



Commission d'enquête du Sénat
Audition conjointe : SNIASS – SPHISP – SMISP
16 mars 2022 / 9h00 – 10h00

I - Constats et propositions

II – Focus thématiques

II.1 Faiblesse du pilotage national du dispositif d'inspection

II.2 Baisse constante des effectifs des corps d'inspection

III.3. Organisation très variable de l'inspection en ARS

A / Inspections sur place ou sur pièces

B / Inspections inopinées ou annoncées

C / Un cadre juridique insuffisant

D / Un régime de sanctions qui n'est pas opérationnel

E / Un contrôle budgétaire juridiquement allégé

III.4 Un plan de contrôle improvisé en urgence

A / Un calendrier très resserré

B / Des grilles de contrôle pas harmonisées au niveau national

C / Des équipes d'inspection parfois incomplètes

D / Un délai court laissé au droit de réponse

I – Constats et propositions

I.1. Constats

Nous souhaitons, à titre liminaire, vous faire part de l'analyse partagée par nos trois organisations en ce qui concerne les missions de contrôles mises en œuvre par les agences régionales de santé.

Avant toute chose, il nous semble important de clarifier la notion de contrôle car elle est souvent confondue, y compris au sein des ARS, avec les notions d'évaluation, de certification et d'audit. Le contrôle est une mission régaliennne qui consiste à effectuer des investigations approfondies, mettant en œuvre l'autorité publique, en application de pouvoirs qui ont été conférés par la loi.

Le contrôle vise ainsi à vérifier qu'une structure ou qu'un professionnel veille au respect de la législation et de la réglementation applicables. Il permet de signaler les écarts à la norme juridique mais aussi de mettre en évidence des dysfonctionnements, d'identifier des risques majeurs, notamment des pratiques déviantes, en vue de les faire cesser ou d'y remédier afin de garantir la sécurité des personnes.

A la différence de l'évaluation ou de l'audit, le contrôle constitue une activité qui est susceptible d'entraîner des mesures de police administrative, voire des sanctions administratives, financières, disciplinaires ou pénales.

Le contrôle va s'appuyer sur deux modes d'investigation qui sont cumulables : le contrôle sur pièces et le contrôle sur site appelé « inspection ». Une inspection peut être programmée ou déclenchée en urgence, elle peut être inopinée ou annoncée.

Bien que la loi prévoit que l'inspection - contrôle fasse partie intégrante des missions des ARS, cette activité ne constitue pas une priorité pour ces agences. C'est clairement une mission accessoire qui passe au dernier plan. Il n'est donc pas étonnant de constater la marginalisation des corps d'inspection au sein des ARS.

La suppression de l'activité inspection - contrôle des lettres de mission signées par le ministre chargé de la santé et adressées aux directeurs généraux des ARS en 2019 confirme que cette mission n'est pas prioritaire, y compris au niveau national. Par ailleurs, les objectifs et indicateurs de suivi concernant cette activité ont également été retirés des contrats d'objectifs et de moyens signés entre chaque ARS et l'Etat. Cette situation n'a pas changé en 2022.

Depuis la mise en place des ARS en 2010, nos trois organisations syndicales n'ont eu de cesse d'alerter les responsables du ministère chargé des solidarités et de la santé, les directeurs généraux d'ARS et les parlementaires, d'une part de la diminution très inquiétante du nombre des inspections et contrôles effectués par les ARS et, d'autre part, des difficultés rencontrées par les inspecteurs pour exercer ces fonctions au sein de ces agences.

Plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), un référé de la Cour des comptes et des travaux parlementaires des MECSS du Sénat en 2014 et de l'Assemblée nationale en 2021 ont confirmé ces constats alarmants et montré que la mise en place des ARS s'était accompagnée d'un recul significatif de ces missions.

En effet, les moyens humains alloués à l'activité d'inspection - contrôle par les ARS sont très insuffisants. Selon les données disponibles (données 2018 / IGAS et SGMAS¹), il y a environ 8.500 agents au sein des ARS (8.300 ETP). Sur ces 8.500 personnes, le vivier de ressources humaines habilité juridiquement à réaliser des inspections correspond à environ 2.700 personnes (corps statutaires² : 2.231 agents et ICARS³ : 536 agents). Ce chiffre peut paraître important mais en pratique sur ces 2.700 agents, seuls 500 ETP sont consacrés à l'inspection contrôle en ARS, ce qui représente environ 6% des ETP totaux des ARS.

Cette situation s'explique par le fait qu'environ 1.000 inspecteurs habilités ne réalisent jamais d'inspection et que, pour les autres, le temps de travail consacré à cette activité est réduit (par exemple 8% pour les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, 10% pour les médecins inspecteurs de santé publique et 28 % pour les pharmaciens inspecteurs de santé publique). Il y a donc clairement un émiettement du temps de travail consacré à l'activité d'inspection, ce qui compromet nécessairement la professionnalisation des interventions et l'efficacité des inspecteurs.

Sur les 500 ETP affectés aux missions d'inspection - contrôle dans les ARS, plus de la moitié (271 ETP) concerne des ETP dédiés aux contrôles menés dans le domaine de la santé environnementale (qualité de l'eau, lutte contre l'habitat insalubre, prévention de la légionellose, amiante, etc.). Les ressources humaines disponibles pour contrôler l'ensemble du champ sanitaire et médico-social correspondent donc en réalité à environ 230 ETP pour s'occuper notamment des 3.000 hôpitaux et cliniques, des 35.000 services et établissements médico-sociaux dont 7.500 maisons de retraite médicalisées (EHPAD), des 1.000 foyers d'accueil médicalisé, des 20.500 pharmacies de ville ou encore des 4.000 sites de laboratoires de biologie médicale en France. Au

1 SGMAS : Secrétariat Général du Ministère des Affaires Sociales.

2 Jusqu'en 2011, seuls les agents relevant des six corps statutaires de fonctionnaires de l'Etat (inspecteur de l'action sanitaire et sociale ; médecin inspecteur de santé publique ; pharmacien inspecteur de santé publique ; ingénieur du génie sanitaire ; ingénieur d'études sanitaire ; technicien sanitaire) mentionnés à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique pouvaient être mobilisés pour effectuer des inspections et des contrôles.

3 Le décret n°2011-70 du 19 janvier 2011 permet de donner une compétence en matière d'inspection et de contrôle à des agents de droit privé relevant de l'assurance maladie ou à des agents de droit public (contractuel ou fonctionnaires hospitaliers et territoriaux) recrutés par les ARS, sous réserve d'une part de valider un cursus de formation de 120 heures et d'autre part d'avoir été désignés par le directeur général de leur ARS, comme inspecteur ou comme contrôleur (ICARS), en fonction de leur niveau de diplôme ou leur corps d'appartenance. Le directeur général de l'ARS précise alors la nature des missions susceptibles de leur être confiées.

final, sur ces 230 ETP, toujours selon les données 2018 de l'IGAS, seuls 49 ETP sont affectés à l'inspection - contrôle des EHPAD, soit 0,6% des ETP totaux des ARS.

Si on s'intéresse au nombre de contrôles réalisés, on constate que l'activité d'inspection et de contrôle a diminué constamment depuis la mise en place des ARS. Ainsi, le nombre total de contrôles concernant les secteurs ambulatoire (ville), hospitalier, les professionnels de santé et le médico-social (donc autres que celui de la santé environnementale), était de :

| | 2016 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------|-------|--------------------|-------|------|
| Nombre de contrôles | 6 146 | 3 625 ⁴ | 2 625 | 935 |

Entre 2016 et 2019, le nombre de contrôles réalisés a donc diminué de 58 %.

L'érosion constante des effectifs des corps d'inspection de l'Etat relevant du ministère chargé de la santé a également contribué et accéléré la fragilisation du système de contrôle dans les champs sanitaire, social et médico-social : ce sont près de 400 postes d'inspecteurs supprimés entre 2014 et 2021, soit une baisse de près de 30% des effectifs des corps d'inspection les plus concernés par le contrôle des EHPAD : médecins inspecteurs de santé publique (-39%), inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (-27%) et pharmaciens inspecteurs de santé publique (-8%).

A nos yeux, la mission régaliennne d'inspection et de contrôle dans le champ sanitaire et médico-social, qui vise avant tout à protéger les usagers et particulièrement les personnes vulnérables accueillies dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), n'a jamais réellement fait partie des priorités des ARS. Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'administration de la santé est devenue, avant tout, une administration de conseil et d'accompagnement. L'inspection-contrôle n'est donc naturellement ni dans son ADN ni dans sa culture.

Les ARS se positionnent en première intention dans un rôle « bienveillant » vis-à-vis des structures et des professionnels, qui sont avant tout considérés comme des partenaires de travail. La logique qui est désormais en place au sein des ARS est donc celle d'un modèle de relation basé sur la responsabilisation des acteurs, auxquels la confiance est accordée de fait. Nous pensons que cette confiance, ainsi accordée, devrait néanmoins avoir comme contrepartie un renforcement des contrôles. Les faits révélés par le livre « *Les Fossoyeurs* » le démontrent.

Or pour les ARS, la mission d'inspection - contrôle est une activité qui ne correspond pas à un modèle moderne de gouvernance du système de santé et médico-social qui doit être fondé, d'une part, sur le conseil, l'accompagnement, la concertation et, d'autre part, sur l'autocontrôle ou l'évaluation externe comme par exemple les dispositifs de certification.

4 Dans le champ médico-social (Personnes âgées et/ou handicapées) : 1.273 contrôles ont été réalisés.

Si ces voies d'amélioration des pratiques, de gestion des risques et de résolution des incidents et accidents sont essentielles et nécessaires, elles ne peuvent se substituer à l'inspection - contrôle qui reste un outil puissant devant être mobilisé en tant que de besoin, et non uniquement en contexte « dit d'urgence » car il reste le meilleur moyen de prévenir les dérives et de mettre en évidence des pratiques dangereuses, des fraudes ou des activités illégales.

Les ARS souffrent donc d'une culture ambiguë qui est à l'origine d'un conflit de missions. Il en ressort une véritable difficulté à concilier une posture d'autorité susceptible de mettre en œuvre des prérogatives de police administrative, voire de police judiciaire pour certains agents, avec les missions prioritairement assignées aux ARS, à savoir celles de régulateur financier et de pilote de l'offre de soins et médico-social, d'animateur de dispositif partenarial et de « facilitateur » de projet.

L'exemple emblématique de ce conflit de mission, a été l'inspection conjointe conduite par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP) et l'ARS d'Ile-de-France suite au décès en décembre 2018 d'une patiente au sein du service des urgences de l'hôpital Lariboisière. Celle-ci avait été retrouvée décédée sur un brancard près de 12 heures après son admission. La ministre de la santé avait alors ordonné à l'ARS de mener une inspection sans délai dans l'établissement.

Peut-on imaginer que les services fiscaux, l'inspection du travail ou les services en charge de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) puissent mener une inspection conjointement avec la structure mise en cause ? Pour l'ARS, cela n'a semblé poser aucun problème. Cette situation inacceptable a conduit la **Fédération UNSA Santé Cohésion Sociale**, à laquelle nos trois organisations sont affiliées, à saisir en 2019 le Comité de déontologie des ministères chargés des affaires sociales⁵.

Dans son avis, ce comité a conclu que la mission régaliennne de contrôle ou d'inspection et l'appréciation des suites à donner, notamment au moyen d'éventuelles mesures de police administrative, incombent en propre aux ARS et s'opposent donc tant à la mise en place d'une mission commune qu'à la rédaction d'un rapport conjoint avec la structure ou le professionnel mis en cause ou objet du contrôle.

Par ailleurs, la mise en œuvre des inspections est parfois rendue délicate au regard des problèmes de déontologie rencontrés au sein des ARS et liés en partie au vivier de recrutement de leurs équipes dirigeantes, qui puise largement dans le corps des directeurs d'hôpital mais aussi auprès de cadres du secteur privé. Cette politique de recrutement des ARS entretient une porosité avec les institutions placées sous leur contrôle ce qui est susceptible d'affecter voire de compromettre leur neutralité, à défaut de mécanismes solides de prévention des liens et des conflits d'intérêts.

Nous estimons que la mise en œuvre des missions de contrôle et d'inspection doit impérativement respecter les principes d'indépendance et d'impartialité, ce qui

5 Comité de déontologie des ministères chargés des affaires sociales / Avis n° 2019-5-SA

nécessite de les séparer des autres missions de pilotage et de régulation comme l'accompagnement, l'allocation des ressources ou la contractualisation qui sont le cœur de métier des ARS⁶. Il y a là à nos yeux une réelle incompatibilité.

En ce qui concerne le plan de contrôle exceptionnel des EHPAD déclenché en urgence début février 2022 par le Ministère des solidarités et de la santé, la **Fédération UNSA Santé Cohésion Sociale** a dénoncé la précipitation et l'improvisation qui caractérisent son déploiement. Il aurait été largement préférable, dans l'intérêt des résidents des EHPAD qui sont les premiers concernés, que ce plan soit planifié de manière cohérente, dans la durée et en s'appuyant sur une organisation et des outils de contrôle adaptés et harmonisés au niveau national pour toutes les ARS.

I.2. Propositions

Nous faisons le constat que la fonction d'inspection et de contrôle au sein des ARS est manifestement sous dimensionnée par rapport aux enjeux. Il nous semble donc nécessaire :

- ✓ **Proposition n°1 : Afficher clairement au niveau ministériel la place de l'inspection - contrôle comme outil prioritaire au même titre que l'appui et l'accompagnement des acteurs du champ sanitaire et médico-social :**
 - **Inscription, à l'initiative du SGMAS, d'un objectif relatif aux programmes d'inspection - contrôle dans les lettres de mission des directeurs généraux des ARS ;**
 - **Mise en place d'une mesure pérenne du suivi de ces programmes fondée sur des indicateurs relatifs à l'inspection - contrôle dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'Etat et les ARS.**

La faiblesse du système de contrôle du secteur médico-social comme du secteur sanitaire est connue et documentée depuis plusieurs années. En 1998, un quotidien national publiait un article intitulé « *Le monde sanitaire et social hors contrôle* »⁷, en référence à un rapport de l'IGAS⁸ qui mentionnait notamment que « *le manque d'impulsion et d'attention de l'administration centrale vis-à-vis de l'inspection - contrôle est notable* ».

Les organisations syndicales affiliées à notre fédération et représentant les corps d'inspection du ministère chargé de la santé ont déjà été auditionnées

6 Norme ISO 17020 d'accréditation des organismes de contrôle et d'inspection qui repose sur cinq grandes exigences : 1/ impartialité, indépendance et confidentialité ; 2/ Exigences structurelles ; 3/ Ressources ; 4/ Exigences techniques et 5/ système de management de la qualité.

7 « *Le monde sanitaire et social hors contrôle. Un rapport de l'IGAS épingle les déficiences de l'Etat* » / Libération / 27 janvier 1998.

8 « *Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social* » / Rapport IGAS / Nathalie DESTAIS et Gérard VINCENT / 1997.

par la Mission d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), dans le cadre de son rapport remis en juin 2021 sur le fonctionnement des ARS : **SPHISP** (10 février 2021), **SYNAPSE** (10 février 2021), **SMISP** (11 février 2021) et **SNIASS** (22 mars 2021).

Après celle du Sénat en 2013⁹, la MECSS a en effet procédé à une analyse approfondie du fonctionnement des ARS, 10 ans après leur création par la loi « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » du 21 juillet 2009 (HPST)¹⁰. A cette occasion, nos représentants avaient alerté sur la situation problématique de l'activité d'inspection - contrôle au sein des ARS. Dans ce contexte, la MECSS avait formulé une proposition n°11 visant à « renforcer les compétences d'inspection et clarifier la place de ces fonctions au sein des ARS ».

- ✓ **Proposition n°2 : Mettre en place un pilotage stratégique rigoureux de cette fonction au niveau du Ministère des solidarités et de la santé, en confiant cette activité à temps plein à un cadre de haut niveau clairement identifié au sein de l'organigramme du secrétariat général des ministères sociaux.**
- ✓ **Proposition n°3 : Créer un service spécialisé constitué de personnels dédiés, en confiant la mission régaliennne d'inspection et de contrôle à un service à compétence nationale (SCN) doté d'antennes régionales, qui pourrait être rattaché au SGMAS.**

Ce service à compétence nationale (SCN), qui pourrait s'inspirer du Service national des enquêtes (SNE) de la DGCCRF ou de la Direction nationale des enquêtes fiscales, aurait pour objectif de renforcer et d'améliorer la capacité de contrôle de l'État dans le champ sanitaire et médico-social.

Un tel service permettrait notamment :

- Une véritable animation et coordination de la fonction d'inspection - contrôle au niveau national : organisation et méthodes de travail, formation des personnels, harmonisation des outils d'intervention (référentiels, protocoles et grilles d'inspection), veille juridique, bilans d'activités. A ce jour, du fait de leur autonomie d'organisation et de gestion, les pratiques développées sur un même champ de contrôle sont donc souvent hétérogènes entre les différentes ARS.
- Disposer de ressources humaines suffisantes détenant une expertise technique de haut niveau (juridique, médicale, pharmaceutique, financière), en capacité de contrôler notamment les montages financiers et juridiques complexes avec des inspecteurs ayant une compétence

9 « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance » / Rapport n° 400 / 2013-2014 / Sénat.
10 Rapport d'information N° 4267 du 16 juin 2021.

d'intervention nationale, comme c'est déjà le cas pour les professionnels de l'inspection d'autres ministères (DGCCRF, Agriculture, Finances publiques).

- Piloter directement des missions de contrôles complexes, notamment celles à dimension nationale ou concernant des groupes implantés sur toute la France, ce qui permettra de faire des recoupements : programmation, cadrage et coordination des missions, contrôles au niveau des groupes et non des seuls établissements, gestion des suites des missions ;
 - Garantir une véritable indépendance technique de jugement des inspecteurs (qui est différente de la notion d'indépendance hiérarchique), clairement distincte de la mission d'accompagnement et de conseil de l'ARS, comme le prévoit la norme la norme ISO 17020 qui encadre l'organisation et le fonctionnement des services d'inspection - contrôle. Ce référentiel normatif place la garantie d'objectivité et d'impartialité des inspecteurs au rang de première priorité, en énonçant une claire séparation des missions de gestion opérationnelle exercées auprès des structures susceptibles d'être inspectées, et des missions d'inspection - contrôle.
- ✓ **Proposition n°4 : Professionnaliser l'activité de contrôle et lui allouer des ressources humaines adaptées et sanctuarisées, ce qui permettra également d'assurer un véritable suivi des suites des missions d'inspection afin de vérifier que les injonctions, prescriptions et recommandations sont suivies d'effets ;**
- ✓ **Proposition n°5 : Réviser les textes législatifs et réglementaires (codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles) qui régissent l'exercice des pouvoirs individuels de contrôle, d'inspection, de recherche ou de constatation d'infractions par les inspecteurs des ARS afin d'aligner leurs pouvoirs sur ceux des inspecteurs de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).**

Cet alignement permettrait notamment de renforcer les prérogatives des inspecteurs des ARS en leur permettant notamment de :

- ne pas se voir opposer le secret professionnel lors des contrôles ;
- d'être dotés d'une capacité d'intervention sur l'ensemble du territoire national pour permettre leur mobilisation effective par les autorités administratives territorialement compétentes (les agents de la DGCCRF dispose d'une telle capacité depuis 2001).

- Disposer d'un réel pouvoir d'audition des personnes (à ce jour seul le recueil de tout renseignement, de toute justification ou de tout document nécessaire aux contrôles est possible) ;
 - Exiger d'une personne qu'elle justifie de son identité (cela permet de contrôler la qualité). Le contrôle en vis-à-vis des conditions d'exercice des professionnels de santé intuitu personae ne peut s'entendre que si l'agent qui réalise cette mission peut objectiver, par la présentation d'un document officiel, qu'il a effectivement affaire à la personne que celle-ci prétend être. Cette nécessité prend également sens lorsque lesdits contrôles portent sur le constat d'un exercice illégal d'une profession ou d'une activité réglementée. Par ailleurs, cet agent ne pourra en bon droit, le cas échéant dresser nominativement un procès-verbal et le faire signer à la personne visée que s'il peut s'assurer que celle-ci correspond bien à l'identité qui lui a été préalablement donnée ;
 - Echanger spontanément, avec d'autres services de l'Etat ou des collectivités territoriales, sans que puisse y faire obstacle le secret professionnel, les informations et documents détenus ou recueillis dans l'exercice de leurs missions de police administrative ou judiciaire ;
 - de procéder à des visites et des saisies, en cas de suspicion de fraudes ou de manquements graves susceptibles de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes, sous le contrôle du juge de la liberté et de la détention.
- ✓ **Proposition n°6 : Introduire une véritable transparence sur les missions de contrôle en rendant publics les injonctions, mises en demeure, décisions de police administrative et rapports adressés aux structures et aussi en rendant publics les bilans régionaux et nationaux de l'activité d'inspection – contrôle (« *politique du gouvernement ouvert* » lancé le 15 décembre 2021) ;**
- ✓ **Proposition n°7 : S'agissant spécifiquement de l'organisation et du fonctionnement des EHPAD, de fixer des normes juridiques opposables, notamment en ce qui concerne le nombre de personnels « au chevet » des résidents et la prise en charge médicamenteuse (PECM).**

II – Focus thématiques

II.1 Faiblesse du pilotage national du dispositif d'inspection

Le pilotage national du dispositif d'inspection – contrôle des ARS repose sur le Secrétariat général chargé des ministères sociaux (SGMAS) en lien avec l'IGAS, qui a vocation à structurer la politique d'inspection dans le champ sanitaire et social sur l'ensemble du territoire. Cette mission a pour objectif d'articuler les inspections de premier degré, relevant des réseaux territoriaux du ministère (ARS, DREETS), et les interventions propres de l'IGAS, dites de second degré.

Depuis 2011, la Mission permanente inspection-contrôle (MPIC) à l'IGAS est chargée du pilotage et de l'animation directe de l'inspection-contrôle du réseau territorial « santé » et est en appui du Secrétaire général chargé des ministères sociaux (SGCMAS) pour le réseau territorial sur le secteur « cohésion sociale ». Cette mission est pilotée par un inspecteur général appuyé par une assistante chargée de l'animation et de la coordination de l'équipe. En 2018, une équipe de six inspecteurs territoriaux désignés pour une période de trois ans, renouvelable une fois, contribue à soutenir et professionnaliser la fonction inspection-contrôle dans ces deux réseaux.

En réalité, le pilotage national global des ARS par le ministère de la santé – dont celui de l'activité d'inspection – se heurte à la faiblesse des effectifs dédiés au niveau central : le pôle santé ARS du SGCMAS ne compte que 14 personnes.

Le système d'information national dédié à l'activité d'inspection – contrôle utilisé par les ARS pour enregistrer et comptabiliser les inspections réalisées a été déployé à partir de 2018 (SIICEA). Cet outil permet une comptabilisation essentiellement quantitative des inspections mais comporte assez peu d'éléments qualitatifs.

C'est pourquoi, le SGCMAS qui centralise actuellement les remontées issues du plan de contrôle national des EHPAD s'appuie sur des tableaux EXCEL, qui lui permettent notamment d'identifier la nature de chaque décision envisagée ou retenue à l'issue de chaque inspection (Autorisation / Gouvernance / Prise en charge / Soins / Gestion des risques, etc.).

II.2 Baisse constante des effectifs des corps d'inspection

Les six corps d'inspection de l'Etat relevant du ministère chargé de la santé sont recensés à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique (CSP) : pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP), médecins inspecteurs de santé publique (MISP), inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), ingénieurs du génie sanitaire (IGS), ingénieurs d'études sanitaires (IES) et techniciens sanitaires (TS). Parmi eux, les trois corps d'inspection les plus concernés par le contrôle des EHPAD sont les IASS, les MISP et les PHISP. Les agents dans les services santé –

environnement des ARS interviennent sur des aspects spécifiques liés aux bâtiments (légionellose, amiante, radon, déchets de soins à risque infectieux notamment).

Entre 2014 et 2021, les effectifs de ces corps d'inspection en poste dans les ARS ont baissé de près de 30%, soit une perte de près de 400 postes tous corps d'inspection confondus.

Effectifs d'agents publics par corps d'inspection en ARS¹¹

| Effectifs des corps d'inspection du Ministère chargé de la santé en ARS | 2014 | 2018 | 2019 | 2020 | Evolution 2014 / 2020 |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------------|
| Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale | 944 | 791 | 768 | 688 | -27% |
| Médecins inspecteurs de santé publique | 297 | 221 | 205 | 181 | -39% |
| pharmaciens inspecteurs de santé publique | 137 | 130 | 131 | 126 | -8% |
| TOTAL | 1378 | 1142 | 1104 | 995 | -28% |

Afin de pallier cette situation de pénurie, un dispositif de formation destiné à habilitier davantage de personnel à inspecter a été créé en 2011 (ICARS / Article L. 1435-7 du CSP) et 750 agents ont suivi le cursus de formation ICARS entre 2011 et 2018. A l'issue de ce cycle de formation de plusieurs semaines à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), ces agents des ARS disposent du pouvoir d'inspection et de contrôle au même titre que les six corps statutaires de l'Etat.

Le taux de rotation élevé de ces agents (30% des agents formés ont quitté leurs fonctions entre 2011 et 2018) et le coût financier non négligeable pour le ministère et les ARS avaient conduit à suspendre provisoirement ce dispositif jusqu'en septembre 2021 afin de le remettre à plat¹².

Les ARS consacrent à l'inspection-contrôle des moyens humains très limités pour ne pas dire dérisoires. En 2018, sur les quelques 8.300 personnes au total qui travaillaient dans les ARS, la part des agents affectés aux missions d'inspection ne représentait que 6% des effectifs totaux des ARS (6% du temps de travail de leurs agents)¹³.

Cela correspondait à 500 équivalents temps plein (ETP) pour contrôler notamment les 3.000 hôpitaux et cliniques, les 7.200 EHPAD, les 20.500 pharmacies de ville ou encore les 4.000 sites de laboratoires de biologie médicale. Au total, sur ces 500 ETP, seuls 49 ETP étaient affectés à l'inspection des EHPAD, soit 0,6% des effectifs totaux des ARS.

¹¹ Tableau en page 31 du rapport MECSS et données issues du bilan social 2020 du réseau des ARS / SGMCAS - DRH.

¹² Bilan du parcours des inspecteurs et des contrôleurs admis à réaliser des inspections et des contrôles au sein des ARS (ICARS) / Rapport IGAS 2019-030R / Octobre 2019.

¹³ « Bilan national des activités d'inspection et de contrôle des ARS en 2018 » / Rapport IGAS 2019-112R / Novembre 2019.

III.3. Organisation très variable de l'inspection en ARS

L'organisation des services d'inspection des ARS a évolué sous l'impulsion de l'IGAS à partir de 2017-2018, dans le cadre d'une démarche incitative intitulée « Repères ». Cette approche de type certification a conduit ces services à mieux se structurer et renforcer leur visibilité : le sujet « inspection » est plus souvent porté à l'ordre du jour des COMEX des ARS et il est parfois mieux positionné dans les organigrammes¹⁴. Cette démarche a également contribué à une montée en compétence des équipes et une plus grande sécurité juridique dans les processus d'inspection.

Dans certaines ARS, des services régionalisés d'inspection ont été créés et se consacrent exclusivement à cette mission. Les données disponibles indiquent que les IASS en ARS participent significativement aux missions d'inspection (40% en 2018)¹⁵. Cette démarche s'est cependant essouffée et on constate au contraire une régression et un recul qualitatif dans les ARS depuis 2019 / 2020.

A / Inspections sur place ou sur pièces

Parmi les questions soulevées se pose le sujet de la comptabilisation du nombre des missions d'inspection réalisées au sein des EHPAD par les ARS sur les dernières années. Or la réponse à cette question n'est pas simple et renvoie aux définitions du terme même d'inspection et à ses modalités de mise en œuvre.

La définition de l'inspection est fournie par l'IGAS¹⁶ et sa mise en œuvre repose sur un déplacement sur place ou un contrôle sur pièces :

*« L'inspection est un **contrôle spécifique** toujours réalisé à partir de **démarches sur place** (ou sur site), qui associe notamment entretiens, observations, examens et recueils de copies de dossiers et de documents, vérifications de toute nature. Elle peut notamment être diligentée à partir d'un signalement formulé par un professionnel ou par un organisme, ou d'une réclamation transmise par un particulier, mais également lorsqu'il existe des présomptions de dysfonctionnements, suite à une analyse de risques. Une inspection peut être programmée ou déclenchée en urgence (cf. fiche 2.5.4 – L'inspection en contexte dit d'urgence), elle peut être inopinée ou annoncée ».*

*« Le contrôle s'appuie sur deux modes d'investigation qui sont cumulables : le **contrôle sur pièces** (de manière exhaustive ou sur échantillon) et le **contrôle sur site** (appelé « inspection »). Le contrôle est donc dans ce guide utilisé comme terme générique et il inclut l'inspection ».*

¹⁴ Cette démarche s'appuie notamment sur une cartographie des activités, un autodiagnostic du fonctionnement des services avec des points clés d'organisation et des points clés d'activité, un classeur documentaire, etc.

¹⁵ Près de 343 IASS sur 856 ont participé aux inspections dans les ARS en 2018 / Bilan du parcours des inspecteurs et des contrôleurs admis à réaliser des inspections et des contrôles au sein des ARS (ICARS) / Rapport IGAS 2019-030R / Octobre 2019

¹⁶ « Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle à destination des réseaux territoriaux chargés de la santé et de la cohésion sociale » / IGAS / Janvier 2019 / 2017-152Z-

Ces différentes modalités expliquent pourquoi on constate des écarts élevés entre ARS dans la comptabilisation des inspections réalisées dans les EHPAD et évoqués dans les médias.

On conviendra cependant que le repérage et l'identification de la maltraitance en EHPAD nécessitent un déplacement – annoncé ou inopiné – d'une équipe d'inspection sur un voire plusieurs jours, ce qui n'a pas non plus le même impact en termes de charge de travail et de ressources à mobiliser.

Ainsi, l'ARS Ile-de-France indique 24 inspections réalisées en EHPAD en 2018 (90 EHPAD visités entre 2018 et 2020 sur un total de 700 EHPAD en Ile-de-France) quand l'ARS Nouvelle-Aquitaine affiche 121 contrôles d'EHPAD en 2019. Mais ces derniers concernent pour une grande partie le contrôle des bâtiments dans le champ de la santé environnementale : légionnelle, amiante, déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et radon¹⁷.

B / Inspections inopinées ou annoncées

Les missions d'inspection des ARS s'inscrivent essentiellement dans le cadre de leurs pouvoirs de police administrative. Elles ont pour objectif d'identifier les éventuels dysfonctionnements des structures inspectées et d'ordonner, le cas échéant, la mise en œuvre de mesures correctrices, assorties de délais adaptés à la nature de ces mesures¹⁸.

C'est pourquoi, ces inspections sont souvent annoncées aux structures inspectées conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁹ :

« Même s'il n'existe aucune réglementation rendant obligatoire l'information de la structure inspectée du déclenchement d'une mission d'inspection, pour le bon déroulé de cette inspection et son efficacité, l'information du directeur ou du responsable de la structure est en général la règle. Le responsable de la structure doit être informé, dans le cas général qui exclut les inspections inopinées, par une lettre d'annonce préalable de l'inspection à venir, au maximum, le mois précédent.

Lors de la visite des locaux, il importe de veiller à ce que l'inspecteur soit accompagné par un représentant de la structure pour éviter les éventuelles dénonciations d'intrusion de la part de l'inspecté et garantir la solidité des constats a fortiori si l'inspection peut aboutir à une suite pénale ».

A ce titre, la venue d'inspecteurs dans un EHPAD doit respecter les dispositions de l'article L. 1421-2 du CSP :

17 « *Un système de contrôle insuffisant* » / Le Monde / 11 février 2022

18 Exemple : Enjoindre un EHPAD à recruter un médecin coordonnateur doit s'accompagner d'un délai compatible avec les étapes incontournables d'un tel recrutement.

19 « *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle à destination des réseaux territoriaux chargés de la santé et de la cohésion sociale* » / Rapport IGAS / Janvier 2019 / N°2017-152Z -

« Pour l'exercice de leurs missions, les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent opérer sur la voie publique et pénétrer entre 8 heures et 20 heures dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport dans lesquels ont vocation à s'appliquer les dispositions qu'ils contrôlent. Ils peuvent également y pénétrer en dehors de ces heures lorsque l'accès au public est autorisé ou lorsqu'une activité est en cours. Lorsque l'occupant refuse l'accès, celui-ci peut être autorisé par l'autorité judiciaire dans les conditions prévues à l'article L. 1421-2-1, sans préjudice de la mise en œuvre des sanctions prévues à l'article L. 1427-1 ».

Les inspections déclenchées dans un contexte dit d'urgence – suite à un évènement indésirable grave ou dans un contexte de risque sanitaire ou de risque médiatique – sont réalisées de façon inopinée ou non en fonction du contexte et du motif de réalisation.

« Ces inspections correspondent à des inspections réalisées dans les 24-48 heures, ou au maximum dans la semaine, après que la décision de réalisation a été prise. Elles interviennent lors d'un risque avéré ou d'une forte présomption de risque pour la santé et /ou la sécurité des usagers, ainsi que pour éviter des conséquences irréversibles de dysfonctionnement majeur. Elles se caractérisent par un fait générateur qui peut être une ou plusieurs réclamation(s), un ou des signalement(s), un évènement indésirable grave ou tout autre dysfonctionnement majeur qui n'a pas pu être anticipé ».

En pratique, une mission d'inspection inopinée ne garantit pas pour autant de pouvoir repérer des situations de maltraitance en EHPAD. Lors de leur déplacement, les inspecteurs viennent enquêter sur des dysfonctionnements structurels mais imaginer qu'ils peuvent découvrir systématiquement « *un flagrant délit de maltraitance* » est assez hypothétique.

La maltraitance se diffuse en effet le plus souvent à bas bruit du fait de difficultés structurelles de fonctionnement d'un établissement : gouvernance instable, taux de rotation élevé du personnel, postes vacants (dont ceux du médecin coordonnateur ou de l'infirmier coordonnateur), faiblesse des activités d'animation proposées aux résidents, de l'aide à la prise des repas, de l'accompagnement au quotidien ou dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse.

C'est ce que confirme d'ailleurs le président de la Fédération 3977 contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées qui, lors de son audition devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, a parlé de situations qui sont pour la plupart « invisibles ».

Les ARS organisent donc des missions d'inspection annoncées ou inopinées en fonction de la nature des difficultés rencontrées. Ainsi entre 2018 et 2021, la proportion des missions d'inspection inopinées de l'ARS dans des EHPAD en Ile-de-France représente près de 19% du total (17 inspections inopinées sur 90). Entre 2018 et mars 2022, cette proportion est désormais très supérieure (85 missions inopinées sur 180).

C / Un cadre juridique insuffisant

La maltraitance a été juridiquement définie par la loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance. Cette définition nécessiterait cependant d'être complétée par des normes réglementaires plus précises, afin de permettre aux inspecteurs de bien fonder juridiquement leurs constats qui donneront lieu ensuite à des décisions contraignantes et susceptibles de recours contentieux de la part des commanditaires des inspections :

Article L. 119-1 du CASF : « *La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations* ».

Ainsi, il n'existe pas de norme opposable en termes de ratios de personnels dans les EHPAD. La référence juridique existante est trop vague :

Article D. 312-155-0-II du CASF : « *Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à 159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignantes, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs* »).

La prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD n'est pas non plus encadrée par des normes juridiques comme celles qui s'imposent aux établissements de santé et, quand ces normes existent, elles sont très générales (Article L. 312-26 du CASF). C'est la raison pour laquelle la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pilote depuis 2017 une orientation nationale d'inspection – contrôle (ONIC) sur la qualité et la sécurité de la PECM, dans le cadre d'un programme pluriannuel de missions d'inspection (2017-2023) qui sont annoncées aux EHPAD et s'apparentent à des missions d'audit et d'accompagnement.

Article L. 312-26 du CASF : « *Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la*

prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ».

Cette ONIC fait suite à une précédente ONIC pluriannuelle sur le repérage des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux (dont EHPAD) qui portait sur la période 2013-2017, dans le cadre de missions d'inspection plus coercitives.

D / Un régime de sanctions qui n'est pas opérationnel

Le régime de sanctions administratives en cas de dysfonctionnements constatés dans les EHPAD est défini notamment aux articles L. 313-14-1 (mise sous administration provisoire) et L. 313-16 du CASF (suspension ou cessation de tout ou partie des activités d'un établissement). L'application de ces sanctions – notamment une fermeture temporaire ou définitive d'un EHPAD – se heurte à la difficulté du relogement des résidents et du traumatisme que cette opération peut représenter pour ces derniers et leurs familles.

Le régime de sanctions financières à l'encontre des gestionnaires d'EHPAD dont le fonctionnement problématique peut affecter la prise en charge des personnes accueillies est défini par l'article L. 313-14 du CASF et dans le cadre de l'ordonnance n°2018-22 du 17 janvier 2018, relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du CASF et de l'article L. 412-2 du Code du tourisme.

Ce régime qui prévoit le paiement d'astreintes journalières (article L. 312-14-II) et de sanctions financières (Article L. 312-14-III) n'est pas opérationnel à ce jour, faute d'un décret d'application qui est en préparation actuellement au niveau national et devrait définir les modalités d'émission des titres de perception sur la base des sanctions prononcées par les ARS (un groupe expert est constitué depuis deux ans / Attente d'un vecteur législatif).

E / Un contrôle budgétaire juridiquement allégé

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 de la loi sur la réforme de la tarification des EHPAD s'est traduite par la mise en place de nouveaux outils : les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)²⁰.

On est passé d'une logique où l'EHPAD adresse aux autorités de tarification (ARS et Conseils départementaux) une demande budgétaire pour couvrir ses dépenses (avec une phase contradictoire) à une logique de notification d'un plafond de ressources.

²⁰ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement / Loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 / Loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Ainsi, les gestionnaires sont tenus par le respect d'une ressource désormais notifiée et calculée pour chaque EHPAD, prenant en compte le degré de dépendance (GIR Moyen Pondéré) et de pathologie (Pathos Moyen Pondéré) des résidents accueillis.

Le passage en EPRD fait disparaître les logiques antérieures de tarification par sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement) et rend fongibles les sources de financement. Le résultat étant désormais globalisé, l'analyse financière doit être faite de concert avec les services des Conseils départementaux.

Enfin, le principe posé par la loi est également une libre affectation des résultats réalisée par le gestionnaire. En conséquence, la responsabilité des organismes gestionnaires en est sorti renforcé. Ils disposent ainsi d'une plus grande liberté en matière de pilotage financier et stratégique de leurs EHPAD.

L'EPRD a vocation à être un outil de pilotage interne pour l'EHPAD. Les prévisions doivent être sincères et refléter ce qui va se produire dans l'année N et pour les cinq années suivantes. L'action de l'ARS dans la campagne budgétaire est recentrée sur la validation des grandes masses financières (ratios financiers), de la bonne trajectoire financière de l'établissement (**Plan Global de Financement Pluriannuel**) et de la conformité avec les objectifs du CPOM (lorsqu'il existe)

Les services chargés de la tarification dans les ARS exercent désormais un contrôle de gestion sur les grandes masses financières allouées aux EHPAD dans un cadre pluriannuel avec les CPOM. Les inspections organisées sur place peuvent porter sur des aspects budgétaires mais les directeurs des EHPAD gérés par les groupes privés à but lucratifs de type ORPEA ou KORIAN ont très peu d'autonomie financière par rapport aux sièges de ces groupes.

L'article R. 314-62 du CASF permet aussi au Préfet de département, quand un établissement ou un service relève de l'Etat mais aussi de l'ARS, de diligenter une mission d'enquête budgétaire et financière dans un établissement qui connaît des difficultés budgétaires, de fonctionnement ou de gestion budgétaire. Cette mission d'enquête budgétaire peut aussi être demandée au Préfet par le DGARS et peut comprendre notamment des inspecteurs des DDFIP (finances publiques). Des fonctionnaires de l'Etat affectés dans d'autres départements peuvent, en fonction de leurs compétences particulières et des besoins de la mission d'enquête, être mis à disposition de celle-ci.

Le DGARS dispose aussi de la possibilité de déclencher une mission d'enquête mais qui nécessite des IASS et/ou des MISP assermentés (article R. 313-34-II du CASF). L'organisation de missions d'inspection conjointes avec des inspecteurs du travail permettrait par ailleurs de vérifier des aspects du fonctionnement relevant du Code du travail. Le contrôle des organismes gestionnaires d'EHPAD relève quant-à-lui des inspections générales (notamment IGAS et IGF).

III.4 Un plan de contrôle improvisé en urgence

A / Un calendrier très resserré

La parution le 25 janvier 2022 du livre « *Les Fossoyeurs* » a eu pour effet immédiat la mise en œuvre le 27 janvier 2022 d'une mission d'inspection conjointe inopinée de l'ARS Ile-de-France et du Conseil départemental des Hauts-de-Seine au sein de l'EHPAD ORPEA « *Bords de Seine* ». Début février, un vaste plan de contrôle national a été annoncé par la Ministre déléguée à l'autonomie.

Depuis cette date, les instructions nationales données aux ARS n'ont cessé de fluctuer avec des échéances très contraintes et qui pourraient par ailleurs générer des risques juridiques dans le cadre des suites d'inspection.

Début février, ce plan de contrôle national devait porter sur toutes les catégories d'EHPAD, prioritairement en direction des établissements gérés par des organismes privés à but lucratif, avec des inspections finalisées²¹ au 4 mars 2022. Une nouvelle instruction du 14 février 2022, prévoit que ce plan de contrôle doit concerner essentiellement les EHPAD gérés par ORPEA et toujours avec des inspections finalisées au 4 mars 2022.

Une nouvelle instruction nationale transmise aux ARS le 21 février 2022 leur demande de remonter au niveau central des tableaux de synthèses, dont les modèles ont été préalablement transmis le 18 février 2022. L'échéance de remontée est fixée au 25 février 2022 et concerne à la fois ces tableaux de synthèse renseignés et les rapports finalisés²². Concrètement, chaque ARS s'organise comme elle peut en mobilisant l'ensemble de ses personnels statutaires ou habilités à contrôler (ICARS), sur des périodes d'intervention très courtes et sur des volumes d'établissements très conséquents.

Quelques exemples de mise en œuvre du plan de contrôle 2022 par des ARS

| ARS | 1 ^{ère} vague du 7 février au 4 mars 2022 | 2 ^{ème} vague du 14 février au 11 mars 2022 |
|-----------------|---|---|
| Hauts-de-France | 18 EHPAD ORPEA contrôlés sur place | EHPAD privés lucratifs ayant fait l'objet de signalements |
| Ile-de-France | 81 EHPAD tous statuts confondus contrôlés sur place ou sur pièces, conjointement ou non | Elargissement des EHPAD ciblés en fonction des événements médiatiques |

²¹ Missions d'inspection finalisées avec envoi des lettres de décisions définitives signées des DGARS.

²² Concerne les rapports d'inspection et les lettres d'intention de décision signées des DGARS dans le cadre des procédures contradictoires.

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Centre-Val-de-Loire | 17 EHPAD dont 6 EHPAD ORPEA et des EHPAD publics ou privés non lucratifs | |
| Nouvelle-Aquitaine | Expérimentation de 30 enquêtes FLASH limitées à quelques points de contrôle (soin notamment) | |
| Normandie | 11 EHPAD issus du secteur privé lucratif contrôlés conjointement avec les Départements et sur place | |

B / Des grilles de contrôle pas harmonisées au niveau national

Le ministère de la santé n'a pas été en mesure de fournir aux ARS un cadre normalisé et une grille de contrôle commune à l'ensemble des ARS pour la mise en œuvre des missions d'inspection sur place. C'est pourquoi, chaque ARS et même chaque équipe d'inspection au sein des ARS a bricolé sa grille et son modèle de rapport d'inspection.

Certaines équipes d'inspection (ARS Centre-Val-de-Loire) ont utilisé la maquette de rapport qui avait été conçue dans le cadre de l'ONIC relative au repérage et à la prévention de la maltraitance dans les établissements (2013-2017). Certaines missions étaient conjointes ou non avec les Conseils départementaux avec des axes d'investigation différents d'une mission à l'autre. Certaines missions étaient effectuées sur place, d'autres sur pièces et parfois sous la forme d'enquêtes FLASH de quelques heures seulement dans les établissements.

Ces disparités ont d'ailleurs déjà été relevées par certains organismes gestionnaires d'EHPAD, dont le groupe ORPEA qui a interpellé une ARS (Normandie) sur des inspections qui donnent lieu à de nombreuses injonctions, contrairement à d'autres ARS. Il est à craindre que cette mise en œuvre différenciée du plan de contrôle d'une ARS à l'autre - compte tenu notamment de la faiblesse de son pilotage national – ouvre la voie à des contentieux devant les juridictions administratives.

C / Des équipes d'inspection parfois incomplètes

Faute de ressources suffisantes, Les équipes constituées hâtivement au sein des ARS ne sont pas toujours forcément dimensionnées de manière optimale. La sécurisation juridique des inspections implique pourtant que ces équipes soient constituées a minima de quatre agents juridiquement habilités²³. Ces missions sont par ailleurs organisées conjointement ou non avec des équipes des Conseils départementaux.

Lors de son déplacement, l'équipe doit en effet effectuer des entretiens qui se déroulent « *de préférence, en présence de deux membres de la mission qui doivent avoir préalablement décidé de leur fonction respective pendant le déroulé de l'entretien* » selon les bonnes pratiques d'inspection et de contrôle de l'IGAS.

²³ Corps d'inspection de l'Etat définis par l'article L. 1421-1 du CSP ou inspecteurs et contrôleurs des ARS habilités au contrôle définis par l'article L. 1435-7 du CSP.

Certaines équipes d'inspection ont été constituées en recourant de manière un peu abusive à la désignation d'agents non habilités à inspecter comme personnes qualifiées²⁴ (ils ne peuvent pas signer les rapports) ou en s'appuyant même sur des élèves inspecteurs en période de stage en ARS. La faiblesse du nombre de médecin inspecteurs de santé publique (MISP) en fonction dans les ARS ne permet pas non plus de disposer de ressources médicales dans ces équipes d'inspection. Or les MISP sont les seuls habilités juridiquement à vérifier le contenu des dossiers médicaux individuels des résidents des EHPAD (avec les médecins ICARS). Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ont également accès aux dossiers médicaux mais uniquement pour les données relatives à la prise en charge médicamenteuse.

La vérification sur place d'échantillons significatifs de dossiers individuels de résidents (dossiers administratifs et dossiers médicaux) et de dossiers administratifs individuels du personnel de l'établissement nécessite plusieurs heures de travail. Ainsi lors de l'inspection de l'EHPAD ORPEA « *Bords de Seine* » réalisée le 27 février 2022, le contrôle d'un échantillon de 10 dossiers administratifs de résidents accueillis (sur 100) a représenté près de deux heures de travail pour deux contrôleurs.

D / Un délai court laissé au droit de réponse

La réalisation de ces missions d'inspection en urgence avec des délais très courts de remontée des informations au niveau central a laissé une place très réduite au principe du contradictoire dont devraient pourtant bénéficier les EHPAD inspectés (huit jours).

Ce principe du contradictoire « est un principe de droit existant dans toute procédure (civile, administrative, pénale ou disciplinaire) qui signifie que chacune des parties a été mise en mesure de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques exposés. La procédure contradictoire est le droit de réponse donné à l'inspecté, en préalable à la décision de l'autorité administrative compétente. A cette fin, un délai lui est donné pour permettre de préparer correctement sa défense ».

Le délai de réponse n'est pas défini par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) mais il doit être « *suffisant pour que l'intéressé prépare sa défense (bonne pratique entre 15 jours et 1 mois). Il peut exister des **délais spécifiques** lorsque la procédure contradictoire est organisée, par exemple dans certaines procédures de suites, ou selon certains codes. Dans ce cas, ces délais s'appliquent. Un délai plus favorable peut être néanmoins accordé par l'autorité au cas par cas, mais jamais un délai plus court que celui prévu par le texte législatif ».*

Exemple de délai spécifique : l'article L. 6122-13 du CSP (procédure de retraits/suspension d'autorisation d'une activité de soins des établissements de santé) précise que suite à la notification des dysfonctionnements par le DGARS à l'établissement de santé, celui-ci dispose d'un délai de 8 jours pour répondre au DGARS et lui communiquer son plan d'action, avant notification éventuellement des injonctions par le DGARS ».

24 Article L. 1421-1, alinéa 2 du CSP.