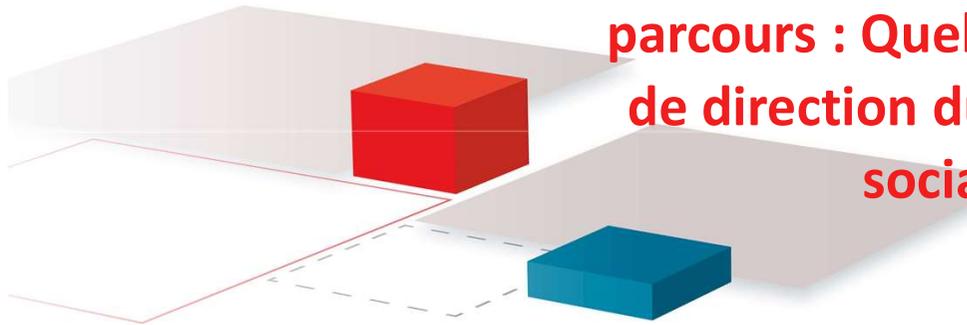

ADC – journée du 8 juin 2018

**De l'amendement Creton à aujourd'hui
D'une logique de place à une logique de
parcours : Quels enjeux pour les métiers
de direction du secteur social, médico-
social et sanitaire ?**



Arnaud Vinsonneau
Juriste en droit de l'action sociale

8 juin 2018

Intervenant

Arnaud Vinsonneau

Juriste en droit de l'action sociale – Formateur – Consultant

Chargé d'enseignement auprès des Universités de Paris 2 et
Paris 9

Auteur des études ESSMS : création et fonctionnement, droits des usagers, règles budgétaires et tarifaires et contentieux de la tarification et de l'étude EHPA(D) du dictionnaire permanent de l'action sociale – Editions législatives

De l'amendement Creton à la loi de modernisation du système de santé :

Des constantes et des mutations à l'oeuvre

Amendement Creton

- Amendement Creton = Article 22 de la loi n°89-18 du 13 janvier 1989
- Origine : Des créations de places insuffisantes dans les établissements pour personnes adultes handicapées
- Ce qui empêche de jeunes adultes, jusqu'alors accompagnés par des établissements pour enfants et adolescents handicapés, d'y accéder
- Dans les années 60 et 70, des circulaires avaient prévu le financement par l'assurance maladie du maintien dans les établissements pour enfants de ces jeunes adultes (et ce au-delà de l'âge limite d'autorisation des ESSMS pour enfants et adolescents handicapés)
- Mais l'augmentation du nombre de personnes concernées a amené l'assurance maladie à ne plus vouloir financer ces maintiens
- Des jeunes adultes furent renvoyés chez eux sans solution ou placés en hôpital psychiatrique pour certains d'entre eux

Amendement Creton

- Suite à une campagne d'opinion lancée notamment par le comédien Michel Creton dénonçant ces situations de rupture d'accompagnement, le législateur adopta en urgence un article de loi
- Objet : Garantir le maintien du jeune adulte dans l'établissement pour enfants et adolescents tant qu'une place dans un établissement pour adulte n'est pas trouvée
- Cet article allait générer de nombreux conflits financiers entre décideurs et des jurisprudences divergentes de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat
- Un article d'une ordonnance du 1^{er} décembre 2005 a tenté de clarifier le financement de ce droit au maintien sans traiter toutes les situations envisageables (notamment en cas de multiples orientations par la CDAPH)

Amendement Creton

Ce qu'illustre cet épisode :

- Une réalité sociale qui finit toujours par rattraper les acteurs en présence et la société
- En l'espèce, un retard dans le développement des réponses en direction des personnes adultes handicapées
- Une insuffisante prise en compte de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap
- Une rupture dans l'accompagnement des personnes médiatisée qui met face à leurs responsabilités le Gouvernement et le Parlement
- Des conflits financiers pour savoir qui doit payer quoi au titre de l'amendement Creton

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

- Une ambition forte dans la définition de l'action sociale et médico-sociale
 - Article L. 116-1 du CASF : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux... et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature...»

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

- « Remettre l'utilisateur au centre du dispositif »
- Elargir la liste des établissements et services et des réponses concernées par la régulation du secteur social et médico-social (impact notamment pour les SAAD, FAM, SAMSAH, SAVS, accueil temporaire...)
- Introduire une procédure d'évaluation interne et externe pour les établissements et services
- Favoriser l'expérimentation de nouvelles formes de réponses

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

- Doter les décideurs publics d'outils de pilotage renforcés de l'offre
- Renforcer les pouvoirs des décideurs publics en matière d'autorisation, de tarification, de contrôle, de fermeture...
- Développer plus fortement les coopérations entre établissements et services

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

- Nouvelle conception du handicap basée notamment sur l'accessibilité universelle
- Droit à compensation avec notamment la création de la PCH
- Missions et gouvernance de la CNSA précisées
- Nouvelles instances de gouvernance au niveau local : MDPH avec la CDAPH
- ...

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)

- Volonté d'unifier au niveau régional le pilotage des politiques de santé par la création des ARS
- Volonté de décloisonner et d'articuler plus fortement les secteurs sanitaire, médico-social, la santé publique, la médecine de ville en vue d'une approche globale des besoins des personnes et des réponses à y apporter
- Logique de parcours et de territoire
- Réforme de la gouvernance des établissements de santé
- Création de l'ANAP, des ARS, des CRSA, des conférences de territoires...
- Introduction d'une procédure d'appel à projets pour la délivrance des autorisations des ESSMS et LVA
- Introduction du principe du CPOM obligatoire pour certains gestionnaires d'ESSMS
- Nouveau calendrier des évaluations internes et externes...

Quelques lois récentes

- **Loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**
 - Exemple : CPOM obligatoire pour certains types d'ESSMS avec une mise en œuvre étalée sur 6 ans (dont établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, certains établissements et services pour personnes adultes handicapées, SSIAD PA/PH)
- **Loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement**
 - Changement dans la gouvernance, les modalités d'octroi de l'APA à domicile, l'aide aux aidants, remise en cause du droit d'option pour les SAAD, expérimentation des SPASAD dits intégrés, disposition sur les établissements, nouvelles exonérations à la procédure d'appel à projets, réforme de la tarification des EHPAD...

Quelques lois récentes

- **Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**

Objectifs stratégiques :

- « Un pilotage unifié du système de santé, capable de mettre fin aux cloisonnements actuels et de mieux associer les usagers à la gouvernance ;
- Une priorité à la prévention et à l'action sur les déterminants de santé ;
- La nécessité d'actionner tous les outils de la coordination des parcours de santé, autour des soins de proximité et de premier recours ;
- La poursuite du combat pour l'égalité, l'amélioration de l'accès aux soins et la progression de la justice sociale en matière de santé ».
- La réponse accompagnée pour tous, le dispositif intégré ITEP...

Quelques lois récentes

- Loi de finances pour 2017, notamment pour la question des exonérations de charges et crédits d'impôts pour les employeurs d'aide à domicile
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui tire certaines conséquences de l'entrée en vigueur des CPOM obligatoires en revoyant certains dispositions du CASF
- Plus d'opposabilité des conventions collectives agréées aux autorités de tarification pour les établissements et services couverts par un CPOM obligatoire (nouveau LFSS 2018)
- Le CPOM obligatoire prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat (nouveau LFSS 2018)
- Disparition de l'ANESM et son remplacement au 1^{er} avril 2018 par la HAS (nouveau LFSS 2018)

Une réponse accompagnée pour tous (loi du 26 janvier 2016)

- 16 ans après l'amendement Creton, l'affaire Amélie Loquet
- En 2013, le Tribunal administratif de Pontoise condamnait l'ARS Ile-de-France à trouver un établissement à cette jeune femme de 19 ans, présentant un handicap rare, qui s'était vue exclure de plusieurs établissements en raison de ses troubles du comportement
- Condamnation à trouver une place dans les 15 jours sous peine de devoir payer une astreinte de 200 euros par jour de retard
- Après avoir saisi le Conseil d'Etat, le Gouvernement retirait son recours sous la pression des associations
- Un rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » puis une mission confiée à Marie-Sophie Desaulle de le mettre en œuvre : la réponse accompagnée pour tous
- Consécration législative dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Une réponse accompagnée pour tous (loi du 26 janvier 2016)

- Le plan personnalisé de compensation du handicap comprend
 - d'une part, l'orientation
 - et, le cas échéant, d'autre part, un plan d'accompagnement global (PAG).
- Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal :
 - En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;
 - En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

-
- Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande
 - La décision de la CDAPH s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé. Dans le cas des décisions dans le cadre du plan d'accompagnement global, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut autoriser son titulaire à y déroger

Décret du 9 mai 2017 sur la nomenclature des ESSMS pour personnes handicapées

2 questions de fond :

- Quels publics accompagnés par les ESSMS ?
- Quelles prestations proposées ?

Dispositif ITEP intégré : reconnaissance par la loi santé de 2016

- Le fonctionnement en dispositif ITEP intégré consiste en une organisation des établissements et des services destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent.
- Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement (accueil de jour, internat, ambulatoire...)

-
- Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés
 - La CDAPH peut désigner, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, des dispositifs intégrés en lieu et place des établissements et des services.
 - Dans ce cas, elle autorise l'équipe mentionnée à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation à modifier le projet personnalisé de scolarisation d'un élève mentionné à l'article L. 112-2 du même code, dans des conditions prévues par décret, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux.

Une société et des réponses plus inclusives

- Qu'est-ce que l'inclusion ?
- Quels sont les pré-requis pour que cela fonctionne ?
- Des réflexions en cours au sein du Conseil de la CNSA

Contexte tendu sur les finances publiques

- Un modèle économique des départements à bout de souffle
- Une progression limitée des enveloppes d'assurance maladie dédiées au secteur médico-social

Projet régional de santé

- Dernière ligne droite avant la publication de la version définitive du PRS 2^{ième} génération
- Nouvelle structuration du PRS :
 - Un cadre d'orientations stratégiques à 10 ans ;
 - Un schéma régional de santé ;
 - Le PRAPS (programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis).
- Le Priac n'est plus dans le PRS mais à côté de celui-ci
- Ceci ne peut pas être décorrélée des annonces à venir sur les transformations du système de santé

Schéma régional de santé

Futur schéma régional de santé

- Les gestionnaires de structures médico-sociales devront être particulièrement attentifs au contenu de ce nouveau schéma
- Le législateur a fixé des principes généraux, en précisant notamment que le schéma régional de santé :
 - doit fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux relevant de la compétence du DG de l'ARS, seul ou conjointement avec le Président du conseil départemental, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ;
 - pour les structures médico-sociales pour personnes âgées ou handicapées et les structures expérimentales, est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région.

Autorisation

- Exonérations de la procédure d'appel à projet pour certaines opérations (de plus en plus nombreuses avec la multiplication des lois et décrets d'exonération)
- Une valeur juridique plus forte du PRS pour délivrer les autorisations de création, de transformation ou d'extension (loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016)
- Idem pour le retrait des autorisations à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux
- Idem pour le retrait des habilitations à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au vu des schémas départementaux

Coopération

- Travailler ensemble dans le cadre d'un projet partagé au service des personnes en situation de handicap
- Des coopérations internes qui doivent encore progresser : des marges de progrès importantes au sein des associations de solidarité
- Des coopérations avec les acteurs extérieurs au gestionnaire qui peuvent également encore progresser
- Poursuite de l'incitation forte à des démarches de coopération de la part du législateur et des décideurs nationaux, régionaux et départementaux
- Question de la place du médico-social par rapport au groupement hospitalier de territoire (GHT) : quel « bon » positionnement ?

CPOM obligatoire (handicap)

- LFSS pour 2016 modifiée par celles de 2017 et 2018 :
 - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11

(CASF, art. L. 313-12-2)

CPOM obligatoire (handicap)

Sont concernés dans le champ du handicap :

- Les établissements et services pour mineurs ou jeunes adultes handicapés ou inadaptés (IME, IMPro, ITEP, SESSAD, CMPP...)
- Les CAMSP
- Les ESAT
- Les CRP/CPO
- Les MAS
- Les SSIAD PH mais aussi PA
- Les FAM
- Les SAMSAH

-
- Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge.
 - La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.
 - Toutefois, la grande réforme de la tarification dans le champ du handicap n'aboutira probablement pas avant 2021 ou 2022

-
- Le CPOM peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.
 - Il peut également intégrer, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.
 - Enfin, l'autorisation des frais de siège social est effectuée dans le cadre du CPOM lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire.

-
- A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale
 - Plus de procédure contradictoire.
 - Les moyens étant négociés dans le cadre du CPOM
 - Les règles ont été précisées par un décret du 21 décembre 2016 et par plusieurs arrêtés publiés en décembre de la même année

-
- Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (désormais la Haute autorité de santé).

-
- D'ici fin 2016, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature.
 - Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année.

Handicap – CPOM expérimental

- L'expérimentation de nouvelles formes de SPASAD dit intégrés passe par la négociation d'un CPOM

Handicap – CPOM volontaire

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- SAVS
- Foyers non médicalisés
- Centres ressources pour personnes autistes, handicaps rares...
- UEROS
- Services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs
- Etablissements et services expérimentaux
- Lieux de vie et d'accueil

Tarification

- Les travaux du groupe SERAFIN se poursuivent
- Dans le champ personnes âgées, nouvelle tarification pour la partie soins et dépendance des EHPAD selon un mode de calcul mécanique pour les forfaits de base
- Vers une transposition à terme dans d'autres champs de l'action sociale et médico-sociale ?

Les enjeux pour les Directeurs

- Quelle gouvernance à l'œuvre au sein des instances dirigeantes (Bureau, CA, AG) ?
- Quelle prise de conscience par les différents acteurs en présence des mutations à l'œuvre ?
- Quelle capacité à définir une stratégie claire d'évolution à moyen et long termes ?
- Quelle veille politico-stratégique des leviers pouvant être activés pour diversifier les réponses ?
- Quelle capacité d'observation sociale collective et à peser sur le débat public

-
- Quelle connaissance des acteurs du territoire pouvant contribuer à une approche globale de l'accompagnement des personnes ?
 - Quelle capacité à se projeter et à dépasser l'urgence du quotidien ?
 - Quelle ingénierie de projet ?
 - Quelle capacité à penser les réponses de demain et leurs modèles économiques ?
 - ...