



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
Ministère des sports
Ministère de la ville

**CONCOURS PROFESSIONNEL POUR L'ACCES AU GRADE
DE SECRETAIRE ADMINISTRATIF DE CLASSE EXCEPTIONNELLE
AU TITRE DE L'ANNEE 2011**

MARDI 22 MARS 2011

13 h 30 à 17 h 30 (horaire de métropole)

SUJET n° 3

Epreuve écrite d'admissibilité : durée 4 heures – coefficient 1

Rédaction, à partir d'un cas concret documenté, d'une note permettant de vérifier les qualités de rédaction, d'analyse, de synthèse du candidat, ainsi que son aptitude à dégager les solutions appropriées.

**IMPORTANT : dès la remise des sujets, les candidats sont priés de vérifier
la numérotation et le nombre de pages**

SUJET n° 3 :

Pour présenter à des représentants des gestionnaires d'Établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la nouvelle procédure d'autorisation découlant de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) et son décret d'application (2010-870 du 26 juillet 2010), votre chef de service vous demande de préparer une note de synthèse. Après avoir présenté la procédure d'autorisation s'appliquant désormais aux EHPAD, vous en présenterez les enjeux.

Documents joints :

Document 1 :

Discours de Madame Valérie Létard, Secrétaire d'Etat chargée de la solidarité -
Sur le projet de loi hôpital patient santé territoire – 22 octobre 2008.....page 1 à 7

Document 2 :

Article de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) intitulé « les principales dispositions relatives au secteur social et médico-social de l'avant-projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » - février 2009page 8 à 14

Document 3 :

Extrait du rapport législatif (première lecture) intitulé « Projet de loi de Financement de la sécurité sociale pour 2010 : secteur médico-social » de Sylvie Desmarescaux de la commission des affaires sociales - novembre 2009.....page 15 à 17

Document 4 :

Extrait du code de l'action sociale et des familles
Articles L313-1 à L 313-9page 18 à 24

Document 5 :

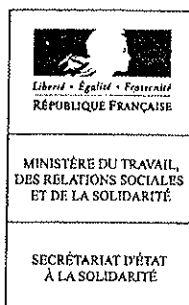
Extrait du code de l'action sociale et des familles
Articles R313-1 à R313-4-3.....page 25 à 32

Document 6 :

Communiqué de presse de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) intitulé « Publication du décret relatif à la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet - juillet 2010
Extrait du dossier de pressepage 33 à 43

Document 7 :

Extrait du guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet – CNSA – septembre 2010.....page 44 à 52



Mercredi 22 octobre 2008

Projet de loi hôpital patient santé territoire

Discours de Mme Valérie Létard,

Secrétaire d'Etat chargée de la solidarité

Monsieur le président du Sénat,

Madame la ministre, chère Roselyne,

Monsieur le directeur du SAMU,

Mesdames et messieurs les responsables d'associations,

Mesdames et messieurs,

Je voudrais en quelques minutes vous dire l'importance que présente à mes yeux la mise en œuvre de ce projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » pour le champ ministériel dont j'ai la charge à savoir le secteur médico-social qui assure l'accompagnement des personnes en pertes d'autonomie qu'elles soient âgées ou handicapées

Un projet de cette ampleur suscite des interrogations, c'est bien naturel. Pour l'opinion publique, il peut s'agir d'un projet lointain sans lien avec les préoccupations concrètes telles qu'elles s'expriment notamment dans le film que nous venons de voir.

Je crois pourtant au contraire que ce projet de loi et l'inclusion du secteur médico-social dans le champ de compétence des ARS est une occasion unique de décloisonner les politiques publiques en matière de santé.

En effet jusqu'ici le cloisonnement des acteurs (ARH pour l'hospitalier, DDASS/DRASS et conseils généraux pour le médico-social) n'a pas permis d'articuler la programmation entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale.

Ces cloisonnements sont préjudiciables aux personnes en perte d'autonomie et sont source de surcoût pour la collectivité.

Comment admettre aujourd'hui ces ruptures de trajectoire, ces difficultés à trouver des solutions d'aval ? Chacun d'entre nous l'a expérimenté : trouver une structure d'accueil pour un proche âgé relève du parcours du combattant. Il faut remédier à cet état de fait. Et cela suppose que les planifications sanitaire et médico-sociale soient parfaitement coordonnées. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, vous le savez bien. Il est

grand temps désormais d'offrir aux usagers, sur un territoire donné, une palette complète de services qui répondent, de façon adaptée aux différents temps de la vie. Le temps du soin et le temps de l'accompagnement médico-social sont des temps différents. Mais c'est bien une seule personne qui les vit. Nos organisations doivent prendre en compte cette réalité. L'évolution démographique fait de cette question un sujet prioritaire.

Pour répondre à ce défi, les Agence Régionales de Santé devront impulser une vision partagée dans le domaine de la planification afin d'assurer une répartition plus équitable (professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux).

En lieu et place de l'organisation actuelle, la mission première des ARS sera d'impulser une approche commune de tous les acteurs autour de l'utilisateur et d'établir une véritable fluidité dans le parcours de soins et d'accompagnement:

- Approche commune entre la ville et le médico-social : il est évident en effet que les personnes âgées doivent pouvoir accéder aux professionnels libéraux, quels que soient les territoires sur lesquels elles se trouvent.

- Approche commune entre l'hôpital et le médico-social : cette dernière est indispensable pour mener à bien l'objectif fixé par le Président de la République (suite au rapport Larcher) de reconvertir à plus grande échelle les lits d'hôpital en lits médico-sociaux dans les territoires où ces redéploiements seront nécessaires.

- Le principe d'une recomposition d'une partie de l'offre hospitalière vers le médico social fait consensus : elle est soulignée par le rapport de Gérard Larcher sur la réforme de l'hôpital et le président de la république en a souligné à plusieurs reprises la nécessité : une des premières tâches des ARS sera de mettre en œuvre cette orientation.

Cette approche commune au travers de l'ARS permettra de mieux prendre en charge les publics âgés ou handicapés en leur assurant une véritable continuité du domicile à l'hôpital, de la sortie de l'hôpital au domicile ou à la maison de retraite, en passant par toutes les structures intermédiaires d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, etc.

Encore faut-il que nous soyons en mesure de créer rapidement des places nouvelles dans le secteur médico-social. Aujourd'hui, les procédures administratives sont lourdes et souvent mal comprises. Le nombre de dossiers qui remontent à mon cabinet en témoignent : il est urgent de

simplifier les procédures de création de places, et de les rendre plus lisibles. Ce projet de loi s'attaque enfin à ce sujet. Ce n'est pas, dans notre champ, le moindre de ses apports.

Quelle est la situation actuelle ? Aujourd'hui, la procédure de création de places nouvelles dans le secteur médico-social, centrée sur le CROSMS (comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale), n'est plus satisfaisante et aboutit trop souvent à des retards importants dans la mise en œuvre des programmes de développement des établissements et des services : il n'est pas rare qu'un projet d'établissement ne se réalise qu'au bout de cinq ans ou plus. C'est en toute logique donc que certains usagers, comme c'est le cas dans le film que nous venons de voir, attendent plusieurs mois voire plusieurs années avant de trouver une place dans un établissement pour personnes âgées. Ce projet de loi réforme cela et met en œuvre une procédure d'appels à projets qui permettra d'accélérer de façon importante les créations de places et de gagner au moins deux ans, c'est notre objectif, entre la décision de financement et l'ouverture de l'établissement.

J'entends s'exprimer les questionnements des acteurs du champ médico-social en ce qui concerne cette réforme instaurant la procédure d'appel à projet: questions sur la représentation des associations et des fédérations

d'établissements et services. Questions aussi quant à la possibilité de mettre en œuvre des projets innovants. Crainte de ne pas comprendre sur quels critères seront sélectionnés les projets.

Je crois important de souligner que l'activité de cette commission d'appel à projet s'inscrira dans le cadre du schéma régional médico-social. De même le « cahier des charges » des commissions d'appel à projet devra laisser toute leur place aux innovations que pourront proposer les promoteurs.

Enfin, il faut rappeler que les prises en charge médico-sociales sont à la croisée des compétences de l'Etat et des collectivités territoriales. Il va donc de soi que les collectivités territoriales et en particuliers les conseils généraux doivent trouver une juste place dans la gouvernance des ARS, et notamment au sein de leur conseil.

C'est ainsi que les conseils généraux seront représentés au sein du conseil de l'ARS, ainsi qu'au sein de d'une commission de planification qui assurera l'articulation entre Etat et départements, dans le respect des compétences de chacun. Ils seront également membre de la commission chargée des appels à projets pour les créations de places nouvelles .

Je ne voudrais pas terminer cette présentation sans évoquer la crainte, que je sens poindre dans le secteur médico social, d'être absorbé par le secteur sanitaire, de voir la spécificité du secteur - l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie - dissoute dans ce grand tout qu'est la santé. J'y suis particulièrement vigilante. Je crois, et Roselyne Bachelot le sait, que le respect des particularités du secteur médico-social est une condition de la réussite de la réforme. 10 000 établissements sont concernés : les établissements médico-sociaux ne deviennent pas, par le jeu de la loi, des établissements sanitaires. Leur mission est bien spécifique. Et j'entends qu'elle le reste. Et, c'est bien à travers la prise en compte de la santé dans son acception globale, celle de la définition de l'OMS comme « état complet de bien-être physique, mental et social » et non pas seulement l'absence de maladie, que doit se comprendre à mon sens l'intégration des problématiques médico sociales d'accompagnement des personnes dans le périmètre des ARS. A ce titre il nous faudra être attentif aux propositions qui pourront être faites au cours des débats parlementaires pour souligner la pleine intégration du champ médico social dans le périmètre de compétence des ARS. Je vous remercie.

DOCUMENT n°2

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)¹.

La présente note a ainsi pour objet de présenter les principales modifications des grands axes de cette régulation contenues dans l'avant-projet de loi².

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 rares³. 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^{er} 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

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

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

³ 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 »*⁴.

⁴ 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 »⁵.

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.

⁵ 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'Unioyss 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 projets⁶ 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 projet⁷.

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.

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

⁷ 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 CHRS 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^{er} 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^{er} janvier 2002 et la publication de la future loi HPST, la durée de leur autorisation courait à compter du 1^{er} janvier 2009. C'est cette date qui serait ainsi pour ces structures le point de départ des délais pour élaborer le calendrier des évaluations.

DOCUMENT n°3

Extrait

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 : Secteur médico-social

Repères ?

4 novembre 2009 : Sécurité sociale - Secteur médico-social (rapport - première lecture)

Par Mme Sylvie DESMARESCAUXau nom de la commission des affaires sociales

B. LA LOI « HPST » : UN BOULEVERSEMENT SANS PRECEDENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

1. Les agences régionales de santé, une chance pour le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social

Piliers de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) doivent permettre d'assurer une gestion transversale de l'ensemble du système de santé. Dotées de pouvoirs étendus et d'un mode inédit de gouvernance, elles augurent d'un **bouleversement sans précédent du secteur médico-social**.

Les ARS reposent sur une vision décloisonnée de la santé. En effet, elles sont chargées non seulement de l'organisation et du financement des soins dans ses différentes composantes (soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. **L'attribution de compétences médico-sociales** aux agences répond à la volonté de développer des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes dépendantes.

En rassemblant au sein d'une structure unique des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, ainsi qu'en organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS constituent donc une **opportunité de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social**. Ce décloisonnement, tant attendu par les acteurs de terrain, devrait permettre de prendre en compte les besoins du « patient usager » à la fois sur le plan des soins, de la réadaptation, de l'accompagnement social, de la réinsertion et de la prévention.

Ces nouvelles instances suscitent toutefois des **inquiétudes légitimes dans le milieu médico-social**. Étant donné que rien, dans la loi, ne garantit expressément l'existence d'un pôle médico-social fort au sein de chaque ARS, une certaine marginalisation, voire « dilution », du secteur au profit du sanitaire est redoutée. Souhaitée par les acteurs médico-sociaux, la désignation d'un directeur adjoint en charge du médico-social n'est pas une obligation légale, mais une simple préconisation formulée par la ministre de la Santé lors des débats au Sénat. Tout dépendra donc de l'appétence de chaque directeur général pour le secteur et de la manière dont il entend organiser son équipe. Néanmoins, sachant qu'il devra régulièrement rendre compte de sa politique, il est peu probable qu'une éventuelle marginalisation du médico-social au sein de l'ARS passe inaperçue et ne soit pas dénoncée.

2. Une architecture de planification et de programmation médico-sociale rationalisée mais qui suscite des interrogations

Le secteur social et médico-social a une **tradition ancienne de planification**. Cependant, celle-ci est apparue **insatisfaisante** pour deux raisons principales. Tout d'abord, la planification médico-sociale ne fait pas l'objet

d'une approche commune avec la planification hospitalière. Ensuite, le partage des compétences entre les conseils généraux (qui sont l'autorité de planification de droit commun) et l'Etat (qui organise à travers les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - Priacs - la création de places médico-sociales financées par l'assurance maladie) donne lieu à deux exercices de programmation parallèles, voire parfois contradictoires.

Ce système de pilotage, complexe et éclaté, a été dénoncé à plusieurs reprises par la Cour des comptes qui recommandait dès 2005, dans son rapport consacré aux personnes âgées dépendantes, une meilleure concertation entre les représentants de l'Etat et des départements pour améliorer l'articulation des outils de planification et de programmation médico-sociale.

La loi HPST rationalise donc l'architecture institutionnelle de planification et de programmation médico-sociale :

via le plan stratégique régional de santé, qui permettra une approche commune des exercices de planification en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale centrée sur les besoins des personnes ;

via le schéma régional de l'organisation médico-sociale (Srosms), élaboré par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents de conseils généraux, qui déclinera les orientations et les objectifs du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social ;

via le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), qui précisera les modalités spécifiques d'application du schéma régional en termes de création de places médico-sociales, et qui sera non plus établi par le préfet de région mais par le directeur général de l'ARS, après de la commission de coordination et avis des présidents de conseils généraux compétents.

En faisant de la région le niveau de droit commun de la planification médico-sociale, la loi HPST fait perdre aux départements le rôle de chef de file qu'ils jouaient jusqu'à présent. Néanmoins, les présidents de conseils généraux restent compétents pour définir les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, dont l'objectif est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. Ces schémas sont arrêtés après concertation avec le préfet de département et avec l'ARS dans le cadre de la nouvelle commission de coordination dédiée au secteur médico-social. Les représentants des acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département, ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu des schémas départementaux.

Cette organisation pyramidale, porteuse de lisibilité et de cohérence, n'est toutefois pas sans soulever quelques interrogations. Comment s'articuleront concrètement le schéma régional de l'ARS et les schémas départementaux des conseils généraux concernant les besoins et les réponses à apporter aux personnes handicapées et aux personnes âgées ? Ces deux échelons arriveront-ils à construire des diagnostics partagés et à s'accorder sur l'évolution de l'offre sous peine, sinon, d'avoir deux documents de planification contradictoires ? Pour éviter un tel risque, une véritable dynamique de concertation entre, d'un côté, l'ARS et, de l'autre, les conseils généraux, doit se mettre en place grâce à la commission de coordination spécialisée dans le secteur médico-social.

3. La nouvelle procédure d'appel à projet

Actuellement, la procédure de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux n'est satisfaisante ni pour les gestionnaires, ni pour les pouvoirs publics. En effet, le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) ne joue pas son rôle de filtre, la très grande majorité des projets recueillant un avis positif même s'ils ne répondent pas aux besoins. En outre, une fois l'avis positif du Crosms reçu, beaucoup de projets ne sont pas mis en oeuvre faute de financements en provenance de l'Ondam médico-social.

Afin de remédier à cette inadéquation entre les projets des porteurs et les besoins à satisfaire, la loi HPST a réformé la procédure d'autorisation de création de places en créant une procédure d'appel à projet dans laquelle l'initiative revient principalement aux pouvoirs publics. L'appel à projet doit permettre de sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités collectives définies par le projet régional de santé. Il offre également davantage de garanties aux promoteurs, dans la mesure où, une fois retenus, les projets auront vocation à être autorisés et financés immédiatement par l'autorité publique compétente. Les Crosms sont supprimés et remplacés par une commission de sélection chargée de donner un avis sur les projets présentés.

Face à la très forte inquiétude des acteurs de terrain au sujet de l'appel à projet, des garanties ont été

apportées :

- les représentants des usagers du secteur médico-social seront présents dans les commissions de sélection chargées d'émettre un avis sur les projets soumis à autorisation ;
- une partie des appels à projet sera réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. A côté des appels à projet « classiques » qui seront constitués d'un cahier des charges précis, sera donc instituée une procédure plus ouverte, qui laissera davantage de marge de manoeuvre aux porteurs ;
- un décret en Conseil d'Etat déterminera les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, pour garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable.

Afin que l'appel à projet ne se traduise pas par une logique de « commande administrative » et que les acteurs de terrain puissent continuer à être une force de proposition innovante, il est **indispensable que le cahier des charges ne soit pas un carcan trop rigide**. D'où **l'importance du décret**, qui n'a pas encore été publié à ce jour. La CNSA, en lien avec la direction générale de l'action sociale (DGAS), mène en effet, depuis le début de l'été, **une expérimentation de l'appel à projet** dans trois régions (la Bourgogne, le Centre et les Pays de Loire), dont les résultats serviront de base à la rédaction du décret. Par ailleurs, la CNSA a prévu d'élaborer un guide de l'appel à projet destiné aux ARS et d'établir un programme d'accompagnement des appels à projet, pour identifier les éventuelles difficultés et s'assurer de l'homogénéité des pratiques.

DOCUMENT n°4

Extrait du code de l'action sociale et des familles

Article L313-1

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.

A titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans.

Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification.

Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.

Article L313-1-1

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

I. - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

Le décret en Conseil d'Etat susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

II. - Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations.

NOTA:

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

Article L313-1-2

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

La création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont soumises, à la demande de l'organisme gestionnaire :

1° Soit à l'autorisation prévue à la présente section ;

2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail.

Les services auxquels un agrément est délivré en vertu du 2° sont tenus de conclure un contrat dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 342-2. Les dispositions des articles L. 311-3 et L. 311-4 relatives au livret d'accueil et de l'article L. 331-1 leur sont applicables. Les conditions et les délais dans lesquels sont applicables à ces services les dispositions de l'article L. 312-8 sont fixés par décret.

Les services mentionnés au premier alinéa peuvent, même en l'absence d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article L313-2

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux qui ne sont pas soumis à l'avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social et

médico-sociaux sont présentées par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion.

L'absence de réponse dans le délai de six mois suivant la date de dépôt de la demande vaut rejet de celle-ci.

Lorsque, dans un délai de deux mois, le demandeur le sollicite, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans un délai d'un mois. Dans ce cas, le délai du recours contentieux contre la décision de rejet est prorogé jusqu'à l'expiration d'un délai de deux mois suivant le jour où les motifs lui auront été notifiés.

A défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande, l'autorisation est réputée acquise.

Article L313-3

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

L'autorisation est délivrée :

a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;

c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1

f) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.

NOTA:

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art 131 II : Les 3°, 8°, 9° et 10° du I de l'article 124, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article (1er juillet 2010).

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée au I de cet article et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Article L313-4

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

L'autorisation est accordée si le projet :

1° 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 et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;

2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;

3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;

4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.

L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet.

L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation.

NOTA:

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

Article L313-5

Modifié par Ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 - art. 4 JORF 2 décembre 2005

L'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement.

La demande de renouvellement est déposée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. L'absence de notification d'une réponse par l'autorité compétente dans les six mois qui suivent la réception de la demande vaut renouvellement de l'autorisation.

Lorsqu'une autorisation a fait l'objet de modifications ultérieures, ou a été suivie d'une ou plusieurs autorisations complémentaires, la date d'échéance du renouvellement mentionnée au premier alinéa est fixée par référence à la date de délivrance de la première autorisation.

Article L313-6

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 ou son renouvellement sont valables sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 dont les modalités sont fixées par décret et, s'agissant des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, de la conclusion de la convention tripartite mentionnée à l'article L. 313-12.

Ils valent, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, lorsque l'autorisation est accordée par le représentant de l'Etat ou le directeur général de l'agence régionale de santé, seul ou conjointement avec le président du conseil général, autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale.

Article L313-7

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

Les autorisations des établissements et services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 sont accordées pour une durée déterminée, qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation. Au terme de la période ouverte par le renouvellement et au vu d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service relève alors de l'autorisation à durée déterminée mentionnée à l'article L. 313-1.

Article L313-8

Modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 50 (V) JORF 20 décembre 2005

L'habilitation et l'autorisation mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 313-6 peuvent être refusées pour tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des collectivités territoriales, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux mentionnés à l'article L. 312-5.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour le budget de l'Etat des charges injustifiées ou excessives compte tenu des enveloppes de crédits définies à l'article L. 314-4.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article L. 314-3 et à l'article L. 314-3-2.

Article L313-8-1

Modifié par Ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 - art. 4 JORF 2 décembre 2005

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être assortie d'une convention.

L'habilitation précise obligatoirement :

- 1° Les catégories de bénéficiaires et la capacité d'accueil de l'établissement ou du service ;
- 2° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en oeuvre ;
- 3° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués à la collectivité publique. Lorsqu'elles ne figurent pas dans l'habilitation, doivent figurer obligatoirement dans la convention les dispositions suivantes :
 - 1° Les critères d'évaluation des actions conduites ;
 - 2° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire ;
 - 3° Les conditions dans lesquelles des avances sont accordées par la collectivité publique à l'établissement ou au service ;
 - 4° Les conditions, les délais et les formes dans lesquels la convention peut être renouvelée ou dénoncée ;
 - 5° Les modalités de conciliation en cas de divergence sur l'interprétation des dispositions conventionnelles.

La convention est publiée dans un délai de deux mois à compter de sa signature.

L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.

Article L313-9

Modifié par Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 - art. 95 JORF 25 juillet 2006

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour des motifs fondés sur :

- 1° L'évolution des besoins ;
- 2° La méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention ;
- 3° La disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus ;

4° La charge excessive, au sens des dispositions de l'article L. 313-8, qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement ;

5° Pour les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1, la méconnaissance des dispositions de l'article L. 348-1 et du I de l'article L. 348-2 relatives aux personnes pouvant être accueillies dans ces centres.

Dans le cas prévu au 1°, l'autorité qui a délivré l'habilitation doit, préalablement à toute décision, demander à l'établissement ou au service de modifier sa capacité en fonction de l'évolution des besoins. Dans les cas prévus aux 2° à 5°, l'autorité doit demander à l'établissement ou au service de prendre les mesures nécessaires pour respecter l'habilitation ou la convention ou réduire les coûts ou charges au niveau moyen. La demande, notifiée à l'intéressé, est motivée. Elle précise le délai dans lequel l'établissement ou le service est tenu de prendre les dispositions requises. Ce délai ne peut être inférieur à six mois.

A l'expiration du délai, l'habilitation peut être retirée à l'établissement ou au service en tout ou partie. Cette décision prend effet au terme d'un délai de six mois.

Il est tenu compte des conséquences financières de cette décision dans la fixation des moyens alloués à l'établissement ou au service. Les catégories de dépenses imputables à cette décision et leur niveau de prise en charge par l'autorité compétente sont fixées par voie réglementaire.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être retirée pour les mêmes motifs que ceux énumérés aux 1°, 3° et 4°.

Extrait du code de l'action sociale et des familles

Paragraphe 1 : Composition de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social

Article R313-1

Modifié par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

I.-Il est institué, auprès de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation mentionnée au I de l'article L. 313-1-1, une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social.

Cette commission comprend, à titre permanent, les membres ayant voix délibérative mentionnés au II et les membres ayant voix consultative mentionnés au 1° du III ainsi que, pour chaque appel à projet, les membres ayant voix consultative mentionnés aux 2° à 4° du III.

II.-Sont membres de la commission avec voix délibérative :

1° Pour les projets autorisés en application du a de l'article L. 313-3 :

a) Le président du conseil général ou son représentant, président, et trois représentants du département désignés par le président du conseil général ;

b) Quatre représentants d'usagers, dont un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, un représentant d'associations de personnes handicapées, un représentant d'associations du secteur de la protection de l'enfance et un représentant d'associations de personnes ou familles en difficultés sociales, désignés par le président du conseil général sur proposition du comité départemental des retraités et personnes âgées en ce qui concerne la première catégorie, du conseil départemental consultatif des personnes handicapées en ce qui concerne la deuxième catégorie et à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le président du conseil général en ce qui concerne chacune des deux dernières catégories ;

2° Pour les projets autorisés en application du b de l'article L. 313-3 :

a) Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président, et trois représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

b) Quatre représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, au moins un représentant d'associations de personnes handicapées et un représentant d'associations de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;

3° Pour les projets autorisés en application du c de l'article L. 313-3 :

a) Le ministre chargé de l'action sociale pour les projets relevant du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale ou le préfet du département, ou leur représentant, président, et trois personnels des services de l'Etat désignés par le ministre ou le préfet, dont l'un sur proposition du garde des sceaux ;

b) Quatre représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations participant à l'élaboration du plan mentionné au I de l'article L. 312-5-3, au moins un représentant d'associations de la protection judiciaire des majeurs ou de l'aide judiciaire à la gestion du budget familial et au moins un représentant d'associations ou une personnalité œuvrant dans le secteur de la protection judiciaire de l'enfance, désignés par le ministre ou le préfet à l'issue d'un appel à candidature qu'il organise en ce qui concerne les deux premières catégories et sur proposition du garde des sceaux en ce qui concerne la dernière catégorie ;

4° Pour les projets autorisés en application du d de l'article L. 313-3 :

a) Le président du conseil général ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, coprésidents, deux représentants du département désignés par le président du conseil général et deux représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

b) Six représentants d'usagers, dont trois représentants d'associations de retraités et de personnes âgées et trois représentants d'associations de personnes handicapées, désignés conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition respectivement du comité départemental des retraités et personnes âgées et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées ;

5° Pour les projets autorisés en application du e de l'article L. 313-3 :

a) Le préfet du département ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant, coprésidents, deux personnels des services de l'Etat désignés par le préfet, dont l'un sur proposition du garde des sceaux, et deux représentants du département désignés par le président du conseil général ;

b) Six représentants d'usagers, dont trois représentants d'associations participant à l'élaboration du plan mentionné au I de l'article L. 312-5-3 et trois représentants d'associations ou personnalités œuvrant dans le secteur de la protection administrative ou judiciaire de l'enfance, désignés conjointement par le préfet et le président du conseil général à l'issue d'un appel à candidature qu'ils organisent ou sur proposition du garde des sceaux pour le secteur de la protection judiciaire de l'enfance ;

6° Pour les projets autorisés en application du f de l'article L. 313-3 :

a) Le préfet du département ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, coprésidents, deux personnels des services de l'Etat désignés par le préfet et deux représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

b) Six représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, au moins un représentant d'associations de personnes handicapées, un représentant d'associations de personnes ou familles en difficultés sociales, un représentant d'associations de personnes confrontées à des difficultés spécifiques et un représentant d'associations ou une personnalité œuvrant dans le secteur de la protection judiciaire de l'enfance, désignés conjointement par le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et du garde des sceaux en ce qui concerne la dernière catégorie.

III.-Sont membres de la commission avec voix consultative :

1° Deux représentants des unions, fédérations ou groupements représentatifs des personnes morales gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux

et des lieux de vie et d'accueil, désignés par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission. Ces représentants ne peuvent être membres de la commission au titre du II ;

2° Deux personnalités qualifiées désignées par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission en raison de leurs compétences dans le domaine de l'appel à projet correspondant ;

3° Au plus deux représentants d'usagers spécialement concernés par l'appel à projet correspondant, désignés par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission ;

4° Au plus quatre personnels des services techniques, comptables ou financiers de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, désignés par le président ou à parité par les coprésidents de la commission en qualité d'experts dans le domaine de l'appel à projet correspondant.

IV.-Le mandat des membres de la commission mentionnés aux II et 1° du III est de trois ans. Il est renouvelable. Des membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions, sous réserve des dispositions des articles 3 et 4 du décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif qui sont applicables aux membres de la commission.

Les membres mentionnés aux 2° à 4° du III sont désignés pour chaque appel à projet.

La liste des membres de la commission est arrêtée par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

Paragraphe 2 : Compétence et fonctionnement de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social

Article D313-2

Modifié par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1 au-delà duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission de sélection correspond à une augmentation de 30 % ou de quinze places ou lits de la capacité initialement autorisée, que cette augmentation soit demandée et atteinte en une ou plusieurs fois.

Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux mentionnées au II de l'article L. 313-1-1 correspondent au rassemblement par un même gestionnaire de ceux de ses établissements et services déjà autorisés. Elles ne sont pas soumises à la commission de sélection si elles ne s'accompagnent pas d'une extension de capacité supérieure au seuil mentionné à l'alinéa précédent et ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

Article R313-2-1

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

La transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux mentionnée au I de l'article L. 313-1-1 correspond à la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1.

Un changement de l'établissement ou du service ne comportant pas de transformation au sens de l'alinéa précédent n'est pas soumis à l'avis de la commission de sélection. Dans ce cas, il est porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation.

Article R313-2-2

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

La commission de sélection est réunie à l'initiative de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation selon les cas prévus à l'article L. 313-3. En cas d'autorisation conjointe, une des autorités compétentes saisit l'autre autorité qui doit exprimer son accord dans un délai d'un mois. A défaut d'accord à l'expiration de ce délai, la procédure d'appel à projet ne peut pas être engagée.

Les membres de la commission reçoivent par tous moyens, y compris par télécopie ou par courrier électronique, quinze jours au moins avant la date de la réunion, une convocation du président ou des coprésidents comportant l'ordre du jour et les conditions dans lesquelles l'ensemble des documents nécessaires à l'examen des projets, notamment les projets présentés, leur sont rendus accessibles.

Lorsqu'il n'est pas suppléé, un membre de la commission ayant voix délibérative peut donner un mandat à un autre membre. Nul ne peut détenir plus d'un mandat.

Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres ayant voix délibérative sont présents ou ont donné mandat. Lorsque le quorum n'est pas atteint, la commission délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé. Cette nouvelle réunion ne peut intervenir que dans un délai de dix jours suivant la première réunion.

Le procès-verbal de la réunion de la commission indique le nom et la qualité des membres présents, les projets examinés au cours de la séance et le sens des délibérations. Il précise, le cas échéant, le nom des mandataires et des mandants. Tout membre de la commission peut demander que ses observations soient portées au procès-verbal.

Article R313-2-3

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

La commission de sélection se prononce sur le classement des projets à la majorité des voix des membres ayant voix délibérative présents ou représentés.

Le président ou les coprésidents conjointement ont voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Si les coprésidents ne parviennent pas à un accord pour exercer conjointement leur voix prépondérante, la commission ne procède à aucun classement des projets.

Article R313-2-4Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Les réunions de la commission de sélection ne sont pas publiques.

Les candidats ou leurs représentants sont entendus par la commission de sélection, sauf si leurs projets ont été refusés au préalable en application de l'article R. 313-6. Ils sont informés de leur audition quinze jours avant la réunion de la commission et invités à y présenter leur projet.

Article R313-2-5Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Les membres de la commission de sélection ne peuvent prendre part aux délibérations lorsqu'ils ont un intérêt personnel à une affaire inscrite à l'ordre du jour. La violation de cette règle entraîne la nullité de la décision prise à la suite de cette délibération lorsqu'il n'est pas établi que la participation du ou des membres intéressés est restée sans influence sur la délibération.

Les membres de la commission remplissent une déclaration d'absence de conflit d'intérêts lors de leur désignation. Le président ou les coprésidents conjointement peuvent, d'office ou à la demande motivée d'un membre de la commission, décider qu'il y a lieu de faire application de l'alinéa précédent.

Les membres mentionnés aux II et 1° du III de l'article R. 313-1 qui ne peuvent prendre part aux délibérations sont remplacés par leurs suppléants, sous réserve que ceux-ci puissent eux-mêmes prendre part aux délibérations. Les membres mentionnés aux 2° à 4° du III de l'article R. 313-1 qui ne peuvent prendre part aux délibérations sont remplacés par l'autorité qui les a désignés.

Paragraphe 3 : Détermination de la réponse au besoin d'offre sociale ou médico-sociale**Article R313-3**Modifié par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Le cahier des charges de l'appel à projet social ou médico-social est établi par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation. En cas d'autorisation conjointe, un projet de cahier des charges est joint à la demande d'accord préalable mentionnée au premier alinéa de l'article R. 313-2-2 en vue de son élaboration commune.

Article R313-3-1Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

I.-Le cahier des charges de l'appel à projet :

1° Identifie les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève ;

2° Indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L. 313-4. Il invite à cet effet les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils

estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés

3° Autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il pose, sous réserve du respect d'exigences minimales qu'il fixe ;

4° Mentionne les conditions particulières qui pourraient être imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

Pour les projets expérimentaux, le cahier des charges peut ne comporter qu'une description sommaire des besoins à satisfaire et ne pas faire état d'exigences techniques particulières, sous réserve du respect des exigences relatives à la sécurité des personnes et des biens ou sans lesquelles il est manifeste que la qualité des prestations ne peut pas être assurée.

Pour les projets innovants, le cahier des charges peut ne pas comporter de description des modalités de réponse aux besoins identifiés et ne pas fixer de coûts de fonctionnement prévisionnels.

II.-Sauf pour les projets expérimentaux ou innovants, les rubriques suivantes doivent figurer dans le cahier des charges :

1° La capacité en lits, places ou bénéficiaires à satisfaire ;

2° La zone d'implantation et les dessertes retenues ou existantes ;

3° L'état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire ainsi que les critères de qualité que doivent présenter les prestations ;

4° Les exigences architecturales et environnementales ;

5° Les coûts ou fourchettes de coûts de fonctionnement prévisionnels attendus ;

6° Les modalités de financement ;

7° Le montant prévisionnel des dépenses restant à la charge des personnes accueillies ;

8° Le cas échéant, l'habilitation demandée au titre de l'aide sociale ou de l'article L. 313-10.

Paragraphe 4 : Déroulement de la procédure d'appel à projet social ou médico-social

Article R313-4

Modifié par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Un calendrier prévisionnel des appels à projet est arrêté par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes et publié au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

Ce calendrier, annuel ou pluriannuel, a un caractère indicatif. Il recense les besoins par catégorie d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 pour la couverture desquels l'autorité ou, conjointement, les autorités compétentes envisagent de procéder à un appel à projet durant la période considérée. Il prévoit qu'au moins une des procédures d'appel à projet envisagées est réservée partiellement ou exclusivement aux projets innovants ou expérimentaux.

Les personnes morales gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil peuvent faire connaître leurs observations sur ce calendrier dans les deux mois qui suivent sa publication.

Le calendrier prévisionnel peut être révisé en cours d'année en cas de modification substantielle. Cette révision est rendue publique dans les mêmes conditions que la publication initiale du calendrier.

Article R313-4-1

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

L'avis d'appel à projet est constitué de l'ensemble des documents préparés par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes pour définir les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, ainsi que les modalités de financement du projet. L'appel à projet peut porter sur un ou plusieurs besoins de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux. Il peut être partiellement ou exclusivement réservé aux projets innovants ou expérimentaux.

Cet avis précise :

- 1° La qualité et l'adresse de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ;
- 2° L'objet de l'appel à projet, la catégorie ou nature d'intervention dont il relève au sens de l'article L. 312-1 ainsi que les dispositions du présent code en vertu desquelles il est procédé à l'appel à projet ;
- 3° Les critères de sélection et les modalités de notation ou d'évaluation des projets qui seront appliqués ;
- 4° Le délai de réception des réponses des candidats, qui ne peut être inférieur à soixante jours et supérieur à quatre-vingt-dix jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à projet ;
- 5° Les modalités de dépôt des réponses ainsi que les pièces justificatives exigibles ;
- 6° Les modalités de consultation des documents constitutifs de l'appel à projet.

Le cahier des charges est soit annexé à l'avis d'appel à projet, soit mentionné dans cet avis avec indication de ses modalités de consultation et de diffusion.

L'avis d'appel à projet est publié au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

Article R313-4-2

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

Les documents et informations de l'avis d'appel à projet sont rendus accessibles selon les modalités prévues par l'avis d'appel à projet. Ils sont remis gratuitement dans un délai de huit jours aux candidats qui les demandent.

Les candidats peuvent solliciter des précisions complémentaires auprès de l'autorité ou des autorités compétentes au plus tard huit jours avant l'expiration du délai de réception des

réponses. Cette autorité ou, conjointement, ces autorités font connaître à l'ensemble des candidats les précisions à caractère général qu'ils estiment nécessaire d'apporter au plus tard cinq jours avant l'expiration du délai de réception des réponses.

Les moyens de transmission des documents et des informations choisis par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes doivent être accessibles à tous les candidats potentiels et ne peuvent avoir pour effet de restreindre l'accès des candidats à la procédure de sélection.

Les transmissions, les échanges et le stockage d'informations sont effectués de manière à assurer l'intégrité des données et la confidentialité des candidatures et des projets et à garantir que l'autorité ou les autorités compétentes ne prennent connaissance du contenu des candidatures et des projets qu'à l'expiration du délai de réception des réponses.

Article R313-4-3

Créé par Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 - art. 1

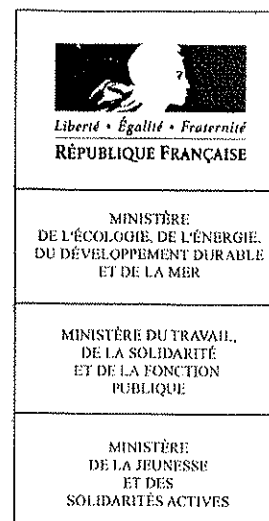
Chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité ou aux autorités compétentes, par lettre recommandée avec avis de réception ou par tout autre moyen permettant d'attester de la date de leur réception, les documents suivants :

1° Concernant sa candidature :

- a) Les documents permettant de l'identifier, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;
- b) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du présent code ;
- c) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L. 313-16, L. 331-5, L. 471-3, L. 472-10, L. 474-2 ou L. 474-5 ;
- d) Une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;
- e) Des éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité ;

2° Concernant son projet :

- a) Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
- b) Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel ;
- c) Le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;
- d) Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.



Communiqué de presse

30 juillet 2010

Publication du décret relatif à la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet

Le décret réformant la procédure d'autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été publié le 26 juillet 2010 (décret n°2010-870). La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet entrera donc en vigueur à partir du 1^{er} août 2010.

Une procédure modernisée

Créé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009), le nouveau dispositif inverse le processus d'autorisation. Désormais, les projets de création, transformation ou extension s'inscriront en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des agences régionales de santé, présidents de conseils généraux) sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires.

Cette nouvelle procédure permettra de répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins et attentes des usagers en soutenant l'innovation et l'expérimentation.

Une concertation accrue

L'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social sont associés aux étapes essentielles de la nouvelle procédure :

Les besoins et les priorités seront définis dans les projets régionaux de santé (PRS) et les schémas et plans départementaux, à l'issue d'une étroite concertation avec les usagers et les fédérations gestionnaires, au sein des différentes instances créées ou renforcées à cette fin par

la loi du 21 juillet 2009. C'est sur la base de cette programmation régionale que les autorités publiques lanceront les appels à projet, qui seront ainsi l'expression des besoins prioritaires d'équipement validés collectivement, et permettront de répondre plus rapidement aux attentes des usagers.

La sélection des projets se fera au sein d'une commission paritaire qui garantira l'association des représentants des usagers, et le respect d'une procédure loyale, équitable et transparente.

Enfin, la préparation du décret lui-même est le fruit d'une concertation approfondie menée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) avec les représentants du secteur social et médico-social, et s'appuie sur un projet pilote développé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dès mars 2009 dans trois régions (Centre, Bourgogne et Pays de la Loire).

Un déploiement accompagné

Pour permettre aux acteurs de se saisir de la réforme de façon opérationnelle dans les meilleurs délais, la DGCS avec le concours actif de la CNSA, veille à accompagner le déploiement de la réforme sur le terrain.

Déjà près de 600 personnes ont été formées à la nouvelle procédure dans le cadre d'un plan de formation mené avec le concours de l'EHESP (École de hautes études en santé publique). La nouvelle réglementation sera également intégrée aux contenus des formations initiales et continues dispensées notamment par l'EHESP et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Enfin, un kit de communication comprenant plusieurs outils (guide méthodologique, présentation powerpoint et plaquette de présentation) sera mis en ligne sur les sites internet de la CNSA et du ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique :

www.cnsa.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

Contacts presse

CNSA – Aurore Anotin

Tél. : 01 53 91 21 75 ou 06 62 47 04 68

aurore.anotin@cnsa.fr

DGCS – Marie-Louise Carémil

Tél. : 01 40 56 85 28

<mailto:DGCS-COM@social.gouv.fr>

* Le guide sera publié après parution de la circulaire d'application du décret n°2010-870 du 26 juillet 2010.



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE,
DU DÉVELOPPEMENT DURABLE
ET DE LA MER

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE
ET DES
SOLIDARITÉS ACTIVES

Nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet

Dossier de presse – 30 juillet 2010

Sommaire

Une réforme pour qui ?

Une réforme pour quoi ? Objectifs et bénéfices attendus

- Répondre plus rapidement aux besoins et attentes des usagers
- Rendre publiques les priorités des décideurs
- Permettre l'innovation et l'expérimentation

Une réforme avec qui ? Et comment ?

- En quoi consiste la procédure d'appels à projets ?
- Comment les besoins et les priorités sont-ils définis ?

Une réforme qui s'inscrit dans le temps : plan d'accompagnement de sa mise en œuvre

- La communication et l'information
- La formation

Retour sur le projet pilote qui a permis d'identifier les principes de la nouvelle procédure

La procédure d'appel à projet en pratique

- Les étapes de la procédure d'un appel à projet
- Le cahier des charges
- La commission de sélection des appels à projets
- Les critères de sélection des projets

Une réforme pour qui ?

Sont concernés par la réforme, quelque 35 000 établissements et services bénéficiant de financements publics et qui sont soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation administrative pour exercer leur activité. Par exemple :

- dans le secteur social :
 - les établissements et services intervenant pour l'aide sociale à l'enfance ;
 - les établissements et services accompagnant les personnes en difficultés sociales, tels que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'hébergement d'urgence, etc. ;
 - les établissements et services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs,
 - des établissements et services mettant en œuvre des mesures ordonnées par l'autorité judiciaire.

- dans le secteur médico-social :
 - les établissements et services accueillant des enfants handicapés, tels que les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les établissements spécialisés (instituts médico-éducatifs, instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques);
 - les établissements et services accompagnant les adultes handicapés tels que les foyers de vie, les foyers d'accueil médicalisés, les maisons d'accueil spécialisé, les établissements et services d'aide par le travail, les foyers d'hébergement, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
 - les établissements et services accompagnant les personnes âgées, tels que les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les accueils de jours, les hébergements temporaires, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
 - les établissements et services spécialisés dans le traitement des addictions : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Une réforme pour quoi ? Objectifs et bénéfices attendus

Répondre plus rapidement aux besoins et attentes des usagers

La généralisation de l'appel à projet a pour objectif une meilleure efficacité pour mieux répondre aux besoins des publics concernés.

La nouvelle procédure d'autorisation vise à réduire les délais de mise en œuvre des projets d'établissements et services, en supprimant notamment la mise en attente d'autorisation de projets ne disposant pas de financements. Cette attente pouvait durer trois ans, allongeant d'autant les délais de réalisation et la demande devait être renouvelée si l'autorisation n'était pas donnée dans ce délai. Les promoteurs de projets déposeront désormais leur dossier en réponse aux choix stratégiques des décideurs, correspondant aux besoins identifiés des populations dans les territoires et aux financements disponibles.

Rendre publiques les priorités des décideurs

Les appels à projets apportent de la visibilité aux promoteurs de projets sur les publics et les territoires prioritaires, ainsi que sur le type d'accompagnement, les financements mobilisables et les délais de réalisation attendus.

Le contenu des cahiers des charges ainsi que le déroulé de la procédure et les critères de sélection des projets font l'objet d'une publicité la plus large possible, dans un souci de transparence et d'égalité de traitement envers les promoteurs de projets.

Permettre l'innovation et l'expérimentation

La loi prévoit que les appels à projets puissent être l'expression de modes innovants ou expérimentaux d'accompagnement social ou médico-social et des vecteurs d'adaptation et de transformation de l'offre. Encourager l'innovation et l'expérimentation permet ainsi de répondre aux évolutions des besoins des personnes.

Pour la mise en œuvre des projets expérimentaux ou innovants, la loi prévoit un cahier des charges allégé.

Une réforme avec qui ? Et comment ?

Comment les orientations, les besoins et les priorités sont-ils définis ?

Les besoins et les priorités retracés dans les schémas et programmes sont définis par les autorités publiques préalablement à la procédure d'appel à projet. Ils font l'objet d'une étroite concertation qui s'exprime au sein des différentes instances de concertation que la loi du 21 juillet 2009 a renforcées ou créées et notamment : la conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées, actuellement en cours d'installation en région, les conférences de territoires et les commissions de coordination des financeurs, en particulier sa composante médico-sociale.

Il appartient ensuite au directeur général de l'agence régionale de santé d'arrêter le projet régional de santé (PRS) et les différents schémas, dont le schéma médico-social, au président du conseil général d'élaborer les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, et aux préfets d'adopter les schémas relatifs aux établissements sociaux comme les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) à destination des personnes en difficultés.

C'est dans le cadre de ces orientations et définitions préalables des besoins avec l'ensemble des acteurs que la procédure d'appel à projet s'engage.

En quoi consiste la procédure d'appel à projet ?

Précédemment, pour obtenir une autorisation de création d'un établissement ou d'un service, les organismes gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux déposaient auprès de l'autorité compétente une demande présentant leur analyse des besoins du public concerné et la description du service assuré. La décision d'autorisation, de non autorisation, ou d'inscription sur une liste d'attente était alors rendue après consultation du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a supprimé le CROSMS et organisé différemment le régime de l'autorisation : les préfets, les présidents de conseil général, les directeurs généraux d'ARS engagent une procédure d'appel à projet pour sélectionner les projets à partir d'un cahier des charges et lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires et des orientations définies dans les schémas et différents programmes dont le PRIAC pour le médico-social. L'arrêté d'autorisation est pris après classement des projets par la commission de sélection d'appel à projet.

Le secteur représentant les gestionnaires publics et privés des établissements et services a été étroitement associé à l'élaboration des dispositions réglementaires, conformément aux engagements pris par les ministres au moment des travaux parlementaires.

Le décret porte la marque de cette concertation approfondie.

Une réforme qui s'inscrit dans le temps : plan d'accompagnement de sa mise en œuvre

Pour accompagner son déploiement progressif et assurer son inscription dans le temps, l'État et la CNSA ont prévu un plan d'actions qui s'adresse en priorité aux décideurs.

Il doit notamment leur permettre d'améliorer la connaissance qu'ils ont des besoins de leur territoire et doit les encourager à coordonner davantage les programmations y compris financières.

Ce plan d'actions repose également sur la communication, l'information et la formation des décideurs, de leurs équipes, ainsi que des porteurs de projet.

Un plan de communication global a été élaboré. Le kit de communication composé de la brochure « *la nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appel à projet* », d'un diaporama et prochainement du « *guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure généralisée d'appel à projet et l'élaboration du cahier des charges* » est téléchargeable sur les sites de la CNSA et du ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique :

www.cnsa.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

La plaquette de présentation sera également diffusée au format papier, aux ARS, préfetures, conseils généraux, fédérations d'établissements et associations d'usagers (4 000 exemplaires).

La formation

Par ailleurs, des sessions interrégionales de formation sur le nouveau dispositif d'autorisation ont rassemblé en juillet près de 600 représentants des services de l'État, des départements et des ARS.

La nouvelle réglementation sera intégrée aux contenus des formations initiales et continues dispensées notamment par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Retour sur le projet pilote qui a permis d'identifier les principes de la réforme

Pour préparer la généralisation du nouveau régime d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appel à projet, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a été chargée, dès mars 2009, par la Direction générale de la cohésion sociale de la conduite d'un projet pilote mené dans trois régions qui avaient éprouvé l'appel à projet dans plusieurs départements et sur différents objectifs : le Centre, la Bourgogne et les Pays de la Loire.

Chaque équipe pilote régionale regroupant direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), conseil général et caisse régionale d'assurance maladie a travaillé sur des champs thématiques précis. Ainsi, les Pays de la Loire se sont concentrés sur le secteur des personnes handicapées, la Bourgogne sur celui des personnes âgées et le Centre a examiné des projets sur les secteurs personnes âgées et personnes handicapées.

Ces retours d'expériences ont ensuite permis à l'équipe nationale composée de représentants de la CNSA, de la DGCS, de la CNAMTS, d'un conseil général et de DRASS de capitaliser l'information pour préparer les textes d'application, réfléchir aux procédures, élaborer un projet de cahier des charges et à terme le guide méthodologique qui sera remis aux décideurs et mis en partage.

La procédure d'appel à projet en pratique

Les étapes de la procédure d'un appel à projet

* Cas d'un appel à projet relevant d'une seule autorité

1. L'appel à projet est lancé par l'autorité compétente selon un calendrier qu'elle définit.
2. L'appel à projet fait l'objet d'une publication qui doit garantir une procédure sincère, loyale et équitable.
3. Les opérateurs ont un délai de réponse qui peut aller de 60 à 90 jours.
4. Une commission de sélection des projets placée auprès de chaque décideur classe les projets. Elle a un rôle consultatif.
5. L'autorité compétente délivre l'autorisation.

* Cas d'un appel à projet relevant de compétences conjointes

Les établissements et services qui relèvent d'une autorisation conjointe ARS/conseil général :

- sur le champ du handicap : CAMSP, SAMSAH, FAM.
- sur le champ de la perte d'autonomie : EHPAD, établissements d'hébergement temporaire et accueils de jour.

1. L'appel à projet est lancé
 - conjointement par les deux autorités,
 - selon un calendrier défini par eux.
2. L'appel à projet fait l'objet d'une publication par chacune des autorités qui doit garantir une procédure sincère, loyale et équitable.
3. Les opérateurs ont un délai de réponse qui peut aller de 60 à 90 jours.
4. Les dossiers sont instruits par les deux autorités.
5. Une commission conjointe classe les projets.
6. L'autorisation est délivrée conjointement par les deux autorités.

Le cahier des charges

Il est établi, selon le cas, par la ou les autorités conjointement compétentes pour délivrer l'autorisation. Il rappelle et précise les besoins à satisfaire et le cadrage des projets, dont les modalités de financement.

La commission de sélection des appels à projets

Elle comprend de 14 à 22 membres. Elle donne autant de poids aux usagers qu'aux autorités publiques qui disposeront l'un et l'autre de 4 ou 6 représentants lors des délibérations. Les autres membres de la commission auront voix consultative. Il s'agira des personnes gestionnaires d'établissements, des personnes qualifiées, des représentants d'usagers spécialement concernés et des personnels techniques.

Les critères de sélection des projets

Les critères de sélection et les modalités de notation ou d'évaluation des projets qui seront appliqués doivent être mentionnés dans l'avis d'appel à projet (décret d'application sur la procédure d'autorisation par appel à projet) et dans le cahier des charges.

L'utilisation de critères et leur communication dans le cahier des charges permettent d'alerter l'ensemble des promoteurs de façon transparente et équitable sur les éléments jugés comme essentiels dans leur réponse et d'évaluer les différents dossiers de manière homogène et équitable.

On distingue trois niveaux de critères :

- Le critère de complétude du dossier : il conditionne la recevabilité du dossier proposé par le promoteur et déclenche son processus d'instruction.
- Les critères de conformité et d'éligibilité du projet soumis : ils ne rentrent pas en considération dans la notation et le classement du dossier, mais ils en conditionnent simplement l'éligibilité. S'ils ne sont pas remplis, la proposition est automatiquement disqualifiée, s'ils sont remplis, la proposition peut être évaluée.
- Les critères d'évaluation du projet soumis : ils sont pondérés et constituent la base de la notation et de la classification des projets soumis à la commission de sélection des appels à projets notamment sur les points suivants : qualité du projet, aspects financiers du projet, expérience du promoteur, capacité à faire.

**Extrait du guide méthodologique pour la mise en œuvre
de la procédure d'autorisation par appel à projet (CNSA septembre 2010)**

INTRODUCTION

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) réforme la procédure d'autorisation en généralisant le recours à la procédure d'appel à projets pour la création, la transformation et l'extension de la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à financement public. Dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST menés en 2009, la CNSA a été chargée par le Conseil National de Pilotage des ARS, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale, de la conduite d'un **projet pilote** permettant de préciser les conditions de mise en œuvre de cette réforme.

A partir des expériences menées dans les régions **Bourgogne, Centre et Pays de la Loire**, des recommandations opérationnelles ont été dégagées pour conduire la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet.

Ce document présente les différentes étapes de la procédure et leurs principales caractéristiques (objectifs, déroulement, acteurs...). Il aborde l'articulation de cette procédure avec les étapes d'amont (élaboration et actualisation des schémas et des programmes dont le PRIAC) et formule des recommandations pour le pilotage d'ensemble. Enfin il détaille les contenus du cahier des charges.

Il est avant tout établi pour le secteur médico-social, mais il peut être utilisé pour les autres domaines de compétence de l'action sociale.

Certains principes issus de la loi qui guideront l'écriture des cahiers des charges et la mise en œuvre des procédures d'appel à projet par les autorités locales doivent être rappelés :

- ✦ être **transparent et équitable** : l'ensemble des candidats d'établissements et services doivent disposer de la même information, tant sur le projet attendu par les décideurs que sur le processus de soumission d'un projet et de choix par les autorités compétentes. Le contenu du cahier des charges doit ainsi être clair et complet. Il doit préciser les attentes des décideurs, expliquer le déroulement des différentes étapes de la procédure d'appel à projet et notamment aborder les modalités de choix (composition des commissions, critères d'évaluation et leur pondération...). Enfin, par sa structuration, le cahier des charges doit constituer une aide pour que chaque promoteur puisse structurer une proposition la plus pertinente possible ;
 - ✦ Permettre l'**innovation et les expérimentations** : le cahier des charges doit trouver le bon équilibre entre l'expression d'attentes très cadrées (parce que le besoin à satisfaire dans le cadre de l'appel à projet est très précis ou parce que des aspects légaux et réglementaires encadrent fortement les éléments de réponse) et de critères plus ouverts laissant un espace de créativité et d'innovation au candidat soumettant un projet. De même, le caractère innovant, soit de la nature des prestations et activités proposées, soit de la façon dont celles-ci sont réalisées, doit être inclus dans l'évaluation des projets soumis. Enfin, des déclinaisons de la procédure standard doivent permettre au niveau local de structurer les relations entre la (les) autorité(s) et les promoteurs de façon à garantir l'émergence de projets adaptés à des besoins émergents, en complémentarité avec ceux pilotés au niveau national ;
 - ✦ **Maîtriser les délais** entre l'identification d'un besoin et la mise en œuvre d'une solution adaptée : la préoccupation de la gestion du temps est présente dans le cahier des charges et prise en considération dans le développement de la procédure ;
 - ✦ Garantir, au travers de la mise en œuvre de la procédure et du cahier des charges, la réalisation **des schémas départementaux et régionaux et de leurs programmes dont les PRIAC** :
-

10 étapes ont été identifiées dans le déroulement de la procédure:

1. Planification des appels à projet ;
2. Réalisation du cahier des charges ;
3. Diffusion du cahier des charges ;
4. Réception des projets ;
5. Instruction des projets par les instructeurs ;
6. Evaluation des projets par la commission de sélection d'appel à projet ;
7. Avis de la commission de sélection d'appel à projet
8. Notification de la décision d'autorisation ;
9. Communication de la décision aux candidats ;
10. Enregistrement, suivi de la mise en œuvre et retour d'expérience.

Pour chacune de ces étapes sont présentés les objectifs, les pré-requis, les activités, les acteurs impliqués et les aspects clés. **Certaines propositions d'organisation sont données à titre d'exemple et demeurent aménageables par les différentes autorités locales, hormis celles qui relèvent de dispositions légales ou réglementaires.**

1 Préambule sur l'appel à projet généralisé

1.1 Les dispositions prévues par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires et leurs implications

La planification et la programmation sociale et médico-sociale

La loi institue un Projet Régional de Santé (PRS) qui détermine la stratégie de santé de l'agence régionale de santé pour cinq ans. Il détermine une politique de santé territorialisée qui met en œuvre les priorités et objectifs de la politique nationale de santé.

Il est construit autour de 3 ensembles :

- Un Plan Stratégique Régional de Santé « PSRS » qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région pour une période de 5 ans
- 3 schémas régionaux d'organisation et d'accessibilité de l'offre
 - Prévention ;
 - organisation des soins (soins hospitaliers et ambulatoires) ;
 - organisation médico-sociale (en lien avec les schémas départementaux)
- Des programmes spécifiques dont le PRIAC, le PRAPS, la Télémédecine.

Au niveau régional, deux autorités compétentes, le préfet de région et le directeur général de l'ARS:

- Le Préfet de région établit les schémas relatifs :
 - Aux centres d'accueil pour les demandeurs d'Asile
 - Aux services mandataires judiciaires de la protection des majeurs
- Le DG -ARS établit le projet régional de santé qui intègre la planification médico-sociale

Au niveau départemental, deux autorités compétentes ; le préfet et le président du conseil général :

- Le préfet de département établit le plan départemental relatif à l'accueil, l'hébergement et l'insertion relevant de sa compétence (PDAHI)
- Le président du conseil général établit :
 - Le schéma relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, en concertation avec l'ARS,
 - Le schéma départemental concernant les établissements et services relevant de l'ASE et de la protection judiciaire de la jeunesse, en prenant en compte les orientations du préfet pour ces derniers.

Sur le champ médico-social avec compétence partagée et conjointe du Président du conseil général et du directeur général de l'ARS, la loi HPST maintient localement deux niveaux de planification :

✦ Au niveau régional:

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Il est intégré au sein du PRS dans une approche globale du système de santé pour mieux articuler programmation de l'offre des soins ambulatoires et hospitaliers et offre de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

✦ Au niveau départemental:

Le Schéma relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie est établi par le président du conseil général en concertation avec l'ARS avec l'objectif d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité, dans une approche territorialisée affirmée, à partir d'une analyse globale et prospective des besoins sociaux de la population, et des leviers des politiques publiques (prévention, habitat, transport...).

La réforme de la procédure d'autorisation dans la loi HPST (nouvel article L 313-1-1 du CAFS)

Ce qui est nouveau

L'autorité (Ministre, DGARS, Préfet, Président du conseil général) délivre les autorisations à l'issue d'un **appel à projet** lancé sur la base d'un **cahier des charges**.

La décision d'autorisation est rendue après classement des projets par **une commission de sélection d'appel à projet** placée auprès de chaque autorité.

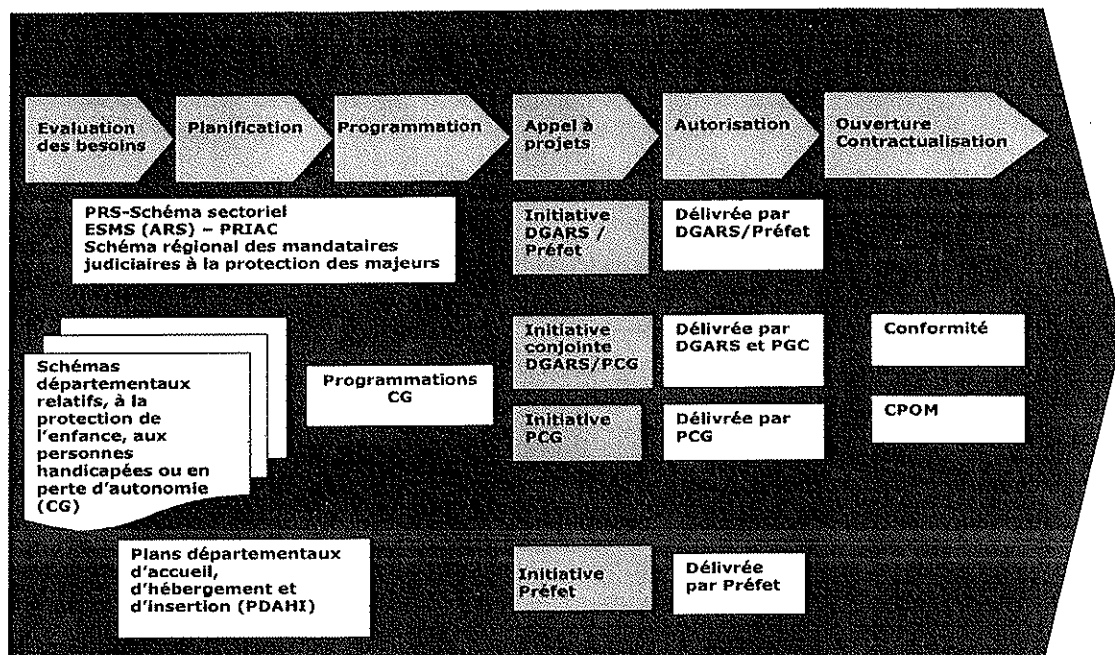
Ce qui est maintenu

Le régime de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux est maintenu, ainsi que les conditions légales d'autorisation (L.313-4 du code de l'action sociale et des familles) :

- compatibilité avec les objectifs et réponse aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par les schémas dont il relève et avec les programmes dont le PRIAC ;
- respect des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement ;
- coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou le coût des établissements et services fournissant des prestations comparables ;
- compatibilité lorsqu'il en relève avec le PRIAC et coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L.312-5-2 ; L.313-8 ; L.314-3 ; L.314-3-2 et L.314-4 du CASF;

La loi réforme la procédure de dépôt des dossiers en instaurant la généralisation de l'appel à projet. Les principes qui régissent l'autorisation établissent un lien étroit entre autorisation et d'une part planification et programmation et d'autre part allocation de ressources.

La procédure d'autorisation par appel à projet instituée par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) est l'outil opérationnel de mise en œuvre du processus planification-programmation tel que décrit dans le schéma ci-après.



Le périmètre des ESMS concerné et les autorités compétentes

Catégorie d'établissements et services concernés : article L.312-1 du CASF		Autorités compétentes		
		ETAT	ARS	CG
Aide sociale à l'enfance	I - 1°			X
Enfance handicapée	I - 2°		X	
Centres d'action médico-sociale précoce	I - 3°		X	X
Protection judiciaire de la jeunesse (certains sont exclus de l'appel à projet)	I - 4°	X		X
Handicap adultes	I - 5°		X	
Personnes âgées	I - 6°		X	X
Handicap adultes	I - 7°		X	X
Personnes sans domicile	I - 8°	X		
Traitement des addictions	I - 9°		X	
Centres de ressources	I - 11°	X	X	
Structures expérimentales	I - 12°	X	X	X
Centre d'accueil des demandeurs d'asile	I - 13°	X		
Services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs	I - 14°	X		
Services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial	I - 15°	X		
Lieux de vie et d'accueil	III		X	X

Nb : Les foyers de jeunes travailleurs mentionnés au 10° du I de l'article L.312-1 relèvent des dispositions des articles L 351-2 et L 353-2 du code de la construction et de l'habitation et ne sont pas soumis à la procédure d'appel à projet. Par ailleurs, les ESMS relevant exclusivement de la compétence de l'ETAT (PJJ : services territoriaux en milieu ouvert) ou du Président du Conseil Général (Foyer départemental de l'enfance) qui assurent des missions ne pouvant être délégués à des prestataires ne sont pas soumis à la procédure d'appel à projet.

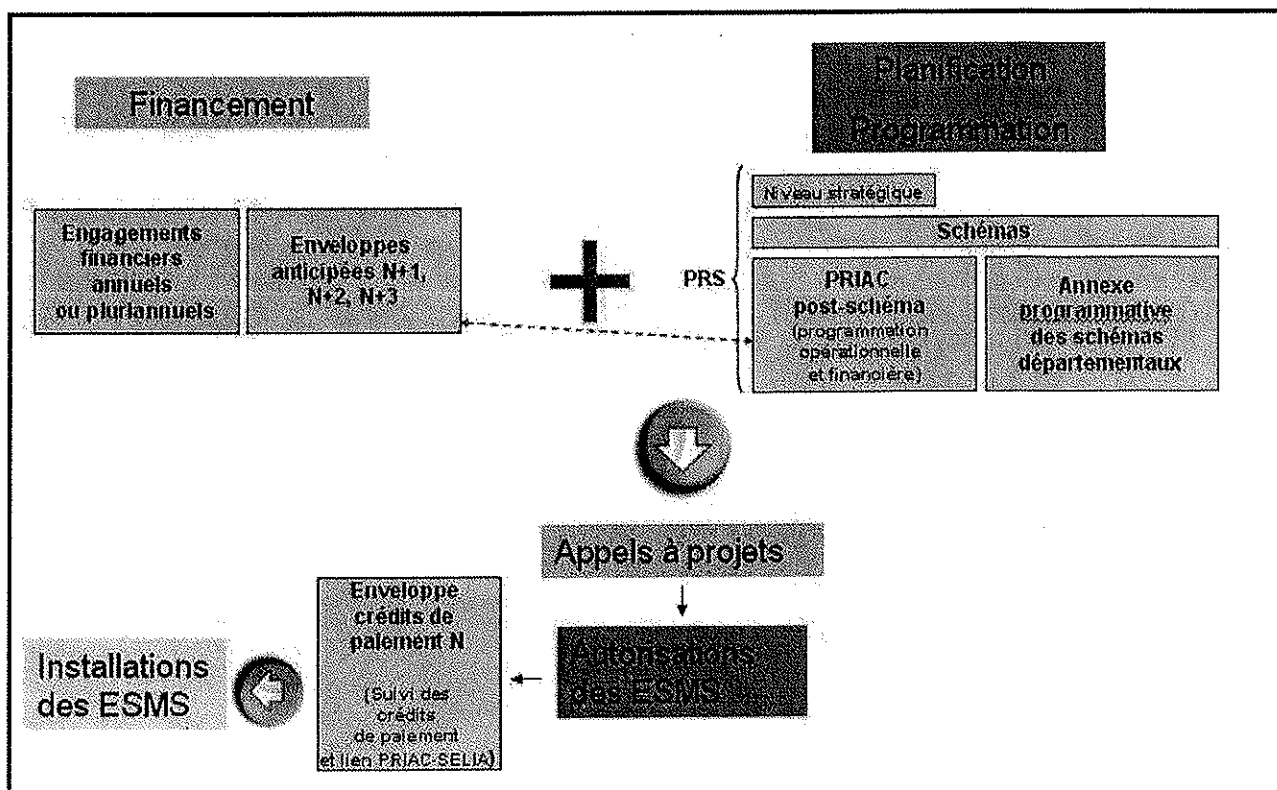
Le lien programmation -appel à projet- pluri annualité budgétaire renforcé

La nouvelle procédure d'autorisation supprime la mise en attente de projets ne disposant pas de financements, qui pouvait durer trois ans, allongeant d'autant les délais de réalisation.

Les candidats déposeront désormais leurs dossiers en réponse aux choix stratégiques des décideurs, correspondant aux besoins identifiés des populations dans les territoires et aux financements disponibles (schéma ci-après).

Concernant plus spécifiquement l'allocation de ressources par la CNSA des crédits d'assurance maladie destinés à financer les mesures nouvelles de créations de places en établissements et services, celle-ci a un caractère pluri annuel avec la mise en œuvre des enveloppes anticipées de crédits de mesures nouvelles définies au vu des plans et programmes nationaux.

Les enveloppes anticipées constituent un engagement de financement de l'Etat pour un exercice donné, sur lequel repose les autorisations.



L'analyse des besoins d'accompagnement social et médico-social

Elle se traduit par un diagnostic territorialisé et partagé établi d'une part à partir des données objectives d'observation locale (données démographiques, données environnementales et sociales, déterminants de santé, situations de handicap quels que soient l'âge et les modalités de choix de vie diversifiés, progrès techniques) et d'autre part, de l'expression des besoins des acteurs, en particulier des usagers. Elle s'appuie sur l'offre de services existante et sa nécessaire adaptation.

La définition des services et actions nécessaires pour répondre à ces besoins d'accompagnement identifiés s'appuie sur des référentiels et des recommandations lorsqu'ils

existent ainsi que sur toutes études et travaux d'experts menés sur l'accompagnement de tel ou tel public ou problématique.

La concertation avec les usagers et le dialogue avec les candidats.

La procédure d'appel à projet constitue un renversement de logique institutionnelle qui redonne l'initiative aux autorités publiques –sans pour autant affaiblir **la concertation et le dialogue** que la loi renforce par les instances consultatives qu'elle met en place notamment dans le cadre de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (conférences de territoire, commissions spécialisées) qui permet aux usagers d'exprimer leurs attentes et aux candidats de savoir, au moment où ils déposent leur projet, **s'ils s'inscrivent dans l'approche collective des besoins** et dans les choix stratégiques des personnes morales publiques en charge de ces politiques.

La concertation avec les décideurs et la coordination avec l'ensemble des politiques publiques

Le champ du handicap et de la perte d'autonomie relève d'une compétence partagée et conjointe entre selon les cas, l'Etat, l'ARS et les conseils généraux, en termes de planification, de programmation, d'autorisation, de tarification. Suivant la nature de l'offre, des appels à projet devront être menés conjointement.

La concertation entre décideurs – ARS et conseils généraux- est donc essentielle.

La coordination avec les autres politiques publiques doit être recherchée dans un souci de cohérence et d'efficacité notamment dans les domaines suivants :

- La formation, en lien avec le Plan régional de la formation professionnelle des Conseils régionaux sur le volet formation des professionnels sanitaires et sociaux ;
- La scolarisation des enfants handicapés, qui renvoie aux programmations de l'Education Nationale (programmation de CLIS, ULIS, AVS...),
- Le Logement (logement adapté, coordination PLS-aides à l'investissement-programmation ESMS et PLH).

La commission de coordination des politiques publiques de santé chargée du domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux a vocation à être le lieu de recherche de ces coordinations et d'échanges sur les orientations et programmations de ces différentes politiques en région.

1.2 La période de transition avant l'adoption du projet régional de santé (PRS) 2010 - 2012

Durant la période de transition au cours de laquelle les projets régionaux de santé seront en cours d'élaboration (objectif 2011), les appels à projet seront lancés à partir des PRIAC en lien avec les schémas départementaux et les programmations départementales quand ils ou elles existent.

Le calendrier, la méthode et le cadre d'élaboration du PRIAC demeurent inchangés.

Cependant l'actualisation du contenu des programmations doit permettre d'une part de lancer les appels à projet et d'autre part de préparer les travaux d'élaboration du PRS concernant le secteur médico-social.

Dès 2010, les PRIAC 2010-2013 doivent donc être plus précis notamment sur les territoires prioritaires, plus sélectifs en veillant à la cohérence des volumes prévisionnels au regard des

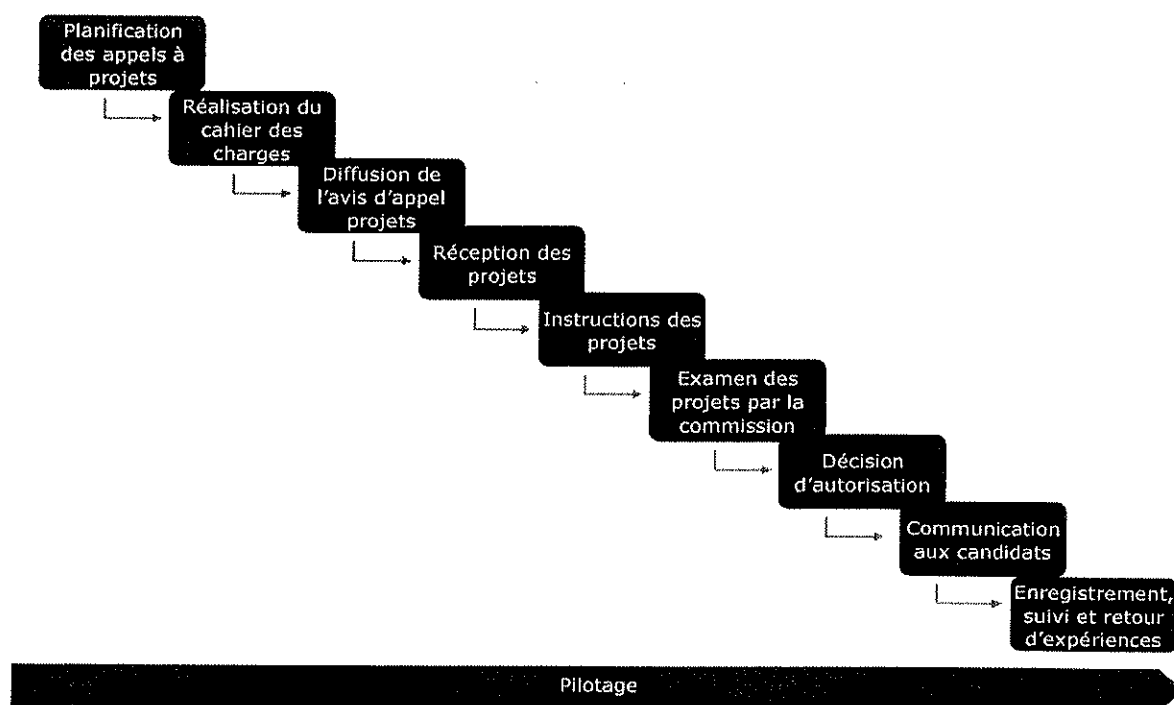
objectifs nationaux tels qu'ils sont définis dans les plans et les programmes nationaux, et en s'assurant en amont de l'engagement financier des conseils généraux.

Ils doivent intégrer de façon plus systématique la mobilisation des ressources et l'optimisation de l'existant (adaptation, transformation y compris du secteur sanitaire, évolution des modes d'accompagnement).

2 La procédure d'autorisation par appel à projet et ses éléments constitutifs

Le schéma suivant donne une vue générale de la procédure d'appel à projet. N'apparaissent pas sur ce schéma les interfaces avec les étapes d'amont (essentiellement « actualisation des schémas et des PRIAC ») et d'aval (en particulier « autorisation et ouverture de la structure »).

Schéma des phases de l'appel à projet



La description de chaque phase est faite de manière similaire :

- **Objectifs** : ce que l'on cherche à obtenir par la réalisation de la phase ;
- **Acteurs principaux** : responsables et contributeurs de chaque phase ;
- **Séquencement** : entre le début et la fin de la phase ;
- **Objectifs opérationnels** : la façon dont se matérialise concrètement la phase ;
- **Pré-requis** : situation de départ ;
- **Activités à mener** : description des activités à mener ;
- **Aspects clés** : pour réussir la mise en œuvre de la procédure d'appel à projet.

Quelques points importants sont dès à présent à souligner :

- Pour **s'inscrire** réellement **dans l'évolution du pilotage du secteur** tel qu'il est prévu par la loi et tel qu'il a été amorcé par la mise en œuvre des PRIAC, les appels à projet relevant de la compétence de l'ARS, seront lancés au niveau régional et nécessiteront une coordination étroite entre les différents décideurs dont les conseils généraux au niveau de chaque département.

- Pour les appels à projet le concernant l'autorité sera cependant libre de son calendrier.
- De plus, ils vont nécessiter pour les autorités compétentes **une implication à différents niveaux de responsabilité** en fonction des étapes du processus.
- Les appels à projet doivent être **conçus comme un processus clair et transparent**, et comme un outil permettant de **mettre en cohérence la chaîne de décisions**, depuis l'identification des besoins jusqu'à l'ouverture d'une structure, en cherchant à **maîtriser le temps**.
- La **communication et la concertation avec les candidats** sont un élément clé, qui doit être prioritairement **repositionné sur les étapes d'identification des besoins et de priorisation des solutions à mettre en œuvre** (réalisation et mise à jour des schémas et des programmes dont le PRIAC).
- Les appels à projet, tant par le contenu des cahiers des charges que dans le déroulé de la procédure, doivent permettre **l'adaptation** de l'offre, **l'innovation** et **l'expérimentation** dans le domaine de l'accompagnement social et médico-social.

Le dialogue entre candidats et autorités compétentes au cours de la procédure

Le dialogue entre les candidats et les autorités compétentes sur les procédures d'appel à projet applicable aux secteurs social et médico-social relève du respect de l'égalité entre candidats. En conséquence, la procédure d'appel à projet doit garantir le respect de ce principe ce qui a pour conséquence notamment d'encadrer le dialogue entre candidats et autorités.

Compte-tenu du contexte, il n'est évidemment pas possible de limiter les relations entre acteurs d'un secteur amenés à se côtoyer dans de nombreuses situations et pour diverses raisons.

Quelques suggestions sont proposées :

- Veiller à la qualité du dialogue aux phases d'élaboration des schémas et programmes dont le PRIAC ;
- S'en remettre à l'obligation de servir l'intérêt général des équipes des autorités compétentes pour ce qui est de la nature et du contenu des échanges avec les candidats dans les autres situations.

Pour ce qui est du dialogue relatif à un appel à projet entre les étapes de publication du cahier des charges et de dépôt des propositions, les modalités doivent être fixées localement au regard des dispositions réglementaires (article R.313-4-2 du décret du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF) et dans tous les cas précisées dans le cahier des charges :

« Art. R.313-4-2.-Les documents et informations de l'avis d'appel à projet sont rendus accessibles selon les modalités prévues par l'avis d'appel à projet. Ils sont remis gratuitement dans un délai de huit jours aux candidats qui les demandent.

« Les candidats peuvent solliciter des précisions complémentaires auprès de l'autorité ou des autorités compétentes au plus tard huit jours avant l'expiration du délai de réception des réponses. Cette autorité ou, conjointement, ces autorités font connaître à l'ensemble des candidats les précisions à caractère général qu'ils estiment nécessaire d'apporter au plus tard cinq jours avant l'expiration du délai de réception des réponses.

« Les moyens de transmission des documents et des informations choisis par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes doivent être accessibles à tous les candidats potentiels et ne peuvent avoir pour effet de restreindre l'accès des candidats à la procédure de sélection.

« Les transmissions, les échanges et le stockage d'informations sont effectués de manière à assurer l'intégrité des données et la confidentialité des candidatures et des projets et à garantir que l'autorité ou les autorités compétentes ne prennent connaissance du contenu des candidatures et des projets qu'à l'expiration du délai de réception des réponses ».