

Repères

En confiant le médico-social aux agences régionales de santé (ARS), la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009, "loi HPST", entend favoriser la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, et réviser le processus institutionnel de planification et de programmation médico-sociale.

Si elle maintient deux niveaux de planification – les conseils généraux avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées pour assurer l'organisation de l'offre de services de proximité, et l'ARS avec le schéma régional de l'organisation médico-sociale –, elle fait de la région le niveau de droit commun de la planification médico-sociale.

Objectif notamment : mieux prendre en compte les inégalités d'accès aux services en interdépartemental et veiller à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale. La complémentarité et la cohérence de ces deux outils de planification, reposent sur une concertation entre les décideurs, talon d'Achille du précédent système, qui doit se mettre en place au sein de l'ARS dans la commission de coordination dédiée au secteur médico-social.

Au bout de la chaîne, pour ce qui est de la mise en œuvre de la planification et des programmations, la loi réforme la procédure de dépôt des demandes d'autorisation de création de places en prévoyant la généralisation de la procédure d'appel à projets. Les Crosm's*, accusés de ne pas jouer leur rôle de filtre en donnant un avis positif à la majorité des projets même s'ils ne répondaient pas aux besoins, vont disparaître au plus tard en juillet 2010 et vont être remplacés par des commissions de sélection.

*Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale

Nouvelle procédure d'appel à projets Pourquoi ? Comment ?

■ La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires est porteuse de profonds changements dans le monde médico-social, y compris sur le régime d'autorisation de création de places (voir Repères ci-contre). L'heure est à la généralisation d'une nouvelle procédure, celle de l'appel à projets. Alors que son bien-fondé et les modalités de sa mise en œuvre inquiètent de nombreux acteurs de terrain, dans certaines régions, État et conseils généraux l'utilisent déjà depuis plusieurs années. Pourquoi ont-ils fait ce choix ? Quels enseignements en tirent-ils ? Enquête en régions Centre et Pays-de-la-Loire.

“**M**archandisation du secteur, stérilisation de l'initiative associative, disparition programmée des petites associations...” Les inquiétudes formulées par les acteurs de terrain, et tout particulièrement les promoteurs de structures médico-sociales, se sont cristallisées sur la nouvelle procédure d'appel à projets, aux contours juridiques encore inconnus. Le décret d'application qui doit préciser “les règles de publicité, les modalités de l'appel à projets et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, pour garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable”, devrait être prêt au mois de mars prochain. Des recommandations opérationnelles et des outils méthodologiques – un cahier des charges type et un guide de procédure – seront mis à la disposition des directeurs des ARS. Ils ont été construits, à partir des travaux menés dans le cadre d'un projet pilote conduit par la CNSA en lien avec la DGAS, à partir de l'expérience des conseils généraux, Drass et Ddass de trois régions – la Bourgogne, le Centre et les Pays-de-la-Loire.

DES PROJETS ADAPTÉS AUX BESOINS

De ces expériences, il ressort d'abord que tous reconnaissent à cette procédure une vertu incomparable : la possibilité pour les financeurs de reprendre la main pour sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités collectives, en ce qui concerne les zones géographiques et le type de structures prioritaires. Dans le Loiret, où le conseil général a lancé son premier appel à projets en 2006 conjointement avec la Ddass pour un Ehpad : “avant, nous étions confrontés à des “effets filières”, c'est-à-dire que les associations proposaient des projets qui correspondaient à leurs souhaits d'évolution. Mais



© Olivier Jobard pour la CNSA

pas nécessairement aux besoins identifiés sur le territoire, mais aussi à des pressions exercées par des élus locaux, membres de conseil d'administration d'associations, qui voulaient voir le projet de l'association accepté, alors qu'il ne répondait pas à des besoins prioritaires”, explique Claude Six, directrice des personnes âgées et des personnes handicapées au conseil général du Loiret.

Dans le Loir-et-Cher, c'est aussi pour faire coïncider offre et besoins en maillant le territoire, que le conseil général commence à lancer des appels à projets. Ce fut le cas pour le développement de services d'accompagnement à la vie sociale. “Les SAVS s'étaient traditionnellement développés pour les travailleurs en Esat dans le département. Or, nous voulions qu'ils élargissent leur offre à toutes les personnes handicapées vivant à domicile et sur l'ensemble du département”, expose Catherine Lhéritier, directrice générale adjointe chargée des solidarités. Et de préciser, “le besoin avait été identifié par la MDPH, mais alors que les associations siègent à la commission des droits et de l'autonomie, aucune n'avait répondu spontanément à ce besoin”. “C'est bien la preuve que les autorités de tarification ont toute légitimité à passer des commandes aux promoteurs”, insiste-t-elle.

LES ATOUTS DE LA COOPÉRATION ET DE LA CONTRACTUALISATION

Ces expériences montrent aussi qu'un effort de pédagogie est nécessaire en direction des promoteurs pour qu'ils acceptent le principe de cette procédure. Et dans certains départements, les résistances ont été fortes, comme l'illustre Claude Six, du Loiret : “le projet sélectionné à la suite de notre premier appel à projets a dû passer en Crosm's. C'est là que nous avons eu la surprise de voir que les promoteurs qui n'avaient pas été retenus y avaient aussi déposé

leur dossier". Dans les Pays-de-la-Loire, Marie-Claude Marais, inspectrice principale à la Ddass du Maine-et-Loire et référente régionale du projet pilote mené par la CNSA, constate que "l'acceptation de la procédure d'appel à projets a été considérablement facilitée par le dynamisme de la politique conduite en matière de coopération, de regroupement et de contractualisation depuis trois ans sur plusieurs départements de la région". Ici, on a joué la carte des groupements de coopération sociale et médico-sociale et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ces outils de gouvernance destinés à favoriser la mutualisation de moyens et d'équipements... entre structures, et à réduire le nombre des discussions budgétaires jugé trop élevé. "En se regroupant, les associations peuvent minimiser le temps dédié à la procédure de tarification pour se mobiliser au niveau stratégique de l'adaptation de l'offre de service et gagner en capacité d'initiative. De plus, le mode de négociation utilisé pour finaliser les CPOM initie une dynamique interne sur le choix des priorités", insiste Marie-Claude Marais. Cela permet de dégager aussi plus de temps pour travailler avec les autorités de tarification sur les schémas d'organisation médico-sociale, comme ce fut le cas dans la Sarthe. "Le choix de lancer des appels à projets a été fait à l'issue d'un long processus de planification sur le champ du handicap, auquel les promoteurs ont largement été associés. Or, cela leur donne une meilleure lisibilité des besoins recensés et de la programmation, leur permettant de se positionner sur ces enjeux", explicite Dominique Le Clerc, directeur général adjoint chargé de la solidarité départementale. Convaincu de l'intérêt des processus de mutualisation, il l'est aussi de la nécessité de renforcer le partenariat entre État et conseil général pour "avoir des diagnostics et des orientations les plus précis possible".

LES CONDITIONS DE LA TRANSPARENCE

Un point de vue partagé par Éric Van Wassenhove, inspecteur principal, responsable du service handicap et dépendance à la Ddass du Centre: "il ne sera pas possible de lancer des appels à projets conjoints, si les financeurs ne se mettent pas d'accord préalablement sur la définition des besoins, ainsi que sur les priorités de financement des projets dans le cadre de la commission de coordination de l'ARS. Ce qui suppose d'approfondir les planifications et programmations, car ce type de procédure ne pourra être efficace que si on dispose d'une forte lisibilité des besoins". Parmi les autres conditions sur lesquelles chacun reconnaît la nécessité d'être vigilant en réponse aux craintes exprimées: veiller à ce qu'une partie des appels à projets soit réservée à la présentation de projets innovants; détailler précisément dans les cahiers des charges les critères de sélection (qualité, coût...) et les pondérations de chacun; veiller à laisser des délais suffisants pour permettre aux plus petites structures de répondre; prévoir un temps de dialogue entre les autorités de tarification et les promoteurs; garantir la représentation des usagers et d'experts dans les commissions de sélection... Gage de transparence, par exemple, le conseil général et la Ddass de la Sarthe ont élaboré le cahier des charges des appels à projets en dialogue avec les associations. Des précautions recommandées par l'équipe projet pilotée par la CNSA qui devraient rassurer les associations, qui disposent tout de même d'une garantie importante avec la nouvelle procédure: la certitude que si leur projet est retenu, il sera bien financé. Et ce n'est pas anodin en cette période de crise. ■ **Emmanuelle Vigan**

Avec le concours de  **CNSA**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

ACTUALITÉ de la CNSA

Budget 2010 : accords et désaccords

Le Conseil de la CNSA a adopté le 17 novembre le budget 2010 à hauteur de plus de 18,5 milliards d'euros. Toutefois, certains membres du Conseil (représentants d'associations et de fédérations d'établissements et services) ont voté contre, critiquant notamment la restitution à l'Assurance maladie, dès 2009, de 150 millions d'euros non consommés. Les représentants des conseils généraux ont insisté sur le risque pour certains de ne plus pouvoir faire face à leurs obligations, en raison de leurs difficultés financières. Ce qui n'entache en rien leur volonté de poursuivre le partenariat avec la Caisse, puisque, comme l'a constaté le Conseil, 74 d'entre eux ont renouvelé leur convention sur la qualité de service dans les MDPH, en l'élargissant même aux questions de modernisation de l'aide

à domicile, de programmation des établissements médico-sociaux... Plusieurs groupes de travail seront aussi mis en place: sur les concours versés aux départements, sur la gestion des crédits au niveau local, ou la convergence personnes âgées, personnes handicapées.

MDPH: bilan d'activité

La CNSA prépare une synthèse des rapports des présidents de conseils généraux sur l'activité des MDPH en 2008 et des données collectées tout au long de l'année. Apparaissent de manière générale le souci d'un maillage territorial, une pression croissante des demandes (+ 8 à 10 % par rapport à 2007) et un important investissement des équipes sur l'évaluation multidimensionnelle des besoins, l'aide à l'insertion professionnelle et à la scolarisation.

Bientôt disponible sur www.cnsa.fr, "Les publications".

Alzheimer: des formations pour les aidants

Le 24 novembre, Nora Berra, secrétaire d'État aux Aînés signait avec la CNSA et France Alzheimer, une convention de partenariat sur la formation des aidants d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer. 4 000 aidants bénéficieront ainsi, d'ici la fin 2010, d'une formation de 14 heures assurée par un psychologue et un bénévole spécifiquement formé, lui-même aidant familial, sur la connaissance de la maladie, les dispositifs, les actes à accomplir, les gestes adaptés... Objectif: leur permettre de construire un projet de vie avec la personne malade, tout en se préservant. Ce programme d'un montant de 815 000 euros, dont 80 % sont financés par la CNSA, s'inscrit dans le cadre du plan Alzheimer et de la loi HPST.

L'EXPLOSION D'ALZHEIMER

35,6 millions de personnes dans le monde seront touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences en 2010, conclut un rapport de Alzheimer Disease International. Le nombre de personnes atteintes de démence doublant tous les 20 ans, on pourrait atteindre 115,4 millions en 2050. Liée à un meilleur recueil des données, la plus forte augmentation aura lieu dans les pays pauvres (jusqu'à 146 % dans les pays les plus pauvres d'Amérique latine).

TOURISME À MOBILITÉ RÉDUITE

"Toujours un chemin", cette nouvelle collection de guides de tourisme rassemble conseils et informations pour faciliter la circulation des personnes à mobilité réduite et des aînés dans les grandes villes européennes. Les visites proposées, tout comme l'accessibilité des transports, restaurants, musées, hôtels... ont été expérimentées par des personnes à mobilité réduite. On y trouve de nombreux renseignements comme le pourcentage de pente des rues, la largeur des trottoirs, le plan des chambres... Infos: www.toujoursunchemin.com

SANTÉ MENTALE POSITIVE

Sortir la santé mentale du cadre médical et thérapeutique est la volonté affichée par le rapport du Centre d'analyse stratégique, "La santé mentale, l'affaire de tous: pour une approche cohérente de la qualité de vie". Il met l'accent sur la notion de "santé mentale positive" et recommande notamment de prendre en compte la dimension subjective du bien-être dans la mise en place des politiques publiques.

L'APF REND ACCESSIBLES LES RÉGLEMENTATIONS

Créé pour "rendre accessibles des réglementations souvent complexes", le nouveau blog de l'Association des paralysés de France à destination des personnes handicapées, met en ligne fiches pratiques, notes juridiques et textes de référence de la réglementation en vigueur. Objectif: permettre aux personnes de "trouver des éléments de réponse et ainsi défendre leurs droits". Infos: <http://vos-droits.apf.asso.fr>