

LOI HPST, ARS, APPELS A PROJET, ... QUEL IMPACT POUR NOS ASSOCIATIONS ?

RGPP, loi HPST, ARS, CRSA, PSRP etc La tradition française du sigle compréhensible aux seuls initiés est la seule chose qui ne vient pas bouleverser l'organisation des politiques publiques. Cependant, derrière ces sigles, se met en place une réforme d'ampleur du pilotage des politiques publiques. De façon schématique deux angles se dessinent :

- La gouvernance doit se réaliser au plus près des besoins. Le niveau régional a été choisi, dans une approche transversale des questions de santé. L'addictologie est notamment un thème qui sert à illustrer cette approche dans les réunions nationales des ARS.
- L'intérêt général ne provient plus que de la puissance publique. Toutes les procédures d'autorisation, et/ou d'extension selon un certain seuil, devront passer par une procédure d'appel à projet.

Depuis 2008, l'anitea/F3A s'est mobilisée sur cette réforme : rencontre du préfet Ritter chargé auprès de la ministre de rendre un rapport sur la future organisation des ARS ; audition dans deux groupes de travail autour de la prévention et de sa future organisation ; mobilisation dans la task force de l'Uniopss pour suivre les textes et décrets d'application, etc...

Nous nous sommes aussi fortement mobilisés, pour réclamer une inscription de l'addictologie dans les décrets d'application concernant l'organisation de la gouvernance des agences régionales de santé. Cette revendication n'a pas été entendue. Nous avons alors déployé un accompagnement des unions régionales afin que le secteur puisse être représenté dans les conférences régionales de santé, dans les commissions spécialisées etc.. L'ensemble de ces instances vous est présenté dans ce supplément technique. Ce travail de représentation nécessite de résister aux effets de concurrence entre institutions que génère la pénurie de moyen, elle confirme l'intérêt d'une réflexion sur des rapprochements choisis entre institution, et de façon immédiate, elle a impliqué un engagement de l'ensemble des adhérents pour porter une parole collective et concertée auprès des ARS afin de préserver l'équité d'une représentation démocratique, loin de tout conflit d'intérêt. Les unions régionales s'engagent par ailleurs aussi dans les conférences inter associatives organisées par les URIOPSS car face aux enjeux, nous devons absolument développer les synergies associatives.

La procédure d'appel à projet dont le décret est sorti et la circulaire en cours de préparation est l'autre axe majeur de la loi HPST. En lien avec la Fnars, nous travaillons sur un guide pour vous aider méthodologiquement. Les ARS vont organiser les appels à projet au regard des besoins recensés dans le cadre des schémas régionaux. Après le travail de redéfinition des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociaux mené dans le cadre de la réforme des CSAPA, nous avons constaté des disparités : dans certaines régions, la méthodologie de recueil des besoins et de l'offre était extrêmement riche et argumentée, dans d'autres, il y avait seulement des « copiés-collés » de diagnostics d'autres territoires et, pire encore quelques régions ne disposent d'aucun schéma. Ensuite, il faut rappeler que les textes sur les ARS n'ayant pas prévu la présence des représentants de notre secteur, la participation de ces derniers ne repose que sur la volonté de chaque directeur d'agence. On peut donc craindre que les besoins des usagers souffrant de problèmes d'addiction ne soient pas suffisamment pris en compte. Enfin, sur la procédure elle-même, des incertitudes demeurent : quel sera le degré d'anticipation nécessaire pour répondre dans les délais ? Quel sera le poids des différents critères dans la sélection (mieux disant social et, ou, économique) ? La prise en compte des projets innovants ou expérimentaux est aussi au cœur de nos préoccupations. La reconnaissance des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques ou encore le récent débat sur l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque montre la nécessité de sauvegarder des espaces où l'initiative n'appartient pas qu'à la puissance publique .

Nathalie LATOUR
Déléguée Générale anitea/F3A

Plan du document technique

- 1. Une réforme générale des politiques publiques (GRSP)**
- 2. La loi Hôpital Patient Santé Territoire « HPST »**
- 3. Les Agences Régionales de Santé (ARS)**
- 4. Le projet régional de santé (PRS)**
- 5. La nouvelle procédure de délivrance des autorisations**

1. Une réforme générale des politiques publiques (RGPP)

● Les grands principes

- Limiter fortement la croissance de la dépense publique en faisant un certain nombre d'économies tout en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique
- Mettre en place une politique globale et coordonnée de réformes (*volonté de « remise à plat » de l'ensemble des politiques publiques*)
- Une réorganisation de l'Etat au niveau national et local (*réorganisation des Directions d'administration centrales et fusion de certaines missions et agences*).
 - Affirmation du niveau régional comme niveau pertinent pour l'Etat déconcentré.
 - Réorganisation des Directions régionales et départementales.

2. La Loi Hôpital Patient Santé Territoire « HPST »

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire dite loi HPST a été promulguée le 21 juillet 2009. Elle découle de la RGPP et peut se résumer en 4 grands titres :

Titre I - La modernisation des établissements de santé

- Les missions de service public → redéfinition des missions, amélioration de la procédure d'attribution, insertion des missions de service public dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom)
- La clarification du statut et de la gouvernance des établissements de santé
- Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements (Anap)
 - aide aux établissements pour l'amélioration du service rendu aux patients et aux usagers
 - mise en place, si nécessaire, d'audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux

Titre II - L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

- L'organisation de l'offre de soins en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé

Titre III - La prévention et la santé publique

- L'éducation thérapeutique du patient comme priorité nationale
- **L'interdiction et/ou l'encadrement de la vente d'alcool et de tabac, pour protéger les plus jeunes**
 - au niveau de la vente et de l'offre à titre gratuit d'alcool aux personnes mineures interdiction de la vente aux mineurs, renforcement des dispositions pénales applicables
 - au niveau de la réduction de l'offre d'alcool encadrement de certains modes de vente en pleine expansion, renforcement des contrôles de certaines dispositions relatives à l'alcool et au tabac, avec sanctions pénales adaptées
 - au niveau de la vente, de l'offre et de la distribution de tabac aux plus jeunes interdiction de la vente et de la distribution de « cigarettes bonbons », au goût modifié, interdiction de la vente de tabac à des personnes mineures

Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé

- **La création des agences régionales de santé (Ars)**
- La représentativité des professionnels de santé libéraux
- **La déclinaison régionale de la politique de santé au niveau des territoires de santé**
- Les systèmes d'information de santé

Références : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - <http://www.legifrance.gouv.fr/>

3. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

La loi HPST crée dans son article 118 les Agences Régionales de Santé. Elles sont officiellement mises en place depuis le 1er avril 2010 suite à la parution du **décret 2010-336 du 31 mars 2010**.

→ **Un service public de santé régional, unifié et simplifié**

L'ARS regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM).



→ **Les ARS assurent deux grandes missions**

☛ **Le pilotage de la politique de santé publique en région** autour de trois champs d'intervention :

- la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

☛ **La régulation de l'offre de santé en région.** Elle porte sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier et comporte **une dimension territoriale** (pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire) **et une dimension économique** (pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé).

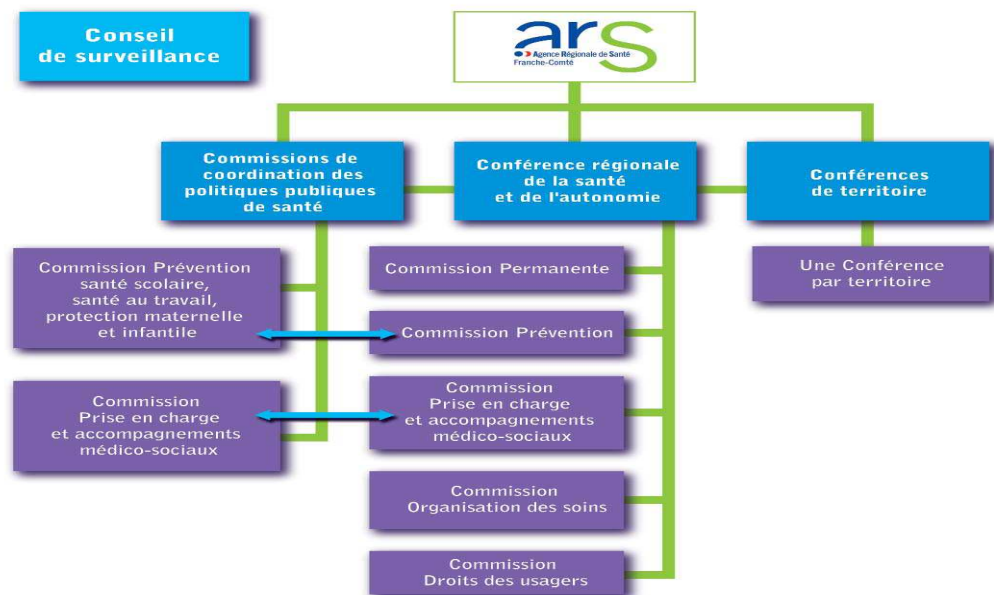
Pour mettre en place la régulation dans les différents domaines de responsabilité de l'ARS, la loi met à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, et notamment :

- l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

- la définition et la mise en oeuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.

- l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.

→ **Les instances de l'ARS**



→ **Le Conseil de Surveillance :**

Il est présidé par le Préfet de région et est composé de 25 membres dont 3 représentants de l'Etat, 10 partenaires sociaux, 4 représentants des collectivités territoriales, 3 représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, 4 personnalités qualifiées désignées par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les membres du conseil de surveillance sont nommés pour une durée de 4 ans.

Ses missions :

- approuve le budget et les comptes financiers
- émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, sur le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'agence et sur les résultats des actions de l'agence
- Le Directeur Général de l'ARS rend compte au moins 2 fois par an au conseil de surveillance.

→ **Les Commissions de Coordination des politiques de santé**

Il existe 2 commissions de coordination qui assurent la cohérence et la complémentarité des actions publiques :

☛ **La Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile**

Elle est composée de 20 membres : DG de l'ARS, 1 représentant du Préfet de région, 7 représentants de l'Etat exerçant des compétences dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, 7 représentants des collectivités territoriales et des représentants des organismes de sécurité sociale, œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Ses missions :

- Peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention
- Favorise, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement
- Définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'agence régionale de santé pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région
- Permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

☛ **La commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux**

Elle est composée de 17 membres : DG de l'ARS, le représentant du Préfet de région, des représentants de l'Etat exerçant des compétences dans le domaine de l'accompagnement médico-social, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des organismes de sécurité sociale œuvrant dans le domaine de l'accompagnement médico-social.

Ses missions :

- Peut décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale des familles ;
- Favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale ;
- Examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale et de ou des programmes qui en découlent ;
- Examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles ;
- Favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun de ses membres, sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional

d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

→ **La Conférence Régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**

La CRSA est un organisme consultatif composé de 8 collèges → 1. Collectivités territoriales, 2. usagers, 3. représentants des conférences de territoire, 4. partenaires sociaux, 5. acteurs de la cohésion et de la protection sociale, 6. acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, 7. offreurs des services de santé, 8. personnalités qualifiées

Les membres de la CRSA

La CRSA est composée de **100 membres titulaires et suppléants** désignés selon les collèges :

- ☞ par le DG ARS
- ☞ par appels à candidatures
- ☞ sur proposition d'organismes représentatifs du secteur

Les places de membres sont nominatives et le mandat est de 4 ans (renouvelable 1 fois)

Le Président de la CRSA, élu par ses membres lors de la première réunion, bénéficie de prérogatives assez étendues :

- o peut faire inscrire un sujet à l'ordre du jour d'une commission
- o peut demander une nouvelle délibération pour un projet d'avis ou de rapport
- o peut déclarer démissionnaire un membre qui s'est absenté deux fois de suite sans motif
- o préside la commission permanente
- o convoque la CRSA et la commission permanente au moins 1 fois par an ou à la demande d'au moins 1/3 des membres
- o distribue les « dossiers » non réservés par décret entre les différentes commissions
- o fait entendre des personnes extérieures
- o a un vote prépondérant en cas d'égalité
- o informe les commissions sur l'ordre du jour des autres commissions
- o reçoit les avis et les rapports des commissions et Groupe de Travail
- o peut confier à la commission permanente tous travaux de la compétence de la CRSA
- o est membre de droit du Conseil de surveillance de l'ARS, sans droit de vote

Durant l'été, chaque ARS a publié un arrêté portant désignation des membres titulaires et suppléants de sa CRSA.

Depuis la création des ARS, l'ANITEA/F3A est mobilisée pour que le secteur de l'addictologie puisse être bien pris en compte dans les futures politiques régionales de santé. Ainsi, elle a obtenu de siéger en tant que titulaire ou suppléant dans 9 CRSA (Aquitaine, Bourgogne, Centre, Franche Comté, Ile de France, Lorraine, Midi Pyrénées, Pays de Loire, Rhône Alpes).

Ses missions :

« Des avis pour orienter des choix »

Jusqu'en 2004, la Conférence régionale de santé avait pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique. **La Loi HPST élargit les domaines de compétences de la CRSA.** Ses missions concernent maintenant les soins (en ville et à l'hôpital) mais aussi **le champ médico-social.**

Elle se substitue à la Conférence régionale de santé (CRS), au Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) et au Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

Par ses avis, **la CRSA concourt à la politique régionale de santé.** En effet, **elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis, notamment sur le Projet régional de santé (PRS).** Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix. **Les avis de la CRSA sont rendus publics.**

→ **L'organisation de la CRSA**

La CRSA s'organise autour d'une assemblée plénière, d'une commission permanente et de 4 commissions spécialisées :

■ **L'assemblée plénière** réunit les membres des 7 collèges et les membres consultatifs. Elle rend un avis sur le Projet Régional de Santé, le plan stratégique régional de santé, les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et médico-sociale et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers.

■ **La commission permanente** exerce en dehors des séances plénières l'ensemble des attributions dévolues à la Conférence. Elle est chargée de préparer l'avis rendu par la Conférence sur le plan stratégique régional de santé, de rendre un rapport annuel d'activité, de formuler un avis lorsque la consultation de la Conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées, de préparer les éléments soumis au débat public.

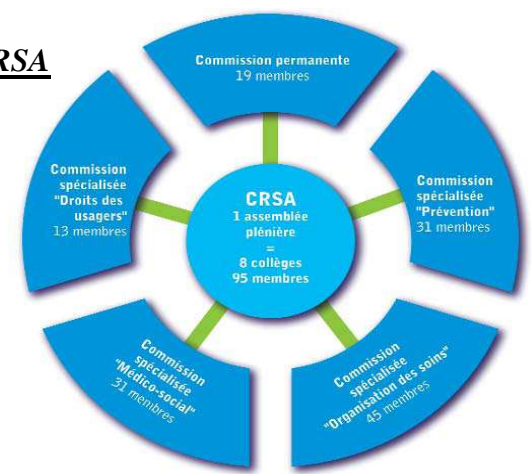
■ **La commission spécialisée de la prévention** prépare un avis sur le projet régional de prévention dont elle assure le suivi et l'évaluation.

■ **La commission spécialisée de l'organisation des soins** prépare un avis sur le projet régional d'organisation des soins dans ses volets hospitalier et ambulatoire. L'ARS consulte cette commission sur les autorisations, la politique d'implantation, l'activité des professionnels de santé dans les territoires, l'aide médicale urgente et la permanence des soins, l'organisation des transports, la création des établissements publics de santé et des groupements de coopération sanitaire, la politique de contractualisation.

■ **La commission spécialisée pour la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux** est chargée de préparer un avis sur le projet régional de l'organisation médico-sociale, de proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale, d'émettre un avis sur le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), de formuler toute proposition et d'élaborer un rapport d'activité tous les quatre ans.

■ **La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers** du système de santé élabore avec les autres commissions spécialisées un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliquées et respectés les droits des usagers, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

Schéma d'organisation de la CRSA



→ **Les territoires de santé**

L'ARS définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que pour l'accès aux soins de premiers recours de santé. **Ces territoires sont définis après avis du préfet de région, de la CRSA et des Conseils généraux.**

→ **Conférences de territoire**

Pour chaque territoire de santé, une Conférence de territoire est constituée. Elle permet de contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le Projet régional de santé. Ces Conférences de territoire (CT) rassemblent les différents acteurs de proximité du système de santé, afin de réaliser un diagnostic partagé des enjeux sanitaires du territoire mais aussi d'élaborer et d'évaluer un projet territorial de santé.

Elle est composée d'un maximum de 50 membres dont :

- 10 représentants des établissements de santé
- 8 représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux également repartis entre personnes âgées et personnes handicapées
- **3 représentants des organismes oeuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention**
- 6 représentants des professionnels de santé libéraux
- 1 représentant des autres professionnels de santé
- 2 représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé
- 1 représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile
- 1 représentant des services de santé au travail
- 8 représentants des usagers
- 7 représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements
- 1 représentant de l'ordre des médecins
- 2 personnalités qualifiées

Les places de membres sont nominatives et le mandat est de 4 ans (renouvelable 1 fois).

L'assemblée plénière de la conférence de territoire se réunit **sur convocation de son président, au moins 2 fois par an.** Elle se réunit également sur la demande de la moitié au moins de ses membres ainsi que sur la demande du Directeur Général de l'ARS.

Elle peut entendre ou consulter toute personne ayant une compétence particulière entrant dans le champ des missions de la conférence de territoire. Ces personnes ne participent pas aux délibérations.

Missions :

La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle fait remonter les besoins du territoire et fait des propositions au Directeur Général de l'ARS. Elle a également la possibilité d'établir des contrats locaux de santé avec l'ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements.

Les 14 Unions Régionales de l'ANITEA / F3A ont proposé (ou vont proposer) aux ARS, une liste de candidats chargés de représenter le réseau dans les futures conférences de territoire. Pour en savoir plus sur ces candidatures, vous pouvez contacter votre Délégué(e) Régional(e) ou votre Délégué(e) Régional(e) Adjoint(e).

→ **Des délégations territoriales**

L'ARS dispose de Délégations Territoriales dans chacun de ses départements. Ces Délégations mettent en œuvre au niveau du territoire la politique de santé définie et conduite par l'ARS, facilitent la prise en compte des spécificités et des initiatives locales, et assurent l'interface entre les partenaires (Préfet, Conseil Général, établissements et professionnels de santé) et l'ARS.

Les Délégations Territoriales sont désormais l'interlocuteur principal de vos structures. Vous pouvez retrouver les coordonnées et l'organigramme de votre délégation territoriale sur le site des ARS : <http://www.ars.sante.fr/>

Références :

- Décret no 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé
- Décret no 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire
- Décret no 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Vous pouvez retrouver l'ensemble des textes et décrets sur le site des ARS :

<http://www.ars.sante.fr/Textes-de-referance.93338.0.html>

4. Le projet régional de santé (PRS)

L'Agence régionale de santé a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique de santé dans sa région. Pour ce faire, elle élabore un Projet Régional de Santé (PRS). Ce PRS s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et définit les objectifs pluriannuels de l'ARS ainsi que les mesures destinées à les atteindre. Le contenu et les modalités d'élaboration du PRS et de ses différentes composantes sont fixés par décret.

→ **Composition**

Le Projet Régional de Santé est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé ;

- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas,
- dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- un PRIAC

→ **Elaboration**

Le PRS est arrêté par le DG de l'ARS, après avis du Préfet de Région, des collectivités territoriales et de la CRSA. Il est révisé au moins tout les 5 ans, après évaluation de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le PSRS.

Les documents constituant le PRS peuvent, eux être révisés à tous moment par arrêté du directeur de l'ARS.

Référence : Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

Vous pouvez retrouver ce décret sur le site de Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

5. La nouvelle procédure de délivrance des autorisations

Pour exercer leurs activités, les établissements et services sociaux et médico-sociaux oeuvrant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants ou des personnes en difficultés sociales sont soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation administrative auprès des services de l'État ou/et des conseils généraux selon la catégorie d'établissement ou de service.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a rénové ce dispositif d'autorisation en introduisant une procédure d'appels à projets.

→ **Qui est concerné ?**

Sont concernés par la réforme, quelques 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.

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 oeuvre des mesures de protection des majeurs,
- des établissements et services mettant en oeuvre 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 spécialisées, 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).**

Catégories d'établissements et services concernées	CASF L 312.1 ⁽¹⁾	Autorités compétentes ⁽²⁾		
		État	ARS	CG
Aide sociale à l'enfance	I - 1°			X
Enfance handicapée inadaptée	I - 2°		X	
Centres d'action médico-sociale précoce	I - 3°		X	X
Protection judiciaire de la jeunesse	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
Lieux de vie et d'accueil	III		X	X

→ **En quoi consiste la procédure d'appels à projets ?**

Jusqu'à présent, pour obtenir une autorisation de créer, transformer ou procéder à l'extension d'un établissement ou d'un service, les personnes ou organismes gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux déposaient une demande auprès de l'autorité compétente. La décision d'autorisation était alors rendue après consultation du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

La loi HPST supprime ce comité et met en place **une procédure d'appels à projets pour autoriser la création, la transformation ou l'extension des établissements et services.** Cette procédure est lancée, sur la base d'un **cahier des charges** par l'autorité compétente en charge du financement : Directeurs Généraux des ARS, Préfets, Présidents de Conseil Général.

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

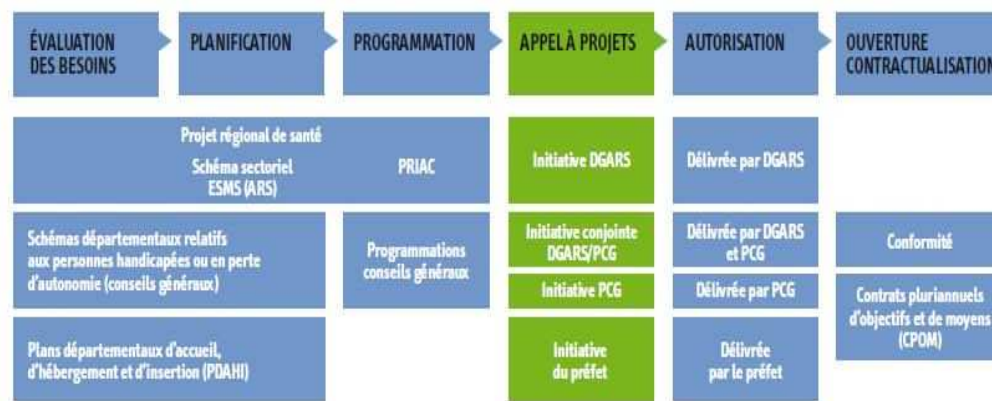
→ **Comment les besoins et les priorités sont-ils définis ?**

La procédure d'appels à projets est l'aboutissement de plusieurs étapes de réflexion et de concertation entre les décideurs publics, les représentants des associations et les représentants des usagers réunis au sein des instances consultatives créées par la Loi HSPT (CRSA, Conférences de territoires, Commissions spécialisées,...).

Les besoins et les priorités ainsi établis sont inscrits dans le **projet régional de santé (PRS)** arrêté par le DG ARS et dans les différents schémas, notamment les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, établis par le Président du Conseil Général ou dans les schémas relatifs aux établissements sociaux comme les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) élaborés par le Préfet à destination des personnes sans domicile.

C'est dans le cadre du PRS et de ces différents schémas départementaux que les procédures d'appels à projets s'engagent.

Procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux



→ **La procédure d'appels à projets en pratique**

Les étapes de la procédure d'un appel à projets

Cas d'un appel à projets relevant d'une seule autorité

1. L'appel à projets est lancé par l'autorité compétente selon un calendrier qu'elle définit.
2. L'appel à projets 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 projets 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 projets est lancé
 - conjointement par les deux autorités,
 - selon un calendrier défini par eux.
2. L'appel à projets 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 une voix consultative. Il s'agira de personnes gestionnaires d'établissements, de personnes qualifiées, de représentants d'usagers spécialement concernés et de 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 projets (décret d'application sur la procédure d'autorisation par appel à projets) 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.

Références : Décret no 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

Vous pouvez retrouver ce décret sur le site de Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Rédaction : Georges Martinho, chargé de mission anitea/F3A.