

février 2008

mise à jour mars 2011

mise à jour mars 2012

Généralités et secteurs

Comptabilité

Fiscalité

Gestion financière

Régulation

Tarification

Modes de coopération

La planification du secteur social et médico-social

En bref

La planification sociale et médico-sociale constitue le vecteur principal de l'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ainsi que de la régulation de l'offre d'équipements ayant vocation à y répondre.

Les évolutions législatives et réglementaires ont renforcé la force et l'opposabilité des instruments de cette planification. Celle-ci ne peut désormais être ignorée par les acteurs, quels qu'ils soient, du secteur social et médico-social.

Le cadre juridique et institutionnel de la planification a profondément été remanié par la loi « HPST » du 21 juillet 2009¹ qui, en créant des Agences régionales de santé (ARS) compétentes notamment dans le champ médico-social, a opéré une « nouvelle donne » en la matière.

Mots clés

Loi HPST, ARS, planification, schéma, évaluation, programmation, PRIAC.

Auteur

Franck Chanu, Conseiller technique Uriopss Pays de la Loire

Séverine Dupont-Darras, Directrice Uriopss Picardie

Uriopss

Mises à jour : Nicolas Blineau, Conseiller technique Uriopss Languedoc-Roussillon

Repères juridiques

- Articles L. 312-4 à L. 312-5-3 du Code de l'action sociale et des familles
- Articles L. 1434-1 à 5 et L. 1434-12 à 13 du Code de la santé publique

Pour en savoir plus

- [cf. fiche Cnar La loi 2002-02 rénovant l'action sociale, n°40552](#)
- Guide méthodologique pour l'élaboration du SROSMS – Document CNSA/DGCS.

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'Uniopss (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'Uniopss 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'Uniopss et des Uriopss identifiés, sur les sites Internet du réseau Uniopss-Uriopss.

Plus d'information sur l'Uniopss : <http://www.uniopss.asso.fr>

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



D'une manière générale, la planification consiste en une élaboration de normes ou de programmes destinés à orienter, par des mesures incitatives ou impératives, l'action d'opérateurs oeuvrant dans un domaine déterminé et à définir des objectifs à atteindre au cours d'une période de référence ainsi que les moyens nécessaires à leur réalisation.

Dans les secteurs social et médico-social, la planification prend essentiellement la forme de schémas d'organisation et de plans adoptés par les autorités administratives en charge de leur pilotage.

Les acteurs souhaitant se développer dans ces secteurs doivent impérativement connaître le contenu des outils de planification et de programmation des moyens financiers. C'est en effet à travers ces documents qu'ils peuvent mesurer l'évolution de l'offre qui est envisagée par les décideurs et ainsi se positionner en rapport.

L'article L. 312-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pose le régime et les objectifs généraux des schémas d'organisation sociale et médico-sociale en disposant qu'ils sont établis pour une période maximum de cinq ans et qu'ils :

- 1/ apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- 2/ dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- 3/ déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ;
- 4/ précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;
- 5/ définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

I. Les échelons de la planification sociale et médico-sociale

Si l'échelon départemental s'était dégagé comme l'échelon de référence pour opérer la planification des besoins sociaux et médico-sociaux, la loi « HPST » - notamment par la création des ARS - a sensiblement modifié cette option en créant une planification régionale du secteur médico-social.

Il existe ainsi différents échelons géographiques de planification et de schémas dont les règles d'élaboration et d'adoption varient.

A) Schéma national

Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA) lorsque le domaine traité entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS), un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est codifiée à l'article D. 312-193 du CASF, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau.

A ce jour, le schéma national concerne les structures relevant de la compétence exclusive de l'État et accueillant à titre principal ou au sein d'une unité individualisée des personnes présentant l'un des handicaps rares définis à l'article D. 312-194 du CASF.

L'Assemblée des départements de France doit être tenue informée de ce schéma national.

B) Projet régional de santé et Schéma régional d'organisation médico-sociale

Les Agences régionales de santé (ARS) ont notamment pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux. Elles ont ainsi compétence pour planifier, autoriser et contrôler les **établissements et services financés par l'assurance-maladie ainsi que les établissements et services d'aide par le travail**.

Il appartient au Directeur général de l'ARS d'adopter un **Projet régional de santé** qui comprend :

- Un plan stratégique régional de santé (PSRS) fixant les orientations et objectifs prioritaires de santé. A titre d'exemple, le PSRS du Languedoc-Roussillon a fixé comme domaines d'interventions prioritaires les maladies chroniques, les comportements favorables à la santé, la dépendance et le handicap ainsi que la sécurité sanitaire.
- Des schémas régionaux de mise en œuvre dont un **schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)**.
- Des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le SROMS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des structures médico-sociales relevant de la compétence – exclusive ou conjointe - de l'ARS afin notamment de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie (Art. L. 1434-12 du Code de la santé publique).

Le SROMS planifie donc par exemple l'évolution des besoins et de l'offre concernant les instituts médico-éducatifs, les établissements pour personnes âgées dépendantes, les services de soins infirmiers à domicile, les maisons d'accueil spécialisées ...

Exemple de structuration : le sommaire du SROMS du Languedoc-Roussillon

Introduction

I- Synthèse du diagnostic de l'offre

II- Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie

II.1- Périnatalité – Petite enfance : dépister et agir le plus précocement possible

II.1.1- Apprentissages / Action précoce

II.2- Enfants - Adolescents

II.2.1- Enfance / Adolescence handicapée : favoriser le maintien en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire

II.3- Adultes

II.3.1- Adultes handicapés : promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes

II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique : favoriser leur accès aux soins et leur prise en charge globale

II.4- Personnes vieillissantes

II.4.1- Personnes handicapées vieillissantes : adapter les prises en charge au vieillissement des personnes handicapées

II.4.2- Personnes âgées : améliorer la qualité de vie de nos aînés et leur modalités d'accompagnement

III- Leviers et outils transversaux

III.1- Des politiques publiques médico-sociales coordonnées : faire vivre l'intersectorialité

III.2- Observation & systèmes d'information : construire et partager des observatoires pour mieux évaluer les besoins

III.3- Politique de qualité et de sécurité de la prise en charge : porter la qualité en exigence permanente

III.4- Coopération / Mutualisation : promouvoir des modalités de partenariats favorisant la complémentarité et l'efficacité

III.5- Contractualisation : développer une politique contractuelle harmonisée au niveau régional.

Le projet régional de santé - dans toutes ses composantes dont le SROMS - est adopté après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

C) Les schémas régionaux arrêtés par les Préfets de région

Le Préfet de région est compétent pour établir les schémas régionaux relatifs :

- Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).
- Aux services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire ainsi qu'aux services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Une procédure de concertation des unions, fédérations et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services préalablement à l'adoption de ces schémas a été instituée par une loi du 10 août 2011².

D) Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

1) Les schémas relevant de la compétence du conseil général

En premier lieu, le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans relevant des **prestations d'aide sociale à l'enfance** fixées aux articles L221-1, L. 222-3 et L. 222-5 du CASF ainsi que pour les établissements et services mettant en œuvre les **mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire** en application de l'ordonnance 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 21 ans ou mettant en œuvre les **mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative** prévues au nouveau code de procédure civile et par l'ordonnance du 2 février 1945.

S'agissant des structures mettant en œuvre ces mesures éducatives ou d'investigation, le président du conseil général doit prendre en compte les orientations fixées par le représentant de l'Etat dans le département. Excepté l'avis de l'Observatoire départemental de protection de l'enfance, il n'est prévu aucune procédure réglementaire de concertation des représentants des usagers ni des représentants des gestionnaires.

En second lieu, le président du conseil général arrête les **schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie** dont l'objectif est notamment d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité.

Ces schémas doivent traiter notamment des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant exclusivement ou conjointement de la compétence du Conseil général comme les foyers de vie et occupationnels pour personnes handicapées, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social et foyers d'accueil médicalisé pour personnes adultes handicapées (FAM et SAMSAH), les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, foyers-logement), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), ...

La Loi « HPST » a prévu que les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers soient consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de cette consultation doivent être définies par décret.

² Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST – JO du 11 août 2011.

2) Plan départemental pour les personnes sans domicile

Le représentant de l'Etat dans le département élabore un **Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile (PDAHI)** - inclus dans le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées – en association avec les collectivités territoriales et leurs groupements en matière de programme local de l'habitat ainsi qu'avec les autres personnes morales concernées, notamment les associations, les caisses d'allocations familiales et les organismes d'habitations à loyer modéré.

Le PDAHI couvre l'ensemble des places d'hébergement, des accueils de jour, des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, des logements temporaires, des services d'accompagnement social, des actions d'adaptation à la vie active et d'insertion sociale et professionnelle des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse ainsi que différentes composantes du dispositif de veille sociale. Les centres d'hébergement et d'insertion sociale (CHRS) sont ainsi visés par ce plan.

Les objectifs précis et le contenu détaillé du PDAHI sont fixés à l'article L. 312-5-3 du CASF.

II. Les traductions opérationnelles de la planification

Une fois l'évaluation des besoins et de l'offre opérée, la planification doit se traduire opérationnellement dans l'affectation de moyens aux priorités de développement identifiées, ce qui se caractérise dans la détermination d'enveloppes financières **(A)** qui sera concrétisée dans le processus d'autorisation de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux **(B)**.

A) La traduction financière de la planification

Dès lors que la planification a pour objet notamment de déterminer les perspectives de développement de l'offre sociale et médico-sociale, il est indispensable que l'autorité en charge de la conduire prévoit les moyens financiers nécessaires au financement de ce développement.

C'est en ce sens que l'article L. 312-4 du CASF prévoit qu'un « *document annexé aux schémas peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer* ».

S'agissant des établissements et services relevant désormais de la compétence de l'ARS, cette nécessité se traduit dans un outil institué par la loi du 11 février 2005³ : le **programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**.

Arrêté par le directeur général de l'ARS, le PRIAC est composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du SROMS et dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'ARS, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional en y affectant les dotations correspondantes sur une période de trois ans.

La commission spécialisée de la CRSA donne un avis consultatif préalablement à son adoption.

B) Le lien entre planification et autorisation

La concrétisation – et l'opposabilité – de la planification trouve son aboutissement (en termes de développement de l'offre d'équipement) dans l'autorisation de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO du 12 février 2005.

En effet, l'article L. 313-4 du CASF qui fixe les critères de délivrance de l'autorisation dispose notamment que l'autorisation est accordée « *si le projet est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève* »⁴ ainsi qu'avec les enveloppes financières nécessaires (dont celles fixées par le PRIAC).

Par ailleurs, la nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, en ce qu'elle systématise les appels à projet et repose désormais sur l'initiative des autorités administratives, développe de manière encore plus aigüe le lien entre planification et autorisation. **En effet, l'autorité administrative lance prioritairement, voire exclusivement, des appels à projet de création de places dans les domaines et secteurs géographiques qu'elle a identifiés comme prioritaires lors de son travail de planification.**

III. Les enjeux de l'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux

La loi HPST a instauré une double planification des secteurs du handicap et des personnes âgées. A la planification traditionnelle départementale, s'ajoute désormais le SROMS. Dès lors, il est indispensable que les diagnostics et priorités qui seront opérés par ces deux autorités administratives soient articulés, cohérents et harmonieux notamment au regard des structures pour les lesquelles elles sont compétentes conjointement (EHPAD, FAM, SAMSAH, CAMSP).

Tirant les conséquences du risque de planification contradictoire (et de ses conséquences compte tenu de l'opposabilité des schémas), la loi HPST a mis en place des passerelles entre les différentes démarches de planification. Ainsi, le directeur général de l'ARS arrête le SROMS après avis de la commission de coordination des politiques publiques portant sur les accompagnements médico-sociaux et après avis des présidents de conseils généraux. Parallèlement, le président du conseil général arrête les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS dans le cadre de la commission de coordination précitée.

Au regard de sa traduction opérationnelle, les enjeux d'une bonne planification du secteur social et médico-social sont essentiels. Ainsi, l'investissement des autorités administratives dans ces démarches tout comme l'association et la mobilisation de l'ensemble acteurs ne sont pas seulement souhaitables mais indispensables.

Le but de la planification est ainsi d'aboutir à une évaluation sincère, objective et exhaustive des besoins de la population. Le choix de priorités de financement, compte tenu de contraintes budgétaires indéniables, ne doit venir, en principe, que dans un second temps.

⁴ Il convient de noter que la loi « HPST » a prévu que les projets de création, d'extension et de transformation de structures ne faisant pas appel à des financements publics pour leur fonctionnement ne sont pas soumis à cette condition de compatibilité avec le schéma pour l'octroi de l'autorisation.