

**2012**  

---

**2017**

**Préoccupations prioritaires  
et demandes de l'Uniopss**

# Régulation des institutions sociales et médico-sociales



[www.uniopss.asso.fr](http://www.uniopss.asso.fr)

UNIOPSS - 15, rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris Cedex 13 - Tél. 01 53 36 35 00 - [uniopss@uniopss.asso.fr](mailto:uniopss@uniopss.asso.fr)



# Démocratie sanitaire et régulation des institutions sociales et médico-sociales

*La promotion dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de la démocratie sanitaire s'inscrit dans la ligne des lois du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. C'est, pour l'Uniopss, sur ce socle que repose le droit des personnes fragilisées par la maladie, la perte d'autonomie ou l'exclusion sociale.*

*C'est, dans le respect de ces droits fondamentaux, que les associations de santé, d'action sociale et de solidarité développent leurs projets de réponses adaptées à ces situations. La spécificité de leur rôle dans l'exercice de ces missions d'intérêt général et d'utilité sociale doit être reconnue.*

## Les priorités de l'Uniopss

1. Garantir l'effectivité du droit des personnes fragiles
2. Associer les acteurs présents sur les territoires à la définition des schémas et à l'élaboration des programmes
3. Abroger la procédure d'appel à projet
4. Inscrire tous les dispositifs d'intervention à domicile dans la réglementation sociale et médico-sociale

**Fiche 1** – Droit des usagers dans le secteur social et médico-social

**Fiche 2** – Évaluation des besoins, planification et développement de l'offre

**Fiche 3** – Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**Fiche 4** – Réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi du 2 janvier 2002

**Contact : Bernard Delanglade : [b.delanglade@uriopss-pacac.asso.fr](mailto:b.delanglade@uriopss-pacac.asso.fr)**

# Fiche 1 – Effectivité du droit des usagers dans le secteur social et médico-social

## Situation actuelle

Afin de les aider à faire valoir leurs droits, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit que les personnes accueillies ou accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des lieux de vie et d'accueil peuvent avoir recours à des personnes qualifiées.

Le recours possible à des « tiers-experts » a été introduit dans la loi afin de tenter de compenser le déséquilibre naturel entre usager et organisme gestionnaire d'un établissement ou service, particulièrement lorsque le premier entend voir ses droits respectés par l'institution.

Cette disposition est semblable à celle contenue dans le code du travail qui permet à des salariés de se faire assister par des personnes qualifiées, extérieures à l'entreprise, et dont le nom figure sur une liste établie par la Direccte.

S'agissant des personnes qualifiées prévues par la loi 2002-2, leur fonction est bénévole et elles doivent être désignées conjointement par le préfet de département et le président du conseil général, leur nom devant pouvoir être communiqué aux personnes pouvant y avoir potentiellement recours (CASF, art. L.311-5).

Sur un autre plan relatif à l'exercice du droit des personnes, la loi 2002-2 a affirmé (art. L.311-3) le droit de toute personne à accéder aux informations qui la concernent. Un décret devait prévoir les modalités d'accès à ces informations.

Or, la loi Warsmann du 17 mai 2011 dite « de simplification et d'amélioration du droit » a supprimé la possibilité pour le gouvernement de prendre un décret explicitant le droit reconnu à toute personne accompagnée (ou à son représentant légal) d'accéder à toute information ou document relatif à sa prise en charge.

## Problèmes posés

L'Uniopss considère que ce dispositif des « personnes qualifiées » est un des éléments garantissant, dans notre pays, la démocratie sanitaire que le législateur a inscrit comme principe général dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

Dix ans après le vote de la loi 2002-2, elle doit cependant déplorer que peu de préfets et de présidents de conseils généraux aient procédé à la désignation de ces personnes qualifiées, empêchant ainsi ce dispositif d'entrer en vigueur.

De même, la question du statut de ces personnes et des conditions posées pour leur désignation reste entière. La loi n'ayant pas renvoyé à un décret le soin de préciser ces points, le Conseil d'État a refusé que soient maintenues dans le projet de décret élaboré par la DGAS ces utiles précisions.

D'autre part, pour ne pas « encombrer » notre droit de trop de mesures, renoncer à préciser par décret les modalités d'accès aux informations qui la concerne peut conduire, pour toute personne accompagnée, compte tenu de sa fragilité, à une impossibilité d'exercer son droit à l'information.

Lacordaire devrait, encore aujourd'hui, inspirer le législateur : « Entre le fort et le faible, c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère. » !

## Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss demande qu'une circulaire rappelle notamment aux préfets et aux directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) l'importance de la désignation des personnes qualifiées. Ce volet du droit des usagers ne peut rester lettre morte du fait de l'inaction des pouvoirs publics.

En outre, la loi pourrait être modifiée afin de permettre l'intervention d'un décret d'application sur le versant conditions de désignation, statut et modalités d'intervention de ces personnes.

Enfin, l'Uniopss demande l'abrogation de la disposition de la loi Warsmann et la publication d'un décret réglementant les conditions d'accès de toute personne aux informations qui la concernent.

Plus généralement, l'Uniopss constate, une fois de plus, qu'une loi aussi importante que la loi du 2 janvier 2002 dite « de rénovation de l'action sociale et médico-sociale » n'a, dix ans après sa promulgation, fait l'objet d'aucune évaluation de sa mise œuvre.

Afin d'éviter des « empilements » législatifs hasardeux, l'Uniopss demande que, préalablement à toute nouvelle réglementation, cette évaluation soit réalisée.

# Fiche 2 – Évaluation des besoins, planification et développement de l'offre

## Situation actuelle

L'approche de court terme qui caractérise la décision publique conduit à une insuffisance de prospective et à l'absence d'anticipation d'un certain nombre d'évolutions concernant les publics accueillis ou accompagnés par le secteur social et médico-social. C'est ainsi que l'effort consenti en direction des structures accueillant des enfants et adolescents handicapés n'a pas été prolongé de manière adéquate pour les structures accueillant des personnes adultes et que le vieillissement des personnes handicapées a également été sous-estimé. Dans le champ des personnes âgées, la prise en compte des effets du vieillissement de la population aura été très tardive. Il ne s'agit là que de quelques exemples qui illustrent un phénomène plus général d'absence d'anticipation de la part des pouvoirs publics d'évolutions qui affectent l'ensemble du dispositif social et médico-social et également sanitaire.

De plus, la loi HPST du 21 juillet 2009 a redéfini les échelons de planification des établissements sociaux et médico-sociaux, en distinguant :

- le schéma régional d'organisation médico-sociale de l'ARS, composante, avec le Priac<sup>1</sup>, du projet régional de santé (PRS) ;
- les schémas du préfet de région portant sur les Cada<sup>2</sup>, les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial et les personnes physiques mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou déléguées aux prestations familiales ;
- les schémas départementaux ASE<sup>3</sup> et PJJ<sup>4</sup> et ceux portant sur les personnes handicapées ou personnes âgées en perte d'autonomie ;
- le schéma national sur les handicaps rares.

Enfin, la même loi HPST a inscrit la nouvelle procédure de délivrance des autorisations sur la base de schémas pertinents, reflétant les véritables besoins de la population et traduisant une ambition de développement et d'évolution de l'offre.

## Problèmes posés

Cette absence d'anticipation pose un certain nombre de problèmes parmi lesquels :

- des risques de rupture de prise en charge ;
- le recours à des équipements sociaux et médico-sociaux partiellement inadaptés ou situés sur le territoire d'autres pays membres de l'Union européenne ;
- des options de développement de l'offre sociale et médico-sociale peu débattues.

Les associations d'action sociale et de solidarité constatent que trop de schémas ont un contenu flou ou résultent, en violation du principe de démocratie sanitaire, de consultations insuffisantes avec les acteurs de terrain.

---

<sup>1</sup> Priac : Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

<sup>2</sup> Cada : Centre d'accueil de demande d'asile

<sup>3</sup> ASE : Aide sociale à l'enfance

<sup>4</sup> PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

Ces méthodes sont en décalage avec les recommandations contenues dans le dernier rapport du Conseil d'État (« Consulter autrement, participer effectivement » rapport public 2011) qui rappelle l'importance d'associer la société civile à l'élaboration des politiques publiques afin d'en améliorer la qualité.

## Demandes de l'Uniopss

Puisque tout travail de planification doit reposer sur l'évaluation des besoins de santé (au sens large) de la population, cette évaluation doit se faire de manière sincère, objective et exhaustive.

Le choix de priorités de financement, compte tenu de contraintes budgétaires indéniables, ne doit venir que dans un second temps.

Les schémas ne peuvent être limités à des éléments chiffrés ou statistiques (dont parfois les sources sont inconnues ou remontent à plusieurs années). Ils doivent permettre la vérification de l'adéquation ou des écarts entre les programmations financières traduisant ces schémas et les besoins que ces derniers auraient reconnus comme existants.

Si le recours aux ratios et moyennes est compréhensible, il ne saurait se substituer à une observation *in situ* des besoins que peuvent utilement alimenter les acteurs de terrain.

Or, nombre de schémas ont été arrêtés par les DG-ARS, au cours des derniers mois, sans participation effective des conférences de territoire (installées tardivement).

Sur ces trois points, des instructions doivent être données aux DG-ARS pour reprendre, si nécessaire complètement et dans le strict respect des étapes que fixe la loi HPST, l'élaboration de schémas prenant véritablement en compte les observations de terrain élaborées par les conférences de territoire.

Le développement de l'offre ne peut pas être circonscrit à la seule déclinaison en région des différents plans nationaux ou instructions nationales.

Aussi, la prise en considération des spécificités territoriales impose que les ARS disposent de marges de manœuvre nécessaires pour développer une réponse aux besoins adaptée aux constats locaux tels que remontés par les différents acteurs de terrain.

La diversification des schémas (régionaux, départementaux, ...) exige une articulation entre les documents de planification élaborés par l'ARS, les conseils généraux, la DRJSCS...<sup>5</sup>

Ainsi si le décret du 14 juin 2011 a prévu une consultation du CDCPH<sup>6</sup> et du CODERPA<sup>7</sup> sur les schémas départementaux de chaque conseil général, il n'a pas retenu la proposition de l'Uniopss demandant que la CRSA<sup>8</sup> soit également consultée sur ces schémas.

L'Uniopss demande une modification du décret dans ce sens ; cela permettrait d'exprimer une vision régionale et une articulation entre les schémas départementaux d'une même région.

D'une manière générale, enfin, la démocratie sanitaire doit guider le mode de fonctionnement des instances de concertation ; l'Uniopss demande qu'à chaque avis et proposition émanant de la CRSA ou de toute commission spécialisée, l'ARS soit tenue d'apporter une réponse formelle et circonstanciée.

---

<sup>5</sup> DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

<sup>6</sup> CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

<sup>7</sup> CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

<sup>8</sup> CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

# Fiche 3 – Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux

## Situation actuelle

La loi HPST a profondément modifié la procédure de délivrance des autorisations de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ainsi que des lieux de vie et d'accueil, en introduisant une procédure d'appel à projet pour les équipements sollicitant des financements publics.

## Problèmes posés

L'Uniopss a toujours désapprouvé le recours systématique à la technique de l'appel à projet pour la création de nouveaux établissements, services sociaux ou médico-sociaux ou lieux de vie et d'accueil comme pour le renouvellement des autorisations.

Cette utilisation systématique lui semble comporter plusieurs dangers.

Tout d'abord, celui d'empêcher la création de réponses innovantes et de standardiser les réponses mises en œuvre. Dans le secteur social et médico-social, ce sont historiquement les acteurs de terrain qui, détectant des besoins non satisfaits ou de nouveaux besoins, ont cherché à construire de nouvelles formes de réponses. Ainsi, encore récemment, la création de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour, des boutiques de solidarité sont le fait d'associations qui sont allées ensuite rechercher le soutien de la puissance publique. Cette dernière a rarement été précurseur dans la détection des besoins et dans l'imagination de nouvelles formes de réponses. Dès lors, il est à craindre que les cahiers des charges ne portent que sur des types de réponses déjà existants et empêchent des projets novateurs ou à la marge d'émerger faute d'entrer dans le moule du cahier des charges. Cette démarche descendante, très dirigiste nous semble être à l'opposé de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social.

Ensuite, le recours systématique à la technique de l'appel à projet risque, à notre sens, de s'accompagner de conditions tenant par exemple au respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles ne favorisant pas la professionnalisation et la qualification des intervenants dans ce secteur. Depuis des années, on assiste en effet à une tension forte entre, d'un côté, la volonté de professionnaliser, d'améliorer les qualifications des personnes intervenant dans ce secteur, d'améliorer la qualité des réponses mises en œuvre, et, de l'autre, une pression très forte sur les coûts des structures. Cette opposition n'est pas tenable à terme.

Enfin, lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, il a été indiqué qu'il était attendu du développement de la technique de l'appel à projet une réduction du délai moyen de création de nouvelles structures afin de ramener celui-ci de 4 ans à 2 ans. Pour l'Uniopss, le développement du secteur social et médico-social nécessite de dégager des financements publics plus conséquents. De nombreux projets ne peuvent aujourd'hui aboutir pour la simple raison que la puissance publique leur oppose l'absence de financements disponibles. De même, en utilisant plus fortement les enveloppes d'anticipation et les autorisations à effet différé, on peut donner plus de visibilité aux promoteurs et gagner du temps. De même, l'ouverture plus fréquente des « fenêtres d'autorisation », une réponse plus rapide de l'administration au promoteur (le délai de 6 mois prévu par la loi étant un délai maximal) sont également de nature à réduire les délais.



L'Uniopss, en écartant le caractère systématique de la technique de l'appel à projet, a proposé d'en limiter le recours à l'hypothèse où des besoins de la population ne sont pas satisfaits sur un territoire donné et qu'aucun gestionnaire ne s'est positionné pour y répondre.

Enfin, pratiquement, bien loin de permettre une « sincère, loyale et équitable » mise en concurrence des offreurs de services, la mise en œuvre, depuis quelques mois, de cette procédure conduit, plutôt, les autorités compétentes en matière d'autorisation à arrêter un cahier des charges qui permette de qualifier un gestionnaire plutôt qu'un autre.

Cela est particulièrement flagrant lorsqu'il s'agit de procéder à une extension de capacité dont il convient de faire bénéficier un établissement ou service préexistant sur le territoire concerné plutôt que de retenir une offre totalement nouvelle.

La procédure d'appel à projet à laquelle est contrainte, réglementairement, l'autorité n'a, alors, qu'une apparence de mise en concurrence.

L'inadéquation de la procédure d'appel à projet avec les exigences d'une régulation efficace du secteur social et médico-social est également démontrée. Elle peut, par exemple, être illustrée par le cas particulier de la mise en œuvre de la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE).

## Demandes de l'Uniopss

La procédure d'appel à projet (loi HPST) met en cause la spécificité d'innovation et d'expérimentation des associations d'action sociale et de solidarité ; elle est contre-productive au regard des enjeux d'adaptation et de territorialisation des réponses aux besoins sociaux et médico-sociaux. L'Uniopss demande donc l'abrogation de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Si l'abrogation n'était pas possible, l'Uniopss demande :

- l'application d'une procédure et de critères identiques de demande d'autorisation quel que soit le type de financement de l'opération envisagée. Ainsi, l'absence de l'exigence de compatibilité avec les schémas d'organisation pour les projets ne faisant pas appel à des financements publics n'est pas acceptable ;
- l'obligation du respect de la procédure de certains projets, aujourd'hui exclus en raison de la nature du promoteur (PJJ) ;
- l'exclusion de la procédure d'appel à projet des transformations « non importantes » impliquant un changement de catégories de bénéficiaires. En effet, la réglementation actuelle en la matière fait courir un risque évident de sclérose dans l'adaptation des équipements aux besoins des personnes accompagnées.

# Fiche 4 – Réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi du 2 janvier 2002

## Situation actuelle

La loi sur le développement des services à la personne du 26 juillet 2005 et l'ordonnance de simplification du droit du 1<sup>er</sup> décembre 2005 ont prévu un droit d'option pour les gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes âgées, adultes handicapés ou dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.

Les gestionnaires peuvent choisir de relever :

- soit de l'autorisation de création délivrée par le président du conseil général. Dans ce cas, ils se voient appliquer l'ensemble des dispositions de la loi du 2 janvier 2002, dispositions qui visent à protéger les personnes fragiles ou vulnérables ;
- soit de l'agrément qualité délivré par le préfet de département. Dans cette dernière hypothèse, ils ne sont tenus qu'à un nombre très limité de dispositions de cette loi (remettre un livret d'accueil, conclure un contrat avec l'usager ou son représentant légal, disposition sur le contrôle et la fermeture, évaluation dans des conditions qui ont été fixées par un décret).

## Problèmes posés

Les services qui ont opté pour l'agrément qualité échappent à toute logique de planification qui vise pourtant à répartir harmonieusement l'offre sur l'ensemble du territoire. Ainsi, peuvent apparaître, sans cohérence par rapport aux besoins de la population, des zones très bien desservies et de véritables « déserts » en termes d'offre de ce type de services. Il en résulte au demeurant une véritable inégalité entre ceux qui choisissent de relever de l'autorisation de création et ceux qui ont opté pour l'agrément qualité, les premiers n'ayant pas la liberté d'implantation géographique et risquant de n'avoir d'autre choix que de se développer dans les zones délaissées par ceux qui ont opté pour l'agrément qualité. Les dispositions sur la visite de conformité ne sont également pas applicables à ces derniers alors qu'elles visent à vérifier que les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement sont bien remplies avant que le service ne commence à délivrer ses prestations. De même, les logiques de tarification ne leur sont pas applicables et ce alors même que ces services dispensent des prestations pouvant être solvabilisées par l'APA<sup>9</sup>. Il risque d'en résulter des services qui offriront soit des prestations à des coûts très élevés, inaccessibles pour la grande majorité de nos concitoyens, soit des prestations peu onéreuses mais ne répondant pas à des conditions techniques minimales d'organisation, de fonctionnement et de standard de qualité. Ces dernières n'étant vérifiées que dans quelques années.

Par ailleurs, alors que le président du conseil général s'était vu reconnaître par la loi 2002-2 le rôle de régulateur des services d'aide à domicile, rôle conforté par la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales, il n'a désormais plus prise sur la création, la planification et la tarification des services qui ont opté pour l'agrément qualité.

---

<sup>9</sup> APA : Allocation personnalisée d'autonomie

## Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss demande la réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile délivrant des prestations d'action sociale et médico-sociale en direction de personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi 2002-2. Cette demande est formulée dans un souci de protection des publics fragiles, de cohérence au regard des positions défendues en commun face aux risques de dérégulation européenne et de respect des nouvelles attributions dévolues aux départements dans le cadre de la loi sur les libertés et responsabilités locales du 13 août 2004.

S'agissant d'abord de la protection des publics fragiles, l'Uniopss réaffirme son attachement aux mécanismes institués par la loi du 2 janvier 2002 dans un souci de prévention. Ces mécanismes permettent de vérifier que les conditions d'une bonne prise en charge des publics fragiles sont bien remplies avant que le gestionnaire ne crée un établissement ou un service et ce via l'autorisation de création et la visite de conformité. Le dispositif d'agrément est loin d'apporter les mêmes garanties. L'Uniopss s'inquiète du risque de déconstruction de la loi du 2 janvier 2002 qui est ainsi initié. Pourquoi demain ne pas étendre ce mécanisme à d'autres établissements et services ? L'Uniopss considère qu'à partir du moment où un établissement ou service intervient en direction de publics fragiles, il doit relever de manière obligatoire de la loi du 2 janvier 2002 et se voir appliquer l'intégralité de cette loi. Qu'un cadre différent, du type agrément, puisse s'appliquer pour les services qui n'interviennent pas en direction des publics fragiles ne la heurte pas.

Au regard des enjeux européens, les associations et les pouvoirs publics ont défendu en commun en direction de la Commission européenne les raisons qui expliquent le cadre protecteur retenu par la loi du 2 janvier 2002 et ce face aux risques de dérégulation contenus dans le projet de directive européenne de libéralisation des services. Le souci de protéger les publics fragiles est l'un des éléments fondamentaux mis en avant. Adopter un autre cadre n'offrant pas les mêmes garanties n'est pas cohérent avec notre position vis-à-vis des instances communautaires.

Enfin, la loi sur les libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a confié aux départements un rôle de collectivité chef de file en matière d'action sociale et médico-sociale. Celle du 2 janvier 2002 lui a par ailleurs reconnu un certain nombre d'attributions en matière de planification des services d'aide à domicile, d'autorisation de création et de tarification. La création du droit d'option, en revenant en partie sur les prérogatives des conseils généraux, va à contresens de cette évolution.