * *

« Rien que leur place mais toute leur place » pourrait résumer le nécessaire repositionnement des MISP au sein des services. Alors que l'avenir laisse entrevoir des difficultés de fonctionnement croissantes en l'absence de mesures significatives de définition des missions, professionnalisation du travail et revalorisation du statut, les questions d'organisation ont une place symbolique forte pour tracer le cadre du futur.

Les MISP ont montré leur aptitude à s'adapter constamment à de nouveaux champs d'intervention, quitte à passer le relais comme ce fut le cas sur le pilotage des SROS de 3^{ème} génération. Un de leurs principaux atouts est de pouvoir concilier l'intégration des contraintes inhérentes à la décision et une capacité interpellation des institutions.

Jean-François BENEVISE

Alain LOPEZ

⁶⁹ Suite aux premières réflexions du SMISP en septembre 2005.

⁷⁰ Vers une mutualisation des fonctions médicales dans les services déconcentrés ; note jointe en annexe 4.

ANNEXES

Liste des annexes

1. L'intervention des MISP dans le domaine social et médico-social
2. La circulaire du 30 juin 1999
3. Missions et revue d'activités
 - 3.1 Synthèse des propositions des CTRI au dialogue de gestion 2006
 - 3.2 Etat d'avancement des mesures
 - 3.3 Propositions du CTRI PACA
4. Note de la conférence des MIR sur la mutualisation des services

**Annexe 1 : L'intervention des MISP dans le domaine social
et médico-social**



PREFECTURE DE LA REGION ALSACE
PREFECTURE DU BAS-RHIN

Strasbourg, le

DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
D'ALSACE

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DU BAS-RHIN

INSPECTION REGIONALE ET
DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

Réf. :

Dossier suivi par : Monique BOGEN Catherine Dontenwille

Téléphone : 03.88.76.82 25

Télécopie : 03.88.76.80 92

catherine.dontenwille@sante.gouv.fr

Le 7/07/06.

Note à l'attention de messieurs Jean-françois BENEVISE et Alain LOPEZ,
Dans le cadre de la mission IGAS et de la réunion de travail du 11 mai 2006 à Strasbourg :
Quels sont les enjeux du secteur médico-social pour le MISP aujourd'hui ?

L'acte II de la décentralisation donne compétence au Conseil Général pour le pilotage des politiques médico-sociales au niveau des Départements. En première analyse, on pourrait en déduire que les services déconcentrés de l'Etat et singulièrement les MISP devraient moins s'impliquer dans ces politiques.

Notre expérience quotidienne nous semble aller à l'encontre de cette analyse, et ceci pour essentiellement trois raisons: les interventions restant de la compétences de l'Etat dans ces politiques, notre positionnement spécifique de MISP à l'articulation des dispositifs médicaux-sociaux, de prévention et d'organisation des soins, enfin notre capacité de veille prospective, à l'affût de pratiques innovantes.

1) Dans le secteur médico-social :

Le champ médico-social se caractérise par sa diversité, la multiplicité de ses partenariats, la complexité de ses connexions avec les autres champs (sanitaire, social, libéral...), ainsi que l'absence d'un décideur unique. Les pratiques professionnelles sont hétérogènes le monde associatif prégnant et les prises en charges sont souvent très longues : le projet de vie peut s'étendre sur la vie entière. De plus, les structures médico-sociales, de part leur culture, leur histoire, leurs moyens sont trop souvent démunies face à des populations présentant des profils de plus en plus lourds du point de vue de la dépendance et des pathologies liées aux maladies chroniques et au vieillissement, ainsi que face aux plans de prévention et gestion des crises (canicule, grippe aviaire etc).

De part leur participation au traitement des plaintes, à l'inspection et au contrôle des établissements et services, les MISP, du fait de leurs compétences en matière de fonctionnement médical, organisation des soins, sécurité sanitaire et particulièrement connaissance des prérequis en matière d'hygiène, contribuent à garantir un fonctionnement optimal de ce secteur. Que l'inspection soit programmée ou non, la gestion de ses suites garantit une certaine qualité des prestations, au bénéfice d'un public vulnérable, véritable mission de service public. Elle contribue en particulier à la lutte en faveur de la prévention de la maltraitance.

Il en va de même des visites de conformité des structures médico-sociales, où le MISP vérifie conjointement avec les Conseils Généraux l'adéquation entre les dispositions prévues par la réglementation, le projet présenté en CROSMs et la réalisation des nouvelles constructions ou restructurations. Cette mission constitue un gage de mise en place des conditions requises à la bonne pratique des soins et de l'hébergement.

Dans le champs des personnes âgées : le MISP en donnant des avis techniques avant signature des conventions sur les projets d'établissement, en participant à l'élaboration d'une grille d'indicateurs de suivi des conventions et par l'évaluation de l'état d'avancement de la mise en place des objectifs fixés dans les conventions contribue au suivi des conventions tripartites et à l'accompagnement du processus de médicalisation des maisons de retraite.

L'intervention du MISP dans la planification s'effectue via le CROSMS. L'analyse, sous l'angle des soins, des projets présentés au CROSMS permet d'ajuster les propositions des promoteurs, à l'effectivité des besoins de la population. A noter que les médecins du CG n'émettent pas d'avis médical en CROSMS.

Les établissements médico-sociaux de type CSST (centre spécialisé de soins pour toxicomanes) et CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie) ont des missions spécifiques qui nécessitent régulièrement l'avis d'un MISP : à titre d'exemple la délivrance des traitements de substitution de type méthadone et subutex.. Les CSST sont par ailleurs membres du comité de suivi départemental de la substitution dont le MISP est statutairement le président.

2) Des interfaces multiples :

A l'heure actuelle, plusieurs dispositifs se mettent en place dans les régions, pilotés par des instances différentes : SROS, piloté par les ARH, PRIAC, piloté par les services de l'Etat en région en relation avec les Conseils Généraux, PRSP, piloté par les Préfets de région, réseaux pilotés par la Mission régionale de santé. Les MISP interviennent selon des positionnements différents dans l'ensemble de ces dispositifs. Ils peuvent être chefs de projets, intégrés dans les équipes projets, donner des avis dans le cadre d'appels à projets, contribuer au développement de réseaux, et instruisent les dossiers liés au régime des autorisations. Ce positionnement leur donne un rôle particulier dans l'articulation, la fluidité et la mise en cohérence au service d'une politique en faveur de populations fragiles.

Deux exemples illustrent le propos dans notre région :

- La lutte contre les conduites addictives : la bonne connaissance du dispositif des CSST, des CCAA et récemment des CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) permet au MISP d'articuler et de coordonner le dispositif avec les soins hospitaliers et la planification (ARH: volet conduites addictives du SROS) et avec la prévention (appels d'offres régionaux et départementaux de la MILDT) ainsi qu'avec le PRSP (thématique prioritaire: lutte contre les conduites à risques).
- La lutte contre les phénomènes de dépendance : l'articulation du PRIAC avec les volets du SROS III et le versant « prévention » promu par le PRSP a été particulièrement spécifique des MISP. L'objectif fixé réside en la cohérence des politiques en faveur du handicap et des personnes âgées, développées dans la région.
On peut citer :
 - l'articulation entre PRSP et PRIAC par le biais de la fiche « prévention de la dépendance »
 - l'articulation entre SROS-HAD et SSIAD
 - le SROS soins palliatifs et la prise en charge de la fin de vie dans les EHPAD
 - le volet "prise en charge des personnes âgées" du SROS – les EHPAD : via la signature de conventions, ainsi que le développement de réseaux.
 - le SROS psychiatrie et l'enfance handicapée
 - L'articulation entre le volet psychiatrie du SROS, la thématique "prévention et dépistage de la souffrance psychique des jeunes et des adolescents" du PRSP et le PRIAC dans le cadre du plan national de santé mentale.
 - L'articulation entre l'appel à projet national "bien vieillir" et l'appel d'offre régional concernant la thématique « améliorer la qualité de vie des personnes âgées et handicapées » du PRSP.

L'ensemble de ces interfaces fait l'objet de propositions concrètes dans les différents dispositifs, permettant au MISP de contribuer à assurer une transversalité du maillage dans la prise en charge d'une population particulière : est ainsi facilitée une approche globale et intégrée de ces populations, depuis les actions de prévention de la dépendance, l'annonce du diagnostic, et son acceptation puis la prise en charge de la dépendance ou du handicap, enfin les actions de prévention tertiaire, telles que l'éducation du patient, les ateliers

équilibre, mémoire, restauration de l'effort physique, la préservation du lien social et l'intégration en milieu ordinaire.

3) Une veille prospective permettant la diffusion de pratiques innovantes et facilitant l'émergence de dispositifs nouveaux.

Dans leurs contacts quotidiens avec les acteurs de terrain, leurs connaissances des pratiques déployées dans les différents dispositifs, les MISP sont en situation de faire diffuser, de faciliter la circulation des informations, d'inciter à des espaces d'échanges de pratiques. La mutualisation alsacienne des services d'inspection de la santé permet, de plus, d'envisager l'harmonisation des expériences nouvelles entre les départements de la région.

- Par exemple, il y a quatre ans, la relation entre professionnels de santé de ville et secteur médico-social a mis en place un dispositif de prise en charge de personnes très lourdement handicapées à domicile (PTLH), dispositif expérimental qui a été repris dans le cadre réglementaire actuel.
- Le Haut-Rhin a développé une politique initiée et coordonnée par le MISP, en matière de prise en charge des détenus vieillissants et handicapés, par la signature d'une convention entre la maison d'arrêt de Mulhouse et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ce dispositif unique en France a été à l'origine de préconisations développées dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge et au suivi des personnes détenues (BO 2005-1 bis). Au jour d'aujourd'hui, sept personnes bénéficient de ces aménagements ; la maison d'arrêt de Mulhouse est par ailleurs sollicitée pour l'admission d'autres détenus handicapés moteurs.
- En septembre 2006, une Unité de Dépistage et d'Orientation de la Petite Enfance (UDOPE) ouvrira ses portes à Chatenois, constituant une structure de guichet unique en Alsace centrale. Son statut juridique est celui d'un CAMPS. Le MISP a ainsi encouragé la collaboration entre le secteur médico-social (associations partenaires) et le secteur sanitaire (psychiatrie infanto-juvénile et pédiatrie du centre hospitalier de Sélestat).

En conclusion, il nous semble que le MISP a encore un rôle à assurer dans la structuration d'un secteur médico-social, actuellement en pleine évolution et nous espérons vous en avoir convaincu. Nous restons à votre disposition pour informations complémentaires si vous le souhaitez.

Dr Monique BOGEN

Dr Eric SCHWARTZENTRUBER

Dr Catherine DONTENWILLE

Annexe 2 : La circulaire du 30 juin 1999

CIRCULAIRE N° DGS/DAGPB/MSD/99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique. (extraits)

Résumé : La présente circulaire précise les missions des médecins inspecteurs de santé publique
Mots-clés : : médecins inspecteurs de santé publique - santé publique - DDASS - DRASS
Textes de référence : - Article L 795-1 et 2 du Code de la Santé Publique - Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique - Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales - Circulaire du 21 septembre 1979 relative aux attributions des médecins inspecteurs de santé, inspecteurs régionaux et départementaux
I - Animer les politiques de santé et contribuer au contrôle et à l'évaluation de ces politiques

I - 2 Au sein des DDASS et des DRASS, les MISP ont deux missions essentielles qu'ils exercent sous l'autorité du directeur départemental ou régional

I- 2.1 L'animation d'une politique globale de santé

➤ Les MISP contribuent à l'organisation et au suivi de la Conférence Régionale de Santé qui définit les priorités de la région en matière de santé. Celles ci sont prises en compte par les services déconcentrés pour définir et mettre en oeuvre les programmes régionaux de santé.

Les MISP apportent également leur concours lors de l'élaboration et la réalisation des plans d'action en santé-environnement ; de même, ils assurent le lien entre les politiques sanitaires et sociales, en particulier en direction des personnes âgées, des handicapés, des exclus.

➤ Dans le champ de compétence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ils apportent leur compétence technique aux opérations de planification sanitaire (carte sanitaire - SROS), de recomposition du dispositif de soins et de contractualisation avec et entre les établissements de santé.

Ils peuvent être nommés chef de projet sur tout ou partie de ces missions à la demande du directeur de l'ARH et assurent alors l'animation et la production des travaux.

➤ Ils encouragent la mise en place des systèmes d'observation de la santé et de veille sanitaire et les alimentent en s'appuyant sur les ressources internes : déclarations obligatoires des maladies, déclaration de décès en DDASS, données des CDES, des COTOREP, des services statistiques des DRASS et des épidémiologistes des CIRE.

Ils favorisent les relations avec les partenaires extérieurs : l'ORS, les services universitaires et instituts de recherche oeuvrant dans la connaissance de l'état de santé des populations.

Ils proposent les études et enquêtes nécessaires à la connaissance de l'état de santé de la population, en collaboration avec l'échelon statistique régional.

➤ Ils s'inscrivent dans une dynamique pluridisciplinaire, tant en interne avec les ingénieurs, les pharmaciens, les inspecteurs, les conseillers techniques en travail social, qu'en externe avec de nombreux partenaires : services de l'Etat, notamment techniques (DDE, DSV, DDCCRF...), collectivités territoriales, services de l'assurance maladie (en particulier praticiens conseils).

➤ ainsi, les médecins inspecteurs de santé publique peuvent contribuer à mieux articuler la programmation des actions de santé et la planification de l'offre de soins et plus généralement favoriser la convergence des actions dans le sens de l'amélioration des états de santé.

I - 2.2 Le contrôle du bon fonctionnement du dispositif de santé, garantissant des conditions optimales de sécurité sanitaire.(voir textes réglementaires sur ce chapitre)

Le contrôle requiert une organisation particulière qui doit séparer les responsabilités portant sur l'organisation et la gestion du système de santé, de celles portant sur le contrôle et la garantie de sécurité sanitaire.

L'inspection de premier degré est de la compétence des services déconcentrés :

➤ Un programme d'inspection et de contrôle est élaboré au niveau régional par la MRIICE, conjointement avec l'ARH pour le domaine hospitalier, en cohérence avec les objectifs des agences nationales de sécurité sanitaire pour ce qui concerne les produits et dispositifs médicaux, l'alimentation et les milieux et, enfin, avec les objectifs stratégiques des directions d'administration centrale en matière de santé publique et d'action médico-sociale.

➤ Ces actions de contrôle sont pluridisciplinaires, les MISP assurent la partie relevant de leur compétence.

➤ Ces contrôles programmés sont complétés, le cas échéant par des inspections sur plaintes ou des contrôles en urgence à votre demande. En cas de nécessité les MISP peuvent aussi prendre l'initiative de contrôler, naturellement en informant leur hiérarchie.

I - 3 En administration centrale comme en services déconcentrés, les MISP développent des activités d'évaluation, d'enseignement et de recherche

I - 3.1 L'évaluation

Leur formation en santé publique doit amener les MISP à promouvoir l'évaluation dans l'ensemble de l'institution sanitaire et sociale.

Ils la mettent en oeuvre prioritairement dans le domaine des politiques de santé : évaluation des politiques publiques au niveau national, des programmes de santé au niveau régional, des actions de santé au niveau local, des projets d'établissement ou des projets thérapeutiques au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux sous tutelle, évaluation des procédures de sécurité et qualité des soins, évaluation du service rendu par les dispositifs de soins et leurs organisations (établissements de santé, réseaux de soins, autres...) au niveau départemental.

I - 3.2 L'enseignement et la recherche

En outre, les MISP sont invités à développer des actions de recherche en santé publique aussi souvent que possible. Ils participent au choix des thèmes prioritaires de la formation médicale continue des médecins libéraux. Ils peuvent également enseigner leur discipline dans les écoles de formation des différents professionnels et intervenir dans le cadre des enseignements universitaires.

Ils se voient attribuer à leur demande, pour ces actions, ou pour d'autres activités spécifiques, une demi-journée hebdomadaire de travail d'intérêt général.

I - 3.3 Les fonctions d'encadrement

Hormis les fonctions de MIR, fonction d'encadrement spécifiquement réservée aux MISP, ces derniers peuvent comme les agents de catégorie A des autres corps, diriger un service ou un pôle ou être détachés sur un emploi de directeur adjoint, secrétaire général, directeur départemental ou régional.

En administration centrale, les MISP au cours de leur carrière peuvent prétendre à des fonctions d'encadrement telles que chef de bureau ou sous-directeur, ou être détachés dans les agences de l'Etat.

**Annexe 3.1 : Synthèse des propositions des CTRI au
dialogue de gestion 2006**

**Propositions de réforme des missions des services
déconcentrés formulées par les CTRI lors des dialogues de
gestion de janvier 2006**

Items des programmes "Veille et sécurité sanitaire" et "Santé publique et prévention"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes Côte-	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Contrôle des installations classées			T					R			A/R							T			A							5
Contrôle des bâtiments d'élevage			T															T			A	R						4
Secrétariat CDH		T		T				R	R										A/T	A/T								6
Contrôle des eaux de loisirs			E	T				E				E										R						5
Contrôle de l'assainissement																							A					1
dérogation pour l'assainissement autonome									R																			1
Avis sur les permis de construire				T																								1
Activités funéraires et transport de corps		T	T	T				R												A		R	E				T	8
Plaintes hygiène alimentaire												T																1
contrôle des boulangeries									R																			1
homologation des enceintes sportives									R																			1
autorisations pour recruter des apprentis									R																			1
commission touristique									R																			1
contrôle des auto-écoles									R																			1
avis sur les documents d'urbanisme									R																			1
hygiène rurale									R																			1
Règlement sanitaire départemental																				A/T								1
Patients à haut risque vital									R																			1
Participation aux commissions de sécurité																							A				A/R	2
Enquêtes suite intoxications monoxyde de carbone			E																			A/R						2
Pré-enquête d'insalubrité aux PACT ARIM			E																									1
Hospitalisations sous contrainte		T		T				R	R															T			R	6
Manifestations sportives		R		T																								2
Autorisation des débits de boisson		T	R																								R	3
gestion des certificats de décès									T																			1
gestion des médecins agréés									R																			1

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E
Italique : à vérifier	

Items du programme "Offre de soins et qualité du système de soins"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Gestion du personnel hospitalier	E	T	E	T			T		R	A/R	A	A						T		T	T	A/R		T	R		A/R	16
Gestion des congés de formation individuelle des agents des établissements hospitaliers										A						A												2
gestion des internes, FFI																									R			1
Avis sur le recrutement dans les hôpitaux				T																								1
Organisation des jurys de concours de la F.P. Hospitalière		T				E																	E	T				4
CAP départementales de la F.P. Hospitalière		T	A/R			E	R	E	R			T							T	T	T	A/R	E		T		A/R	14
Mutualisation des heures syndicales		T	A/R					R	R				E						T			A/R	A				A/R	7
Contrôle des marchés publics hospitaliers						A/R	R	R				T	E							A		A/R	A		R		A/R	10
Missions ARH (équipements lourds)																					T							1
Procédure d'allocation budgétaire																				A								1
Instruction des dossiers d'investissement des établissements																		T										1
Présidence des conseils techniques des écoles de formation paramédicale																							E					1
Report de scolarité dans les instituts de formation		T	A/R																A	T		A/R					A/R	6
Visites de conformité			A/R																			A/R						2
Recettes trimestrielles d'activité des établissements publics et PSPH sous T2A													A															1
Participation à la commission d'activité libérale													A															1
Autorisation d'exercice des praticiens libéraux en hôpital local													A															1
Contrôle conformité des véhicules de transport sanitaire			R	T								T						T				R		T	T		T	8
contrôle des audio-prothésistes								R																				1
Secrétariat CROSS							R	E			R																	3
visites de conformité																								R				1
Enregistrement des professions de santé : ADELI								T										A/R	T		T		E					5
Accréditations																					A							1
Agrément et contrôle des laboratoires médicaux												R													E			2
Suivi des dons aux laboratoires		T	R				R	R											A								R	6
Suivi des évolutions juridiques et commerciales des pharmacies et des laboratoires																						R					R	2
Autorisations et contrôle des pharmacies								T																	T			2
Autorisation d'exploitation des pharmacies		T																										1
Remplacement des médecins libéraux		T																										1
Certificats de capacité pour prélèvements sanguins		T																										1
Contrôle PMSI																							E					1
gestion FINESS								T																			A/R	2
permanence des soins : contentieux																									T/E			1
Arrêts de remplacement des médecins			R	T															A			R			T		R	6
commission de sécurité																								R				1

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E
Italique : à vérifier	

Items du programme "Drogue et toxicomanie"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Injonctions thérapeutiques		T																							T			2

Légende	
Transfert :	T

Items du programme "Inclusion sociale"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL	
Emplois aidés				A/R					T			T	A							A				T		R			3
ASI - IAE				A/R					T			T								A									5
Fonds de modernisation de l'aide à domicile				A/R																									1
Mise en œuvre des PARADS													T																1
Secrétariat de la Commission départementale d'aide sociale		T		A/R				R	A													E					A/R		6
Volontariat civil				A/R																									1
Gestion du contingent préfectoral du logement								R																			A/R		2
commission expulsion locative									R																				1
Reports de scolarité dans les instituts de formation																			A								A/R		2
Accompagnement social des gens du voyage																					T								1
Ville, vie, vacances		T																											1
Postes FONJEP		T																											1
Indicateurs de convergence des Etablissement sociaux et médico-sociaux																							E						1
aide sociale / paiement des allocations et hébergement									R																				1
Aide juridictionnelle		T							R														A						2
procédure d'admission en CHRS									R																				1

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E

Items du programme "Accueil des étrangers et intégration"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Regroupement familial		T	A/R	T			E		T				A									A/R	E				A/R	9
Etrangers malades		T							R			A													T		A/R	5
Programme d'aide au retour		T																										1
traitement situations individuelles									R																			1
Aide médicale Etat							E															E						2

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E

Items du programme "Action en faveur des familles vulnérables"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Commissions de tarification de tutelles aux prestations sociales				A/R																		E						2
Secrétariat du conseil de famille		T	A/R	A/R				R													A/R						T	6
Médaille de la famille française		T					E	R			T											E					T	6
Secrétariat de la commission départementale des enfants du spectacle		T						R			T																A/R	4
Gestion de la ligne soutien à la parentalité													T								A							2

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E

Items du programme "Handicap et dépendances"																													
	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL	
Commissions d'accessibilité									R			T										A/R				A		A/R	5
Visites de conformité			A/R						T																R		A/R	4	
Financement des auxiliaires de vie									T			T																2	
Carte européenne de stationnement											T																	1	
budget des établissements																									R			1	
statistiques des transferts des personnes handicapées en établissements									R																			1	
tableaux de bord CAT									A																			1	
secrétariat de la commission de coordination médicale (GIR)									A																			1	
commission d'accessibilité									R																			1	
Tutelle et curatelles d'Etat				A/R			E		R													E						4	

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R

Items du programme "Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales"	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Comité médical et commission de réformes		T	A/R	T			E			A	A/R	T				R		A/R	T			A/R					A/R	12
Organisation des examens et concours													E					E				A/R						3
VAE			E		E		E			E	E		E			E		E		E			E					10
Inspection-contrôle MRIICE																					R							1
Suivi de la fonction contentieu»				A/R																								1
CIRA																										E	1	
Gestion des pointeuses			A/R																									1
Charte Marianne												R																1
GLB												A																1
Notation et évaluation des agents		R																										1

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E

Items relatifs à la protection sociale	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Mayotte	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	La Réunion	Rhône-Alpes	TOTAL
Contrôle de légalité des O.S.S.							E																E					2
contrôle des fraudes dans les organismes de S.S.																				R								1
Contrôles COREC																							A					1
contentieux technique																								T				1
Secrétariat des TASS et TCI		T														R												2

Légende	
Abandon :	A
Transfert :	T
Réduit :	R
Externalisation :	E

Annexe 3.2 : Etat d'avancement des mesures

Revue des activités 2006

Etat d'avancement

1- Propositions retenues à faire aboutir en priorité

Propositions	Enjeux (personnel)	Echéance de réalisation	Responsable
A/ Santé publique (programmes Veille et sécurité sanitaire et Santé publique et prévention)			
- contrôle des installations classées et bâtiments d'élevage, contrôle de l'assainissement : révision du règlement sanitaire départemental - type	20 ETP	Fin 2006	DGS
- retrait des DDASS du secrétariat du conseil départemental d'hygiène	30 ETP	Mise en œuvre du décret 2006-665 du 7 juin 2006 applicable au 1 ^{er} juillet 2006	DGS
- exonération partielle de la participation aux commissions de sécurité et homologation des enceintes sportives		Mise en œuvre du décret 2006-665 du 7 juin 2006	DGS

D/ Accueil des étrangers et intégration - transfert à l'ANAEM des attributions des DDASS dans la gestion des demandes de regroupement familial	12 ETP	En cours	DPM
E/ Protection sociale - Transfert du secrétariat des TASS et des TCI au Ministère de la justice	150 ETP	Fin 2006	DSS
F/ Missions supports - conduire en lien avec les partenaires la réflexion sur le transfert des comités médicaux et commissions de réforme des fonctions publiques. Prendre toutes mesures intermédiaires pour alléger la charge des SD.	300 ETP	Fin 2006	DAGPB

2- Propositions retenues, à expertiser pour fin septembre 2006

Propositions	Responsable
A/ Santé publique (programmes Veille et sécurité sanitaire et Santé publique et prévention) - Contrôle des eaux de loisirs	DGS
B/ Offre de soins (programme Offre de soins et qualité du système de soins) - Hospitalisation sous contrainte - Contrôle de conformité des véhicules de transport sanitaire	DGS DHOS

C/ Action sociale et médico-sociale (programmes Inclusion sociale, Famille vulnérables, Handicap et dépendances) - Emplois aidés - ASI-IAE - Organisation des examens et concours	DGAS DGAS DGAS – DAGPB
--	---

Annexe 3.3 : Propositions du CTRI PACA

09 janvier 2006

CTRI de la région PACA

Propositions d'évolution des missions compte tenu des suppressions de postes à compter du 1^{er} janvier 2006

Annexe à la note de présentation

Avertissement du CTRI PACA

Confrontés depuis de nombreuses années à une distorsion de plus en plus criante entre leurs missions toujours plus nombreuses et diversifiées et les moyens quasi stationnaires dont ils disposent pour les conduire, les services déconcentrés cherchent vainement à recentrer leur activité sur le cœur de leurs missions.

Faute de solution apportée à cette situation les Directions ont souvent été contraintes de prendre elles même l'initiative de réduire voire d'arrêter leur investissement dans tel ou tel domaine.

Pour peu satisfaisantes qu'elles soient, les solutions « palliatives » ainsi apportées au fil du temps nous ont permis de nous adapter avec une certaine souplesse.

Les équipes s'essouffaient, le mécontentement grandissait, mais les structures tenaient.

Avec la mise en œuvre de la LOLF, c'est une véritable rupture qui vient de se produire : Alors que les missions continuent à s'entasser (la dernière date du 31 décembre avec la parution du décret 2005-1759 du 29 décembre 2005 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées »), les moyens marquent une chute brutale.

Il est bien évident que nous ne franchirons ce nouvel obstacle par notre seule force de conviction.

Conscients du caractère quasi incontournable des réductions de moyens qui nous sont imposées et qui vont se poursuivre, il importe maintenant de « passer à l'acte » en réajustant enfin nos ambitions aux réalités qui s'imposent à nous.

La mise en œuvre de tout ou au moins partie des mesures qui suivent est pour nous vitale. C'est en effet à ce prix que nous pourrions poursuivre la conduite de nos missions essentielles.

Le CTRI PACA a donc souhaité orienter particulièrement sa réflexion sur l'adéquation moyens/missions.

Ce choix s'inscrit dans la continuité du dialogue de gestion 2005 où avait été présentée en juillet 2005 une première ébauche. De plus si l'inadéquation moyens/tâches, les premiers étant insuffisants pour faire face aux secondes, existe dans toutes les régions, cet état est particulièrement pénalisant en PACA, qui doit gérer cette année une diminution brutale des effectifs. Cet élément nouveau a donc conduit le CTRI à accélérer la réflexion sur ce thème spécifique.

Afin d'éviter tout contresens dans la lecture de ce travail, quatre points doivent être précisés :

- Il s'agit d'un document de travail issu des réflexions du CTRI, à partir des propositions des chefs de service, listant les allègements/modifications de tâches envisageables. Une fois l'accord de l'Administration centrale obtenu sur leur principe, la faisabilité devra en être étudiée, avec les services concernés et les Préfets de région et département. Une présentation du document en pré-CAR est prévue fin janvier 2006.
- Les temps agents dégagés ne devraient pas être considérables, car si l'on excepte quelques secteurs lourds (comme la commission de réforme ou le comité médical) les propositions concernent souvent des tâches spécialisées mal couvertes faute de personnel en nombre ou qualification suffisants.
- Il va de soi que ce travail a pour objet de permettre de recentrer l'action des services sur les tâches et missions prioritaires en terme de santé publique ou cohésion sociale. Toute autre utilisation, par exemple pour diminuer encore les moyens disponibles pour la région PACA exposerait à une incompréhension de la part des personnels qui n'entrent dans cette logique « abandon de tâches » non pas parce que celles-ci sont inutiles mais parce qu'ils ont à cœur de préserver les tâches les plus productives de leur cœur de métier.
- Enfin dans la revue effectuée figurent aussi des tâches d'ores et déjà abandonnées faute de moyens. Il serait bon d'acter leur disparition sauf à exposer à long terme l'Etat à des risques contentieux en cas de contestation par un administré

Préambule au document

Avant d'aborder les propositions programme par programme, il est bon de rappeler des demandes, maintes fois formulées, concernant les relations entre les services déconcentrés et l'administration centrale.

Leur mise en oeuvre est de nature à alléger les tâches de gestion :

- Lorsque plusieurs directions d'administration centrale sont concernées par un même dossier, généraliser le principe d'une direction chef de file. Un point d'entrée unique permet d'harmoniser les positions
- Simplifier les remontées d'informations vers l'administration centrale
 - o en les prévoyant dès la mise en place de l'instruction initiale
 - o en coordonnant les demandes
- Instituer pour chaque demande ou tâche pérennes confiées aux services déconcentrés « une étude d'impact » mesurant les moyens nécessaires, sur le modèle de ce qui a été institué par la commission de programmation de l'IGAS pour le programme annuel d'inspection et de contrôle

- Diminuer le nombre de commissions, ou à tout le moins, s'interroger sur le maintien des anciennes

1 – Programme « Santé publique et prévention »

11 – Priorités DRASS et DDASS

- Renforcer le rôle de l'Etat dans l'élaboration, l'animation, le suivi et l'évaluation des politiques de santé publique :
 - o Animation du pôle « santé publique et cohésion sociale »
 - o Plan régional de santé publique se déclinant en plans locaux de santé publique (ateliers santé-ville, équipes de réussite éducative ...)
 - o Mise en place du groupement régional de santé publique
 - o Mise en place et animation de la conférence régionale de santé
 - o Transfert de compétences « recentralisées »
- Des moyens supplémentaires sont nécessaires pour :
 - o Faire émerger les préoccupations du terrain
 - o Coordonner les projets et animer la politique régionale
 - o Piloter les actions de santé recentralisées
 - o Faire fonctionner le GRSP pour la mise en œuvre et le suivi du PRSP

12 – Attributions à externaliser

- Etrangers malades
 - o Externaliser auprès d'un médecin hospitalier ou d'un médecin libéral ou vacataire (expertiser l'aspect réglementaire par analogie avec ce qui se fait en Ile de France)
 - o Toutefois en garder le contrôle en examinant les rapports d'activité et en contrôlant l'application des procédures

Textes

L'intervention des MISP est explicitement prévue au paragraphe 11 de l'article L313 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile au terme duquel « la décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis du médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du lieu de résidence de l'intéressé ».

Par ailleurs, dans l'article 17 de la loi récente du 26/11/2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, il a été précisé que le 12^{ème} alinéa de l'article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers est complété comme suit : « la décision de délivrer la carte de séjour est prise par le Préfet, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la DDASS compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé. »

- Transports sanitaires
 - o Travailler autrement
 - Ne plus faire de contrôles a priori

- Les remplacer par des contrôles inopinés par sondage
- o Si nécessaire, externaliser le contrôle des véhicules au médecin du SMUR
 - Au préalable, prendre contact avec l'URSSAF et la CPAM sur la déclaration d'embauche des équipages

13 - Attributions à confier à d'autres opérateurs

- Remplacement des médecins
 - o Transférer au conseil de l'Ordre (C'est fait dans les Alpes maritimes et le Var).

Texte :

Ce transfert est prévu par l'ordonnance 2005-1040 du 26/08/05, relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titre et exercice illégal de ces professions, mais il manque le décret d'application.

- Pharmacies
 - o Gestion des autorisations d'exploitation par l'Ordre des pharmaciens (exemple : changement de forme juridique ...)
 - Cette mesure est prévue par l'ordonnance 2005-1040 du 26/08/05, relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titre et exercice illégal de ces professions. Il manque le décret d'application.
 - La DRASS prendra contact avec l'Ordre
- Injonctions thérapeutiques
 - o Transférer l'organisation aux hôpitaux ou à des associations

14 - Attributions qui ne peuvent être exercées en l'absence de moyens

- Agrément des associations intervenant dans le domaine de la santé
 - o Tâche nouvelle que la DRASS PACA n'a pas les moyens d'assurer. L'instruction est très lourde puisqu'il faut vérifier la complétude des dossiers, les examiner, renseigner l'application informatique de gestion de la commission nationale, rédiger et notifier la décision du préfet de région. Le nombre considérable de partenaires dans une région comme PACA et la lourdeur de la procédure doivent conduire à refuser cette mission en l'état des effectifs prévus.

2 - Programme « Veille et sécurité sanitaire »

21 - Priorités DRASS et DDASS

- Alertes, surveillance et sécurité sanitaire
 - o Dans le cadre du PRSP, le plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire doit être élaboré et suivi
 - o Les DDASS sont le premier niveau de recueil et de traitement et de gestion des risques et crises
 - o La cellule interrégionale d'épidémiologie analyse et expertise les signaux d'alerte sanitaire

- o La cellule de gestion des risques exceptionnels apporte son appui dans l'anticipation et la gestion de ces risques
 - o Les services santé-environnement sont de plus en plus sollicités (alimentation en eaux potables, résorption de l'habitat indigne, volet sanitaire des études d'impact). L'application de la circulaire du 29 mars 2004 nécessiterait un recrutement de 32,62 agents.
 - o Enfin les missions d'inspection et de contrôle dans les officines et laboratoires se développent.
- Gestion des risques sanitaires des crises
 - Traitement des plaintes
 - o Cette mission nécessite une mobilisation constante des DDASS qui doivent réaliser en urgence des inspections.

22 - Attributions à mutualiser

- Gestion des risques exceptionnels
 - o La cellule construira un cadre très détaillé qui sera saisi par les DDASS avec l'appui de la cellule zonale.
- Eaux de consommation provenant du canal de Provence
 - Mise à niveau des installations de traitement d'eau destinée à la consommation humaine
 - Bilan de la surveillance sanitaire
 - o Cette problématique concerne 3 départements (04, 83, 13)
 - La DRASS peut assurer un travail d'appui méthodologique auprès des agents départementaux en charge de la gestion de ces dossiers
- Volet sanitaire des études d'impact
 - o Le pôle interdépartemental Bouches-du-Rhône (Ouest de la région) et Var (Est) doit être réactivé.
- Autorisation de dispensation d'oxygène
 - o Transférer à l'inspection régionale de la pharmacie
- Statut juridique des laboratoires
 - o Transférer à l'inspection régionale de la pharmacie (ou au conseil de l'ordre)

23 - Attributions à confier à d'autres opérateurs

- Prélèvements des eaux de consommation (article R 1321-19 du code de la santé publique) et des eaux de loisirs (piscines, baignades) (article D 1332-14 du code de la santé publique)
 - o Les départements qui faisaient appel à des vacataires pour assurer les prélèvements ne renouvelleront pas leur contrat.
 - o Cette attribution peut être confiée à un laboratoire agréé (s'il existe) qui facturera les frais correspondants au gestionnaire concerné (prise en charge explicitement prévue par les textes sus-visés)

- o Précision : En l'état actuel de la réglementation et à l'exception des communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé (15 en PACA), le transfert de cette attribution relevant du contrôle sanitaire ne peut se faire en direction des collectivités locales (qui seraient juges et parties)
- Saisies informatiques concernant le renseignement d'applications nationales (ex. Appliradon, cf. circulaire DGSNR/SD7/n°DEP-SD7-0388-2005 du 7 décembre 2005)
- Transport de corps avant mise en bière (agrément des véhicules, contrôle de la réfrigération ...)
 - o Examiner la possibilité de transférer cette attribution aux préfetures
- Transfert de corps à l'étranger
 - Vérification d'une éventuelle situation épidémique
 - o Examiner la possibilité de transférer cette attribution aux préfetures
- Dérogation préfectorale au délai d'inhumation ou de crémation
 - o Examiner la possibilité de transférer cette attribution aux préfetures
- Secrétariat du Conseil départemental d'hygiène
 - o Le CDH devient commission compétente en matière d'environnement, de risques technologiques et sanitaires. Le décret d'application en cours de préparation, ne prévoit plus comme auparavant que le secrétariat de cette commission soit assuré par la DDASS
 - o Examiner la possibilité de transférer cette attribution aux préfetures
- Suivi des dons des laboratoires aux associations (circulaire DGS 96-741 du 09/12/96 et DGS/SDLB 2002/134 du 04/03/2002)
 - o Possibilité de transférer en DDCCRF ou en Préfecture

24 - Attributions qui ne peuvent être exercées en l'absence de moyens ou qui doivent être abandonnées

- Contrôle sanitaire aux frontières
 - o La DDASS des Bouches-du-Rhône n'a plus les moyens d'assurer cette attribution (à compter du 1^{er} janvier 2006).
- Dossiers d'élevage bovins (et de volailles) résultant des textes récents les renvoyant dans le champ du code de la santé publique et du règlement sanitaire départemental
 - o Les DDASS n'ont pas les moyens d'assurer cette nouvelle tâche.
- Enquêtes de contrôle du respect des dispositions réglementaires concernant la lutte contre le bruit dans les lieux musicaux

3 - Programmes « Politiques en faveur de l'inclusion sociale » « Accueil des étrangers et intégration » et « Actions en faveur des familles vulnérables »

31 - Priorités DRASS et DDASS

- Les DDASS et la DRASS ont vocation première à prendre en charge les personnes les plus exclues.
 - o Elles doivent continuer à s'investir dans l'animation et le suivi de la prise en charge de l'urgence sociale
 - o Elles doivent piloter les structures et actions concernant l'hébergement des personnes en difficulté (CHRS, CADA, logements très sociaux ...)
 - o Elles doivent s'investir dans l'inspection, le contrôle et l'évaluation des opérateurs
 - o Elles participent à la mise en œuvre d'outils de planification ou de programmation (PRIPI, PASER et PASSED, schémas régionaux des professions)
- Elles pilotent l'organisation des VAE pour les professions sociales

32 - Attributions à externaliser

- Gestion de la validation des acquis de l'expérience
 - o La DRASS n'a plus les moyens de gérer l'extension de la VAE.
 - o Les crédits doivent être octroyés pour externaliser à un opérateur
- Demandeurs d'asile (admission, suivi de l'occupation dans les CADA)
 - o Le CTRI propose que les DDASS continuent d'assurer le pilotage mais se désengagent du travail matériel sur un opérateur qui sera financé sur le 39-03.

33 - Attributions à réorienter

- Appui social individualisé
 - o Le CTRI souhaite que les crédits affectés à l'appui social individualisé soient réorientés vers des champs autres que l'emploi (où l'ANPE et la DRTEFP sont plus légitimes) comme le logement et la santé des personnes les plus démunies.

33 - Attributions à confier à d'autres opérateurs

- Secrétariat de la commission départementale de l'aide sociale
 - o C'est l'autorité qui attribue l'aide qui doit assurer *l'instruction des recours (Var)* (conseil général pour le RMI et l'aide sociale départementale, CPAM pour la CMU)
 - o L'externalisation aux conseils généraux est déjà réalisée dans deux départements.
 - o Un courrier commun sera adressé aux présidents des conseils généraux et aux CPAM après rencontre avec le SGAR
 - o Le secrétariat dans une acception de « greffe » doit rester unique (Justice). Il est destinataire de tous les rapports.
- Suivi des plates-formes d'accueil pour primo-arrivants
 - o Les DDASS des Bouches-du-Rhône et des Alpes maritimes sont concernées
 - o Cette compétence doit être transférée à l'ANAEM
- Politique de la ville
 - o Les DDASS ne participeront qu'aux réunions de pilotage.

- o Elles ne garderont que des compétences dans le domaine de la santé publique (toxicomanies, ateliers santé-ville, équipes de réussite éducative)
- Ville, vie, vacances
 - o Cette attribution peut être transférée aux DDJS ou à un opérateur extérieur qui gère l'appel à projet et la préinstruction.
- Gens du voyage
 - o Les DDASS ne peuvent plus participer à l'élaboration du schéma départemental d'accueil (Directions départementales de l'Équipement)
 - o Elles continueront d'attribuer les subventions.
- Insertion par l'activité économique
 - o Le CTRI propose que les DDASS se désengagent.
- Programmes d'aide au retour
 - o Le CTRI propose que les DDASS se désengagent de la mise en place de cette nouvelle mesure et que les tâches soient assurées par l'ANAEM sous l'égide de la préfecture. (DDASS 13)
- Tutelle des pupilles
 - o Dans un premier temps, le CTRI propose que le secrétariat du conseil de famille soit placé sous la responsabilité du conseil général
 - o Dans un deuxième temps, il demande que la tutelle soit confiée au conseil général en lieu et place du préfet.
- Travail des enfants du spectacle
 - o Transférer au conseil général ou à la DDJS
- Regroupement familial
 - o La place de la DDASS ne se justifie plus depuis la création de l'agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM)
 - o Cf. application du décret du 17 mars 2005
 Au terme de ce décret, le rôle de la DDASS consiste à être dépositaire de la demande, à vérifier les pièces, à délivrer l'attestation de dépôt à l'intéressé et à transmettre le dossier à la mairie.
 A la différence de la réglementation précédente, la DDASS n'a plus d'avis à émettre. Ce rôle est dévolu aux maires et par défaut à l'ANAEM.
 Il conviendrait que la réglementation aille au bout de la logique en généralisant le transfert à l'ANAEM.
 A défaut les DDASS proposent d'externaliser cette mission à des associations.
- Postes FONJEP
 - o Transférer aux DDJS
- Agrément de l'employeur (débit de boisson) pour l'emploi de stagiaire mineur
 - o Transfert au conseil général
- Réseau d'appui à la fonction parentale
 - o Nous n'avons plus les moyens d'animer le dispositif.

- o Cette compétence relève de la compétence des conseils généraux et des CAF.

4 – Programme « Offre de soins et qualité du système de soins »

41 – Priorités DRASS et DDASS

- Renforcer l'articulation entre la prévention et le soin
 - o Participation de l'ARH au pôle de compétence « santé publique et cohésion sociale »
 - o Prise en compte dans le SROS des orientations du PRSP
 - o Animation dans le cadre des projets médicaux de territoire
- Mettre en œuvre les volets du SROS dont quatre sont directement pilotés par des médecins de l'inspection régionale de la santé
- Organiser et gérer les concours de la nouvelle procédure d'autorisation pour l'exercice de la médecine
- Piloter l'organisation des VAE des professions sanitaires
- Développer l'analyse de gestion dans le cadre de l'application de la T2A
- Mettre en œuvre la réforme hospitalière (organisation territoriale des soins)

42 – Attributions à externaliser

- Le contrôle du respect des maquettes de formations des internes et résidents devrait être réalisé par les facultés, conformément à la réglementation
- Gestion de la validation des acquis de l'expérience
 - o La DRASS n'a plus les moyens de gérer l'extension de la VAE.
 - o Les crédits doivent être octroyés pour externaliser à un opérateur
- Certificat de capacité pour prélèvements sanguins
 - o Le déroulement des épreuves et la délivrance du certificat pourraient être confiés aux centres de formation qui ont vocation à organiser les stages pratiques pour les professionnels
- Suivi des absences scolaires dans les instituts de formation
 - o Transférer aux écoles sous contrôle de la conseillère technique

43 – Attributions à exercer autrement

- Faciliter l'affectation des internes en stage et la gestion des dossiers de recrutement des FFI en obtenant des établissements de santé la liste exhaustive des postes d'internes budgétés

- Donner la possibilité d'inscription en ligne pour les candidats aux concours comme le concours national de praticien des établissements publics de santé et dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation pour l'exercice de la médecine
- Contrôle de légalité des marchés publics (attribution préfet)
 - o Le CTRI propose d'assurer ce contrôle à partir de sondages
- Commission départementale de sécurité
 - o Il est demandé que la présence de la DDASS ne soit plus rendue obligatoire dans le décret.
- Visites de conformité
 - o La co-présence de l'Etat et de l'assurance maladie, prévue par les textes, n'est pas indispensable dans certains cas.
 - o Proposition : Cibler la visite de conformité sur ce qui est important et établir des grilles par type de visite - Le groupe de travail régional mis en place sur ce point doit rapidement conclure.
 - o Il convient de le prévoir dans l'arrêté (voir ARH).
- Evaluation des directeurs d'hôpitaux
 - o Attribution à simplifier (circulaire et grille)

44 - Attributions à mutualiser

- Répartition des dossiers CROS et des contrats d'activité
 - o Le CTRI souhaite que soit clarifiée la charge de travail entre l'Etat et l'Assurance maladie et revue la répartition en réduisant le nombre de dossiers instruits par les services déconcentrés, ceci compte tenu de la réduction des effectifs.
- Pharmacies à usage intérieur
 - o Transférer des DDASS à l'inspection régionale de la pharmacie
- Tarification T2A
 - o La DRASS peut préparer les arrêtés avec une présentation uniforme
 - o Mais la signature et l'expédition resteraient confiées à la DDASS.

45 - Attributions à abandonner (transfert à d'autres partenaires)

- Gestion des personnels médicaux (PH et autres)
 - o Le CTRI propose le transfert de cette mission au centre national de gestion qui devrait être opérationnel en 2007
La création de cette nouvelle instance devra permettre de cibler précisément, avec l'appui de la DHOS, les tâches à lui transférer.
- Concours hospitaliers
 - o Transfert aux établissements
 - o Modifications réglementaires à prévoir
- Organisation des CAP départementales

- o Le CTRI propose le transfert de cette mission à un établissement sanitaire de référence. Des expérimentations peuvent être dans un premier temps conduites
- Mutualisation des heures syndicales
 - o Attribution très difficile à réaliser et qui consomme du temps
 - o Transférer à l'établissement sanitaire de référence du département
- Permanence des soins
 - o Contentieux sur les réquisitions
 - Transférer à la préfecture (pôle juridique régional et interdépartemental)
 - Ou rémunérer un avocat
- Agrément des sociétés d'exercice libéral exploitant des laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) (cf. circulaire du 14 novembre 2005)
 - o Plus value faible - champ du droit commercial sur lequel nous ne sommes pas pertinents

5 - Programme « Handicaps et dépendances »

51 - Priorités DRASS et DDASS

- Mettre en place des maisons départementales des personnes handicapées
- Poursuivre la réforme de la tarification des EHPAD. Accroître sensiblement le nombre d'établissements pour lesquels une convention tripartite aura été signée
- Elaborer en partenariat avec les conseils généraux et l'ARH le programme interdépartemental d'accueil des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- Mettre en place la VAE selon un échancier qui dépendra de l'octroi des moyens

52 - Attributions à exercer autrement

- Budgets des établissements médico-sociaux
 - o Demander au ministère de réduire ou mieux supprimer les décisions modificatives dont la gestion prend beaucoup de temps (campagne budgétaire permanente). Il convient de réfléchir à la possibilité
 - de prévoir dès le début de l'année un budget intégrant le financement de toutes les mesures de l'année
 - ou de reporter le financement de toutes les décisions modificatives et donc des enveloppes correspondantes sur l'exercice suivant en couverture d'autorisations de dépenses délivrées dans l'exercice.
 - o Faciliter les signatures de conventions pluriannuelles (avec un seul budget décliné sur plusieurs années). Ces conventions sont déjà possibles avec les dispositions des articles R.314-39 à R.314-43
- Visites de conformité (établissements et services médico-sociaux)

- o Cibler la visite de conformité sur ce qui est important et établir des grilles par type de visite - Le groupe de travail régional mis en place sur ce point doit rapidement conclure.

53 - Attributions à mutualiser

- Arrêtés d'autorisation
 - o Le contenu de l'arrêté est préparé par la cellule qui, à la DRASS, assure le secrétariat du CROSM
 - o Ces projets d'arrêtés sont ensuite envoyés aux DDASS pour mise en forme et signature du préfet

54 - Attributions à abandonner

- Participation aux commissions départementales d'accessibilité

6 - Programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales »

61 - Priorités DRASS et DDASS

- Développer les contrôles sur les mutuelles
- Renforcer la MRIICE et développer tant au niveau DDASS que DRASS nos missions d'inspection - contrôle - évaluation dans tous nos champs de compétence. Il convient de s'investir fortement sur ce champ où les besoins sont très importants.
- Organiser le pilotage et le suivi du plafond d'emplois et du plafond de masse salariale à compter du 1^{er} janvier 2006
- Mettre en place le contrôle de gestion et constituer le système d'information qui permettra de piloter le volet performance des budgets opérationnels de programme

62 - Attributions à abandonner (Transfert à d'autres partenaires)

- Secrétariat du TASS et du TCI
 - o Progressivement remplacer les agents Etat par des agents CPAM (hors secrétaires greffiers)
 - o Transférer la responsabilité complète du secrétariat de ces tribunaux au ministère de la justice
- Comité médical - commission de réforme (34,45 ETPT)
 - o Comité médical
 - Transférer à l'Education nationale la gestion des dossiers des enseignants
 - Traiter les dossiers de manière allégée (listes) notamment lorsqu'il y a accord entre employeur et employé (DDASS 13)
 - o Commission de réforme

- Transférer au centre de gestion de la fonction publique territoriale. Le texte le permet. C'est fait dans les Alpes maritimes. Informer au préalable le CAR et les préfetures
- Transférer au centre hospitalier référent pour la fonction publique hospitalière ; Informer au préalable l'ARH
- Hospitalisation sous contraintes
 - o Hospitalisation à la demande d'un tiers
 - Gestion complète par les centres hospitaliers
 - o Hospitalisation d'office
 - Examiner avec les préfets les possibles transferts (par exemple : HO de week-end).

63 - Attributions à externaliser

Compte tenu de la suppression très importante et depuis plusieurs années de postes de catégorie C et du non-renouvellement de crédits de contractuels, nous proposons, si l'enveloppe budgétaire le permet, d'externaliser certaines fonctions logistiques.

- Exemples :
 - o Courrier et affranchissement (externalisation auprès de la Poste)
 - o Photocopies de documents
 - o Envois de fax en nombre
 - o Gestion des fournitures
 - o Petits travaux d'entretien

Cette situation met nos directions en grande difficulté pour assurer la fonction accueil et l'application de la charte Marianne.

63 - Attributions à simplifier

- Notation et réduction d'ancienneté des agents

64 - Attributions à abandonner

- Contrôles COREC
 - o Il convient de supprimer la tutelle classique sur les comptes des organismes de sécurité sociale et de la remplacer par une évaluation à partir des objectifs et des moyens.

7 - Organisation transversale DRASS - DDASS

Priorités

- Renforcer encore l'organisation en pôles interdépartementaux de compétence ou en collèges
 - o Santé
 - o Social
 - o Ressources

- o Formation
 - o Informatique
 - o Collège des ingénieurs
 - o Collège des médecins ...
- Dématérialiser complètement les procédures
 - o Exemples :
 - Appels à projets dans le cadre du PRSP
 - CDH
 - CROS
 - CROSMS
 - Procédure budgétaire pour les établissements médico-sociaux (depuis la proposition de budget jusqu'aux arrêtés)
- Utiliser le site internet (ou le site intranet) pour déposer les dossiers, publier les résultats des examens et concours ... (exemples non exhaustifs)
- Marchés publics
 - o Nommer un ou deux référents régionaux et constituer une cellule d'appui (avec le concours de l'ingénieur régional de l'équipement)
- Gestion de la masse salariale
 - o Réfléchir aux modalités de regroupement
- Personnel, fonctionnement, informatique, communication, documentation, modernisation, cellule PAO
 - o Etudier les possibilités de mutualisation et de regroupement sur un seul site (en particulier entre DDASS des Bouches-du-Rhône et DRASS)

**Annexe 4 : Note de la conférence des MIR sur la
mutualisation des services**

Vers une mutualisation des fonctions médicales dans les services déconcentrés

Note de la Conférence des MIR du 31 mars 2006

A l'heure actuelle, différents textes législatifs et réglementaires tels que la Loi Organique des Lois de Finance (LOLF), la Loi relative à la Politique de santé publique, la Loi relative à l'Assurance Maladie et la Loi relative aux Libertés et aux Responsabilités locales modifient fortement l'organisation et la gestion du système de santé. Un double mouvement oriente vers un renforcement de l'échelon régional tout en exigeant un indispensable maintien des compétences au niveau local dans un contexte de raréfaction des ressources. Ces évolutions ont un impact sur l'organisation et l'évolution du travail des services déconcentrés du Ministère de la santé et des solidarités et conduisent à approfondir la réflexion autour d'une mutualisation régionale et interdépartementale de ressources rares comme le sont les fonctions médicales, de façon à améliorer la performance de ces services.

Un atelier de réflexion de la conférence des DRASS du 31 août 2005 a récemment porté sur « le DRASS, président du CTRI ». Constatant que la mutualisation des moyens et l'organisation de la ressource faisaient partie de ce qui devait être améliorée, il a recommandé, en terme d'organisation, que le CTRI mutualise « au maximum les moyens : logistiques, des services, des moyens humains, notamment ceux des compétences techniques rares : médecins ». La conférence des MIR partage cette analyse et cet objectif.

1. Contexte

Des nombreux textes législatifs et réglementaires ont été récemment publiés avec comme points communs :

- **Le renforcement de l'échelon régional dans l'action territoriale de l'Etat, notamment en matière de santé publique**

La région est clairement identifiée comme étant l'échelon d'organisation et de coordination, tant sur le plan de la politique de santé publique (élaboration d'un plan régional de santé publique, création du groupement régional de santé publique, création et animation de la nouvelle conférence régionale de santé) que sur celui des soins hospitaliers et de ville (élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire, mission régionale de santé, dotation régionale de développement des réseaux, comités techniques régionaux).

- **L'importance de la mise en œuvre de proximité, à l'échelon de territoires infra-régionaux, des politiques régionales**

Les notions de territorialisation des politiques de santé se voient renforcées. Ainsi, les SROS prévoient, pour l'organisation des soins, des territoires adaptés pour les soins de proximité et de premier recours et des territoires de planification qui disposent de conférences sanitaires chargées d'élaborer des projets médicaux de territoires afin de mettre en œuvre les orientations du schéma régional. Par ailleurs des programmes régionaux de santé déclinent localement, sur les mêmes territoires de proximité ou des ensembles territoriaux de configuration proche, le Plan Régional de Santé Publique.

Cette mise en œuvre de proximité s'avère indispensable au regard des inégalités infra régionales en matière d'état de santé. Elle est d'autant plus nécessaire dans les régions vastes et très peuplées.

Il convient donc de mieux répondre à cette double contrainte : renforcement de l'échelon régional en matière d'organisation et de coordination et nécessité d'une meilleure mise en œuvre de proximité garantissant une accessibilité géographique, culturelle et financière des populations concernées.

- **La création successive d'agences sanitaires ou d'instituts**

De nombreuses instances ont vu le jour tant au niveau national (AFSSAPS, InVS, AFSSA, Agence de Bio Médecine...) qu'au niveau régional (ARH, Mission régionale de santé...) Cette nouvelle donne a permis de renforcer les capacités d'expertise et implique une nécessité accrue de partenariat tant en terme de décision que de concertation. Cependant, ces nouveaux dispositifs sont trop souvent peu ou pas coordonnées et se traduisent par une multiplicité de donneurs d'ordre au niveau des équipes médicales des services déconcentrés avec un manque d'intégration des commandes et une complexité institutionnelle accrue.

- **La mise en œuvre d'une réforme de l'Etat, notamment de ses services déconcentrés**

Le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 précise les rôles respectifs des préfets de région et de département : « le préfet de région est le garant de la cohérence de l'action des services de l'Etat dans la région. A ce titre, il fixe les orientations générales qu'il élabore avec les préfets de département dans la région. Il anime et coordonne l'action des préfets de département. ».

Un pôle régional « santé publique et cohésion sociale », regroupant la DRASS et la direction interdépartementale des anciens combattants (centres d'appareillage) est créé par le décret n° 2004-1053 du 5 octobre 2004. La circulaire du 19 octobre 2004 précise les services, établissements publics et autres organismes, invités à participer aux travaux du pôle : groupement régional de santé publique, agence régionale de l'hospitalisation, organismes de protection sociale, fond d'aide à l'insertion et à la lutte contre la discrimination (FASILD).

Enfin, la circulaire du 16 novembre 2004 relative à la réforme de l'administration départementale de l'Etat propose plusieurs hypothèses d'organisation des services déconcentrés.

Dès 1999, la circulaire relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique (DGS/DAGPB/MSD/99/939 du 11 juin 1999) entendait « faciliter le travail en commun entre les différents services au sein d'une même région géographique » et mettait l'accent sur le collège des MISP, la notion de « référents régionaux » et de « chefs de projet régional » pour des MISP affectés tant en DRASS qu'en DDASS, ainsi que sur le concept de « réseaux multidisciplinaires » (inspection, schéma régional de santé, programme régional de santé, ...).

- **l'accent mis sur la « performance » du service public**

Dans le cadre de la LOLF, divers textes mettent l'accent sur la nécessité d'augmenter la performance du service public et de rendre compte de la réalisation d'objectifs quantifiés déterminés a priori. Les ressources financières, mises à disposition des services déconcentrés par l'Etat, sont régionalisées et réparties entre la DRASS et les DDASS par le CTRI, rendant d'autant plus solidaires ces échelons. Cette performance ne peut être atteinte que par une élévation du niveau de technicité, une recherche de cohérence et de coordination dans les tâches effectuées, l'adoption de protocoles identiques pour les interventions, la recherche d'économies d'échelle entre les niveaux régionaux et départementaux.

2. Etat des lieux

La conférence des MIR a procédé à un état des lieux des organisations existantes. Actuellement, les MISP sont répartis entre les directions départementales et régionales selon des modes d'organisation variés et plus ou moins coordonnés. Le seul facteur unificateur, au niveau régional, est constitué par leur collège auquel la participation est libre.

Chaque DDASS a adopté une organisation de ses médecins dépendante avant tout du nombre de médecins réellement affectés. Ceux-ci sont évidemment des MISP, mais aussi des médecins contractuels assurant des activités qui doivent être confiées à un médecin sans qu'il soit obligatoirement "inspecteur de santé publique". La répartition des missions et des tâches, la coordination entre eux sont trop souvent aléatoires faute d'organisation formelle réglementaire. En fonction de l'effectif disponible, l'organisation des DDASS varie de l'affectation directe des médecins dans des services organisés en grand pôle, au maintien d'une équipe médicale qui gère en commun ses attributions en fonction de ses ressources et des aptitudes de ses membres, associant plus ou moins MISP et autres médecins recrutés.

Chaque DRASS est également organisée de façon très variable mais la fonction de médecin inspecteur régional dont il a été prévu un temps de faire un emploi fonctionnel, demeure encore garant d'un certain regroupement des médecins, même si les cellules interdépartementales et régionales d'épidémiologie (CIRE) ont pris leur autonomie, que des cellules de gestion de crise, constituées dans certaines directions, ont absorbé quelques MISP et que quelques postes se sont individualisés sur des fonctions spécifiques très autonomes du type coordonnateur régional d'hémovigilance ou chargé d'inspection à la mission régionale et interdépartementale d'inspection de contrôle et d'évaluation (MRIICE).

Enfin quelques régions ont mis en œuvre, soutenues par leurs directions respectives, des organisations mutualisant en régional et en interdépartemental les moyens humains et les compétences médicales. Ces expériences sont souvent liées à des déficits chroniques de MISP dans certaines zones géographiques et semblent en progression.

L'état des lieux effectué permet de visualiser les tentatives constantes d'adaptation aux évolutions mais met également en exergue les problèmes de fonctionnement. Les dispositifs sont figés à un moment de préoccupation donné, sans permettre la souplesse d'évolution qu'une équipe professionnelle peut atteindre et laisser la richesse des échanges quotidiens entre professionnels pour résoudre des questions de plus en plus complexes ou répondre à des sollicitations imprévues. Les organisations restent cloisonnées, quelquefois limitées à un seul médecin alors que les échanges réguliers entre pairs permettraient une efficacité plus grande. Le manque de cohérence et de lisibilité, la perte d'énergie et de motivation s'accroissent.

La conférence des MIR estime qu'une évolution des modes d'organisations s'avère indispensable afin de disposer d'une organisation technique suffisamment étoffée et diversifiée pour répondre aux enjeux actuels de santé publique et aux nouvelles données institutionnelles et pour permettre de répondre au déficit que constitue la LOLF.

3. Propositions: pour une mutualisation régionale et interdépartementale des services de santé publique

A partir de débats au sein de la conférence des MIR qui a également auditionné les organisations syndicales représentatives du corps des MISP (SMISP et CFDT), des propositions sont formalisées.

Ces propositions visent à répondre aux objectifs suivants :

- assurer une meilleure visibilité vis-à-vis des différents donneurs d'ordre et améliorer la cohérence des réponses apportés,
- réaliser des économies d'échelle en évitant le doublonnage de certaines tâches,
- renforcer la technicité dans certains domaines tout en préservant, par le travail d'équipe, une approche globale en santé publique et en permettant les remplacements mutuels en cas de nécessité,
- mieux concilier les apports techniques en ce qui concerne le pilotage régional et les missions de proximité, favorisant les articulations nécessaires entre les différentes politiques publiques, notamment entre les politiques de prévention et de dépistage, l'organisation des soins, le médico-social et le social. On peut citer en exemple les articulations à trouver entre le SROS III (mise en œuvre territoriale par les conférences sanitaires, les projets médicaux de territoire, les contrats d'objectifs et de moyens, ...) et les programmes du PRSP qui doivent être déclinés localement,
- assurer les multiples interfaces et la cohérence entre les différentes démarches de santé publique (SROS, PRSP, réseaux, domaine social et médico-social, ...).

Les propositions s'appuient sur les principes suivants:

- une mutualisation des compétences et des moyens humains nous paraît seule à même de répondre aux missions de l'Etat déconcentré. Les compétences demandées aux corps techniques de professionnels de santé publique sont multiples, se nourrissent de métiers, de disciplines, d'expériences différentes et portent sur des thématiques multiples. Il s'agit de trouver un fonctionnement permettant de développer des capacités spécialisées dans des domaines bien ciblés tout en maintenant un cadre global assurant une polyvalence sur l'ensemble des fonctions et des méthodes de santé publique.
- une organisation garante d'un travail d'équipe: le temps est révolu où un médecin pouvait seul assurer l'expertise technique sur l'ensemble des dossiers. Les médecins, particulièrement ceux qui sont plus jeunes dans la profession, aspirent au développement et à la valorisation d'un travail d'équipe, qui leur paraît comme indispensable pour aller vers moins de dispersion, moins d'isolement, plus de synergie et de capitalisation des connaissances, des pratiques et des modes opératoires
- une organisation permettant de maintenir une vision globale et intégrative des différentes composantes du système de santé: face à la dispersion institutionnelle actuelle et à l'heure où l'accent est mis sur la nécessité d'articulation et de meilleure cohérence des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales, il est nécessaire de maintenir des équipes intervenant sur l'ensemble du champ.

- une organisation intégrée dans les services déconcentrés et maintenant une dynamique pluridisciplinaire: cette pluridisciplinarité constitue une richesse de notre environnement institutionnel, est nécessaire à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation des politiques et doit s'entendre au sens large, associant les ingénieurs, les pharmaciens, les médecins, les inspecteurs ainsi que tous les autres métiers présents dans les services de l'Etat.
- un positionnement clair dans les processus d'aide à la décision: la cohérence de ces nouvelles organisations doit être assurée par le MIR assisté par le collège des MISP (qui pourrait évoluer en collège de santé publique, prenant en compte la présence de médecins contractuels mais aussi d'infirmières de santé publique voire d'autres métiers). Son rôle devrait s'appuyer sur ses capacités d'animation, de négociation, d'analyse stratégique, et devrait être plus lisible, et ce notamment par sa participation de plein droit au CTRI.
- des modalités d'organisations variables, adaptées aux contextes géographiques, socio-démographiques et institutionnels locaux: la diversité des environnements et des facteurs très structurants tels que l'étendue géographique, le poids démographique, le nombre de départements dans la région, le nombre de médecins affectés dans les services, ne permettent pas de proposer un modèle organisationnel à priori. Il ne semble pas souhaitable par exemple que l'ensemble des compétences techniques soit systématiquement regroupé dans un même lieu géographique. De même, la répartition des attributions et des tâches dépendra éminemment des priorités et des programmations des demandes. Ce pourrait être le rôle du MIR au nom du collège de proposer au sein du CTRI un mode d'organisation répondant aux priorités arrêtées et de rendre compte de son efficience.

Modalités pratiques d'organisation

Deux axes structurent les modalités d'organisation possibles, un axe "par fonctions" et un axe "par thématique". En ce qui concerne le premier, quatre grandes fonctions de santé publique rentrant dans les attributions des MISP ont été définies: veille et gestion des alertes, inspection-contrôle-évaluation, régulation du système de soins, régulation du système médico-social, politiques de prévention. L'axe "par thématique" privilégie une répartition des attributions à partir de thématiques prioritaires (par exemple la politique de lutte contre le cancer) sur lesquelles s'exercent les différentes fonctions de santé publique. Selon que l'on privilégie l'une ou l'autre entrée, les modalités organisationnelles sont différentes et sont décrites plus précisément selon les deux "modèles" qui suivent. Ces deux modèles ne s'opposent pas et peuvent co-exister dans une même équipe. Quel que soit le modèle organisationnel choisi, il doit rester souple, modulable, évolutif afin de s'adapter à tout nouveau problème de santé et aux besoins de la population.

♦ Modèle par fonctions

- une « inspection régionale et interdépartementale de la santé » placée sous la coordination du médecin inspecteur régional et comprenant quatre équipes, coordonnées chacune par un médecin inspecteur qui y consacre l'essentiel de son temps :
 - une équipe « veille sanitaire » à laquelle peut être rattachées la coordination régionale de l'hémovigilance et celle de la lutte contre les infections nosocomiales bien qu'elles dépendent souvent d'institutions extérieures, et associée la CIRE,
 - une équipe « inspection, contrôle, évaluation », incluant la MRIICE,
 - une équipe « planification sanitaire et médico-sociale »,
 - une équipe « plan régional de santé publique ».
- des « groupes territoriaux » au niveau de chaque territoires de planification constituant des bassins de vie, disposant chacun d'un coordinateur et chargés d'assurer les missions de proximité. Ces groupes ont en charge le suivi non seulement des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux et des PTS de leur territoire. Ils regroupent notamment les médecins référents des divers établissements de santé, de la veille sanitaire départementale, des actions de prévention et de promotion de la santé. Leur coordinateur serait l'interlocuteur privilégié du chargé de mission de l'ARH.
- Chaque équipe et chaque groupe de suivi devra faire l'objet d'une fiche précisant le responsable et les effectifs et principales missions qui lui sont confiées.
- Avantages :
 - dispositif simple à réaliser et à faire fonctionner
 - possibilité pour les acteurs d'acquérir une expertise plus aiguisée dans leur domaine
 - organisation facilement standardisable

- Inconvénients :
 - morcellement du travail avec perte d'une vue d'ensemble, essentielle en santé publique
 - risque de ventilation des ressources médicales dans des pôles administratifs
 - difficulté de passer d'une équipe à une autre

♦ **Modèle par thématiques**

Les thématiques reprennent les dossiers prioritaires conformément aux objectifs arrêtés dans chacune des directions et en CTRI : politiques en faveur de la femme et de l'enfant, des personnes âgées, des adolescents, des personnes handicapées, politiques de réduction des risques, de lutte contre le cancer ... Un MISP peut être référent de deux ou trois thématiques qu'il soit en DDASS ou en DRASS. Chacun est appelé à développer une expertise spécifique sur les thèmes qui le concerne.

Pour chaque thématique, 5 fonctions sont à assurer :

- promotion de la santé
- contrôle et sécurité sanitaire
- organisation et régulation du système de soins
- régulation et gestion du système médico-social
- activités de veille et d'alerte qui comprennent également les questions de santé environnementale

Ces fonctions sont assurées par le même agent dans le cadre de la thématique qu'il pilote.

Par exemple, en ce qui concerne la thématique cancer, le même médecin pilote la déclinaison régionale du plan cancer, est référent du volet cancer du SROS, suit comme référent médical le(s) centre(s) de lutte contre le cancer, apporte l'expertise médicale pour ce qui concerne la re-centralisation des programmes de dépistage, instruit les avis à donner sur les réseaux FAQSV ou DRDR concernant le cancer et participe aux inspections concernant les services de cancérologie.

La liste des domaines pouvant être régionalisés est à établir en accord avec les acteurs eux-mêmes (directions et MISP) sous arbitrage du CTRI.

Trois supports permettent de clarifier les responsabilités

- le tableau de répartition des attributions
- les fiches de postes de chacun des agents, y compris des infirmières de santé publique
- la liste des référents thématiques

Doivent être pris en compte l'expérience, la motivation, le statut et le métier de chacun. La liste des référents thématiques, formellement établie, doit faire l'objet d'une diffusion large et figurer sur le site Internet des directions.

Cette évolution ne peut être opérationnelle qu'à certaines conditions :

- ♦ une adhésion institutionnelle des agents et des services,
- ♦ pour les dossiers « régionalisés », un engagement ferme de chacun des référents régionaux d'informer systématiquement les services de santé des départements concernés du déroulement des mises en œuvre,
- ♦ au niveau départemental, l'intégration d'un temps informel de réactivité immédiate, permettant de traiter le « tout venant » et de rester disponible pour des appuis techniques à la demande,
- ♦ une capacité de substitution sur certains dossiers départementalisés selon la disponibilité des uns et des autres, absolument nécessaire lors de la gestion de situations de crise (grève des professionnels de santé, plans d'urgence...) ainsi que sur les questions de veille et alerte,
- ♦ la garantie d'une présence institutionnelle dans chacune des directions en tant que de besoin : réunions de direction, participation du référent thématique à des réunions de pôles
- ♦ la mise à disposition des secrétariats d'un certain nombre d'outils : disponibilités des agendas, protocoles (au minimum pour tout ce qui concerne la veille sanitaire), fiches réflexes, dossiers type (d'instruction d'un dossier CROSS)...
- ♦ le développement de réunions de coordinations inter-départementales entre administratifs et personnels de santé publique concernées (sous forme physique, de téléconférence ou visioconférence).

- Avantages :
 - Maintien d'une vision globale du système de santé et de la santé publique,
 - amélioration et homogénéisation des réponses de santé publique sur l'ensemble de la région, créant un dynamisme en santé publique et un esprit d'équipe interdépartemental par des échanges plus riches dans les services,
 - augmentation de la qualité de l'expertise dans le domaine propre à chaque agent, permettant des apports plus complets aux partenaires,
 - enrichissement des missions de chaque agent: développement pour une même thématique des fonctions de programmation, mise en œuvre et contrôle, (approche plus intégrée) exigeant cependant une déontologie particulière vis à vis des partenaires,
 - approche plus coordonnée des donneurs d'ordres (Ministère, DRASS, DDASS et ARH),
 - au final, amélioration de la circulation de l'information, des capacités de prise de décision, de la cohérence des interventions.
- Inconvénients :
 - techniquement plus difficile à organiser,
 - plus grande difficultés pour maintenir un haut degré de technicité sur l'ensemble des fonctions (promotion de la santé, planification, réseaux de santé, inspection ...),
 - moindre mobilité pour le changement de dossiers thématiques,
 - risque de déséquilibre en faveur des missions DDASS du fait que la pression de l'urgence (crise sanitaire, épidémiologie d'intervention) de la nécessaire réactivité immédiate (plainte) se font au détriment des fonctions demandant une réflexion stratégique et un investissement à plus long terme (planification - programmation - plan de contrôle), ce déséquilibre s'aggravant dès que le déficit d'agents s'alourdit,
 - conséquences possibles sur la promotion : travail réalisé pour un échelon territorial et évaluation - notation par un autre.

En conclusion

La conférence des MIR estime que les organisations actuelles ne sont plus adaptées et ne pourront faire face aux enjeux actuels de santé publique et de régulation du système de santé. Elle demande que soit proposée une évolution des services de santé publique, évolution adaptée aux contextes locaux et donc non uniforme sur toutes les régions mais s'appuyant systématiquement sur une mutualisation régionale et interdépartementale des compétences et des ressources. Ce pourrait être le rôle du MIR au nom du collège de proposer au sein du CTRI un mode d'organisation répondant aux priorités arrêtées et de rendre compte de son efficience.

La conférence souhaite un appui fort du niveau central et demande que ces organisations nouvelles fassent l'objet d'une évaluation qui pourrait être conduite par l'IGAS et à laquelle elle demande d'être associée.