

LES ARS : une occasion à ne pas manquer pour une politique de santé publique volontariste

Réflexions et propositions du Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (SMISP) et du Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (SPHISP)

Pour nos syndicats, la création des ARS vise prioritairement à améliorer l'état de santé de la population et pas seulement à améliorer les comptes de l'assurance maladie, en réunifiant le pilotage de la politique de santé afin de le rendre plus opérant.

Le développement des ARS doit être l'occasion de relever le défi d'une politique ambitieuse de santé publique, soucieuse de prendre en compte la santé globale de la population dans toutes ses dimensions et attentive à ne pas réduire la santé publique à la régulation de l'offre de soins.

Les MISIP et les PHISP sont désireux de voir cette réforme aboutir dans les meilleurs délais. Ils espèrent qu'elle ne constituera pas une somme d'opportunités disjointes (réduire le déficit de l'assurance maladie, diminuer le nombre de fonctionnaires, pérenniser des organisations administratives obsolètes ...) mais l'occasion de recentrer les actions sur la santé publique.

Dans ce contexte, l'utilisation optimale de nos compétences spécifiques en tant que professionnels de santé et spécialistes de santé publique, doit être recherchée dans l'organisation future des ARS.

Contexte

Nous partageons les constats généraux :

- ❖ un état de santé de la population insatisfaisant avec de fortes inégalités et des besoins de santé accrus par un vieillissement rapide
- ❖ **une organisation complexe, des freins structurels** et des segmentations qui occasionnent morcellement des politiques, multiplicité des donneurs d'ordre, paralysie et confusion des acteurs et qui gênent le développement d'une véritable politique coordonnée de santé publique associant prévention, soins et réinsertion sociale
- ❖ un accroissement du déficit des comptes de l'assurance maladie et une absence de maîtrise de la dépense de soins

Nous insistons sur les constats qui impactent de près notre capacité à mettre en œuvre les missions qui nous sont confiées dans le cadre de nos fonctions :

Pour les « Médecins Inspecteurs de Santé Publique » (MISP) :

Ces constats recouvrent :

- ❖ conditions d'exercice de plus en plus difficiles : isolement, épuisement professionnel par absence de vrai toilettage des missions, reconnaissance insuffisante du métier au sein du ministère chargé de la santé, etc...
- ❖ diminution régulière des effectifs en raison de la faible attractivité et des perspectives de carrière réduites dans un contexte de démographie médicale peu favorable

Les MISP mesurent la gravité de ces constats et en subissent les conséquences sur leur travail. Ces constats ont nourri les réflexions menées depuis 10 ans pour améliorer leurs modes d'exercice. En 2007, la demande répétée du SMISP d'une réflexion globale sur les fonctions médicales dans les services déconcentrés s'est concrétisée à la suite de la publication de plusieurs rapports de l'IGAS¹ par la mise en place de l'expérimentation sur la mutualisation des fonctions médicales en région, dont nous voyons aujourd'hui combien elle constituait une anticipation sur la mise en place des ARS.

Pour les « Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique » (PHISP) :

Ces constats recouvrent :

- ❖ Des difficultés à accomplir l'ensemble des missions toujours croissantes et complexes avec des effectifs en diminution dans les services déconcentrés

Forts de ces réflexions, le SMISP et le SPHISP souhaitent apporter leur contribution au débat et espèrent que leurs propositions, appuyées sur une pratique de terrain que les MISP et PHISP vivent au quotidien, seront prises en compte.

¹ Benevise JF, Lopez. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local - les MISP. Rapport n°RM2006 141A. Septembre 2006. IGAS. Disponible sur le site de la documentation française.

Place des ARS dans la politique de santé

1°) Un positionnement régional avec un pilotage unique :

La région est l'échelon territorial le plus pertinent pour positionner le pilotage déconcentré de la santé.

Cette nouvelle organisation en région doit aboutir à une vraie simplification, à un raccourcissement des délais de décision et à une cohérence territoriale des politiques menées.

Pour améliorer l'efficacité de l'organisation, il est impératif que cessent la multiplication des donneurs d'ordre, l'empilement inutile des niveaux décisionnels et d'encadrement, l'appauvrissement des échelons opérationnels et que le directeur de la future ARS dispose de l'autorité nécessaire à ce pilotage unique.

2°) Un périmètre large

La politique de santé publique s'appuie sur une définition large de la santé, associant approche individuelle et collective. Elle concerne donc tous les aspects de la relation de l'Homme dans son environnement.

Dans cette approche, l'ARS ne peut se concevoir qu'avec un périmètre large incluant la veille et la sécurité sanitaire, la promotion de la santé, l'offre de soins, sanitaire, sociale et médico-sociale, la santé environnementale, champs correspondant à ceux actuellement couverts par les DRASS, DDASS, ARH, URCAM, MRS, GRSP, et pour partie les CRAM.

Elle devra veiller à ne pas **se polariser sur l'offre de soins** mais à englober dès sa création la totalité des compétences et à les porter de manière équilibrée voire volontariste.

3°) Une réorganisation parallèle du niveau central :

L'efficacité des ARS est de toute évidence dépendante d'une réorganisation de l'échelon central (Ministères, Agences, Organismes de Protection Sociale) pour une meilleure cohérence entre les donneurs d'ordre à ce niveau également.

Place des médecins inspecteurs de santé publique dans l'ARS

"Rien que leur place mais toute leur place" (Rapport IGAS)

Les MISP sont :

- des médecins spécialistes
- des professionnels de santé publique
- des fonctionnaires d'Etat

Ils sont attachés à la défense de leurs valeurs : approche globale intégrative de la santé publique respect de la déontologie et de l'indépendance technique.

Une organisation matricielle

Elle doit être recherchée, avec des entrées thématique, territoriale et par bloc de missions, en référence aux propositions thématiques évoquées dans les rapports récents.

- ❖ Regroupement de l'ensemble des médecins et des infirmiers de santé publique dans une direction médicale « métier » sous l'autorité du MIR, ayant vocation à travailler pour les différents pôles de l'ARS. Il conviendra d'effectuer une distinction claire entre ce rattachement à la direction médicale régionale et le positionnement fonctionnel ou géographique de l'agent.
- ❖ Mise en place d'outils et de référents nationaux qui puissent constituer un vivier de ressources et une aide à la décision, avec le souci de valoriser les expériences et les productions et de mutualiser nos efforts. La constitution d'un réseau médical sur le modèle du RESE ou mieux l'élargissement de cette organisation aux domaines d'actions des médecins de santé publique constitue une priorité.
- ❖ Organisation matricielle, dans la même logique, des corps techniques intervenant sur les différents champs de compétences de l'ARS: pharmaciens inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire, ingénieurs d'étude et techniciens sanitaires
- ❖ Parallèlement, le management de l'ARS doit aussi permettre d'assurer la diversité des métiers au sein des postes fonctionnels de responsabilité pour une pratique professionnelle de la santé publique.

Prioriser l'intervention des MISP sur les missions de santé publique:

Les MISP revendiquent une implication dans tous les champs de la santé publique. Conscients de l'importance d'une professionnalisation accrue, ils affirment néanmoins la nécessité d'un regard transversal sur les différentes politiques menées qui permet le lien indispensable entre leurs acteurs.

Remettre de la cohérence grâce à des approches transversales par projet

1°) Veille, sécurité sanitaire (VSS) et gestion de crise (ANNEXE 1)

La veille et sécurité sanitaire constituent un enjeu majeur de santé publique. Elles recouvrent deux volets opérationnels complémentaires:

- la surveillance et l'alerte sanitaire, qui permettent d'identifier, de valider et d'investiguer des signaux, ou événements à conséquences sanitaires
- l'intervention : prévention et gestion des conséquences sanitaires.

La mission globale « Veille, Alerte, et Gestion des urgences sanitaires » devient de plus en plus sensible et exige de solides connaissances tant techniques que professionnelles et une forte réactivité. Une organisation optimale doit être recherchée afin d'assurer le meilleur rapport entre les ressources humaines disponibles dans les services et la qualité du service sanitaire rendu à la population.

Le positionnement de MISP en dehors des ARS (en préfecture par exemple), dans un contexte de ressources très raréfiées, serait fortement préjudiciable à l'efficacité, à la qualité et à l'indépendance de leurs missions.

2°) Les politiques de Santé Publique et de prévention :

Les MISP sont très attachés à leurs missions d'analyse, de pilotage et d'évaluation dans le cadre d'équipe pluri professionnelles auxquelles leur regard de médecin de santé publique apporte une plus value spécifique.

Ils sont les garants de la mise en cohérence des différents champs couverts par ces politiques avec l'offre de soins sanitaire, sociale et médicosociale.

Ils défendent un double positionnement territorial :

- de proximité, pour une meilleure connaissance des acteurs, des attentes et des difficultés et qui favorise des dynamiques territoriales
- régional pour assurer réflexion globale, équité et cohérence à la mise en œuvre des politiques de santé.

3°) L'accompagnement des offres de soins

Une égalité d'accès à des soins de qualité et une exigence de sécurité sont les objectifs prioritaires auxquels doit tendre l'offre de soins dans les domaines sanitaire (hospitalier et ambulatoire), social et médicosocial..

Les MISP souhaitent que leurs missions soient recentrées sur les aspects médicaux pour lesquels ils apportent une réelle plus value, même s'ils ne sauraient être absents des aspects médico-économiques.

L'approche transversale des MISP contribue à mettre du lien entre ces aspects et la politique de santé publique.

4°) L'inspection contrôle et l'évaluation

Elles revêtent toute leur importance dans le double objectif évoqué de qualité et de sécurité des soins mais aussi dans la perspective d'une démarche « qualité » en direction des différents acteurs. Cette démarche pédagogique de conseil et de suivi des recommandations doit être privilégiée .**La multiplication croissante et incoordonnée voire purement événementielle des inspections doit être stoppée et une révision de ces missions régaliennes, entreprise.**

Les recours aux MISP doivent être mieux ciblés sur la plus value médicale qu'ils apportent aux inspections et sur les fonctions d'organisation ou de supervision de contrôles pouvant aussi être effectués par d'autres collaborateurs.

Des compétences, des moyens d'action et des personnels

De manière générale, les ARS seront amenées à reprendre les compétences et les moyens d'action des structures qu'elles relayeront (DDASS, DRASS, ARH, URCAM...). Les agents doivent être rapidement et clairement informés sur l'organisation retenue, les conséquences sur leurs postes de travail et sur le calendrier de la réforme.

Au-delà des annonces de principe, un espace de discussion et de réflexion doit leur être offert. Les garanties annoncées, tant sur le statut que sur le positionnement géographique, devront être précisées.

L'assurance d'une professionnalisation accrue doit être garantie aux MISP, en lien avec des formations initiale et continue souples et évolutives qui répondent aux nouvelles exigences des missions. Le temps et les moyens nécessaires pour ces formations réaliser doivent être donnés aux agents par la définition d'un plan de formation largement ouvert sur l'ensemble des facettes du métier.

LE SMISP DEMANDE

Une participation effective aux groupes de travail nationaux qui conçoivent le fonctionnement des ARS.

Un statut attractif qui valorise notre métier, assure un recrutement pérenne et rende visible notre rôle, dans la politique de santé publique mais aussi dans l'interface avec les acteurs et les structures de soins, sans oublier la mise en place d'un régime indemnitaire pour les postes fonctionnels créés.

Un toilettage des missions, promis depuis la mutualisation et rendu indispensable par la charge et la complexité du travail.

Un respect des principes déontologiques qui fondent nos pratiques.

Une organisation et un management qui permettent travail en équipe pluridisciplinaire et réflexions professionnelles et qui assurent des profils de carrière tant dans les ARS qu'en centrale ou dans les agence sanitaires.

La création d'un « RESE » (ou son extension) aux autres champs couverts par les missions des MISP

La possibilité pour les MISP d'accéder à des fonctions d'enseignement et de recherche afin de transmettre nos savoirs, d'aider à la diffusion de la culture de santé publique (en particulier dans la formation initiale des médecins), de valoriser et de faire progresser nos compétences

Place des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans l'ARS

A l'instar des médecins inspecteurs, les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont des fonctionnaires d'Etat, professionnels de santé par leur formation initiale et continue et recrutés, au minimum, avec une pratique professionnelle de 3 ans. Ils sont reconnus dans tous les domaines d'intervention de l'administration de la santé, mais plus particulièrement pour leurs activités d'inspection-contrôle. L'indépendance dont ils font preuve dans leur exercice est le garant de l'efficacité de l'Etat.

Le syndicat revendique avec force et détermination **la vocation des PHISP à intervenir en tout lieu dès qu'il est question de produits de santé ou d'activités pharmaceutiques et biologiques**, y compris sous la forme **d'une coopération renforcée ou d'un partenariat** avec les autres pharmaciens susceptibles d'intervenir dans ce cadre, comme par exemple, les praticiens conseils de l'assurance maladie, les praticiens hospitaliers et les contractuels de droit public, si l'organisation retenue le prévoit et le facilite.

Par ailleurs, la satisfaction des attentes du public en termes de qualité des soins impose à la future organisation régionale, une gestion rigoureuse du système de santé, intégrant l'efficacité économique et le développement d'une approche qualité à tous les niveaux de la filière santé. **Les pharmaciens inspecteurs de santé publique**, familiarisés avec ce type de démarches d'assurance qualité, apparaissent donc comme une **ressource indispensable** aux futures ARS en tant que référents qualité.

Outre leurs activités d'inspection-contrôle, les pharmaciens inspecteurs participent activement aux actions de promotion de la santé publique et à l'amélioration de la qualité des pratiques. Depuis de nombreuses années, les PHISP ont fait la preuve de leur efficacité dans la conception, la supervision et la pratique des missions d'inspection-contrôle.

L'historique de leur organisation rattachée au chef lieu de région en service déconcentré, a démontré que les missions à l'échelle régionale pouvaient être effectuées de façon tout à fait satisfaisante ; ils ont créé pour cela les liens nécessaires avec les échelons départementaux. Affectés en Région et présents sur le territoire infra-régional, ils sont donc « en avance » sur la régionalisation des autres personnels.

En outre, à l'instar du RESE (réseau télématique dédié à Santé-Environnement), un système d'échanges d'information désigné sous le nom de PEPS (portail d'échange des pharmaciens inspecteurs) est fonctionnel depuis 2005. Il facilite par l'harmonisation des pratiques le travail des pharmaciens inspecteurs et des DDASS. Cette structure devra être pérennisée dans les ARS par une mise à disposition de personnel et de crédits de fonctionnements.

Les professionnels devant intégrer les ARS ont des pratiques et des missions différentes. Le « mariage des cultures » prôné semble être un objectif louable mais les spécialisations et le niveau de professionnalisation des PHISP devraient être reconnus et donc être source d'ouverture vers des postes décisionnels et/ou de responsabilité ; à ce

titre, si l'orientation d'action par mission prévaut sur l'action par statut, l'inspection-contrôle mérite d'être coordonnée par des éléments du vivier des PHISP.

Enfin, chaque agent devra se spécialiser tout en gardant une certaine polyvalence afin d'assurer une continuité de service public (ce qui est déjà le cas pour les PHISP).

Par ailleurs, le syndicat des PHISP rappelle le rôle du pharmacien inspecteur régional qui est notamment en charge de la déclinaison des politiques de santé publique et de sécurité sanitaire, de la préparation et de l'organisation des actions de contrôle et d'évaluation, de la déclinaison, au sein de la région, des plans de réponse aux urgences et crises sanitaires, de la coordination des missions et du management du service. A ce titre, il apparaît indispensable que le pharmacien responsable de l'entité pharmaceutique et biologique dans la nouvelle organisation siège avec voix délibérative dans l'organe de direction de la future ARS.

Proposition d'organisation du SPHISP

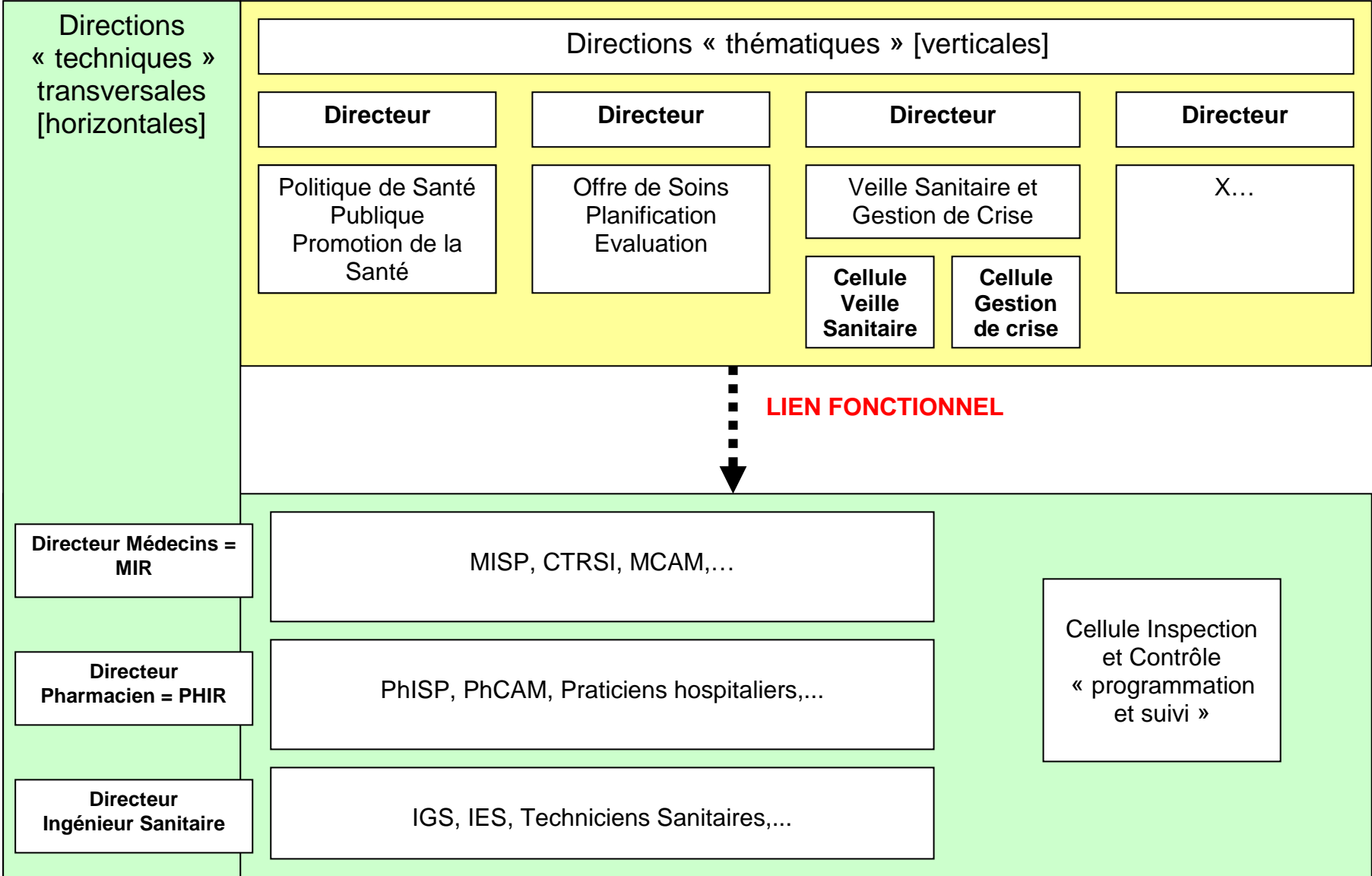
La présence d'une sous-direction technique transversale rattachée directement au Directeurs de l'ARS.

Elle comporte 3 entités (pharmacie-biologie, médicale et santé environnement). Chacune étant coordonnée par un pharmacien inspecteur régional, un médecin inspecteur régional, un ingénieur.

L'entité pharmaceutique regroupe toutes les professions pharmaceutiques (PHISP, contractuel, praticien conseil, Pharmacien hospitalier de l'OMEDIT) et est coordonnée par un pharmacien inspecteur de santé publique (emploi fonctionnel).

Une cellule inspection contrôle faisant appel aux directions thématiques et aux entités techniques est créée dans la sous direction technique transversale sans lien hiérarchique avec les entités techniques. Cette cellule réalise la programmation et son suivi ainsi que la coordination des différents intervenants.

DIRECTION GENERALE DE L'ARS



Veille, sécurité sanitaire (VSS) et gestion de crise : le choix évident d'un positionnement dans l'ARS

Le positionnement du champ de la « veille et sécurité sanitaire » doit s'inscrire dans l'organisation fonctionnelle de l'ARS.

Des arguments majeurs plaident en faveur de ce rattachement :

- ❖ Rassembler les professionnels de la VSS et non les éclater :
 - Garantie de qualité par la formation et la pratique régulière dans des domaines pointus et évolutifs
 - Constitution d'une masse critique suffisante pour faire face aux contraintes, aux imprévus (congés, maladie, rotations, astreintes) et aux alertes.
 - Bénéfice d'une pluridisciplinarité pour élargir le champ d'analyse
 - Solidité d'une équipe en termes de cohérence des dispositifs, soutien pratique et psychologique et formation des nouveaux arrivants
 - Professionnalisation de la veille sanitaire au niveau régional

- ❖ Maintenir les professionnels de la VSS dans le milieu sanitaire et non les en éloigner :
 - Connaissance du contexte sanitaire prééminente sur celle du contexte géographique
 - Coordination avec les autres composantes des futures ARS et approches pluridisciplinaires avec l'ensemble des personnels
 - Interface privilégiée avec les professionnels et le système de santé
 - Animation régionale de la veille et de la surveillance à visée d'alerte

- ❖ Clarifier les modes de fonctionnement et non les complexifier
 - Présence d'un point d'entrée unique et de procédures homogènes
 - Continuité de service et homogénéité sur l'ensemble de la région dans la réception des signaux
 - Assurance d'un centre de ressources documentaires, matérielles et humaines opérationnel avec notamment un RESE médical
 - Visibilité interne et externe de la veille sanitaire
 - Mutualisation des moyens régionaux
 - Développement de modes de fonctionnement libérés des contraintes géographiques et des barrières administratives

Le champ couvert et les missions sont larges

Le champ d'action doit correspondre à l'ensemble des composantes de la veille et sécurité sanitaire :

- ❖ Investigation des signaux, et gestion des alertes et des urgences sanitaires:

- Signalements directs d'évènements (maladies à DO et autres nécessitant une intervention en urgence - y compris évènements indésirables signalés par les établissements sanitaires et médico-sociaux -, infections nosocomiales, alertes environnementales,...)
- Indicateurs issus des systèmes de surveillance (suivi des tendances de pathologies, systèmes non spécifiques,..)
- ❖ Prévention et Gestion des Crises (Plans de secours et d'urgence sanitaires)
- ❖ Coordination de l'ensemble des vigilances

Une continuité est à préserver dans le dispositif, de la collecte du signal jusqu'à sa gestion :

- ❖ Suivi et analyse partagée des signaux collectés (évènements et indicateurs):
 - tous les évènements à conséquences sanitaires concernant une région, quel que soit leur nature ou leur origine, doivent être transmis à l'ARS
 - accès aux systèmes de surveillance nationaux et régionaux
- ❖ évaluation de la menace sanitaire à visée d'alerte des autorités
- ❖ préparation, organisation et mise en œuvre de la réponse, couplée avec une large phase préventive d'animation du réseau des partenaires (formations, exercices, informations, outils et procédures)

Une indépendance scientifique doit être garantie aux agents dans leurs missions d'expertise, sous l'autorité nationale de l'InVS.

Propositions d'organisation (schéma en annexe)

Dans l'ARS les 2 volets de Veille Sécurité Sanitaire (surveillance, alerte et intervention, gestion de crise) seront rapprochés.

Une séparation formelle de l'expertise et de la gestion est assurée par une identification claire des aspects pris en charge par les uns et les autres, au sein de deux cellules distinctes mais étroitement associées dans leurs activités (proximité et communication) :

- ❖ Une cellule régionale de veille sanitaire (CRVS) dont l'InVS constitue le garant scientifique d'expertise et d'indépendance et qui pourrait être amenée à assurer l'intégralité de la prise en charge des alertes sanitaires codifiées (MDO, Infections nosocomiales, CO). Elle serait pilotée par un coordonnateur InVS, à l'instar des Cire actuelles. Elle est constituée des personnels de Cire actuels et des personnels ARS (issus des Ddass) impliqués dans la veille sanitaire, hors gestion des alertes et des crises. Elle pourrait recevoir les activités et les personnels dédiés aux vigilances régionales (hémovigilance, pharmacovigilance (PHISP)).
- ❖ Une cellule régionale d'intervention assurant la prévention et gestion des situations d'urgences sanitaires et de crises (CPGC) pilotée par un personnel prévention et gestion de crise (ex Biotox). Elle est constituée à partir des personnels ARS issus des Drass et Ddass.

- ❖ Ces deux cellules sont autant que de besoin en liaison respectivement avec l'InVS et le DUS
- ❖ Au sein de ces deux cellules on recherchera une mixité des disciplines professionnelles (médecins, infirmiers, ingénieurs, techniciens sanitaires, épidémiologistes ...).
- ❖ Les agents qui constituent ces deux cellules peuvent avoir des positionnements géographiques régionaux ou infrarégionaux (certains de ces agents sont impliqués dans les deux cellules).
- ❖ Dans tous les cas un agent assurera l'articulation avec les services préfectoraux en tant que de besoin.

Dans le cadre des alertes et de crises, les procédures de recours et/ou de mise à disposition de l'ensemble des personnels de ces deux cellules aux préfets de département, de région et de zone doivent être formalisées.

Articulation avec les fonctions zonales

Les problèmes actuels liés à la possible survenue d'événements exceptionnels de grande ampleur à composante sanitaire ont conduit à définir, dans chaque zone de défense, un interlocuteur sanitaire spécifique pour les autorités préfectorales : le délégué de zone pour les affaires sanitaires et sociales.

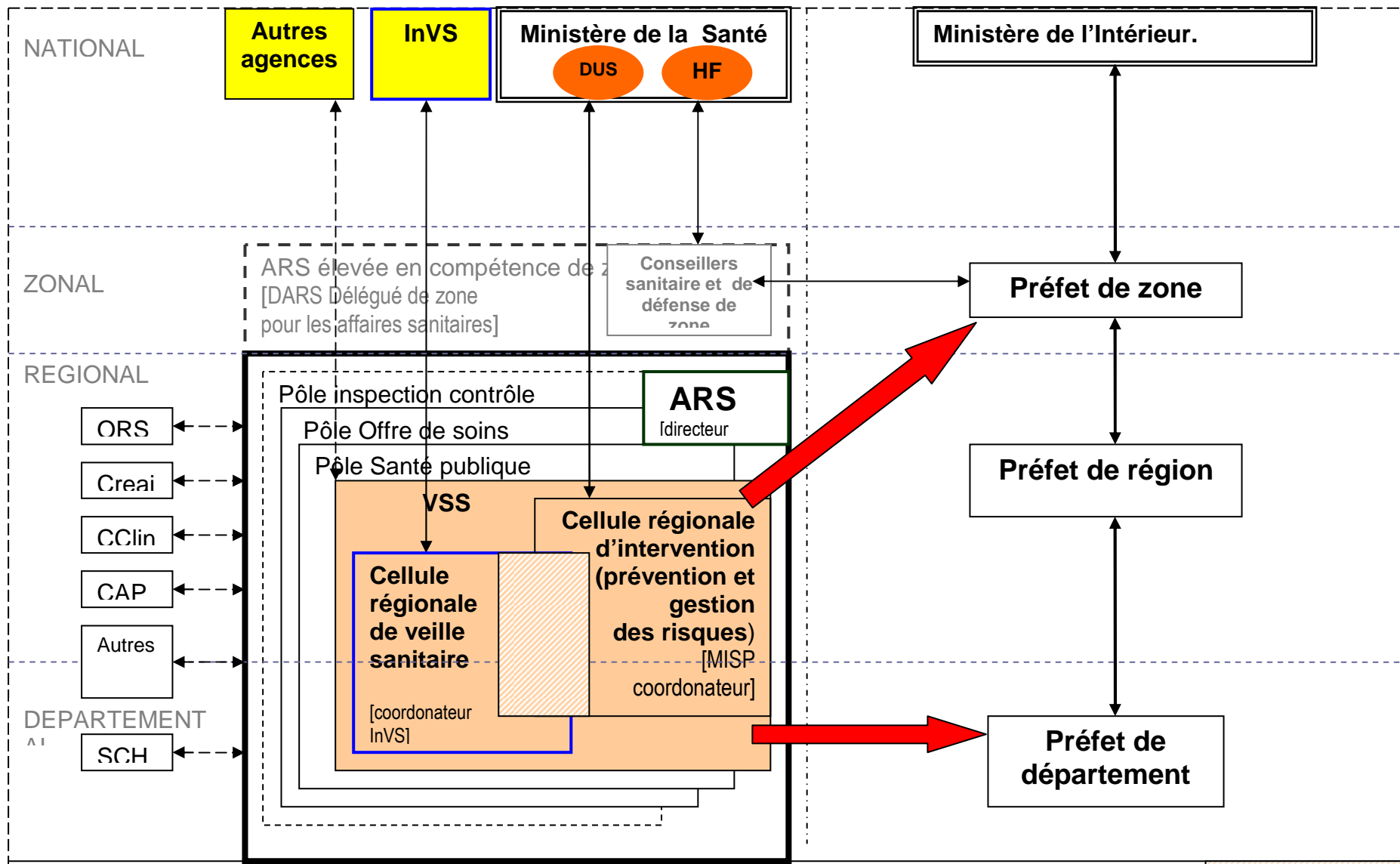
Dans la mesure où la VSS est située dans les ARS, le dispositif de zone ne peut être qu'inclus dans les ARS et plus spécifiquement dans le « secteur » veille et sécurité sanitaire.

Cette fonction exercée actuellement par le Directeur de la DRASS de la région où est positionnée la préfecture de zone, devrait donc être transféré au directeur de l'ARS correspondante.

Pour assurer ses missions de prévention et de gestion des crises à composante sanitaire, il est appuyé par deux collaborateurs : le coordonateur de zone et le conseiller sanitaire de zone. Ces personnels relèvent pour ces missions d'une autorité nationale, le Haut Fonctionnaire de Défense (HFD) près des Ministères de la santé et du travail.

Les missions des Coordonateur et Conseillers Sanitaires de Zone doivent être précisées et actées, tant en interne qu'en externe (en particulier lien avec les ARS qui ne sont pas sièges de zone).

Doivent être définies les conditions de mise à disposition pour les préfets de zone des personnels impliqués dans ce champ afin d'assurer soit une expertise, soit la gestion d'une crise de niveau zonal,.



Léaende

- Mise à disposition en cas
- Lien
- Partage.

Personnel de la cellule régionale d'intervention contribuant à la veille sanitaire