

Circulaire DAGPG/MPM n° 97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales

27/01/1997

Missions des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales

Sous l'autorité des préfets de région et de département, la DRASS et la DDASS assurent la mise en oeuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales, départementales et locales en matière médico-sociale et sociale : leurs missions et attributions relèvent des dispositions du [décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994](#). En matière sanitaire, cette autorité est partagée, puisque, pour les questions hospitalières, la DRASS et la DDASS interviennent sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les défis majeurs que constituent aujourd'hui la cohésion sociale de notre pays, la gestion du risque sanitaire et l'adaptation de notre système de protection sociale nécessitent une administration sanitaire et sociale cohérente et efficace, en mesure d'anticiper et de réagir vite.

Les réformes actuellement mises en oeuvre par notre ministère, autant que la réforme de l'Etat appellent une rénovation des missions et des attributions des services déconcentrés. L'objectif prioritaire est de renforcer notamment leur rôle de conception et d'élaboration des politiques au plan territorial, de coordination des partenaires qui concourent à leur mise en oeuvre et de contrôle et d'évaluation.

Dans le cadre défini par les préfets dans les domaines interministériels que sont la politique de cohésion et d'insertion sociales, ainsi que les politiques de la ville et de l'intégration, la DRASS et la DDASS constituent le pôle essentiel de compétences de l'action de l'Etat. A ce titre, les préfets de région et de département veillent à la mise en place ou au renforcement autour de ces services de véritables moyens de coordination et d'animation des politiques publiques. Dans le domaine hospitalier, la DRASS et la DDASS apportent leur concours à l'agence régionale de l'hospitalisation qui a pour mission de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, et de déterminer leurs ressources.

En ce sens, la DRASS et la DDASS ont vocation, sous l'autorité des préfets, à être les partenaires privilégiés des collectivités locales, des responsables sociaux et des mouvements associatifs, lorsqu'ils participent à l'élaboration des politiques locales de santé publique, d'action sociale et d'insertion.

La présente circulaire fait suite aux réflexions d'un groupe de travail animé par M. Gauthier (P.), directeur de l'action sociale.

Y sont exposées successivement les missions des services déconcentrés dans le domaine de la santé (I), de la protection sociale (II), et de l'action sociale (III). Une quatrième partie (IV) précise en outre leurs missions transversales de coordination et leur méthode de travail.

I. - LE DOMAINE DE LA SANTE

La mission de l'Etat dans le domaine de la santé est de préserver et d'améliorer l'état de santé de la population en veillant à l'utilisation rationnelle des ressources qui y sont consacrées, en garantissant l'égalité d'accès aux soins et en assurant la sécurité sanitaire, notamment face aux risques épidémiques, environnementaux et technologiques.

Votre action doit porter prioritairement dans trois directions

1. L'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique régionale de santé

Sur la base des orientations de la conférence régionale de santé, qu'il convoque chaque année et dont il désigne le président, le préfet de région, en s'appuyant sur la DRASS, détermine et anime la politique régionale de santé. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales assure le secrétariat de la conférence régionale de santé.

identifie les problèmes prioritaires de santé. Elle mobilise à cette fin l'ensemble du système d'observation de la situation sanitaire et sociale de la région (observatoires régionaux de la santé, universités, INSERM, CNRS, CREAL, etc.).

Les analyses et les priorités proposées par la conférence régionale de santé font l'objet d'un rapport, remis au préfet de région par le président de la conférence dans le mois suivant l'issue de la conférence.

Elles peuvent être traduites dans des programmes régionaux pluriannuels de santé. Ces programmes couvrent l'ensemble des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils comportent les indicateurs quantitatifs et qualitatifs nécessaires à leur évaluation.

Dans leur mise en oeuvre, qui relève principalement du niveau départemental, ces priorités nationales et régionales doivent être prises en compte par l'ensemble des acteurs, notamment les agences régionales de l'hospitalisation, les unions régionales de caisses d'assurance maladie, auxquelles elles sont opposables, les organismes chargés d'une mission de service public, les collectivités territoriales et les professionnels de santé. Les services doivent être moteurs pour que les acteurs expérimentent ensemble de nouvelles formes d'organisation en matière de réseau de soins, dont les ordonnances ont désormais ouvert la possibilité.

2. La gestion du risque sanitaire

La gestion du risque sanitaire constitue le second axe majeur de l'action des services.

Cette mission consiste à mettre en place une organisation chargée des actions de prévention, de veille, de contrôle et de police sanitaire.

La prévention du risque et l'appréciation de son degré d'intensité s'appuient sur une veille sanitaire efficace, mobilisant autour de la DRASS les observatoires régionaux de santé, les cellules interrégionales d'épidémiologie, le réseau national de santé publique, et les autres départements ministériels concernés, notamment dans le domaine de l'alimentation et des milieux. Elle prend la forme d'actions d'information, de communication et de formation à destination du public et des professionnels.

La gestion du risque repose largement sur la DDASS, qu'il s'agisse des risques liés aux soins (y compris hospitaliers), à la vie quotidienne, à l'environnement (qualité de l'eau, pollution atmosphérique, etc.) ou à l'alimentation.

Enfin, les actions de contrôle et d'inspection visant notamment au respect des exigences de qualité et des règles édictées par le code de la santé publique doivent être renforcées, de même que la participation de la DRASS et particulièrement de la DDASS à des missions de police sanitaire (contrôle sanitaire des milieux et de la chaîne alimentaire notamment).

3. La politique hospitalière publique et privée

L'agence régionale de l'hospitalisation définit et met en oeuvre, dans chaque région, une politique hospitalière adaptée au contexte local. Elle constitue une autorité de décision cohérente entre l'Etat et l'assurance maladie, compétente tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée. Elle est chargée d'assurer une meilleure qualité des soins hospitaliers, une organisation sanitaire mieux adaptée aux besoins de la population et une répartition plus équitable des ressources entre établissements de santé.

En matière hospitalière, la DRASS et la DDASS agissent dans le cadre de l'agence régionale et selon la répartition des tâches fixée par le directeur et la commission exécutive, dans les conditions fixées par le [décret n° 96-1039 du 29 novembre 1996](#) relatif à la convention constitutive type des agences régionales. Le DRASS est le vice-président de la commission exécutive de l'agence et peut avoir à ce titre délégation du directeur de l'agence. Le médecin-inspecteur régional ainsi que tous les DDASS participent également à la commission exécutive.

Au sein de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales tient compte des orientations de la conférence régionale de santé, dans le cadre de sa mission générale de mise en oeuvre de la politique de santé publique. Il est également responsable des activités de contrôle de sécurité sanitaire, conformément à la loi 29 décembre 1979, en liaison avec l'agence régionale qui met en oeuvre les décisions de suspension ou de fermeture. Chaque autorité planifie les contrôles qu'elle s'apprête à diligenter dans les établissements de santé dans les conditions fixées par la [circulaire DGS/DH n° 36 du 21 janvier 1997](#) : l'agence régionale de l'hospitalisation pour les contrôles médico-<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dagpgmpm-n-97-53-du-27-janvier-1997-relative-aux-missions-des-directions-regionales-et-des-directions-departementales-des-affaires-sanitaires-et-sociales/>

économiques, administratifs et de qualité, le préfet pour les contrôles de sécurité. Cette planification doit être étroitement concertée, la position charnière de la DRASS et de la DDASS étant la meilleure garantie de la cohérence du dispositif.

En liaison avec les directeurs départementaux, le directeur régional s'assure tout particulièrement du lien entre la politique hospitalière et les politiques conduites dans le domaine des soins de ville et des secteurs médicosocial et social.

II. - LA PROTECTION SOCIALE

L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 substitue à la logique de tutelle celle du contrat. Il appartient désormais à l'Etat de définir une stratégie à l'égard des organismes de sécurité sociale, de négocier des objectifs pluriannuels et d'évaluer les résultats obtenus par les gestionnaires.

L'Etat négocie et conclut avec les caisses nationales de sécurité sociale des conventions nationales d'objectifs et de gestion, elles-mêmes déclinées par les contrats conclus entre les caisses nationales et chaque caisse locale. L'évaluation conduite par la DRASS doit mesurer le degré de réalisation des objectifs fixés par chaque convention nationale.

Cette évaluation globale porte sur tous les aspects de la convention d'objectifs et de gestion, et notamment la maîtrise des dépenses publiques, la qualité du service rendu aux usagers, l'attention portée aux publics en difficulté et le bon accomplissement de la mission du service public de la sécurité sociale. Elle mesure l'efficacité des actions entreprises et comporte également le contrôle du respect de la légalité et des conditions de fonctionnement des organismes. Elle s'appuie sur les différents instruments de contrôle à la disposition des services (contrôles a priori, a posteriori et contrôles CODEC). Elle porte également sur les agents des caisses responsables de la mise en oeuvre des politiques engagées et contribue à l'appréciation nécessaire au déroulement des carrières des agents concernés. Un directeur régional des affaires sanitaires et sociales siège au comité des carrières des agents de direction du régime général.

Les résultats de cette évaluation constituent la base des travaux du conseil de surveillance institué auprès de chaque caisse nationale du régime général. Ces travaux contribuent à l'élaboration des conventions nationales à laquelle les services déconcentrés sont ainsi associés.

Dans le domaine de la mutualité, où les contrôles a priori sont allégés, les services déconcentrés doivent mettre en oeuvre un plan de contrôle de l'équilibre financier des principaux organismes, conformément aux dispositions du code de la mutualité.

III. - L'ACTION SOCIALE

L'Etat est le garant de la cohésion sociale. Le projet de loi de cohésion sociale permet, avec le pacte de relance pour la ville, une approche globale et concertée des situations d'exclusion et prévoit de nouveaux modes de financement plus déconcentrés (crédits libres d'emploi). Dans ce domaine, l'Etat a une responsabilité particulière d'impulsion, d'animation, de régulation, de coordination et d'évaluation des actions entreprises et des résultats obtenus.

Il revient aux services déconcentrés d'assurer prioritairement cette responsabilité :

- dans l'organisation de la prise en charge des situations d'urgence ;
- dans la garantie de l'accès aux prestations (1), et aux différents dispositifs de prise en charge sanitaires et sociaux ;
- dans le pilotage des politiques interministérielles de cohésion sociale, de la ville et d'intégration.

(1) C'est-à-dire RMI et prestations sociales, aide médicale et aide sociale, allocations pour les personnes âgées et les personnes handicapées, CDES, COTOREP.

L'organisation dans ce domaine s'appuie sur le niveau départemental, la DDASS devant constituer et animer le pôle social départemental, le niveau régional intervenant en termes d'appui et de conseil.

Trois axes de travail doivent être privilégiés :

1. Assurer la veille et l'alerte sociale

La DDASS, et en appui, la DRASS doivent veiller à l'égal accès de tous au système sanitaire et social :

- en garantissant l'information concrète et complète du public, qu'il s'agisse des situations d'urgence ou de l'accès normal aux services et aux établissements sociaux, sanitaires, et médico-sociaux ;
- en garantissant l'accès de tous aux dispositifs de protection sociale, de protection de la santé et d'aide sociale. Une vigilance particulière doit s'exercer sur le respect des dispositions législatives par tous les gestionnaires, en termes d'effectivité des droits et des prestations et de régularité des procédures ;
- en garantissant une prise en charge globale des personnes et des familles, notamment des jeunes, et une coordination des actions engagées dans les domaines de l'insertion, du logement, de la formation et de l'emploi, de la culture et de la famille.

2. Mettre en oeuvre les orientations stratégiques de l'Etat, notamment par la planification

L'action sociale est un domaine de responsabilité partagée entre l'Etat, les départements, les communes et d'autres acteurs (caisses d'allocations familiales, par exemple). La DDASS fait valoir les orientations stratégiques et les objectifs de l'Etat au sein du comité départemental d'insertion et de lutte contre l'exclusion, prévu par le projet de loi de cohésion sociale, qui élabore le plan départemental d'insertion et de lutte contre l'exclusion. Tant dans ce cadre que dans l'animation du pôle social départemental, doivent être prioritaires une gestion du RMI résolument tournée vers l'insertion, les dispositifs d'hébergement, de logements d'insertion, d'accueil de jour, d'accès aux soins et de lutte contre l'illettrisme.

La planification et l'allocation des ressources dans le domaine social et médico-social sont de la responsabilité du préfet de département. Leur mise en oeuvre est indispensable pour faire apparaître la stratégie de l'Etat en la matière.

La planification relative aux établissements d'accueil pour enfants et adultes handicapés, domaines dans lesquels les disparités régionales et interdépartementales sont importantes, doit faire l'objet d'une approche régionale.

La mise en oeuvre de la loi sur la prestation dépendance doit être l'occasion d'un renforcement de l'animation des politiques en direction des personnes âgées.

3. Animer et coordonner la lutte contre les exclusions

Cette fonction est au coeur d'une action sociale rénovée. Autant que de moyens financiers et plus que de textes réglementaires d'application les politiques d'action sociale ont besoin d'animation et de synergie.

Les moyens, les énergies, et les initiatives doivent être mieux fédérées autour de la DDASS, pivot de la mise en oeuvre des politiques sociales dans le département. Les liens entre le pôle social départemental des DDASS et l'organisation propre au dispositif de mise en oeuvre du RMI doivent notamment être renforcés. Les dispositifs de lutte contre l'exclusion doivent bénéficier de façon coordonnée de l'ensemble des ressources disponibles grâce à une articulation plus efficace entre les moyens des services du ministère et les outils propres à d'autres politiques publiques. La DRASS et la DDASS doivent renforcer leurs liens avec le FAS, l'OMI, le SSAE et la SONACOTRA.

IV. - LES MISSIONS ET LES FONCTIONS TRANSVERSALES

Compte tenu du nombre et de la diversité des acteurs intervenant dans le domaine sanitaire et social, il revient aux services de l'Etat d'assurer, au plan régional comme au plan départemental, la globalité et la cohérence des politiques menées dans les domaines sanitaire, social, médico-social et de la protection sociale.

1. Mettre en synergie les domaines et les acteurs

Articuler le plus étroitement possible les dispositifs sanitaires et sociaux et favoriser un travail de mise en relation, d'information réciproque et de coordination entre les différents réseaux professionnels concernés (professionnels de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, services sociaux des collectivités territoriales, associations et organismes subventionnés par l'Etat, organismes de protection sociale, etc.) sont une priorité des services.

Les agences nationales, qui n'ont pas vocation à disposer en propre d'échelons territoriaux, s'appuient sur les services déconcentrés de l'Etat pour la mise en oeuvre de leurs actions territoriales.

2. Renforcer une organisation cohérente

Le renforcement de l'articulation entre la DRASS et la DDASS, engagé par le [décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994](#), doit <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dagpgmpm-n-97-53-du-27-janvier-1997-relative-aux-missions-des-directions-regionales-et-des-directions-departementales-des-affaires-sanitaires-et-sociales/>

être poursuivi et, s'il y a lieu, adapté :

- le comité technique régional et interdépartemental est un cadre privilégié de coordination ;
- la mise en oeuvre des contrats d'objectifs régionaux et interdépartementaux doit être poursuivie en reformulant, si nécessaire, certains objectifs ;
- la démarche de projet doit être favorisée par la nomination de chefs de projet et de centres de compétence.

Par ailleurs, le regroupement progressif de la direction régionale et de la direction départementale du chef-lieu de région doit être l'occasion de rechercher une meilleure synergie entre les services.

3. Investir dans les systèmes d'information

Il s'agit d'un enjeu majeur pour l'exercice des missions qui sont confiées aux services déconcentrés : la capacité de l'Etat à piloter le dispositif sanitaire et social dépend largement de la qualité et de la cohérence des systèmes d'information qui impliquent des acteurs multiples.

L'action des services doit se situer à trois niveaux :

- s'assurer que l'information sur les systèmes existants est bien recueillie et correctement mise à disposition des opérateurs selon des nomenclatures et des référentiels communs, connus et validés par tous ;
- disposer des outils nécessaires à la gestion des politiques publiques dont l'Etat est responsable, et notamment assurer la qualité des répertoires ;
- élaborer les outils de suivi, d'analyse et de synthèse nécessaires au pilotage du dispositif.

Pivot de cette action, la DRASS doit assurer un rôle d'animateur et de fédérateur des systèmes d'information, notamment par la réalisation d'études et d'analyse dans le domaine sanitaire et social, en lien étroit avec l'administration centrale, en mobilisant et en valorisant les potentiels scientifiques disponibles (1).

(1) ORS, CREAL, IRTS, universités, CNRS, INSERM, etc.

4. Développer l'inspection et le contrôle

Les missions d'inspection et de contrôle doivent retrouver une place centrale au sein des services. Il s'agit à la fois de renforcer le contrôle de légalité et le contrôle budgétaire, celui des risques sanitaires, et le contrôle de l'efficacité de l'exercice des compétences et du service rendu aux usagers.

A cette fin, un programme annuel d'inspection, couvrant l'ensemble des domaines, adopté en comité technique régional et interdépartemental, et validé en CAR (1) est établi. La pratique des inspections pluridisciplinaires (IASS, MISP, PHISP, etc.) et interministérielles (DRASS ou DDASS et DGCCRF, TG, etc.) doit être étendue et organisée (protocoles d'investigations coordonnées, rapport conjoint, etc.). Ce programme doit permettre la mise en oeuvre des orientations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, et prendre en compte ses observations pour ce qui concerne les contrôles de sécurité dans les établissements de santé. Le réseau associatif bénéficiaire de subventions en matière d'action sociale (FAS y compris), fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation précis au regard des objectifs fixés.

(1) Sous réserve des procédures spécifiques au domaine de la protection sociale.

Ainsi, nous comptons, au plan déconcentré, sur une administration sanitaire et sociale compétente et dynamique, qui constitue le pivot des politiques sanitaires et sociales de notre pays.

Les réformes majeures engagées dans les domaines sanitaire et social nécessitent un engagement accru des services déconcentrés. La réforme de l'Etat, qui accentue le mouvement de déconcentration et de simplification des procédures avec l'administration centrale, renforce encore votre rôle et votre responsabilité dans la mise en oeuvre, selon les axes rappelés dans cette circulaire, des politiques nationales.

Références :

[Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994](#) relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;

[Décret n° 96-1039](#) relatif à la convention constitutive type des agences régionales de l'hospitalisation.

527.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dagpgmpm-n-97-53-du-27-janvier-1997-relative-aux-missions-des-directions-regionales-et-des-directions-departementales-des-affaires-sanitaires-et-sociales/>

Le ministre du travail et des affaires sociales, Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, Mission Prospective et modernisation.

Messieurs les délégués ; Mesdames et Messieurs les directeurs (chefs de service de l'administration centrale) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour information).

Texte non paru au Journal officiel.

Source : Bulletin Officiel du ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration n° 9 du 12 avril 1997.