



**ANIGS**  
Association nationale des  
ingénieurs du génie  
sanitaire



## PLATE-FORME DE POSITIONS COMMUNES



Association des Directeurs  
des Affaires Sanitaires et Sociales



des **S**YNDICAT  
**M**EDICINS  
**I**NSPECTEURS  
de **S**ANTE  
**P**UBLIQUE  
UNION CONFEDERALE DES  
MEDECINS SALARIES DE FRANCE  
(U.C.M.S.F.)

## Qui sommes-nous et que faisons-nous ?

### *Une grande administration par ses attributions*

Cette administration est au cœur de sujets majeurs de notre société à savoir :

- la politique hospitalière et les dispositifs médico-sociaux d'intégration des personnes fragilisées (personnes âgées – personnes handicapées) ;
- la protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène ;
- les actions de santé publique (toxicomanie, alcoolisme, sida, suicide, accès aux soins, lutte contre le tabagisme, ...)
- les interventions sociales et la lutte contre les exclusions ;
- la gestion des risques sanitaires (pandémie grippale, méningites, variole, bioterrorisme, etc....)

La mise en œuvre de ces politiques complexes et sensibles, nécessite des effectifs compétents, efficaces et motivés, de formation aussi diverse que variée. Ces effectifs comprennent des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), des Ingénieurs de Génie et d'Étude Sanitaire, des techniciens et des adjoints sanitaires (IGS, IES, TS), des Médecins et Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (MISP et PHISP), des Infirmiers de Santé Publique, des Assistants et Conseillers Technique en Travail Social, des Secrétaires et des Adjoints Administratifs.

### *Rappel du poids de notre administration*

Quelques chiffres parlent mieux que de longs discours :

- 35 % de la richesse de la nation supervisée (budget de la protection sociale dont les 2/3 pour la Sécurité Sociale);
- Plus de 2 millions d'emplois financés et réglementés (médecins, infirmières, professions paramédicales, travailleurs sociaux etc.) soit environ 10 % de la population active;
- 1/5ème de l'équipe gouvernementale...et 200 personnels des cabinets prélevés sur les faibles effectifs de fonctionnaires de notre administration;
- 10 % du Budget de l'Etat;
- 12 des 132 programmes identifiés au Budget de l'Etat.

## Que voulons-nous ?

### **1. La présence d'un Etat fort dans le secteur sanitaire et social à un échelon déconcentré:**

- dans le secteur sanitaire, la légitimité de l'Etat n'a cessée d'être réaffirmée notamment avec la recentralisation de certaines missions de santé,
- dans le secteur social, la présence de l'Etat doit être consolidée dans son rôle d'impulsion et de coordination des actions face à la multiplicité des collectivités et organismes compétents; mais aussi dans son rôle de liaison entre le sanitaire et le social, les déterminants de santé étant principalement de nature sociale. L'Etat ne peut pas être absent des politiques qui l'impactent;
- dans le secteur médico-social où le lien sanitaire et social, entre les besoins de santé et les besoins d'hébergement sont intimement liés.

### **2. Un service public couvrant les champs sanitaires et sociaux**

accessible à tous les citoyens avec une réelle capacité d'actions de l'Etat tant au niveau départemental que régional, ce niveau permettant une mise en cohérence des politiques de l'Etat, et des collectivités locales.

## Pourquoi ?

Nous constatons :

### I- Difficultés de l'Etat à agir :

#### **-Inadéquation missions/moyens :**

Un récent rapport montre que les effectifs des services déconcentrés de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat, DDASS et DRASS, ont baissé de 30 % depuis 1983. Dans le même temps, les missions et les tâches des services n'ont cessé de croître.

Parmi ces missions, l'activité d'inspection, de contrôle et d'évaluation est une fonction essentielle des services des ministères de la santé et de la cohésion sociale qui est, de plus, en constant développement.

Elle répond à une exigence de plus en plus pressante de la population, en ce qui concerne la sécurité sanitaire des personnes et la qualité de leur prise en charge dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle est exercée, pour l'essentiel, par des fonctionnaires des DRASS et des DDASS (Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, Médecins et Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique, Ingénieurs et Techniciens Sanitaires, avec la collaboration des Secrétaires et Adjointes Administratifs).

Le champ d'intervention est considérable. Il porte sur tous les établissements et services relevant des codes de la santé publique, de l'action sociale et des familles, du code de la sécurité sociale et du code de la mutualité, pour ne parler que des codes les plus utilisés.

Cela représente environ 80 000 structures très diverses à contrôler (hôpitaux, cliniques, officines de pharmacie, laboratoires d'analyse médicale, maisons de retraite et établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, structures pour personnes handicapées, structures d'hébergement et d'accueil pour personnes vulnérables, piscines et eaux de baignade, alimentation en eau potable...). S'y ajoutent près d'un millier d'organismes de sécurité sociale et de mutuelles. Malgré les ambitions affichées par le ministère – par exemple le plan pluriannuel de prévention et de lutte contre la maltraitance – les moyens dont disposent les services sont insuffisants pour exercer un niveau de contrôle satisfaisant.

Songeons qu'en moyenne, un inspecteur de l'action sanitaire et sociale est en charge d'une centaine d'établissements de personnes âgées ou d'une soixantaine d'établissements pour handicapés, dont il doit instruire la tarification et les dossiers de création et d'extension. S'il devait inspecter en moyenne un établissement tous les 5 ans - ce qui constitue une périodicité minimale - il lui faudrait inspecter chaque année 20 établissements de personnes âgées ou 12 pour personnes handicapées. Or le temps qu'il peut dégager ne lui permet guère d'en inspecter plus de 2 ou 3, ce qui fait un contrôle de maison de retraite tous les 33 ans ! et un contrôle d'établissement de personnes handicapées tous les 20 ans !

## **-Impacts de la LOLF :**

### ***1. au niveau de l'évolution des effectifs***

Les ministères sociaux, c'est-à-dire incluant les domaines de la santé, de la protection sociale, du médico-social et de la lutte contre les exclusions, mais sans les agences - constituent un «grand» ensemble ministériel par ses attributions mais un "petit" ministère au regard de ses effectifs.

Le budget du Ministère de la Santé et des Solidarités s'élève à plus de 12 milliards d'Euros. Les dépenses de personnels ne représentent qu'un peu plus de 788 millions d'Euros, soit environ 7% du budget total.

Le ministère de la santé ne totalise même pas 1 % des effectifs de la fonction publique de l'Etat ( 0,7 % exactement).

En outre, il est de plus en plus conduit à travailler pour d'autres organismes – des agences notamment – qui se voient souvent consentir pour exercer les missions qu'on leur a transférées des moyens qu'il refuse à ses propres services (exemple de la validation des acquis de l'expérience avec le CNASEA).

Il est donc indispensable de renforcer les effectifs de ces ministères.

Pour la population, les enjeux et les conséquences de ce renforcement des moyens sont fondamentaux. Elles signifient :

- de meilleures conditions de prise en charge des personnes
- le respect de la garantie de leurs droits et de leur dignité, notamment pour les publics vulnérables
- la baisse des actes de maltraitance
- des conditions de sécurité sanitaire renforcées

### ***2. au niveau du pilotage des politiques : pas d'amélioration ni de la lisibilité de l'action publique ni des résultats de cette action dans le champ sanitaire et social***

L'idée-force poursuivie par la LOLF est le renforcement des pouvoirs du parlement qui doit pouvoir se prononcer de manière éclairée sur les missions et les moyens dévolus aux services de l'Etat.

Or, les programmes qui concernent nos services ne reflètent pas la diversité exacte des missions des services. D'autant que la ventilation des effectifs, pour des raisons de gestion apparaît totalement factice. Ainsi, en principe, la répartition des effectifs ne doit pas excéder un agent pour deux programmes, alors que dans la réalité, la faiblesse des moyens humains a abouti à une polyvalence des fonctions, bien souvent et une répartition des agents, sur trois à quatre programmes différents.

Concernant les indicateurs, il n'est pas contestable que les parlementaires bénéficieront à l'avenir d'un outil d'évaluation de l'action de l'Etat dont ils ne disposaient pas jusqu'à présent. Cet outil permettra t'il de faire la lumière sur l'actuel constat d'impuissance publique des DDASS et des DRASS qui ne bénéficient pas des moyens correspondants aux objectifs qui leur sont donnés? ( ex : décalage entre le montant des BOP initiaux et celui des BOP en fin d'exercice ).

La façon dont est traitée l'administration sanitaire et sociale laisse à penser qu'elle n'est absolument pas dans les priorités à court ou moyen terme des pouvoirs publics.

---

## II - La situation actuelle est génératrice de risques pour la santé des populations

### - du fait du désengagement de l'Etat :

En matière de santé publique, l'État a pour mission essentielle, grâce à l'action sur le terrain de plusieurs corps de métiers, de maintenir un haut niveau de sécurité sanitaire pour tous. Cette mission est déclinée sur le terrain notamment par les Médecins et Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (MISP et PHISP), les Ingénieurs et Techniciens Sanitaires (IGS, IES, TS), les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS). Ces fonctionnaires assurent le contrôle et le suivi des différents acteurs de santé, des acteurs médico-sociaux, des acteurs œuvrant dans le domaine de l'environnement, notamment sur le plan des pratiques professionnelles.

Lorsque l'État a joué son rôle en assurant des conditions en termes de missions et de moyens (humains et économiques), ces corps techniques ont pu assurer un suivi efficace de leurs administrés et minimiser les risques sanitaires en maintenant un bon niveau de sécurité.

Quand l'État se désengage et permet la multiplication des donneurs d'ordre, la diminution constante des personnels et des moyens, alors toutes ces missions ne peuvent plus être correctement assurées. Certains acteurs de terrain, moins encadrés, peuvent dériver gravement dans leurs pratiques professionnelles, et les incidents graves se multiplient.

De cette prise en étau des services déconcentrés de l'administration sanitaire et sociale, par la baisse des effectifs et par l'augmentation du nombre et de la complexité des missions et tâches qui leur sont confiés, découle une moindre capacité de l'Etat à assurer une bonne protection des populations.

Les drames sanitaires qui défraient la chronique depuis plusieurs années ont tous comme point commun cette progressive difficulté de l'Etat à bien anticiper, alerter et réagir.

La capacité de l'Etat à anticiper et gérer les **crises sanitaires** est la première à être mise à mal, depuis la veille et le traitement des signaux, en passant par l'alerte, la prise en charge et la communication, jusqu'à la capitalisation et la valorisation des expériences. L'exemple du Chikungunya est bien connu, puisque son extension épidémique a d'abord été permise par la baisse des personnels chargés de la démoustication, puis sa prise en charge compliquée .

C'est aussi la capacité de l'Etat à assurer son rôle de garant de la bonne marche du système sanitaire et social qui est atteinte. Il est en difficulté pour assurer les enjeux des missions **d'inspection-contrôle-évaluation (ICE) auprès des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux**, en particulier la gestion des plaintes qui ne peut souvent être approfondie autant qu'il le faudrait (recueil et traitement des plaintes, investigations et mesures, bilans et adaptations positives).

La **conception des plans et programmes de santé publique** (prévention et promotion de la santé), tout comme la **planification de l'offre de soins**, ne sont pas assurées avec toute la pertinence requise, faute de temps et de personnes pour suffisamment récolter, vérifier et traiter les informations sanitaires et sociales.

Et ce sont les populations fragilisées ou en difficulté qui en souffrent les premières. La lutte contre les exclusions et pour la cohésion sociale passe aussi par l'accès aux soins et à la prévention.

### - du fait de l'accumulation et de l'incohérence des processus et des dispositifs:

A ces difficultés par manque d'effectifs s'ajoutent celles dues à la complexification croissante des dispositifs, dont les perpétuels changements ne permettent pas la lisibilité.

Aux niveaux départemental, régional et national, les dispositifs (agences, GIP et autres opérateurs) se multiplient, se côtoient et se chevauchent sans coordination.

Les décentralisations sont contredites par des recentralisations partielles, les multiples tentatives de réforme de l'Etat et leurs expérimentations aboutissent surtout à des questionnements et des inquiétudes sur la façon dont les pouvoirs de décisions peuvent être émiettés davantage...

---

## III- Et pourtant, encore des nouvelles missions avec des moyens réduits

Pour autant, de nouvelles missions ne cessent d'être confiées aux services déconcentrés, sans que les études d'impact nécessaires soient effectivement réalisées et/ou diffusées afin d'appréhender l'adéquation mission/moyens ; ce fut le cas pour les évolutions structurelles concernant nos missions de planification et de programmation dans les domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux (SROS 3<sup>e</sup> génération, PRIAC, PARSA) ; c'est le cas pour la mise en œuvre de la loi Droit au Logement Opposable, la réforme des tutelles aux majeurs protégés, l'application de la loi anti-tabac, la mise en place du contrôle de gestion et du contrôle interne comptable au sein de nos services, l'organisation des élections à certains ordres professionnels, le doublement des missions d'inspection dans le cadre de la lutte contre la maltraitance... ; en sera-t-il autrement pour l'entrée en vigueur du nouveau règlement sanitaire international, la réforme des hospitalisations sans consentement, des injonctions thérapeutiques... ? Sans oublier le poids croissant du rôle des services dans les dispositifs de veille, d'alerte et de gestion de l'urgence et des crises sanitaires ( organisation de la permanence des soins, pandémie grippale notamment ).

## Comment ?

### Etat fort signifie un Etat doté de moyens d'actions

Ces évolutions nécessitent d'être vigilants mais également exigeants sur quelques points quant à l'articulation de nos organisations.

Avec la mise en œuvre de la LOLF, nous sommes plus que jamais des gestionnaires de complexité : comment gérer la verticalité des programmes avec la transversalité de l'action de plus en plus territorialisée ? ; quelles évolutions dans l'articulation DRASS/DDASS ?

Une **adéquation** effective des **moyens** (de fonctionnement et d'intervention) et des **missions** est à mettre en œuvre, chaque mission nouvelle devant être précédée d'une étude d'impact.

De même le continuum administration centrale / services déconcentrés doit être reconstruit et la refondation de l'organisation générale de l'administration centrale engagée, en prenant en compte les évolutions de ces dernières années, en particulier la multiplication des Agences, Instituts, Hautes Autorités...

La révision des modalités d'intervention des services déconcentrés doit continuer, avec l'appui de la centrale pour ne pas laisser les régions seules dans la déclinaison de la mise en œuvre (cadre commun avec possibilités d'adaptation selon les spécificités locales) : mutualisation / régionalisation, appui des réformes, accompagnement des services, retour sur les expérimentations existantes pour éviter que les uns et les autres « réinventent » en permanence...

Le travail engagé sur la « **revue d'activités** » doit être poursuivi, et surtout accéléré pour se concrétiser.

Le **lien santé-social** existe ; il faut le développer : cela passe par une représentation territoriale de l'Etat clairement identifiée, disposant des moyens d'agir à la hauteur des missions et compétences qui lui sont confiées.

## Positions communes

Des évolutions majeures vont intervenir dans les prochains mois ; le socle législatif de la précédente législature à d'ores et déjà fortement impacté les services des affaires sanitaires et sociales pour les années à venir : loi de santé publique, loi de décentralisation II, loi sur le handicap, loi DALO, loi de Cohésion Sociale....

### **ARS :**

D'autres réformes et évolutions sont annoncées : création des **Agences Régionales de Santé** (sans que l'on sache très bien si cela sera "**offre de soins hospitalière + médico-social**", "**offre de soins hospitalière + Santé Publique-GRSP-Prévention**", "**offre de soins hospitalières + Prévention**", "**offre de soins hospitalière + Médecine ambulatoire**", "**offre de soins hospitalière + tout ?**", ....etc).

Les enjeux sont importants pour l'efficacité dans la mise en œuvre des politiques publiques ; nous nous devons de rester ouverts et vigilants sur les conditions de mise en œuvre : la plus grande concertation et transparence sont exigées des ministres, ainsi que des garanties pour les services et les personnels.

### **Nouvelle organisation des ministères :**

L'organisation gouvernementale s'avère plus compliquée qu'annoncée pour nos domaines de compétence : un noyau dur de trois ministres (Xavier BERTRAND, Roselyne BACHELOT, Christine BOUTIN), auxquels il faut ajouter l'Intégration, l'écologie et le Haut Commissariat. Si le lien entre la nouvelle organisation gouvernementale et l'organisation territoriale de l'Etat n'est pas encore évident, il existera forcément à terme : là encore la cohérence et la lisibilité dans l'action doivent être de mise afin d'éviter l'émiettement et le "dé-tricotage" des services déconcentrés.

### **Création de la 5<sup>ème</sup> branche de la protection sociale, en charge du « handicap et de la dépendance »**

C'est un acte ambitieux et mobilisateur au regard des enjeux démographiques du pays. Cela ne saurait se faire par un désengagement de l'Etat vis-à-vis de ses responsabilités dans l'implication des dépenses de l'assurance maladie et dans le pilotage des dispositifs territoriaux de l'offre de soins.

L'occasion doit être saisie pour appréhender, dans la concertation et la négociation, les conséquences inéluctables sur l'évolution de l'administration centrale, des opérateurs nationaux et des services déconcentrés.

## [Conclusion]

Tant sur le plan sociétal, législatif que réglementaire, le secteur des affaires sanitaires et sociales évolue et s'adapte avec réactivité en permanence ; cependant les missions sont toujours aussi nombreuses et diversifiées ; la prise en considération de l'adéquation missions/moyens des services déconcentrés est, par contre, inversement proportionnelle à l'évolution des enjeux dont nos services sont garants.

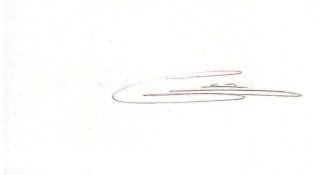
Alors, au final, comment peut-on envisager le non remplacement d'un départ en retraite sur deux dans nos services : poser la question, c'est y répondre.

Nous affirmons résolument notre attachement à l'Administration Sanitaire et Sociale de l'Etat et à ses missions, qui nécessitent sa présence avec des moyens suffisants sur l'ensemble du territoire (régional, départemental et interdépartemental) .

Pour le Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique, la présidente, Brigitte Lacroix,



Pour le Syndicat National des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, le secrétaire général, Antoine Gini,



Pour le Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique, la présidente, Françoise Falhun,



Pour l'Association des Directeurs Régionaux et Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales, la présidente, Martine Riffard-Voilque,



Pour L'Association Professionnelle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, la présidente, Agnès Marie-Egyptienne,



Pour l'Association Nationale des Ingénieurs du Génie Sanitaire, le président, Marc Maisonny,

