

# Les principales dispositions relatives au secteur social et médico-social de l'avant-projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

Le chapitre III de l'avant-projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » est consacré spécifiquement aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les dispositions qu'il contient forment une refonte profonde de la régulation du secteur social et médico-social telle que mise en place essentiellement par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. En effet, ce texte prévoit l'introduction de la procédure d'appels à projet auquel devraient avoir recours systématiquement les décideurs publics en cas de projet faisant appel à des financements publics. Il prévoit également la suppression des CROSMS, modifie les niveaux de planification et la procédure d'élaboration des schémas, rend obligatoires les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour certains gestionnaires...

Cet avant-projet de loi est également marqué par la création d'un nouvel acteur majeur du secteur médico-social : les Agences Régionales de Santé (ARS), qui disposeraient d'une compétence générale sur les « *prises en charge et accompagnement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* » relevant du champ d'intervention de la CNSA ainsi que dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)<sup>1</sup>.

La présente note a ainsi pour objet de présenter les principales modifications des grands axes de cette régulation contenues dans l'avant-projet de loi<sup>2</sup>.

## I – La planification sociale et médico-sociale

L'avant-projet de loi réforme de manière importante les niveaux de planification, les autorités compétentes pour arrêter les schémas ainsi que la procédure d'élaboration de ces derniers.

### A) Situation actuelle

La loi prévoit actuellement plusieurs échelons de planification.

**Un schéma national** porte sur les handicaps rares<sup>3</sup>. Il est arrêté par les Ministres sur proposition de la CNSA et après avis du CNOSS.

**Un schéma régional** est arrêté par le Préfet de région. Il comporte deux parties. Une première comprend des schémas régionaux sectoriels (*centres de rééducation professionnelle, centres d'accueil pour demandeurs d'asile, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire ou les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial*). Une seconde partie du schéma régional fait la synthèse des

<sup>1</sup> Proposition d'article L. 1431-2 du Code de la santé publique.

<sup>2</sup> Cette note est basée sur la version au 08/09/08 de l'avant-projet de loi.

<sup>3</sup> La liste de ces handicaps rares a été fixée par le Décret n°2003-1217 du 18 décembre 2003.

schémas départementaux en ce qu'ils portent sur des établissements et services financés par l'Etat ou l'assurance maladie. Les différentes parties du schéma régional sont arrêtées après avis du CROSMS (à l'exception de celle sur la protection juridique des majeurs pour laquelle la loi ne le prévoit pas explicitement).

**Un schéma départemental** concerne la majeure partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qu'ils soient financés par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale. Ce schéma est arrêté par le Conseil général après avis du CROSMS. Toutefois, le Conseil général doit intégrer les orientations communiquées par le Préfet de département (orientations qui portent sur les établissements et services financés par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale).

## **B) Mesures contenues dans l'avant-projet de loi**

La tendance de fond de l'avant-projet de loi est de renforcer le niveau régional comme niveau de planification au détriment du niveau départemental et ce en lien avec la révision générale des politiques publiques qui fait du niveau régional le niveau de droit commun du pilotage des politiques publiques sur les territoires. De même, les mécanismes de concertation seraient sérieusement remis en cause pour certains échelons de planification.

- **Le niveau national** ne connaîtrait pas de changement.
- **Au niveau régional**, l'agence régionale de santé arrêterait un schéma régional d'organisation médico-sociale, qui serait une des composantes du projet régional de santé. Ce schéma régional porterait sur :
  - les établissements et services entrant dans le champ de compétence de la CNSA (IME, IMP, ITEP, CAMSP, SESSAD, MAS, FAM, CRP, EHPAD, SSIAD...),
  - les ESAT,
  - les structures dédiées à l'addictologie : CSST, CCAA, CSAPA, ACT, « lits halte soins santé » et CAARRUD.

Ce **schéma régional de l'organisation médico-sociale** serait élaboré et arrêté par le directeur général de l'agence après avis des présidents de conseils généraux concernés. Même si cela n'est pas indiqué explicitement, on peut penser qu'il devrait également être concerté avec les acteurs concernés puisque cette précision est prévue pour le projet régional de santé dont il serait une des composantes. Toutefois un doute demeure et il est important pour l'Uniopss que ce schéma soit soumis pour avis au CROSMS, instance dont l'Uniopss demande le maintien contrairement à ce qu'envisage l'avant-projet de loi (voir infra).

Ce schéma régional aurait pour objet de *« prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services sociaux et médico-sociaux [précités] afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie (...) Il veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie élaborés par les présidents de conseils généraux »*<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Proposition d'article L. 1434-9 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, le représentant de l'Etat dans la région arrêterait les schémas régionaux relatifs aux :

- établissements et services accueillant des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse (CHRS, samus sociaux, boutiques de solidarité...);
- centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA);
- services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire ainsi que ceux mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Pour les schémas arrêtés par le Préfet de région, il ne serait plus prévu de concertation préalable obligatoire.

- **Au niveau départemental**, le champ d'action des schémas serait limité aux établissements et services relevant de l'ASE et à ceux intervenant en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dès lors que ce schéma départemental serait relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, une concertation préalable avec le directeur général de l'ARS et avec le représentant de l'Etat dans le département devrait être mise en œuvre. Aucune référence aux organismes gestionnaires ou aux usagers n'est faite s'agissant de cette concertation.

*« L'objectif de ces schémas [départementaux] est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité »<sup>5</sup>.*

Enfin, il faut noter que le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**PRIAC**) serait maintenu. Il serait établi par le directeur général de l'ARS.

Outre la suppression des mécanismes de concertation, les évolutions envisagées posent la question de l'articulation des schémas entre eux. Dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées, il sera nécessaire d'articuler le schéma départemental du conseil général avec le schéma régional du Directeur de l'ARS et celui arrêté par le Préfet de région sur les mesures de protection juridique des majeurs. Ces différentes autorités arriveront-elles à dégager une vision commune des besoins à satisfaire et de l'offre à développer ? Cette complexification des échelons de planification produira-t-elle de la cohérence sur les territoires ? De même, le Priac arrivera-t-il à être cohérent par rapport aux schémas départementaux et régionaux ? Enfin, en matière de planification, on notera qu'il n'est pas fait référence aux établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire sans que l'on sache si cette absence est volontaire ou non.

## **II – Les organismes consultatifs**

Le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) serait maintenu et sa section sociale devrait se réunir, comme aujourd'hui, au moins une fois par an afin :

- d'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;
- de proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

---

<sup>5</sup> Proposition de nouvel article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles.

En revanche, les Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) seraient supprimés.

Disparaîtrait notamment avec les CROSMS les consultations préalables à :

- l'adoption des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et de certains schémas régionaux ;
- l'adoption du PRIAC ;
- la délivrance des autorisations de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ne faisant pas appel à des financements publics ;

ainsi que la mission d'évaluation des besoins et de propositions de priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

Dans le cadre de la concertation sur la création des ARS, le Conseil d'administration de l'Uniopss a été amené à rappeler son attachement aux CROSMS, instances de concertation transversales au secteur social et médico-social et comprenant les différentes catégories des parties prenantes (usagers, professionnels, organismes représentatifs des gestionnaires, décideurs et financeurs publics...). L'évolution envisagée par l'avant-projet de loi ne permettrait pas de faire reprendre par de nouvelles instances l'ensemble des compétences des CROSMS, ni d'associer aussi largement les différents acteurs concernés. Ainsi la commission de sélection consultative des appels à projet ne comprendrait que des représentants des décideurs et des organismes gestionnaires. De même, la commission spécialisée sur le médico-social de la conférence régionale de santé n'aurait pas dans ses compétences la mission d'évaluation des besoins de la population et de propositions de priorités pour l'action sociale et médico-sociale reconnue aujourd'hui aux CROSMS. Plus largement, il n'y aurait pas d'équivalent pour le secteur non couvert par l'ARS...

### **III – L'autorisation de création, d'extension et de transformation des établissements et services**

Si le principe de l'autorisation préalable aux créations, extensions et transformations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des lieux de vie et d'accueil demeurerait, ses modalités de délivrance connaîtraient de profonds changements.

#### **A) Autorités compétentes**

Le directeur général de l'ARS deviendrait l'autorité compétente pour délivrer cette autorisation pour :

- les établissements et services sociaux et médico-sociaux dont les prestations sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ;
- les ESAT ;
- conjointement avec le Président du Conseil Général, pour les structures dont les prestations sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par les organismes d'assurance maladie et pour partie par le département.

C'est par ailleurs l'autorité compétente de l'Etat – et non le directeur général de l'ARS – qui délivrerait l'autorisation des :

- établissements et services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative ;

- établissements et services prenant en charge des personnes ou familles en difficulté ou en situation de détresse ;
- centres d'accueil pour demandeurs d'asile ;
- services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire ainsi que les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial (après avis conforme du Procureur de la République).

Le champ de compétence des conseils généraux en la matière resterait inchangé.

## **B) Procédure d'autorisation**

### ➤ Consultation préalable

Le CROSMS, qui a une compétence consultative obligatoire sur tous les projets<sup>6</sup> de création et sur les projets d'extension/transformation importantes, serait supprimé.

Lorsque le fonctionnement du projet serait assuré partiellement ou intégralement par des financements publics, une **commission de sélection consultative d'appel à projet social ou médico-social** examinerait ledit projet<sup>7</sup>.

Cette commission serait placée auprès de **chacune** des autorités compétentes pour délivrer une autorisation.

Elle comprendrait à parité les autorités publiques et organismes financeurs d'une part, et les représentants du secteur public et des organisations privées à but non lucratif ou lucratif d'autre part. Elle serait présidée par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation.

La commission examinerait et élaborerait un classement des projets qui lui seraient soumis dans ce cadre.

Les modalités de composition, d'organisation et de fonctionnement de cette commission seraient fixées par décret.

### ➤ Le dépôt des projets

C'est l'autorité chargée de délivrer l'autorisation qui **engagerait la procédure d'appel permettant le dépôt des projets** et qui réunirait la commission.

S'agissant des autorisations conjointes, l'avis favorable de l'autre autorité serait requis pour la réunion de la commission de sélection.

Un cahier des charges serait établi par l'autorité compétente, dans des conditions qui seraient précisées par décret. Il préciserait notamment les coûts de fonctionnement prévisionnels.

### ➤ La décision d'autorisation

Après examen et classement des projets par la commission, l'autorité délivrerait l'autorisation. Elle devrait motiver son choix si elle ne retenait pas le classement réalisé par la commission.

<sup>6</sup> Cette consultation obligatoire était indifférente de l'intervention dans le projet de financements publics.

<sup>7</sup> A l'instar de ce qui existe aujourd'hui, les projets d'extension inférieure à un seuil – à définir par décret – font l'objet d'un arrêté d'autorisation sans avis préalable de la commission.

En cas d'autorisation délivrée conjointement par deux autorités, l'avis favorable de ces dernières se porterait sur un seul et même projet par ordre de classement et jusqu'à accord.

Un décret définirait les modalités de dépôt des projets, de publication des avis, de fonctionnement de la commission, la procédure d'ouverture des plis, ainsi que les cas de rejet pour motifs administratifs. Enfin, un décret en Conseil d'Etat fixerait les conditions et modalités de classement des projets.

L'Uniopss n'est pas favorable à ces dispositions qui viseraient à déterminer par avance les types de réponse à mettre en œuvre, les coûts standard à respecter via le cahier des charges des appels à projets... Dans un monde complexe, croire qu'une seule partie peut avoir une connaissance fine des besoins de la population et des réponses à mettre en œuvre est illusoire. C'est par le croisement des regards et des propositions que l'on peut espérer répondre de manière pertinente aux besoins de la population. Ce n'est pas sans raisons que la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, comme la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont écarté la procédure d'appel d'offres et celle d'appel à projets. L'Uniopss sera donc amenée à faire connaître très prochainement au Gouvernement son opposition à une telle proposition qui serait contre-productive en terme d'innovation notamment.

#### **IV - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Le contrôle de droit commun des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés par le représentant de l'Etat ou par le directeur général de l'ARS serait assuré par les médecins inspecteurs de santé publique ainsi que par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale de l'ARS.

Par ailleurs, et quelle que soit l'autorité ayant délivré l'autorisation, le représentant de l'Etat dans le département pourrait, à tout moment, diligenter les contrôles prévus par les articles L 331- 1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Il disposerait à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'ARS pour l'exercice de ses compétences.

#### **V - La tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux : l'instauration d'un CPOM obligatoire**

L'avant-projet de loi prévoit que le financement d'un ensemble de structures relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'ARS ou du représentant de l'Etat donnerait obligatoirement lieu à la signature d'un CPOM avec leur gestionnaire dès lors que leur taille et les produits de leur tarification atteindraient cumulativement un seuil qui serait fixé par arrêté ministériel.

L'Uniopss n'est pas favorable à cette évolution (*pour plusieurs raisons, développées longuement dans des prises de position sur la coopération et les CPOM et principalement dans le cahier n° 20 sur les CPOM, avant-propos, point 2.2 Les risques et incertitudes de l'outil*) et demande que l'on reste sur le registre du volontariat des acteurs.

Il est également prévu de substituer les CPOM aux conventions tripartites (CTP), pour les établissements concernés (Ehpad). Cette disposition nous semble à première vue plutôt « logique », dans la mesure où il peut être plus simple de ne pas laisser plusieurs types de contrats en partie similaires coexister. Toutefois, des différences notables existent aujourd'hui. Les conventions tripartites sont obligatoirement conclues avec le représentant de l'Etat et le Président du conseil général alors que les CPOM peuvent l'être avec une seule ou plusieurs autorités. De même, une convention tripartite ne peut concerner plusieurs établissements contrairement au CPOM.

A noter que les CPOM se substitueraient également aux conventions d'aide sociale des CHR et des CADA.

## **VI – L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

L'avant-projet de loi propose de modifier le rythme et le calendrier des évaluations internes et externes et de reporter les dates limites de leur réalisation pour les établissements et services existants.

Le texte prévoit que « *les établissements et services (...) sont tenus de procéder à deux évaluations internes et deux évaluations externes entre la date d'autorisation et le renouvellement de celle-ci* ». La loi 2002-2 prévoit actuellement 3 évaluations internes et 2 évaluations externes dans le cycle de 15 ans de l'autorisation de création. La différence notable ne porterait donc que sur la fréquence des évaluations internes qui passerait de 3 à 2. Par ailleurs, la loi ne préciserait plus le calendrier de ces évaluations, ceci serait renvoyé à un décret.

Enfin, le texte propose de reporter les dates limites de réalisation pour les structures existantes :

- les structures autorisées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002 devraient procéder à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation (date de renouvellement actuellement fixée par la loi du 2 janvier 2002 au 3 janvier 2017) ;
- pour les structures autorisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et la publication de la future loi HPST, la durée de leur autorisation courrait à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. C'est cette date qui serait ainsi pour ces structures le point de départ des délais pour élaborer le calendrier des évaluations.