



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2012-164P

# Les conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux, ARS et DRJSCS/DDI (domaine social) et leurs partenaires nationaux et locaux

RAPPORT

Établi par

Dr Françoise SCHAETZEL

Jean-Jacques TREGOAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Janvier 2013 -



## Synthèse

- [1] Le présent rapport, inscrit au programme de travail pour l'année 2012 de la mission méthodologie performance (MMP) et de deux inspecteurs territoriaux (IT), Françoise SCHAETZEL et Jean-Jacques TREGOAT, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), a pour objectif de dégager les principales conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les deux réseaux territoriaux : agences régionales de santé (ARS) et directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)/directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations) DDCS (PP) et entre ceux-ci et leurs partenaires nationaux et locaux.<sup>1</sup>
- [2] Le rapport RM2012-026P relatif à *l'évaluation de la fonction inspection contrôle* établi en avril 2012 par les inspecteurs territoriaux constate une absence de synergie entre les politiques de contrôle exercées par les deux réseaux territoriaux et celles des autres services de l'Etat, de ses opérateurs ou agences et des collectivités territoriales, notamment les conseils généraux, même si quelques bonnes pratiques commencent à émerger.
- L'inspection contrôle : une mission s'exerçant dans un environnement complexe et nécessitant une articulation entre différents acteurs doit être rattachée au plus haut niveau de la hiérarchie des deux réseaux**
- [3] Il convient de rappeler d'abord que la profonde réorganisation des réseaux territoriaux suite à la Réforme de l'administration territoriale de l'Etat (RéATE) et la création des ARS par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a eu un impact sur les services concernés et notamment ceux en charge de l'inspection contrôle. Même, si avant ces réformes, il n'est pas apparu aux membres de la mission que des collaborations formalisées aient été systématiquement nouées entre services compétents sur ce thème, quelques actions de coopération qui s'étaient instaurées au fil du temps se sont toutefois délitées avec la mise en place des nouvelles organisations.
- [4] Par ailleurs, la complexité et l'inflation de textes relatifs à la fonction inspection contrôle comme l'étendue du champ de lieux, services, structures et établissements à couvrir<sup>2</sup> rendent nécessaire une optimisation des moyens de contrôle, celle-ci reposant en partie sur des coopérations accrues entre services dotées de compétences d'inspection, dès lors notamment qu'ils interviennent sur une même activité ou une même structure.
- [5] Enfin, comme il est apparu aux membres de cette mission, comme à leurs autres collègues qui ont réalisé la mission *évaluation*, que les moyens humains et financiers resteront largement contraints aujourd'hui comme demain, le recours à une mutualisation des ressources, à un partage d'expertise et d'outils et à des collaborations formalisées devient un objectif incontournable.

**Un objectif préalable au développement de la coopération : identifier les différentes autorités ayant des compétences d'inspections sur le territoire régional et recenser les bonnes pratiques de ces acteurs**

---

<sup>1</sup> Lettre de mission du chef de l'IGAS du 16 mars 2012

<sup>2</sup> Se reporter au rapport *évaluation* dans lequel les membres de la mission ont élaboré deux documents relatifs aux chiffres clefs de l'inspection contrôle et à leur typologie (annexes 3 et 4)

- [6] Les rapporteurs ont envoyé aux référents inspection contrôle des deux réseaux, dès le lancement de leur mission, un questionnaire SOLEN qu'ils avaient établi et testé préalablement auquel toutes les ARS ont répondu comme la quasi-totalité des DRJSCS, en lien avec les DDCS (PP), dans la moitié des cas. Les réponses à ce document ont permis de relever un certain nombre d'évolutions positives notamment en matière d'organisation et de positionnement de la fonction inspection contrôle dans l'organisation des réseaux.
- [7] L'analyse des réponses au questionnaire et surtout des documents fournis en complément de celles-ci ou lors d'entretiens bilatéraux avec les responsables des deux réseaux laisse apparaître quelques partenariats diversifiés mais en nombre limité sur le territoire national. Ils sont aussi très parcellaires car portant sur une thématique ou deux seulement de la politique de contrôle (séjours de vacances adaptées pour les personnes adultes handicapées (VAO), accueils collectifs de mineurs (ACM), lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) essentiellement, protection juridique des majeurs, (PJM...). De même les outils permettant de conduire les inspections et les tableaux de bord de suivi de celles-ci une fois le rapport finalisé demeurent embryonnaires.
- [8] Un peu plus d'un an après la réalisation de la mission sur l'*évaluation de la fonction inspection contrôle* dans les deux réseaux, les rapporteurs de la présente mission ont pu constater, une réelle sensibilisation des responsables des deux réseaux à la nécessité de structurer cette fonction ce qui est globalement fait et de lui attribuer des objectifs en termes de nombre d'inspections ou de priorités thématiques ou sectorielles. La sortie plus tôt et la réelle amélioration de la qualité du document relatif aux orientations nationales de contrôle annuelles arrêtées par le Conseil national de pilotage des ARS (CNP) contribuent aussi à cette sensibilisation.
- [9] En revanche, peu d'inspections sont conduites encore sur la base d'une démarche d'analyse des risques. Cela justifie pleinement le travail conduit au niveau national par la MMP de l'IGAS en lien très étroit avec les quelques ARS<sup>3</sup> ou DRJSCS qui se sont engagées dans cette voie souvent de façon pragmatique et intéressante.
- [10] Après avoir dressé l'état des lieux des partenariats possibles avec les différentes autorités ayant des fonctions d'inspection contrôle et les principales bonnes pratiques intéressantes, les membres de la mission proposent une série de recommandations très concrètes permettant d'outiller les réseaux territoriaux pour améliorer l'efficacité de leur inspection contrôle grâce à la construction de partenariats formalisés.

**Les éléments constitutifs de cette coopération entre les différents partenaires identifiés : le périmètre de collaboration et sa formalisation via l'élaboration de protocoles pour lui assurer lisibilité et pérennité**

- [11] Plusieurs niveaux de coopération sont possibles entre acteurs sur un territoire, allant de la plus simplifiée au plan formel, portant sur une ou deux thématiques ou sur une typologie très restreinte de structures, à une formalisation plus aboutie sur un champ large d'interventions des partenaires. La nature et l'existence de compétences juridiques partagées ou conjointes sur une activité ou un type d'établissement va aussi déterminer le *gradient* de la coopération. C'est à cette aune qu'il faut aussi juger du réalisme des collaborations potentielles.
- [12] La mission a donc fait des recommandations portant sur les acteurs qui devaient plus ou moins « obligatoirement » ou tout naturellement travailler ensemble :

---

<sup>3</sup> La démarche engagée par l'ARS Franche Comté reprise en annexe mérite à cet égard d'être signalée.

- ✓ Chacun des deux réseaux, celui des ARS comme celui des DRJSCS/DDCS(PP), doit d'abord conforter un travail en réseau en son sein ;
- ✓ Les deux réseaux des ministères sociaux entre eux, ARS et DRJSCS/DDCS(PP), ensuite.
- ✓ Ces deux réseaux et les autres services de l'Etat en région : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DIRECCTE), direction régionale des finances publiques et directions départementales des finances publiques (DRFiP/DDFiP), direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) voire direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse (DIR PJJ), et pour les ARS les agences sanitaires : agence de la biomédecine (ABM), agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), une autorité indépendante, l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) et les organismes et services d'assurance maladie...
- ✓ Des échanges des deux réseaux avec les chambres régionales des comptes sont également souhaitables sur leurs programmes annuels respectifs d'inspection contrôle ;
- ✓ Les ARS avec les conseils généraux pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) mais aussi avec les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), les deux réseaux avec les conseils régionaux sur la thématique des formations où les compétences sont partagées, mais spécifiques pour chaque partenaire, sur les établissements délivrant les diplômes.

[13] La mission a ensuite proposé de définir des champs, des périmètres et des modalités de collaboration bilatérale entre ces partenaires. Plusieurs modalités de collaboration avec les partenaires potentiels des deux réseaux, pour s'en tenir à ce point, ont été proposées par la mission :

- **Premier niveau de collaboration** : tenue de réunions avec les autres services de l'Etat et les principaux partenaires dont les conseils généraux pour exposer les compétences de chacun, les structures ou sites d'intervention, les priorités nationales et régionales. C'est une phase d'acculturation commune qui doit permettre de se mieux connaître pour travailler ensuite plus facilement ensemble. C'est l'occasion pour les partenaires de présenter par exemple leur programme régional d'inspection-contrôle (PRIC) et leur directive nationale d'orientation (DNO) ou leur équivalent avec éventuellement leur déclinaison régionale<sup>4</sup>.

[14] Ces réunions doivent être collectives mais regrouper les acteurs ayant des problématiques partagées d'inspection contrôle. Cela signifie la tenue de trois ensembles de réunions partenariales. Cette démarche a déjà été lancée de façon active par un nombre très limité d'ARS et DRJSCS mais avec des premières retombées intéressantes.

- **Deuxième étape de collaboration**, liée souvent à la première, mais pas obligatoirement car fonction de l'histoire d'un travail en commun ou non des administrations et services, la conduite d'inspections-contrôles coordonnées ou conjointes sur un établissement à l'occasion ou non d'un signalement, ou d'un événement indésirable.

[15] De telles bonnes pratiques existent dans un certain nombre de régions avec des partenaires comme les DR/DDFiP, mais aussi coté ARS avec les conseils généraux où un pourcentage non négligeable d'inspections, dans certaines régions, sont déjà réalisées conjointement.

---

<sup>4</sup> La DNO 2012 de la DGCCRF est à cet égard intéressante avec ses axes prioritaires nationaux et ses actions thématiques régionales

- **Dernière étape**, la plus aboutie, celle relative à la signature d'un protocole de collaboration pluriannuel avec un autre partenaire. Le modèle le plus développé à ce jour est celui de la signature de conventions entre les ARS et les divisions territoriales de l'ASN<sup>5</sup>. Une convention cadre national doit également être signée entre l'Etat (DGS) et l'ASN pour faciliter la signature des conventions en région.
- [16] La convention doit définir son champ d'intervention, les priorités d'action et les modalités de coopération/collaboration mais aussi de suivi de son application par les partenaires. Le protocole d'application doit prévoir dans un document annuel les champs communs et les domaines d'actions prioritaires pour chaque région, en tenant compte des priorités nationales et des situations locales.
- [17] S'agissant plus spécifiquement des thématiques d'inspection contrôle à retenir dans les conventions ou protocoles, elles dépendent bien évidemment des compétences des acteurs : la lutte contre la maltraitance, les séjours relatifs aux vacances adaptées organisées (VAO) pour les personnes adultes handicapées, ou les séjours d'accueils collectifs de mineurs (ACM), les sujets touchant aux rayonnements ionisants et à la santé environnementale, les problématiques de contrôle des organismes de formations sociales et paramédicales sont quelques exemples donnés à titre indicatif. Le rapport fournit une palette des thématiques pouvant figurer dans ces documents partenariaux.
- [18] Compte tenu de la diversité des partenariats potentiels et du degré divers de maturité des relations entre acteurs de l'inspection contrôle sur le terrain, chacune des ARS et des DRJSCS aura à choisir, en fonction de la ressource disponible en matière d'inspection contrôle, les partenariats prioritaires et les plus productifs. Le panel des propositions des rapporteurs n'a pas vocation à être déployé de façon systématique sur tout le territoire.
- [19] Enfin, que les inspections aient fait ou non l'objet d'inspections conjointes, la restitution aux structures contrôlés ou susceptibles d'être contrôlées, aux fédérations professionnelles et aux autres acteurs compétents sur le champ est une démarche à la fois pédagogique et de nature à mieux cibler les nouvelles vagues d'inspection des années suivantes. Une ARS a ainsi fait avec la totalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont ceux contrôlés en 2011, et en présence des conseils généraux, une réunion de restitution en juillet 2012 riche d'enseignements. C'est une bonne pratique à généraliser à ce champ mais à d'autres aussi comme les foyers d'accueil médicalisés (FAM), structures destinées aux personnes handicapées adultes.

### **Quelques éléments prospectifs de moyen terme pour répondre aux défis et enjeux de l'inspection contrôle pour les deux réseaux territoriaux**

- [20] La présente mission compte tenu des enjeux importants qui s'attachent à la fonction inspection contrôle et dans la continuité des recommandations faites dans le rapport d'avril 2012 sur *l'évaluation de la fonction inspection-contrôle appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social* dresse des perspectives à caractère plus stratégique ou à plus long terme.
- [21] **Après la signature de quelques protocoles en instance**, comme celui entre la DGS et l'ASN, **à généraliser** comme ceux entre les ARS et les divisions territoriales de l'ASN, **à rapidement engager** tels ceux avec les conseils généraux, partenariat déjà initialisé dans une ARS en passe de signer son projet de protocole avec les départements de sa région, à conduire rapidement comme des **protocoles de « deuxième génération » entre ARS et Préfets de département** avec un volet inspection contrôle développé et nourri, à l'instar de ceux déjà signés dans certaines régions, il conviendra de **dresser ensuite un bilan de ces partenariats**.

---

<sup>5</sup> Huit conventions ont été signées à ce jour sur le territoire national

- [22] Une fois leurs conclusions établies les rapporteurs proposent d'engager **une réflexion sur l'opportunité et l'intérêt de prévoir la signature de quelques conventions multipartenariales pluriannuelles** sur des thématiques d'inspection contrôle impactant fortement plusieurs partenaires. Des conventions au moins tripartites sont largement envisageables dans certains domaines, comme la formation ou la santé environnementale, lesquelles pourraient comprendre un socle commun et des annexes bilatérales, si nécessaire.
- [23] De plus, pour permettre aux deux réseaux territoriaux d'avancer très rapidement sur la mise en œuvre de réunions d'échanges entre acteurs sur les territoires régionaux, les rapporteurs proposent de lancer à titre expérimental dans deux à trois régions volontaires la tenue sous l'autorité du préfet et, avec l'assistance des inspecteurs territoriaux compétents, d'une « **conférence partenariale régionale de l'inspection contrôle** » avec tous les acteurs compétents sur les structures, sites ou activités du territoire. Des représentants notamment des agences nationales de santé seraient conviés à cette réunion. Cette approche est apparue intéressante à l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission avec déjà des « volontaires déclarés ».
- [24] Enfin, les membres de la mission sont conscients que même si des protocoles et conventions de coopération sont généralisés avec l'ensemble des acteurs principaux compétents en matière d'inspection-contrôle, le champ à couvrir est tel qu'une démarche d'analyse des risques est indispensable pour cibler mieux les contrôles et sécuriser davantage les responsables des deux réseaux territoriaux. Cette démarche fait partie des projets engagés par la mission méthodologie performance et les inspecteurs territoriaux de l'IGAS.
- [25] En parallèle à celle-ci, et au vu du travail partenarial en cours entre l'IGAS et l'Assemblée des départements de France (ADF) sur la démarche « d'autodiagnostic sur l'aide sociale à l'enfance », les rapporteurs proposent qu'un **groupe de travail IGAS/ADF soit constitué** pour réfléchir à la pertinence et aux modalités de transférabilité mais aussi d'adaptation de celle-ci au secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes voire ensuite des foyers d'accueil médicalisés. **L'objectif serait qu'ARS et conseils généraux puissent identifier des indicateurs d'alerte et de points de contrôle communs** permettant d'aboutir à une meilleure maîtrise des risques.
- [26] Les membres de la mission insistent enfin sur le fait que pour atteindre les objectifs fixés dans leur rapport, il faut que leurs principales recommandations fassent l'objet d'un suivi régulier et formalisé par les directions d'administration centrale compétentes lors des réunions, par exemple, du conseil national de pilotage des ARS ou du comité exécutif pour le champ cohésion sociale, présidées par le secrétariat général des ministères sociaux. **Sans suivi à ce niveau de responsabilité, les préconisations des rapporteurs risquent à terme de rester lettre morte**, alors que le domaine traité est particulièrement **sensible** pour nos ministères.



## Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>PARTIE I : CONSTATS .....</b>	<b>15</b>
1. LES AMELIORATIONS RELEVÉES PAR LA MISSION DANS L'ORGANISATION DE LA FONCTION INSPECTION CONTROLE .....	16
1.1. <i>Des cellules ou structures dédiées à la fonction inspection contrôle sont en place aujourd'hui dans les 26 ARS et dans 21 DRJSCS.....</i>	16
1.2. <i>Une diversité des partenaires potentiels sur le champ de l'inspection contrôle a été recensée.....</i>	16
1.3. <i>Quelques bonnes pratiques identifiées mais peu formalisées et souvent ponctuelles.....</i>	19
2. LES INSUFFISANCES CONSTATEES DEMEURENT CEPENDANT DIRIMANTES POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DES INSPECTIONS CONTROLES.....	23
2.1. <i>Des coopérations qui pouvaient exister avant la RéATE et la RGPP se sont délitées ou ont même été abandonnées.....</i>	23
2.2. <i>Une très imparfaite connaissance des compétences des autres services et institutions responsables également d'une fonction d'inspection contrôle.....</i>	25
2.2.1. Les principaux partenaires des ARS.....	26
2.2.2. Les principaux partenaires des DRJSCS .....	32
2.3. <i>Une insuffisante connaissance par les deux réseaux des conventions ou protocoles nationaux ou locaux passés entre partenaires compétents en matière d'inspection contrôle.....</i>	34
2.3.1. Les conventions ARS/Préfet de région et Préfet de département.....	34
2.3.2. Les autres conventions ou protocoles nationaux .....	36
3. UNE REPARTITION COMPLEXE DES RESPONSABILITES D'INSPECTION CONTROLE DANS LE CHAMP SANITAIRE ET PARFOIS PEU CLAIRE OU AMBIGUE DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	40
3.1. <i>Des autorités plurielles dotées de pouvoirs de contrôle sur un même site, établissement ou domaine d'activité .....</i>	41
3.2. <i>Des compétences partagées avec les collectivités territoriales.....</i>	42
3.2.1. Compétences partagées ARS/Conseils généraux .....	42
3.2.2. Compétences partagées ARS/DRJSCS et Conseils régionaux.....	44
3.3. <i>Des champs de contrôle difficiles tenant à des structures mal cernées juridiquement ou à des répartitions de compétences ambiguës .....</i>	46
3.3.1. Les insuffisances juridiques.....	46
3.3.2. Les clarifications de compétences entre acteurs ayant des responsabilités en termes d'inspection contrôle.....	47

<b>PARTIE II : RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>49</b>
1. FAVORISER LE RENFORCEMENT INTERNE DES COLLABORATIONS AU SEIN DE CHACUN DES DEUX RESEAUX : ENTRE ARS ET ENTRE DRJSCS ET DDCS (PP).....	50
1.1. <i>Un partenariat entre ARS largement à construire par le réseau mais à accompagner au plan méthodologique</i> .....	50
1.2. <i>Le pilotage par les DRJSCS de la mission IC doit être affermi et une meilleure synergie à l'intérieur des DDCS (PP) réalisée</i> .....	51
1.2.1. Réaffirmer la nécessité d'un pilotage régional fort .....	52
1.2.2. Favoriser la transversalité de la fonction IC dans les DDI.....	53
2. METTRE EN ŒUVRE UNE COOPERATION FORMALISEE ENTRE LES ARS ET LES DRJSCS/DDCS (PP) ET LES AUTRES ACTEURS DE L'INSPECTION CONTROLE.....	54
2.1. <i>Construire une collaboration et une coopération formalisées en matière d'inspection contrôle entre ARS et DRJSCS</i> .....	54
2.1.1. Le cadre général de la coopération entre les agences régionales de santé et les directions en charge de la cohésion sociale .....	54
2.1.2. L'identification des actions sensibles d'inspection contrôle à inclure impérativement dans le périmètre des partenariats à formaliser.....	56
2.2. <i>La nécessité d'une coopération plus étroite entre les ARS et les services déconcentrés de l'Etat</i> .....	58
2.2.1. Le renforcement de la collaboration avec les DRFiP/DDFiP (MEEF) .....	58
2.2.2. Un partenariat à construire avec les pôles T et C des DIRECCTE, avec les DREAL et avec les DRAAF.....	59
2.2.3. Des partenariats à explorer avec les directions interrégionales de la PJJ et les procureurs généraux.....	62
2.2.4. Quelques points restent à clarifier dans les relations ente les ARS et les organismes et services d'assurance maladie du régime général .....	64
2.2.5. Des échanges à nouer avec d'autres autorités compétentes sur le champ de l'inspection contrôle comme les chambres régionales des comptes.....	65
2.3. <i>Généraliser les documents de partenariats ou de collaboration entre les ARS et les agences et autorités compétentes dans le champ sanitaire</i> .....	65
2.3.1. Disposer d'une liste exhaustive des conventions, chartes ou accords-cadres passés entre les directions d'administration centrale et les agences ou autorités indépendantes (ABM, ANSM et ASN ou HAS) .....	66
2.3.2. Accélérer la signature des deux conventions nationales en cours de négociation entre la DGS et les agences ou autorités (ANSM et ASN).....	66
2.3.3. Favoriser au plan local les partenariats entre l'agence de la biomédecine et les agences régionales de santé .....	67
2.3.4. Elaborer un nouveau protocole DGAL, DGCCRF et DGS dans le domaine de la sécurité alimentaire des aliments .....	68
3. DEVELOPPER ET ENRICHIR LES DEMARCHES PARTENARIALES D'INSPECTION CONTROLE AVEC LES COLLECTIVITES TERRITORIALES.....	68
3.1. <i>Le partenariat des ARS avec les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS)</i> .....	69
3.2. <i>Le partenariat des deux réseaux territoriaux avec les conseils régionaux</i> .....	70
3.3. <i>Les conventions ou accords cadres de collaboration agences régionales de santé/conseils généraux ou DRJSCS/conseils généraux</i> .....	71
3.3.1. Les politiques d'information ou bonnes pratiques réalisées en amont des inspections contrôles.....	71
3.3.2. Les procédures plus formalisées d'inspection-contrôle.....	73
3.3.3. Les procédures ou bonnes pratiques en amont ou en aval des inspections ARS/Conseils généraux .....	75

4. CONDUIRE DES ACTIONS MULTI PARTENARIALES AU NIVEAU REGIONAL VOIRE INFRAREGIONAL.....	77
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>79</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>81</b>
<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>85</b>
<b>Liste des personnes rencontrées ou contactées.....</b>	<b>87</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 1 : ELEMENTS DE METHODE.....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRES SOLEN ENVOYES AUX ARS ET DRJSCS.....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXES 3 : TABLEAUX DE COMMENTAIRES ISSUS DES QUESTIONNAIRES SOLEN .....</b>	<b>111</b>
<b>ANNEXE 3-1 ARS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE 3-2 DRJSCS.....</b>	<b>115</b>
<b>ANNEXE 4 : LES CONVENTIONS, PROTOCOLES, ACCORDS-CADRES DE PARTENARIAT ENTRE ACTEURS DE L'INSPECTION CONTROLE.....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES TEXTES REGLEMENTAIRES SUR L'INSPECTION CONTROLE.....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXE 6 : TRAMES DE PROTOCOLE/CONVENTION DE COLLABORATION OU ACCORD DE PARTENARIAT .....</b>	<b>139</b>
<b>ANNEXE 6-1 : TRAME : AGENCE REGIONALE DE SANTE / DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE .....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE 6-2 : TRAME AGENCES REGIONALES DE SANTE/CONSEILS GENERAUX</b>	<b>145</b>
<b>ANNEXE 7 : TRAME DE CAHIER DES CHARGES D'UNE CONFERENCE PARTENARIALE REGIONALE DE L'INSPECTION CONTROLE .....</b>	<b>149</b>
<b>SIGLES UTILISES.....</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>157</b>
<b>Liste des pièces jointes.....</b>	<b>159</b>
<b>PIECE-JOINTE N°1 : FICHE D' EVALUATION INDIVIDUELLE DU TEMPS INSPECTION CONTROLE EVALUATION .....</b>	<b>161</b>
<b>PIECE JOINTE N° 2 : ARRETE ARS/CG CONJOINT PORTANT FERMETURE D'UN ETABLISSEMENT.....</b>	<b>163</b>
<b>PIECE JOINTE N° 3 : MODELE DE FICHE DE LIAISON.....</b>	<b>167</b>

---

<b>PIECE-JOINTE N°4 : CONVENTION PLURIANNUELLE ENTRE LA DIRECTION INTERREGIONALE DE LA PROTECTION JUDICAIRE DE LA JEUNESSE DE...ET LE CONSEIL GENERAL DE.....</b>	<b>171</b>
<b>PIECE JOINTE N° 5 : REPONSES VALIDEES PAR LA DAJ AUX QUESTIONS JURIDIQUES ET DE BONNES PRATIQUES.....</b>	<b>175</b>
<b>PIECE-JOINTE N° 6 : PROCESSUS VAO ARS-DDCSPP-DRJSCS.....</b>	<b>177</b>
<b>PIECE-JOINTE N° 7 : NOTE D'ACCOMPAGNEMENT DU GUIDE ET DE LA GRILLE D'INSPECTION RELATIFS AUX ACTIVITES D'AMP .....</b>	<b>179</b>

## Introduction

- [27] Ce rapport relatif à une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux (ARS et DRJSCS/DDCS(PP) pour le champ social), s'inscrit dans la suite du rapport RM2012-026P d'avril 2012 touchant à *l'évaluation de la fonction inspection contrôle appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*.
- [28] Les rapporteurs, au vu des visites effectuées dans les deux réseaux de douze régions métropolitaines et d'une région ultramarine et des documents analysés, ont dressé le constat d'une absence de synergie entre les politiques de contrôle exercées par les réseaux territoriaux des ministères sociaux et celles des autres services de l'Etat. Le rapport constate également un manque significatif en matière de démarches et d'outils de coopération entre les ARS et les DRJSCS/DDCS (PP).
- [29] Plus précisément, la mission a constaté sur place et au vu de ses nombreuses auditions que la fonction inspection contrôle était encore traitée de façon très cloisonnée entre les services qui, non seulement, ne s'informaient pas, ou très ponctuellement, de leurs programmes annuels de contrôle mais partageaient rarement les informations pertinentes dont ils disposaient. Celle-ci prône donc le développement d'une **coopération formalisée** en matière d'inspection contrôle au sein des services de l'Etat, entre ceux-ci et les ARS et entre les deux réseaux territoriaux et les collectivités territoriales. La recommandation n°12 du rapport « développer une coopération entre les différentes autorités de contrôle, en matière de programmation voire de réalisation conjointe afin d'améliorer l'efficacité des contrôles » trouve sa traduction et application directe dans le présent rapport.
- [30] La mission a procédé assez classiquement : recueil d'informations auprès des référents inspection contrôle (IC) des deux réseaux territoriaux, à partir d'un questionnaire SOLEN unique mais construit en deux parties l'un concernant la présente mission et l'autre *la mission articulation entre inspection contrôle et démarches apparentées* (certification, évaluation et contractualisation). Pour le champ cohésion sociale, l'enquête était limitée au seul domaine social même si dans le présent rapport des analyses et propositions peuvent viser l'ensemble du champ puisque, par construction son objet est de favoriser et développer les coopérations entre services de l'Etat et donc a fortiori au sein des directions régionales et départementales interministérielles (DDI). Les rapporteurs se sont également rendus en région et département ou ont organisé des audioconférences avec un nombre élevé d'acteurs nationaux ou locaux. Enfin, ils ont traité un nombre significatif de documents de toute nature susceptibles de leur permettre d'identifier et d'analyser les bonnes pratiques existantes ou en cours.
- [31] La première partie rédigée notamment à partir des réponses les plus intéressantes des réseaux au questionnaire, dont certaines sont reprises dans le cœur du rapport et d'autres en annexe, fait état d'une amélioration réelle, un an après les constats portés dans le rapport susvisé, dans l'organisation des ARS et souvent - mais plus modestement - dans les DRJSCS/DDCS(PP) en terme de pilotage de la fonction IC, même si pour la cohésion sociale le pilotage est plus complexe à réaliser compte tenu des interrogations constatées au niveau départemental et de la double organisation au sein d'une même région : DDCS et DDCS(PP). De même quelques bonnes pratiques commencent à émerger en terme de partenariat avec d'autres acteurs mais l'avis des rapporteurs est que celui-ci n'est pas suffisamment formalisé et donc repose trop sur les personnes (ce qui est indispensable mais facteur aussi de fragilité) d'une part et que le réseau cohésion sociale est en retard sur ce point, en regard des ARS, avec une articulation niveau régional/niveau départemental plus que perfectible d'autre part.

- [32] La seconde partie du rapport dresse une série de recommandations de nature à aider concrètement les référents des deux réseaux à identifier, nouer et réaliser sous forme de missions conjointes ou coordonnées d'inspection et de contrôle, des coopérations et partenariats à différents niveaux. Pour ne pas alourdir le corps du rapport les membres de la mission ont mis en pièces-jointes quelques bonnes pratiques sélectionnées par leur soin et très facilement transposables dans l'un ou l'autre réseau voire dans les deux. Ils ont aussi réalisé à partir de documents de différentes origines des outils synthétiques permettant de construire les partenariats et coopérations facilitant les inspections et améliorant leur efficacité.
- [33] Les auteurs tiennent à souligner à ce stade qu'une coopération ou qu'un partenariat sur un sujet aussi sensible que l'IC ne se « décrète » pas du niveau central mais qu'il se construit pas à pas entre le local et le national, charge à ce dernier de valider et fournir les outils méthodologiques jugés les plus pertinents, eu égard à leurs priorités. Les inspecteurs territoriaux de l'IGAS peuvent enfin jouer un rôle de *passer* entre les deux niveaux pour assurer une cohérence d'ensemble en matière d'IC, en lien avec le secrétariat général des ministères sociaux via notamment les séminaires nationaux avec les ARS et DRJSCS et la commission nationale de programmation des contrôles (CNPC). Ceci est souhaité au plan local comme le montrent les réponses aux questions posées sur le rôle attendu des inspecteurs territoriaux en fin de questionnaire SOLEN.

## PARTIE I : CONSTATS

- [34] Les deux questionnaires SOLEN établis par les rapporteurs au début de leur mission auxquels toutes les ARS ont répondu mais aussi la quasi-totalité des DRJSCS, en lien avec les DDCS (PP), comprenait une dizaine de questions hors commentaire et texte libre, s'agissant de la partie concernant la mission *coopération*.
- [35] Celles-ci portaient sur l'organisation au sein des deux réseaux de la fonction inspection contrôle, les pratiques, les difficultés de coopération et les propositions. L'objectif était d'avoir la vision la plus exhaustive possible des partenaires avec lesquels ils travaillaient déjà, les éléments qui faciliteraient la coopération ou au contraire les freins qui l'entravaient, ainsi que les attentes vis-à-vis des inspecteurs territoriaux et les messages forts qu'ils souhaitaient leur faire passer sur ce thème. Les questionnaires<sup>6</sup> comprenaient des menus déroulants, la possibilité de faire des commentaires permettant d'explicitier les réponses faites et d'envoyer par mèl aux rapporteurs des documents complétant leurs réponses. Les questionnaires étaient aussi conçus pour agréger les données recueillies, en tirer des statistiques et histogrammes; certains de ces derniers étant insérés dans la première partie de ce rapport.
- [36] Le traitement de ces questionnaires, les documents analysés par la mission et les auditions auxquelles elle a procédé amènent ses deux membres à faire trois constatations majeures :
- Une amélioration dans l'organisation de la fonction inspection contrôle, une meilleure sensibilisation aux enjeux et risques du secteur et des programmes régionaux d'inspection contrôle (PRIC)<sup>7</sup> de meilleure qualité en 2012 et quelques partenariats diversifiés mais en nombre limité sur le territoire national et souvent très différents d'une région à une autre sont ressortis. *Ils demeurent cependant très parcellaires car portant sur une thématique ou deux seulement de la politique de contrôle de la responsabilité des réseaux (VAO, ACM, maltraitance en EHPAD, PJM...) et surtout ne sont pas suffisamment formalisés ;*
  - Mais des insuffisances voire des « régressions » dans les pratiques des acteurs locaux sont apparues comme dirimantes pour conduire des inspections partenariales efficaces. Les outils (grilles et référentiels) permettant de conduire les inspections et remontées d'informations permettant d'en assurer le suivi une fois le rapport devenu définitif demeurent très largement embryonnaires ;
  - Enfin, si l'animation nationale via le secrétariat général des ministères sociaux et une meilleure implication des directions d'administration centrale sont à relever, l'éclatement des conventions, protocoles, accords-cadres, feuilles de route etc., leur hétérogénéité et la place insuffisante généralement donnée à l'inspection contrôle dans les conventions de droit préfets de département et ARS, aujourd'hui toutes signées, apparaissent comme un frein à un meilleur partenariat interinstitutionnel.
- [37] Ces points sont développés dans la partie constat du présent rapport et font l'objet, en tant que de besoin, d'une annexe dédiée pour ne pas alourdir leur présentation. La très grande richesse des informations fournies par quelques référents IC de certaines régions, et ce dans les deux réseaux même si celui de la cohésion sociale paraît encore en retrait sur ce sujet de l'inspection contrôle et des partenariats à nouer avec les autres acteurs, explique aussi ce choix des rapporteurs.

---

<sup>6</sup> Le modèle de questionnaires destinés aux ARS et DRJSCS est joint en annexe 2 du rapport

<sup>7</sup> La mission emploiera le terme générique de PRIC pour désigner les plans annuels bien que diverses appellations coexistent dans les deux réseaux (outre PRIC, on note PRICE, PRICEA voire PRIEC...)

## 1. LES AMELIORATIONS RELEVÉES PAR LA MISSION DANS L'ORGANISATION DE LA FONCTION INSPECTION CONTRÔLE

[38] Les 26 ARS ayant répondu ont toutes aujourd'hui une cellule ou structure dédiée à l'IC mais placée selon les régions de façon très variable dans leur organigramme. S'agissant des DRJSCS, 21 sur 24 ayant répondu affirment aussi avoir une cellule ou structure dédiée avec la même variabilité de rattachement hiérarchique que dans les ARS. Il convient de préciser à cet égard que 10 DRJSCS ont indiqué ne pas pouvoir répondre seules c'est à dire sans le recours des DDCS (PP) au questionnaire ce qui interroge sur la capacité à piloter encore aujourd'hui cette fonction au niveau régional.

### *1.1. Des cellules ou structures dédiées à la fonction inspection contrôle sont en place aujourd'hui dans les 26 ARS et dans 21 DRJSCS*

[39] Plus que l'existence de ces cellules ou structures qui figurait parmi les recommandations du rapport de la mission sur l'évaluation de la fonction inspection contrôle, c'est la grande diversité des rattachements de cette cellule qui aujourd'hui pose question. Pour les rapporteurs, celle-ci doit se situer à un niveau hiérarchique élevé, sans être directement rattaché au directeur général ou régional ; sa place paraît être dans une direction de la qualité et de la performance rattachée au directeur général adjoint (DGA). Le caractère transversal de la fonction et la grande variété des contrôles à mener sur les territoires des deux réseaux nécessitent d'abord un bon « partenariat » interne aux ARS et DRJSCS/DDCS(PP) pour mener des inspections de qualité et ciblées.

[40] Les ARS notamment qui ont adopté le rattachement susvisé ont clairement indiqué dans leurs réponses au questionnaire son caractère positif, l'une précisant que « ce rattachement direct au DGA constitue un positionnement satisfaisant donnant une légitimité et une cohérence institutionnelle visibles et lisibles aux fonctions inspection contrôle » ; une autre indique de même que « ce positionnement permet d'accroître la légitimité du service ICEA<sup>8</sup> vis-à-vis des directions Métiers et des délégations territoriales tout en le confortant dans son rôle régional et transversal ». Une des rares DRJSCS qui a adopté le même type de rattachement - au directeur régional adjoint en l'occurrence - tient le même langage que les deux ARS citées.

[41] Une fois clarifié ce positionnement, les responsables de la structure peuvent piloter plus aisément une politique partenariale et coopérative avec les autres acteurs des territoires en respectant les compétences de chaque acteur.

### *1.2. Une diversité des partenaires potentiels sur le champ de l'inspection contrôle a été recensée*

[42] Il ressort du questionnaire une grande diversité et variabilité dans les partenariats, potentiels ou en cours, en matière d'inspection contrôle mais peu se traduisent dans les faits et encore moins sont formalisés. De plus ces partenariats sont d'une large hétérogénéité selon les régions. Ils diffèrent aussi bien évidemment entre ARS et DRJSCS puisque les responsabilités des acteurs ne sont pas identiques<sup>9</sup>, même s'il y a des convergences comme la lutte contre la maltraitance.

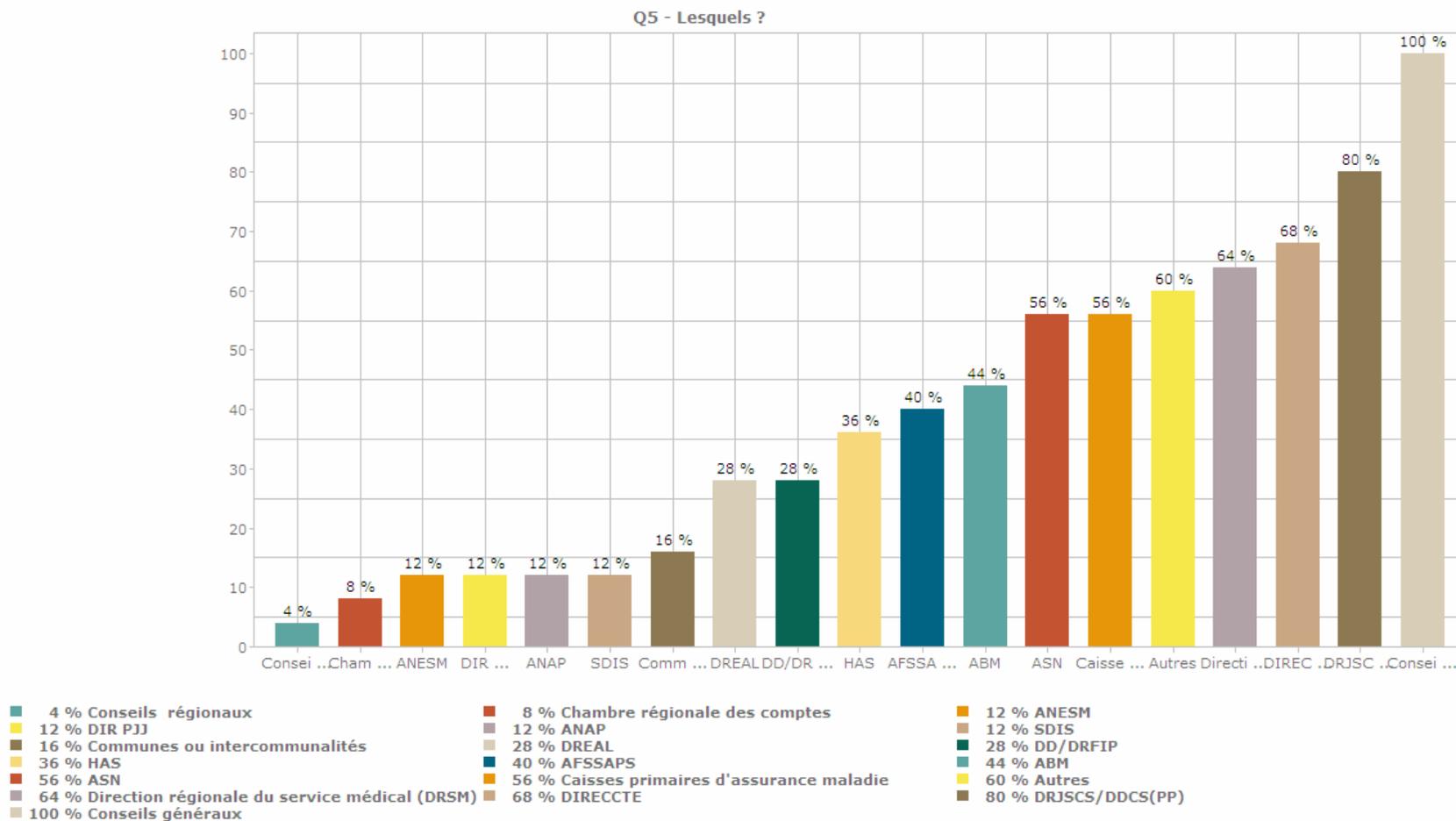
[43] Le tableau ci-après correspondant à la réponse à la question 5 du questionnaire SOLEN<sup>10</sup> montre bien cette diversité des partenariats potentiels **dans les ARS**, plus de 20 si on décompose la réponse autres qui contient des partenaires comme les conseils des différents ordres professionnels, le parquet, l'éducation nationale etc.

<sup>8</sup> ICEA : inspection contrôle évaluation audit

<sup>9</sup> Voir les annexes 4-1 et 4-2 du rapport déjà cité, sur la typologie des IC dans les deux réseaux

<sup>10</sup> Cette question portait sur les partenaires avec lesquels travaillent les ARS

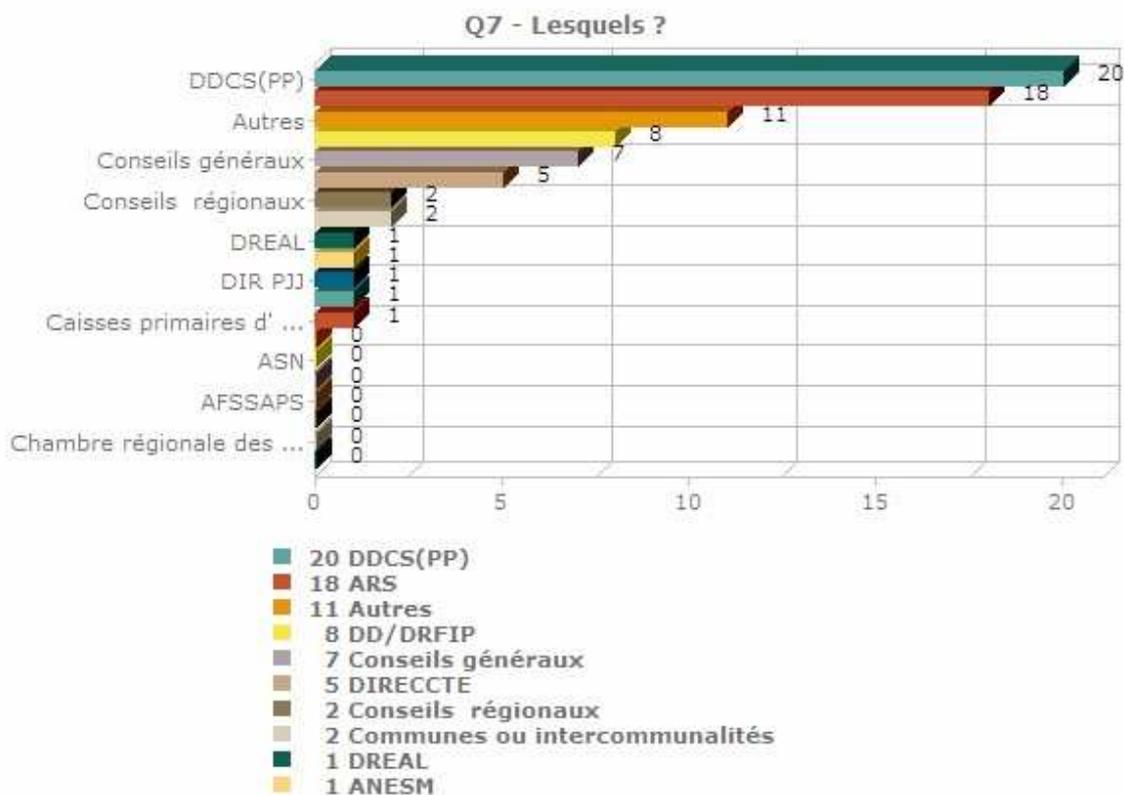
Graphique 1 :



[44] Pour s'en tenir aux partenaires avec lesquels les ARS travaillent le plus, peuvent être cités les conseils généraux, les DRJSCS et les DIRECCTE, l'assurance maladie : direction régionale du service médical (DRSM) et caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et les agences sanitaires (ABM et ANSM) ou autorités sanitaires indépendantes : (ASN) et haute autorité de santé (HAS). A l'opposé, peu de partenariat ou collaboration avec les conseils régionaux, certaines agences : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) ou l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ainsi qu'avec les chambres régionales des comptes (CRC), et plus étonnant avec les DRFiP et DDFiP.

[45] **Dans les DRJSCS**, comme le montre le graphique ci-dessous établi par la mission à partir des réponses fournies à sa question 7, les partenariats sont moins nombreux : hormis les DDCS(P) qui arrivent en première position avec 87 % des partenariats annoncés sur les 20 DRJSCS qui ont répondu, la deuxième collaboration se fait avec les ARS et ensuite avec la catégorie « autres » qui comprend des acteurs comme les Caisses d'allocations familiales (CAF), les Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), des agences : agence nationale pour la cohésion sociale (ACSé) et agence du service civique (ASC). Peu de collaborations sont relevées avec les DRFiP/DDFiP (moins de 35 % des directions ayant répondu) et quasiment pas de partenariat avec les différents niveaux de collectivités territoriales.

Graphique 2 :



Source : réponses au questionnaire SOLEN

Tableau 1 : liste des partenaires recensés

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
DDCS(PP)	20	87 %
ARS	18	78.3 %
Autres	11	47.8 %
DD/DRFIP	8	34.8 %
Conseils généraux	7	30.4 %
DIRECCTE	5	21.7 %
Conseils régionaux	2	8.7 %
Communes ou intercommunalités	2	8.7 %
DREAL	1	4.3 %
ANESM	1	4.3 %
DIR PJJ	1	4.3 %
SDIS	1	4.3 %
Caisses primaires d'assurance maladie	1	4.3 %
HAS	0	0 %
ASN	0	0 %
ABM	0	0 %
AFSSAPS	0	0 %
ANAP	0	0 %
Chambre régionale des comptes	0	0 %
Direction régionale du service médical (DRSM)	0	0 %

Source : réponses au questionnaire SOLEN

### 1.3. *Quelques bonnes pratiques identifiées mais peu formalisées et souvent ponctuelles*

- *Des commentaires généraux de méthode doivent d'abord être faits*

[46] Des commentaires globaux apportés par les deux réseaux<sup>11</sup> sur les partenariats noués ou en cours avec les autres acteurs locaux compétents en matière d'inspection contrôle et sur leurs modalités de mise œuvre, on peut tirer différents constats :

- ✓ Une réponse positive de principe à une nécessaire démarche de collaboration avec les autres acteurs dans un champ d'action complexe et un nombre de lieux, services ou structures à contrôler croissant avec une inflation juridique de textes jamais démentie. Parallèlement à ces phénomènes, les services concernés doivent faire face à des ressources humaines de plus en plus contraintes mais qui doivent de plus être dotées de connaissances et compétences fines, face à des contrôlés se dotant des moyens d'accéder à un arsenal juridique très solide.

<sup>11</sup> Les tableaux « commentaires » figurant en annexes 3-1 (ARS) et 3-2 (DRJSCS) récapitulent les différents niveaux et formes de travail partenarial noués ou en cours avec les acteurs locaux.

- ✓ Les partenariats engagés le sont souvent suite à la survenue d'événements indésirables graves (EIG) ou à des plaintes et réclamations amenant désormais nombre d'ARS à constituer t désormais, dans des « formats » certes différents, des commissions de suivi des plaintes et réclamations qui se réunissent très régulièrement. Elles le font de plus souvent aussi avec les conseils généraux sur les établissements à compétences partagées ; c'est une forme de partenariat de premier niveau qui se généralise aujourd'hui, souvent initiée par les DDASS avant la RéATE.
- ✓ Une remarque préalable à ces démarches de coopération est parfois faite à savoir qu'il faut d'abord conforter l'organisation nouvelle (ARS comme DRJSCS) voire le partenariat entre le niveau régional et départemental pour ces dernières, avant de « s'ouvrir » aux autres acteurs.

[47] La tonalité générale des commentaires des ARS peut se résumer à partir de ces quelques extraits : « les relations commencent à s'organiser et se formaliser ; « les échanges avec les administrations/collectivités/autres autorités de contrôle...sont de degré différent » ; (les) liaisons avec les services de l'Etat restent modestes ». Pour les DRJSCS moins nombreuses à avoir répondu, les commentaires montrent une maturation encore moindre sur ce thème : les premières relations se nouent en premier lieu avec les ARS et les DDCS (PP) ; pour le reste peu de choses. Une DRJSCS indique que la mission IC de la direction régionale (DR) n'a été créée qu'en février 2012. Certaines DRJSCS n'ont bâti que très récemment un service et donc n'ont pas encore eu la capacité de « penser » les partenariats externes, c'est-à-dire au-delà des DDCS (PP) de la région.

- *Une analyse fine des réponses, couplée avec des échanges bilatéraux avec certaines ARS, voire deux ou trois DRJSCS, mettent toutefois en évidence quelques démarches intéressantes*

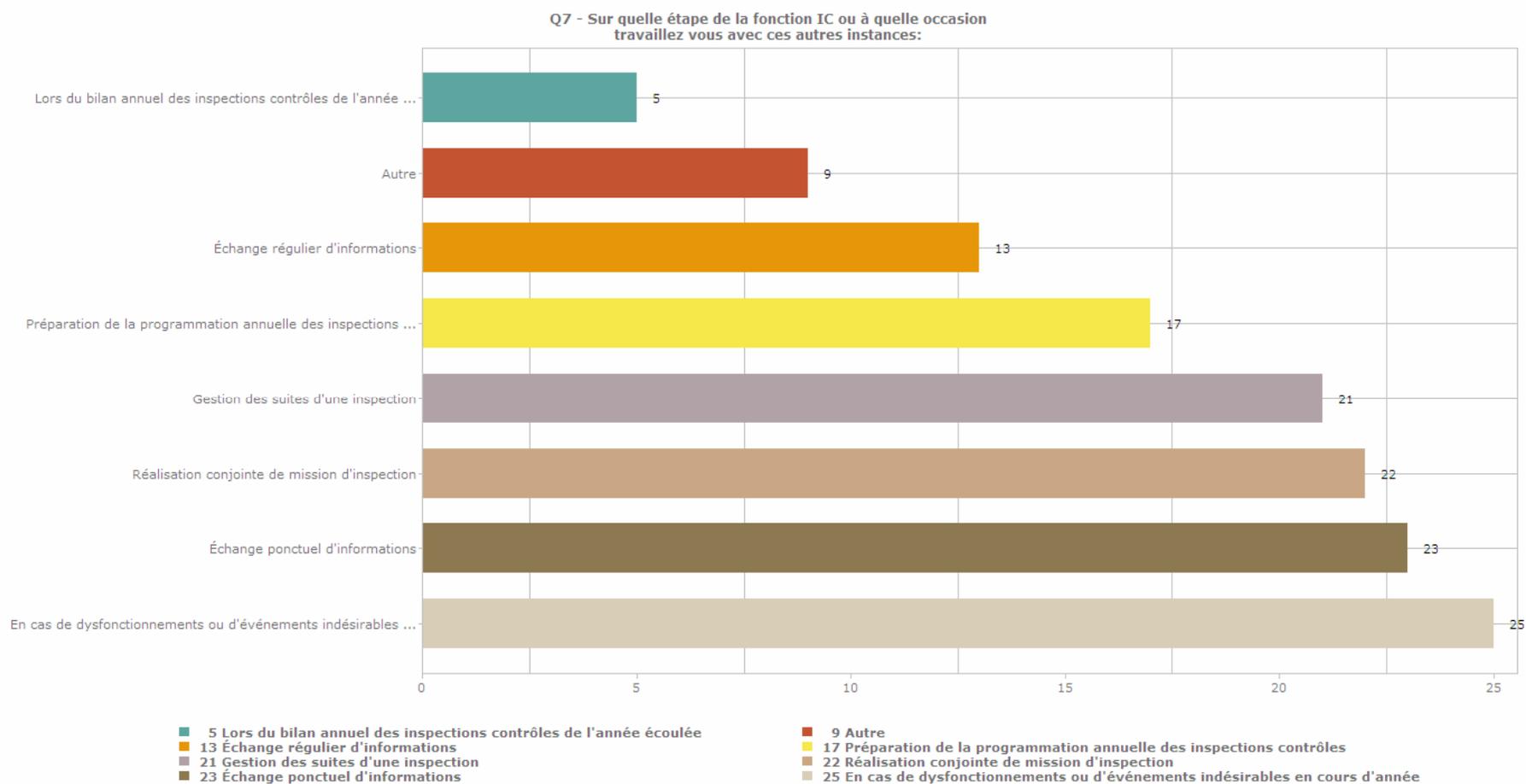
[48] Une ARS noue actuellement des partenariats avec les conseils généraux, les DRJSCS et ASN; une autre a renforcé ses coopérations avec les conseils généraux en les associant à leur programme qualifié *d'ambitieux* puisque visant à contrôler l'ensemble des EHPAD de la région (120 en 4 ans) sur le repérage des risques de maltraitance. Une troisième ARS a systématiquement engagé une démarche visant à tenir des réunions au niveau régional avec les conseils généraux sur le thème de l'IC avec l'objectif de mieux échanger et surtout de mieux coordonner voire mutualiser les moyens et les informations. **Des inspections conjointes sont visées à court terme.**

[49] Une DRJSCS souligne l'excellente collaboration avec l'ensemble des partenaires en matière d'inspection contrôle, ce que la mission a pu vérifier lors de son entretien avec la directrice régionale adjointe de la région. Une autre DRJSCS a conduit une mission conjointe avec d'autres services de l'Etat notamment la gendarmerie maritime. Cet exemple montre que les partenariats potentiels sont très nombreux et très diversifiés sur les territoires et entre territoires.

[50] Au-delà de ces premières analyses assez générales, les membres de la mission ont cherché à connaître les modalités de collaborations- lorsqu'elles existaient- aux étapes clefs de l'inspection et les modalités du partenariat alors conclu.

Le graphique ci-après **concernant les ARS** détaille ainsi ces étapes et le nombre de celles qui sont impliquées à chacune de celles-ci.

Graphique 3 : étapes de travail avec les partenaires



Source :

- [51] La lecture du tableau ci-dessus doit être faite avec quelques commentaires qui découlent de ceux faits par les responsables IC eux-mêmes mais aussi lors d'entretiens bilatéraux avec un certain nombre d'entre eux.
- [52] Les phases de collaboration les plus répandues sont celles comme déjà indiqué qui concernent la survenue d'EIG, notamment dans les établissements à compétence partagée avec les conseils généraux (EHPAD et FAM notamment). Par ailleurs, c'est le stade de l'échange d'informations c'est-à-dire la coopération la plus « basique » qui vient en second. Enfin si la réalisation de missions conjointes est donnée en troisième position, elle apparaît souvent conduite de façon informelle, c'est-à-dire non construite de façon partenariale. Très rares sont les ARS qui ont en effet signé (ou envisagé de le faire) une convention-cadre qui détermine les conditions de leur réalisation, les outils et référentiels auxquels il sera fait recours, le ciblage par analyse de risques des établissements à contrôler et enfin le suivi réciproque des recommandations ou injonctions.
- [53] Cette démarche commence toutefois à être engagée avec les conseils généraux : une convention au moins est en cours ; elle existe à petite échelle avec les directions territoriales de l'ASN (8) ; elle commence à se développer aussi avec les Préfets (DRJSCS) par *déclinaison* des conventions des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435-7 du Code de la santé publique, sur le champ cohésion sociale avec un volet inspection contrôle (voir annexe spécifique n° 4 qui recense les conventions ou accords cadres).
- [54] **S'agissant des DRJSCS**, la démarche de partenariat est moins engagée encore car il convient pour elles en premier lieu de « stabiliser » ou même construire leurs relations avec les **DDI** en matière d'inspection contrôle. Ainsi, une région a formalisé ce travail en indiquant « qu'une réflexion s'est engagée sur la possibilité de contractualiser des protocoles dans l'action des agents régionaux sur les plans de contrôles de l'échelon départemental. Cela doit aussi pouvoir aboutir à l'intervention d'un agent d'un département dans un autre département. Cette formalisation fait l'objet d'un des objectifs de la mission ICE<sup>12</sup> 2012 en discussion avec le DDI ». Un autre chantier est également engagé au sein des directions régionales visant à harmoniser les pratiques entre les champs jeunesse, sports et cohésion sociale comme une autre région nous l'a précisé : « La cellule travaille également au développement d'un outil informatisé commun JEUNESSE – SPORT – COHESION SOCIALE pour la programmation et le suivi des inspections et contrôles. Cet outil aura pour finalité de faciliter le travail en réseau à la fois entre les champs jeunesse/sports/cohésion sociale et entre les échelons (DR/DD) ».
- [55] Le deuxième niveau de collaboration sur lequel les rapporteurs reviendront ultérieurement est celui avec les ARS qui apparaît, vu sous l'angle des DRJSCS comme une action prioritaire de l'année 2012.
- [56] Enfin, pour les autres partenariats, ceux-ci restent comme déjà indiqué très embryonnaires à l'exception peut être d'une DRJSCS qui signale « un partenariat formalisé avec la DIRECCTE, la DRFiP et l'ARS en projet pour 2012 »<sup>13</sup>.
- [57] Au total des avancées sont constatées en termes de collaboration avec les autres acteurs nationaux ou locaux des deux réseaux, compétents en inspection contrôle mais très largement insuffisantes par rapport aux potentialités que l'enquête SOLEN a mis en évidence et aux enjeux à satisfaire.

---

<sup>12</sup> ICE : inspection contrôle évaluation

<sup>13</sup> Compte tenu de la charge de travail de la mission IC, ces conventions ne pourront pas être conclues cette année

## 2. LES INSUFFISANCES CONSTATEES DEMEURENT CEPENDANT DIRIMANTES POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DES INSPECTIONS CONTROLES

- [58] La RéATE et la RGPP ont eu de profonds effets sur l'organisation des services déconcentrés de l'Etat : disparition des missions régionales d'inspection contrôle évaluation (MRICE), transfert de personnels et perte de mémoire voire de compétences sur le champ inspection contrôle qui ont particulièrement touché les directions chargées de la cohésion sociale. Pour celles-ci, s'y est ajoutée la complexité d'une organisation départementale à double configuration au sein d'une même région : DDCS ou DDCSPP et une culture de l'inspection contrôle très différente entre le secteur social et celui de la jeunesse et des sports. Plus gênant est l'abandon de coopérations qui existaient auparavant entre les différents services déconcentrés<sup>14</sup> et qui n'ont pas toujours « résisté » aux nouvelles organisations.
- [59] La mission au vu des contacts noués avec les différents référents inspection contrôle des deux réseaux a pu constater, sauf rares exceptions, leur très faible connaissance à la fois de l'organisation et des agents des autres services locaux voire nationaux compétents en termes d'inspection contrôle et de leur grande difficulté à dégager du temps pour prendre l'initiative de réunions de contacts avec eux, voire apprécier l'intérêt à le faire.
- [60] Enfin, pour nouer des coopérations avec les autres services, il convient également que les référents des deux réseaux des ministères sociaux aient une vision sans faille de leurs compétences. Or aujourd'hui, nombre de ceux-ci nous ont signalé des insuffisances voire des lacunes juridiques en matière de responsabilité d'action sur certaines structures, lieux d'inspection contrôle.

### 2.1. *Des coopérations qui pouvaient exister avant la RéATE et la RGPP se sont délitées ou ont même été abandonnées*

- [61] Il convient de signaler liminairement que ces coopérations ou partenariats étaient assez modestes, mais existaient ponctuellement entre les deux réseaux des DRASS et DDASS et les autres services déconcentrés de l'Etat.
- [62] Parmi les collaborations qui ont été abandonnées, nous a été signalé à plusieurs reprises celles qui s'étaient nouées entre les DRASS (inspections régionales de la pharmacie) notamment celles de Bretagne, de Basse Normandie et des Pays de la Loire. Ces services étaient ainsi certifiés ISO 9001, norme relative au système de management de la qualité. Ils travaillaient ensemble d'une part au moment de la préparation à la certification (en échangeant notamment sur les bonnes pratiques d'inspection) et d'autre part en réalisant des audits internes croisés (un service régional versus un autre) pour préparer la venue des certificateurs. Depuis la création des ARS, cette certification est juridiquement tombée sans qu'une nouvelle démarche soit engagée<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Voir infra l'exemple des relations avec les missions d'expertise économique et financière (MEEF) des anciennes trésoreries générales

<sup>15</sup> Le réseau PEPS des pharmaciens est très utile mais il ne se substitue pas à des démarches de type ISO 9001 voire demain ISO 17 020 pour améliorer les pratiques d'inspection contrôle

- [63] De même, en matière de lutte contre la maltraitance, la responsabilité des contrôles au sein d'une seule entité (DRASS et surtout DDASS) sur le champ social : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS...) et médico-social (EHPAD, FAM...) donnaient une certaine homogénéité à cette politique, sans nécessité de coordination particulière comme aujourd'hui entre DRJSCS/DDCS (PP) et ARS, notamment lorsque les directions en charge de la cohésion sociale ont besoin d'expertise en médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ou pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP). Là encore s'il ne faut pas surestimer le nombre de contrôles effectués sur ce champ à l'époque, le rapport IGAS sur l'évaluation de la fonction inspection contrôle déjà cité montrant toutefois un nombre décroissant de ceux-ci en 2010 et le faible temps que les corps d'inspection y consacrent.
- [64] Les relations avec les anciennes trésoreries générales (service *Mission expertise économique et financière (MEEF)*) se sont elles singulièrement affaiblies, certaines ARS indiquant même aux membres de la mission qu'elles avaient disparu avec la réforme ayant conduit à la création des DRFiP et DDFiP au plan local. La signature de cahiers des charges pour des inspections conjointes entre DRFiP ET ARS, comme ceux signés en région Limousin par l'ARS avec la DRFiP, indique évidemment le contraire, même si la réorganisation des services financiers amène celles-ci à hiérarchiser leurs interventions. La circulaire interministérielle récente DGOS, DSS et DGFIP<sup>16</sup>, même si elle ne porte pas sur l'inspection et ne concerne que les hôpitaux publics, montre la possibilité de formaliser des partenariats entre les réseaux déconcentrés des ministères sociaux et ceux des ministères financiers.
- [65] Les référents expliquent aussi ce phénomène soit du fait du départ des personnes qui étaient impliquées dans ces démarches de collaboration presque plus à titre personnel qu'institutionnel, soit par la priorité donnée à la mise en place des nouvelles organisations, la coopération n'apparaissant pas stratégique à ce stade, notamment avec les autres administrations elles mêmes souvent en réorganisation (DIRECCTE, DREAL, DRAAF ...).
- [66] Si une ARS a affirmé avec une très grande vigueur, s'agissant du contexte nouveau dans lequel s'inscrit l'inspection contrôle, que « la RGPP et la nouvelle organisation des services de l'Etat ont complètement désorganisé les relations avec les partenaires : qui fait quoi ? quelles sont les compétences de chacun en matière d'inspection ? » ajoutant que « les pratiques d'inspection sont très hétérogènes d'une institution à l'autre (procédure contradictoire, lettre de mission, niveau d'indépendance de l'inspecteur) », c'est ce dernier point qui paraît aux membres de la mission particulièrement important à traiter. Sans un travail de convergence des pratiques, peu de coopérations sont possibles. Toutefois avant de parvenir à celle-ci, faut-il encore connaître ses partenaires et surtout leurs compétences, leurs méthodologies et leur programme de travail ainsi que leurs priorités d'action sur le territoire régional ou départemental.
- [67] Sur un autre plan, certains protocoles de coopération qui existaient avant la réforme des services déconcentrés sont devenus obsolètes aux plans juridique et pratique sans avoir été remplacés par de nouveaux outils. On peut citer les coopérations existant entre l'AFSSAPS et les DRASS/DDASS et ARH notamment en termes d'inspection des établissements pharmaceutiques<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Circulaire interministérielle N° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/ 350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé

<sup>17</sup> Cf. Circulaires DGS/DGAPB des 29 juin 1999, 17 juillet 2000 et 3 septembre 2001 relatives aux premières mesures d'organisation des relations entre l'AFSSAPS et les services déconcentrés.

- [68] De même, un protocole de collaboration dans le domaine de la sécurité des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire avait été signé entre la DGAL, la DGCCRF et la DGS le 29 décembre 2006, sans que ce document pourtant important pour coordonner notamment les réponses aux enquêtes de la communauté européenne<sup>18</sup> ( voir infra) n'ait été actualisé après la RéATE et la RGPP aboutissant à la création des ARS et de nouvelles directions régionales et départementales, complexifiant l'identification des compétences de chaque partie en matière d'inspection contrôle.
- [69] L'article 5 relatif à la « mise en œuvre du protocole par les MISSA<sup>19</sup>, Pôles de compétences et DISSA<sup>20</sup> », constitués dans les départements par la direction départementale des services vétérinaires (DDSV), la direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF) et par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), « auxquelles pouvaient être associés tout service ou autre organisme assurant une mission de service public dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments » prévoyait une véritable synergie entre services de l'Etat. Ces structures placées sous l'autorité du préfet se voulaient les « garants de la cohérence et de l'efficacité de l'action de l'Etat dans ce domaine ». Aujourd'hui cette cohérence n'a pas semblé aux membres de la mission « reconstituée » dans ce champ.
- [70] La place des agences et autorités indépendantes dans le domaine de la santé est par ailleurs un élément supplémentaire, mais pas rédhibitoire, de complexité nécessitant toutefois de formaliser les relations entre les acteurs sur les territoires.

## ***2.2. Une très imparfaite connaissance des compétences des autres services et institutions responsables également d'une fonction d'inspection contrôle***

- [71] En lien avec l'analyse faite précédemment, il apparaît qu'une des conséquences majeures de la réorganisation des services déconcentrés et la création des ARS est de rendre moins lisibles les compétences de chacun en matière d'inspection contrôle. Ceci est d'autant plus important qu'il faut ajouter aux deux réseaux territoriaux qui ont des pouvoirs d'IC, ceux d'autres services de l'Etat (DREAL, DIRECCTE, DRFiP/DDFiP voire DIRPJJ même si pour cette dernière c'est à la marge par rapport aux établissements de la compétence des ARS), des collectivités territoriales notamment sur des établissements à compétence partagée (conseils généraux et conseils régionaux) mais aussi des agences (ABM ou ANSM) ou d'autorités indépendantes comme l'ASN qui dispose aussi de services en région ou inter région (divisions territoriales), sans oublier d'autres acteurs importants du champ comme les chambres régionales des comptes (CRC).
- [72] Au-delà de quelques échanges interpersonnels plus qu'interinstitutionnels, peu d'ARS et de DRJSCS/DDCS(PP) ont une connaissance fine des autres acteurs et de leurs compétences en matière d'inspection contrôle agissant au plan local, faute de relations formalisées les définissant et les rendant pérennes.
- [73] *Celle-ci passe d'abord par l'identification des structures sur lesquels ils ont pouvoir d'inspection, de leurs compétences sur les établissements, services ou lieux de contrôles communs avec les deux réseaux territoriaux ARS et DRJSCS/DDCS (PP).*
- [74] Constatant l'inexistence, à sa connaissance, de documents permettant d'appréhender simplement les principales institutions susceptibles de pouvoir collaborer avec les deux réseaux territoriaux et les documents et outils de collaborations sur le champ de l'IC dans les domaines de leurs compétences, la mission a engagé une démarche de recension en la matière.

---

<sup>18</sup> Règlement n° 882/2004 et mise en application du plan national de contrôle pluriannuel (PNCOPA) défini pour les années 2011 à 2013

<sup>19</sup> MISSA : missions interservices de sécurité sanitaire des aliments

<sup>20</sup> DISSA : délégations interservices de sécurité sanitaire des aliments

- [75] Elle a établi cette liste à partir des recherches qu'elle a menées, des entretiens ou contacts qu'elle a noués lors de ses visites mais aussi en dépouillant la partie du questionnaire SOLEN consacrée à ce thème et qui s'est révélée, riche de potentialités, au vu de quelques bonnes pratiques recensées<sup>21</sup>.

### 2.2.1. Les principaux partenaires des ARS

- [76] Par ordre décroissant, nous avons ainsi relevé<sup>22</sup> : les conseils généraux, les DRJSCS, les DIRECCTE, l'assurance maladie (DRSM et CPAM), l'ASN, l'ABM, l'AFSSAPS devenu ANSM. Peu de partenariats sont annoncés avec les conseils régionaux, ce qui n'est pas anormal mais peu également les DR/DDFiP ce qui est plus étonnant. Peu enfin indiquent avoir des échanges avec les chambres régionales des comptes.
- [77] La réponse à la question « autres partenaires » est très intéressante car elle représente la troisième catégorie de structures avec lesquelles les ARS travaillent, après les conseils généraux et les DRJSCS. Cette importance s'explique par le nombre élevé de partenaires potentiels qui à un moment ou un autre peuvent être amenés à travailler avec les ARS vu leurs champs de compétences (ordres professionnels, centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) interrégionaux, cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE), DREAL...). Cela ne revient pas à dire cependant que tous ces partenaires ont des **pouvoirs propres d'inspection contrôle**, mais ils disposent d'une réelle capacité d'expertise. Enfin, le cas des ordres professionnels est souvent cité comme le type de partenaires avec lesquels les relations peuvent être complexes au plan juridique ou pratique.<sup>23</sup>
- [78] A ces acteurs, doivent évidemment s'ajouter le parquet, la police et la gendarmerie mais nous ne considérons pas qu'il faille identifier ces relations comme assimilables à une démarche coopérative donc volontaire, car elles relèvent prioritairement de procédures et de textes juridiques.<sup>24</sup> Toutefois, un certain nombre d'ARS signalent qu'elles développent des échanges avec les procureurs dans un souci d'amélioration de l'information réciproque, hors les phases de procédure pénale. Cela ne préjuge pas pour celles-ci d'un travail à conduire aussi ensemble sur ce type de procédure.
- [79] Comme déjà indiqué, mais il semble utile de le réaffirmer, si la compilation des réponses des 26 ARS aboutit à cette liste très fournie aucune des ARS prise individuellement n'a une réelle connaissance de ses partenaires potentiels et des missions d'IC sur lesquelles ils pourraient collaborer tant en terme de thématiques de contrôle que de types de structures à contrôler, entendues au sens large.

#### 2.2.1.1. Les partenaires de l'ARS disposant d'un pouvoir d'inspection ou de contrôle

- **L'agence de la biomédecine (ABM)** dispose de pouvoirs d'inspection contrôle en vertu de l'article L 1418-2 du code de santé publique qui outre ses experts peut solliciter des **agents habilités de l'ARS**<sup>25</sup>.

<sup>21</sup> L'annexe 4 recense l'ensemble des conventions et protocoles de partenariat conclus ou en cours de l'être par les réseaux territoriaux en matière d'inspection contrôle sur leur champ de compétences

<sup>22</sup> Cf. graphique 1 page 17 qui donne la liste exhaustive des partenaires cités par les ARS

<sup>23</sup> Notamment en matière de sanctions à prendre

<sup>24</sup> On pourra sur ce point se rapporter utilement à la fiche 1.4.2 du guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale – rapport IGAS RM2012-021P d'avril 2012 établi par le Dr Françoise SCHAE TZEL, Jean-Jacques TREGOAT et Anne TISON avec le concours de B. GUILLOU, ARS de Bretagne, V. TESSON-LEVITT, DRJSCS de Basse-Normandie et C. BARLET de l'EHESP de Rennes.

<sup>25</sup> Cf. annexe 5 qui reprend la totalité de ces articles et plus généralement tous les articles en L ou en R cités dans ce rapport

- [80] Si aucune convention ne régit les rapports respectifs entre l'ABM et les ARS en matière d'inspection-contrôle sur le champ notamment de l'assistance médicale à la procréation (AMP), l'agence a élaboré un guide et une grille d'inspection relatifs à ce domaine<sup>26</sup>. Elle peut aussi apporter son soutien, notamment lors d'une première inspection d'un agent, aux MISP et PHISP des ARS lors de contrôles des établissements autorisés au titre de l'AMP.
- [81] De plus, le contrat d'objectifs et de performance 2012-2015 qui a été signé le 30 juillet dernier entre l'ABM et l'Etat prévoit de « formaliser les relations avec les ARS pour améliorer la politique de santé au niveau territorial »<sup>27</sup>. Une annexe spécifique a été établie pour préciser cet objectif : elle prévoit notamment le renforcement des inspections conjointes ABM/ARS des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) et des centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI) et plus généralement stipule que « l'ABM met son expertise au service des ARS ... dans le domaine de l'inspection et des audits ».
- **L'agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**, anciennement AFSSAPS, créée par la loi du 29 décembre 2011, dispose de pouvoirs d'inspection et de contrôle en vertu des articles L 5313-1, L 5313-2 et L 5313-3 : là encore les inspecteurs de cette agence peuvent procéder à des inspections conjointes avec les agents de l'ARS notamment<sup>28</sup>.
- [82] A ce jour, malgré la demande du directeur général de l'AFSSAPS en novembre 2010, puis en août 2011, aucune convention n'a été signée entre l'agence et la DGS<sup>29</sup>, au nom du ministère de la santé pour préciser les modalités de collaborations entre les ARS et l'agence. Un projet existe et a été communiqué aux membres de la mission. Il a été établi après la création des ARS et se substituerait aux anciennes circulaires DGS/DGAPB des années 1999, 2000 et 2001, aujourd'hui juridiquement et techniquement obsolètes.
- [83] La mission n'a pas traité le cas de l'ANSES dont les coopérations avec les ARS apparaissent, par rapport à d'autres structures, moins stratégiques car limitées à un champ réduit. De plus, l'évaluation du niveau de la maîtrise des activités à risque des établissements pharmaceutiques de distribution en gros des médicaments à usage humain et vétérinaires figure parmi les orientations nationales de contrôle en 2012 comme en 2013 pour les ARS et donc s'avère d'application obligatoire.
- Enfin, il convient de citer, **l'autorité de sûreté nucléaire (ASN)**, autorité indépendante qui est dotée de pouvoir de décisions mais également d'inspection et de contrôle. Les articles L 1333-4 et L 1333-17 du Code de la santé publique<sup>30</sup>, pour s'en tenir à l'essentiel, fixe le cadre juridique d'intervention de l'ASN. S'agissant plus précisément des liens avec les ARS, c'est sur le champ des rayonnements ionisants que des compétences partagées existent.
- [84] Via ses délégations territoriales, cette autorité a engagé un certain nombre de conventions de collaboration technique avec les ARS, comme notamment la division de Nantes avec les ARS Bretagne d'une part et Pays de la Loire d'autre part. Il convient en l'espèce de bien identifier les compétences de chaque entité et définir le rôle de chacun en cas d'inspection commune ou conjointe. Une convention nationale cadre est en cours de signature entre l'ASN et le Ministère en charge de la santé (DGS).

<sup>26</sup> Voir en PJ n° 7 la note d'accompagnement de ces documents produite par la mission inspection de l'ABM et remise à la mission IGAS

<sup>27</sup> Objectif de performance n°7 de l'orientation stratégique N°3

<sup>28</sup> Cf. même annexe 5 qui reprend cet article in extenso

<sup>29</sup> En application notamment de l'article L 5313-3 du CSP

<sup>30</sup> Cf. annexe 5 qui détaille le contenu de ces articles

2.2.1.2. Les partenaires potentiels des ARS dans les autres administrations, services de l'Etat, organismes ou collectivités territoriales ayant des fonctions d'inspection contrôle

[85] Avec l'ensemble des partenaires cités ci-après, les ARS indiquent avoir des relations voire des coopérations en matière d'inspection contrôle mais qui demeurent ponctuels et rarement formalisés.

[86] **Au niveau des services déconcentrés**, ce sont principalement les DRJSCS, les DIRECCTE, les DRFiP/DDFiP et les DREAL, plus rarement les DRAAF qui sont évoquées :

- Le partenariat des ARS et des DRJSCS est à ce jour le plus engagé tout en présentant des niveaux d'avancement très variables d'une région à une autre. Ne seront pas évoquées ici les conventions toutes signées à ce jour entre les DG d'ARS et les préfets de département au titre des articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 du CSP, le volet inspection contrôle étant quasiment toujours réduit à minima.

Il sera simplement rappelé qu'en mai 2011, le directeur général de l'ARS de Bretagne et le préfet de la région ont signé une convention cadre relative aux collaborations en matière de *cohésion sociale*. Une des priorités figurant dans ce document vise à « articuler les interventions et favoriser le partage des pratiques en matière d'inspection, de contrôle et d'évaluation dans le respect des compétences et des champs intervention respectifs ». Chaque préfet de département a ensuite décliné ce protocole avec le directeur général de l'ARS avec une annexe définissant les axes de travail communs 2012 dont l'inspection contrôles sur la thématique cohésion sociale.

Le directeur général de l'ARS et le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de la région Centre ont signé en août 2011 un avenant à la convention prévue par les articles susvisés du CSP intitulé « proposition de règles de coordination des interventions entre l'ARS et les préfets de département s'agissant de l'inspection contrôle des établissements médico-sociaux dans le cadre de la protection des personnes ». Cet avenant justifie ainsi le caractère très peu développé des conventions originelles « directeur général d'ARS et préfet de département » en IC.

- Dans au moins deux autres régions<sup>31</sup>, des conventions sont formalisées entre les deux réseaux visant à mettre en place une démarche de collaboration structurée et coordonnée au bénéfice de l'ensemble des populations et plus particulièrement des publics vulnérables. Dans deux de ces trois conventions, la thématique de l'IC et notamment en matière de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance fait l'objet d'une partie dédiée. On citera le protocole de collaboration signé le 30 mai 2012 entre la DRJSCS et l'ARS d'Alsace dont l'objectif stratégique n° 7 prévoit « d'organiser des actions communes relatives à la fonction « inspection - contrôle- évaluation et à la promotion de la bientraitance ». Une annexe au protocole décrit le plan d'action régional constitué de « fiches programmes » par objectif stratégique. L'ARS et le Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des Pays de la Loire ont signé en juin 2012 un document d'objectifs partagés relatif à l'organisation des relations entre les deux réseaux, avec une annexe définissant le programme annuel prioritaire. Une lettre de mission a été transmise aux responsables IC des deux réseaux pour la réalisation du programme de coopération n° 9 relatif au contrôle avec en annexe un plan d'actions. Tout récemment, en Rhône-Alpes enfin, le préfet de région ainsi que les préfets de département et le directeur général de l'ARS ont signé une *convention cadre relative aux collaborations entre les services de l'Etat et l'agence régionale de santé au titre de la politique de santé au bénéfice des populations vulnérables et de la protection de la santé des sportifs*. L'article 5 de la convention prévoit en outre que « le DG ARS et les Préfets de

<sup>31</sup> Source : réponses au questionnaire SOLEN et échanges bilatéraux avec les référents IC des deux réseaux

département s'engageant à signer un avenant technique départemental à la convention-cadre d'ici fin 2012 ».

Les rapporteurs notent cependant que **cette convention-cadre ne traite pas la question des inspections contrôles** alors que son dernier *considérant* laissait à penser que ce pourrait être le cas puisqu'il stipulait « la nécessité de développer des approches coordonnées en matière d'observation, de contrôle et d'évaluation ». Comme la convention originelle Préfet-ARS de novembre 2010 ne traitait que marginalement ce sujet, il pouvait y avoir matière à une partie dédiée à l'IC dans la convention « cohésion sociale ».

Enfin, un *protocole de partenariat entre l'agence régionale de santé de Haute-Normandie, la direction régionale de la jeunesse et des sports de Haute-Normandie, la direction départementale de la cohésion sociale de Seine-Maritime et la direction départementale de la cohésion sociale de l'Eure* est en cours de signature avec un volet consacré à l'inspection contrôle des établissements et services sociaux.

[87] Dans le domaine des **contrôles des structures de formation**, il convient de signaler la bonne pratique initiée par l'ARS Franche-Comté qui a réalisé deux contrôles en 2011 de centres d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) en y associant la DRJSCS, la délivrance des diplômes étant assurée par l'Etat (préfet de région).

- **Les relations partenariales avec les DIRECCTE** sont souhaitées par la plupart des ARS mais tous évoquent le faible niveau de coopération existant à ce jour, notamment avec les unités territoriales (UT) Travail Emploi, même si des échanges d'informations existent et que certains référents IC des ARS comme en Pays de la Loire ont engagé des échanges avec l'UT travail emploi du 44. Une ARS d'une région importante précise que les relations avec les DIRECCTE sont de nature « à la fois technique et politique, les inspecteurs du travail se situent dans un autre contexte juridique et communiquent peu ». De manière générale si des collaborations existent en terme de politique publique comme santé au travail et santé environnement, peu de choses sont prévues en matière d'inspection contrôle. Des informations remontées des DIRECCTE suite à nos échanges avec la direction générale du travail (DGT), seul le Pole T<sup>32</sup> d'une DIRECCTE indique que « dans l'hypothèse d'une harmonisation des budgets opérationnels de programme (BOP), des plans de contrôle pourraient être envisagés sur des politiques partagées ».

[88] De même les relations sont encore ténues avec le pole C<sup>33</sup> des DIRECCTE : quelques actions communes sont signalées comme celles relatives au contrôle des tatoueurs perceurs réalisées par les ARS et les services de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (CCRF) au niveau des DDPP ou des DDCSPP, en lien parfois avec d'autres services de l'Etat (police ou gendarmerie notamment). Une ARS indique ainsi que des contacts sont noués sur ce thème avec la CCRF pour à l'automne « croiser les informations et faire le bilan des actions », mais qu'il avait été décidé « de ne pas faire d'inspections conjointes pour l'instant » ; et de préciser que « la CCRF a cependant proposé en cas de besoin de prélever pour nous (ARS) des échantillons de produits et de les faire analyser dans leur laboratoire ».

- **Les relations avec les DRFiP/DDFiP**, se seraient réduites, selon les informations recueillies, par rapport à celles qui existaient entre les préfets (DDASS) et les trésoriers payeurs généraux (TPG), mais la mission a pu constater néanmoins un certain nombre de coopérations très intéressantes et formalisées comme celle entre l'ARS commanditaire et la DRFiP (MEEF), du Limousin concernant l'audit financier d'une clinique et les conséquences financières et patrimoniales de la transformation d'un syndicat inter hospitalier en groupement de coopération sanitaire. Une autre ARS, celle de Champagne-

<sup>32</sup> Pôle travail

<sup>33</sup> Pôle concurrence, consommation, répression des fraudes et métrologie

Ardenne a conduit avec la DRFiP - mais aussi avec la DIRECCTE - une inspection « pluri institutionnelle » sur une maison de retraite de la Marne qui présentait des dysfonctionnements récurrents nécessitant un partenariat de ces trois services. L'ARS a coordonné la mission, les inspections donnant lieu à la rédaction de trois rapports distincts mais avec une articulation des interventions des différentes équipes et un démarrage des inspections le même jour sur place.

- Sept ARS ont indiqué avoir des relations en matière d'inspection contrôle **avec les DREAL** mais **peu d'exemples de collaboration** concrète ont pu être recueillis par la mission. La responsable IC d'une ARS indique toutefois que la DREAL travaille avec le service santé environnement de son agence sur un plan régional interministériel de l'habitat indigne sans qu'à ce stade elle ne dispose encore d'informations sur la problématique des inspections des logements insalubres en résultant. Il convient de rappeler que *l'inspection relative à l'évaluation de l'état d'insalubrité des immeubles (intégrant les procédures de lutte contre le saturnisme infantile)* faisait partie, à la demande de la DGS, des 12 grandes orientations nationales de contrôle 2012<sup>34</sup> pour les ARS
- **Les relations avec les DRAAF sont faibles** au niveau régional mais sont plus développées au plan départemental entre les DDCSPP et les ARS s'agissant d'actions partenariales en matière de contrôle de l'hygiène alimentaire dans les EHPAD notamment. La nouvelle organisation régionale et départementale sur de tels sujets n'est pas toujours simple pour coordonner les actions entre les différents services de l'Etat compétents en matière d'IC sur des thématiques à compétences distinctes mais pouvant intervenir sur des mêmes établissements ou services. Or, les services vétérinaires sont cités comme des partenaires importants pour les ARS pour certains types de contrôle.

#### 2.2.1.3. Les autres acteurs territoriaux ayant des compétences d'inspection contrôle

[89] Il convient de citer les **organismes d'assurance maladie** (DRSM et CPAM pour la partie gestion assurantielle du risque et contrôle T2A). Les relations ARS et assurance maladie paraissent relativement claires pour la CNAMTS du fait de l'existence d'un contrat-type établi entre les agences régionales de santé et les organismes et services d'assurance maladie pour la période 2010 à 2013. De plus, toutes les ARS à ce jour ont signé au plan régional leur contrat avec l'assurance maladie décliné sur le contrat type comprenant une annexe spécifique donnant « la répartition des rôles, objectifs et indicateurs régionaux 2011 pour les dix priorités nationales » avec la liste des objectifs et indicateurs de la responsabilité de chacune des deux parties. Ce contrat a vocation à préciser les contributions réciproques des organismes et services d'assurance maladie et de l'ARS à la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) et notamment du programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR) qui en est un élément constitutif. Si donc dans les principes, les textes définissent le rôle de chacun, quelques ARS ont signalé à la mission que sur le terrain cette répartition des compétences leur paraissait moins évidente : certains services IC considèrent que les MISP ou PHISP consacrent un temps non négligeable en contrôle de la « prescription et de la facturation des produits de la liste en sus », ce qui semble relever d'une compétence assurance maladie. Certaines ARS comme celle de Picardie font bien figurer dans leur activité d'IC<sup>35</sup> la gestion du risque (liste en sus et programme de contrôle externe T2A) mais celle-ci précise que les contrôles sont assurés par les médecins du régime général, de la mutualité sociale agricole (MSA) ou du régime social des indépendants(RSI).

[90] Les membres de la mission ont demandé sur ce point particulier une « note de doctrine » à la DSS, en lien avec la CNAMTS, pour qu'une pratique harmonisée puisse être effective sur le terrain.

<sup>34</sup> Cette orientation n'a pas été retenue en 2013

<sup>35</sup> Cf. bilan des inspections, contrôles, évaluations et audits 2011, cellule de coordination de l'ICEA, ARS Picardie

[91] L'ARS PACA fait partie des quelques très rares ARS à avoir construit des relations partenariales avec l'assurance maladie en travaillant conjointement sur des dossiers de professionnels libéraux en croisant leurs informations avec comme l'objectif de « qualifier le risque ; de coordonner (nos) actions disciplinaires et pénales, d'échanger rapidement sur un professionnel face à un signalement inquiétant ». Le responsable de la mission IC envisage la signature prochaine d'**une convention de partenariat ARS/Assurance maladie**. Celui-ci a ainsi transmis aux rapporteurs une première esquisse de ce document partenarial.

- Les **chambres régionales des comptes (CRC)** n'apparaissent pas aujourd'hui comme étant des organismes avec lesquels les ARS échangent beaucoup d'informations (8% seulement indiquent le faire)<sup>36</sup>.
- Enfin, si **toutes les ARS disent travailler avec les conseils généraux** en matière de contrôle des établissements à compétence partagée, c'est rarement de façon programmée, formalisée et avec des outils communs. La demande est apparue forte aux membres de la mission d'une meilleure articulation des inspections contrôles lors de leur entretien avec l'ADF, tout comme était forte la demande de clarification juridique de certaines compétences ARS/Conseils généraux.

[92] Si le partenariat est souhaité tant du côté des ARS que de celui des conseils généraux, peu de protocoles ou conventions sont établis aujourd'hui, hors le champ de la gestion des plaintes et réclamations où des commissions ont été instituées et se réunissent régulièrement<sup>37</sup>. De même, si dans la quasi-totalité des départements des collaborations existent et des inspections conjointes se réalisent, ce n'est qu'au coup par coup et sans vision commune : pas d'échange ou très peu sur les programmes régionaux d'inspection contrôle des ARS et les programmes annuels des conseils généraux de la région. Quelques ARS disent avoir pris l'initiative de présenter leur PRIC sans toutefois que la réciprocité n'existe, non pas par mauvaise volonté de leurs partenaires, mais parce que les méthodes de travail diffèrent d'un département à l'autre d'une même région et que tous les départements n'ont pas forcément de plan de contrôle annuel prévisionnel.

[93] Dans ce contexte, on relèvera avec intérêt le *projet de protocole* particulièrement avancé et donc proche de sa signature, entre l'ARS d'Alsace et les deux conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, *organisant la collaboration entre les conseils généraux et l'agence régionale de santé Alsace sur la fonction inspection contrôle des établissements médico-sociaux de champ de compétence conjointe*. Ce protocole définit son objet, le périmètre de la collaboration, les axes collaboration relatives à l'inspection contrôle, la programmation des missions et la préparation et réalisation des missions d'inspection.

- Si **d'autres partenariats** sont cités, ils demeurent très ponctuels et fonction de situations locales (directions interrégionales PJJ, CCLIN, chambre d'agriculture, centres communaux d'action sociale (CCAS), communes ou intercommunalités, services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), Conseils des Ordres professionnels ...), le partenariat quasi inexistant avec **les conseils régionaux** (une seule ARS déclare travailler avec le CR) est plus étonnant, compte tenu des compétences partagées entre ARS et conseils régionaux sur les formations paramédicales. Comme déjà indiqué, et c'est une exception, l'ARS Franche-Comté a réalisé deux contrôles en 2011 de centres d'instituts de formation en soins infirmiers en y associant la DRJSCS.

<sup>36</sup> Le Directeur général de l'ARS du Limousin organise par exemple une ou deux réunions annuelles avec le président de la CRC de cette même région pour procéder à un échange sur leur plan de contrôle respectif et leurs priorités

<sup>37</sup> L'ARS Rhône-Alpes a une procédure très bien rodée sur ce champ avec notamment les départements du Rhône et de l'Isère, mais d'autres ARS ont créé ce type de structure partenariale avec les conseils généraux, comme en Lorraine avec le conseil général de Meurthe et Moselle

### 2.2.2. Les principaux partenaires des DRJSCS

[94] Si 23 DRJSCS sur 24 ayant répondu au questionnaire (cf. tableau 1 et graphique 2 supra) indiquent travailler avec un certain nombre de services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres institutions, la diversité des partenaires est beaucoup plus faible que pour les ARS Vient ainsi comme premier partenaire cité les **DDCS(PP)** (87%) devant les **ARS** (78%). Parmi les partenaires évoqués figurent aussi des institutions avec lesquels les DRJSCS peuvent mener des actions ou politiques communes mais pas forcément sur le champ strict de l'inspection (CARSAT, CAF, collectivités, ACSé. Les DRJSCS Centre, Alsace, PACA semblent, au vu des documents transmis, parmi celles qui sont les plus avancées en termes de partenariat IC avec les ARS, DIRECCTE et DRFiP/DDFiP, services avec lesquels les potentialités de collaboration paraissent les plus fortes en matière d'inspection-contrôle.

[95] Parmi les rares remontées de collaboration, il convient de signaler un audit/contrôle en Charente entre la DDCSPP, la DDFiP (mission audit et conseil de la Charente) et le conseil général du département concernant une association accueillant des personnes en difficultés et relevant des compétences DDCSPP et CG avec examen des comptes justifiant l'expertise DDFiP. Un rapport commun a été élaboré avec des constats et recommandations propres aux aspects médico-sociaux d'une part et comptables et financiers d'autre part. La lettre de mission et le cahier des charges de ce contrôle étaient uniques.

- Le fait que les **deux niveaux de directions en charges de la cohésion sociale considèrent qu'elles doivent travailler sur le sujet de l'inspection contrôle de manière partenariale** peut sembler a priori étonnant. Cela peut s'expliquer pour les membres de la mission par plusieurs facteurs :
  - d'abord leur création récente mais surtout la création parfois très tardive des structures internes régionales d'inspection contrôle. La DRJSCS d'Aquitaine indique par exemple que la mission IC a été créée en février 2012. Le premier travail a donc été au niveau régional de structurer cette mission après la disparition des MRICE. Celle-ci a semble t il davantage pénalisé le champ cohésion sociale que celui des ARS ;
  - ensuite, les politiques de contrôle sont considérées comme moins prégnantes dans le champ des DRJSCS et DDCS (PP) que dans les ARS : le temps passé par les IASS en IC dans le champ social est très faible, celui consacré à la mise en œuvre des politiques publiques représentant l'essentiel de leur mission. L'activité de contrôle, même si elle est insuffisante dans les ARS<sup>38</sup>, se situe à un niveau globalement plus élevé, tous corps d'inspection confondus.
  - Enfin, l'organisation régionale et départementale plus complexe que du temps des DRASS/DDASS nécessitait un temps d'adaptation aujourd'hui jugé atteint pour les membres de la mission : cette organisation doit toutefois prendre en compte les relations préfets/DDI mais aussi DRJSCS/DDI, les unes hiérarchiques, les autres fonctionnelles et pour les DDI, avec plusieurs donneurs d'ordre nationaux relevant de ministères différents.

---

<sup>38</sup> Voir rapport déjà cité de l'IGAS RM2012-026P

[96] La DRJSCS de PACA indique ainsi que le « partenariat principal (de la DRJSCS) se mène avec les DDCS(PP) : préparation du plan de contrôle, échanges de pratiques, animation de formations, contrôles conjoints ». Le Nord Pas de Calais conduit une démarche identique. La DRJSCS de Bretagne construit actuellement une démarche projet très intéressante avec un IASS chef de projet localisé dans le Morbihan mais qui agit pour le compte de la région et sous la responsabilité du comité des directeurs de la cohésion sociale (CODICS), le directeur régional pilotant les travaux de ce dernier. D'autres DRJSCS comme celles des régions Alsace, Centre, Franche Comté<sup>39</sup>, Limousin, Pays de la Loire avec des organisations parfois différentes<sup>40</sup> sont en position de piloter aujourd'hui la mission inspection contrôle avec une articulation entre le niveau régional et niveau clairement définie. Les modalités opérationnelles se mettent donc progressivement en place.

[97] Au delà du pilotage régional et de l'articulation DRJSCS/DDCS (PP), certaines DDCS(PP) ont conduit une réflexion interne pour harmoniser leurs propres pratiques notamment d'inspection contrôle. Celle d'Ille et Vilaine a ainsi inscrit dans au moins 2 des 11 orientations stratégiques de son projet de service 2011-2013 la problématique de l'inspection contrôle avec parmi les objectifs pour 2013 « la constitution d'un guide de l'inspection contrôle et la normalisation des documents et de procédures lorsque cela s'avère juridiquement possible ». La publication par l'IGAS en avril 2012 du *guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion (GBPIC)* amènera selon le directeur départemental à utiliser ce document le dispensant du travail de constitution initialement prévu d'un guide ex nihilo.

- Une fois cette étape interne au champ cohésion sociale franchie, **les DRJSCS ont parfois construit des partenariats ou commencé à le faire avec les ARS**, mais en nombre restreint au vu des informations ou documents recueillis, en matière de conduite d'inspections coordonnées ou conjointes sur certaines thématiques ou certains établissements. Cette démarche devrait s'inscrire normalement dans la suite logique des conventions évoquées entre les ARS et les DRJSCS dans la partie consacrée aux partenariats des ARS et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Toutefois certaines conventions n'ayant pas abouti à des signatures à ce jour voire ne sont pas envisagées à court terme, certaines DRJSCS ont eu besoin de mobiliser les compétences en médecins ou pharmaciens des ARS pour certains types d'inspections contrôle. Faute de s'appuyer sur des conventions ad hoc elles mobilisent via les préfets, les ARS au titre de l'article L 1435-7 du CSP mais elles jugent toutes la procédure « peu fluide ».
- Les contrôles qui requièrent le plus souvent un appui, notamment en médecins voire pharmaciens des ARS, sont ceux relatifs aux vacances adaptées organisées (VAO) pour les personnes adultes handicapées, les accueils collectifs de mineurs (ACM) et parfois les Centres d'hébergement et d'insertion sociale (CHRS) voire très exceptionnellement les pensions de famille - maisons relais, toutes structures ou dispositifs de la compétence des directions en charge de la cohésion sociale. Dans certaines régions, la collaboration est efficace et très complémentaire sur le champ notamment de la VAO comme dans les régions Franche-Comté ou Bretagne ; dans beaucoup d'autres les relations sont moins fluides et très ponctuelles, pas seulement à dire vrai sur les domaines VAO ou ACM mais de façon générale.

---

<sup>39</sup> Un protocole d'accord d'appui technique par mobilisation des personnels de la DRJSCS au profit de la DDCSPP du Doubs (25) pour la réalisation des contrôles d'ACM a été conclu entre les deux directions

<sup>40</sup> La DRJSCS d'Alsace réalise ainsi les inspections, notamment des CHRS, pour le compte des deux DDCS (PP) de la région

[98] Les membres de la mission constatent que les collaborations allant de la mise à disposition de personnels pour une opération donnée, comme en Ile et vilaine pour le contrôle d'une structure ACM accueillant des enfants porteurs de handicap<sup>41</sup>, à des enquêtes conjointes sur le champ de la lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux, sont plus aisées dès lors que les modalités des concours et des interventions des personnels des ARS mais aussi des conditions de réalisation des inspections, sont arrêtées en amont dans un document formalisé. Dans le même esprit, il faut noter que le préfet de région, préfet du Doubs et la directrice générale de l'ARS de Franche-Comté ont signé en Août 2011 une nouvelle convention actualisée<sup>42</sup> sur la problématique des inspections contrôle qui définit désormais les relations ARS/Préfet sur les VAO d'une part et spécifie que « les services de l'Etat et l'ARS veilleront à coordonner leur programme annuel de contrôle respectif dans les domaines conjoints, ou sur des thématiques choisies conjointement ».

- Certaines DRJSCS ont enfin engagé des contacts ou noués des relations de travail avec d'autres services de l'Etat en vue d'aboutir à la signature de protocoles : on citera l'exemple de PACA où la DRJSCS souhaite conclure avec la DIRECCTE d'une part et la DRFiP d'autre part une convention en 2012.

[99] Collaborer et travailler en partenariat à partir de documents formalisés est indispensable mais la mission a fait le constat aussi que nombre de missions régionales d'inspection contrôle (MRIC) des deux réseaux ignoraient ou connaissaient mal les documents déjà signés au niveau national voire local sur des champs de compétences de l'inspection contrôle et sur des activités, services ou structures à compétence partagée avec d'autres services dotés de pouvoirs d'inspection contrôle.

### ***2.3. Une insuffisante connaissance par les deux réseaux des conventions ou protocoles nationaux ou locaux passés entre partenaires compétents en matière d'inspection contrôle***

[100] Les membres de la mission ont constaté au cours de leurs entretiens avec les représentants du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMS), les responsables des administrations centrales concernées, les collaborateurs des agences de santé comme l'ABM ou l'ANSM ou d'autorité indépendante comme l'ASN, voire de la CNAMTS que des chartes, conventions, protocoles, accords-cadres existaient au niveau national et commençaient à être déclinés dans certaines régions. Là encore le constat de la mission est que les deux réseaux territoriaux ne connaissant que très peu ces documents et ont tendance à les « récrire de toutes pièces » et ne mutualisent donc pas leurs bonnes pratiques, outils et référentiels d'IC.

#### **2.3.1. Les conventions ARS/Préfet de région et Préfet de département**

[101] Pour faire bref car le point a déjà été évoqué (cf. supra), **3 types de conventions** ont déjà été signées entre préfets (ou DRJSCS) et DG d'ARS :

- Les conventions ARS/ Préfet de département prévues par les articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 du Code de la santé publique signées généralement à la mi-2010 et qui traitent assez marginalement la problématique de l'inspection contrôle ; quelques rares exceptions existent comme la convention signée en juin 2010 en Bourgogne où la partie (chapitre V, articles 13 à 17) consacrée à l'inspection contrôle était relativement complète. Les premiers avenants à ces conventions, signés plus récemment, comme en Franche-Comté (août 2011) ou en région Centre (août 2011), pour ceux portés à la connaissance de

<sup>41</sup> Une expertise en matière de vérification du suivi sanitaire et médical, et plus généralement de l'adaptation de l'organisation aux handicaps des enfants accueillis, rendaient prégnant selon la DRJSCS le concours des personnels compétents de l'ARS

<sup>42</sup> Au titre des articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 du CSP déjà cités

la mission qui précisent les conditions de mise en œuvre de l'article L 1435-7 du CSP notamment sur la VAO ou la programmation des inspections ;

- En Bretagne, une *convention cadre relative aux collaborations entre le Préfet de la région et le Directeur général de l'ARS en matière de cohésion sociale*, signée en mai 2011 pour trois ans **qui prévoit un volet sur l'inspection contrôle**. Ce document a ensuite été décliné entre le DG de l'ARS et les quatre Préfets de département de la région à partir des orientations d'un comité de suivi piloté par l'ARS qui avait pour objectifs la formalisation des protocoles départementaux, la définition des thèmes de travail retenus au niveau régional (dont l'IC et la formation) et des axes de travail 2012 dont le circuit des signalements de maltraitance, la gestion des plaintes et l'inspection contrôle. Chaque protocole départemental comporte différentes rubriques dont certaines sur l'inspection notamment en matière de **vacances adaptées organisées** pour les personnes adultes handicapées (VAO) mais aussi de contrôles sur d'autres types d'activités ou de structures.

[102] Ces quatre protocoles se réfèrent aux protocoles départementaux Préfets/ARS signés le 11 mai 2010 mais également à l'instruction N° SG/2011/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les ARS et les services déconcentrés de la cohésion sociale.

- Des **protocoles de collaboration, très peu nombreux, entre les ARS et les DRJSCS** qui prennent des formes variables et s'inscrivent dans la droite ligne de l'instruction susvisée du 11 janvier 2011 commencent à être signés dans différentes régions à savoir :

[103] *Un protocole de collaboration entre la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Alsace et l'Agence régionale de santé d'Alsace*, signée le 30 mai 2012. Elle comporte une « fiche programme : objectif 7 : Organiser des actions communes relatives à la fonction « inspection – contrôle – évaluation » et à la promotion de la bientraitance ». La programmation des actions 2012-2013 est également fixée dans ce document.

[104] En Pays de la Loire, *un document d'objectifs partagés relatif à l'organisation des relations entre : l'agence régionale de santé et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale*, signé le 25 juin 2012 pour 3 ans. Il est notamment prévu le « développement de programmes communs d'inspections, d'audits, de contrôles des établissements et services sociaux... » mais également « la mise en œuvre et le développement d'articulations entre les formations sanitaires, sociales et médico-sociales ». **Ce sujet important est aujourd'hui largement négligé** depuis la réforme des services déconcentrés. Un programme annuel prioritaire de coopération est fixé en annexe de même que sont arrêtées les instances de concertation et de décision.

[105] En Rhône-Alpes, toujours en juin 2012, une convention-cadre a été signée en juin 2012 sur la thématique de l'aide aux personnes les plus vulnérables entre le préfet de région, les préfets de département et le directeur général de l'ARS, mais sans item sur l'IC.

[106] Enfin, un protocole de collaboration est en cours de signature en Haute-Normandie construit autour « d'un enjeu majeur : des politiques sociales et de santé déclinées de manière coordonnée au plan territorial entre ARS, DRJSCS et DDCS ».

### 2.3.2. Les autres conventions ou protocoles nationaux

[107] Certaines agences dans le domaine de la santé ou autorité intervenant sur le champ de la santé ont des pouvoirs propres d'inspection sur un champ commun avec les ARS, il convenait d'identifier ces organismes, leurs compétences et les conventions ou protocoles définissant les modalités d'intervention de chacun d'eux : ARS, agence ou autorité pour optimiser l'efficacité du contrôle. Il faut tout à la fois éviter les redondances mais aussi la non couverture ou l'insuffisante couverture de certains champs ou activités.

[108] La mission a tenté de recenser<sup>43</sup>, sans prétendre à l'exhaustivité, les conventions ou protocoles nationaux signés au niveau des administrations centrales, des agences ou autorité indépendante, de l'assurance maladie (CNAMTS) mais aussi les protocoles locaux fixant les conditions d'une répartition des compétences en matière d'inspection contrôle sur des mêmes structures. L'objectif est double : cohérence et complémentarité des contrôles vis-à-vis des contrôlés et augmentation du nombre et de la qualité des contrôles.

#### 2.3.2.1. Les conventions entre agences, autorité indépendante et l'Etat

[109] L'objet du rapport n'est pas d'analyser le contenu des conventions ou protocoles de partenariat mais de les recenser et de signaler les points concernant l'inspection contrôle afin d'en retirer un certain nombre de bonnes pratiques et de faire connaître ces documents aux responsables IC des deux réseaux, en fonction des compétences de chacun d'eux. Ainsi, les conventions avec l'ABM, l'ASN et l'ANSM concernent, sauf exception, les seules ARS.

- Comme indiqué, l'administration compétente de l'Etat (DGS) n'a pas prévu d'élaborer de convention de partenariat avec l'ABM, mais le contrat d'objectifs et de performance 2012- 2015 (COP), tout récemment signé prévoit au titre de l'objectif de performance n°7 : *de formaliser les relations avec les ARS pour améliorer l'appui à la politique de santé au niveau territorial*. L'annexe relative cet objectif le cadre des relations ABM/ARS et prévoit notamment le **renforcement des inspections conjointes** pour certaines activités<sup>44</sup>.
- L'Etat (DGS) et l'ASN sont en train de finaliser une convention de partenariat définissant les modalités de collaboration entre une division territoriale de l'ASN et une agence régionale de santé. La partie centrale de la convention concerne les modalités de collaboration : programme d'actions communes, inspections concomitantes notamment.
- L'AFSSAPS (devenu ANSM) au moment de la création des ARS avait souhaité que des **conventions de collaboration** puissent être signées avec celles-ci après validation de la convention-type par l'Etat. Un projet a été envoyé au SGMS sans qu'à ce jour une suite n'ait été donnée à cette demande. L'article 5 du projet remis aux membres de la mission concernait spécifiquement l'inspection.

[110] Nonobstant les différences d'une convention à une autre **quatre axes de coopération se dégagent** :

- Echanges d'informations ;
- Réalisation d'inspections conjointes ou coordonnées et programmation des inspections ;
- Programmes d'informations et de formations communes ;
- Mise à disposition de l'expertise des agences et autorité voire des capacités analytiques des laboratoires comme pour l'ANSM.

<sup>43</sup> Une liste synthétique a été établie par la mission qui figure en annexe N° 4

<sup>44</sup> Ce document sera mis en ligne après accord des parties sur le RESIC

- [111] Une circulaire DGS/EA/2007/232 du 13 juin 2007 relative au contrôle et à la gestion du risque sanitaire liés à la présence de radionucléides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exception des eaux conditionnées et des eaux minérales naturelles. En annexe est fournie une note de l'ASN montrant l'intrication des contrôles et donc les partenariats nécessaires à monter puis à suivre dans ces champs.
- [112] *Un accord-cadre de collaboration entre l'ASN et l'AFSSAPS a été signé le 15 juillet 2009 dans le domaine des produits de santé contenant des radionucléides ou émettant des rayonnements ionisants.* Parmi les domaines et modalités de collaboration figure en premier lieu « la coordination des questions d'inspection relevant de l'AFSSAPS et de l'ASN ».
- [113] Enfin un **accord-cadre de collaboration** a été signé en décembre 2008 entre **l'ASN et la HAS** dans le domaine des soins médicaux utilisant les rayonnements ionisants.
- Ces deux textes sont utiles à connaître par toutes les ARS car à la frontière de compétences partagées avec elles et l'ASN ou l'AFSSAPS devenue ANSM.
- [114] Certaines agences ont aussi passé des conventions avec d'autres administrations qui ne relèvent pas du champ sanitaire mais qui ont des compétences sur des structures ou des sites de ce champ, notamment celui de la sécurité sanitaire.
- [115] Le **protocole de coopération entre la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé** signée le 26 décembre 2006 pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction relève de cette catégorie.
- [116] Cette convention très complète est composée de six articles relatifs à l'objet et au champ du protocole, au contenu de la coopération, aux modalités de coopération sur des produits visés à l'article 1<sup>45</sup>, au comité de suivi du protocole, à la liste des annexes fixant les modalités détaillées de coopération et enfin à la durée et à la dénonciation de la convention.
- [117] L'article le plus important en terme opérationnel est celui qui touche au contenu de la coopération, pour les produits du champ de compétence conjointe, avec la réalisation d'enquêtes conjointes et la programmation nationale concertée des inspections et contrôles « afin d'aboutir à une **meilleure complémentarité de l'action publique conduite** ».

#### 2.3.2.2. Les autres accords entre agence et autorité indépendante ou avec l'Etat (champ DIRECCTE)

- [118] De nombreux textes de collaboration ont été signés entre **l'Etat (DGT) et l'ASN** dont deux circulaires et une convention au moins sont toujours applicables :
- circulaire DGT/ASN n° 13 du 16 novembre 2007 relative à la coordination de l'action des inspecteurs de la radioprotection et des inspecteurs contrôleurs du travail en matière de prévention des risques liés aux rayonnements ionisants ;
  - circulaire DGT/ASN n° 4 du 21 avril 2010 relative aux mesures de prévention des risques d'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants ;
  - Convention définissant les modalités de collaboration entre l'autorité de sûreté nucléaire et la direction générale du travail signée en mars 2011.

Cette dernière convention est particulièrement importante car si elle concerne les travailleurs, les ARS ont des compétences communes avec l'ASN pour le volet concernant les patients traités mais

---

<sup>45</sup> Ce sont les produits mentionnés à l'article L.5311-1 du CSP

aussi pour celui relatif aux personnels des hôpitaux utilisant des appareils à rayonnements ionisants. Une bonne connaissance des conventions bilatérales est donc nécessaire.

- [119] Au vu de ces textes et notamment des deux circulaires susvisées, des conventions de collaboration ont été déclinées avec les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les divisions territoriales de l'ASN. Quinze ont été signées à ce jour; elles se présentent globalement sur le même modèle tout en intégrant les spécificités des territoires concernés. On citera ainsi celles de l'Ile de France et des Pays de la Loire qui permettent d'avoir une bonne illustration de leurs parties communes et de leurs différences. Toutes évidemment traitent des sujets d'information réciproque, de formation et d'appui, de modalités d'inspection et de suivi de la convention.
- [120] Dès avant la RéATE et la mise en place des nouveaux services déconcentrés de l'Etat, un protocole de coopération dans le domaine de la sécurité alimentaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire a été signé par la DGAL, la DGCCRF et la DGS le 24 décembre 2006.
- [121] Dans son premier alinéa, le protocole affirme sa finalité puisqu'il est dit qu'en « promouvant et en formalisant la coopération entre services dans le respect des compétences de chacun, il entend contribuer à rendre l'action de l'Etat plus lisible et plus efficace et à améliorer le service rendu à la collectivité, conformément aux objectifs fixés en matière de modernisation de l'Etat ». Il devait aussi « permettre à la France de répondre à ses obligations communautaires » (cf. article 1).
- [122] Ce texte concernait les DDASS de l'époque s'agissant du contrôle de la « restauration collective dans le secteur médico-social (public et privé) ». Il est évident que ce texte est aujourd'hui à actualiser pour tenir compte de la nouvelle organisation de l'administration territoriale.
- [123] Une note de service N°DGS/SD7D/2007/86 du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative au protocole du 29 décembre 2006 a été envoyée aux services déconcentrés de l'époque leur rappelant les finalités de ce protocole dont celles « d'améliorer la coordination des services locaux en matière de programmation des contrôles et favoriser les échanges d'information » et « d'assurer une répartition optimale des moyens et la complémentarité des actions de contrôle ».
- [124] Enfin, et de façon très complémentaire, la mission a relevé la publication d'une circulaire DGS/EA3 n° 2010-256 du 9 juillet 2010 relative à une enquête sur l'activité des ARS et des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) en matière d'inspection et de contrôle dans le cadre de l'opération interministérielle vacances 2010 et d'une instruction DGS/EA3 n° 2012-236 du 18 juin 2012 relative à une enquête sur l'activité des agences régionales de santé et des services communaux d'hygiène et de santé en matière d'inspection et de contrôle en hygiène alimentaire et des médicaments vétérinaires entrant dans la mise en application du plan de contrôle pluriannuel, au cours de l'année 2011.
- [125] Ces documents appellent trois remarques de la part des rapporteurs : la première tient au fait que ces actions s'inscrivaient dans un cadre européen<sup>46</sup> et donc incontournable, la deuxième que pour son exécution, la DGS s'appuyait sur le protocole susvisé du 29 décembre 2006 et donc que les ARS devaient agir en coopération avec les autres administrations compétentes dans un environnement institutionnel qui avait beaucoup varié et la troisième qu'un acteur tiers, les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), était une partie prenante importante à la réalisation des enquêtes mais sans lien organisé apparent<sup>47</sup> avec les ARS.

<sup>46</sup> Plan de contrôle national pluriannuel intégré unique (PNCOPA) prévu par le règlement (CE) n° 882 :2004 du Parlement européen et du Conseil

<sup>47</sup> Le rapport IGA IGAS CGEDD d'avril 2009, cité en bibliographie, sur les SCHS indique que des collaborations entre différents partenaires dont les services de l'Etat (DDASS) « se mettent en place et commencent à porter leurs fruits »

[126] Cela pose aujourd'hui la nécessité d'une part d'engager la réactualisation voire la refonte du protocole susvisé en cohérence avec la nouvelle organisation administrative territoriale mais aussi d'autre part à s'interroger sur le rôle des SCHS<sup>48</sup> dans le « paysage » institutionnel touchant à la protection générale de la santé publique.

[127] D'autres partenariats sont conclus au niveau national tout en impliquant **directement** les ARS.

#### 2.3.2.3. Le contrat-type national et les contrats locaux assurance maladie et ARS

[128] Un contrat-type a également été élaboré entre les agences régionales de santé et les organismes et services d'assurance maladie sur la période 2010-2013. Il vise à mettre en synergie leurs actions respectives dans le cadre de la mise en œuvre du programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR)<sup>49</sup>, intégré désormais au projet régional de santé (PRS).

[129] Le préambule de ce document indique que « ce contrat organise ainsi sur le plan local et régional le partenariat entre l'Agence et les organismes et services d'assurance maladie dans le cadre de leurs compétences respectives au profit de l'efficacité du système de soins et dans le respect de l'ONDAM. Il vise à mettre en synergie leurs actions respectives ». Il ne traite pas en revanche la question du champ d'inspection contrôle des deux réseaux, se limitant à la gestion du risque assurantiel.

[130] Au niveau de chaque région a ensuite été signé un contrat entre l'ARS et les organismes et services d'assurance maladie du régime général. Le contrat national et le contrat local visent tous les deux le contrat Etat/UNCAM 2010-2013 et la COG de la CNAMTS 2010-2013. L'annexe 2 des contrats locaux est particulièrement intéressant car elle décline les objectifs et indicateurs régionaux pour l'ARS et donc les moyens à y consacrer qui sont généralement non repris dans les PRIC car n'étant pas considérés comme relevant des moyens et missions d'inspection contrôle mais pourtant réalisés par des médecins ou pharmaciens des directions métiers ou des délégations territoriales.

#### 2.3.2.4. Les conventions signées au niveau régional

[131] Au niveau régional, dans l'attente de la signature de conventions entre l'ANSM et les ARS, les principales conventions de collaboration concernent pour les agences celles signées avec les divisions de l'ASN. Selon les données fournies par la direction de l'ASN huit conventions ont été signées à ce jour avec les ARS.

[132] L'absence de cadre national explique la forme et le contenu variable de ces conventions qui toutes cependant traitent des modalités d'inspection des activités médicales et de possibilités **d'inspections concomitantes ou conjointes**<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Les SCHS relèvent de l'article L 1422-1 du CSP

<sup>49</sup> Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque.

<sup>50</sup> A titre indicatif parmi les documents lus par la mission on parle de conventions de collaboration, de conventions de collaboration technique voire de feuille de route ASN - division territoriale et ARS

[133] La principale différence entre les conventions concernent leur champ d'application qui couvre a minima les activités médicales qui utilisent des rayonnements ionisants et qui relèvent du domaine de compétence des deux entités mais qui peut aussi couvrir les situations d'urgence radiologique, les sites contaminés par des substances radioactives incluant les anciens sites miniers d'uranium et le contrôle sanitaire de la qualité radiologique des eaux destinées à la consommation humaine. Certaines ARS ont préféré dans l'attente de la signature de l'accord cadre national DGS/ASN réduire le champ de leur convention mais disposer néanmoins d'un support formalisé pour conduire et coordonner leurs inspections dans les domaines de compétences retenus par les deux entités.

[134] De cette analyse non totalement exhaustive des situations organisationnelles des deux réseaux avec des différences entre celui des ARS et celui des DRJSCS, des champs très diversifiés, complexes et souvent sensibles des services, établissements, lieux ou activités à contrôler, il en résulte logiquement pour les rapporteurs :

L'intérêt partagé entre acteurs de conclure des partenariats entre agences, autorités indépendantes, ARS, services déconcentrés de l'Etat, services et organismes de l'assurance maladie ou des collectivités territoriales pour s'en tenir à l'essentiel ;

La nécessité aussi de disposer d'outils et de référentiels partagés sinon communs ;

L'utilité de construire les programmes annuels d'IC de façon sinon concertée ou à tout le moins sur la base d'échanges croisés d'informations entre partenaires selon les thématiques à traiter (compétences partagées ou connexes par exemple).

[135] La mission considère qu'un frein à la coopération recensé dans les réponses à son enquête SOLEN et ses échanges et auditions avec les acteurs de l'IC tient à l'insécurité juridique qui naît de certains textes peu clairs en matière d'IC, entre responsabilité des préfets et des ARS ou des préfets et des conseils généraux d'une part et des insuffisances méthodologiques relevées lors de cette mission mais plus encore lors de celle consacrée à l'évaluation de la fonction IC sur quelques thématiques de contrôle touchant des publics fragiles ne facilitant pas le travail des contrôleurs de terrain.

### **3. UNE REPARTITION COMPLEXE DES RESPONSABILITES D'INSPECTION CONTROLE DANS LE CHAMP SANITAIRE ET PARFOIS PEU CLAIRE OU AMBIGUE DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL**

[136] Non seulement les domaines à contrôler par les deux réseaux, et particulièrement celui des ARS, sont vastes, diversifiés, en constante évolution à cause notamment de l'inflation des normes et règlements<sup>51</sup>, mais plusieurs autres facteurs concourent à la complexité de l'exercice de la fonction inspection contrôle : à titre indicatif, seront cités, l'existence de différentes structures comme les agences ou autorités indépendantes dotées de pouvoirs propres, des contrôles nécessitant des actions complémentaires et planifiés sur des mêmes sites ou établissements, des compétences partagées aussi avec les collectivités territoriales, enfin des insuffisances juridiques ou l'absence de clarté de textes dans quelques cas identifiés par la mission.

---

<sup>51</sup> Cf. annexes 4-1 et 4-2 relatives à la typologie des contrôles du ressort des ARS et des directions chargées de la cohésion sociale – rapport IGAS déjà cité sur la fonction « inspection contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social

### 3.1. *Des autorités plurielles dotées de pouvoirs de contrôle sur un même site, établissement ou domaine d'activité*

- [137] Sans reprendre les points développés dans les parties 1 et 2 du constat, il paraît néanmoins utile de rappeler que les ARS doivent élaborer et conduire des plans annuels de contrôle sur des services, établissements ou sites vis-à-vis desquels des agences nationales comme l'ABM, l'ANSM voire l'ANSES ou une autorité indépendante comme l'ASN ont des pouvoirs propres d'inspection. Si pour les deux premières agences, la commission nationale de programmation des contrôles arrête après validation du CNP-ARS, les grandes orientations nationales dont les siennes et donc permet une bonne information des ARS, l'ASN reste juridiquement maître de son propre programme, même si dans les faits **un partenariat formalisé existe au niveau national comme avec un nombre croissant d'ARS** (8 conventions signées à ce jour).
- [138] Au-delà des agences ou autorité indépendante, d'autres services de l'Etat toujours sur les mêmes sites ou structures ont des pouvoirs propres de contrôle avec évidemment des domaines de compétences différents sur ces sites entendus dans un sens générique : ce sont par exemple la direction générale du Travail (DGT) avec les DIRECCTE et les unités territoriales (UT) travail emploi avec les inspections du travail sur les territoires, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) avec les pôles C des DIRECCTE et les unités départementales CCRF dans les DDI (DDPP ou DDCSPP), la direction générale de l'alimentation (DGAL) avec les DRAAF et les services vétérinaires dans les DDI et enfin les DREAL et ses UT pour les domaines touchant au logement insalubre avec le cas particulier de l'île de France avec la DRIHL et ses UT à Paris et en petite couronne, et la Préfecture de Police. Les services de gendarmerie et de police sont également amenés à travailler sur des sites du champ sanitaire ou médico-social notamment. Enfin, la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes ont leur propre pouvoir d'investigation sur les structures dépendant des deux réseaux et notamment celui des ARS.
- [139] Les domaines de la santé environnementale, de la santé au travail, de l'hôpital et des professions de santé, des laboratoires de biologie médicale et des officines de pharmacie sont ceux où les croisements de compétences sont les plus courants mais aussi des secteurs très sensibles. De plus, de nouveaux risques émergents apparaissent où la encore plusieurs autorités sont compétentes pour agir : ce sont par exemple les officines de tatouage perçage. Enfin, des champs comme ceux du contrôle des professionnels de santé exerçant en ville sont peu ou pas couverts aujourd'hui.
- [140] La RéATE et la création des ARS ont aussi rendu, à la lecture des réponses aux deux questionnaires SOLEN traitées par la mission, moins lisible la place des préfets de département en matière d'inspection contrôle<sup>52</sup>.
- [141] Si, à l'automne 2010 l'ensemble des préfets de départements et les directeurs généraux d'ARS avaient signé une convention en application des articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 du Code de la santé publique, la part réservée à l'inspection contrôle y était très faible, à de très rares exceptions près. Depuis des avenants ou une actualisation des protocoles initiaux ont parfois précisé ou enrichi la partie sur l'inspection contrôle, mais celle-ci reste insuffisante globalement par rapport aux enjeux de cette fonction régalienne et aux risques potentiels découlant de contrôles insuffisants voire en réduction par rapport à la période précédant la RéATE. Le contrôle des pharmacies d'officine en est un bon exemple tout comme l'est la lutte contre la maltraitance dans les établissements médico-sociaux ou de nouveaux champs comme la protection juridique des majeurs.

---

<sup>52</sup> Voir Annexe 6 : impact de la réorganisation de l'Etat au niveau territorial sur le pouvoir des Préfets en matière de contrôle – rapport IGAS déjà cité RM20112-126P

[142] Par rapport au sujet propre de l'IC, la nouvelle organisation des services déconcentrés et la création des ARS avec ses compétences élargies par rapport aux ARH, positionne le préfet de manière nouvelle :

- ✓ En vertu de l'article 5 du décret n°2010-146 du 16 février 2010, le préfet de département a la charge de l'ordre public et de la sécurité des populations; il assure naturellement à ce titre la sécurité de celles entrant dans le champ de compétences des deux réseaux.
- ✓ L'ARS réalise pour le préfet de département les prestations **y compris d'inspection** nécessaires à l'exercice de ses compétences (veille, sécurité et polices sanitaires salubrité et hygiène publiques...). C'est à ce titre que sont signés les protocoles relevant des articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435 7 et R 1435-1 et suivants du CSP. La lecture de l'article R 1435-2 du CSP fait apparaître l'inspection contrôle comme un des huit items du protocole départemental, les axes essentiels touchent à la gestion des hospitalisations sans consentement, à la santé environnementale et à la santé publique. Ces protocoles déclinent ainsi la liste des arrêtés, des procédures, des avis et des participations aux commissions impliquant l'ARS vis-à-vis des Préfets de département<sup>53</sup>. L'article L 1345-7 stipule dans son dernier alinéa que « le représentant de l'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés des missions d'inspection ».
- ✓ Dans le champ social et médico-social, où les compétences sont partagées en termes notamment d'autorisation, l'article L 313-13 prévoit dans son premier alinéa un principe général : « le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation ». L'alinéa 6 du même article rappelle que le préfet peut à tout moment diligenter une enquête en s'appuyant sur les moyens de l'ARS.

Ce dernier article clair dans son libellé n'est pas toujours simple d'application au plan local. C'est la raison pour laquelle certains préfets et directeurs généraux d'ARS ont fait figurer dès la conclusion du protocole, dans la partie inspection contrôle, des modalités d'action plus précises et pas simplement générales voire des thématiques spécifiques. Quelques protocoles ou avenants traitent ainsi d'un sujet récurrent qui est celui du contrôle des lieux de « Vacances adaptées organisées » (VAO) pour les personnes adultes handicapées.<sup>54</sup>

[143] Le nombre des intervenants et la non maîtrise des moyens d'inspection à la main directe des préfets sont des contraintes mais qui sont loin d'être insurmontables dès lors que les bases juridiques existantes sont claires et des documents formalisent les procédures dans le respect des compétences de chacun.

### **3.2. Des compétences partagées avec les collectivités territoriales**

#### **3.2.1. Compétences partagées ARS/Conseils généraux**

[144] Outre les intervenants citées précédemment, s'agissant du champ médico-social voire social, les ARS partagent des compétences en matière d'inspection contrôle avec les conseils généraux. Les principales bases juridiques fondant cette compétence se retrouvent notamment dans les articles L 312-1 I et L 313-3 et L 313-13<sup>55</sup> du CASF.

<sup>53</sup> Le protocole de la région Bourgogne et ses quatre annexes comme celui de la Région Bretagne sont illustratifs du nombre, de l'amplitude des thèmes couverts et de l'organisation à mettre en place qui en résulte

<sup>54</sup> Ce protocole précise « le préfet sollicite, en application de l'article R412-15 du Code du tourisme, l'ARS en vue de participer au contrôle des lieux de vacances adaptées organisées pour les personnes handicapées ».

<sup>55</sup> Voir annexe n° 5 récapitulant les principales bases juridiques (liste qui ne prétend pas à l'exhaustivité) concernant la fonction inspection contrôle citées dans ce rapport

- [145] Il existe cinq types **principaux** de services ou établissements qui sont à compétences partagées sur le critère de l'autorisation conjointe (article L 313-13 du CASF) :
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD);
  - Foyer d'accueil médicalisé (FAM) ;
  - Service d'accueil médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
  - Centre d'action sociale médico-social précoce (CAMSP) ;
  - Service d'accompagnement et de soin à domicile (SPASAD).
- [146] Le financement est aussi globalement partagé entre assurance maladie et départements pour ces structures.
- [147] Le préfet peut enfin intervenir au titre de ses pouvoirs propres également sur d'autres établissements comme ceux de l'aide sociale à l'enfance qui relèvent de la seule compétence des départements en recourant comme indiqué précédemment aux services d'inspection des ARS en cas de besoin d'une expertise d'un médecin ou d'un pharmacien (article L 1421-1 CSP).
- [148] Sur ces champs de compétences partagées les rapporteurs au vu des réponses au questionnaire envoyé aux ARS et des entretiens avec les référents inspection-contrôle, en concluent à la quasi inexistence de coopération formalisée. Une convention ARS/Conseils généraux d'une région, en cours de finalisation, a été portée à la connaissance de la mission. Son analyse conduit les rapporteurs à en faire un outil de bonne pratique transférable dans bien d'autres ARS
- [149] De nombreuses ARS ont certes répondu qu'elles faisaient des enquêtes conjointes avec les conseils généraux, souvent suite à plaintes ou réclamations. Cependant, les rapporteurs notent que ces inspections ne font pas en amont l'objet d'une revue des inspections à conduire dans l'année dans le cadre par exemple des PRIC pour les ARS, que ces inspections se font souvent avec des collègues des départements plus tarificateurs qu'inspecteurs, qu'aucun outil ou référentiel commun n'est utilisé ou très rarement, sauf parfois dans le champ de la lutte contre la maltraitance. Enfin, quasi jamais le suivi des inspections (injonctions ou recommandations) n'est assuré de façon là encore formalisée, à **l'exception du suivi des inspections après plaintes ou réclamations** où des instances de suivi communes se mettent en place dans un assez grand nombre d'ARS.
- [150] A contrario, et c'est là aussi bonne pratique, une direction en charge de la cohésion sociale (une DDCSPP en l'occurrence), a sollicité un médecin de PMI du conseil général pour réaliser ensemble une inspection sur une structure d'accueil collectif de mineurs en raison du nombre élevé d'enfants de moins de 6 ans. Cette mission s'est faite aussi « en interservices » au sein de la DDCSPP puisque un agent du service sécurité sanitaire de l'alimentation (SSA) y participait conjointement avec l'inspectrice jeunesse et sports, coordinatrice. Enfin, mais là encore c'est une bonne pratique repérée par la mission, un arrêté de fermeture a été pris en commun par la Présidente d'un conseil général et le directeur général d'une ARS, en l'espèce pour un établissement exerçant une **activité médico-social de fait** mais sans l'autorisation prévue aux articles L 313-1 et 313- 3 du CASF<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Cf. PJ n° 2 donnant copie de l'arrêté signé par l'ARS Limousin et le conseil général de la Haute-Vienne

### 3.2.2. Compétences partagées ARS/DRJSCS et Conseils régionaux

[151] Le cas de la formation des travailleurs sociaux, du personnel paramédical mais aussi, hors champ de ce rapport, de certains personnels dépendant du ministère en charge de la jeunesse, des sports et de la vie associative (et donc au plan régional des DRJSCS) est particulièrement complexe. Cela peut expliquer que ce champ ne fait pratiquement pas ou très peu l'objet de contrôles des ARS ou des DRJSCS voire de contrôles conjoints. Les conseils régionaux, qui depuis la loi du 13 août 2004<sup>57</sup> relative aux libertés et responsabilités locales ont acquis des compétences sur ce champ, devraient être associés à ce type de contrôle ou à tout le moins être informés en cas de contrôle; réciproquement les ARS ou DRJSCS devraient l'être lorsque des agents des conseils régionaux font des contrôles au titre de leur champ propre de compétences.

[152] Sans entrer dans une analyse de ce domaine qui dépasserait le strict sujet de ce rapport, il est néanmoins nécessaire de redonner brièvement le cadre d'action des ARS, des préfets (DRJSCS) et des conseils régionaux en la matière :

#### 3.2.2.1. La certification et la formation dans le champ social

[153] L'article L 451-1 premier alinéa du CASF stipule que « les diplômes et titres du travail social sont délivrés par l'Etat... » ; l'alinéa 4 précise que « l'Etat contrôle, en outre, dans des conditions fixées par voie réglementaire, le respect des programmes, la qualification des formateurs, et directeurs d'établissement et la qualité des enseignements délivrés par ces établissements pendant la durée des formations, préparant aux diplômes et titres du travail social »

[154] Pour mémoire, ces établissements sont soumis à une **obligation de déclaration préalable** auprès du représentant de l'Etat dans la région.

[155] L'article L 451-2 alinéa 1 stipule que « la région met en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux » et son alinéa 2 qu' « elle agréé les établissements dispensant des formations initiales et assure le financement ... ».

[156] L'articulation entre ces compétences se faisait dans le cadre des plans régionaux de développement des formations professionnelles (PRDF) de la compétence des conseils régionaux mais élaborés en concertation avec l'Etat notamment. Il valait selon l'article L 214-13 du code de l'éducation « schéma prévisionnel de l'apprentissage, schéma régional des formations sociales et schéma régional des formations sanitaires ». Depuis la loi sur l'orientation et la formation au long de la vie, le PDRF est devenu le « contrat de plan régional de développement des formations professionnelles » (CPRDFP) qui renforce notamment le rôle du préfet de région qui coordonne l'action des différentes administrations concernées lors de son élaboration. Il est « signé par le président du conseil régional au nom de la région après consultation des départements et adoption par le conseil régional, par le représentant de l'Etat dans la région au nom de l'Etat, et par l'autorité académique ». <sup>58</sup>

[157] Le Ministère en charge des formations sociales (DGCS) continue d'arrêter les « orientations nationales »<sup>59</sup> en matière de formation sociale qui constituent un outil de référence pour l'élaboration des contrats régionaux susvisés.

[158] La DRJSCS est sur ce champ des diplômes et titres du social l'interlocuteur naturel des conseils régionaux.

<sup>57</sup> La loi n° 2009-1437 relative à l'orientation et à la formation tout au long de la vie a apporté des modifications à la loi de 2004

<sup>58</sup> Article L214-13 du code de l'éducation.

<sup>59</sup> Pour plus de détail, on se référera utilement au document intitulé « Orientations pour les formations sociales 2011-2013 » publiées par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale en juin 2011

- [159] Des réponses au questionnaire SOLEN, il apparaît que très peu de contrôles sont exercés par les DRJSCS sur ce champ et qu'a fortiori les collaborations avec les régions sont quasi inexistantes en la matière. Les conseils régionaux financeurs des établissements sont aussi amenés à contrôler ces établissements pour lesquels ils donnent comme indiqué un agrément (article L 452-1 du CASF).
- [160] Une circulaire de la DGAS du 5 mars 2009 fournit à l'attention des DRASS un guide pour le contrôle de la qualité des enseignements mais il paraît aujourd'hui en partie obsolète au vu des évolutions organisationnelles territoriales intervenues.
- 3.2.2.2. La certification et la formation dans le champ des professions de santé non médicales
- [161] Contrairement aux formations sociales de la compétence des DRJSCS, dans le champ sanitaire les DRJSCS ont compétence, par délégation des préfets de région, pour la certification des diplômes d'Etat, pour présider les jurys des diplômes d'Etat ainsi que pour délivrer les diplômes; en revanche, le suivi des programmes et la qualité des formations relèvent des ARS. Le suivi et la gestion de la scolarité, enfin, sont assurés par les directeurs d'institut de formation.
- [162] Antérieurement à la création des ARS, l'article L 4383-1 stipulait que « le représentant de l'Etat dans la région contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation ». Les DRASS avaient donc compétence sur les deux types de formations : sociales et sanitaires (hors formations médicales) et sur la « chaîne » des formations.
- [163] Pour intégrer les évolutions intervenues depuis 2009, la DGOS a sorti en juin 2010 une instruction très complète sur les professions de santé et leur contrôle<sup>60</sup> cosignée avec le SGMS. Ce texte a le mérite de clarifier la répartition des compétences entre ARS, DRJSCS et directeurs d'institut de formation à qui sont désormais confiés, sous le contrôle de l'ARS ou de la DRJSCS pour certaines missions, des responsabilités propres.
- [164] Cette instruction, outre la complexité qu'elle révèle en termes de **responsabilité de contrôle de tous les éléments constitutifs de la chaîne des formations sanitaires**, ne traite pas du rôle des conseils régionaux dans le champ de l'inspection contrôle. De plus, la différence de compétences entre les formations sociales et sanitaires en matière **d'autorisation et d'agrément** des établissements de formation n'ajoute pas à la simplification du processus de contrôle entre Etat, ARS d'une part et conseils régionaux d'autre part.
- [165] En termes de formations sanitaires, les ARS « émettent un avis sur l'autorisation des écoles de formation et sur l'agrément de leur directeur »<sup>61</sup>, le conseil général autorisant la création des écoles et agréant les directeurs<sup>62</sup>.

<sup>60</sup> Instruction DGOS/RH1 n° 2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

<sup>61</sup> Instruction susvisée partie 2-1 dernier alinéa

<sup>62</sup> Article L 4383-3 du CSP

### 3.2.2.3. La certification et la formation dans le champ du sport et de l'animation

- [166] Outre les compétences générales des DRJSCS en matière de formation et de certification dans le domaine des activités physiques ou sportives d'une part et de formation et de certification dans le domaine de l'animation d'autre part figurant dans le décret du 10 décembre 2009 déjà cité, la circulaire du 5 juillet 2010 de la Direction des sports « rappelle et actualise l'ensemble des missions qui incombent aux DRJSCS en matière de certification et de mise en œuvre de formation professionnelle dans le champ de l'animation et du sport »<sup>63</sup>.
- [167] Les rapporteurs ne développeront pas ce point tenant à la certification et à la formation dans ce champ de l'animation et du sport car hors du cadre de leur mission. Ils constatent cependant des différences tenant aux compétences plus larges des DRJSCS sur ce champ par rapport aux deux premiers traités : ainsi, celles-ci « assurent la responsabilité de l'intégralité du processus de certification... ».
- [168] Des similitudes existent aussi comme le pouvoir de contrôle sur les établissements qui dispensent des formations dont le suivi de l'utilisation des fonds publics ou la collaboration institutionnel nécessaire avec les conseils régionaux au travers notamment du programme régional de l'apprentissage et de la formation professionnelle (PRAFP) propre au champ animation et sport, mais surtout du **CPRDFP déjà cité où l'ensemble des formations professionnelles trouvent leur place**.
- [169] La circulaire interministérielle du 21 février 2011 relative au CPDDFP<sup>64</sup> définit le rôle de l'Etat dans l'élaboration de ce document; il est cependant dommageable que la DGOS au titre des compétences confiées aux ARS dans le champ des professions du sanitaire n'ait pas été signataire de cette circulaire, le CPRDFP valant au terme de l'article L 214-13 nouveau du Code de l'éducation « schéma prévisionnel de l'apprentissage, schéma régional des formations sociales et schéma des formations sanitaires ».

### 3.3. *Des champs de contrôle difficiles tenant à des structures mal cernées juridiquement ou à des répartitions de compétences ambiguës*

- [170] Le dernier point qui paraît rendre difficile l'exercice de la fonction d'inspection des ARS mais aussi des DRJSCS parfois, tient d'une part au flou juridique s'attachant notamment aux modalités d'exercice d'une activité au regard des textes<sup>65</sup> et d'autre part à la non intégration dans un code (CASF et CSP essentiellement) de toutes les conséquences juridiques à tirer des évolutions majeures d'organisation.

#### 3.3.1. Les insuffisances juridiques

- [171] Par insuffisance juridique, les rapporteurs entendent les questions que les référents des deux réseaux territoriaux se posent et qui ne trouvent pas de réponse aisée dans la lecture, même combinée, des différents codes (Code de la santé publique, Code de l'action sociale et des familles, Code du tourisme ou Code de la consommation notamment).
- [172] Dans certains cas, la réglementation s'avère même inexistante pour répondre à une nouvelle problématique de prise en charge par exemple ou obsolète car non adaptée aux nouvelles organisations administratives nationales ou locales.

<sup>63</sup> Circulaire N°DS/DSC2/2010/237 du 5 juillet 2010

<sup>64</sup> Circulaire interministérielle DS/C3/DGCS/4A/DJEPVA/A2 n° 2011-30 du 21 février 2011 relative au contrat de plan régional de développement des formations professionnelles (CRPDFP).

<sup>65</sup> Cf. arrêté de fermeture évoqué ci-dessus mis en PJ n° 2

- [173] Enfin, certains contrôles ou inspections peuvent faire l'objet de conflits de compétences (positifs ou négatifs) du fait de la multiplication des acteurs et de l'inflation des normes.
- [174] Cette première série de points sera peu développée car l'IGAS (MMP) a mis en place avec la DAJ du ministère des fiches accessibles par intranet et qui tentent de répondre à ce type de questions<sup>66</sup>. L'élaboration de telles fiches figure parmi les attentes des référents IC des deux réseaux territoriaux comme le montrent leurs réponses aux questionnaires SOLEN. Il n'en demeure pas moins que des insuffisances subsistent que les membres de la mission ont notées et pour lesquelles des réponses sont en cours de finalisation car complexes à traiter.
- [175] **Celles-ci peuvent s'articuler autour de trois types de problématiques :**
- De nature *technique* comme « l'obsolescence » et l'inadaptation de la nomenclature FINESS qui devrait constituer la base commune pour le pilotage stratégique du secteur médico-social et la gestion des établissements ;
  - De nature *pratique*, comme l'inquiétude émise par les réseaux de ne pouvoir satisfaire dans les délais à la procédure de renouvellement des autorisations des ESSMS qui concerneraient pour les ARS et les DRJSCS de l'ordre de 25 000 services et établissements, essentiellement dans le champ médico-social donc du domaine de compétence des ARS.
  - De nature purement *juridique* comme la non intégration dans le code de l'action sociale et des familles de toutes les conséquences résultant de la mise en place des ARS pour assurer un contrôle efficace des ESSMS.

- [176] Ces différentes problématiques seront traitées dans le guide en cours de diffusion sur le contrôle des ESSMS. Il importe de les traiter car il n'est pas de bonne coopération potentielle entre acteurs sans sécurité juridique.

### **3.3.2. Les clarifications de compétences entre acteurs ayant des responsabilités en termes d'inspection contrôle**

- [177] Le nombre élevé des acteurs qui ont des compétences sur le même type de structures ou sites d'activité est apparu aux membres de la mission comme complexe à gérer dans un environnement administratif central comme territorial qui raisonne et travaille en silos souvent étanches. La deuxième partie de ce rapport a bien mis en évidence la nécessaire coopération entre acteurs en résultant. La mission encourage à ne pas multiplier ces croisements de compétences et même à les simplifier à l'avenir. Des recommandations seront faites sur ce point.
- [178] A réglementation constante cependant, les directions d'administration centrale et les deux réseaux territoriaux des ministères sociaux mais aussi de l'emploi, de l'agriculture ou de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, ont multiplié les conventions pour traiter ce problème, ce qui oblige à la passation de textes juridiques multiples. La mission leur donne acte de cette démarche tout en notant d'une part son caractère chronophage et d'autre part sa nature plus palliative que curative ou correctrice de défauts rédhitoires à terme.
- [179] L'exemple du champ de la sûreté nucléaire et des rayonnements ionisants est très illustratif de cette nécessité de passer des conventions entre différents partenaires tant les compétences sont croisées et le sujet particulièrement sensible.

---

<sup>66</sup> La liste actualisée de ces fiches est fournie en pièce-jointe n°5

- [180] L'autre champ où la multiplication des acteurs est prégnante avec des responsabilités à assumer là aussi très sensibles est celui de la santé environnementale et de la santé publique. La mission a déjà cité l'instruction DGS, élaborée pour répondre à une exigence européenne, qui implique les ARS mais aussi de façon totalement parallèle les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), alors que ces derniers sont de nature, de taille et de compétences très variables sur le territoire.
- [181] Un rapport de l'IGAS d'avril 2009 déjà cité indiquait dans sa synthèse que « les SCHS apparaissent aujourd'hui à la recherche d'une nouvelle identité » et faisait figurer parmi leurs préconisations l'intérêt « **d'organiser les relations Etat-Collectivités territoriales disposant d'un SCHS dans le cadre d'un protocole** ».
- [182] Une fois circonscrit l'état des lieux des partenariats possibles avec les différentes identités ayant des fonctions d'inspection contrôle, puis défini voire clarifié dans quelques cas le cadre juridique dans lequel les coopérations peuvent se construire et se formaliser, la mission propose **une série de recommandations très concrètes** permettant d'outiller les réseaux territoriaux pour améliorer l'efficacité de l'inspection contrôle mais aussi le nombre d'inspections contrôles réalisés.

## PARTIE II : RECOMMANDATIONS

- [183] Compte tenu des champs de compétences diversifiées des deux réseaux, en matière d'inspection contrôle<sup>67</sup>, de l'existence d'agences ou autorité indépendante aux pouvoirs propres d'inspection pour les ARS, de l'organisation différente selon les régions de la fonction inspection contrôle dans les DRJSCS avec de plus l'existence possible dans une même région de DDCS et de DDCSPP, **les rapporteurs émettent d'une part des recommandations d'ordre général valables pour les deux réseaux** sur la stratégie de coopération à mettre en place au plan régional et sur les bonnes pratiques et outils permettant de conduire des inspections contrôles plus efficaces et d'autre part **des recommandations propres à chaque réseau**.
- [184] Ils insistent ainsi sur la nécessité d'une part de renforcer, en les formalisant, les relations ARS/DRJSCS/DDCS (PP) sur les champs les plus sensibles dans la droite ligne de l'instruction de la secrétaire générale en charge des ministères sociaux déjà citée et en développant le volet inspection contrôle de ces collaborations.
- [185] S'agissant du partenariat entre chacun des deux réseaux et leurs partenaires identifiés ou potentiels aujourd'hui, la mission fait des recommandations propres pour chaque réseau, les partenaires étant sensiblement différents et la nature des partenariats pas forcément de même nature.
- [186] Sur le point très important relatif aux bonnes pratiques à instaurer en matière de coopération entre ARS et conseils généraux, il est souhaitable de lever les quelques ambiguïtés ou insuffisances juridiques s'attachant à certains articles du CASF en matière de contrôle comme le montre un rapport en préparation sur le *contrôle des structures sociales et médico-sociales*.
- [187] Toute coopération ne peut en effet fonctionner que sur la confiance et donc à partir de bases claires auxquelles il est nécessaire de tendre très rapidement compte tenu :
- de la place importante que jouent les conseils généraux en matière d'inspection-contrôle dans le champ médico-social sur les établissements à compétence partagée ;
  - du rôle du préfet<sup>68</sup> au titre de la sécurité des personnes quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation ou qui en assure le financement. Le préfet peut en effet mobiliser des compétences ARS et/ou DDCS(PP) sur un établissement de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) autorisé et financé par les conseils généraux par exemple.
- [188] Avant de s'ouvrir à d'autres partenaires, il faut développer et favoriser fortement **les collaborations entre ARS de deux ou trois régions** de préférence voisines pour capitaliser leurs expériences et capacités d'expertise, mutualiser leurs compétences voire mener des inspections contrôles avec des collaborateurs d'une autre région<sup>69</sup>, la coordination de la mission restant de la responsabilité de l'ARS du lieu d'implantation de la structure ou activité contrôlée.

---

<sup>67</sup> Cf. annexes 4.1 et 4-2 du rapport IGAS sur l'évaluation de la fonction inspection contrôle

<sup>68</sup> En vertu des dispositions du décret 2010-146 du 16 février 2010

<sup>69</sup> Nous reviendrons ultérieurement sur ce point du fait de la compétence de contrôle sur la seule région d'affectation d'un agent en ARS

- [189] De même pour les DRJSCS/DDCS (PP), avant même de renforcer les coopérations avec les ARS, il a paru assez étonnant aux deux rapporteurs à la lecture des réponses au questionnaire SOLEN qu'une demande forte émanant du niveau régional cohésion sociale comme du niveau départemental, portait d'une part sur la nécessaire clarification des compétences opérationnelles DRJSCS et DDCS(PP) en matière d'inspection contrôle et d'autre part que soit affirmé clairement par les administrations centrales le rôle de la direction régionale en terme **de pilotage** d'une politique de contrôle, alors même que les textes juridiques sont explicites en ce domaine.<sup>70</sup>
- [190] Ce **renforcement** de la collaboration entre ARS d'une part et entre DRJSCS et DDCSPP d'une même région<sup>71</sup> d'autre part fait l'objet **du premier point** des recommandations de la mission.

## **1. FAVORISER LE RENFORCEMENT INTERNE DES COLLABORATIONS AU SEIN DE CHACUN DES DEUX RESEAUX : ENTRE ARS ET ENTRE DRJSCS ET DDCS (PP)**

### *1.1. Un partenariat entre ARS largement à construire par le réseau mais à accompagner au plan méthodologique*

- [191] Le fonctionnement en réseau des ARS ne paraît pas aux membres de la mission encore très opérant au quotidien et sur des thématiques concrètes, et même en retrait par rapport au fonctionnement des DRASS<sup>72</sup> et DDASS. Un certain nombre de points positifs ont été certes relevés comme la création récente d'une conférence des DG d'ARS, les réunions annuelles, en présence des Ministres et sous l'égide du SGMS avec les DAC autour notamment de bonnes pratiques ou d'expériences innovantes en région, voire pour le champ de l'inspection contrôle les séminaires deux fois l'an ARS et SGMS/IGAS où des tables rondes permettent aux référents du réseau de faire part de leurs réalisations ou projets mais aussi faire remonter au cours de la journée les difficultés qu'ils rencontrent.
- [192] En revanche le travail entre les MRIC et les référents inspection contrôle des ARS monte en charge, le réseau d'inspection contrôle (RESIC) avec à terme la création en son sein d'un forum améliorera la qualité des données échangées et facilitera l'action au quotidien des agents en charge de l'inspection contrôle. Cet outil déjà accessible aux référents IC des ARS (et des directions en charge de la cohésion sociale (domaine social), est perçu positivement par tous comme cela été indiqué lors de la présentation du RESIC au dernier séminaire des ARS<sup>73</sup>.
- [193] A ce jour, à la connaissance de la mission - au vu des entretiens qu'elle a menés et du traitement qu'elle a réalisé des réponses aux questionnaires SOLEN - très peu de collaborations formalisées se sont nouées. En revanche, une très grande dispersion des actions visant à construire ou imaginer des collaborations est constatée : elle est légitime mais gourmande en ressources humaines et source de déperdition d'énergie élevée.

<sup>70</sup> Décret du 10 décembre 2009, DNO 2012 et son annexe 14, DNO 2013 et son annexe 8, instruction SG du 11 janvier 2011 et note de synthèse RéATE de juin 2011 notamment.

<sup>71</sup> La DNO 2013 indique clairement que « les relations avec les agences régionales de santé pour l'ensemble des domaines d'intervention des DRJSCS et, à l'échelon départemental, des DDCS et DDCSPP, seront renforcées. ».

<sup>72</sup> Avec notamment les CTRI et les DRASS référents (2 en général) sur les problématiques d'exclusion, PA ou PH pour s'en tenir au secteur médicosocial. L'annexe 15 de la DNO 2013 avec la consultation des régions référentes pour les nouvelles instructions paraît à cet égard une avancée d'autant que la thématique ICE a bien été prévue.

<sup>73</sup> Séminaire des ARS du 28 novembre 2012 organisé par le SGMS et la MMP de l'IGAS

[194] Une exception notable doit être relevée en termes de formalisation de partenariat à savoir celle engagée entre l'ARS Corse et l'ARS PACA, largement extrapolable. La convention de partenariat pour 2013<sup>74</sup> concerne les huit domaines suivants :

- « Missions d'inspection et de contrôle ;
- La promotion de la santé : éducation thérapeutique du patient
- La politique du médicament ;
- Veille-sécurité sanitaire et environnementale ;
- Epidémiologie ;
- Observations et études ;
- Systèmes d'information : interne/externe ;
- Formation sanitaires ».

[195] Il s'agit d'une convention-cadre qui traite de l'ensemble des secteurs où les coopérations sont nécessaires entre les deux ARS. **Une convention spécifique**, et ce sera la seule, est en cours de **finalisation sur le seul sujet de l'inspection contrôle**. Cela démontre l'intérêt des deux parties pour cette problématique d'une part et de la nécessité de bien caler les procédures d'autre part. En annexe de cette nouvelle convention de partenariat sur l'IC devraient figurer deux annexes l'une intitulée « fiche de demande d'intervention... » et la seconde déclinant un « logigramme » afférent aux modalités d'intervention.

[196] Compte tenu de l'impossibilité juridique à ce jour pour un membre d'un corps d'inspection d'effectuer une mission d'inspection contrôle dans une autre région que celle où il est affecté, les deux ARS procéderont par lettre de mission avec **demande de désignation d'un expert** dans l'autre ARS et mise en annexe du rapport signé par les inspecteurs compétents, **du document d'expertise établi par l'agent de l'autre ARS** qui est intervenu sur le dossier.

[197] Ce type de partenariat se construit en amont des inspections conjointes qui ne sont in fine qu'un des modes de collaboration entre deux voire plusieurs agences. Il convient de ne pas imposer de manière rigide les collaborations qui doivent se construire sur la base d'un travail de terrain, souvent largement informel et porté bien souvent par deux ou trois agents. Il convient aussi de permettre une adaptation d'un cadre conventionnel, nécessaire, aux situations, ressources et besoins locaux.

**Recommandation n°1 : Favoriser la signature de conventions de collaboration entre ARS en matière d'inspection contrôle sur la base d'un cadre commun mais adaptable par les ARS en fonction du degré de partenariat recherché**

**1.2. *Le pilotage par les DRJSCS de la mission IC doit être affermi et une meilleure synergie à l'intérieur des DDCS (PP) réalisée***

[198] Près de trois ans après la création des DRJSCS et DDCS (PP), une double problématique organisationnelle subsiste dans nombre de régions, jugée dommageable par la mission si elle devait perdurer :

- Une insuffisante clarification du rôle respectif des DRJSCS et des DDCS (PP) : celle-ci est très largement demandée par les référents IC ayant répondu au questionnaire ;
- Une trop faible intégration du champ jeunesse et sports dans la démarche globale d'inspection contrôle : celle-ci est unanimement souhaitée là où cela n'est pas engagée.

---

<sup>74</sup> La convention a été signée en décembre 2012 pour un an renouvelable par tacite reconduction ; elle sera mise en ligne sur le RESIC après accord des deux DG d'ARS

### 1.2.1. Réaffirmer la nécessité d'un pilotage régional fort

- [199] Si le décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des DRJSCS précise bien au 4° de l'article 2 que la DRJSCS « apporte son expertise et son appui technique aux préfets de département, notamment en matière de contrôle d'inspection des accueils collectifs de mineurs, des établissements d'activités physiques et sportives et des établissements sociaux », cette formulation reste peu « directive ».
- [200] La DNO 2012 des ministères sociaux qui définit les priorités du programme national d'inspection, contrôle, évaluation, validé par le COMEX cohésion sociale, sur proposition de la commission de programmation va plus loin en précisant dans son annexe 14 que le « programme national devra être décliné dans chaque région, sous la forme d'un programme régional d'inspection, contrôle, évaluation, lequel sera élaboré avec les directions départementales interministérielles ». Nonobstant ce texte, l'articulation entre le niveau régional et départemental reste aujourd'hui très largement insuffisante. La DNO 2013 réaffirme, par ailleurs, cette nécessité de **renforcer les collaborations ARS/DRJSCS**.
- [201] Les relations DRJSCS/DDCS(PP) s'améliorent globalement, après une phase d'accoutumance qui a été longue souvent, mais il subsiste en maintes régions des difficultés ; les marges de progrès restent encore importantes au dire même des directions intéressées. Hormis les situations extrêmes, l'appréciation générale retirée des réponses au questionnaire est donnée par cette DRJSCS qui dit que « le travail avec les DDCS/DDCSPP est bien engagé mais doit s'intensifier »...avant de préciser : « cependant il existe des difficultés importantes dans la transmission des informations des DD vers la DR » et d'ajouter « la coordination régionale et interdépartementale prévoit la réalisation conjointe de mission d'inspection mais ce travail n'a pas encore commencé ».
- [202] La mission tire donc à ce stade un bilan mitigé de l'articulation DR/DD sur ce sujet de l'inspection contrôle et de son pilotage.
- [203] Les rapporteurs insistent pour que les DRJSCS soient toutes dotées sans délai d'une cellule/structure de pilotage de la fonction inspection contrôle clairement identifiée et rattachée à un niveau hiérarchique élevé et que des référents soient nommés dans chacune des DDCS (PP).
- [204] Les missions de cette structure doivent être définies globalement par le niveau national dans une circulaire commune SGMS/DAC concernées portant sur :
- les modalités de pilotage de la fonction inspection contrôle définissant le rôle des DR et des DDI ;
  - les champs prioritaires d'inspection (lutte contre la maltraitance, VAO, ACM, PJM<sup>75</sup> mais aussi formations<sup>76</sup> ... ) ;
  - l'appui méthodologique apporté par le niveau régional au contrôle et à l'inspection voire à l'audit et l'évaluation selon les périmètres des cellules retenues dans les DR ;
  - le conseil et l'appui juridique apportés ;
  - la mise en œuvre d'un plan de formation des agents en charge de l'inspection contrôle.

<sup>75</sup> Le guide de contrôle des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et délégués aux prestations familiales (DPF) que vient de produire la DRJSCS d'Ile de France (mission d'observation d'expertise et d'appui) et le GT sur le même sujet que lance la DGCS devraient faciliter le contrôle de l'activité tutélaire, considéré comme une des orientations prioritaires du programme national à mettre en œuvre en 2013.

<sup>76</sup> Là encore, la DNO 2013 avec son annexe 9 relatif au *récapitulatif des priorités en matière de formations-certifications pour 2013* traitant du sujet de l'inspection-contrôle va dans ce sens, même si les contrôles avec les conseils régionaux ne sont pas spécifiquement mentionnés. Il est dommage en revanche que les contrôles VAO n'aient pas l'objet d'une mention spécifique au même titre que les ACM.

- [205] L'élaboration des PRIC est, et sera de plus en plus évidemment, un temps fort de l'action des directions régionales. C'est aussi l'occasion de préciser le type de mission ou de situation où le niveau régional pourra être en appui **opérationnel** aux directions départementales pour la coordination ou la participation à une mission. Les rapporteurs considèrent que ce dernier point doit être laissé à la stricte appréciation des directeurs régionaux car fonction des situations locales.

**Recommandation n°2 : Conforter les DRJSCS dans leur rôle de pilotage stratégique de la fonction inspection contrôle s'appuyant sur des référents désignés dans les DDI**

**1.2.2. Favoriser la transversalité de la fonction IC dans les DDI**

- [206] Dans la nouvelle organisation des services déconcentrés, la recherche d'une culture commune est une nécessité pour donner cohérence et sens aux actions conduites. La politique d'inspection contrôle peut y concourir en faisant travailler ensemble les différents services avec des outils et référentiels communs éventuellement adaptés aux structures concernées. Le guide des bonnes pratiques de l'inspection contrôle pour les réseaux territoriaux déjà cité en fait partie.
- [207] L'élaboration d'un PRIC regroupant l'ensemble des contrôles relevant des pôles ou services des DDCS (cohésion sociale, jeunesse et sport et politique de la ville), est de nature à créer une dynamique transversale entre les services. Un certain nombre de DDCS ont ainsi procédé pour préparer les PRIC à une revue de leurs missions d'inspection contrôle, listé les référentiels dont ils disposaient et ont partagé des approches fédératrices autour de l'analyse des risques en amorçant une cartographie de ceux-ci ou de la conduite de contrôles dans des champs d'activités comparables comme la VAO ou l'ACM qui requièrent des approches et outils/référentiels de même nature. Le décloisonnement des services est à engager rapidement même si la fusion de certains corps serait de nature à le rendre plus aisé.
- [208] Au-delà, certaines DDCS(PP) ont dans leur projet de service au titre d'une de leurs orientations stratégiques appelée « favoriser une culture commune au sein de la DDCSPP », un objectif opérationnel intitulé « harmoniser les procédures internes, étudier les possibilités d'harmonisation des procédures métiers ». Cette volonté doit se traduire dans tous les projets de service ou leur équivalent des DDCS comme des DDCSPP, même si les services concernés ne sont pas les mêmes et les procédures d'inspection très différentes, selon que l'on soit constitué en DDCS ou DDCSPP. L'approche « métier de l'inspection contrôle » doit cependant être fédératrice quelles que soient les situations organisationnelles.
- [209] L'exemple de collaborations entre les différents pôles des DIRECCTE, dans lesquelles les cultures métiers les constituant sont aussi très différentes, voire entre le niveau régional et les UT au plan départemental, est très intéressant. « Une action commune de contrôle associant l'inspection du travail (pôle T de niveaux régional et départemental) et le service métrologie (pôle C) de la DIRECCTE s'est initiée en de Champagne-Ardenne au second trimestre 2012 »<sup>77</sup>. De même, en Limousin, le pôle C et l'UT 87 ont effectué un contrôle commun, « les agents de contrôle de la DIRECCTE (Pôle C et inspection du travail) sont intervenus simultanément » sur le site d'un festival.<sup>78</sup>
- [210] Ces exemples amènent à penser que l'extrapolation d'une démarche coopérative au sein des DRJSCS/DDCS (PP) est possible mais surtout souhaitable.
- [211] L'articulation entre le niveau régional et le niveau départemental et au sein du niveau départemental lui-même est indispensable pour avoir une fonction inspection contrôle efficiente et un nombre de contrôles en augmentation.

<sup>77</sup> Extrait d'un article paru dans connexion n°5 du 28 septembre 2012 « la lettre du réseau des DIRECCTE et des DIECCTE »

<sup>78</sup> Même source que la note précédente

- [212] Cette articulation mériterait, comme déjà indiqué, d'être formalisée de façon évidemment souple, l'exemple de la région Basse-Normandie pouvant être repris parmi d'autres initiatives recensées par la mission. Le préfet de région a établi en mars 2010 une charte de fonctionnement entre le niveau régional et départemental, tous services confondus y compris l'ARS. Un document intitulé « offre de service de la DRJSCS de Basse-Normandie » vis-à-vis du préfet de chacun des trois départements de la région complète cette charte. Il précise ainsi sur notre sujet que « la DRJSCS apporte une expertise méthodologique et son appui opérationnel dans le champ de l'inspection, du contrôle et de l'évaluation, dans le domaine des établissements sociaux, de l'accueil collectif des mineurs, du contrôle des équipements sportifs, du contrôle des enseignements des établissements de formation en travail social, elle participe à l'évaluation des actions menées dans le cadre de la politique de la ville ».
- [213] Ce texte pourrait désormais être utilement actualisé et être complété par deux items relatifs aux contrôles d'une part des séjours de vacances adaptées organisées (VAO) pour les personnes adultes handicapées sur lequel nous reviendrons car des liens avec l'ARS sont aussi nécessaires et d'autre part dans le domaine de la protection juridique des majeurs.

**Recommandation n°3 : Créer les conditions d'une véritable transversalité au niveau départemental de l'inspection-contrôle tout en articulant mieux celui-ci avec le niveau régional pour gagner en cohérence et efficacité**

## **2. METTRE EN ŒUVRE UNE COOPERATION FORMALISEE ENTRE LES ARS ET LES DRJSCS/DDCS (PP) ET LES AUTRES ACTEURS DE L'INSPECTION CONTROLE**

- [214] L'instruction SG n° 2011-08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les ARS et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports prévoit d'ores et déjà les modalités d'articulation et de coordination des deux réseaux. Ainsi pour « donner corps » à cette instruction, les rapporteurs proposent de **renforcer le volet inspection contrôle** autour de quelques orientations méthodologiques et bonnes pratiques analysées.
- [215] D'autres partenariats identifiés dans la partie constats sont également à conduire et à formaliser, selon des niveaux divers, par les deux réseaux avec d'autres services de l'Etat, mais aussi avec des organismes comme les chambres régionales des comptes, l'assurance maladie ou les ordres professionnels dans le champ de la santé notamment.
- [216] Enfin, plus spécifiquement pour le réseau des ARS, des partenariats en cours sont à généraliser et de nouveaux partenariats sont à nouer avec les agences et autorités indépendantes agissant dans leur champ de compétences en termes de structures (sanitaires ou médico-sociales...) ou d'activités à contrôler (santé environnement ou santé publique...).

### ***2.1. Construire une collaboration et une coopération formalisées en matière d'inspection contrôle entre ARS et DRJSCS***

#### **2.1.1. Le cadre général de la coopération entre les agences régionales de santé et les directions en charge de la cohésion sociale**

- [217] Trois types de collaboration ou de coopération ont été identifiés par la mission :
- Les protocoles départementaux relatifs aux modalités de coopération entre les préfets de région et les directeurs généraux d'ARS pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L.1435-7 du code de la santé publique signés à la mi-2010. Il apparaît à l'usage qu'ils ne traitent qu'à la marge le champ de l'inspection contrôle et s'avèrent de plus, sauf

exception, très formels sur ce point. Une ou deux régions ont développé ce volet ou actualisé le protocole originel ;

- La région Bretagne, la première à la connaissance de la mission, à avoir signé une convention cadre entre le préfet de région et le directeur général de l'ARS en matière de cohésion sociale, avec une déclinaison départementale comprenant un volet inspection contrôle ;
- Enfin, la région Pays de la Loire a élaboré un document original intitulé « document d'objectifs partagés relatif à l'organisation entre l'agence régionale de santé et la DRJSCS », avec un volet sur la fonction inspection contrôle. La région Alsace a également signé un « protocole de collaboration entre la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'agence régionale de santé ». En région Haute-Normandie un protocole de partenariat est en cours de signature entre l'ARS, la DRJSCS et les deux DDSCS. Pour sa part, le protocole de collaboration récent signé en Région Rhône-Alpes ne traite pas du thème de l'inspection contrôle.

[218] Cette liste et cette typologie ne sont pas exhaustives car en évolution du fait des travaux en cours entre les deux réseaux.

[219] Les rapporteurs privilégient la signature de protocoles au niveau d'une région entre préfets de région et de département et directeur général d'ARS dédiés à la thématique de la cohésion sociale ou de documents d'objectifs partagés ARS/ DRJSCS dès lors que ces documents prévoient a minima, s'agissant de la fonction inspection contrôle :

- Le principe et les modalités des échanges d'informations relatives aux inspections et contrôles concernant les dossiers d'intérêt commun afférents au périmètre fixé de coopération ;
- L'établissement d'un programme annuel d'actions prioritaires par champ d'action annexé à la convention ;
- La désignation des référents en charge de la mise en œuvre du programme et de ses actions, avec établissement d'une lettre de mission souhaitable ;
- La définition des modalités de réalisation des programmes communs d'inspections et de contrôles des structures retenues ;
- L'identification des établissements « mixtes » ou « difficilement classables », (ayant une activité médicalisée et une autre non médicalisée) et les modalités de coopération à mettre en place pour les contrôler. Ce type de structures peut aussi nécessiter une mobilisation des services du conseil général (lieux de vie et d'accueil ou établissements ou services à caractère expérimental<sup>79</sup>, par exemple) ;
- la mise en place d'un comité de suivi chargé de faire un point d'avancement des résultats obtenus comparés aux objectifs fixés.

[220] Les protocoles doivent également identifier, en fonction des structures et des thématiques retenues, mais ce n'est pas d'emblée évident, les autres services ou organismes qui pourraient être associés aux inspections et contrôles conjoints ou coordonnés. Les opérations interministérielles de vacances sont un bon exemple d'une collaboration pouvant être élargie à d'autres services compétents dans le champ de l'inspection contrôle. **La mission a élaboré en annexe 6-1 une trame de protocole de partenariat ARS/DRJSCS.**

---

<sup>79</sup> Au sens du 12° du I de l'article L 312-1 du CASF

[221] Un passage en CAR de ce type de protocoles est pour la mission indispensable tout comme le passage des PRIC élaborés par les directeurs généraux d'ARS et les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, y compris dans le champ de l'ACSé ou de l'agence du service civique (ASC). Ces documents doivent faire explicitement référence aux inspections et contrôles touchant les publics ou types d'actions évoqués dans les protocoles d'application susvisés.

**Recommandation n°4 : Etablir entre l'ARS et la DRJSCS d'une même région un protocole/document/convention d'objectifs relatifs à la fonction inspection contrôle présenté et validé en CAR**

### 2.1.2. L'identification des actions sensibles d'inspection contrôle à inclure impérativement dans le périmètre des partenariats à formaliser

[222] Outre la lutte contre la maltraitance qui ne sera pas développée car incontournable dans les partenariats ARS/DRJSCS, deux voire trois types de structures ou activités à contrôler doivent faire l'objet d'une analyse particulière par les responsables des missions IC des deux réseaux pour définir leurs modalités d'action ou intervention communes.

- **Le contrôle des accueils collectifs de mineurs (ACM)** : ce point ne sera pas traité car ne relevant pas du périmètre stricto sensu de la mission mais il est impératif en application des instructions du SGMS et des DNO 2012, annexe 14 et 2013, annexe 8, de bien intégrer ces contrôles dans les PRIC. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un parangonnage d'approche méthodologique est indéniable avec les contrôles en matière de VAO ;
- **Le contrôle à mener auprès des organismes qui organisent des vacances adaptées organisées (VAO)** pour les personnes adultes handicapées<sup>80</sup> nécessite d'une part un travail méthodologique des DRJSCS pour que soient réalisées par les DDCS (PP) compétentes des contrôles en nombre et en qualité plus élevés qu'aujourd'hui et d'autre part une collaboration avec les ARS lorsque la participation d'un professionnel de santé est requise.
- **S'agissant du premier point**, le contrôle VAO (comme celui des ACM) peut être favorisé si en amont de celui-ci les DRJSCS, en lien avec les DDCSPP :
  - Etablissent un document de travail<sup>81</sup> sur les contrôles des organismes (références aux textes juridiques, choix des structures contrôlées, moyens à mobiliser, champ et temps moyen à consacrer au contrôle; identification de la partie suivi et soins des adultes handicapés requérant des compétences médicales,...) ;
  - Elaborent un document du type *mémento des plans de contrôle des séjours de vacances adaptées organisées VAO*, comme en région Centre. C'est un outil méthodologique avec une partie de nature juridique puisque les textes régissant ces activités sont rappelés. Le mémento fait état de points de vigilances à surveiller dont le suivi médical des vacanciers et comprend des annexes dont une grille de contrôle pour les DDCSPP.
  - La DRJSCS du Centre qui a élaboré ce document a organisé une réunion avec les associations concernées par ces séjours à laquelle ont participé les représentants de la DIRECCTE et d'une DDPP. A cette occasion le mémento a été présenté et remis aux associations (sans les grilles de contrôle destinées aux seuls agents des DDCS(PP)).

<sup>80</sup> Au titre de l'article L412-2 du code du tourisme et circulaire DGAS citée en annexe n° 4

<sup>81</sup> Dans l'attente de la note de doctrine que prépare la DGCS sur ce sujet

Une telle démarche est de nature à favoriser les contrôles ultérieurs mais aussi de sanctionner en toute connaissance de cause les organismes qui ne respecteraient pas les conditions requises notamment celles relatives à la durée du travail en animation, aux conditions d'hygiène et de sécurité des locaux et au suivi médical des vacanciers, tous points présentés, outre ceux plus techniques propres à l'organisation des séjours<sup>82</sup>.

Ce travail préfigure la réalisation ultérieure d'un guide de bonnes pratiques et s'accompagne d'une démarche qualité avec la co-construction d'une charte de bonnes pratiques co-élaborée en lien avec le secteur associatif.

- **Concernant le second point, il concerne directement la collaboration ARS/DRJSCS** en matière de VAO. Celle-ci est indispensable et doit être partie prenante des protocoles départementaux actualisés ou de documents spécifiques cohésion sociale ou orientations partagées entre les deux réseaux territoriaux, selon la typologie énoncée ci-dessus. Les aspects médicaux de ces séjours sont loin d'être mineurs et la présence d'un MISPP est d'ailleurs prévue par l'article R412-15 du code du tourisme, toujours en vigueur après la création des ARS.

[223] Si plusieurs DRJSCS ont engagé une telle dynamique de collaboration avec les ARS, les agences peuvent aussi être à l'initiative de cette collaboration : ainsi, en Région Franche-Comté, le département ICE de l'ARS a construit de façon partenariale une procédure harmonisée<sup>83</sup> avec les DDCS (PP) des départements de la région portant sur une « procédure de repérage des situations à risques, l'élaboration d'une grille de contrôle unique, une programmation conjointe, la réalisation d'enquêtes conjointes ». Neuf contrôles ont ainsi été réalisés en 2011, dix sont prévues en 2012 soit environ 10 % des séjours de vacances de la région.<sup>84</sup>

[224] Enfin, il arrive que des associations organisent des séjours d'accueil collectifs pour des mineurs porteurs de handicaps, comme ce fut le cas dans un département de la région Bretagne où l'ARS a été sollicitée par le Préfet et a mis à disposition de la DDCSPP pour le contrôle du séjour un médecin inspecteur de santé publique et une technicienne sanitaire.

- **Le contrôle et évaluation des formations sociales et paramédicales**, objet aujourd'hui d'un sous contrôle manifeste en région
- **Il convient de formaliser la manière dont les deux réseaux territoriaux interviennent pour le compte du préfet en matière d'inspection, de contrôle voire d'évaluation qualitative dans une charte ou une convention cadre ARS et DRJSCS. Il est nécessaire en effet de clarifier le partage de compétences qui ne sont pas à ce jour claires entre les deux réseaux et de procéder à des échanges d'information sur ces champs.**
- **Le premier travail est de recenser les missions de l'Etat en matière de formation puis de voir** comment les articuler entre les deux réseaux<sup>85</sup>. A titre indicatif, un premier travail de recensement a été ainsi fait par la DRJSCS du Limousin dans une note de service établie en juin 2012.

<sup>82</sup> Modalités d'agrément, déclarations préalables, conditions de séjour...

<sup>83</sup> Cf. En pièce-jointe n°6 la fiche processus VAO

<sup>84</sup> La mission consacrée à l'évaluation de la fonction inspection contrôle n'avait pas pu recueillir des DRJSCS et DDCSPP d'informations sur ce point pour pouvoir comparer avec ce résultat; mais au vu de quelques sondages effectués le pourcentage des contrôles était alors plus faible que ce chiffre de 10% mais portait sur l'année 2010 pas forcément significative

<sup>85</sup> L'annexe 9 à la DN00 2013 déjà citée concourt à ce travail ;

[225] Cette collaboration et sa formalisation sont indispensables au plan non seulement juridique mais aussi pratique car les créations de structures notamment médico-sociales ainsi que les restructurations hospitalières ne peuvent se faire indépendamment d'une vision partagée sur les besoins en ressources humaines et niveaux de qualification et donc sur une anticipation des besoins de formation. De plus les conseils régionaux ayant des compétences en matière de formation et d'apprentissage, il convient qu'ARS et DRJSCS se concertent pour participer en amont à l'élaboration des contrats de plan régional de développement des formations professionnelles (CPRDFP) et en aval aux contrôles des établissements délivrant des diplômes et sur leur qualité.<sup>86</sup>

[226] Sans attendre la signature de conventions entre les deux réseaux, deux actions peuvent être engagées sans tarder :

- Faire des contrôles communs des établissements dispensant des formations sociales et médico-sociales ou paramédicales. L'exemple de l'ARS Franche-Comté qui a contrôlé avec la DRJSCS des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) est une bonne pratique locale à reprendre ;
- Conduire sans délai dans l'ensemble des deux réseaux une réflexion sur le pilotage de l'ensemble de la politique des formations<sup>87</sup>, en mutualisant les moyens et en construisant des référentiels partagés en matière de contrôle et d'évaluation.

**Recommandation n°5 : Tenir dans chaque région à l'attention des associations ou organismes relevant de champs à contrôler des réunions d'information à l'initiative des ARS/DRJSCS sur les problématiques de contrôle d'intérêt commun**

**Recommandation n°6 : Produire à l'attention des organismes à contrôler des guides rappelant la réglementation, fournissant des exemples de bonnes pratiques et encourager leur adhésion à des démarches ou chartes qualité**

**Recommandation n°7 : Généraliser dans toutes les régions la signature de documents de coopération ou de collaboration entre l'ARS et la DRJSCS intégrant la thématique de l'inspection contrôle et définissant les champs prioritaires de contrôle d'intérêt commun**

## ***2.2. La nécessité d'une coopération plus étroite entre les ARS et les services déconcentrés de l'Etat***

### **2.2.1. Le renforcement de la collaboration avec les DRFiP/DDFiP (MEEF)**

[227] Parmi les services déconcentrés qui seront cités dans cette partie, ne seront évoquées que très marginalement les DRJSCS/DDCS car l'essentiel des coopérations à privilégier par celles-ci le sont avec les ARS, à l'exception de quelques cas de coopérations autres qui seront alors traités explicitement. Aujourd'hui il existe peu ou pas de conventions signées entre ARS et autres directions ou services de l'Etat : des partenariats souvent informels existent cependant avec par exemple les DDFiP ou DRFiP voire très exceptionnellement avec les DIRECCTE ou les DREAL ou leur échelon départemental.

[228] L'ARS Limousin paraît, au vu des documents recueillis par la mission, la seule ARS à avoir formalisé son partenariat avec la DRFiP/DDFiP de sa région. Deux cahiers des charges ont ainsi été signés par les deux responsables de services en 2011 pour des interventions communes sur des projets impliquant deux structures où la prégnance financière forte justifiait une compétence spécifique sur ce domaine.

<sup>86</sup> Voir sur ce point les textes juridiques et instructions des directions d'administration centrale notamment la circulaire interministérielle DS/DGCS/DJEPVA du 21 février 2011.

<sup>87</sup> Contrôle et évaluation des formations sociales, paramédicales de l'encadrement sportif et socioculturel

- [229] D'autres exemples de partenariats existent, mais plus ponctuels, avec les DRFiP/DDFiP mais sans qu'ils soient intégrés dans un programme prévisionnel annuel de type comme peut l'être un PRIC. Même en cas d'urgence pour une mission non prévue, un travail collaboratif régulier en amont facilite la mise en place d'équipes à mobiliser rapidement.
- [230] Ce partenariat avec les DRFiP/DDFiP concerne au premier chef les ARS mais il peut aussi être utilement noué par les DRJSCS/DDCS(PP) pour le contrôle des CHRS ou des associations recevant des aides de l'Etat. Le contrôle des frais de siège par exemple est souvent une thématique de contrôle qui nécessite une bonne expertise financière. Un contrôle commun avec une DRFiP a été signalé à la mission par une DRJSCS sur cette problématique.
- [231] Un passage en CAR de ces protocoles ou conventions de partenariat est très souhaitable pour engager une dynamique de coopération de plus en plus large entre les membres de cette instance.

**Recommandation n°8 : Formaliser au plan local un partenariat avec les DRFiP/DDFiP, en se concertant notamment avec eux lors de la préparation des PRIC pour connaître leurs moyens d'intervention en ressources humaines sur l'année à venir**

**2.2.2. Un partenariat à construire avec les pôles T et C des DIRECCTE, avec les DREAL et avec les DRAAF**

2.2.2.1. Le partenariat avec les DIRECCTE

- [232] Comme indiqué dans la partie constats, compte tenu du faible niveau de relations partenariales entre les ARS et les DIRECCTE de même qu'entre celles-ci et les DRJSCS, les membres de la mission proposent une démarche en deux temps :
- D'abord, organiser des rencontres bilatérales entre les représentants inspection contrôle des deux réseaux-de préférence ensemble-et les DIRECCTE (pôles T et C) pour connaître plus précisément les compétences de chacun, les priorités annuelles, nationales (DNO et PRIC ou équivalent) et régionales ou départementales de chaque partenaire et les établissements, structures ou activités d'intervention prioritaire sur les champs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, y compris les champs santé au travail et santé environnement ;
  - Ensuite, identifier les thématiques d'une part et établissements d'autre part où des échanges d'informations pourraient être utiles en distinguant celles émanant du pôle T et du pôle C. Les risques liés à l'amiante ou les risques psychosociaux sont deux domaines par exemple où les collaborations pourraient être engagées ou approfondies en vue éventuellement de réalisation de contrôles coordonnés ou à tout le moins pour lesquels chaque partenaire préciserait les modalités de son intervention en fonction de son propre champ de compétence (cadre et calendrier d'intervention suite à signalement ou non dans telle ou telle structure sanitaire ou médico-sociale par exemple). Toutes les règles déontologiques et de discrétion professionnelle doivent être évidemment précisées et respectées.
  - Le repérage de « signaux faibles » par un partenaire « dans les établissements d'accueil des personnes fragiles ou en situation de dépendance » pour reprendre une expression et un exemple émanant du réseau des DIRECCTE **pôle T** peut s'avérer une démarche utile à transmettre à l'autre partenaire. Les situations de maltraitance ou d'autres dysfonctionnements comme un absentéisme anormalement élevé, des situations de « burn out » ou de « turn over » de personnels récurrentes peuvent être des éléments particulièrement intéressants à exploiter pour cibler ensuite des contrôles plus pertinents.
  - D'autres actions communes peuvent être conduites sur la durée du travail des personnels animateurs notamment lors des séjours relevant de la réglementation des ACM mais aussi VAO pour l'application notamment du principe d'un repos hebdomadaire devenu de droit. C'est à partir de points concrets mais aux conséquences parfois lourdes que peut se construire l'ébauche d'un partenariat à enrichir ensuite. Avec les ARS, les actions de

partenariat peuvent se nouer autour des PRST<sup>88</sup> et PRSE2<sup>89</sup>. Ainsi comme le souligne une DIRECCTE, « l'ARS est compétente pour conduire des actions visant à améliorer la qualité de l'air respiré par la population mais elle n'a pas de compétence pour agir à l'intérieur de locaux de travail au sein des entreprises »; et de préciser qu'il serait « donc intéressant de mener avec l'ARS des actions qui se renforcent mutuellement ».

- L'organisation administrative spécifique de Saint Pierre et Miquelon qui rassemble<sup>90</sup> les compétences des DIRECCTE et des DRJSCS autour de 3 pôles au sein de la direction de la cohésion sociale, du travail, de l'emploi et de la population (DCSTEP) conduit selon les informations communiquées par son directeur à des contrôles mobilisant des compétences de pôles différents. Il pourrait être intéressant d'analyser les synergies maintenant engagées entre ces 3 pôles et, toutes choses étant égales par ailleurs, voir si des partenariats DIRECCTE /ARS<sup>91</sup> ou DIRECCTE/DRJSCS peuvent en être induits à partir de quelques situations transposables.
- S'agissant plus spécifiquement des **pôles C**, comme déjà indiqué, peu de partenariats ont été engagés avec les ARS ou les DRJSCS alors même que des thématiques communes ou des compétences partagées sur certaines structures ont été identifiées par la mission au vu de quelques réponses apportées à son questionnaire. Pour être plus précis, les relations quand elles existent se nouent s'agissant de l'inspection contrôle davantage avec les DDCS (PP) qu'avec le pôle C des DIRECCTE lui-même.
- Pour s'en tenir à la DNO 2012 de la DGCCRF parmi les enquêtes du programme de l'année signalées par sa directrice générale dans l'éditorial de ce document figure celle relative à « la protection des personnes âgées ou dépendantes (qui) fera l'objet d'une attention particulière pour tout ce qui touche à la vie quotidienne de ces consommateurs vulnérables ». Le chapitre 3 du volet national de la DNO précise ainsi parmi les enjeux majeurs identifiés :
  - Outre celui déjà cité de la « protection des consommateurs dépendants ou vulnérables (personnes âgées ou dépendantes hébergées en maison de retraite, aide et accompagnement à domicile, etc.) » ;
  - Celui du « suivi des secteurs de la santé et du « bien-être (affichage des prix des médicaments, information sur les tarifs des transports sanitaires, enquêtes dans les domaines de la thalassothérapie et de la balnéothérapie, contrôles des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des allégations en lien avec l'amaigrissement ou la lutte contre l'obésité, etc....) » ;
  - Sur tous ces domaines des partenariats sont à l'évidence possibles et d'intérêt commun d'autant que la déclinaison régionale de la DNO « fourmillent » de thématiques sur des champs où l'ARS intervient aussi, par exemple sur des problématiques de la concurrence publique (gros marchés hospitaliers...), ou la compétence de la DDPP ou de la DDCSPP peut être très utile localement. Enfin, sur des risques émergents sur lesquels les ARS sont saisis pour des contrôles peu aisés à mener figure dans une grande région, dans la rubrique « santé environnement » le contrôle des « nouvelles pratiques esthétiques (bar à sourire, fish pédicure...) ».
- Enfin, favoriser les inspections conjointes ou coordonnées sur quelques structures ou activités de compétences partagées après un premier travail d'approfondissement des compétences et priorités des deux partenaires.

<sup>88</sup> Programme régional santé au travail n° 2

<sup>89</sup> Programme régional santé environnement n°2

<sup>90</sup> Décret n° 2010-1582 du 17 décembre 2010

<sup>91</sup> Les dispositions de l'article L.1441-1 du CSP ont créé une administration territoriale de santé (ATS), placée sous l'autorité du préfet, qui exerce les compétences dévolues aux ARS

### 2.2.2.2. Le partenariat avec les DREAL

- [233] Plus encore qu'avec les DIRECCTE ou les pôles des DDI compétentes, le travail en commun avec les DREAL ou leurs unités territoriales, ou avec la DRIHL en Ile de France, est aujourd'hui quasi inexistant.
- [234] Il est vrai que les champs où des échanges d'informations voire des enquêtes coordonnées pourraient avoir lieu sont plus limités qu'avec les DIRECCTE. Néanmoins sur le sujet sensible de **la lutte contre les logements insalubres ou indignes**<sup>92</sup>, un partenariat serait utile à construire. On peut rappeler que cette thématique demeure une activité de contrôle potentiellement importante pour les ARS<sup>93</sup> même si celle-ci ne figure plus explicitement dans les 11 priorités des *orientations nationales de contrôles pour 2013*.
- [235] D'autres pistes de partenariat restent à explorer autour des installations classées (avec les UT des DREAL), ou des risques chroniques, technologiques ou naturels voire des installations classées vétérinaires.

### 2.2.2.3. Le partenariat avec les DRAAF

- [236] Ce partenariat est dans l'absolu potentiellement important et sensible. Il se pratique aujourd'hui à la marge via quelques échanges d'information mais dans un nombre très limité d'ARS et sans formalisation, au vu des réponses communiquées par celles-ci.
- [237] Il est important et sensible en effet quand il concerne le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire<sup>94</sup>, notamment en matière de restauration collective.
- [238] Il est potentiellement important quand on songe au nombre d'établissement pour personnes âgées, handicapées, les structures de l'enfance, les ACM ou les séjours de VAO et bien évidemment les structures sociales (CHRS,...) susceptibles d'être contrôlés<sup>95</sup>.
- [239] De plus, en application de règlements européens visés dans le protocole DGAL, DGCCRF et DGS et plus récemment de celui concernant la mise en application du *plan national de contrôle pluriannuel (PNCOPA)*, défini pour les années 2011 à 2013, des enquêtes sont conduites mobilisant les ARS comme les services déconcentrés de l'agriculture en région mais aussi les SHCS<sup>96</sup>. Dans le même ordre d'idée, des enquêtes sont menées avec le concours des ARS, et des SCHS, en matière d'inspection et de contrôle dans le cadre des opérations interministérielles vacances (OIV). La circulaire DGS/EA3 n° 2010-256 du 9 juillet 2010 relative à l'OIV 2010 fournit ainsi des documents d'aide à l'inspection émanant de la DGAL. Ces opérations impliquent aussi bien évidemment la DGCCRF et donc les DIRECCTE (pôle C et les DDCCS(PP) ou les DDPP), d'où une nécessaire collaboration à formaliser de manière plus pérenne, avec partage d'outils et échanges plus systématiques d'informations pouvant conduire ensuite à des inspections conjointes ou coordonnées.

**Recommandation n°9 : Organiser à l'initiative des ARS et des DRJSCS des réunions bilatérales avec les DIRECCTE, les DREAL et les DRAAF et/ou avec leurs UT et les DDI compétentes (DDCCS(PP)) pour examiner les conditions et modalités d'une collaboration formalisée**

<sup>92</sup> Cf. Articles L.1311-4 et L.1331-22 à 31 et notamment l'article L.1331-26 du CSP

<sup>93</sup> 600 000 logements sont concernés (source : orientations nationales de contrôle 2012)

<sup>94</sup> Cf. le protocole de coopération du 29 décembre 2006 entre la DGAL, la DGCCRF et la DGS déjà cité.

<sup>95</sup> On se rapportera utilement à l'annexe 3 « quelques chiffres clefs de l'inspection-contrôle » du rapport IGAS d'avril 2012 sur *l'évaluation de la fonction inspection contrôle* déjà cité

<sup>96</sup> Instruction DGS du 18 juin 2012 déjà citée

### 2.2.3. Des partenariats à explorer avec les directions interrégionales de la PJJ et les procureurs généraux

- [240] Comme cela vient d'être montré, certains partenariats ou des collaborations sont utiles voire nécessaires dès lors qu'il s'agit de contrôler des structures ou activités à compétences partagées entre différentes administrations ou organismes publics, chacun avec ses prérogatives propres d'inspection contrôle.
- [241] Il est des autres cas, où les deux réseaux territoriaux que sont les ARS et les DRJSCS n'ont pas de compétences de contrôle s'exerçant, sauf parfois à la marge, concomitamment avec d'autres agences, autorités indépendantes, services déconcentrés ou autres services publics sur les mêmes établissements ; sites ou activités, mais où des échanges seraient cependant fructueux au moins à deux titres.
- [242] Sans vouloir élargir à l'excès la liste des partenaires potentiels des deux réseaux, nous nous sommes limités ici aux relations envisageables avec les directions interrégionales de la PJJ et avec les procureurs généraux<sup>97</sup>. Au-delà en effet d'une affaire ou d'un dossier où un travail a déjà pu être réalisé ensemble mais dans le cadre très réglé d'une procédure pénale avec les procureurs et de la création d'une structure expérimentale (et donc à terme nécessitant un contrôle multi partenarial) avec une direction interrégionale de la PJJ, des points de sortie concrets peuvent résulter de ces échanges envisagés.
- [243] Deux types de « retours » de ces échanges peuvent être attendus : l'un en terme de méthodologie d'inspection contrôle, dépassant la nature et la catégorie d'établissements concernés (organisation interne de la fonction IC, guides, référentiels, outils informatiques etc.) ; l'autre concernant les enjeux à appréhender d'une meilleure connaissance des actions de chacun.

#### 2.2.3.1. Les enjeux d'un travail avec les directions interrégionales de la PJJ

- [244] Des contacts noués par la mission avec la direction de la PJJ, il ressort que trois types d'informations et d'échanges pourraient s'avérer bénéfiques :
- [245] Un échange entre les deux réseaux et les directions interrégionales pourrait d'abord porter sur l'organisation des contrôles par la direction de la PJJ via le « service d'audit central national » placé auprès du directeur, de création relativement récente, et son apport aux services et agents sur le terrain en terme :
- de démarche qualité et d'évaluation interne ;
  - de coordination du processus d'audit - **qui inclut la dimension contrôle**-, de soutien à l'audit territorial et de synthèse des rapports d'audit vue comme un outil de pilotage ;
  - d'évaluation des orientations nationales.
- [246] Une prise de connaissance de la circulaire très pédagogique relative à la mise en œuvre de l'audit territorial par les directions interrégionales<sup>98</sup>. Ce texte très synthétique est intéressant notamment par ses trois annexes qui pour la première récapitule les textes qui « mandatent les directions territoriales de la PJJ pour contrôler les structures », qui relèvent de leurs compétences ; qui fournit dans la deuxième une « charte de déontologie des auditeurs de la protection judiciaire de la jeunesse » et qui décrit dans la dernière la « procédure de l'audit » à suivre.

<sup>97</sup> Quelques DRJSCS ou ARS nous ont signalé vouloir nouer des contacts plus organisés avec les directions de la PJJ et avec les procureurs.

<sup>98</sup> *Circulaire de la DPJJ en date du 5 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'audit territorial par les directions interrégionales*, accessible sur le site de la DPJJ et parue au BO du Ministère de la justice le 30 décembre 2009

[247] Le dernier point d'échanges pourrait concerner le travail partenarial engagé avec les conseils généraux en matière de contrôle d'établissements à compétence partagée et qui s'est traduit par la signature d'une convention type déclinée ensuite au plan de chaque département avec la direction interrégionale compétente. Celle-ci remise à la mission par la direction de la PJJ est fournie en pièce-jointe n°4 du présent du rapport.

[248] A titre indicatif, l'ARS Bretagne a signalé à la mission qu'elle venait ainsi d'être saisie tout récemment par sa direction interrégionale locale pour examiner les conditions d'un contrôle commun sur un établissement. Une réunion de travail est prévue entre les deux services.

**Recommandation n°10 : Demander à chaque ARS et DRJSCS de se rapprocher des directions interrégionales de la PJJ compétentes sur leur territoire pour examiner ensemble les thématiques et partager des informations d'intérêt commun**

2.2.3.2. L'intérêt d'échanges d'informations avec les procureurs généraux

[249] En amont des procédures pénales, il pourrait être utile aux deux réseaux et particulièrement celui des ARS de nouer un contact avec les parquets généraux du ressort géographique de leurs cours d'appel afin d'informer ceux-ci des politiques publiques dont ils ont la responsabilité<sup>99</sup>.

[250] A l'instar du protocole fixant les modalités de coopération entre les parquets des juridictions d'appel et les pôles travail et concurrence de la DIRECCTE Rhône-Alpes signé le 24 avril 2012, ce type de partenariat pourrait mutis mutandis être aussi noué avec quelques ARS volontaires, à titre expérimental puis généraliser si le bilan était positif. Quelques ARS ont souligné en réponse au questionnaire SOLEN l'intérêt d'un tel partenariat.

[251] Quatre objectifs essentiels sont assignés au document signé en Rhône-Alpes<sup>100</sup>

- « Sensibiliser les parquets aux secteurs et aux affaires considérés à forts enjeux ;
- Définir une politique des suites au moins pour les secteurs à enjeux et pour les actions ponctuelles marquantes sur la base, d'une part, des politiques pénales mises en place par les juridictions et, d'autre part, des programmes d'activités de la DIRECCTE ;
- Concevoir et partager une politique de la communication afin de faire connaître plus largement l'action de l'Etat administrative et judiciaire ;
- Poursuivre l'amélioration des procédures grâce aux indications des parquets généraux ».

[252] Des échanges intervenus entre participants lors de la cérémonie de signature, « un procureur général a insisté sur la nécessité de travailler sur la qualité des procédures en soulignant qu'en dehors des audiences, les alternatives aux poursuites permettent souvent d'obtenir des résultats intéressants. »

[253] Un autre procureur général a rappelé que « les parquets comme les unités territoriales et les directions départementales sont le fer de lance opérationnel de l'action et de préciser que ce « protocole régional devrait être décliné avec ces unités et directions selon des modalités diverses ».

[254] Il paraît possible à la mission, à partir de ce protocole signé en Rhône-Alpes, de travailler sur un texte de même nature avec quelques ARS volontaires dont les enjeux sont particulièrement prégnants en matière de relations avec les parquets. Un rapprochement avec la DIRECCTE de Rhône-Alpes paraîtrait utile pour mieux apprécier le contenu et l'intérêt du protocole signé récemment.

<sup>99</sup> Plusieurs DDASS avaient des relations de ce type avant la réforme des services déconcentrés sans qu'elles aient été toujours reprises par les ARS

<sup>100</sup> Source : Connexion la lettre du réseau des DIRECCTE et de DIECTTE du 5 juillet 2012 n°4

**Recommandation n°11 : Inciter quelques ARS volontaires à nouer un premier contact avec les parquets généraux du ressort géographique des cours d'appel de leur région en vue de construire un protocole de partenariat**

**2.2.4. Quelques points restent à clarifier dans les relations ente les ARS et les organismes et services d'assurance maladie du régime général**

- [255] Si aujourd'hui les contrats ont tous été signés entre les Agences régionales de santé et les organismes et services d'assurance maladie du régime général pour la période 2010-2013, sur la base du contrat-type national, quelques difficultés subsistent aujourd'hui dans les relations entre ces deux partenaires.
- [256] Parmi les dix priorités nationales de gestion du risque figure celle relative aux médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus. Le texte du contrat type précise que « l'agence et l'assurance maladie définissent ensemble la liste des établissements les plus forts prescripteurs de molécules onéreuses qui feront l'objet de contrôles menés par les médecins de l'Agence avec, en l'absence de moyens suffisants, le concours des praticiens conseils de l'Assurance maladie ». Les instructions Etat/assurance maladie ont également été transmises aux acteurs chargés de leur mise en œuvre<sup>101</sup>.
- [257] Dans la pratique toutefois, un certain nombre d'ARS ont signalé à la mission le temps non négligeable consacré par les MISP et les PHISP à cette activité, dans des régions où le nombre de ces professionnels est déjà faible<sup>102</sup>. Une double question se pose alors :
- Faut-il intégrer ou non cette mission dans les actions du PRIC, ainsi que celle relative au contrôle externe T2A comme le fait l'ARS Picardie ? Le PRIC 2012 de l'ARS des Pays de la Loire a fait pour sa part du contrôle de la pertinence des données un des ses 6 axes structurants, lequel axe est décliné en 3 items relatifs à la qualité des données déclarées dans le contrôle du bon usage du médicament (CBUM) des établissements de santé ; à la satisfaction des pré-requis et de la pertinence des cibles transmises dans le cadre du programme hôpital numérique et à la qualité des données des établissements de santé sur les indicateurs relatifs aux infections nosocomiales. Le responsable de ces 3 thématiques est la direction de la qualité et de l'efficacité (DQE) de l'agence.
  - Dès lors que ce sont des membres d'un des 6 corps de contrôle plus désormais les inspecteurs et contrôleurs des ARS (ICARS) qui pour la quasi-totalité des cas sont sollicités, le temps consacré à ce type de contrôle doit-il être intégré dans le tableau d'évaluation du temps consacré par les agences à l'inspection contrôle ? A minima, ces contrôles pourraient être repris dans les PRIC annuels mais pour mémoire s'agissant des temps de contrôle, sachant que souvent ce ne sont pas les MRIC qui pilotent ces inspections mais les directions performance ou qualité voire les directions Métiers.
- [258] Par ailleurs, dès lors que seront bien rappelés les rôles de chacun (corps inspectant des ARS et médecins conseil de l'assurance maladie) pour ce type de contrôle notamment pour la liste en sus, des partenariats peuvent se nouer aussi utilement entre les ARS et les organismes d'assurance maladie, hors ce champ.
- [259] L'ARS de PACA indique, par exemple, qu'un travail de partenariat est possible sur des dossiers de professionnels de santé libéraux par croisement de l'analyse de l'activité remboursée et de constats d'inspection (hygiène défaillante ou matériel inadapté). Cela peut faciliter un meilleur ciblage des contrôles, une coordination des actions disciplinaires et pénales voire d'échanger rapidement sur un professionnel face à un signalement inquiétant selon le responsable de la MRIC.

<sup>101</sup> Circulaire DSS/1C/DGOS/PF2 n° 2011-448 du 1<sup>er</sup> décembre 2011 relative à la mise en œuvre du dispositif de régulation des dépenses des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2011 et 2012 d'une part et directive aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2012 d'autre part

<sup>102</sup> La coordinatrice Gestion du risque à l'ARS Rhône-Alpes, a chiffré, suite à une demande faite par la mission, à **45 jours/an soit 0,2 ETPT**, le temps consacré par les contrôleurs (MISP et PHISP) ° aux activités CBUM, liste en sus

- [260] Cette ARS envisage ainsi de passer une convention avec l'assurance maladie pour améliorer et formaliser leurs relations dans le cadre de **missions d'inspection contrôle**. Une première esquisse de ce *protocole d'échanges et de collaboration dans le domaine du contrôle des professionnels de santé libéraux* a été fournie à la mission. Celle-ci considère ce premier document comme intéressant et largement extrapolable à d'autres ARS une fois celui-ci finalisé.

**Recommandation n°12 :** Clarifier pour l'ensemble des ARS la place des activités de gestion du risque assurantiel par rapport aux missions d'inspection contrôle

**Recommandation n°13 :** Inciter à la signature de conventions de partenariat entre les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie pour favoriser les échanges d'informations et rendre réciproquement plus efficaces les missions d'inspection contrôle

### 2.2.5. Des échanges à nouer avec d'autres autorités compétentes sur le champ de l'inspection contrôle comme les chambres régionales des comptes

- [261] En région Limousin, le directeur général de l'ARS procède à un ou deux échanges annuels, mais informels, avec le président de la chambre régionale des comptes (CRC) sur le programme annuel prévisionnel de contrôle de chacune des institutions.
- [262] La mission voit bien l'intérêt mais aussi les ARS à un rapprochement avec les CRC sur leur programme de travail respectif, mais cela ne peut se faire que de façon volontaire au niveau de ces dernières et si chaque partenaire y voit son intérêt en termes d'efficacité de ses actions de contrôle
- [263] Un développement de ce partenariat doit au total être encouragé mais avec un formalisme relativement réduit. Dans un premier temps un échange annuel sur les programmes et leurs priorités paraît suffisant. Evidemment, comme avec les procureurs, des échanges plus juridiques peuvent, comme aujourd'hui, avoir lieu dans le cadre des procédures de contrôles habituelles des chambres.

**Recommandation n°14 :** Inciter quelques ARS volontaires, voire dans un second temps les DRJSCS, à proposer au président de chambre régionale des comptes de leur territoire une réunion d'échanges annuelle sur les grands axes et priorités d'actions de chacun pour l'année à venir

- [264] L'ensemble de ces collaborations, effectives ou potentielles, ne couvre pas de manière exhaustive le champ de « tous les possibles » mais elles constituent déjà une feuille de route ambitieuse même si localement tel autre partenariat est possible comme avec les CIRE<sup>103</sup> ou les CClin. Ces autres collaborations doivent être analysés comme des « partenariats d'expertise » et non comme des collaborations entre acteurs dotés chacun d'un pouvoir d'inspection contrôle propre.

### 2.3. Généraliser les documents de partenariats ou de collaboration entre les ARS et les agences et autorités compétentes dans le champ sanitaire

- [265] S'agissant de la collaboration à conduire avec les agences et autorité indépendante, nous sommes là au contraire entre organismes dotés d'un pouvoir d'inspection contrôle prévu par des textes juridiques, tout comme les ARS, et sur un champ sanitaire partagé.

---

<sup>103</sup> Les CIRE, localisées dans les ARS, fournissent aux ARS un appui méthodologique et une expertise indépendante des signaux d'alerte sanitaire

### 2.3.1. Disposer d'une liste exhaustive des conventions, chartes ou accords-cadres passés entre les directions d'administration centrale et les agences ou autorités indépendantes (ABM, ANSM et ASN ou HAS<sup>104</sup>)

- [266] L'analyse des questionnaires SOLEN retournés par les ARS et les DRJSCS et les entretiens effectués avec les différentes agences ou autorités dans le champ sanitaire font état d'un nombre important de conventions signées ou en cours de signature tant entre les niveaux nationaux qu'entre les niveaux régionaux voire entre le niveau national d'une part et régional d'autre part. L'annexe 4 du présent rapport dresse sans prétendre à l'exhaustivité la liste des conventions recensées par les deux membres de la mission.
- [267] La connaissance de ces documents dans les services IC des ARS paraît, en revanche, assez lacunaire quand elles sont signées par une autre agence ou autorité, a fortiori par une administration hors champ santé, comme par la DGT ou les DIRECCTE par exemple, avec l'ASN ou ses divisions territoriales.
- [268] Il est donc souhaitable de porter à la connaissance de l'ensemble des référents inspection contrôle des deux réseaux territoriaux, notamment ceux des ARS, la totalité de ces conventions au fur et à mesure de leur signature. L'ouverture de l'espace numérique collaboratif que constitue le *réseau d'inspection contrôle* dénommé RESIC est un site d'accueil privilégié pour ce type de documents<sup>105</sup>.
- [269] La mission veillera donc à la mise en ligne après accord des parties de toutes les conventions déjà signées, de leur actualisation et des nouvelles au fil de l'eau dont celles en cours de finalisation ou de signature citées.

**Recommandation n°15 : Mettre en ligne sur le RESIC toutes les conventions de collaboration et accords-cadres signés entre les agences et autorités indépendantes ou leurs divisions territoriales et les ARS**

### 2.3.2. Accélérer la signature des deux conventions nationales en cours de négociation entre la DGS et les agences ou autorités (ANSM et ASN)

- [270] Il est maintenant nécessaire d'accélérer la signature de conventions cadres comme celle en cours entre l'Etat et la nouvelle agence nationale sécurité du médicament et des produits sanitaires (ANSM) ou entre l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) et l'Etat (DGS) en matière de contrôle inspection touchant aux rayons ionisants.
- [271] La convention de coopération proposée par l'AFSSAPS fin 2010 et l'ANSM aujourd'hui permettrait de prendre en compte les nouvelles compétences tant des ARS que de la nouvelle agence. Elle pourrait s'articuler autour des quatre axes de coopération proposées par l'ANSM et rappelés dans la partie constats. La validation du texte par le CNP permettrait de disposer de documents signés par les ARS présentant une réelle homogénéité au niveau régional, tout en admettant les adaptations locales souhaitables.

<sup>104</sup> La HAS, bien que non dotée de pouvoir d'inspection et de contrôle, a signé avec l'ASN un accord-cadre de collaboration dans le domaine des soins médicaux utilisant les rayonnements ionisants le 4 décembre 2008 qui prévoit dans son article 3 les thèmes et domaines dont *l'inspection des centres de radiothérapie et la procédure de certification des établissements de santé dans le cadre de la mise en place progressive de l'assurance qualité*

<sup>105</sup> Le site ouvert fin juillet 2012 est accessible à l'adresse suivante : <https://resic.sante.gouv.fr>

- [272] Après la signature toute récente de la convention définissant les modalités de collaboration entre l'autorité de sûreté nucléaire et la direction générale de la santé<sup>106</sup>, il est maintenant nécessaire de signer une convention cadre entre l'Etat (SGMS/DGS/DGOS) et l'ASN pour arrêter les modalités de collaboration entre les divisions territoriales de l'ASN et les ARS sur les thèmes recensés dans la convention susvisée et notamment celles relatives à l'inspection contrôle dans le champ des établissements de santé et structures de soins.
- [273] On rappellera qu'à l'heure actuelle huit conventions sont signées entre ARS et divisions territoriales de l'ASN sans convention cadre nationale. Une dynamique de terrain est engagée qu'il conviendrait de ne pas freiner.
- [274] Selon les informations récentes fournies par la DGS, la réactivation en 2013 de la convention IRSN/DGS est envisagée avec déclinaison ensuite de cette convention cadre avec les ARS. Un groupe de travail sera constitué à cet effet par cette direction qui se propose d'y associer l'IGAS.

**Recommandation n°16 : Sortir aussi rapidement que possible une convention Etat (SGMS/DGS/DGOS) et ANSM permettant une collaboration et des enquêtes conjointes entre les deux partenaires sur la base du projet déjà préparé**

**Recommandation n°17 : Parvenir dans les meilleurs délais à la signature de la convention-cadre Etat (DGS)/ASN pour donner toute leur assise aux conventions signées localement par les ARS**

### **2.3.3. Favoriser au plan local les partenariats entre l'agence de la biomédecine et les agences régionales de santé**

- [275] Comme déjà indiqué, le COP signé entre l'Etat et l'ABM comprend une annexe relative à l'objectif de performance N° VII intitulé *Relations ABM/ARS pour améliorer l'appui à la politique de santé au niveau territorial*.
- [276] Trois axes figurent dans ce document relatifs à la planification sanitaire, au développement des activités et à l'expertise et au contrôle médico-technique. Parmi les actions de collaborations prévues aux axes 2 et 3 figurent respectivement :
- « le renforcement des enquêtes conjointes ABM/ARS des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal(CPDPN) et des centres de diagnostic préimplantatoire(CDPI) » ;
  - La mise au service des ARS de l'expertise de l'ABM « dans le domaine de l'inspection et des audits » ainsi que dans celui des « autorisations d'activités entrant dans le champ de compétences de l'agence ».
- [277] D'autres champs de collaboration sont évoqués dans ce document qui justifieraient, avec ceux évoqués ci-dessus déjà particulièrement importants, la déclinaison de cette annexe sous forme de protocoles régionaux, en expérimentant éventuellement ce partenariat dans quelques régions volontaires. Une convention-cadre passé entre l'ABM et l'Etat (DGS), validé par le CNP-ARS paraîtrait particulièrement opportune pour sécuriser et harmoniser les conventions régionales.

**Recommandation n°18 : Prévoir la déclinaison en région de l'annexe du COP Etat/ARS avec la signature de protocoles de partenariat ABM/ARS, établis sur la base d'un accord-cadre Etat/ABM.**

---

<sup>106</sup> Convention ASN/DGS du 4 septembre 2012

### **2.3.4. Elaborer un nouveau protocole DGAL, DGCCRF et DGS dans le domaine de la sécurité alimentaire des aliments**

[278] Le protocole de coopération DGAL, DGCCRF et DGS du 29 décembre 2006 et la note de service de la DGS du 1er mars 2007<sup>107</sup> prise pour son application pour nos services déconcentrés (DDASS à l'époque) présentaient de multiples intérêts dans un secteur sensible :

- références aux règlements européens et textes nationaux ;
- modalités d'intervention des services en fonction des compétences juridiques : exclusives ou partagées ;
- recensement des lieux d'intervention restauration collective dans le secteur médico-social, par exemple ;
- action de formation nationale pour les agents concernés des DDASS (services santé environnement).

[279] La nouvelle organisation des services déconcentrés et la création des ARS, les enquêtes diligentées en application des règlements européens formalisées par le plan national de contrôle pluriannuel (PNCOPA), la nécessité de rendre plus lisible l'action de l'Etat et plus efficaces les contrôles justifient très largement la signature d'un nouveau protocole. Un groupe de travail interministériel pourrait être constitué dès le début de l'année 2013 pour y travailler.

**Recommandation n°19 : Constituer un groupe de travail interministériel chargé de la préparation d'un nouveau protocole de collaboration DGAL/DGCCRF et DGS dans le domaine de la sécurité alimentaire des aliments**

## **3. DEVELOPPER ET ENRICHIR LES DEMARCHES PARTENARIALES D'INSPECTION CONTROLE AVEC LES COLLECTIVITES TERRITORIALES**

[280] La démarche partenariale à conduire dans le domaine de l'inspection contrôle ne peut bien évidemment pas se réduire à celle consistant à organiser ou à généraliser entre les deux réseaux territoriaux ARS /DRJSCS, ni entre eux et les autres services de l'Etat, organismes, agences ou autorités dotés de compétences propres ou partagées en la matière les missions. Elle doit nécessairement associer les collectivités territoriales dès lors que celles-ci ont des compétences dans ce champ.

[281] Les conseils généraux sont évidemment pour les ARS des partenaires incontournables mais les conseils régionaux dans le domaine de la formation le sont aussi pour les agences comme pour les DRJSCS s'agissant des métiers du champ social et médico-social. Enfin, les compétences dévolues aux services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) qui relèvent des communes voire d'intercommunalités sont des partenaires eux aussi potentiellement importants dans le champ santé environnement et lutte contre l'habitat indigne, partenaires parfois oubliés aujourd'hui.

---

<sup>107</sup> NOTE DE SERVICE N°DGS/SD7/2007/86 du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative au protocole du 29 décembre 2006 de coopération DGAL/DGCCRF/DGS dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire

### 3.1. *Le partenariat des ARS avec les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS)*

- [282] Si les SCHS assurent des missions touchant à l'hygiène et à la sécurité, dans les communes de plus de 20 000 habitants où leur création est de droit, il apparaît que leur rôle, leurs missions, leurs effectifs voire leur inexistence dans la moitié des villes de plus de 20 000 habitants rendent difficile aujourd'hui la formalisation d'un partenariat effectif et efficace avec celles-ci. Là encore, quelques collaborations ont été recensées (en très petit nombre) par les membres la mission, mais en aucun cas celles-ci ne sont extrapolables.
- [283] Le rapport déjà cité IGA, IGAS et CGEDD d'avril 2009 faisait un constat très clair sur l'absence de clarification des missions entre celles historiques datant de la loi de 1902 qui a créé les bureaux municipaux d'hygiène (BMH) et celles désormais exercées par les SCHS après leur création, suite aux lois de décentralisation de 1983.
- [284] Les rapporteurs indiquent ainsi que « la clarification des attributions n'a pas été effectuée lors de la création des SCHS. Celles-ci sont fixées par l'article L.772 du code de santé publique... Reste qu'aucun service, au plan national, n'a connaissance des activités réelles des SCHS. Aucun document ne formalise un périmètre d'action des SCHS ».
- [285] Parmi leurs recommandations, celle touchant à l'établissement « d'un tableau des compétences santé publique des maires et des obligations particulières des collectivités disposant d'un SCHS » d'une part et celle consistant à « organiser les relations Etat-collectivités locales disposant d'un SCHS dans le cadre d'un protocole » d'autre part étaient déjà pertinentes dans le contexte d'avant la RéATE.
- [286] Compte tenu de la profonde réorganisation intervenue au niveau des services déconcentrés, de la création des ARS et de leurs compétences en matière de santé environnementale énoncées dans l'instruction DGS du 26 octobre 2011<sup>108</sup>, des textes également pris en matière de lutte contre l'habitat indigne, qui mobilise de nombreux acteurs dont les ARS et les SCHS, **la mission propose de différer toute formalisation d'un protocole national entre l'Etat (DGS) et la « structure fédérative »** dans l'attente d'une clarification des missions et compétences des SCHS en matière d'hygiène, de sécurité et de santé environnementale.
- [287] Ce sujet est d'autant plus sensible que « l'attribution de la dotation générale de décentralisation à 208 communes par l'arrêté du 9 septembre 2005 gèle de facto la situation administrative de ces services » pour reprendre les termes exacts des rapporteurs de la mission sur l'évaluation du fonctionnement des SCHS.
- [288] La présente mission considère qu'un partenariat efficace ne peut se construire que sur des bases juridiques clarifiées. Elle partage donc la préconisation du rapport interministériel d'avril 2009, relatif à l'élaboration d'une cartographie des compétences actualisées des collectivités disposant d'un SCHS mais aussi de celles des Maires en matière de santé publique. Ce travail juridique est d'autant plus pertinent à conduire que les évolutions organisationnelles intervenues depuis accentuent encore l'écart entre les textes et les activités réellement exercées par les SCHS.
- [289] Une fois cette actualisation des compétences finalisée, un partenariat local pourra être noué entre les ARS et les SCHS pour optimiser les contrôles voire conduire des inspections conjointes ou coordonnées. Des conventions pourraient être formalisées avec notamment des ARS volontaires et notamment avec celles qui ont continué à travailler avec des SCHS, comme en Ille et Vilaine ou dans les Cotes d'Armor.

---

<sup>108</sup> Instruction DGS/EA n° 2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé dans le domaine de la santé environnementale

[290] Il convient de rappeler que la DGS à l'occasion notamment des opérations interministérielles vacances a envoyé en 2012, comme les autres années, un questionnaire d'enquête aux ARS d'une part et aux SHCS d'autre part, relative à l'activité des services environnement de ces deux acteurs. **Une collaboration régionale** paraît souhaitable sur ce type d'actions récurrentes.

[291] En matière d'insalubrité et de lutte contre l'habitat indigne, le partenariat pourrait être étendu aux DDCS(PP) et aux DREAL, en fonction des situations locales.

**Recommandation n°20 : Dresser un tableau des compétences juridiques actualisées des collectivités dotées d'un SCHS et des maires en matière de santé publique et environnementale**

**Recommandation n°21 : Articuler ces compétences redéfinies avec celles des ARS dans le champ de la santé environnementale mais aussi avec celles des agences sanitaires concernées, par la signature de conventions de collaborations territoriales**

### *3.2. Le partenariat des deux réseaux territoriaux avec les conseils régionaux*

[292] Ce partenariat est rendu nécessaire par le partage de compétences entre les régions et les services déconcentrés de l'Etat dans le domaine des formations d'abord au titre du contrat de plan régional de développement des formations professionnelles (CPRDFP)<sup>109</sup>. Il est ainsi stipulé que « l'Etat et le conseil régional s'accordent sur des objectifs communs, définis dans le CPRDFP, sur la base d'une analyse des besoins en terme d'emploi et de compétences par bassin d'emploi ».

[293] Il convient de rappeler également que le CPRDFP « vaut schéma prévisionnel d'apprentissage, schéma régional des formations sociales et schéma des formations sanitaires ».

[294] Au-delà du contrat de plan, les services déconcentrés de l'Etat (DRJSCS) et les ARS interviennent en matière de création d'établissements de formation à ces métiers. Les établissements publics ou privés dispensant des formations sociales initiales ou continues sont soumis à une obligation de déclaration préalable auprès du représentant de l'Etat dans la région. Pour sa part le conseil régional est responsable de la procédure d'autorisation de l'établissement. Il finance également ces établissements depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales (articles 52 à 55). Dans le champ sanitaire, la création des instituts ou écoles de formation des professionnels concernés fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. Le président du conseil régional agréé par ailleurs, après avis du directeur général de l'ARS, les directeurs de ces instituts ou écoles. Le conseil régional finance également ces structures comme dans le champ social.

[295] Enfin, pour rester concis, le contrôle pédagogique de ces établissements relève de l'Etat (DRJSCS) pour les formations sociales et des ARS pour les formations sanitaires. Les diplômes sont dans tous les cas délivrés par le représentant de l'Etat en Région.

[296] Cette intrication des compétences dans le domaine de ces formations nécessite donc un partenariat étroit entre Etat (DRJSCS), ARS et conseils régionaux, notamment en matière de contrôle des établissements.

---

<sup>109</sup> Cf. notamment article L.214-13 du code de l'éducation et circulaire interministérielle DS/DGCS/DJEPVA du 21 février 2011

- [297] La mission considère donc qu'une formalisation de ce partenariat doit être instituée entre les trois acteurs avec notamment un volet à développer en matière d'inspection contrôle des écoles et instituts des deux champs, en identifiant les régions où les acteurs ont commencé à nouer des premières relations partenariales.
- [298] Les conventions pourraient avoir une première partie commune donnant les considérant et objectifs de la convention puis deux annexes l'une Etat/DRJSCS et conseil régional sur les formations sociales et l'autre ARS/conseil régional pour les formations sanitaires, en y associant éventuellement les directeurs d'établissement responsables de la gestion et du suivi de la scolarité, qui s'effectuent sous le contrôle des ARS.

**Recommandation n°22 : Engager dans les régions volontaires des échanges approfondis ARS/DRJSCS/conseil régional sur la problématique des formations sociales et sanitaires aboutissant à la signature de conventions de partenariat axées en premier lieu sur le contrôle conjoint ou coordonné des établissements les dispensant**

**3.3. Les conventions ou accords cadres de collaboration agences régionales de santé/conseils généraux ou DRJSCS/conseils généraux**

- [299] Dans cette partie, ce sont les collaborations ARS/CG qui seront essentiellement traités car concernant de loin le plus d'établissements ou services donnant lieu à compétence partagée. Toutefois quelques bonnes pratiques de collaboration DRJSCS/CG ont été recensées.
- [300] C'est sur le champ des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées (jeunes ou adultes) à compétences partagées comme les EHPAD et les FAM, mais aussi les SAMSAH, les SPASAD ou les CAMSP, qu'un partenariat plus étroit doit être construit et finalisé sous forme de protocole/convention/accord-cadre entre les directeurs généraux d'ARS et les présidents de conseil général.
- [301] Le contenu et les items de ces documents peuvent être plus ou moins riches et diversifiés mais l'objectif forme un tout à savoir améliorer la qualité des inspections contrôles, permettre d'en effectuer un nombre plus élevé et mieux cibler les établissements ou services à contrôler.
- [302] Pour parvenir à cet objectif, plusieurs voies sont utilisables que la mission a synthétisé à partir des bonnes pratiques qui ont été portées à sa connaissance.

**3.3.1. Les politiques d'information ou bonnes pratiques réalisées en amont des inspections contrôles**

- [303] La complexité voire l'ambiguïté de certains textes législatifs et réglementaires, la multiplication corrélatrice ou non des circulaires émises en ordre séparé par les directions des ministères sociaux, le chevauchement possible d'interventions sur un même site, la production de nouvelles réglementations comme la loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs désormais de pleine application, ont des conséquences sur le nombre et la qualité des inspections contrôles réalisés.
- [304] Devant ce constat, certaines DRJSCS ou ARS - en nombre trop limité encore - ont pris l'initiative de tenir des réunions d'information avec les structures associatives en charge de la gestion de nouveaux dispositifs pour les éclairer sur les textes juridiques et leur interprétation qu'ils doivent maîtriser et les procédures de sécurité à respecter ou mettre en œuvre. Elles associent en fonction des thèmes traités les conseils généraux et d'autres services déconcentrés de l'Etat ou des organismes de sécurité sociale comme les CAF.

- [305] A titre indicatif, deux types d'actions recensées par la mission méritent d'être signalés. Conduites en amont des inspections, elles visent à rendre in fine celles-ci plus efficaces car plus ciblées sur les structures à risques ou insuffisamment informées des risques encourus.
- [306] Avant de réaliser de façon programmée ou inopinée des inspections contrôles, certaines directions de l'Etat comme les DIRECCTE via leur UT ou les DDCSPP organisent des réunions d'information avec les associations ou structures susceptibles d'être contrôlées pour améliorer leur fonctionnement ou les informer de nouveaux dispositifs législatifs et réglementaires pour lesquels il est prévu une politique de contrôle des institutions. Une DRJSCS a organisé une réunion d'information sur les VAO à l'attention des structures associatives les organisant.
- [307] Ces expériences méritent d'être signalées avant d'être étendues et reprises localement sur le même champ d'activité ou sur un champ comparable.

3.3.1.1. Signature d'une charte qualité départementale avec les organismes agréés de services à la personne (OASP)

- [308] Une charte qualité départementale des OASP intervenant auprès des personnes âgées vulnérables ou des personnes handicapées de l'Indre et Loire a été initiée par le conseil général et l'UT de la DIRECCTE. Ce document « fédère l'ensemble des organismes signataires qui adhèrent aux dispositions énoncées (...) et s'engagent à les mettre en œuvre dans le respect de la législation en vigueur et de règles déontologiques ».
- [309] L'objectif est de réduire les dysfonctionnements dans les organismes signataires, et notamment les faits de maltraitance et de mieux cibler les contrôles. Le conseil général et l'UT d'Indre et Loire s'assurent du respect de la charte; en cas de non respect avéré, l'organisme est retiré de la liste des signataires.

3.3.1.2. Les réunions d'information en matière de vacances adaptées organisées (VAO)

- [310] Comme déjà indiqué la DRJSCS de la région Centre a initié une réunion d'information auprès des organismes de vacances adaptées début 2012, le bilan des inspections menées en 2011 ayant montré une méconnaissance assez générale de la réglementation par les associations.
- [311] LA DRJSCS a sollicité la DIRECCTE et la DDPP du Loiret pour une intervention dans leur champ respectif. Une contribution de l'ARS a également été obtenue. A l'occasion de cette réunion, « un mémento des plans de contrôle des séjours de vacances adaptées organisées (VAO) » a été remis aux participants.
- [312] Ce type d'information multi partenariale peut aussi associer les conseils généraux en fonction des sujets traités.

**Recommandation n°23 : Organiser à l'attention des associations et structures responsables de la mise en place de dispositifs nouveaux ou complexes des réunions d'information en lien avec les autres acteurs en charge du contrôle (conseils généraux, ARS ou autres services de l'Etat)**

3.3.1.3. Les réunions d'information à destination des conseils généraux sur les programmes annuels d'inspection contrôle des ARS

- [313] Quelques ARS commencent à informer en début d'année les conseils généraux de leur territoire de leur programme régional annuel d'inspection contrôle, essentiellement dans le champ de la lutte contre la maltraitance en EHPAD.

- [314] Cette politique ne préjuge pas ensuite d'une réalisation ou non d'inspections conjointes. D'autres ARS informent les conseils généraux, mais sans les associer la plupart du temps, en cas d'inspection sur réclamations.

### **3.3.2. Les procédures plus formalisées d'inspection-contrôle**

#### 3.3.2.1. Les coopérations ARS/CG

- [315] Cette partie sera exclusivement consacrée aux collaborations à formaliser entre les ARS et les conseils généraux dans le champ des personnes âgées comme dans celui des personnes handicapées.
- [316] Avant de conduire des inspections conjointes, stade ultime de la coopération, une démarche partenariale graduée peut s'avérer nécessaire aboutissant au fil du processus aux partages d'informations, à des échanges permettant de nourrir des relations de confiance mutuelle aboutissant ensuite à la réalisation assez « naturelle » de celles-ci.
- [317] De même, doit être traitée par échanges réciproques d'informations l'identification des structures ne relevant pas a priori du champ médico-social soit parce qu'établissement « de fait » mais non autorisé ou structure présentant des dangers pour les résidents.
- [318] Doivent enfin faire partie de la catégorie des structures pour lesquelles des échanges d'information voire des inspections coordonnées peuvent être menées, celles accueillant des personnes âgées mais qui n'entrent pas dans la catégorie des établissements médico-sociaux<sup>110</sup>. Il convient que les deux réseaux les identifient, apprécient leur niveau de risques pour les résidents et définissent en commun les modalités de coopération pour les inspecter. Un logement-foyer dont le « girage » des résidents augmente au-delà des normes réglementaires n'est plus en mesure de garder toutes les personnes âgées devenues dépendantes.
- [319] La première étape d'un partenariat bien compris entre les ARS et les conseils généraux concerne la présentation réciproque des PRIC ou de leur équivalent, une fois ceux-ci validés bien évidemment par les instances compétentes. La hiérarchisation et les priorités du programme doivent aussi être données. C'est à cette étape que doivent être envisagés la manière et les moyens à mobiliser pour la réalisation des contrôles inopinés et/ou sur signalement.
- [320] Une seconde étape est la réalisation d'inspections-contrôles conjoints dont l'opportunité peut résulter de situations sensibles, sur signalement ou suite à plainte. Il peut aussi être convenu lors de la rencontre de présentation des programmes de conduire une ou deux, voire plus, inspections en commun sans avoir encore arrêté à cette période la liste des établissements à contrôler ni les moyens à y consacrer. A ce stade, les modalités de la collaboration envisagée, elles non plus, ne sont pas encore formalisées.
- [321] L'étape suivante consiste à construire un partenariat durable entre ARS et conseil général sur la base d'un protocole/convention de collaboration qui s'inscrit dans un cadre temporel de l'ordre de trois ans.
- [322] L'ARS d'Alsace a ainsi pour sa part engagé un travail partenarial avec les deux conseils généraux de son territoire : Bas-Rhin et Haut-Rhin qui devrait aboutir d'ici au printemps 2013 à la signature d'un texte conjoint. Le temps de consultation des instances et des décideurs nécessite un temps non négligeable. L'appropriation par tous les partenaires de la démarche est aussi une des conditions de sa réussite.

---

<sup>110</sup> Comme les résidences-services ou les logements-foyers (EHPA)

[323] Cinq axes forts de collaboration ressortent de ce travail repris ci-après :

- « la programmation des missions menées conjointement ;
- la préparation et la réalisation des missions ;
- l'élaboration du rapport d'inspection ;
- la définition et les suites d'inspection ;
- l'élaboration d'outils d'aide à l'inspection... ».

[324] **La mission a élaboré en annexe 6-2 sur la base notamment de ce travail de l'ARS d'Alsace une fiche intitulée « trame de protocole de coopération ARS/CG ».** Elle peut utilement être utilisée dès maintenant par d'autres ARS.

[325] Le protocole de l'ARS d'Alsace avec les deux conseils généraux de la région sera mis en ligne sur le RESIC après sa signature et l'obtention de l'accord des parties.

**Recommandation n°24 : Encourager les ARS à engager une démarche de travail partenariale avec les conseils généraux de leur territoire sur les établissements à compétence partagée pour aboutir à la signature de protocoles de coopération sur le champ de l'inspection contrôle.**

3.3.2.2. Les outils de coopération : l'exemple des conventions directions interrégionales de la PJJ/conseils généraux

[326] Au-delà du projet conduit par l'ARS Alsace, il peut également être intéressant de prendre connaissance de la démarche engagée par la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et ses directions interrégionales d'une part, l'Assemblée des Départements de France (ADF) et les conseils généraux d'autre part. Celle-ci pourrait servir de cadre à d'autres secteurs à compétences partagées ou mal couverts en termes d'inspection contrôle, pour des raisons tenant notamment à des clarifications juridiques nécessaires en matière de responsabilité d'intervention. Le champ du contrôle des structures pour personnes âgées est à cet égard le plus riche de potentialités, compte tenu du nombre de structures à contrôler.

[327] Une convention type<sup>111</sup> a été établie par la DPJJ qui est déclinée ensuite entre les directions interrégionales et les présidents de conseil général. Cette convention a le triple objet suivant :

- favoriser les audits conjoints ;
- partager et capitaliser les savoir-faire ;
- planifier ces audits.

[328] Une commission départementale de suivi est instaurée pour chaque convention; de plus, « une personne désignée par le département pour réaliser des audits conjoints pourra bénéficier de la formation dispensée par l'ENPJJ et un organisme de formation certifié ».

[329] A ce jour 51 conventions ont été signées depuis 2009; 12 sont en cours de signature et 76 audits conjoints réalisés, 27 personnels des conseils généraux ont déjà bénéficié de la formation « audit » de la DPJJ et 6 nouveaux agents sont inscrits d'ici à fin 2012<sup>112</sup>. Dans la circulaire de référence de la DPJJ en date du 5 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'audit territorial par les directions interrégionales, il est précisé notamment que l'audit des établissements intègre le contrôle.

<sup>111</sup> Le modèle de convention nationale est donné en PJ N°4

<sup>112</sup> Sources : DPJJ données disponibles sur les exercices 2009 à 2011 pour les conventions signées et mi-2012 pour les audits conjoints

### 3.3.3. Les procédures ou bonnes pratiques en amont ou en aval des inspections ARS/Conseils généraux

[330] Pour faciliter la formalisation de conventions de collaboration ARS/CG, la mission considère que des actions parcellaires, c'est-à-dire portant sur un domaine identifié, mais formalisées ou récurrentes sont à encourager très fortement.

3.3.3.1. Un exemple de bonne pratique de démarche préliminaire à un partenariat construit et formalisé

[331] Plusieurs ARS se sont engagées dans un partenariat formalisé avec les conseils généraux, parfois au-delà des seuls conseils généraux, en matière de suivi des réclamations<sup>113</sup>.

- Une démarche aujourd'hui aboutie concerne le département de l'Essonne<sup>114</sup> où depuis dix ans fonctionne le *dispositif d'inspection, de suivi et de contrôle des établissements pour personnes âgées et handicapées (DISCEPAH)*. Cette instance réunit mensuellement le parquet, le conseil général, la DDPP, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et la délégation territoriale 91 de l'ARS Ile de France.

Celle-ci « travaille sur la gestion des réclamations sur la base d'un protocole conjoint et d'un règlement intérieur ». Une « cellule inspections réclamations (CIR) », au sein de la DT, « centralise et coordonne la gestion de ces signalements et réclamations ainsi que les inspections qui en découlent ».

- En Rhône-Alpes, il existe plusieurs commissions se réunissant avec des périodicités différentes et qui concernent pour certaines, en partie seulement, la problématique des réclamations et plaintes. Ainsi, dans la suite d'un travail initié par les DDASS, l'ARS a constitué et généralisé des « commissions départementales d'examen des plaintes qui sont conjointes avec les services du conseil général et touchent le médico-social commun aux deux institutions ».

Selon la responsable ICE de l'ARS contactée, les réunions de ces commissions mixtes « permettent une information réciproque sur toutes les plaintes reçues, le traitement de dossiers délicats pour lesquels une concertation avec les collègues s'avère nécessaire et un traitement conjoint quand c'est jugé utile ».

Il résulte de ce travail en commun une répartition du travail aboutissant soit à une inspection conjointe soit à une inspection confiée à un des deux partenaires, charge à l'autre partie de tenir informée son partenaire.

- En Lorraine, l'ARS et le conseil général de Meurthe et Moselle ont constitué une commission de suivi des plaintes composée, selon les informations fournies par le directeur général des services du département<sup>115</sup>. Elle se compose « pour l'ARS d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales, d'un médecin et d'une infirmière et pour le conseil général, selon les situations examinées, du médecin responsable de la politique personnes âgées ou du médecin chargé de la politique du handicap ».

<sup>113</sup> Terme générique retenu dans le rapport IGAS « guide de gestion de réclamations » établi en septembre 2011

<sup>114</sup> Source : note établie par un agent de la DT 91 dans le cadre de la formation des agents désignés par le DG d'ARS au titre du décret n°20011-70 du 19 janvier 2011

<sup>115</sup> Suite à la première des deux réunions tenues avec le responsable « politiques sociales de l'ADF » il avait été convenu que celui ferait remonter des DGS des départements les bonnes pratiques en matière de travail en commun ARS/départements sur les sujets IC

Cette commission se réunit mensuellement et traite des plaintes arrivées dans l'une ou l'autre des deux institutions. « En fonction de la gravité des faits ou de la notion de plaintes récurrentes dans un établissement donné, une inspection est programmée » L'inspection est conjointe et se fait sur la base d'un « référentiel, inspiré des textes fournis dans le guide des contrôles des établissements et services sociaux et médico-sociaux »<sup>116</sup>, établi par la MAFI de l'IGAS.

[332] De telles bonnes pratiques que la mission a recensées dans d'autres régions méritent d'être étendues

**Recommandation n°25 : Demander aux ARS de généraliser avec les conseils généraux volontaires de leur territoire l'institution de commissions mixtes de gestion des réclamations, étendues éventuellement aux autres partenaires qui se déclareraient volontaires**

3.3.3.2. Autre bonne pratique favorisant les collaborations ARS/Conseils généraux

[333] Une fois les inspections réalisées par les ARS, conjointement ou non avec les conseils généraux, certaines ARS organisent des réunions de restitution l'année qui suit la « vague » annuelle d'inspection contrôle.

[334] Ainsi l'ARS Franche-Comté, qui a construit un ambitieux programme de contrôle de la totalité des EHPAD de la région sur 4 ans, a conduit une démarche de ce type très organisé, partenariale et enfin à visée pédagogique.

[335] L'ARS à l'issue de la première année d'exécution de son programme quadriennal de contrôle des 120 EHPAD de la région a organisé en juillet 2012 pour l'ensemble des EHPAD, les fédérations professionnelles et les conseils généraux une réunion de restitution et de bilan des contrôles effectués sur la première tranche de 30 EHPAD concernés. Cette restitution portait selon le responsable de la mission inspection contrôle non seulement sur le programme de prévention de la maltraitance mais aussi sur les inspections du circuit du médicament, réalisées par les pharmaciens inspecteurs. Des conclusions très concrètes ont été retirées de ces échanges qui vont nourrir une réflexion sur plusieurs thématiques identifiées (cartographie des risques, harmonisation des pratiques d'inspection, extension du programme au secteur des personnes handicapées).

[336] Enfin, une question relative à « l'accompagnement à mettre en place suite aux constats réalisés (organisation des soins, qualification des personnels, réseau d'infirmières coordinatrices, gestion des médicaments) » est en soi intéressante dont la réponse est de nature à engendrer une dynamique d'amélioration de la qualité et un ciblage plus fin des inspections à réaliser.

[337] Cette démarche sur les EHPAD peut évidemment être étendue à d'autres services et établissements à compétence partagée, comme les FAM pour le secteur du handicap.

**Recommandation n°26 : Demander aux ARS de tenir chaque année une réunion de retour d'informations sur les résultats des inspections menées l'année précédente dans les structures médico-sociales (EHPAD en priorité) en présence de tous les établissements ou services concernés, des fédérations et des conseils généraux**

---

<sup>116</sup> La refonte totale de ce guide est en cours de finalisation par deux inspecteurs territoriaux

#### 4. CONDUIRE DES ACTIONS MULTI PARTENARIALES AU NIVEAU REGIONAL VOIRE INFRAREGIONAL

- [338] Il serait souhaitable que les directions d'administration centrale, en lien avec le SGMS, encouragent et facilitent l'engagement de partenariats locaux notamment au niveau des ARS eu égard au nombre d'acteurs en région et en département à avoir des compétences en matière d'inspection contrôle sur de mêmes structures sociales, médico-sociales ou sanitaires.
- [339] La première étape de cette démarche consisterait à présenter en CAR en tout début d'année l'ensemble des programmes régionaux d'inspection contrôle en les replaçant dans le cadre des orientations nationales des différents services. Cette démarche peut être conduite quelles que soient les organisations des différents services déconcentrés ou des ARS. La présentation des DNO et de leurs déclinaisons régionales quand elles existent (DGCCRF par exemple) serait également très utile.
- [340] Une autre étape par forcément substitutive de la première mais complémentaire pourrait consister à organiser dans deux ou trois régions volontaires et où les partenariats sont les plus engagés ou les plus féconds, une « conférence partenariale régionale de l'inspection contrôle (CoPRIC) », sous forme d'une réunion de travail présidée par le préfet ou le secrétaire général pour les affaires régionales (SGAR) avec l'ensemble des acteurs du territoire régional ayant une compétence en matière d'inspection contrôle. Cette réunion dépasserait au niveau des participants invités le cadre des services déconcentrés de l'Etat et des ARS puisque dans l'esprit des rapporteurs elle associerait aussi les représentants des services et organismes de l'assurance maladie, des conseils généraux et des conseils régionaux, des SCHS, des agences nationales de santé et autorités indépendantes pour leur responsabilité sanitaire, voire la chambre régionale des comptes si celle-ci donne son accord.
- [341] La mission a élaboré en annexe n° 7 une fiche ayant valeur de trame de « cahier des charges » de cette manifestation. Les inspecteurs territoriaux compétents de l'IGAS seraient tout disposés à participer à celle-ci s'ils sont sollicités.
- [342] Il est proposé par les rapporteurs de lancer une expérimentation de cette double démarche dans deux ou trois ARS et DRJSCS volontaires. Plusieurs de celles-ci et ce dans les deux réseaux ont déjà manifesté leur intérêt à l'occasion des contacts noués par la mission avec leurs responsables en région.

**Recommandation n°27 : Organiser dans deux ou trois régions volontaires une conférence partenariale entre acteurs en charge de l'inspection contrôle en vue de développer des liens de partenariats plus formalisés à partir d'une meilleure connaissance des compétences et actions prioritaires de chaque institution**

- [343] **En conclusion de cette partie** consacrée aux partenariats à conduire entre l'ensemble des acteurs concourant à l'inspection-contrôle sur un territoire, il est rappelé un préalable important qui est celui d'affermir leur sécurité juridique.
- [344] Cela passe d'abord par une clarification des compétences de chacun des partenaires. Certes les conventions de collaboration permettent, et c'est une de leur qualité, de bien délimiter les actions de chacun dans son champ de compétences et de coordonner les contrôles sur un même établissement ou site pour les rendre plus efficaces.

[345] Il n'en demeure pas moins qu'il reste des ambiguïtés juridiques à régler notamment dans le secteur médico-social où de nombreux référents inspection-contrôle des ARS demandent, par exemple, quelle voie juridique sert de fondement aux inspections « lutte contre la maltraitance » dans les EHPAD et les FAM. A priori, ne s'agissant pas d'une compétence propre des ARS<sup>117</sup> ; il conviendrait d'agir sur commandite du préfet<sup>118</sup> avec compétence DDCS (PP) et mise à disposition de personnels<sup>119</sup> par l'ARS pour faire ces contrôles.<sup>120</sup>

---

<sup>117</sup> Cf. Articles L313-13 alinéa 3 et L.313-16 du CASF

<sup>118</sup> Article L.313-13 alinéa 6 du CASF

<sup>119</sup> Notamment de MISP ou PHISP

<sup>120</sup> Ce type de question est ressorti du séminaire des ARS du 28 novembre et une réponse y sera apportée via les fiches juridiques mises en ligne par la MMP.

## Conclusion

- [346] Au-delà des difficultés résiduelles juridiques qui subsistent suite à la création des ARS en termes de responsabilité de contrôle mais aussi de partenariats qui s'ébauchaient ou s'étaient peu à peu construits entre acteurs sur le terrain, lesquels étaient cependant rarement formalisés, des amorces de nouvelles collaborations se font jour sur les territoires, comme le montrent les bonnes pratiques recensées par les rapporteurs.
- [347] Il relève de la responsabilité des administrations centrales de les encourager en signant par exemple au niveau national des conventions ou protocoles de collaboration qui se déclinent ensuite au plan régional. Ces documents peuvent être signés entre elles (DGAL/DGCCRF/DGS), accompagnée d'une circulaire ou instruction de mise œuvre par la direction compétente (DGS en l'espèce), ou entre le niveau central et les agences de santé ou des autorités indépendantes comme l'ASN.
- [348] Il convient de prévoir dans ces conventions ou protocoles des procédures de suivi et procéder avant leur renouvellement à une évaluation pour apporter à la « nouvelle vague » de textes les améliorations jugées utiles.
- [349] Après ce premier travail déjà très important de signatures de conventions de partenariat, il est important d'aboutir à terme à une plus grande homogénéité entre les différentes conventions signées en s'inspirant de celles qui semblent les plus abouties et fonctionnant bien dans le champ de l'inspection contrôle. Quatre items paraissent devoir être systématiquement retenus :
- objet de la convention ;
  - champ(s) concerné(s) ;
  - cadre juridique dans lequel elle s'inscrit ;
  - modalités organisationnelles et relationnelles entre les parties à la convention.
- [350] Dans une perspective de plus long terme, certaines conventions pourront aussi devenir davantage multipartenariales, même si la mission n'en fait pas une recommandation aujourd'hui de son rapport. C'est un objectif à viser, une fois atteinte la phase de généralisation des conventions bilatérales, loin d'être toutes signées ou même engagées.
- [351] Pour atteindre cet objectif de conventions ou protocoles de collaboration entre plusieurs partenaires, les membres de la mission imaginent deux scénarii :
- convention multipartite sur l'ensemble de ces 4 thématiques ;
  - socle commun et annexes bilatérales entre un partenaire à compétence transversale et les autres acteurs compétents aussi en matière d'inspection contrôle.
- [352] Les rapporteurs se montrent plutôt favorables au deuxième scénario plus réaliste à mettre en œuvre.
- [353] L'exemple des conventions entre l'ASN ou ses divisions territoriales d'une part et les DIRECCTE et les ARS d'autre part, dans le champ des contrôles en matière de rayonnements ionisants, pourrait être le moment venu l'objet d'une première expérimentation de convention de collaboration tripartite.

- [354] Les rapporteurs de la mission, s'agissant des recommandations relatives aux démarches de partenariat à engager, considèrent qu'elles doivent se construire graduellement comme indiqué c'est à dire aller de l'échange d'informations à des inspections coordonnées voire conjointes.
- [355] Au-delà des services déconcentrés de l'Etat, des ARS et des agences ou autorités, la démarche de partenariat doit aussi être conduite avec les collectivités territoriales en cas notamment de compétences partagées : conseils généraux en priorité (structures pour personnes âgées ou personnes handicapées) mais aussi conseils régionaux (champ des formations sociales et para médicales) et les SCHS (dans le domaine de la santé publique et environnementale).
- [356] La mission persuadée que le partenariat ne se décrète pas mais nécessite une acculturation des différents acteurs à cette démarche, propose que soit organisée à titre expérimental dans deux ou trois régions volontaires une « conférence partenariale régionale de l'inspection contrôle », sous forme de table ronde qui réunirait tous les acteurs en charge de l'inspection contrôle sur les services, établissements, sites ou activités du territoire régional sous l'autorité du préfet de région et des préfets de département ou de leurs représentants. Une trame de cahier des charges de cette manifestation a été établie par les rapporteurs et la présence, si elle est souhaitée, des inspecteurs territoriaux compétents, est proposée.
- [357] Enfin les rapporteurs sont conscients que même si des protocoles de collaboration sont nécessaires pour rationaliser, améliorer la qualité des contrôles et permettre aussi une augmentation quantitative de ceux-ci, l'ampleur du champ à contrôler est tel que seule une démarche d'analyse des risques, pour cibler les contrôles, peut permettre à terme de sécuriser davantage qu'aujourd'hui les missions d'inspection contrôle. Un travail est en cours à l'IGAS sur ce sujet.
- [358] En parallèle à ce travail, les rapporteurs, après s'être rapprochés de l'ADF et avoir pris contact avec les membres de l'IGAS en charge de cette démarche, proposent qu'un groupe de travail IGAS/ADF sur le modèle de celui mis en place sur « l'autodiagnostic sur l'aide sociale à l'enfance » soit constitué sur le champ des EHPAD, sensible et important en termes d'établissements à contrôler. En cas de bilan positif sur ce champ, le travail pourrait être étendu aux structures pour adultes handicapés comme les FAM.
- [359] Il ne s'agit pas là d'une recommandation supplémentaire à celles déjà faites dans ce rapport, mais d'un travail qui s'inscrit dans la démarche plus large engagée par la mission méthodologie performance et les inspecteurs territoriaux de l'IGAS, en lien avec le secrétariat des ministères sociaux et les missions régionales inspection contrôle des deux réseaux territoriaux, pour sécuriser davantage les inspections contrôles conduits, augmenter leur nombre et accroître leur efficacité au bénéfice des populations.

## Recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorité responsable	Échéance
1	Favoriser la signature de conventions de collaboration entre ARS en matière d'inspection contrôle sur la base d'un cadre commun mais adaptable par les ARS en fonction du degré de partenariat recherché	SGMS et IGAS	2013
2	Conforter les DRJSCS dans leur rôle de pilotage stratégique de la fonction inspection contrôle s'appuyant sur des référents désignés dans les DDI	SGMS et directions d'administration centrale	2013
3	Créer les conditions d'une véritable transversalité au niveau départemental de l'inspection-contrôle tout en articulant mieux celui-ci avec le niveau régional pour gagner en cohérence et efficience	DRJSCS et DDCS(PP)	2013
4	Etablir entre l'ARS et la DRJSCS d'une même région un protocole/document/convention d'objectifs relatifs à la fonction inspection contrôle présenté et validé en CAR	AES et DRJSCS Appui IGAS	2013
5	Tenir dans chaque région à l'attention des associations ou organismes relevant de champs à contrôler des réunions d'information ARS/DRJSCS sur les problématiques de contrôle d'intérêt commun	ARS et DRJSCS	2013
6	Produire à l'attention des organismes à contrôler des guides rappelant la réglementation, fournissant des exemples de bonnes pratiques et encourager leur adhésion à des démarches ou chartes qualité	DAC en lien avec les ARS et DRJSCS	2013 et 2014
7	Généraliser dans toutes les régions la signature de documents de coopération ou de collaboration entre l'ARS et la DRJSCS intégrant la thématique de l'inspection contrôle et définissant les champs prioritaires de contrôle d'intérêt commun	ARS et DRJSCS	2013 et 2014
8	Formaliser au plan local un partenariat avec les DRFiP/DDFiP, en se concertant notamment avec eux lors de la préparation des PRIC pour connaître leurs moyens d'intervention en ressources humaines sur l'année à venir	ARS et DRJSCS	2013 et 2014
9	Organiser à l'initiative des ARS et des DRJSCS des réunions bilatérales avec les DIRECCTE, les DREAL et les DRAAF et/ou leurs UT et les DDI compétentes (DDCS(PP)) pour examiner les conditions et modalités d'une collaboration formalisée	Réseaux territoriaux	2013 et 2014

<b>10</b>	Demander à chaque ARS et DRJSCS de se rapprocher des directions interrégionales de la PJJ compétentes sur leur territoire pour examiner ensemble les thématiques et partager des informations d'intérêt commun	Réseaux territoriaux	2013 et 2014
<b>11</b>	Inciter quelques ARS volontaires à nouer un premier contact avec les parquets généraux du ressort géographique des cours d'appel de leur région en vue de construire un protocole de partenariat	SGMS	2013
<b>12</b>	Clarifier pour l'ensemble des ARS la place des activités de gestion du risque assurantiel par rapport aux missions d'inspection contrôle	SGMS/DSS et CNAMTS	2013
<b>13</b>	Inciter à la signature de conventions de partenariat entre les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie pour favoriser les échanges d'informations et rendre réciproquement plus efficaces les missions d'inspection contrôle	SGMS/DSS et CNAMTS	2013 et 2014
<b>14</b>	Inciter quelques ARS volontaires, voire dans un second temps les DRJSCS, à proposer au président de chambre régionale des comptes de leur territoire une réunion d'échanges annuelle sur les grands axes et priorités d'actions de chacun pour l'année à venir	SGMS et DAC	2013
<b>15</b>	Mettre en ligne sur le RESIC toutes les conventions de collaboration et accords-cadres signés entre les agences et autorités indépendantes ou leurs divisions territoriales et les ARS	IGAS en lien avec les ARS	Au fil de l'eau
<b>16</b>	Sortir aussi rapidement que possible une convention Etat (SGMS/DGS/DGOS) et ANSM permettant une collaboration et des enquêtes conjointes entre les deux partenaires sur la base du projet déjà préparé	SGMS/DGS/DGOS	Fin 2013
<b>17</b>	Parvenir dans les meilleurs délais à la signature de la convention-cadre Etat/ASN pour donner toute leur assise aux conventions signées localement par les ARS	SGMS/DGS	mi-2013
<b>18</b>	Prévoir la déclinaison en région de l'annexe du COP Etat/ARS avec la signature de protocoles de partenariat ABM/ARS, établis sur la base d'un accord-cadre Etat/ABM	DGS pilote	Premier semestre 2013 pour l'accord-cadre et 2013/2014 pour les protocoles ABM/ARS
<b>19</b>	Constituer un groupe de travail interministériel chargé de la préparation d'un nouveau protocole de collaboration DGAL/DGCCRF et DGS dans le domaine de la sécurité alimentaire des aliments	DGS pilote	Lancement GT début 2013

20	Dresser un tableau des compétences juridiques actualisées des collectivités dotées d'un SCHS et des mairies en matière de santé publique et environnementale	SGMS (DAJ) et DGS	2013
21	Articuler ces compétences redéfinies avec celles des ARS dans le champ de la santé environnementale mais aussi avec celles des agences sanitaires concernées, par la signature de conventions de collaborations territoriales	SGMS (DAJ) et DGS	2013
22	Engager dans les régions volontaires des échanges approfondis ARS/DRJSCS/Conseil régional sur la problématique des formations sociales et sanitaires aboutissant à la signature de conventions de partenariat axées en premier lieu sur le contrôle conjoint ou coordonné des établissements les dispensant	DGCS et DGOS	Lancement en 2013
23	Organiser à l'attention des associations et structures responsables de la mise en place de dispositifs nouveaux ou complexes des réunions d'information en lien avec les autres acteurs en charge du contrôle (conseils généraux, ARS ou autres services de l'Etat)	Réseaux territoriaux	A lancer début 2013
24	Encourager les ARS à engager une démarche de travail partenariale avec les conseils généraux de leur territoire sur les établissements à compétence partagée pour aboutir à la signature de protocoles de coopération sur le champ de l'inspection contrôle.	SGMS et DGCS appui IGAS	2013 et 2014
25	Demander aux ARS de généraliser avec les conseils généraux volontaires de leur territoire l'institution de commissions mixtes de gestion des réclamations, étendues éventuellement aux autres partenaires qui se déclareraient volontaires	SGMS/CNP-ARS	2013 et 2014
26	Demander aux ARS de tenir chaque année une réunion de retour d'information sur les résultats des inspections conjointes menées l'année précédente dans les structures médico-sociales (EHPAD en priorité) en présence de tous les établissements ou services concernés, des fédérations et des conseils généraux	SGMS/CNP-ARS	Annuel à partir de 2013
27	Organiser dans deux ou trois régions volontaires <i>une conférence partenariale régionale de l'inspection contrôle</i> en vue de développer des liens de partenariats plus formalisés à partir d'une meilleure connaissance des compétences et actions prioritaires de chaque institution	SGMS et IGAS	Dernier trimestre 2013



# Lettre de mission



16 MAR. 2012

Le Chef de l'IGAS

Le chef de l'Inspection générale  
des affaires sociales

à

Françoise SCHAETZEL  
Jean-Jacques TREGOAT

**Objet** : mission relative à une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux et leurs partenaires locaux.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales M2011-044 relatif à *l'état des lieux de la fonction inspection-contrôle dans les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale* constate une absence de synergie entre les politiques de contrôle exercées par les réseaux territoriaux des ministères sociaux (ARS, DRJSCS/DDCS(PP)) et celles des autres services de contrôle de l'Etat, de ses opérateurs et des collectivités territoriales. Le rapport constate également une carence en matière de démarches et d'outils de coopération entre les ARS et les DRJSCS/DDCS.

A l'appui de ces constats, il recense les principales administrations ou institutions effectuant des contrôles au niveau national, régional ou départemental qui pourraient légitimement coopérer davantage avec les services d'inspection contrôle des ARS, des DRJSCS et des DDCS (PP). Il identifie dans ce domaine un certain nombre de bonnes pratiques, permettant une utilisation optimisée et une efficacité accrue des ressources d'inspection-contrôle de l'Etat.

L'objet de votre mission sera de favoriser le développement d'une meilleure coordination des politiques d'inspection contrôle des deux réseaux en premier lieu, mais aussi entre ceux-ci et leurs principaux partenaires en charge de missions d'inspection contrôle sur leur territoire.

Après avoir rappelé les champs d'intervention et les prérogatives relevant de chacun des acteurs de l'inspection-contrôle, vous recenserez, analyserez et expertiserez tous moyens et outils de coopération entre les différentes autorités de contrôle, en matière de programmation des inspections contrôles, de réalisation conjointe afin d'améliorer leur efficacité.

Pour réaliser cette mission, vous dresserez d'abord un état des lieux aussi exhaustif que possible des bonnes pratiques existantes aujourd'hui. Vous analyserez ensuite celles-ci au regard des besoins recensés, des opportunités de coopération identifiées, des obstacles juridiques éventuels et des difficultés concrètes recueillies auprès des acteurs locaux.

La mission procédera enfin à la formalisation d'une stratégie de mise en place opérationnelle d'un travail plus coopératif entre institutions et administrations au plan local via la constitution d'outils reproductibles et informatisés (chartes, contrats ou document-cadre...).

Le rapport devra être rendu pour la mi-novembre 2012 afin que les outils et documents qu'elle aura produits puissent être utilisables pour la préparation des PRIC 2013 et validé parallèlement par les commissions nationales de programmation des contrôles des deux réseaux.

Je vous remercie de vous rapprocher de la chef de la Mission méthodologie performance et du président du collège appui conseil au management, et de vous coordonner pour fixer avec mon secrétariat la réunion de lancement de la mission.

Pierre BOISSIER

Copie : Chef de la Mission méthodologie performance  
président du collège appui conseil au management



## Liste des personnes rencontrées ou contactées

### - Secrétariat général des ministères sociaux

Mme Christine d'AUTUME, Mme Mireille VEDEAU-ULYSSE et Mme Hélène JUNQUA

### - Direction générale de la cohésion sociale

Mme Virginie MAGNANT, Cheffe de service, Adjointe à la directrice générale, M Pierre BILGER, chef du bureau affaires juridiques, M Daniel ANGHELOU, chef du bureau protection des personnes, et Mme Sandra MONTELS

### - Direction générale de l'offre de soins

Mme Paule KUJAS, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, bureau de la qualité et de la sécurité des soins et M Hugo GILARDI, chef du bureau des coopérations et des contractualisations

### - Direction générale de la santé

Mme Virginie RICHARD, responsable de la Mission système d'agences (MSA), Mme Catherine CHOMA, sous-directrice politique des pratiques et des produits de santé et Mme Françoise TUCHMAN, sous-directrice prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation et M. Charles SAOUT, adjoint

### - Direction générale du Travail

M Yves CALVEZ, Adjoint au Directeur général, Mme Corinne CHERUBINI, département du soutien et de l'appui au contrôle et M Philippe DINGEON, département de l'animation de la politique du travail et du contrôle

### - Direction de la sécurité sociale

Mme Katia JULIENNE, sous-directrice du financement du système de soin, M Guillaume COUILLARD, adjoint à la sous-directrice, M Pierre PRIBILE, bureau Produits de santé, M Frédéric SIMANTOV, Mme Sylvie CASANOVA, pharmacienne, en appui au programme GDR et liste en sus

### - Délégation générale au pilotage des DIRECCTE et des DIECCTE

M Jean-Paul MIMEUR, délégué général et M Eloy DORADO, chargé de mission Pole ressources humaines

### - Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Mme Mireille GAUZERE, Adjointe au directeur, M Vincent HUBAULT, chef du service de l'Audit Central national, M. Damien MULLIEZ, sous-directeur des missions de protection judiciaire et d'éducation, Mme Alexia DRIANCOURT, bureau des partenaires institutionnels et des territoires, section du pilotage territorial

### - Direction générale des finances Publiques (DGFIP)

M Yannick GIRAULT, chef de la mission nationale d'audit, Mme Marie-Odile DEGOND, adjointe au chef de la mission et M Jean-Louis BERNARD,

**- Personnes qualifiées/personnes ressources**

M Alain LOPEZ, Mme Anne-Marie BROCAS, M Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Mme Agnès JEANNET, membres de l'IGAS

**Agences et organismes de protection sociale**

– ABM

M Sixte BLANCHY, mission d'inspection

– ASN

Mme Carole ROUSSE Adjointe au directeur des rayonnements ionisants et de la santé et M le Dr Pascal GOUZEL, chargé de mission, inspecteur de la protection

- ANSM (ex AFSSAPS)

M François HEBERT, directeur général adjoint chargé des opérations, M Xavier CORNIL, adjoint au directeur de l'inspection et des établissements (DIE)

- ANESMS

M. Didier CHARLANNE, directeur général

- CNAMTS

M le Dr Pierre FENDER, directeur du contrôle contentieux et de la répression des fraudes, Mme le Dr Michelle CARZON, directrice, direction du réseau médical- DDO – accompagnée de Mme Martine GUERY, département opérationnel de contrôle

**AGENCES REGIONALES DE SANTE**

ARS Alsace : Dominique THIRION, responsable du pôle « relations avec les usagers, contrôle et qualité », adjointe de la direction de la stratégie, de la qualité et de la performance

ARS Pays de la Loire : Mme Elodie PERIBOIS, responsable cellule Inspection, Contrôle Audit, direction de la qualité et de l'efficacité

ARS Limousin, M Michel LAFORCADE, Directeur général (aujourd'hui DG de l'ARS Aquitaine)

ARS Rhône-Alpes, Mme Liliane COURT, responsable de la mission inspection évaluation contrôle (MIEC) et Mme Joëlle GUILHOT, Coordinatrice Gestion du risque

ARS Franche-Comté, M Jean-Marc TOURANCHEAU, Directeur général adjoint, M Frédéric PASCAL, responsable département inspection contrôle évaluation, M Christian WERNERT, ancien responsable du département et M Jérôme MALFROY, directeur de la performance

ARS Basse-Normandie, Mme Geneviève DELACOURT, DS conseillère technique régionale en soins (CTRS), direction générale

ARS Languedoc-Roussillon, Mme Marie-Pierre BATTISTI, directrice, direction qualité gestion du risque et Mme Dominique HUSTAIX-PEYRAT, responsable département de l'évaluation qualitative, accompagnées de D CHIABRETTO et E SANJUAN

Autres personnes ressources contactés : ARS Bretagne : B GUILLOU, responsable de la mission inspection contrôle ; ARS Corse : Yves MAULAZ Coordonnateur régional de la mission inspection contrôle ; ARS PACA : M Manuel MUNOZ-RIVERO, responsable du service inspection-contrôle

### **DRJSCS/DDCS (PP)**

DDCSPP Ile et vilaine

- M Jacques PARODI, Directeur, M Xavier GABILLAUD, Directeur adjoint, Mme Anne BOESINGER, responsable du pole cohésion sociale et Mme Jocelyne FAUCHEUX, M Jean Paul SAUVEE, responsable qualité

DRJSCS Région Centre

- Mme Laurianne GOMEZ, responsable inspection, contrôle et évaluation, Mission d'appui transversale et territoriale

DRJSCS Région Limousin

- Mme Brigitte GUIRAUD, service observation, études et évaluation

DRJSCS Région Alsace

- Brigitte DEMPT, Directrice régionale adjointe

Autres personnes ressources contactées : DDCS Morbihan, Eric BOUSSION, responsable mission observation sociale et évaluation, coordonnateur projet régional inspection, contrôle, audit ; DRJSCS PACA : Léopold CARBONNEL, chef du pole observation, contrôle, évaluation, ingénierie ; DRJSCS Rhône-Alpes, Mme Françoise MAY-CARLE, directrice régionale adjointe et Mme Marie-Christine WELCOMME-POQUET, responsable mission ICE

### **ADF**

M Jean-Pierre HARDY, responsable du service « politiques sociales »

### **Responsables de départements contactés**

Th.VIGNON, directeur général des services, conseil général de l'Isère et D. VALLANCE, directeur général des services, conseil général de Meurthe-et-Moselle



## Liste des annexes

Annexe 1 : Eléments de méthode

Annexe 2 : Questionnaires SOLEN envoyés aux ARS et DRJSCS

Annexe 3 : Tableaux de commentaires issus des questionnaires SOLEN

Annexe 3-1 : ARS

Annexe 3-2 ; DRJSCS

Annexe 4 : Les conventions, protocoles, accords-cadres de partenariat entre acteurs de l'inspection contrôle

Annexe 5 : Récapitulatif des textes réglementaires sur l'inspection-contrôle

Annexe 6 : Trames de protocole/convention de collaboration ou accord de partenariat

Annexe 6-1 : Trame agence régionale de santé/Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Annexe 6-2 : Trame agence régionale de santé /conseils généraux

Annexe 7 : Trame de cahier des charges d'une conférence partenariale régionale de l'inspection-contrôle



## Annexe 1 : Eléments de méthode

### Les objectifs

Selon la lettre de mission fournie en pièce jointe, la mission *relative à une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux et leurs partenaires nationaux et locaux* visait trois objectifs :

- Recenser les principaux services, organismes, agences et autorités indépendantes, collectivités territoriales, dotés de compétences d'inspection contrôle sur un territoire et des établissements au titre desquels les ARS et les DRJSCS et les DDCS(PP) peuvent aussi intervenir ;
- Identifier les synergies possibles entre ces différents acteurs et les partenariats potentiels susceptibles d'être noués, essentiellement à ce stade de façon bilatérale et recenser les bonnes pratiques existantes ou engagés afin d'assurer leur capitalisation et transférabilité à d'autres régions mais aussi à d'autres thématiques ;
- Faire des recommandations visant à la formalisation **d'une stratégie de mise en place opérationnelle d'un travail plus coopératif entre acteurs sur un territoire** d'une part et **élaborer des outils ou mettre en valeur des pratiques professionnelles** facilitant cette coopération voire **reprendre et enrichir** ceux recensés et validés par la mission d'autre part.

### Le champ de la mission

Les deux rapporteurs ont limité leur champ d'investigation à la fonction inspection-contrôle dans les champs sanitaire, médico-social et social, c'est à dire sauf exception, comme les ACM, hors le domaine jeunesse, sport et vie associative. Elle a, de plus, considéré que la fonction évaluation telle qu'elle était développée par les réseaux territoriaux, ne relevait pas des mêmes services ou agents mais surtout ne requérait pas les mêmes outils méthodologiques.

La mission s'est donc strictement limité au champ de l'inspection contrôle tel que défini dans le rapport déjà cité consacré à *l'évaluation* de cette fonction. En revanche, elle a fait entrer dans son champ d'investigation toutes les « structures » nationales ou territoriales, (régionales mais aussi départementales) partenaires actuels ou potentiel des deux réseaux territoriaux.

### La méthode

La mission, après avoir pris connaissance des différents rapports de l'IGAS sur cette thématique et des principaux textes juridiques relatifs à l'inspection contrôle sur le champ retenu, a élaboré puis testé un questionnaire SOLEN, qui se présentait sous forme d'un menu déroulant, avant de le transmettre aux référents IC des deux réseaux. Celui-ci s'articulait autour de trois thématiques : l'organisation au sein des deux réseaux de la fonction inspection contrôle, les pratiques existantes et les partenaires identifiés en matière de contrôle, les sources ou points de difficulté d'une démarche coopérative et les attentes ou suggestions des services pour faciliter une collaboration plus efficiente entre acteurs sur les territoires. La totalité des ARS et la quasi totalité des DRJSCS ont répondu au questionnaire

Elle a également procédé à la lecture d'un nombre élevé de PRIC qui dans leur version 2012 d'une qualité bien améliorée par rapport à ceux de l'année précédente, permettait aux rapporteurs d'avoir une vision claire et complète des inspections conduites et éventuellement des partenaires sollicités ou au contraire des partenaires potentiels qui auraient pu l'être.

Elle a recouru ensuite à une trentaine d'entretiens au niveau national comme au plan régional ou départemental, par visite de terrain ou plus souvent par audio conférence, vu le nombre élevé et diversifié d'acteurs intervenant sur le champ de l'inspection contrôle, parfois de façon assez ponctuelle pour la part commune avec les réseaux territoriaux (DPJJ par exemple) mais qui s'étaient dotés d'une organisation, d'outils ou d'une méthodologie intéressants relativement à l'objet de la mission.

## **2. Les visites sur site, auditions et audioconférences**

Outre le SGMS et la délégation générale au pilotage des DIRECCTE, sept directions d'administration centrale dont 3 hors champ des ministères sociaux ont été rencontrées : la DGFIP (mission nationale d'audit) ; la DGT et la Direction de la PJJ

La mission a eu aussi des entretiens approfondis avec trois agences ou autorités : l'ABM, l'ANSM (ex AFSSAPS) et l'ASN ; La CNAMTS et l'ADF, (à deux reprises) ont également été rencontrés.

Trois DRJSCS et une DDCSPP ainsi que sept ARS ont été rencontrés ou ont fait l'objet d'échanges écrits, sachant que comme indiqué tous les référents IC des ARS et la quasi-totalité des référents des DRJSCS avaient répondu au questionnaire SOLEN et souvent accompagné leurs réponses de commentaires fournis.

Des contacts téléphoniques avec quelques autres référents tant en DRJSCS qu'en ARS et avec des personnes ressources notamment de l'IGAS ont complété les informations des deux rapporteurs tout au long de leurs travaux.

## **3. L'analyse de documents**

Deux types de documents ont été exploités : les questionnaires SOLEN, pour l'élaboration et le traitement desquels, nous avons bénéficié du concours actif de Ph. ROMENTEAU que nous remercions ici et les documents remis aux rapporteurs lors des entretiens ou à la suite de contacts plus ponctuels. Ceux-ci avaient déjà eu l'occasion d'évoquer lors de leur précédente mission sur *l'évaluation de la fonction inspection contrôle*, avec notamment les référents des régions qu'ils couvrent, des points qu'ils ont pu développer à l'occasion de cette nouvelle mission et qui ont fait souvent l'envoi de fiches des référents.

### **o Les questionnaires SOLEN**

Après avoir analysé l'ensemble des réponses au questionnaire, la mission a utilisé celles-ci de deux façons : sortie sous forme de tableaux ou de graphiques des données les plus illustratives ou intéressantes d'une part et synthèse des réponses et commentaires par thème pour illustrer et enrichir le rapport notamment en terme de thématiques de coopération ou de modalités de collaboration entre acteurs d'autre part. Cette démarche « bottom up » permet de faire, dans le cadre d'un rapport de ce type, c'est dire proche parfois d'un guide, des propositions réalistes et parfois novatrices, car partant de constructions élaborées localement même si elles ne sont pas toujours facilement transposables.

Les documents remis à la mission ont été, nombreux et très variés, parfois transmis après un premier échange général qui a conduit à la formalisation de réflexions embryonnaires qui ont abouti à l'envoi de fiches souvent exploitables par les rapporteurs.

Parmi les principaux documents analysés figurent les différentes formes de partenariats formalisées entre acteurs sur les territoires : **protocole, convention, accord-cadre, document d'objectifs partagés**, notamment. Ce sont en général des documents entre deux acteurs. Figurent également dans cette catégorie les conventions signées au niveau national et décliné ensuite au niveau régional

Une deuxième catégorie de documents concerne les outils, pour prendre un thème générique et opératoire, mis en œuvre ou construits localement : ce sont des référentiels d'inspection, voire des guides thématiques d'inspection ou des mémentos (VAO, PJM...), certains très complets ; d'autres encore perfectibles mais déjà très formalisés avec des grilles de contrôle destinés aux inspecteurs. Ces documents ne restent cependant à ce jour accessibles qu'à la seule ARS ou DRJSCS « productrice ». Le travail des IT est de permettre la diffusion de ce type d'outils en lien avec les directions d'administration centrale.

Les comptes-rendus de réunions entre les services d'inspection contrôle des deux réseaux et des partenaires externes (DRFiP, DIRECCTE ...) identifiés comme pouvant demain faire l'objet de partenariats formalisés et déjà ponctuellement d'inspections conjointes ou coordonnées sur tel ou tel type d'établissement.

Les outils type fiche-navette entre deux administrations ou services ou les échanges d'informations sur des structures ou professionnels permettant ensuite de mieux cibler pour chaque partenaire ses propres inspections (ARS/assurance maladie par exemple).

***Remarque :** Devant la grande variété et le nombre important des documents fournis, certain en cours de formalisation ou de signature s'agissant de protocoles, la mission n'a pas souhaité les mettre sauf exception en annexe de son rapport ni les cités tous. En revanche, il est envisagé après accord des parties de les mettre en ligne au fil de l'eau et très vite pour ceux formalisés sur le RESIC. C'est aussi pour les rapporteurs une manière de valoriser et faire connaître le travail effectué sur le terrain.*



## Annexe 2 : questionnaires SOLEN envoyés aux ARS et DRJSCS

Un même questionnaire en deux parties a été envoyé aux ARS et DRJSCS...

*Dans le cadre de son dispositif d'amélioration des pratiques d'inspection contrôle, l'IGAS vise à soutenir et à améliorer la coopération entre les différents services et instances ayant pouvoir de contrôle au niveau d'un territoire d'une part, et à mieux articuler les démarches d'inspection contrôle, de certification, d'évaluation externe et de contractualisation d'autre part.*

*Afin de mieux connaître les pratiques, les difficultés et les attentes en la matière, un questionnaire est lancé en direction des 26 ARS.*

*Il doit être rempli par le chef du service dédié de l'inspection contrôle (IC) sauf avis contraire du directeur général. Le questionnaire est anonyme.*

*Le champ est celui des missions d'IC sur les établissements (établissements de santé et ESMS publics et privés)*

*Ce questionnaire est réalisé sous une forme qui permet de cocher des questions fermées et de renseigner les questions ouvertes.*

*Le même type de questionnaire est adressé en parallèle aux responsables de la fonction IC des DRJSCS*

<b>Première partie concernant la coopération entre services et opérateurs en charge de missions d'inspection contrôle</b>
---

### A Organisation

**Q1 Une cellule/structure est elle dédiée dans votre ARS à la fonction inspection contrôle (IC)?**

Si oui ; à quel niveau de la hiérarchie se situe t elle ? *Texte libre*

Commentaires (si nécessaire) *texte libre*

### B. Les pratiques

**Q2-A l'heure actuelle, sur la fonction IC, travaillez-vous avec un certain nombre de services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres institutions ?**

Oui

Non : *si non passer à la partie C du questionnaire*

**Q3 si oui, lesquels :**

Liste déroulante : plusieurs cases à cocher possible

- DRJSCS/DDCS(PP)
  - DIRECCTE
  - DREAL
  - DD/DRFIP
  - DIR PJJ
  
  - SDIS
  - Chambre régionale des comptes
  
  - Direction régionale du service médical (DRSM)
  - caisses primaires d'assurance maladie
  
  - HAS
  - ANESM
  - ASN
  - ABM
  - AFSSAPS
  - ANAP
  
  - Conseils généraux
  - conseils régionaux
  - Communes ou intercommunalités
- Autres *précisez*

Commentaires (si nécessaire) *texte libre*

**Q4 Sur quelle étape de la fonction IC ou à quelle occasion travaillez vous avec ces autres instances:**

Liste déroulante : plusieurs cases cochées possibles)

- Échange ponctuel d'informations
- Échange régulier d'informations
- Préparation de la programmation annuelle des inspections contrôles
- En cas de dysfonctionnements ou d'événements indésirables en cours d'année
- Lors du bilan annuel des inspections-contrôles de l'année écoulée
- Réalisation conjointe de mission d'inspection
- Gestion des suites d'une inspection
- Autres...*texte libre*

**Q5 Existe-t-il des documents formalisant ces relations :**

Liste déroulante : plusieurs cases possibles

- Convention, cadre, charte...
- Échanges de courriers entre responsables des structures
- Protocole décliné des protocoles Préfet de Région/préfets de départements /ARS
- Outil de transmission d'information: informatisé ou manuel
- Autres : *texte libre*

**Pourriez nous communiquer les documents établis (par messagerie prioritairement) à :**  
[jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr](mailto:jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr); [francoise.schaetzel@igas.gouv.fr](mailto:francoise.schaetzel@igas.gouv.fr)

### **C. Les difficultés de coopération**

**Q6 A votre avis, les difficultés pour coopérer avec d'autres services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres instances sont-elles d'ordre:**

*Liste déroulante plusieurs cases possibles*

Politique

Juridique

Technique

Organisationnelle

Autres *précisez*

Décrivez ces difficultés en quelques mots : *texte libre*

**Q7 avec quel service visé à la Q3 est-il :**

Le plus naturel et logique de coopérer ? *Citez le service*

Le plus facile de coopérer ? *Citez le service*

**Q8 avec qui, en revanche, est-il le plus difficile de coopérer citez le service**

Pourquoi ? *Texte libre*

### **D. Vos propositions**

**Q9 quels éléments faciliteraient le plus les coopérations :**

*Liste déroulante*

Modèle de convention ou de protocole,

Outil de transfert d'information,

Mise en place d'instances de concertation constituées de façon formalisée (par circulaire par exemple)

Autres *texte libre*

**Q10 avez-vous une attente particulière en direction des inspecteurs territoriaux (IT) de l'IGAS sur ce champ de la coopération entre institutions ?**

*Texte libre*

**Q11 quel(s) message(s) ou commentaires souhaitez vous nous faire passer de façon prioritaire ?**

*Texte libre*

**Deuxième partie sur l'articulation de la fonction Inspection contrôle, avec d'autres démarches : certification, évaluation externe des ESMS, CPOM et contrats de performance**

**A. Bonnes pratiques**

**Q12 Dans votre pratique actuelle d'IC, faites vous un lien avec d'autres démarches**

Oui

Non : *si non, passez à la partie B du questionnaire*

**Q13 Si oui, avec quelles démarches faites vous un lien**

*Liste déroulante*

- Certification des établissements de santé
- Evaluation externe des ESMS
- Contractualisation CPOM de l'ARS avec les établissements
- Autre forme de contractualisation
- Contrats de performance ANAP
- Accréditation des médecins de spécialités à risques

- Evaluation de dispositifs commanditée par l'ARS
- accréditation COFRAC (*si oui, précisez sur quel champ*)
- plusieurs d'entre elles en même temps
- autres : pourriez vous les citer (*question ouverte*)

**Pour la suite du questionnaire, sont pris en compte les trois démarches suivantes : certification, évaluation externe, CPOM et autres formes de contractualisation avec les établissements (contrat de performance ANAP, convention tripartite...).**

**Q14 Pour quels aspects de l'exercice d'inspection contrôle faites vous l'articulation avec les trois démarches susmentionnées retenues**

- de façon ponctuelle lors de la programmation annuelle d'IC
- de façon systématique lors de la programmation annuelle d'IC
- jamais lors de la programmation annuelle d'IC
  
- de façon ponctuelle lors de la réalisation d'une mission IC
- de façon systématique lors de la réalisation d'une mission IC
- jamais lors de la réalisation d'une mission IC
  
- de façon ponctuelle dans la gestion des suites
- de façon systématique dans la gestion des suites
- jamais dans la gestion des suites
  
- lors du bilan de programmation de l'année n-1
- autres phases de l'IC: précisez (*question ouverte*)

Commentaires (*texte libre*)

**Q15 De quelle façon ces articulations sont-elles facilitées**

*Cochez les cases concernées*

- grâce à l'utilisation des informations/données générées par les différentes démarches transmises systématiquement par l'organisme (HAS, ANESM, ANAP...)
- grâce à l'utilisation des informations/données générées par les différentes démarches mais imposant une recherche active (demande par mail, connexion au site concerné, téléphone... auprès de l'organisme concerné)
- grâce à l'utilisation des informations/données générées par les différentes démarches et ayant fait l'objet d'une exploitation ad hoc par l'ARS (fiche de synthèse par exemple)
- grâce à l'élaboration de procédures et d'outils conçus par l'ARS (fiches navettes, fiches de synthèse par établissement, procédures ad hoc...)
- grâce à un mode d'organisation au sein de l'ARS
- autres (*question ouverte*)

Commentaires (*texte libre*)

**Pourriez-vous nous adresser les notes et documents à votre disposition faisant état des modes d'articulations que vous évoquez par voie électronique de préférence à**

**[jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr](mailto:jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr); [francoise.schaetzel@igas.gouv.fr](mailto:francoise.schaetzel@igas.gouv.fr)**

**Q16 Y a-t-il, à votre avis, des conditions à respecter pour stabiliser ces articulations (en termes de gestion des informations, de respect des logiques inhérentes à chacune des démarches, de confidentialité...)**

*Texte libre*

**Q17 Y a-t-il des éléments facilitateurs**

- Meilleure connaissance des démarches et des institutions concernées (HAS, ANESM, ANAP...)
- formation des agents
- contexte institutionnel
- autres (*précisez*)

Commentaires (*texte libre*)

**B. Difficultés d'articulation**

**Q18 Rencontrez-vous des difficultés pour articuler l'IC avec les démarches de certification, d'évaluation externe, de CPOM et autres formes de contractualisation avec les établissements (contrat de performance ANAP, convention tripartite...).**

- oui
- non : *si non, passez à la partie C du questionnaire*

**Q19 si oui de quels types sont ces difficultés**

*Liste déroulante plusieurs cases à cocher possible*

- juridique
- déontologique
- difficultés d'accéder aux informations
- organisation de l'ARS
- manque d'outils adaptés
- autres (*texte libre*)

Commentaires (*texte libre*)

**Q20 Ces difficultés sont-elles plus importantes dans l'articulation de l'IC avec les démarches de :**

*Cochez de 1 à 3, en cotant 3 pour la démarche qui vous pose le plus de difficultés d'articulation*

- certification des établissements de santé
- évaluation externe des ESMS
- contractualisation avec les établissements : CPOM et autres formes de contractualisation
- autres précisez (*texte libre*)

**C. Attentes**

**Q21 Quelle aide attendez-vous des inspecteurs territorialisés (MMP-IGAS) pour faciliter les articulations entre la fonction IC et les démarches de certification, d'évaluation externe et de contractualisation**

*Liste déroulante (plusieurs cases peuvent être cochées)*

- mobilisation de l'administration centrale
- propositions organisationnelles
- évolution juridique ou réglementaire
- formalisation d'outils
- échanges de pratiques et d'expériences
- autres : précisez (*texte libre*)

**Q22** **quelles autres propositions souhaitez-vous faire**

*Texte libre*

***Merci de votre contribution***

**V 25 avril 2012**

*Dans le cadre de son dispositif d'amélioration des pratiques d'inspection contrôle, l'IGAS vise à soutenir et à améliorer la coopération entre les différents services et instances ayant pouvoir de contrôle au niveau d'un territoire.*

*Afin de mieux connaître les pratiques, les difficultés et les attentes en la matière, un questionnaire est lancé en direction des 26 DRJSCS.*

*Il doit être rempli par le chef du service dédié de l'inspection contrôle (IC) sauf avis contraire du directeur. Le questionnaire est anonyme.*

*Le champ est celui de missions d'IC sur les établissements, structures et activités publics et privés de votre domaine de compétence (hors champ jeunesse, sport et vie associative)*

*Ce questionnaire est réalisé sous une forme qui permet de cocher des questions fermées et de renseigner les questions ouvertes.*

*Le même type de questionnaire est adressé en parallèle aux responsables de la fonction IC des ARS*

## QUESTIONNAIRE

### Préambule

**Q1 Pouvez-vous répondre pour l'ensemble des DDI de votre région ?**

Oui/non

*Si oui, passez à la partie A du questionnaire*

**Q2 Si non, pourriez vous nous transmettre les coordonnées mail de chaque référent IC de chacune des DDI (la mission les contactera dans un deuxième temps)**

*Liste des coordonnées mail*

*Si vous n'êtes pas en capacité de répondre, pour l'ensemble des DDI de la région, remplissez cependant la suite du questionnaire pour les thématiques de compétence régionale (exemple : contrôle des organismes de formation)*

### A Organisation

**Q3 Une cellule/structure est elle dédiée dans votre ARS ou DRJSCS à la fonction inspection contrôle (IC)?**

Si oui ; à quel niveau de la hiérarchie se situe t elle ? *texte libre*

Commentaires (si nécessaire) *texte libre*

**B. Les pratiques**

**Q4-A l'heure actuelle, sur la fonction IC, travaillez-vous avec un certain nombre de services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres institutions ?**

Oui

Non : *si non passer à la partie C du questionnaire*

.

**Q5 si oui, lesquels :**

*Liste déroulante : plusieurs cases à cocher possible*

- DIRECCTE

- DREAL

- DD/DRFIP

- DIR PJJ

- ARS

- SDIS

- Chambre régionale des comptes

- Direction régionale du service médical (DRSM)

- caisses primaires d'assurance maladie

- HAS

- ANESM

- ASN

- ABM

- AFSSAPS

- ANAP

- Conseils généraux
- conseils régionaux
- Communes ou intercommunalités
  
- Autres *précisez*

Commentaires (si nécessaire) *texte libre*

**Q6 Sur quelle étape de la fonction IC ou à quelle occasion travaillez vous avec ces autres instances:**

*Liste déroulante : plusieurs cases cochées possibles)*

- Échange ponctuel d'informations
- Échange régulier d'informations
- Préparation de la programmation annuelle des inspections contrôles
- En cas de dysfonctionnements ou d'événements indésirables en cours d'année
- Lors du bilan annuel des inspections-contrôles de l'année écoulée
- Réalisation conjointe de mission d'inspection
- Gestion des suites d'une inspection
- Autres...*texte libre*

**Q7 Existe-t-il des documents formalisant ces relations :**

*Liste déroulante : plusieurs cases possibles*

- Convention, cadre, charte...
- Échanges de courriers entre responsables des structures
- Protocole décliné des protocoles Préfet de Région/préfets de départements /ARS...
- Outil de transmission d'information: informatisé ou manuel
- Autres : *texte libre*

Pourriez nous communiquer les documents établis (par messagerie prioritairement) à :  
[jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr](mailto:jean-jacques.tregoat@igas.gouv.fr); [francoise.schaetzel@igas.gouv.fr](mailto:francoise.schaetzel@igas.gouv.fr)

### **C. Les difficultés de coopération**

**Q8 A votre avis, les difficultés pour coopérer avec d'autres services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres instances sont-elles d'ordre:**

*Liste déroulante* plusieurs cases possibles

Politique

Juridique

Technique

Organisationnelle

Autres *précisez*

Décrivez ces difficultés en quelques mots : *texte libre*

**Q9 avec quel service visé à la Q5 est-il :**

Le plus naturel et logique de coopérer ? *Citez le service*

Le plus facile de coopérer ? *Citez le service*

**Q10 avec qui, en revanche, est-il le plus difficile de coopérer citez le service**

Pourquoi ? *Texte libre*

### **D. Vos propositions**

**Q11 quels éléments faciliteraient le plus les coopérations :**

*Liste déroulante*

Modèle de convention ou de protocole,

Outil de transfert d'information,

Mise en place d'instances de concertation constituées de façon formalisée (par circulaire par exemple)

*Autres texte libre*

**Q12 avez-vous une attente particulière en direction des inspecteurs territoriaux (IT) de l'IGAS sur ce champ de la coopération entre institutions ?**

*Texte libre*

**Q13 quel(s) message(s) ou commentaires souhaitez vous nous faire passer de façon prioritaire ?**

*Texte libre*

**Merci pour votre contribution**

**V 25 avril 2012**



## **Annexes 3 : Tableaux de commentaires issus des questionnaires SOLEN**

Ces tableaux reprennent les commentaires apportés par les référents IC deux réseaux à la question intitulée « *A l'heure actuelle, sur la fonction IC, travaillez vous avec un certain nombre de services de l'Etat, des collectivités territoriales ou d'autres institutions ?* »



## Annexe 3-1 ARS

Région 1	Les échanges avec les administrations / collectivité / autres autorités de contrôle cités précédemment sont de degré différent : pour certains, il s'agit d'échanges ponctuels sur un dossier particulier (DIRECCTE, HAS, conseil de l'ordre des médecins...), pour d'autres il s'agit de partenariat en cours de formalisation (Conseils généraux, DRJSCS, ASN).
Région 2	Par rapport à certains acteurs externes, ce travail est plus ou moins construit (parfois travaux menés de manière conjoncturelle compte tenu du sujet), ancien
Région 3	liaisons avec les services de l'Etat restent modestes sur le champ de l'IC (DR/DDCS). Celles avec les CG importantes du fait de la programmation d'IC importantes du fait de la programmation d'IC conjointes sur le secteur MS (bientraitance notamment).
Région 4	<p>Les relations commencent à s'organiser et à se formaliser.</p> <p>Elles ont été mises en place et fonctionnent dans le cadre de protocoles DGARS/Préfet de région et préfet de département pour la cohésion sociale et d'une convention technique de collaboration avec l'ASN.</p> <p>Les relations avec les conseils généraux en matière d'IC vont faire l'objet d'une réflexion particulière dans le cadre des travaux en cours entre l'ARS et les 4 CG de la région sur l'organisation de leurs relations.</p> <p>Elles restent à construire avec les autres partenaires cités plus haut. Elles sont à prolonger avec la DD/DRFIP avec laquelle l'agence a déjà signé un protocole mais dont l'annexe relative à l'inspection contrôle reste à élaborer.</p> <p>Par ailleurs, la Mission Inspection Contrôle envisage de lancer une réflexion en interne sur les liens à établir entre l'ARS et les parquets.</p>
Région 5	Si l'ARS travaille effectivement ces autres services, le lien ne se fait pas forcément avec l'unité ICE (ex : DREAL (mission interservices de l'Etat) /direction de la santé publique et environnementale pour la protection des périmètres de captage, DRSM / Direction de l'offre de soins pour les contrôles T2A,...)
Région 6	Une inspection d'ampleur avec la DRFIP et la DIRECCTE a eu lieu fin 2011/2012, avec la coordination générale assurée par l'ARS. L'expérience a été concluante, l'ARS a pu de la sorte "ancrer" son expertise auprès des services de l'Etat en fournissant un appui méthodologique et pédagogique fort. Une réunion de lancement tripartite s'est déroulée le 28 novembre 2011.
Région 7	Nous participons au CODAF et sommes en train de structurer nos relations avec les différentes parties prenantes. Il s'agit d'un lieu de réunion où l'on essaye de promouvoir la culture de l'inspection notamment sur le volet préventif. A noter qu'en Corse, la justice commence à s'appuyer sur nos rapports : c'est timide, mais le mouvement est amorcé. Enfin, nous allons axer nos efforts pour essayer d'organiser des rencontres avec nos différents partenaires en les rendant pérennes et sur un rythme raisonnable (ex. : 4 réunions/an maximum)
Région 8	L'ARS a renforcé les coopérations avec les Conseils généraux (en les associant à notre programme annuel ambitieux d'inspection du quart des EHPAD sur le repérage des risques de maltraitance). L'ARS a contribué fortement à la réalisation des missions d'inspection de la DRJSCS et des DDCSPP (inspection des séjours de vacances adaptées organisées). L'ARS a associé également la DRJSCS aux inspections de centres de formation paramédicales. Par contre, les coopérations avec la DRFIP, la DIRECCTE et la PJJ sont limitées.

Région 9	<p>Si pour l'instant ces collaborations n'ont pu s'établir que lors de missions portant sur des champs communs, pour avoir eu l'occasion d'effectuer en Ile de France une importante mission conjointe DRASS/DDASS/Inspection des Impôts/ Assurance maladie, de mon point de vue dès l'élaboration du PRICE et lors de l'instruction des réclamations le nécessitant, il est plus que souhaitable que ce type d'inspection puisse être possible avec des équipes composées de membres issus d'administrations et ou organismes différents.</p> <p>En effet, la spécialisation de chacun des membres et le croisement de leur regard ne peut qu'en accroître l'efficacité et au final la cohérence de l'action publique en ce domaine.</p>
Région 10	<p>Pour la DRSM compte tenu de temps de médecin affecté à l'ARS il ne s'agit plus directement d'inspection -contrôle en commun, mais travail fréquent en phase préparatoire</p>
Région 11	<p>DRJS/DDCS : pas de programme concerté mais missions non programmées conjointes quand c'est nécessaire (proposition conjointe au Préfet °</p> <p>assurance maladie et CG membres de l'observatoire régional des plaintes sont des partenaires réguliers, ils sont concertés lors de l'élaboration du programme d'inspection de l'ARS.</p> <p>échanges plus ponctuels avec DIRECCTE lors de suites s'inspections difficiles avec problèmes sociaux.</p>
Région 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Inspections conjointes sur ESMS avec conseils généraux (co-financeurs), DDCS et AM parfois</li> <li>_ Echanges d'information plutôt avec la DIRECCTE</li> <li>_ Inspections communes avec l'ABM et l'ASN</li> <li>_ Réflexion en cours avec la DRSM pour échanges, travail en commun et répartition des rôles pour le traitement des réclamations</li> </ul>
Région 13	<p>Les agences nationales ont des liens directs avec les Directions Métiers (direction de l'offre de soins, direction de l'offre médico-sociale et du département stratégie), mais pas de lien direct avec le département "I/C" sauf lorsqu'elles sont commanditaires d'inspections/contrôles (dans le cadre des directives nationales). En revanche, lors de la préparation des I/C, les documents produits par les Agences sont systématiquement consultés par les inspecteurs.</p>
Région 14	<p>Le niveau de collaboration est variable suivant les structures précitées; cela s'étend de l'échange d'information ponctuelle (HAS, communes...) à des inspections conjointes (ex avec ASN suite à un incident grave) La fréquence des collaborations également.</p>
Région 15	<p>Coopération ponctuelle dans le cadre de gestion de plainte</p>
Région 16	<p>les contacts avec la DRJSCS sont très limités, notamment rien sur les vacances adaptées. De même avec la directe, il s'agit plus de signalements de notre part que de collaboration.</p> <p>Avec l'ASN, il arrive que des inspections soient faites conjointement.</p>

## Annexe 3-2 DRJSCS

Région 1	Il y a lieu de souligner l'excellente collaboration avec l'ensemble des partenaires s'agissant des IC
Région 2	La mission IC de la DR a été créée en février 2012.
Région 3	Le travail en réseau vu du niveau régional concerne principalement le réseau ARS compte tenu de la diversité des zones d'intérêt commun (compétences, ressources, ...). Les organisations régionales IC restent cloisonnées et les travaux menés avec les sièges ARS pourrait offrir matière à réflexion, sachant qu'une plus grande proximité des réseaux régionaux devrait logiquement s'accompagner d'une plus grande perméabilité des pratiques et compétences si l'on devait dépasser le stade des échanges d'information et des coordinations de programmation.
Région 4	ANESM: sollicitation pour intervenir auprès des partenaires dans le cadre de l'évaluation des ESSMS (en cours).
Région 5	L'ARS est informée de notre programmation régionale d'inspection. A ce jour, la DRJSCS n'a pas eu à solliciter l'ARS par rapport à ses compétences spécifiques. Une dynamique est engagée pour un renforcement de la coopération ARS/DRJSCS conformément à l'instruction du 11 janvier 2011
Région 6	Pas encore de pratiques avec d'autres services
Région 7	S'agissant d'expertises sur la situation financière des établissements, nous faisons appel à la DRFIP qui dispose d'une mission d'expertise.
Région 8	Avec DDCS/PP (pôle santé animale) : réalisation conjointe de mission d'inspection ainsi qu'avec la Brigade nautique de la Gendarmerie nationale ou la Gendarmerie Maritime. Avec le Pôle de protection économique du consommateur (répression des fraudes) à la DDCS/PP, échanges d'information. Avec la DRFIP (BCR) contrôle commun sur les produits dopants.
Région 9	Dans le cadre des changements opérés par les RGPP et REATE, la cartographie des compétences a été bousculée et les relations « coupées de façon nette ». Il faut maintenant progressivement reconstruire.
Région 10	Le partenariat principal de la DRJSCS se mène avec les DDCS(PP) : préparation du plan de contrôle, échange de pratiques, animation de formations, contrôles conjoints. Des partenariats formalisés sont à l'ordre du jour avec l'ARS, la DIRRECTE et la DRFIP
Région 11	les conseils généraux ont été avertis des inspections du programme national de lutte contre la maltraitance dans les établissements relevant de leur autorisation (adultes handicapés et personnes âgées, établissements d'hébergements non médicalisés) mais ne sont pas associés aux inspections.
Région 12	Le travail avec les DDCS/DDCSPP est bien engagé mais doit s'intensifier à l'avenir La coopération avec l'ARS est très ponctuelle et doit faire l'objet d'un protocole prochainement La DDFIP 16 est intervenue sur un audit sur un établissement social



## ANNEXE 4 : Les conventions, protocoles, accords-cadres de partenariat entre acteurs de l'inspection contrôle

### 1. LES CONVENTIONS ARS/PREFET DE REGION ET PREFET DE DEPARTEMENT

3 types de conventions ont déjà été signées entre Préfets (ou DRJSCS) et DG d'ARS :

- *les conventions ARS/ Préfet de département prévues par les articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 du Code de la santé publique* signées généralement à la mi-2010 avec quelques avenants, signés plus récemment, comme en Franche-Comté (août 2011) ou en région Centre (août 2011), pour ceux portés à la connaissance de la mission ;
- *une convention cadre relative aux collaborations entre le Préfet de la région et le Directeur général de l'ARS en matière de cohésion sociale*, signée en Bretagne en mai 2011 pour trois ans **qui prévoit un volet sur l'inspection contrôle**. Ce document a ensuite été décliné entre le DG de l'ARS et les 4 Préfets de département de la région ;

Ces quatre protocoles se réfèrent aux protocoles départementaux Préfets /ARS signés en 2010 mais également à l'instruction N° SG/2011/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les ARS et les services déconcentrés de la cohésion sociale.

- Des protocoles de collaboration, très peu nombreux, entre les ARS et les DRJSCS qui prennent des formes variables et s'inscrivent dans la droite ligne de l'instruction susvisée du 11 janvier 2011 ont également été élaborés à savoir :

En Alsace, un *protocole de collaboration entre la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'Agence régionale de santé* signée le 30 mai 2012.

En Pays de la Loire, un *document d'objectifs partagés relatif à l'organisation des relations entre : l'agence régionale de santé et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale*, signé le 25 juin 2012 pour 3 ans.

En Rhône-Alpes, *une convention cadre relative aux collaborations entre les services de l'Etat et l'agence régionale de santé au titre de la politique de santé au bénéfice des populations vulnérables et de la protection de la santé des sportifs* a été signée en juin 2012, **sans toutefois comprendre un volet inspection contrôle**.

En Haute-Normandie un *protocole de partenariat entre : l'agence régionale de santé de Haute-Normandie, la direction régionale de la jeunesse et des sports de Haute-Normandie, la direction départementale de la cohésion sociale de Seine-Maritime, la direction départementale de la cohésion sociale de l'Eure* est en cours de signature.

## 2. LES AUTRES CONVENTIONS OU PROTOCOLES NATIONAUX ENTRE AGENCES OU AUTORITES ET ADMINISTRATIONS CENTRALES

### 2.1. *Les conventions entre administrations centrales*

- Protocole de coopération dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire signé le 29 décembre 2006 entre la DGAL, la DGCCRF et la DGS ; durée non précisée.
- Une note de service N°DGS/SD7D/2007/86 du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative au protocole du 29 décembre 2006 a été envoyée aux services déconcentrés de l'époque leur rappelant les finalités de ce protocole dont celles « d'améliorer la coordination des services locaux en matière de programmation des contrôles et favoriser les échanges d'information » et « d'assurer une répartition optimale des moyens et la complémentarité des actions de contrôle ».
- Circulaire interministérielle DS/C3/DGCS/4A/DJEPVA/A2 n° 2011-30 du 21 février 2011 relative au contrat de plan régional de développement des formations professionnelles (CRPDFP).

### 2.2. *Les conventions avec l'ABM, l'ASN et l'ANSM concernent, sauf exception, les seules ARS*

- L'administration compétente de l'Etat (DGS) n'a pas prévu d'élaborer de convention de partenariat avec l'ABM, mais le contrat d'objectifs et de performance 2012-2015 (COP), signé le 30 juillet 2012 prévoit au titre de l'objectif de performance n°7 : *de formaliser les relations avec les ARS pour améliorer l'appui à la politique de santé au niveau territorial*. L'annexe relative cet objectif le cadre des relations ABM/ARS et prévoit notamment le renforcement des inspections conjointes pour certaines activités.
- L'Etat (DGS) et l'ASN sont en train de finaliser une convention de partenariat définissant les modalités de collaboration entre les divisions territoriales de l'ASN et les agences régionales de santé.

Une première convention définissant les modalités de collaboration entre l'autorité de sûreté nucléaire et la direction générale de la santé vient d'être signée le 4 septembre 2012. C'est ce texte qui précise dans son article 3 que « les modalités de collaboration entre les divisions territoriales de l'ASN et les ARS... font l'objet d'une convention cadre entre l'ASN, le SGM et la DGS... ».

- Pas de convention entre l'AFSSAPS (devenu ANSM) et l'Etat mais une demande formulée par cette agence au moment de la création des ARS que des conventions de collaboration puissent être signées avec celles-ci, après validation d'une convention-type par l'Etat.
- Une circulaire DGS/EA/2007/232 du 13 juin 2007 relative au contrôle et à la gestion du risque sanitaire liés à la présence de radionucléides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exception des eaux conditionnées et des eaux minérales naturelles. En annexe est fournie une note de l'ASN montrant l'intrication des contrôles et donc les partenariats nécessaires à monter puis à suivre dans ces champs.

### 2.3. *Conventions entre agences et autorités indépendantes*

- *Un accord-cadre de collaboration entre l'ASN et l'AFSSAPS a été signé le 15 juillet 2009 dans le domaine des produits de santé contenant des radionucléides ou émettant des rayonnements ionisants.* Parmi les domaines et modalités de collaboration figure en premier lieu « la coordination des questions d'inspection relevant de l'AFSSAPS et de l'ASN » ; durée de 3 ans.
- Enfin un **accord-cadre de collaboration** a été signé en décembre 2008 entre **l'ASN et la HAS** dans le domaine des soins médicaux utilisant les rayonnements ionisants. Un autre accord-cadre de collaboration a été signé entre l'ASN et l'AFSSAPS en juillet 2009 dans le domaine des produits de santé contenant des radionucléides ou émettant des rayonnements ionisants. Parmi les domaines et modalités de collaboration relevés figurent la coordination des questions d'inspection relevant de l'AFSSAPS et de l'ASN et la radioprotection dans la recherche biomédicale.

Ces deux textes sont utiles à connaître par toutes les ARS car à la frontière de compétences partagées avec elles et l'ASN ou l'AFSSAPS devenue ANSM.

### 2.4. *Certaines agences ont aussi passé des conventions avec d'autres administrations qui ne relèvent pas du champ sanitaire mais qui ont des compétences sur des structures ou des sites de ce champ, notamment celui de la sécurité sanitaire*

- *Protocole de coopération entre la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* signée le 26 décembre 2006 pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction.

### 2.5. *Les autres accords entre agence et autorité indépendante ou avec l'Etat (champ DIRECCTE)*

- De nombreux textes de collaboration ont été signés entre **l'Etat (DGT) et l'ASN** dont deux circulaires et une convention au moins sont toujours applicables :
  - circulaire DGT/ASN n° 13 du 16 novembre 2007 relative à la coordination de l'action des inspecteurs de la radioprotection et des inspecteurs contrôleurs du travail en matière de prévention des risques liés aux rayonnements ionisants ;
  - circulaire DGT/ASN n° 4 du 21 avril 2010 relative aux mesures de prévention des risques d'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants ;
  - Convention définissant les modalités de collaboration entre l'autorité de sûreté nucléaire et la direction générale du travail datée du 1<sup>er</sup> mars 2011.

Au vu de ces textes et notamment des deux circulaires susvisées, *des conventions de collaboration ont été déclinées avec les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les divisions territoriales de l'ASN.* Quinze ont été signées à ce jour.

### **3. D'AUTRES PARTENARIATS SONT CONCLUS AU NIVEAU NATIONAL TOUT EN IMPLIQUANT DIRECTEMENT LES ARS**

#### **3.1. Les conventions ou contrat ARS et assurance maladie**

- Un contrat-type a été élaboré entre les agences régionales de santé et les organismes et services d'assurance maladie sur la période 2010-2013.
- Au niveau de chaque région a ensuite été signé un contrat entre l'ARS et les organismes et services d'assurance maladie du régime général. Le contrat national et le contrat local visent tous les deux le contrat Etat/UNCAM 2010-2013 et la COG de la CNAMTS 2010-2013.

#### **3.2. Les conventions signées au niveau régional**

- Au niveau régional, dans l'attente de la signature de conventions entre l'ANSM et les ARS, les principales conventions de collaboration concernent pour les agences celles signées avec les divisions de l'ASN. Huit conventions ont été signées à ce jour avec les ARS.

L'absence de cadre national explique la forme et le contenu variable de ces conventions qui toutes cependant traitent des modalités d'inspection des activités médicales et de possibilités **d'inspections concomitantes ou conjointes**<sup>121</sup>

### **4. LES PROTOCOLES ENTRE RESEAUX TERRITORIAUX ET CONSEILS GENERAUX**

#### **4.1. Protocole ARS conseils généraux**

- Un projet de protocole en cours recensé par la mission entre l'ARS d'Alsace et les conseils généraux du Bas-Rhin et du haut Rhin sur la fonction inspection contrôle des établissements médico-sociaux de champ de compétence conjointe (en cours de **finalisation** pour une signature prévue au 1<sup>er</sup> trimestre 2013)

#### **4.2. Convention DPJJ et conseils généraux**

- Convention type nationale de collaboration entre la DPJJ et les conseils généraux dans le cadre de l'audit et contrôles des structures à double habilitation avec déclinaison au niveau de chaque Direction interrégionale de la DPJJ et chaque conseil général concerné

### **5. LES COOPERATIONS INTERNES AUX DEUX RESEAUX**

#### **5.1. Les coopérations entre ARS**

- Convention de partenariat 2013 entre les ARS de Corse et de PACA en matière d'inspection contrôle

---

<sup>121</sup> A titre indicatif parmi les documents lus par la mission on parle de conventions de collaboration, de conventions de collaboration technique voire de feuille de route ASN - division territoriale et ARS

### **5.2. *Les coopérations au sein des directions en charge de la cohésion sociale***

- Organisation de l'appui apporté par la MRICE d'Alsace à la DDCS du Bas-Rhin et à la DDCSPP du Haut-Rhin pour réaliser les inspections contrôles notamment des CHRS
- Charte de fonctionnement de mars 2010 en Basse-Normandie entre le niveau régional et le niveau départemental avec déclinaison de l'offre de service DRJSCS aux préfets de chaque département de la région (DDCS(PP)) notamment en matière d'inspection contrôle
- Protocole d'accord d'appui technique de la DRJSCS de Franche Comté (par mobilisation de ses personnels au profit de la DDCSPP du Doubs pour la réalisation des contrôles ACM (février 2012)

### **5.3. *Relations entre ARS et DRJSCS dans le domaine des formations***

- Instruction DGOS/RH1 n° 2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professions de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.



## ANNEXE 5 : Récapitulatif des textes réglementaires sur l'inspection contrôle

Source : site Légifrance

### 1. LA CLAUSE DE COMPETENCE GENERALE DU PREFET DE DEPARTEMENT

**Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements**

○ **Article 11**

- Modifié par [Décret n°2010-146 du 16 février 2010 - art. 5](#)

Le préfet de département a la charge de l'ordre public et de la sécurité des populations. Il est responsable, dans les conditions fixées par les lois et règlements relatifs à l'organisation de la défense et de la sécurité nationale, de la préparation et de l'exécution des mesures de sécurité intérieure, de sécurité civile et de sécurité économique qui concourent à la sécurité nationale.

Il est tenu informé par l'autorité militaire de toutes les affaires qui peuvent avoir une importance particulière dans le département

- Pour mémoire, article L313-13 alinéas 2 et 6 du CASF (cf. infra)

○ **Article L331-5**

- Modifié par [LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116](#)

Sans préjudice de l'application des dispositions prévues à [l'article L. 313-16](#) si la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint aux responsables de celui-ci de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet.

S'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans ce délai, le représentant de l'Etat ordonne la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'établissement.

En cas d'urgence ou lorsque le responsable de l'établissement refuse de se soumettre au contrôle prévu à [l'article L. 331-3](#), le représentant de l'Etat peut, sans injonction préalable, prononcer par arrêté motivé et à titre provisoire une mesure de fermeture immédiate.

En cas de décision de fermeture prise par le président du conseil général, le représentant de l'Etat dans le département exécute cette décision en appliquant, avec le concours de celui-ci, les dispositions prévues à [l'article L. 331-6](#).

Lorsque le service relève du 14° ou du 15° du I de [l'article L. 312-1](#) :

1° L'injonction prévue au premier alinéa peut être demandée par le procureur de la République ;

2° La décision de fermeture prévue au deuxième alinéa est prise par le représentant de l'Etat dans le département sur avis du procureur de la République ou à la demande de celui-ci. Le procureur de la République est informé de la fermeture du service

## 2. LE CONTROLE DES ESSMS

### o Article L312-1

- Modifié par [LOI n°2011-901 du 28 juillet 2011 - art. 15](#)

I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles [L. 221-1](#), [L. 222-3](#) et [L. 222-5](#) ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à [l'article L. 2132-4](#) du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de [l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945](#) relative à l'enfance délinquante ou des [articles 375](#) à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par [l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945](#) relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à [l'article L. 322-4-16](#) du code du travail et des entreprises adaptées définies aux [articles L. 323-30](#) et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à [l'article L. 323-15](#) du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue,

les structures dénommées " lits halte soins santé " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des [articles L. 351-2 et L. 353-2](#) du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article [L. 348-1](#) ;

14° Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II.-Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

#### ○ **Article L313-13**

- Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18](#)

Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'Etat, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles [L. 1421-1](#) et [L. 1435-7](#) du code de la santé publique ou par les personnels des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse.

Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les

personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'Etat dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III.-Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des [articles L. 311-4 à L. 311-8](#). Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des [articles L. 313-13 à L. 313-25](#), dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV.-Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V. — Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse

○ **Article L331-1**

- Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18](#)

Le contrôle des établissements, services, lieux de vie ou d'accueil, autorisés, agréés ou déclarés dans les conditions du présent code, est exercé notamment par les membres de l'inspection générale des affaires sociales. Ce contrôle tend, notamment, à s'assurer de la sécurité des personnes accueillie

○ **Article L313-3**

- Modifié par [LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 47 \(V\)](#)

L'autorisation est délivrée :

- a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;
- b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;
- c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;
- d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;
- e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ;
- f) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.

NOTA:

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art 131 II : Les 3°, 8°, 9° et 10° du I de l'article 124, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article (1er juillet 2010). Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée au I de cet article et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article

### 3. LES CONTROLES DE STRUCTURES OU D'ACTIVITES SPECIFIQUES

#### 3.1. *Les séjours de vacances adaptées organisées pour les personnes adultes handicapées*

##### Article L412-2 code du tourisme

- Créé par [Loi n°2006-437 du 14 avril 2006 - art. 15 JORF 15 avril 2006](#)

I. - Toute personne physique ou morale qui organise, en les réalisant ou en les faisant réaliser, des activités de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinées spécifiquement à des groupes constitués de personnes handicapées majeures doit bénéficier d'un agrément "Vacances adaptées organisées". Cet agrément, dont les conditions et les modalités d'attribution et de retrait sont fixées par décret en Conseil d'Etat, est accordé par le représentant de l'Etat dans la région.

Si ces activités relèvent du champ d'application des articles L. 211-1 et L. 211-2, cette personne doit en outre être titulaire de l'autorisation administrative dans les conditions définies par les chapitres II et III du titre Ier du livre II.

Sont dispensés d'agrément les établissements et services soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles qui organisent des séjours de vacances pour leurs usagers dans le cadre de leur activité.

II. - Le représentant de l'Etat dans le département dans le ressort duquel sont réalisées les activités définies au I peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en ordonner la cessation immédiate ou dans le délai nécessaire pour organiser le retour des personnes accueillies, lorsque ces activités sont effectuées sans agrément ou lorsque les conditions exigées par l'agrément ne sont pas respectées. Le contrôle est confié aux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et aux médecins de santé publique de ce département.

III. - Le fait de se livrer aux activités mentionnées au I sans agrément ou de poursuivre l'organisation d'un séjour auquel il a été mis fin en application du II est puni de 3 750 euros d'amende. Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie au présent article.

Les peines encourues par les personnes morales sont l'amende, suivant les modalités définies par l'article 131-38 du code pénal, ainsi que les peines prévues aux 2°, 4° et 9° de l'article 131-39 du même code, suivant les modalités prévues par ce même code.

#### 3.2. *Le contrôle des formations sociales, médico-sociales, paramédicales et dans le champ de l'animation et du sport*

##### o Article L451-1

- Modifié par [Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 - art. 6 JORF 6 mars 2007](#)

Les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion du droit au logement, de la cohésion sociale et du développement social.

Les diplômes et titres de travail social sont délivrés par l'Etat conformément aux dispositions du I de l'article L. 335-6 du code de l'éducation, dans le respect des orientations définies par le ministre chargé des affaires sociales après avis du Conseil supérieur du travail social.

Les établissements publics ou privés dispensant des formations sociales initiales et continues participent au service public de la formation. Ils sont soumis à une obligation de déclaration préalable auprès du représentant de l'Etat dans la région ainsi qu'aux obligations et interdictions prévues aux 2 et 4 de l'article L. 920-4 du code du travail.

L'Etat contrôle, en outre, dans des conditions fixées par voie réglementaire, le respect des programmes, la qualification des formateurs et directeurs d'établissement et la qualité des enseignements délivrés par ces établissements pendant la durée des formations, préparant aux diplômes et titres de travail social.

Les départements sont consultés sur la définition et le contenu des formations.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 participe aux travaux relatifs à la définition et au contenu des formations qui concernent les personnels salariés et non salariés engagés dans la prévention et la compensation des handicaps et de la perte d'autonomie.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, les sanctions encourues en cas de non-respect des prescriptions du présent article

○ **Article L4383-1**

- Modifié par [LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 39 \(V\)](#)

L'Etat fixe les conditions d'accès aux formations des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé. Il détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves. Il délivre les diplômes.

Le directeur général de l'agence régionale de santé contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation.

Le directeur général de l'agence régionale de santé contrôle également les établissements de formation agréés en application de [l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements

○ **Article L4383-2**

- Créé par [Loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 73 \(V\) JORF 17 août 2004](#)

Pour chacune des professions mentionnées aux titres Ier à VII du présent livre, le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession considérée peut être fixé de manière annuelle ou pluriannuelle. Ce nombre est fixé au plan national et pour chaque région par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur pour les formations sanctionnées par un diplôme de l'enseignement supérieur et par le ministre de la santé pour les autres formations, après avis des conseils régionaux qui tiennent compte, notamment, des besoins de la population. Dans chaque région, il est réparti entre les instituts ou écoles par le conseil régional, sur la base du schéma régional des formations sanitaires.

○ **Article L4383-3**

- Modifié par [LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 39 \(V\)](#)

La création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le président du conseil régional agréé, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, les directeurs des instituts ou écoles de formation mentionnés au premier alinéa.

Les autorisations et agréments mentionnés au présent article peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions législatives ou réglementaires régissant l'organisation des formations et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces instituts ou écoles.

Les conditions dans lesquelles sont délivrés les autorisations et les agréments sont fixées par voie réglementaire.

NOTA:

Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 article 39 II : Les articles L. 4244-2 et L. 4383-3 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue du I du présent article, entrent en vigueur en même temps que les dispositions de la loi de finances compensant les charges résultant, pour les régions, des compétences étendues par ces articles.

**Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale**

○ Article 3

II. — Sous l'autorité des ministres chargés de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale recense les besoins de formation, délivre les diplômes pour lesquels il reçoit délégation de ces ministres, désigne et organise les jurys relatifs à ces diplômes, contrôle et évalue les organismes de formation. Il contribue, par ailleurs et en coordination avec le réseau des établissements publics placés sous la tutelle des ministres concernés, à la mise en œuvre de l'offre publique de formation.

Pour l'exercice des missions définies à l'alinéa précédent, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale peut donner délégation de signature à des agents placés sous son autorité dans les matières relevant de ses attributions

○ **Article L214-13**

- Modifié par [LOI n°2008-126 du 13 février 2008 - art. 14](#)

I.-La région adopte le plan régional de développement des formations professionnelles et s'assure de sa mise en œuvre. Ce plan a pour objet de définir une programmation à moyen terme des actions de formation professionnelle des jeunes et des adultes et de favoriser un développement cohérent de l'ensemble des filières de formation en favorisant un accès équilibré des femmes et des hommes à chacune de ces filières de formation.

Il comporte des actions de formation et d'information destinées à favoriser leur insertion sociale.

Il définit également les priorités relatives à l'information, à l'orientation et à la validation des acquis de l'expérience.

Ce plan est élaboré en concertation avec l'Etat, les collectivités territoriales concernées et les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives à l'échelon national ainsi que l'institution mentionnée à l'article [L. 311-7](#).

Il est approuvé par le conseil régional après consultation des conseils généraux, du conseil économique et social régional, des chambres de commerce et d'industrie, des chambres de métiers et des chambres d'agriculture au niveau régional, du conseil académique de l'éducation nationale, du comité régional de l'enseignement agricole et du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle.

Il prend en compte les orientations et les priorités définies par les contrats d'objectifs conclus en application du V ainsi que, pour ce qui concerne les jeunes, les dispositions relatives à la formation professionnelle qui figurent au schéma prévisionnel des formations des collèges, des lycées, des établissements d'éducation spéciale, des lycées professionnels maritimes et des établissements d'enseignement agricole prévu à l'article [L. 214-1](#) du présent code et, pour sa partie agricole, au schéma prévisionnel national des formations de l'enseignement agricole prévu à l'article [L. 814-2 du code rural](#).

II.-Le plan régional de développement des formations professionnelles pour sa partie consacrée aux jeunes couvre l'ensemble des filières de formation des jeunes préparant l'accès à l'emploi et veille à assurer une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans ces filières de formation professionnelle. Il inclut le cycle d'enseignement professionnel initial dispensé par les établissements d'enseignement artistique.

Il vaut schéma prévisionnel d'apprentissage, schéma régional des formations sociales et schéma régional des formations sanitaires.

III.-Le plan régional de développement des formations professionnelles, pour sa partie consacrée aux adultes, couvre l'ensemble des actions de formation professionnelle visant à favoriser l'accès, le maintien et le retour à l'emploi.

IV.-Des conventions annuelles d'application précisent, pour l'Etat et la région, la programmation et les financements des actions.

Elles sont signées par le président du conseil régional, le représentant de l'Etat dans la région ainsi que, selon leur champ d'application, par les divers acteurs concernés.

Dans les établissements d'enseignement du second degré, les établissements relevant des articles [L. 811-1](#) et [L. 813-1 du code rural](#) et les établissements relevant du ministère chargé des sports, ces conventions, qui sont également signées par les autorités académiques, prévoient et classent, par ordre prioritaire, en fonction des moyens disponibles, les ouvertures et fermetures de sections de formation professionnelle initiale. Leurs stipulations sont mises en œuvre par l'Etat et la région dans l'exercice de leurs compétences, notamment de celles qui résultent de l'article [L. 211-2](#) du présent code et de l'article rural. A défaut d'accord, les autorités de l'Etat prennent, pour ce qui les concerne, les décisions nécessaires à la continuité du service public de l'éducation.

V.-L'Etat, une ou plusieurs régions, une ou plusieurs organisations représentatives des milieux socioprofessionnels et, le cas échéant, l'institution mentionnée à l'article [L. 311-7 du code du travail](#) peuvent conclure des contrats fixant des objectifs de développement coordonné des différentes voies de formation professionnelle initiale et continue, notamment de formation professionnelle alternée et de financement des formations des demandeurs d'emploi. Ces contrats d'objectifs peuvent être annuels ou pluriannuels.

Ces contrats déterminent notamment les objectifs qui concourent à favoriser une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans les métiers auxquels préparent les différentes voies de formation professionnelle initiale et continue.

Les chambres de métiers, les chambres de commerce et d'industrie et les chambres d'agriculture peuvent être associées aux contrats d'objectifs.

L'Etat, la région ou la collectivité territoriale de Corse, les chambres consulaires, une ou plusieurs organisations représentatives d'employeurs et de salariés peuvent également conclure des contrats d'objectifs et de moyens visant au développement de l'apprentissage

conformément à l'article [L. 118-1 du code du travail](#). Ces contrats peuvent prendre la forme d'une annexe aux contrats visés à l'alinéa précédent.

VI.-Dans le cadre de son plan régional de développement des formations professionnelles, chaque région arrête annuellement un programme régional d'apprentissage et de formation professionnelle continue, après avis du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les départements, les communes ou groupements de communes qui ont arrêté un programme de formation sont associés, à leur demande, à l'élaboration du programme régional.

Pour la mise en œuvre de ce programme, des conventions sont passées avec les établissements d'enseignement publics et les autres organismes de formation concernés.

#### **4. LES POUVOIRS DE CONTROLES DES AGENCES ET AUTORITES INDEPENDANTES DANS LE CHAMP SANITAIRE**

##### **4.1. Agence de la biomédecine(ABM)**

###### **o Article L1418-2**

Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 19](#)

Pour l'accomplissement des missions prévues aux 4°, 10° et 11° de l'article [L. 1418-1](#), l'agence désigne parmi ses agents des inspecteurs chargés des contrôles et investigations y afférents et peut demander aux autorités administratives compétentes de l'Etat ou aux établissements publics concernés de faire intervenir leurs agents habilités à contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires visant à préserver la santé humaine.

Ces inspecteurs peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence.

Les dispositions des [articles L. 1421-2, L. 1421-3 et L. 1426-1](#) sont applicables aux inspecteurs de l'agence.

L'agence est destinataire des rapports de contrôle et d'inspection concernant les activités relevant de sa compétence

##### **4.2. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**

###### **o Article L5313-1**

L'agence désigne, parmi ses agents, des inspecteurs qui contrôlent l'application des lois et règlements relatifs aux activités et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1. Ils sont également chargés de procéder au recueil des informations nécessaires à l'exercice des missions de l'agence définies aux articles L. 5311-1 et L. 5311-2, ainsi qu'aux contrôles mentionnés à l'article L. 5311-2.

Les dispositions des articles L. 1421-2, L. 1421-3, L. 5127-2 et L. 5425-1 sont applicables à l'exercice de cette mission.

Ils peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence et procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant aux services de l'Etat et de ses établissements publics.

○ **Article L5313-2**

Les dispositions des articles L. 1421-1 à L. 1421-3 et de l'article L. 5127-3, premier alinéa, sont applicables aux inspecteurs de l'agence.

Pour l'exercice des fonctions exigeant une compétence pharmaceutique, ces inspecteurs doivent être titulaires du diplôme de pharmacien

○ **Article L5313-3**

- Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 19](#)

L'agence, afin de mener à bien ses missions, peut demander aux ministres et aux agences régionales de santé concernés de faire intervenir leurs agents habilités à contrôler l'application de dispositions législatives et réglementaires visant à préserver la santé humaine.

Lorsqu'ils interviennent à la demande de l'agence, ces agents agissent conformément aux lois et règlements qui leur sont applicables

#### **4.3. Autorité de sureté nucléaire**

○ **Article L1333-4**

- Modifié par [Ordonnance n°2011-91 du 20 janvier 2011 - art. 10](#)

Les activités mentionnées à l'article [L. 1333-1](#) sont soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration, selon les caractéristiques et les utilisations des sources mentionnées audit article. La demande d'autorisation ou la déclaration comporte la mention de la personne responsable de l'activité. L'Autorité de sûreté nucléaire accorde les autorisations et reçoit les déclarations.

Toutefois, certaines de ces activités peuvent être exemptées de l'obligation de déclaration ou d'autorisation préalable lorsque la radioactivité des sources d'exposition est inférieure à des seuils fixés par voie réglementaire.

Tiennent lieu de l'autorisation prévue au premier alinéa l'autorisation délivrée en application de l'article [L. 162-4](#) du code minier ou des articles [L. 511-1](#) à [L. 517-2](#) du code de l'environnement et les autorisations délivrées aux installations nucléaires de base en application des dispositions de la [loi n° 2006-686 du 13 juin 2006](#) relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire. Les installations ou activités concernées ne sont pas soumises aux dispositions prévues au 3° de l'article [L. 1336-5](#).

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux activités destinées à la médecine, à la biologie humaine ou à la recherche médicale, biomédicale et vétérinaire

○ **Article L1333-17**

- Modifié par [Ordonnance n°2011-91 du 20 janvier 2011 - art. 10](#)

Peuvent procéder au contrôle de l'application des dispositions du présent chapitre, des mesures de radioprotection prévues par les [articles L. 4451-1 et L. 4451-2 du code du travail](#) et par le code minier, ainsi que des règlements pris pour leur application, les inspecteurs de la radioprotection désignés par l'autorité administrative parmi :

1° Les agents de l'Autorité de sûreté nucléaire ayant des compétences en matière de radioprotection ;

2° Les agents chargés de la surveillance administrative et de la police des mines en application du chapitre V du titre VII du livre Ier du code minier et les agents chargés de la

police des carrières en application du chapitre IV du titre Ier du livre V du code de l'environnement ;

3° Les agents mentionnés à [l'article L. 1421-1](#) du présent code.

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 qui n'ont pas la qualité d'inspecteur de la radioprotection et les agents mentionnés à l'article L. 1435-7 peuvent procéder, dans les conditions fixées au chapitre Ier du titre II du livre IV de la présente partie, au contrôle de l'application des dispositions de [l'article L. 1333-10](#) relatives à la protection contre le risque d'exposition au radon. Ils informent l'Autorité de sûreté nucléaire des résultats de leurs contrôles

## **5. ORGANISATION DES COMPETENCES DE CONTROLES DG D'ARS ET PREFETS DE DEPARTEMENT**

### **o Article L1435-1**

- Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118](#)

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

Les services de l'agence et les services de l'Etat mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article [L. 1422-1](#).

Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi [n° 2003-710](#) du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'Etat dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

○ **Article L1435-2**

- Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118](#)

Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

○ **Article L1435-7**

- Modifié par [LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5](#)

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'Etat, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article [L. 1421-1](#), les missions prévues à cet article ; il peut également désigner des experts pour les assister. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article [L. 313-13](#) du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles [L. 1421-2](#) et [L. 1421-3](#) du présent code. Le deuxième alinéa de l'article L. 1421-1 est applicable, le cas échéant, aux experts qui les assistent.

Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

Le représentant de l'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection.

NOTA:

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 article 41 III : Les présentes dispositions entrent en vigueur à une date prévue par le décret pris pour leur application et au plus tard le 1er août 2012. Dès cette entrée en vigueur, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé exerce l'ensemble des droits et supporte l'ensemble des obligations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Jusqu'à l'entrée en vigueur mentionnée au premier alinéa du présent III, les compétences et pouvoirs que la présente loi attribue à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sont exercés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 est entré en vigueur le 1er mai 2012

○ **Article R1435-2**

- Créé par [Décret n°2010-338 du 31 mars 2010 - art. 1](#)

I. - Dans chaque département, le préfet de département et le directeur général de l'agence régionale de santé établissent un protocole relatif aux actions et prestations mises en œuvre par l'agence pour le préfet de département.

II. - Le protocole départemental précise les modalités suivant lesquelles l'agence régionale de santé intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet de département au titre de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, ainsi que de la salubrité et de l'hygiène publiques. Il précise notamment ses interventions en ce qui concerne :

1° La préparation ou la mise en œuvre des décisions relatives aux hospitalisations sans consentement prévues aux articles L. 3211-11, L. 3211-11-1, L. 3212-8, L. 3213-1 à L. 3213-9, L. 3214-3 et L. 3214-4 ;

2° La protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement, y compris les risques liés à l'habitat ;

3° Le volet sanitaire des plans de secours et de défense prévus au sixième alinéa de l'article L. 1435-1 ;

4° La fourniture des avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation de leurs effets sur la santé humaine ;

5° La lutte contre les maladies transmises par l'intermédiaire d'insectes dans les départements mentionnés à l'article L. 3114-5 et la lutte contre les moustiques dans les départements mentionnés au 2° de l'article 1er de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques ;

6° Le contrôle sanitaire aux frontières dans les départements concernés par la mise en œuvre du règlement sanitaire international ;

7° Les inspections et contrôles prévus au dernier alinéa de l'article L. 1435-7 ;

8° Les décisions de réquisition prises en application de l'article L. 6314-1.

## **6. LES POUVOIRS DES CONSEILS GENERAUX EN MATIERE D'INSPECTION CONTROLE**

○ Article L133-2

- Modifié par [Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 25 JORF 7 mars 2007](#)

Les agents départementaux habilités par le président du conseil général ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département.

Sans préjudice des dispositions figurant à la section 4 du chapitre III du titre Ier du livre III et aux articles L. 322-6, L. 322-8, L. 331-1, L. 331-3 à L. 331-6, L. 331-8 et L. 331-9, ces mêmes agents exercent un pouvoir de contrôle technique sur les institutions qui relèvent d'une autorisation de création délivrée par le président du conseil général.

Le règlement départemental arrête les modalités de ce contrôle

○ Article L133-4

Les informations nominatives à caractère sanitaire et social détenues par les services des affaires sanitaires et sociales sont protégées par le secret professionnel.

Le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département peuvent obtenir la communication des informations nécessaires pour exercer leurs pouvoirs en matière sanitaire et sociale.

Les règles régissant la communication des informations d'ordre sanitaire et social à l'autorité judiciaire sont applicables

o Article L313-20

- Créé par [Loi 2002-2 2002-01-02 art. 4 I, art. 24 I, V, art. 45 JORF 3 janvier 2002](#)
- Créé par [Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 24 JORF 3 janvier 2002](#)
- Créé par [Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 4 JORF 3 janvier 2002](#)
- Créé par [Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 45 JORF 3 janvier 2002](#)

Le président du conseil général exerce un contrôle sur les établissements et services relevant de sa compétence au titre des dispositions mentionnées aux a et c de l'article L. 313-3 dans les conditions prévues par l'article L. 133-2.

L'autorité judiciaire et les services relevant de l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, exercent, sans préjudice des pouvoirs reconnus au président du conseil général, un contrôle sur les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article 312-1



## **ANNEXE 6 : Trames de protocole/convention de collaboration ou accord de partenariat**



## **Annexe 6-1 : Trame : Agence régionale de santé / direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale**

### **Protocole de collaboration/document d'objectifs partagés/convention cadre de partenariat entre la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'agence régionale de santé de la Région XXX**

*Citer les textes juridiques permettant d'asseoir cette collaboration:*

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

Vu le décret n° 2009 -1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Vu le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles

Vu le décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action de l'Etat dans les régions et les départements

Vu l'instruction SG n° 2011-08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports

Vu les chacun des protocoles départementaux<sup>122</sup> entre le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé de...

VU la réunion du Comité d'administration régional du ...

*Prévoir un considérant ou un préambule ou tout autre intitulé explicitant le contexte dans lequel s'inscrit le protocole*

### **CONSIDERANT ou PREAMBULE**

---

<sup>122</sup> Citer ici les différents types de protocoles signés : en priorité ceux pris en application des articles L 1435-1, L 1435-2 et L 1435-7 mais aussi les protocoles ou accords cadres signés, par exemple, au titre d'une collaboration en matière de cohésion sociale...

*Texte à élaborer localement*

## **IL EST CONVENU CE QUI SUIVRA ENTRE**

La direction régionale de la jeunesse, de sports et de la cohésion sociale de...*Région* représentée par

Et

L'agence régionale de santé de ...*Région*, représentée par ...

### **Article 1 : Objet du protocole de collaboration**

- organiser les relations entre ARS et DRJSCS dans le champ social, jeunesse et sports...
- engager une démarche de collaboration structurée et coordonnée au bénéfice des populations notamment les plus vulnérables...
- s'appuyer sur les collaborations existantes, déterminer les outils et modalités de collaboration entre les services, leur donner un caractère pérenne...

### **Article 2 : domaines de coopération/champs de coopération**

*Le protocole peut hiérarchiser des domaines de collaboration ou porter sur l'ensemble des champs communs d'intervention, voire de solliciter d'autres services déconcentrés comme les DIRECCTE et les DREAL,*

- Le protocole doit clairement consacrer un volet fort à la coopération en matière d'inspection contrôle avec :
- le développement de programmes communs d'inspections, d'audits et de contrôles des établissements et services sociaux ;
- la coordination des politiques de lutte de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- le traitement après repérage des situations d'habitat insalubre ou indigne.

### **Article 3 : le programme d'actions**

*Deux manières principales de procéder :*

- La fixation d'un certain nombre d'objectifs stratégiques<sup>123</sup> pluriannuels comme « organiser des actions communes relatives à la fonction « inspection contrôle évaluation » et à la promotion de la bientraitance », puis définir des fiches programmes par objectif avec notamment renseignement d'indicateurs et détermination des calendriers. C'est le « programme d'action régionale ». Enfin, une annexe spécifique fixe « la programmation des actions » annuelles (2012/2013 par exemple).

C'est un travail nécessitant déjà une bonne connaissance des deux réseaux et une certaine maturation de leurs relations ; cette démarche est évidemment d'autant plus complexe à construire que le nombre de départements de la région est élevé car les DT mais surtout les DDCCS (PP) sont les acteurs/effecteurs qui réalisent les inspections contrôles sur le terrain.

---

<sup>123</sup> Démarche suivie par l'ARS et la DRJSCS Alsace

-la fixation d'un nombre d'objectifs partagés ciblés avec un programme annuel prioritaire de coopération<sup>124</sup> entre l'ARS et le réseau des services déconcentrés de l'Etat dans le champ social, de la jeunesse et des sports.

Le contrôle constitue un des 10 axes de coopération recensés auquel peut être ajouté celui des formations. Une lettre de mission est envoyée aux deux responsables compétents de l'IC de chacun des deux réseaux par leur directeur avec définitions d'un plan d'action et fixation d'un calendrier de réalisation. Formellement une annexe au document d'objectifs partagés définit les modalités de réalisation de la thématique en l'occurrence celle relative à l'inspection/contrôle.

Cette procédure est rigoureuse et est d'application réaliste dans une région grande ou moyenne.

#### **Article 4 modalités de coopération et/ou modalités de suivi**

*Cet article est très important car sans procédure formalisée de suivi ce type de protocole se « délite » très vite.*

- Ce travail passe par la désignation de référents avec suivi infra annuel des actions (3 à 4 réunions par trimestre est un bon cadencement surtout au début de l'application du partenariat) ;
- Organisation d'une réunion annuelle des réseaux pour dresser le bilan de l'année écoulée et préparer le programme d'actions de l'année suivante;
- Participation des deux réseaux aux instances de coordination et de décision ; il est souhaitable de dresser cette liste en annexe au protocole ou de l'inclure dans le corps du texte.

#### **Article 5 : durée du protocole de coopération**

*Cadrage temporel et indication des modes de reconduction indispensables à prévoir.*

- Une période de 3 à 5 ans paraît réaliste avec possibilité d'avenants annuels si nécessaire ; des révisions peuvent ainsi être indispensables en cas d'évolutions législatives ou réglementaires ;
- Eviter les tacites reconductions ; celles-ci sont à proscrire pour un protocole d'une durée supérieure à 3 ans.

#### **Article 6 : Déclinaison territoriale**

*Cette possibilité n'est pas indispensable mais peut être souhaitable selon les contextes locaux.*

---

<sup>124</sup> Démarche entreprise par l'ARS et la DRJSCS des Pays de la Loire



## **Annexe 6-2 : Trame Agences régionales de santé/Conseils généraux**

**Protocole de coopération ou accord-cadre organisant la collaboration entre les conseils généraux et l'agence régionale de santé de la Région XXX sur la fonction inspection contrôle des services et établissements médico-sociaux de champ de compétence conjointe ou à compétence partagée**

*Citer les textes juridiques permettant d'asseoir cette collaboration :*

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.133-2 et L.133-4 ; L.312-1 ; L.313-3 et L.313-13 à L.313-23; L.331-5

Vu le Code de la santé publique et notamment les articles L.1431-2-2°b) et e) et L.1435-1

Vu la circulaire n°DGCS/2A/2010/254 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS

Vu les règlements départementaux des départements XXX YYY... pour les dispositions relatives à l'inspection contrôle exercées par les agents du conseil général sur les établissements et services médico-sociaux

VU l'organisation retenue par le directeur général de l'ARS en matière d'inspection contrôle

*Prévoir un considérant ou un préambule ou tout autre intitulé explicitant le contexte dans lequel s'inscrit le protocole*

### **CONSIDERANT ou PREAMBULE**

*Texte à élaborer localement*

### **IL EST CONVENU CE QUI SUIVRA ENTRE**

Le conseil général de ...département, représenté par son Président/sa Présidente

Le conseil général de ...département, représenté par son Président /sa Présidente

.....

Et

L'agence régionale de santé de ...*Région*<sup>125</sup>, représentée par son Directeur général/sa Directrice Générale

### **Article 1 : Objet du protocole de collaboration**

- organiser les collaborations entre les autorités en charge de l'inspection contrôle relevant de la compétence conjointe de l'ARS et des conseils généraux
- renforcer l'efficacité des contrôles et des décisions prises à leur issue
- optimiser les contrôles grâce à la complémentarité des acteurs
- harmoniser outils et pratiques professionnelles

### **Article 2 : Périmètre de la collaboration**

*Il peut concerner le seul secteur des personnes âgées, notamment les EHPAD, mais aussi être élargi au champ du handicap (enfants et adultes)*

Champ restreint personnes âgées : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) voire accueils de jour (AJ) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Champ élargi au secteur handicap : Foyers d'accueil médicalisés (FAM), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Le périmètre peut enfin être élargi aux gestions de structures relevant d'une autorité unique mais disposant de services mutualisés

### **Article 3 : thèmes de collaboration ou axes de collaboration**

Il convient de prévoir si possible le champ le plus large possible c'est à dire de la programmation en amont des missions d'inspection à mener conjointement jusqu'aux suites de mission

L'élaboration d'outils d'aides à l'inspection doit être un de collaboration à privilégier

### **Article 4 : La programmation des missions**

Il est nécessaire pour chaque partenaire d'établir en octobre de l'année n-1 la liste des établissements à contrôler avec indication des motivations et du caractère d'urgence de l'inspection.

Les PRIC construit par les ARS peuvent, pour leur partie relative aux établissements à compétence conjointe faire l'objet d'un échange avec les conseils généraux et réciproquement dès lors que les conseils généraux sont entrés dans la même démarche de programmation annuelle.

*Partie à rédiger localement*

---

<sup>125</sup> Le document en cours de finalisation en Région Alsace et remis à la mission par l'ARS est une base de travail très solide largement reprise dans la présente trame.

**Article 5 : La conduite des missions d'inspection**

*Cet article constitue le socle, le cœur du protocole de collaboration. Il ne sera pas développé ici car les membres de la mission proposent de se fonder très largement sur la partie ad hoc du « guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale » établi par l'IGAS en Avril 2012.*

**Principales phases à prévoir :**

- le lancement de la mission
- l'organisation du travail en équipe
- les relations avec le commanditaire
- le déroulement de la mission
- les relations avec les tiers
- le suivi des suites d'inspection avec création indispensable d'un comité de suivi

**Article 6 : durée du protocole**

- Une durée de 3 ans paraît pour un premier protocole une bonne périodicité
- Pas de renouvellement par tacite reconduction et établissement d'un bilan du protocole présenté aux deux autorités signataires.



## ANNEXE 7 : Trame de cahier des charges d'une conférence partenariale régionale de l'inspection contrôle

[360] **En introduction**, rappel des **objectifs de cette réunion**, tenue sous la présidence du préfet de région et des préfets de département (ou leurs représentants), en présence des acteurs de l'inspection-contrôle qui interviennent sur les sites, structures et activités du territoire régional :

- ✓ mieux se connaître, **pour mieux agir ensemble** pour donner plus de lisibilité à l'action de l'Etat et de ses opérateurs ou partenaires au bénéfice de la qualité et de la sécurité de prise en charge des usagers les plus fragiles,
- ✓ dans un souci également **d'efficience renforcée des inspections-contrôles** à un moment où les moyens humains et financiers publics sont contraints.

### 1. LES PARTICIPANTS POTENTIELS

[361] Leur nombre doit être à la fois limité pour que la réunion soit efficace mais suffisante pour être représentative **des acteurs importants de l'IC en région**. Cinq catégories d'organismes ou institutions ont été recensées par la mission au cours de ses travaux, sur la base de leurs compétences sur le champ social, médico-social, sanitaire, et santé environnementale :

- ✓ Les directions régionales (DR) et directions départementales interministérielles (DDI) et leurs unités territoriales (UT) : DRJSCS/DDCS(PP), DIRECCTE et UT travail emploi, DR/DDFiP, DREAL et UT, DRAAF et DDI et Directions interrégionales de la PJJ ;
- ✓ Les ARS et leurs directions territoriales ;
- ✓ Les agences nationales de santé : ABM et ANSM et l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) via ses divisions territoriales ;
- ✓ Les collectivités territoriales : conseils généraux (médico-social) et conseil régional (formation sociales et paramédicales) ;
- ✓ Les services et organismes de l'assurance maladie (DRSM et/ou CPAM pour la gestion du risque assurantiel notamment) ;
- ✓ Les chambres régionales des comptes peuvent aussi être utilement invitées.

[362] En fonction des situations locales tel ou tel partenaire peut être invité en plus ou tel autre ne pas être convié, ce à la diligence des organisateurs locaux.

[363] Les inspecteurs territoriaux compétents de l'IGAS apporteront, en cas de demande, leur concours à la préparation voire à l'animation ou à l'ouverture de ces réunions.

### 2. PRESENTATION DES PARTICIPANTS ET DES COMPETENCES EN MATIERE D'INSPECTION CONTROLE DES INSTITUTIONS ET ORGANISMES QU'ILS REPRESENTENT

[364] Il est important que les participants indiquent bien la base juridique qui fonde leur intervention sur ce champ de l'IC, puis les structures, établissements, services, sites sur lesquels ils interviennent et qui constituent un champ de recouvrement avec celui des ARS et DRJSCS/DDCS(PP) et enfin leurs modalités d'intervention.

[365] La logique voudrait que les deux réseaux territoriaux des ministères sociaux ouvrent cette présentation, ce qui permettrait aux autres participants de se mieux situer.

[366] **Trois parties** donc pourraient scandées cette réunion de travail :

- ✓ Présentation des participants et de leurs compétences en matière d'inspection-contrôle ;
- ✓ Les établissements, sites, organismes et activités sur lesquels s'exercent ces compétences en précisant les domaines particuliers d'intervention (ex : services vétérinaires et restauration collective en établissement médico-social) ;
- ✓ Les modalités d'intervention, les outils et/ou référentiels de contrôle utilisés et existence ou non d'une démarche d'analyse des risques pour « cibler » les sites ou activités à contrôler.

### 3. LA DEMARCHE A RETENIR POUR CONDUIRE DES INSPECTIONS ET CONTROLES PLUS COOPERATIFS ENTRE LES DIFFERENTS ORGANISMES REPRESENTES

[367] Là encore **trois séquences** pourraient rythmer cette table ronde : échanges d'informations ; présentation des programmes d'inspection<sup>126</sup> et identification d'actions conjointes ou coordonnées susceptibles d'être potentiellement menées entre partenaires :

- ✓ Echanges d'informations sur les partenariats formels ou informels déjà noués entre certains participants dans la région d'accueil de la réunion ou dans d'autres régions et portées à leur connaissance d'une part ou sur certaines bonnes pratiques déjà existantes comme la transmission d'informations avant ou après une inspection pouvant intéresser un autre acteur d'autre part ;
- ✓ Présentation des programmes ou orientations nationales d'inspection contrôle, formalisation de ces programmes (type de documents, modes d'accessibilité sur internet ou intranet...) et modalités d'élaboration des programmes régionaux, intégrant les orientations nationales régionales mais aussi ou non des priorités arrêtées au niveau régionales)<sup>127</sup> ;
- ✓ Réflexion en fin de réunion sur les thématiques ou les champs d'action ou des inspections conjointes pourraient être menées de façon concomitante, coordonnée voire conjointe et possibilité ou non d'aboutir à court terme à un partenariat formalisé entre acteurs (de façon bilatérale) avec signature d'un protocole, accord-cadre ou convention de partenariat pluriannuel.

[368] **En conclusion**, aboutir en fin de séance à une meilleure connaissance des compétences et priorités d'action de chacun sur des champs d'intérêt commun et prise de contact post-réunion pour réfléchir à la suite concrète à donner à celle-ci et sous quelle forme amorcer un partenariat identifié ou potentiel

---

<sup>126</sup> De type PRIC ou PRICE pour les deux réseaux territoriaux des ministères sociaux

<sup>127</sup> Cf. par exemple la DNO 2012 de la DGCCRF et ses orientations régionales ou les orientations nationales de contrôle pour les ARS validées par le CNP

## Sigles utilisés

<b>ABM</b>	Agence de la BioMédecine
<b>ACSé</b>	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
<b>ACM</b>	Accueil Collectif de Mineurs
<b>ADF</b>	Assemblée des Départements de France
<b>AFNOR</b>	Association Française de Normalisation
<b>AFSSAPS</b>	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
<b>AMP</b>	Assistance Médicale à la Procréation
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
<b>ANESM</b>	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
<b>ANSES-ANMV</b>	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail-Agence nationale du Médicament Vétérinaire
<b>ANSM</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASC</b>	Agence du Service Civique
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>ASN</b>	Autorité de Sûreté Nucléaire
<b>BOP</b>	Budget Opérationnel de Programme
<b>CAARUD</b>	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue
<b>CADA</b>	Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
<b>CAR</b>	Comité d'Administration Régionale
<b>CARSAT</b>	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CBUM</b>	Comité de Bon Usage du Médicament
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CCLIN</b>	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CDPI</b>	Centre de Diagnostic PréImplantatoire
<b>CE</b>	Conseil d'Etat
<b>CEN</b>	Comité Européen de Normalisation
<b>CEPJ</b>	Conseiller d'éducation populaire et de jeunesse
<b>CG</b>	Conseil Général
<b>CGEDD</b>	Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

<b>CIRE</b>	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en REgion
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CNP-ARS</b>	Conseil National de Pilotage des Agences Régionales de Santé
<b>CNPC</b>	Commission Nationale de Programmation des Contrôles
<b>CNG</b>	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
<b>CODICS</b>	COmité des DIrecteurs de la Cohésion Sociale
<b>COFRAC</b>	Comité Français d'Accréditation
<b>COG</b>	Convention d'Objectifs et de Gestion
<b>COMEX</b>	COMité EXécutif
<b>COP</b>	Contrat d'Objectifs et de Performance
<b>CPDPN</b>	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CPRDFP</b>	Contrat de Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles
<b>CR</b>	Conseil Régional
<b>CRC</b>	Chambre Régionale des Comptes
<b>CREX</b>	Comité de Retour d'Expériences
<b>CRUQPC</b>	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>CSS</b>	Code de la Sécurité Sociale
<b>CTRI</b>	Comité Technique Régional et Interdépartemental
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale
<b>DAC</b>	Direction d'Administration Centrale
<b>DAJ</b>	Délégation aux Affaires Juridiques
<b>DCRA</b>	Droit des Citoyens dans leurs Relations avec l'Administration
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DDCCRF</b>	Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
<b>DDCS (PP)</b>	Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
<b>DDFiP</b>	Direction Départementale des Finances Publiques
<b>DDI</b>	Direction Départementale Interministérielle
<b>DDPP</b>	Direction Départementale de la Protection des Populations
<b>DDSV</b>	Direction Départementale des Services Vétérinaires
<b>DGA</b>	Directeur Général Adjoint
<b>DGAL</b>	Direction Générale de l'Alimentation
<b>DGAPB</b>	Direction de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget
<b>DGARS</b>	Directeur régional de l'Agence Régionale de Santé

---

<b>DGCCRF</b>	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
<b>DGCS</b>	Direction Générale de la Cohésion Sociale
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DGT</b>	Direction Générale du Travail
<b>DIRECCTE</b>	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'emploi
<b>DIR PJJ</b>	Direction InterRégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
<b>DISSA</b>	Délégation Inter-services de Sécurité Sanitaire des Aliments
<b>DJEPVA</b>	Direction de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative
<b>DNO</b>	Directive Nationale d'Orientation
<b>DRAAF</b>	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DREAL</b>	Direction Régionale de l'environnement, de l'Aménagement et du Logement
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DRFIP</b>	Direction Régionale des Finances Publiques
<b>DRIHL</b>	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
<b>DRJSCS</b>	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>DRSM</b>	Direction Régionale du Service Médical
<b>DSV</b>	Direction des Services Vétérinaires
<b>DSS</b>	Direction de la Sécurité Sociale
<b>DT</b>	Délégations territoriales (ARS)
<b>EIG</b>	Evénement Indésirable Grave
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>EHPA</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ENC</b>	Espace National Collaboratif (IGAS-MMP)
<b>ENPJJ</b>	Ecole Nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
<b>EN3S</b>	Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé
<b>EPV</b>	Etablissement Pharmaceutique Vétérinaire
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>ESMS</b>	Etablissements et Services Médico-Sociaux
<b>ESSMS</b>	Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
<b>ETPT</b>	Equivalent Temps Plein Travaillé
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FINESS</b>	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

<b>FP</b>	Fonction Publique
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressources
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)
<b>IASS</b>	Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>IC</b>	Inspection Contrôle
<b>ICA</b>	Inspection Contrôle Audit
<b>ICARS</b>	Inspecteur Contrôleur des Agences Régionales de Santé
<b>ICEA</b>	Inspection Contrôle, Evaluation, Audit
<b>IES</b>	Ingénieur d'Etudes Sanitaires
<b>IES</b>	Ingénieur d'Etudes Sanitaires
<b>IFACI</b>	Institut Français d'Audit et de Contrôle Interne
<b>IGA</b>	Inspection Générale de l'Administration
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IGF</b>	Inspection Générale des Finances
<b>IGS</b>	Ingénieur du Génie Sanitaire
<b>IJS</b>	Inspecteur de la Jeunesse et des Sports
<b>IME</b>	Institut Médico-Educatif
<b>ISO</b>	Organisation Internationale de Normalisation
<b>GBPIC</b>	Guide des Bonnes Pratiques d'inspection et de Contrôle
<b>IT</b>	Inspecteurs Territoriaux (IGAS)
<b>ITEP</b>	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>MAFI</b>	Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes handicapées
<b>MEEF</b>	Mission d'Expertise Economique et Financière
<b>MIC</b>	Mission Inspection Contrôle
<b>MISP</b>	Médecin Inspecteur de Santé Publique
<b>MISSA</b>	Mission Inter-services de Sécurité Sanitaire des Aliments
<b>MMP</b>	Mission Méthodologie Performance (IGAS)
<b>MNC</b>	Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale
<b>MRIC</b>	Mission Régionale d'Inspection et de Contrôle
<b>MRICE</b>	Mission Régionale d'Inspection, Contrôle, Evaluation
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>OASP</b>	Organismes Agréés des Services à la Personne
<b>OIV</b>	Opération interministérielle vacances
<b>ONDAM</b>	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
<b>PA</b>	Personnes Agées

---

<b>PCG</b>	Président du Conseil Général
<b>PCH</b>	Prestation de Compensation du Handicap
<b>PRDF</b>	Plan Régional de Développement des Formations
<b>PEPS</b>	Portail d'Echanges des Pharmaciens inspecteurs de Santé publique
<b>PH</b>	Personnes Handicapées
<b>PHISP</b>	PHarmacien Inspecteur de Santé Publique
<b>PJM</b>	Protection Juridique des Majeurs
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>PNCOPA</b>	Plan National de CONtrôle PluriAnnuel
<b>PRDGR</b>	Programme pluriannuel Régional De Gestion du Risque
<b>PRAFP</b>	Programme Régional de l'Apprentissage et de la Formation Professionnelle
<b>PRIC</b>	Programme Régional d'Inspection et de Contrôle
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>PRSE</b>	Plan Régional Santé Environnement
<b>PRST</b>	Plan Régional de Santé au Travail
<b>PS</b>	Professeur de Sport
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>PU-PH</b>	Professeurs d'Université-Praticiens hospitaliers
<b>RÉATE</b>	Réforme de l'Administration Territoriale de l'Etat
<b>RESE</b>	Réseau d'Echanges en Santé Environnementale
<b>RESIC</b>	RESeau Inspection Contrôle
<b>RGPP</b>	Révision Générale des Politiques Publiques
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RSI</b>	Régime Social des Indépendants
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SCHS</b>	Service communal d'hygiène et de santé
<b>SDIS</b>	Service Départemental d'Incendie et de Secours
<b>SESSAD</b>	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
<b>SGAR</b>	Secrétaire Général pour les Affaires Régionales
<b>SGMS</b>	Secrétariat Général des Ministères Sociaux
<b>SOLEN</b>	SOLution d'ENquête
<b>SPASAD</b>	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
<b>T2A</b>	Tarifification A l'Activité
<b>TPG</b>	Trésorier Payeur Général
<b>TS</b>	Technicien Sanitaire
<b>UNCAM</b>	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>UT</b>	Unité Territoriale
<b>VAO</b>	Vacances Adaptées Organisées



## Bibliographie

*Cette liste ne se veut pas exhaustive sur l'ensemble de la thématique de l'Inspection Contrôle. Elle reprend en revanche les documents cités dans le présent rapport et quelques documents de référence.*

Rapport IGAS n° 2004- 087, « bases juridiques des contrôles par les services déconcentrés dans les champs de la santé, du social, du médico-social, de l'emploi et de la formation professionnelle » établi par JP Bastianelli, R Cecchi-Tenerini, M Lignot-Leloup, R Linsolas et L Tribot, 2004.

Rapport IGA N°09-015-01, IGAS n° RM2009-031P et CGEDD N°005981-01 relatif à l'évaluation des services communaux d'hygiène et de santé établi par Hélène de COUSTIN et Anne MERLOZ, membres de l'IGA, Gérard LAURAND, membre de l'IGAS et Isabelle MASSIN, membre de l'IGE, avril 2009

Rapport IGAS n° RM 2009 -042 sur la définition d'une stratégie nationale d'inspection, de contrôle et d'évaluation dans le cadre de la constitution des ARS, établi en avril 2009 par Charles de Batz de Trenquelléon.

Rapport IGAS n°RM2010-011P, «l'organisation de la fonction inspection-contrôle-évaluation au sein des agences régionales de santé », établi par Roger Linsolas, 2010

RM 2010-163P « mission sur la gestion du risque » établi par P.Y.Bocquet et M.Peltier, décembre 2010

Document INS Réf 02 « exigences pour l'accréditation des organismes d'inspection », révision 03, juillet 2005.

Rapport IGAS n° RM 2011-090P « Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau » établi en juin 2011 par PL Bras, A. Kiour, B. Maquart et A. Morin.

Rapport IGAS n° RM 2011-156P / IGJS n°11-I-19 établi en octobre 2011 par Stéphanie Fillon, Vincent Maymil et Céline Mounier, membres de l'IGAS et Pierre François, membre de l'IGJS.

Rapport IGAS RM 2011 – 178 P relatif à « la mise en œuvre par les ARS des politiques de santé environnement » établi en novembre 2011 par Béatrice BUGUET, Anne BURSTIN et Bertrand DEUMIE.

Rapport IGAS n° RM 2011-191 P. Les conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux, ARS et DRJSCS/DDI (domaine social) et leurs partenaires nationaux et locaux établi en décembre 2011 par Charles de Batz de Trenquelléon et David Soubrié.

Rapport IGAS RM-2011-124P « Guide de gestion des réclamations » établi en septembre 2011 par Christian LENOIR et Guy VALLET, membres de l'IGAS, en collaboration avec Karine LEFEUVRE-DARNAJOU, Professeure à l'EHESP, docteur en droit privé

Rapport IGAS n° RM2012-021P « Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale » établi en avril 2012 par le Dr Françoise

SCHAETZEL, Jean-Jacques TREGOAT et Anne Tison, membres de l'IGAS avec Bernard GUILLOU, ARS Bretagne, Valérie TESSON-LEVITT, DRJSCS Basse-Normandie et Christophe BARLET, EHESP

Rapport IGAS n°RM2012-026P « Evaluation de la fonction inspection contrôle appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social » établi en avril 2012 par Maryse FOURCADE, Mustapha KHENNOUF, Françoise SCHAETZEL, Jean-Jacques TREGOAT, Dominique TRICARD, Guy VALLET et Joëlle VOISIN, membres de l'IGAS.

Guide d'inspection activités de génétique constitutionnelle octobre 2012 Version 11 et guide d'inspection activités d'assistance médicale la procréation des centres FIV version 2012

Norme ISO 9001 relative au « système de management de la qualité » (SMQ)

Norme NF EN ISO/CEI 17020 relative aux « critères généraux pour le fonctionnement de différents types d'organismes procédant à l'inspection »

Manuel qualité national de la Direction Générale de l'Alimentation et des Services déconcentrés de contrôle sanitaire vétérinaire et phytosanitaire MQN 5 26/04/2012

Charte de la mission d'audit interne compétente pour les ministères chargés des affaires sociales, juillet 2009

## Liste des pièces jointes

Pièce jointe n°1	Fiche d'évaluation individuelle du temps inspection contrôle évaluation
Pièce jointe n°2	Arrêté ARS/CG conjoint portant fermeture d'un établissement
Pièce jointe n°3	Modèle de fiche de liaison
Pièce jointe n° 4	Convention pluriannuelle entre la direction interrégionale de la PJJ de... et le conseil général de...
Pièce jointe n°5	Réponses validées par la DAJ aux questions juridiques et de bonnes pratiques
Pièce jointe n°6	Processus VAO-ARS-DDCSPP-DRJSCS
Pièce-jointe n° 7	Note d'accompagnement du guide et de la grille d'inspection relatifs aux activités d'AMP



## Pièce-jointe n°1 : Fiche d'évaluation individuelle du temps Inspection Contrôle Evaluation

Cette fiche a pour objectif, pour chaque agent, d'évaluer le temps consacré à l'inspection-contrôle-évaluation. Elle peut être transmise au référent Inspection-Contrôle-Evaluation de la structure concernée. Elle servira pour élaborer le bilan du PRICE et pour mieux cerner le temps de travail nécessaire pour ces missions. Elle est **indicative**.

### 1. Renseignements concernant l'agent

Nom :  
Prénom :  
Service :  
Statut (IJS, IASS, PS, CEPJ...) :  
Coordonnés :

### 2. Mission

Commanditaire :

Lettre de mission : Oui :  Non :

Structure :

Nom et adresse :

Type :

Dates de l'ICE :

Objectifs de l'Inspection-contrôle-évaluation :

Programmée dans PRICE :

Non programmée :

### 3. Le temps passé par l'agent sur la mission

Phases de ICE (en heures)	Nombre d'heures consacrées par l'agent à chacune des phases de la mission
<i>Préparation (documentation, réunion de coordination, référentiel)</i>	
<i>Contrôle des pièces</i>	
<i>Visite(s) sur site</i>	
<i>Rédaction rapport provisoire</i>	
<i>Suites de l'ICE</i>	
Nombre total d'heures consacrées à la mission	

Source : Outil utilisé en DRJSCS



## **Pièce jointe N°2 : Arrêté ARS/CG conjoint portant fermeture d'un établissement**

*Arrêté pris conjointement par le directeur général de l'ARS Limousin et la présidente du conseil général de la Haute-Vienne*



Arrêté ARS-DT87/CG87 n° 2011/520  
portant fermeture de l'activité médico-sociale de l'Hôtel Résidence Le Châtenet,  
sis Le Bourg, 87400 Le Châtenet en Dognon

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-13, L. 313-15, L.313-17, L. 331-5 et L. 331-6 ;

**Vu** le code de la santé publique et notamment son article L. 1435-7 ;

**Vu** le code général des collectivités territoriales ;

**Vu** le décret du 1er avril 2010 portant nomination de M. Michel LAFORCADE en tant que directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Limousin ;

**Vu** le rapport de la Commission de sécurité de l'arrondissement de Limoges, en date du 22 juillet 2010, portant avis défavorable au fonctionnement de l'Hôtel Résidence Le Châtenet ;

**Vu** les constats établis par l'équipe d'inspection de l'Agence Régionale de Santé du Limousin, relatés dans son rapport en date du 31 mars 2011, réceptionné par la gérante de l'Hôtel Résidence Le Châtenet le 12 avril 2011 ;

**Vu** le courrier de M. le Préfet du département de la Haute Vienne, en date du 11 avril 2011, adressé à la gérante de l'Hôtel Résidence Le Châtenet, destiné à la transmission du rapport d'inspection ainsi qu'au recueil préalable des observations de l'intéressée ;

**Vu** les observations, en date du 27 avril 2011, adressées par la gérante de l'Hôtel Résidence Le Châtenet à M. Le Préfet du département de la Haute Vienne, en réponse au rapport d'inspection ;

**Considérant** qu'il ressort des constatations opérées le 24 janvier 2011 par l'équipe d'inspection de l'Agence Régionale de Santé au sein de l'Hôtel Résidence Le Châtenet, que son activité relève des dispositions du code de l'action sociale et des familles, eu égard à la population accueillie ainsi qu'à ses conditions d'organisation et de fonctionnement et des prestations particulières dispensées, à savoir : surveillance de nuit, distribution des médicaments, aide aux toilettes et aux changes, restauration, entretien du linge ;

**Considérant** en particulier que l'accueil et l'hébergement, de façon continue, de 16 personnes, d'une moyenne d'âge de 81,5 ans, pour partie à mobilité réduite, dépendantes physiquement et/ou psychologiquement et requérant des soins quotidiens, sont constitutifs d'une activité médico-sociale au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ;

**Considérant** que le gestionnaire de cet établissement n'est pas titulaire de l'autorisation prévue aux articles L. 313-1-1 et L. 313-3 du Code de l'action sociale et des familles ;

2  
**Considérant** que les locaux et les équipements présentent un caractère de dangerosité incompatible avec la particulière vulnérabilité des personnes accueillies ;

**Considérant** que les capacités d'hébergement disponibles pour les personnes âgées ne sont pas incompatibles avec la fermeture de cet établissement ;

**Considérant** que l'intérêt des personnes hébergées est d'être prises en charge par des professionnels, dans des locaux adaptés ;

**Considérant** que les aménagements concernant la prise en charge des personnes accueillies, évoqués par la gérante dans ses observations, ne répondent que très partiellement aux dysfonctionnements majeurs décrits dans le rapport d'inspection ;

**Considérant** en outre qu'il ressort clairement de ces mêmes observations en réponse qu'aucune solution n'est envisagée pour remédier à la dangerosité et à l'inadaptation des locaux ;

**Considérant** que les termes du courrier de la gérante, ainsi que les modalités d'amélioration des prestations évoquées, entretiennent la confusion, accentuant ainsi l'assimilation de son activité avec une activité médico-sociale : mise en place d'animations non constitutives de services hôteliers classiques, emploi systématique du vocable "résidents" ;

**Considérant** que la gérante reconnaît elle-même l'existence de "dérives" liées au fonctionnement de son établissement ;

**Considérant** que la gérante persiste dans son projet d'accueil exclusif de personnes âgées, malgré l'inadaptation totale des locaux ;

**Considérant** enfin que les propositions formulées par la gérante ne répondent en rien aux exigences de la réglementation ;

#### ARRETEMENT

**Article 1er** : Le Directeur Général de l'ARS du Limousin et la Présidente du Conseil Général de Haute Vienne mettent fin à l'activité de l'Hôtel Résidence le Châtenet, assimilable à l'activité d'un établissement médico-social pour personnes âgées.

**Article 2** : Le présent arrêté sera notifié à Mme Jeanny Bougnoteau, propriétaire et gérante de l'Hôtel Résidence le Châtenet, responsable légal, dans un délai maximum d'une semaine après sa signature.

**Article 3** : Un accompagnement au relogement des personnes accueillies sera proposé, par les autorités compétentes, aux intéressés et/ou leurs familles ou tuteurs. Il appartient à la gérante de faciliter au maximum la démarche de relogement.

**Article 4** : Un délai de mise en œuvre de la présente décision, d'une durée maximale de six mois, est accordé afin de permettre le relogement, dans les meilleures conditions, des personnes actuellement hébergées à l'Hôtel Résidence Le Châtenet. Ce délai court à compter de la notification du présent arrêté au responsable légal.

**Article 5** : Dès notification du présent arrêté, aucune nouvelle admission, même à titre temporaire, de public relevant des dispositions du code de l'action sociale et des familles ne devra avoir lieu.

**Article 6** : La présente décision est susceptible dans un délai de 2 mois à compter de sa notification de faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif de Limoges.

3

**Article 7 :** Le Directeur Général Adjoint de l'Agence régionale de santé du Limousin, le Directeur Général des Services et le Directeur du Pôle Personnes âgées - Personnes handicapées du Conseil Général, la gérante de l'Hôtel Résidence Le Châtenet, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture et du département.

LIMOGES, le 29 AOÛT 2011

La Présidente  
du Conseil Général de Haute Vienne



Marie-Françoise PEROL-DUMONT

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé du  
Limousin



Michel LAFORCADE

## **Pièce jointe N°3 : Modèle de fiche de liaison**

*Source : ARS Pays de la Loire*

Fiche émanant de la DIRECCTE lors d'une réunion de travail entre les deux réseaux territoriaux (ARS/DRJSCS) et cette direction, en cours d'adaptation pour les relations formalisées entre l'ARS et ses partenaires sur les champs d'intérêt commun identifiés

<b>FICHE DE LIAISON</b>	N°
	DATE :

## VOLET N° 1 – TRANSMISSION D'UNE INFORMATION

EXPÉDITEUR	DESTINATAIRE
Coordonnées du service :	Coordonnées du service :
Coordonnées de l'agent :	Coordonnées de l'agent :

TYPE D'ACTION	SECTEUR CONCERNÉ
<input type="checkbox"/> transmission d'informations <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	

PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE CONCERNÉE
Raison sociale : Activité : Siège social : N° d'immatriculation au RCS :

COMPTE RENDU LIBRE	
<i>(Détail du contexte de l'échange d'information ou de l'action commune- Annexer une feuille libre si nécessaire)</i>	
<input type="checkbox"/> PIÈCES JOINTES (cocher si oui)	Signature ( <i>nom et grade du signataire</i> ) :
NOMBRE DE PIÈCES JOINTES :	

<b>FICHE DE LIAISON</b>	N°
	DATE :

**VOLET N° 2 – ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

<b>SUITES ENVISAGÉES À L'INFORMATION TRANSMISE</b>	
<input type="checkbox"/> Exploitation pour enquête	
<input type="checkbox"/> Envoi à un autre service ou à une autre direction	
<input type="checkbox"/> Autres suites (préciser) :	
<b>Observations :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>PIÈCES JOINTES</b> (cocher si oui)	Signature ( <i>nom et grade du signataire</i> ) :
<b>NOMBRE DE PIÈCES JOINTES :</b>	



**Pièce-Jointe N°4 : convention pluriannuelle entre  
la Direction Interrégionale de la Protection  
judiciaire de la jeunesse de...et le Conseil général  
de...**

*Source : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse*

**Convention pluriannuelle**  
**entre**  
**la Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de.....**  
**et**  
**le Conseil Général du .....**

Le code de l'action sociale et des familles prévoit expressément (article L313-13) le contrôle de l'activité des établissements et services sociaux et médico sociaux par l'autorité qui a délivré l'autorisation. Il confie conjointement (article L313-20) à l'Etat et au Président du conseil général une mission de contrôle pour les établissements et services qui prennent en charge des mineurs et jeunes majeurs qui leurs sont confiés par l'autorité judiciaire dès lors que les structures sont autorisées conjointement par le préfet et le Président du conseil général.

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), investie de cette mission, pour le garde des sceaux ministre de la justice, et pour le préfet représentant de l'Etat dans un département a élargi la mission de contrôle et mis en place un dispositif d'audit en vue d'améliorer de façon continue la qualité du service rendu

Dans le cadre de leur partenariat, La DDPJJ de..... et le Département de..., soucieux de l'amélioration continue de la qualité et du service rendu, au sein des établissements mentionnés au paragraphe précédent, manifestent la volonté de s'associer pour cette démarche.

Objectifs

**Article 1 :** Cette convention a pour objet de :

- favoriser les audits conjoints, les professionnaliser et mutualiser les moyens matériels et humains.
- partager et capitaliser les savoir-faire.
- planifier les audits afin que les structures qui reçoivent des mineurs confiés par l'autorité judiciaire soient auditées régulièrement.

Elle est établie pour une durée de 3 ans à compter de sa signature, puis renouvelable annuellement en application des dispositions visées à l'article 5. Chacune des parties peuvent la dénoncer au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant l'échéance.

Méthode

**Article 2 :** Les signataires se réunissent pour définir conjointement un plan annuel d'audit des structures sur la période définie à l'article 1<sup>er</sup> ainsi que les priorités et les modalités pour chacun d'entre eux.

Les signataires déterminent chacun pour sa part les personnes qualifiées pour procéder aux audits, s'accordent sur le délai imparti à l'exercice de chacun d'entre eux ainsi que sur le périmètre retenu.

Les audits s'exercent prioritairement dans le champ pédagogique des établissements, services, lieux de vies ou d'accueil mais peuvent comporter des dimensions administratives et financières. Exceptionnellement, ils peuvent identifier une thématique particulière.

Les personnes qualifiées désignées pour effectuer l'audit définissent ensemble la méthodologie mise en œuvre et les documents de références associés.

En cas de désaccord, chacune des parties se réserve le droit de réaliser unilatéralement l'audit.

Le programme d'audit pourra être réajusté chaque année en fonction des observations de la commission départementale de suivi visée à l'article 5, de circonstances événementielles ou à l'apparition de nouvelles priorités.

**Article 3 :** Pour chaque audit, un pré-rapport est communiqué aux dirigeants de la structure qui pourront faire des observations écrites et être entendus avant la rédaction du rapport définitif. Ils seront destinataires du rapport définitif.

**Article 4 :** Le rapport définitif (ou plusieurs en cas de désaccord) sera transmis au président du conseil général et au directeur interrégional de la PJJ. Ce dernier le transmet ensuite au Préfet, au Président du tribunal de grande instance et au procureur de la République.

#### Instance de suivi

**Article 5 :** Une commission départementale de suivi est instituée et composée d'un représentant de la direction interrégionale (ou par délégation de la direction départementale) de la PJJ et du Département. Elle formule les propositions des suites à donner aux rapports d'audit.

La commission se réunit selon le rythme défini par les parties et au minimum une fois par an. Le préfet et les magistrats de la jeunesse sont invités à y participer

Cette instance effectuera par ailleurs un bilan des démarches entreprises pendant la période mentionnée à l'article 1, en vue de décider d'une éventuelle reconduction de la convention pour une nouvelle période.

#### Divers

**Article 6 :** Une personne désignée par le Département pour réaliser les audits conjoints pourra bénéficier de la formation dispensée par l'ENPJJ et un organisme de formation certifié.

**Article 7 :** Chaque partie s'engage à faire bénéficier l'autre de ses bases documentaires ou bases de données sur les établissements ou services qu'ils ont habilités.

Pour la Protection Judiciaire de la Jeunesse  
Le Directeur Interrégional de  
la Protection Judiciaire de la Jeunesse

Pour le Département  
Le Président du Conseil Général



## **Pièce Jointe n°5 : Réponses validées par la DAJ aux questions juridiques et de bonnes pratiques**

### Réponses validées par la DAJ aux questions juridiques et de bonnes pratiques

05/04/2012

Réponses validées par la DAJ aux questions juridiques et de bonnes pratiques
2010-001. Mise à disposition, à la demande du Préfet, de compétences des ARS, notamment MISP, pour effectuer des contrôles en établissements sociaux
2010-002. Désignation d'agents contractuels pour effectuer des inspections et/ou contrôles alors même que les arrêtés et décrets ne sont pas sortis et que les agents n'ont pas bénéficié des "120 h de formation" prévus
2010-003. Responsabilité des signataires des rapports d'inspection
2010-004. Répartition des compétences, pouvoirs et obligations des DGARS, Préfet de département dans le cadre de l'ICE au regard des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil
2010-005. Outils d'aide aux inspections-contrôles
2010-006. Suspicion de malversations et/ou de dysfonctionnements dans la gestion d'ESMS (détournements de fonds publics à des fins personnelles et/ou à des fins injustifiées, excessives,....)
2010-007. Domaine de compétence de l'ARS concernant le contrôle des services d'aide aux personnes âgées en résidence service privée
2010-008. Exécution des actes infirmiers par des personnels non infirmiers
2010-009. Conditions d'habilitation des PHISP par les DGARS depuis la création des ARS
2010-010. Contrôle sanitaire aux frontières
2010-012. Répartition des compétences, pouvoirs et obligations des DGARS, Préfet de département dans le cadre de l'ICE dans les établissements et services conjointement autorisés par les DGARS et Président du Conseil Général et ceux relevant de l'autorité exclusive du PCG
2010-013. Répartition des compétences, pouvoirs et obligations des DGARS, Préfet de département dans le cadre de l'ICE
2011-06. Consultation du dossier patient, accès au secret médical en inspection
2011-07. Contrôle des Transports Sanitaires
2011-09. Contrôle transport sanitaire terrestre
2011-11. Transmission des plaintes aux établissements mis en cause
2011-13. Cartes professionnelles
2011-15. Inspection des Accueils familiaux pour personnes âgées
2011-18. Inspection d'un cabinet libéral de Masso-Kinésithérapie
2011-19. Age minimum des personnes accueillies sur des places de maisons de retraite (EHPA et EHPAD)
2011-22. Médecine traditionnelle chinoise – exercice illégal de la médecine
2011-23. Inspection-contrôle « maltraitance » par les IASS et les MISP non assermentés
2011-25. Nature juridique de l'arrêté d'habilitation et forme de publication
2011-26. Condition d'habilitation des corps d'inspection et de Contrôle
2012-01. Présence pour prise de note d'un agent de catégorie B d'une DDCS aux entretiens avec les usagers et professionnels d'un établissement social lors d'une inspection suite à signalement

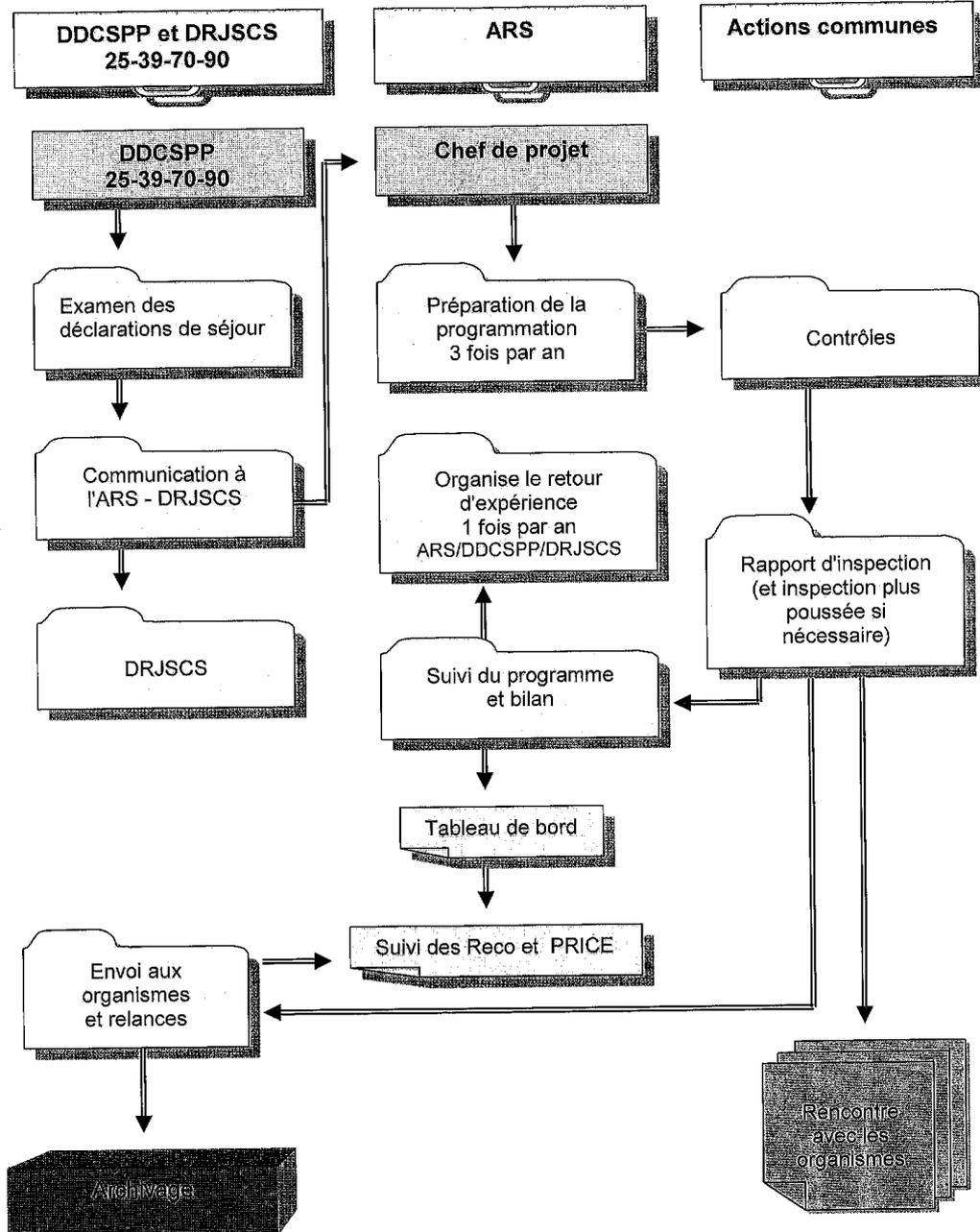
<http://www.intranet.jeunesse-social.sante-sports.gouv.fr/900/InspectionGeneraleAffair...> 24/10/2012

Source : DAJ/IGAS

## **Pièce-Jointe N°6 : Processus VAO ARS- DDCSPP-DRJSCS**

*Source : ARS de Franche-Comté*

# Processus VAO - ARS - DDCSPP - DRJSCS



Réf. Processus VI PS VAO 28/10/11

Réf. Procédure VI PS VAO 28/10/11

## **Pièce-jointe n°7 : Note d'accompagnement du guide et de la grille d'inspection relatifs aux activités d'AMP**

*Source : Agence de la Biomédecine (ABM)*

**Note d'accompagnement du guide et de la grille d'inspection relatifs aux activités d'AMP****Introduction :**

L'Agence de la biomédecine, organisme de régulation, de veille et d'expertise médicale et scientifique créé par la loi du 6 août 2004, dispose d'une compétence dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de l'embryologie et de la génétique humaines. Elle veille à l'application des dispositions législatives et réglementaires pour les activités relevant de sa compétence. Elle analyse les risques liés aux pratiques.

Pour faciliter et harmoniser les pratiques, l'Agence de la biomédecine propose des outils de contrôle destinés aux Agences régionales de santé qui délivrent les autorisations en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP), de diagnostic prénatal (DPN) et d'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales aux établissements et aux laboratoires et qui procèdent à leur inspection.

Ainsi, un guide d'inspection sur place et un de contrôle sur pièces pour les activités d'AMP ont été élaborés par l'Agence de la biomédecine en concertation avec des représentants des services déconcentrés : Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et Pharmaciens inspecteurs de santé publique (PhISP). Ces outils ont été validés par les comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI) référents ainsi que par la Conférence des Médecins Inspecteurs régionaux et celle des Pharmaciens Inspecteurs régionaux. .

**Rappel des rôles et missions des agences régionales de santé et de l'Agence de la biomédecine (ABM) en matière d'inspection :**

Le contrôle des établissements autorisés au titre de l'AMP est exercé à l'initiative du directeur de l'ARS ou du préfet de département (article L.6116-2 du code de la santé publique (CSP). Celle de ces autorités qui prend l'initiative d'un contrôle en informe sans délai l'autre autorité.

Le contrôle des laboratoires d'analyse et de biologie médicale (LABM) autorisés à réaliser des analyses de biologie médicale (y compris en AMP) est exercé à l'initiative du préfet de département (article D.6213-2 du CSP).

Ces inspections sont réalisées par certains agents des services déconcentrés (notamment MISP, PhISP, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, autres fonctionnaires de catégorie A). D'autres partenaires peuvent être associés aux inspections demandées par le directeur de l'ARS ou par le préfet de département, comme les inspecteurs de l'AFSSAPS lorsqu'un produit de santé est en jeu, les services de l'assurance maladie, en application de l'article R.162-32-3 du Code de la sécurité sociale, et les inspecteurs de l'Agence de la biomédecine.

Dans le champ de l'AMP, une disposition relative à l'inspection des activités, tant cliniques que biologiques, a été introduite dans le Code de la santé publique lors de la transposition de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 : « *Les établissements de santé, organismes et laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation font l'objet d'une inspection ou d'un contrôle, par les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, à un rythme au moins biennal.* » (Article R2141-33).

L'Agence de la biomédecine est, quant à elle, dotée de pouvoir d'inspection dans les domaines où elle dispose d'un pouvoir d'autorisation (article L.1418-1,10° du CSP). L'agence dispose d'un corps d'inspection (article L.1418-2 du CSP) qui conduit les inspections dans le champ de ses compétences propres. Toutefois elle peut demander aux autorités administratives de l'Etat ou aux établissements publics concernés de faire intervenir leurs propres agents en appui de ses inspecteurs.

**Rappel des différentes catégories d'inspection :**

- Inspections résultant du programme régional d'inspections. Ces inspections sont programmées par l'Agence régionale de santé.

- Inspections résultant de la directive nationale d'orientation. L'ABM peut être conduite à demander un programme particulier d'inspection aux services déconcentrés dans le champ de compétence des ARS en lien avec ses propres programmes
- Inspections en vue du renouvellement des autorisations. Il est suggéré de procéder à l'inspection sur place des établissements de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale dont l'autorisation parvient à échéance de renouvellement (soit tous les 5 ans) et d'effectuer dans l'intervalle un contrôle sur pièces.
- Inspections incidentes. Il convient de procéder à l'inspection d'un établissement ou d'un laboratoire autorisé en cas de suspicion de manquement à la législation et à la réglementation (signalement, plainte, etc...). De même, tout signalement d'évènement à risque sanitaire adressé à l'autorité sanitaire doit être suivi d'une inspection diligentée par l'autorité compétente, selon l'origine, la nature et les conséquences de l'évènement. Dans ce cadre, l'ABM peut être amenée à demander aux services déconcentrés l'inspection d'un établissement autorisé. Elle doit alors en faire la demande à l'ARS concernée avec information de l'administration centrale.