
**Les grandes orientations de la loi de
modernisation de notre système de santé
et plus largement des politiques publiques**

Quelles incidences pour les SESSAD ?

Intervenant

Arnaud Vinsonneau

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

Chargé d'enseignement auprès des Universités de Paris 2,
Paris 9 et Paris 13

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

Introduction

- **Quelques rappels :**
 - Les apports de la loi du 2 janvier 2002 (définition plus ambitieuse de l'action sociale et médico-sociale, affirmation plus forte des droits des usagers, diversification des réponses, évaluation, coopération mais aussi contraintes financières plus fortes en matière d'autorisation de création et de tarification)
 - Confortés et amplifiés dans le champ du handicap avec la loi du 11 février 2005
 - La loi HPST du 21 juillet 2009 (vision large de la santé, décloisonnement, parcours de l'utilisateur, approche territoriale...)

Quelques constats

- Un vivre ensemble malmené
- Une croissance des besoins de la population
- Une évolution des besoins et attentes en terme de réponses
- Des renoncements aux droits
- Des discriminations dans l'accès au système de santé et plus largement de protection sociale

Quelques constats

- Des inégalités sociales et territoriales qui augmentent sur moyen et long termes
- Un système de santé insuffisamment préventif et qui demeure trop centré sur le curatif
- Des personnes sans solution
- Des ruptures dans les accompagnements
- Des cloisonnements qui demeurent

Quelques constats

- Une complexité de notre organisation politico-administrative
- Qui nécessite de mettre l'accent sur la coordination des décideurs publics pour déployer des politiques cohérentes
- Et qui amène le législateur à multiplier les lieux et les outils de coordination

Quelques constats

De nombreuses lois votées fin 2015 et courant 2016 :

- La loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement
- La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Quelques axes forts à ces différentes lois

La volonté :

- de renforcer les droits individuels et collectifs des usagers
- de développer plus fortement la logique de parcours,
- d'éviter les ruptures d'accompagnement,
- de diversifier les formes de réponse,
- d'agir plus fortement sur les déterminants de santé et l'éducation à la santé et la prévention
- de soutenir les aidants

-
- de décloisonner les dispositifs,
 - de retravailler les coopérations

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

Promotion de la prévention inscrite au « cœur de la nouvelle politique de santé »

- La « promotion de la santé » est présentée comme une composante de la politique de santé publique.
- L'article L. 1411-1 du CSP indique que la politique de santé comprend « la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ».

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

- L'article L. 1411-1-2 indique que « les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé.
- Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées.
- Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ».

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

- Rôle des missions locales comme acteur participant au repérage des jeunes dans un but de prévention mais aussi de soins.
- La prévention reconnue comme mission obligatoire des CSAPA
- Rôle renforcé de la PMI en matière de prévention en santé
- Mesures en faveur de la prévention des jeunes (parcours éducatif de santé, l'examen de santé gratuit, lutte contre l'alcoolisation et le tabagisme des jeunes...)
- ...

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

Renforcement des droits individuels et collectifs des usagers du système de santé

- Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
- Généralisation de la présence des associations d'usagers dans la gouvernance des différentes agences sanitaires nationales
- Droit d'alerte de la HAS pour tout fait ayant des incidences sur la santé
- Possibilité pour les associations d'usagers de mettre en place une action de groupe en santé afin de faire reconnaître la responsabilité d'un produit de santé dans la survenance de certains dommages corporels...

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

Décloisonnement et renforcement de l'animation territoriale des ARS

- Un PRS avec une nouvelle structuration
 - Un cadre d'orientations stratégiques à 10 ans
 - Un schéma régional de santé à la place des trois schémas sectoriels prévus par la loi HPST
 - Un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- Des conseils territoriaux de santé créés et suppression des conférences de territoires

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

Faciliter l'accès aux soins et coordination des acteurs de santé

- Valorisation des soins primaires
- Généralisation progressive du tiers payant
- Médiation sanitaire auprès des publics fragiles
- Création des équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé
- Groupements hospitaliers de territoire...

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

- La reconnaissance législative du dispositif intégré ITEP/SESSAD
- Un cadre légal pour une réponse adaptée à tous
- Des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé
- Coordination des parcours complexes...

Contexte économique et financier

- Un contexte économique et financier qui demeure très compliqué
- Croissance économique faible : +1,2% en 2015, +1,1% en 2016
- Chômage fin 2016 : 3 467 900 chômeurs en catégorie A (-89 000 sur un an)
- Déficit public en 2016 : 3,4% du produit intérieur brut (PIB) (en légère réduction par rapport à 2015 : 3,6%)

L'évolution des dépenses d'aide sociale des départements en 2015

- Dépenses d'aide et d'action sociales des départements : 2/3 de leur budget de fonctionnement
- En 2015, la dépense nette de fonctionnement d'aide et d'action sociales des départements en France métropolitaine s'élève à 36,1 milliards d'euros (Mds€), soit une augmentation de 1,1 Md€ par rapport à 2014.
- La dépense progresse donc de 3,1 % en un an.
- Une croissance moindre qu'en 2014 mais qui retrouve le niveau des deux années précédentes.

-
- Si on déduit les concours nationaux (CNSA, FMDI, TICPE), la dépense réellement à la charge des départements s'élève en 2015 à 28,3 Mds€, soit 1,1 Md€ supplémentaire (+ 4 %).
 - Malgré de nouvelles ressources financières décidées en 2014 par l'Etat, en 2015 celles-ci ne permettent pas de compenser la réduction de la dotation globale de fonctionnement (DGF).
 - L'effet de ciseau se poursuit, amenant les Départements à prendre des mesures draconiennes de réduction des dépenses qui affectent l'ensemble de leurs secteurs d'intervention.

Les dépenses d'assurance maladie en 2017

- Les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées bénéficieront de 590 millions d'€ de mesures nouvelles en 2017 (contre 405 millions en 2016).
- Selon l'exposé des motifs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, ces crédits doivent notamment permettre de :
- Revaloriser de 0,92 % les moyens dévolus au titre des places et services existants (ce taux de reconduction des moyens était de 0,8 % en 2016).
- Soutenir les créations de places pour les établissements et services pour personnes handicapées, à hauteur de 209 millions d'€, dont 60 millions consacrés à l'accompagnement de l'autisme et 30 millions au titre du plan quinquennal d'évolution et de transformation de l'offre annoncé lors de la dernière Conférence nationale du handicap.

-
- Soutenir les créations de places d'établissements et services pour personnes âgées, à hauteur de 85 millions d'€, dont 17 millions au titre du plan maladies neurodégénératives.
 - Mettre en œuvre la réforme du financement des Ehpad en renforçant les moyens des établissements, par la mobilisation de 185 millions d'€, intégrant une enveloppe de 32 millions dédiés aux financements complémentaires visant à améliorer la qualité des accompagnements

L'objectif global de dépenses (OGD) en 2017 pour le secteur médico-social :

- 21,5 milliards en 2017
- contre 19,5 milliards en 2016

- Mais ce n'est pas comparable car en 2017, il y a près de 1,5 milliards destinés aux ESAT qui ont basculé d'un financement Etat vers assurance maladie

- Et on n'est pas à l'abri d'un nouveau tour de vis sur les CNR et d'autres gels de crédits

Projet régional de santé

- Les travaux sont en cours pour préparer le futur projet régional de santé (2018-2022)
- 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

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 qui va s'élaborer dans le courant de l'année 2017.
- 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

- Renouvellement des autorisations/ Bilan des évaluations externes/Avenir de l'ANESM en question
- Exonérations de la procédure d'appel à projet pour certaines opérations : modalités de mise en œuvre précisées par un décret du 16 juin 2016
- 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
- Retrait habilitation à l'aide sociale et schémas départementaux
- Projet de décret sur la nomenclature des ESSMS pour personnes handicapées

Le dispositif intégré

Rappel de l'article 91 de la loi santé

- Les ESSMS pour enfants et adolescents handicapés ou inadaptés peuvent fonctionner en dispositif intégré
- pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées,
- présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Dispositif intégré : reconnaissance par la loi santé de 2016

- Le fonctionnement en dispositif ITEP/SESSAD 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, accueil de nuit, 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.
 - Décret du 24 avril 2017 sur le dispositif intégré

Suite du rapport Zéro sans solution

- 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

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 celle pour 2017 :
 - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, 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 du CASF

(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 2018 ou 2019

-
- 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

-
- 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.

-
- 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.
 - Voir l'arrêté sur le site de l'ARS Pays de la Loire

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 ?