



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales,

Direction générale de la santé

Personnes chargées du dossier :

Jacques Raimondeau - DGS

tél. : 01 40 56 51 39

jacques.raimondeau@sante.gouv.fr

Danièle CHAMPION - DAGPB

tél. : 01 40 56 83 02

Daniele.champion@sante.gouv.fr

La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

Le directeur général de la santé

à

Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires
et sociales
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour attribution)

Monsieur le chef de l'Inspection générale des
affaires sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs de
l'administration centrale
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agences régionales de l'hospitalisation
(pour information)

CIRCULAIRE N°SGMCAS/DGS/SD4B/2007/169 du 20 avril 2007 relative à
l'expérimentation d'une démarche de mutualisation régionale des compétences médicales
des services déconcentrés.

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0730250C

Classement thématique : services déconcentrés

Résumé : expérimentation d'une organisation mutualisée des compétences médicales au
niveau régionale.

Mots-clés : mutualisation, MIR, MISP, CTRI, fonctions médicales

Depuis de nombreuses années, des difficultés de recrutement entraînent des situations d'insuffisance parfois majeure en matière de présence médicale dans les services. Ces difficultés déjà anciennes s'aggravent en raison des données de la démographie médicale qui s'appliquent aussi aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et qui conjuguent flux de formation limités et perspectives importantes de départs en retraite. Les situations de DDASS dépourvues de médecins vont, si rien n'est fait, se multiplier. Par ailleurs, les demandes d'interventions spécialisées, par exemple en matière d'inspection ou de gestion des situations urgentes, seront de plus en plus difficiles à satisfaire. Aux manques quantitatifs dus à des difficultés à recruter un nombre suffisant de médecins, s'ajoutent des faiblesses qualitatives en raison des attentes sociétales de plus en plus précises et diversifiées nécessitant de mobiliser des compétences techniques spécialisées.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, présenté en septembre 2006 par MM. J-F Benevise et A. Lopez, membres de l'IGAS, intitulé "*L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local*", dresse un bilan qui interdit le statu quo. Les causes des difficultés sont multiples et les remèdes à apporter de diverses natures. Parmi les pistes possibles, celle d'une mise en commun des ressources médicales disponibles au niveau de chaque région est apparue particulièrement féconde. Un groupe de travail réuni sur l'initiative du Secrétariat général des ministères sociaux et de la Direction générale de la santé au cours de l'automne 2006 a fait des propositions en vue de l'expérimentation d'une organisation mutualisée des compétences médicales au niveau régional. La mutualisation doit être comprise ici comme le processus permettant de concevoir et mettre en œuvre une mobilisation des compétences médicales disponibles au sein des services déconcentrés d'une région, afin de faire face aux besoins existants aux niveaux départemental, interdépartemental et régional.

Nous avons décidé de lancer cette démarche expérimentale dans toutes les régions sans exception, selon un cahier des charges et un noyau de procédures communs. En revanche, il appartiendra à chaque région de décider les mesures complémentaires qu'elle jugera utiles dans le cadre de cette expérimentation. Certaines régions sont d'ores et déjà rentrées avec l'appui de leurs préfets dans ces démarches d'organisation régionalisée des fonctions médicales

L'objet de cette circulaire est de décrire le cadre et les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'EXPERIMENTATION

A toutes les étapes du processus d'expérimentation, vous veillerez au respect des principes suivants :

- maintien de la situation hiérarchique des MISP au sein des services déconcentrés et tout particulièrement, entre le directeur départemental et ses collaborateurs médecins,
- fonctionnement collégial des médecins,
- amélioration de l'efficacité et de la qualité, qui ne se résume pas à la mise en place d'un dispositif palliatif des situations de pénurie médicale,
- organisation inventive et adaptée qui tienne compte des spécificités régionales. Ainsi, la situation des régions monodépartementales de l'outre-mer entraînera très probablement des modalités particulières de mise en œuvre de la présente circulaire.

Vous porterez une attention particulière à l'installation et à l'entretien d'un dialogue local suffisant, à l'intérieur de vos services, notamment en CTPd et CTPr, comme à l'extérieur afin que le contenu et la portée réels de l'expérimentation soient bien compris.

LES OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION

La finalité d'ensemble de la démarche est d'assurer l'optimisation de la ressource médicale des services déconcentrés d'une région, notamment en supprimant d'éventuelles redondances, en garantissant la disponibilité d'une réponse médicale sur l'ensemble de la région, en particulier en situation d'urgence et en rendant possible l'émergence de référents thématiques. L'atteinte de ces objectifs doit vous amener à considérer systématiquement les trois niveaux de fonction : départemental, interdépartemental et régional.

Le choix d'une expérimentation généralisée, qui mettra en évidence la diversité des situations, vise aussi à permettre l'identification rapide et fiable des éléments de modulation indispensables à apporter dans un dispositif de référence à construire.

LE DISPOSITIF EXPERIMENTAL

Organisation générale de l'expérimentation

L'expérimentation s'applique d'emblée à toutes les régions, qui sont donc tenues de mettre en œuvre un **contenu de mutualisation** développé ci-dessous. Au-delà de ce minimum obligatoire, liberté est laissée aux CTRI de mettre en œuvre une mutualisation plus approfondie. Dans cette dernière hypothèse, les décisions du CTRI pourraient utilement s'appuyer sur les analyses du rapport de l'IGAS cité plus haut.

De plus, le respect même du cadre fixé suppose des marges de liberté d'organisation importantes, puisqu'au centre de l'expérimentation on trouve un processus de définition d'une organisation des fonctions médicales proposée par le MIR et validée par le CTRI.

Le contenu du dispositif de mutualisation

a) Organisation et fonctionnement du collège des médecins

Un collège des médecins est organisé dans chaque région et est présidé par le MIR. Il regroupe l'ensemble des médecins en fonction dans les services déconcentrés de notre ministère dans une région et pas seulement les MISP. Il peut associer d'autres professionnels à ses travaux (notamment les pharmaciens inspecteurs régionaux, les ingénieurs du génie sanitaire régionaux pour assurer une coordination des travaux ainsi que les infirmiers et infirmières de santé publique). Les médecins sont tenus de participer à ces activités.

Le collège a pour fonction de promouvoir la dimension collective du travail des médecins des services déconcentrés, de contribuer à une meilleure cohérence de leurs activités ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des travaux réalisés. Lieu d'échanges et de réflexions sur les pratiques, il participe à la diffusion des éléments de veille professionnelle, au maintien et au développement des compétences ainsi qu'à la définition des besoins de formation. Une réflexion pourrait également être conduite par le collège pour assurer un accompagnement des médecins nouvellement arrivés, en particuliers ceux tout juste sortis de formation ou encore en stage.

Le collège peut être saisi par le CTRI de tout sujet appelant un avis technique médical. Il peut soumettre au CTRI toute question dont il souhaite l'examen.

Les ordres du jour et les comptes-rendus des réunions du collège sont transmis pour information au CTRI.

Sur la base des objectifs et priorités définis par le CTRI, le collège des médecins prépare sous l'autorité du MIR:

- un projet de règlement intérieur du collège,

- un projet d'organisation des fonctions médicales pour la région,
- un projet de plan de travail annuel des médecins de la région,
- un projet de plan de formation pour les médecins.

Ces propositions sont présentées par le MIR au CTRI pour validation, en début d'année en ce qui concerne les plans de travail et de formation. Le bilan du plan de travail prévisionnel est présenté au CTRI au début de l'année suivante. Ces documents donnent lieu à validation par le Comité de l'administration régionale.

Bien évidemment cet échéancier devra être adapté au calendrier de mise en œuvre de la présente circulaire.

b) Organisation des fonctions médicales des services déconcentrés et plan de travail des médecins

Le MIR propose au CTRI, pour validation une organisation des fonctions médicales des services déconcentrés et un plan de travail des médecins. La proposition du MIR est fondée sur un travail préparatoire du collège des médecins.

Pour ce faire, le CTRI informe le MIR des objectifs et priorités dans lesquels doivent s'inscrire ses propositions. La proposition formulée par le MIR ne fait pas l'objet d'un format imposé. Cependant, l'élaboration de cette proposition suppose la prise en compte de la globalité du cadre fixé par le CTRI, d'une part, de l'ensemble de la ressource médicale, d'autre part. Les activités effectuées pour le compte de l'Agence régionale de l'hospitalisation et du GRSP doivent aussi être intégrées.

Les propositions du MIR devront notamment s'attacher à rechercher :

- une couverture territoriale optimale,
- la continuité du service,
- la prise en compte des principales fonctions médicales, dont celles s'exerçant dans un contexte d'urgence,
- la possibilité de faire émerger des fonctions spécialisées,
- la possibilité de faire émerger un dispositif d'appui aux moins expérimentés ou confrontés à des difficultés,
- une articulation optimale avec les autres entités structurant l'organisation des services déconcentrés, tout particulièrement la MRIICE,
- l'organisation d'échanges réciproques entre DDASS et DRASS et entre DDASS.

c) Les fiches de poste des médecins

Pour chaque médecin, une fiche de poste est arrêtée, après avis du MIR, par le responsable hiérarchique du médecin, en tenant compte de l'organisation des fonctions médicales validée par le CTRI. La fiche de poste devra ainsi présenter les activités du médecin aux trois niveaux, régional, départemental et interdépartemental. Les activités effectuées pour le compte de l'ARH et du GRSP doivent aussi être présentes.

Les fiches de poste sont transmises au MIR.

d) Le rôle et la place du MIR

Le MIR prend une place essentielle au sein de ce nouveau dispositif. Les nouvelles responsabilités qui lui sont conférées en font le garant de la bonne organisation des fonctions médicales au sein de la région. A ce titre, l'avis du CTRI sur le fonctionnement du collège des médecins doit faire partie des éléments d'évaluation du MIR par le DRASS.

Par ailleurs, pour permettre l'exercice de ces nouvelles responsabilités, il est nécessaire d'associer le MIR de façon étroite au fonctionnement du CTRI. Dans l'attente de la modification de l'article R-1421-9 du code de la santé publique (décret n° 94-1046 du 6

décembre 1994), la solution que je vous demande d'adopter est d'organiser **la participation systématique du MIR aux séances du CTRI** sans voix délibérative. Il vous appartient en fonction des circonstances locales de juger des conséquences à tirer de cette situation nouvelle quant à la participation d'autres cadres aux activités du CTRI en tant que de besoin et tout particulièrement du Pharmacien inspecteur régional.

LE DISPOSITIF DE SUIVI ET D'APPUI

Il est mis en place un comité de suivi de l'expérimentation. Ce comité est présidé par la Secrétaire générale et le secrétariat en est assuré par la Direction générale de la santé.

Une chefferie de projet réunissant la DGS (Jacques Raimondeau, chef du bureau SD4B, mel: jacques.raimondeau@sante.gouv.fr) et la DAGPB (Danièle Champion, sous-directrice de la modernisation des services, mel : danièle.champion@sante.gouv.fr) est mise en place pour vous aider dans la mise en œuvre de cette expérimentation. Les intéressés sont à votre disposition si vous souhaitez qu'ils présentent en CTRI les enjeux de cette expérimentation.

VALIDATION ET EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

Il vous appartient d'établir le protocole de l'organisation et du fonctionnement retenus pour votre région. Ce document aura été élaboré au terme d'un dialogue en CTRI, mais aussi avec toutes les parties concernées par le dossier que vous aurez identifiées localement. Après sa validation par le Comité de l'administration régionale, le protocole devra nous être adressé **pour le 30 juin 2007**, aux fins de validation définitive par le comité de suivi avant le 31 juillet 2007. Il constituera un élément de référence pour l'évaluation de l'expérimentation.

Parallèlement, il sera demandé à l'IGAS de conduire l'évaluation du dispositif d'ensemble sur la période 2007/2008 en fixant, avant le 31 juillet 2007, le cadre méthodologique de l'évaluation que vous devrez suivre,.

L'évaluation portera :

- d'une part, sur la mise en œuvre effective des dispositions contenues dans le protocole expérimental de mutualisation..
- d'autre part, sur l'analyse des effets objectifs induits par l'expérimentation.

* *
*

Compte tenu de l'importance de la démarche portée par cette circulaire pour l'avenir des services nous comptons sur vos forces de relais et de conviction pour faciliter la conception et la mise en œuvre rapide et souple de ces nouveaux dispositifs.

La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

signé

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Le directeur général de la santé

signé

Pr Didier HOUSSIN