

mars 2010

Généralités et secteurs

Comptabilité

Fiscalité

Gestion financière

## Régulation

Tarifification

Modes de coopération

## Secteur social et médico-social : les agences régionales de santé et l'appel à projet

### En bref

La loi du 21 juillet 2009<sup>1</sup> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) est importante pour le secteur social et médico-social à plus d'un titre. Elle crée des agences régionales de santé (ARS) qui sont chargées de réguler, soit seules<sup>2</sup>, soit conjointement<sup>3</sup> avec les présidents de conseils généraux, les établissements et services médico-sociaux financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie ainsi que les établissements et services d'aide par le travail (Esat). La loi HPST modifie par ailleurs assez profondément la régulation de tout le secteur social et médico-social par exemple en introduisant une procédure d'appel à projet quasi-systématique pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil. Cette réforme nécessite la parution de très nombreuses mesures d'application, dont quelques unes sont déjà intervenues mais les plus nombreuses sont encore à venir. Les ARS devraient commencer à fonctionner officiellement au début du mois d'avril.

### Mots clés

Réforme de l'Etat, assurance maladie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, règles de création.

### Auteur

Arnaud Vinsonneau, Adjoint au Directeur général de l'Uniooss

### Plan

Introduction : Les grands axes de la loi HPST

II- Un nouvel acteur : les agences régionales de santé (ARS)

III- Un nouveau mode de régulation : l'appel à projet quasi-systématique

<sup>1</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, Journal Officiel du 22 juillet 2009.

<sup>2</sup> Il en va ainsi lorsque les dépenses de fonctionnement de l'établissement ou du service ne sont financées que par l'assurance maladie au titre des financeurs publics (IME, IMP, SESSAD...) ou lorsqu'il s'agit d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) dont l'activité sociale est financée par le budget de l'Etat.

<sup>3</sup> Tel est le cas lorsque les dépenses de fonctionnement de l'établissement ou du service sont financées pour partie par l'assurance maladie et pour partie par les départements (ex : EHPAD, FAM, SAMSAH, CAMSP).

*L'Uniooss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés à but non lucratif sanitaires et sociaux) est le Centre national d'animation et de ressources (Cnar) Action sociale, médico-sociale et santé au sein du Dispositif local d'accompagnement (DLA), dispositif national d'appui aux activités et services d'utilité sociale.*

*Plus d'informations sur ce dispositif : <http://www.avise.org>*

*Dans le cadre de cette mission, l'Uniooss propose des « fiches pratiques de gestion » pour outiller les associations et les accompagner dans leur démarche de pérennisation de leurs activités d'utilité sociale afin de consolider et développer les emplois. Elles sont notamment accessibles aux adhérents de l'Uniooss et des Uriopss identifiés, sur les sites Internet du réseau Uniooss-Uriopss.*

*Plus d'information sur l'Uniooss : <http://www.uniooss.asso.fr>*

*Ces fiches sont la propriété de l'Uniooss. Elles ne peuvent être reproduites sans son consentement écrit.*



**Introduction : Les grands axes de la loi HPST**

La réforme engagée par la loi HPST s'articule autour des axes suivants :

- le renforcement du niveau régional comme niveau pertinent de pilotage des politiques d'Etat et d'assurance maladie en lien avec la révision générale des politiques publiques (RGPP) ;
- une volonté d'assurer une meilleure articulation entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social ;
- un renforcement du rôle des pouvoirs publics dans la définition des réponses qui pourront être mises en œuvre sur le terrain, à travers la notion d'appel à projet basé sur un cahier des charges préalable ;
- une visée concurrentielle assumée afin de choisir, selon l'ancienne Secrétaire d'Etat à la Solidarité, Valérie Létard, « le mieux disant social » ;
- l'introduction de critères de performance des établissements et services médico-sociaux à travers la création de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), qui sera tant un « appui » aux structures qu'une agence au soutien des futures ARS pour le pilotage.
- une volonté d'amplifier les reconversions hospitalières notamment vers le secteur médico-social...

Cette réforme, aussi importante qu'en son temps la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales ou plus récemment la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, n'est pas sans susciter des inquiétudes. Quelle prise en compte par les futures agences régionales de santé des spécificités du secteur médico-social ? Comment faire en sorte que les différents décideurs publics impliqués dans le secteur social et médico-social coordonnent mieux leur action afin d'assurer une réponse globale aux besoins de la population ? Quelle qualité de dialogue entre les associations de solidarité et les pouvoirs publics ? Comment éviter les risques de standardisation des réponses mises en œuvre sur le terrain et garantir la construction de réponses véritablement adaptées aux besoins des personnes ?...

**I- Un nouvel acteur : les agences régionales de santé (ARS)**

Evoquée depuis plus de 15 ans, la création des agences régionales de santé sera effective au début du mois d'avril 2010. Afin de préparer leur mise en œuvre dans les régions, 26 directeurs généraux préfigurateurs ont été nommés en Conseil des Ministres le 30 septembre 2009. Ces agences auront dans leur champ de compétence la médecine de ville, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux financés par l'Assurance maladie (pour la part financée par l'assurance maladie), les Esat, la prévention et l'éducation à la santé, certaines compétences en matière de veille et de sécurité sanitaires.

Avec la création des ARS, les pouvoirs publics poursuivent plusieurs objectifs<sup>4</sup> :

- *« renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé devant permettre, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;*
- *simplifier le système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'Assurance maladie : les ARS regroupant en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer. Cette simplification devant favoriser les décloisonnements entre l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social ;*
- *mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité du système de santé : les ARS devant renforcer la capacité d'action collective du système de santé. »*

<sup>4</sup> Selon l'exposé des motifs du projet de loi.



**Secteur social et médico-social :  
les agences régionales de santé et l'appel à projet**

Les ARS vont se substituer aux administrations et organismes suivants :

- agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- certains services déconcentrés de l'État (les pôles « santé » et « médico-social » des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) ;
- unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM) ;
- groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- missions régionales de santé (MRS) ;
- partie sanitaire des caisses régionales d'Assurance maladie (CRAM). Ces dernières vont être recentrées sur leurs missions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la vieillesse et seront dénommés caisses d'Assurance retraite et de la santé au travail.

Chacune des ARS sera dirigée par un directeur général, nommé en Conseil des Ministres. Les ministres chargés de la santé, de l'Assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signeront avec chaque directeur général un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence. Le contrat sera conclu pour une durée de quatre ans. Il sera révisable chaque année. Ce directeur concentrera l'essentiel des prérogatives. Ainsi, il arrêtera le projet régional de santé et ses diverses composantes, dont le schéma régional d'organisation médico-sociale. Il sera aussi chargé de délivrer les autorisations pour les établissements de santé, les Esat et les autres structures médico-sociales relevant de l'agence<sup>5</sup>, de passer convention avec eux, de les tarifer...

À ses côtés, un conseil de surveillance, aux prérogatives nettement moins étendues. Présidé par le préfet de région, il sera composé de :

- représentants de l'État ;
- membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'Assurance maladie du ressort de l'agence (régime général, régime agricole et régime des indépendants) ;
- représentants des collectivités territoriales ;
- représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées,
- au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

Il ne comprendra pas de représentants des organismes gestionnaires contrairement à ce que souhaitait l'Uniopss. Outre l'approbation du budget et du compte financier, il émettra un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

Aux côtés de l'agence, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et deux commissions de coordination des décideurs publics seront instituées.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie prendra le relais de l'actuelle conférence régionale de santé. Organisme consultatif, elle concourra, par ses avis, à la politique régionale de santé. Cette conférence sera composée de plusieurs collèges. Seront notamment représentés au sein de ceux-ci les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé,

<sup>5</sup> Comme indiqué précédemment, les autorisations seront délivrées en fonction des catégories d'établissement ou service soit par le seul directeur général de l'ARS soit conjointement par ce dernier et le Président du conseil général (voir notes de bas de page n°2 et 3). Une ordonnance du 23 février 2010 prévoit que certaines autorisations seront délivrées conjointement par le représentant de l'Etat et le Directeur général de l'ARS, ce que la loi HPST n'envisageait pas. Seraient notamment visés des centres ressources ou structures expérimentales financés pour partie par le budget de l'Etat et pour partie par l'assurance maladie.



**Secteur social et médico-social :  
les agences régionales de santé et l'appel à projet**

les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale. Dans chacun des territoires de santé, une conférence de territoire sera par ailleurs instituée. Elle pourra notamment faire toute proposition au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé seront placées près de l'ARS. Elles associeront les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de Sécurité sociale. Elles seront compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

L'articulation de l'action des différents décideurs et financeurs publics impliqués dans le secteur social et médico-social est une question cruciale si l'on veut apporter des réponses globales et cohérentes à la population. Ainsi, l'ARS devra travailler avec l'éducation nationale autour de la question de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés. Elle devra également articuler son action avec la future direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) qui aura notamment en charge le pilotage d'établissements sociaux où les problématiques de santé sont importantes comme par exemple les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Certains établissements et services étant financés pour partie par l'assurance maladie et pour partie par les départements, le Directeur général de l'ARS et le Président du conseil général devront coordonner leur action, ce qui supposera notamment d'avoir en amont des outils de planification cohérents (le schéma régional médico-social de l'ARS et les schémas départementaux personnes handicapées ou en perte d'autonomie des conseils généraux le seront-ils dans les faits ?). Il en ira de même avec la région qui a en charge certaines compétences en matière de formation des personnels indispensables au fonctionnement des établissements et services relevant de la compétence de l'ARS (formation initiale des travailleurs sociaux et de certaines professions para-médicales).

Les futures agences seront-elles en capacité d'appréhender les différentes cultures médico-sociales. La crainte est en effet grande que le médico-social ne soit abordé qu'à travers la question des soins. Or, les enfants et adolescents handicapés qui sont accueillis dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux donnent lieu à un accompagnement global, pour lequel les soins ne sont qu'un des aspects au côté d'autres comme l'éducation et la socialisation. Les établissements et services d'aide par le travail mettent en œuvre une réponse médico-sociale via notamment une activité productive et divers soutiens à caractère professionnel et extra-professionnel, les centres de rééducation professionnelle visent à donner une qualification professionnelle à des personnes handicapées..... Certes l'agence aura un champ plus large que les soins pour s'emparer des thématiques de santé dans une acception large donnée à cette notion. Mais l'accompagnement médico-social ne saurait être réduit à cette dimension, aussi large soit elle, et même s'il concourt à cet état de bien être physique et mental selon la définition donnée par l'organisation mondiale de la santé. De même, le secteur social et médico-social ne se confond pas avec le secteur hospitalier. Si les deux doivent bien sûr mieux coordonner leurs actions, c'est en préservant leurs spécificités respectives. Les personnes accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux le sont pour des périodes relativement longues, il en résulte que le projet de vie des personnes ne se résume pas à un projet de soins, que les personnels qui travaillent dans ces structures ont des profils variés. La volonté d'amplifier les reconversions hospitalières notamment vers le secteur médico-social personnes âgées-personnes handicapées pose à nouveau la question des conditions de leur mise en œuvre : véritable adaptation de ces structures hospitalières aux spécificités du secteur social et médico-social ou perpétuation d'anciens modes de fonctionnement ?



## **II- Un nouveau mode de régulation : l'appel à projet quasi-systématique**

Parmi les nombreux changements qui affecte la régulation du secteur social et médico-social figure notamment l'introduction d'une procédure d'appel à projet pour délivrer les autorisations de création, de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil ayant recours à des financements publics et ce que les autorisations soient délivrées par le Directeur Général de l'ARS, le Préfet ou le Président du conseil général.

Il y a cependant de rares exceptions à ce principe :

- Les opérations de regroupements d'établissements et services préexistants accompagnées d'une extension de capacité seront exonérées de la procédure d'appel à projet, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures à des seuils qui seront fixés par décret et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés. Il s'agit clairement d'une incitation au regroupement.
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui optent pour la voie de l'agrément qualité, et non pour celle de l'autorisation de création, ne seront pas concernés par cette procédure.
- Ne seront également pas concernés les établissements et services qui ne sollicitent pas de financements publics, ce qui est très rare dans le secteur social et médico-social.
- Enfin, une ordonnance du 23 février 2010 prévoit que la procédure d'appel à projet n'est pas applicable « *aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse pour les investigations et mesures éducatives ordonnées par le juge qui ne peuvent être mises en œuvre, en application de l'[ordonnance n°45-174 du 2 février 1945](#) relative à l'enfance délinquante, par les autres établissements et services visés au 4° de l'article L. 312-1* » du code de l'action sociale et des familles.

Cette évolution entrera en vigueur dans le courant du second trimestre 2010. Un décret doit préciser au préalable « les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet, le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés ». Pour les projets innovants ou expérimentaux, le cahier des charges sera allégé. Avant d'autoriser la création de nouveaux équipements, la transformation de ceux existants ainsi que l'extension importante de ceux-ci, l'autorité administrative devra consulter une commission consultative d'appel à projet social ou médico-social composée notamment de représentants des usagers.

L'Uniopss n'est pas favorable à l'utilisation systématique de la technique de l'appel à projet. Cette utilisation systématique lui semble comporter plusieurs dangers. En premier lieu, cela risque d'empêcher la création de réponses innovantes et de standardiser celles mises en œuvre. Dans le secteur social et médico-social, ce sont historiquement les acteurs de terrain qui détectant des besoins non satisfaits ou de nouveaux besoins ont cherché à construire de nouvelles formes de réponses. Ainsi, encore récemment, la création de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour, des boutiques de solidarité... sont le fait d'associations qui sont allées ensuite rechercher le soutien de la puissance publique. Cette dernière a rarement été précurseur dans la détection des besoins et dans l'imagination de nouvelles formes de réponses. Dès lors, il est à craindre que les cahiers des charges ne portent que sur des types de réponses déjà existants et empêchent des projets novateurs ou à la marge d'émerger faute d'entrer dans le moule du cahier des charges. Cette démarche très descendante, très dirigiste nous semble être à l'opposé de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social. Le recours systématique à la technique de l'appel à projet risque ensuite à notre sens de s'accompagner de conditions tenant par exemple au respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles ne favorisant pas la professionnalisation, la qualification des intervenants dans ce secteur. Depuis des années, on assiste en effet à une tension forte entre la volonté de professionnaliser, d'améliorer les qualifications des personnels, d'améliorer la qualité des réponses mises en œuvre, d'un côté, et, sauf exception, la très faible progression des moyens de reconduction des structures, de l'autre. Cette opposition n'est pas tenable à terme. L'Uniopss aurait préféré que l'on réserve l'application des appels à projets à des situations où il y a sur un territoire des besoins non satisfaits et aucun promoteur qui se positionne pour y répondre. Faute d'avoir été



**Secteur social et médico-social :  
les agences régionales de santé et l'appel à projet**

entendue par le Gouvernement et les Parlementaires à l'occasion du vote de la loi, l'Uniopss tente d'obtenir que le futur décret d'application prenne en compte un certain nombre d'éléments pour tenter de limiter les risques d'effets pervers.

\* \*  
\*

Dans cet environnement en pleine mutation, les associations de solidarité doivent plus que jamais renforcer leur unité pour essayer de construire des diagnostics partagés et tenter de peser collectivement sur les choix des décideurs publics là où à travers le développement de logiques concurrentielles la tentation du chacun pour soi pourrait l'emporter mais serait collectivement suicidaire. Leur capacité à parler de manière unie dans les conférences de territoire, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les autres lieux de concertation sera essentielle. De même, alors que certains seraient tentés d'enfermer les associations dans un rôle de simple prestataire de service, l'affirmation des associations comme acteur spécifique contribuant à l'intérêt général est plus que jamais nécessaire. La capacité des associations à se projeter dans le temps et à ne pas se laisser enfermer dans la gestion du quotidien ou de l'urgence, leur capacité à repenser régulièrement leurs projets et modes de fonctionnement, à réfléchir aux modes de coopération possibles pour mieux répondre aux besoins de la population sont également indispensables. Soyons aussi exigeants à l'égard de nous mêmes que nous le sommes à l'égard des pouvoirs publics.