

LA LOI N°2002-2 DU 2 JANVIER 2002 RENOVANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

REFORMANT LA LOI N°75-535 DU 30 JUIN 1975 RELATIVE AUX INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES

LES DEUX LOIS DU 30 JUIN 1975 NE SONT PAS DES « SŒURS JUMELLES » : ELLES OBEISSENT A DES LOGIQUES TRES DIFFERENTES

- ⇒ La loi n°75-534 est une loi « **inter-ministérielle** », dédiée à **une seule** catégorie de population : les personnes handicapées
- ⇒ La loi n°75-535 est une loi « **mono-ministérielle** » organisant une offre spéciale et médico-sociale relevant de la principale responsabilité du ministère des affaires sociales (et des conseils généraux ou de la PJJ), et concernant de **multiples** populations :
 - enfants et familles en difficulté
 - personne handicapées
 - personnes âgées
 - personnes en situation de précarité ou d'exclusion
- ⇒ Aucune de ces deux lois n'a vocation à réformer l'autre

IMPORTANCE DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

	Ensemble
Structures	24 500
Places	1 050 000
Salariés	400 000
Financement (2001)	53,2 mds de francs (Ass.maladie) 9,3 mds de francs (départements)
TOTAL	97,5 mds de francs

LA PLACE DU SECTEUR DU HANDICAP AU SEIN DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

	Ensemble	Dont personne handicapées	%
Structures	24 500	10 700	43,7 %
Places	1 050 000	331 000	31,5 %
Salariés	400 000	152 7000	38,2 %
Financement 2001 (en francs)	53,2 Mds (Ass.maladie)	34,4 Mds (Ass. Maladie)	64 %
	9,3 Mds (État)	6,7 Mds (État)	72 %
	35 Mds(départements)	12 Mds (départements)	34 %
TOTAL	97,5 Mds Francs	53,1 Mds Francs	54,4 %

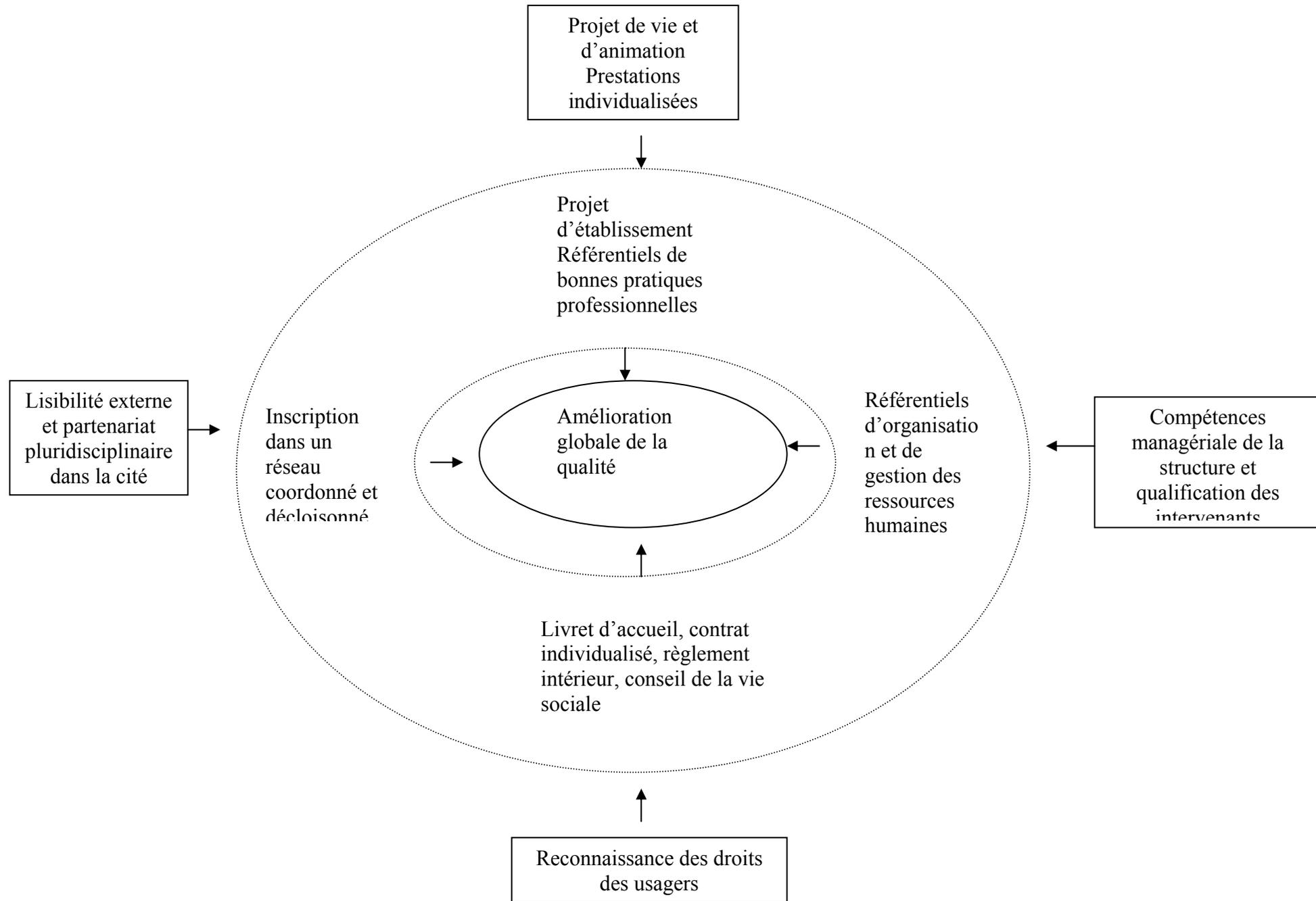
LES SIX CARATERISTIQUES PRINCIPALES DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO SOCIAL

- ① L'évolution des pratiques depuis 20 ans
- ② Un secteur en expansion, face à l'ampleur des demandes à satisfaire (l'offre est inférieure à la demande)
- ③ Un secteur pesant modestement sur l'assurance maladie en comparaison de l'hôpital : rapport de 1 à 8
- ④ Un secteur très concerné par la décentralisation
- ⑤ Un quasi-monopole associatif dans le champ de l'aide à l'enfance (70 %), du handicap (90%) et de l'exclusion (83%)
- ⑥ Des durées de prise en charge longues ➡ importance prévalente du projet de vie

LES QUATRE PRINCIPALES INSUFFISANCES DE LA LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975

- ① Une législation muette sur les droits des personnes
- ② Une législation trop centrée sur les prises en charge à temps complet
- ③ Des outils peu efficaces pour adapter l'offre aux besoins ➡ grandes disparités des taux d'équipements
- ④ Une absence de partenariat organisé :
 - Entre l'État et les départements
 - Entre établissements et services
 - Entre les tarificateurs et les acteurs

LES QUATRE PRINCIPAUX DETERMINANTS DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE



LE PRINCIPE DIRECTEUR DE LA REFORME

Articuler harmonieusement :

☞ **l'innovation sociale et médico-sociale** par une diversification de l'offre (adapter les structures et services aux besoins et non l'inverse) et la promotion du droit des usagers

avec

☞ **les procédures de pilotage** du dispositif, plus transparentes et rigoureuses, en rénovant la séquence et le lien entre la planification, la programmation, l'allocation des ressources, l'évaluation et la coordination

LES CINQ ORIENTATIONS PRINCIPALES DE LA LOI N°2002-2 DU 2 JANVIER 2002

- ① Affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires
- ② Élargir les missions de l'action sociale et diversifier la « nomenclature » des établissements, services et interventions
- ③ Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif
- ④ Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes
- ⑤ Rénover le statut des établissements publics

ORIENTATION N°1 LES DROITS DES USAGERS

① **La définition des droits fondamentaux** des personnes, incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge

② **Les modalités d'exercice de ces droits** : 7 nouveaux outils :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés
- Le contrat de séjour (ou le document contractuel)
- Le conciliateur / médiateur
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou de service
- Le projet d'établissement ou de service
- Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers

ORIENTATION N°1 : LES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS : SEPT ELEMENT

- ① Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
- ② Libre choix entre les prestations : domicile / établissement
- ③ Prise en charge ou accompagnement **individualisé** et de **qualité**, respectant un consentement éclairé
- ④ Confidentialité des données concernant l'utilisateur
- ⑤ Accès à l'information
- ⑥ Information sur droits fondamentaux et voies de recours
- ⑦ Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

ORIENTATION N°1 : LE LIVRET D'ACCUEIL

- ⇒ Outil de prévention des risques de maltraitance
- ⇒ Aucun décret prévu (précision par voie de circulaire)
- ⇒ Sont annexées au livret d'accueil :
 - Une charte des droits et liberté de la personne accueillie (arrêté ministériel)
 - Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service

ORIENTATION N°1 : LE CONTRAT DE SEJOUR OU LE DOCUMENT DE PRISE EN CHARGE

- ⇒ Déjà en vigueur pour les EHPAD
- ⇒ Selon les cas : contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- ⇒ Contenu : objectifs et nature de la prise en charge, détail de la nature des prestations offertes et du coût prévisionnel
- ⇒ Contenu minimal fixé par décret en Conseil d'État, selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies

ORIENTATION N°1 : LE CONCILIATEUR / MEDIATEUR

- ⇒ En cas de conflit entre l'utilisateur (ou son entourage) et l'équipe de l'établissement ou du service
- ⇒ Liste départementale de personnalités qualifiées établie conjointement par le préfet le président du conseil général
- ⇒ Un décret en Conseil d'État précise les modalités du compte rendu aux autorités et aux usagers

ORIENTATION N°1 : LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

- ⇒ Nouvelle appellation du conseil d'établissement régi par le décret du 31 décembre 1991
- ⇒ Rendre plus opérant les modes de participation des usagers à la vie de l'établissement
- ⇒ Composition : une majorité d'usagers
- ⇒ Champ d'application : tout établissement ou service délivrant des prestations sur « un point fixe »
- ⇒ Pour les équipes mobiles (SSIAD, SESSAD...) : autres formes
 - Exemple : l'enquête de satisfaction

ORIENTATION N°1 : LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

- ⇒ Définit les droits des accueillis et leurs **obligations et devoirs**
- ⇒ Établi après consultation du conseil de la vie sociale
- ⇒ Dispositions minimales fixées par décret en Conseil d'État

ORIENTATION N°1 : LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

- ⇒ **Établi pour 5 ans (renouvelable), après avis du conseil de la vie sociale**
- ⇒ **Délai d'un an pour le mettre en place (4 janvier 2003)**
- ⇒ **Contenu :**

- Objectifs de coordination, de coopération
- Objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations
- Modalités d'organisation et de fonctionnement

ORIENTATION N°2 : LA RENOVATION DE LA GAMME DES ETABLISSEMENTS, SERVICES ET INTERVENTIONS

La « nomenclature » des établissements et services

① *La diversification des modes de prise en charge :*

- Permanents, temporaires ou sur un mode séquentiel
- Avec ou sans hébergement
- À temps complet ou partiel
- En internat, accueil familial, domicile, milieu ouvert

② *La diversification des établissements et des services*

- a) Une base légale explicite pour les FDT
- b) L'introduction de nouvelles catégories :
 - Les centres de ressources (handicap rare, autisme, Alzheimer...)
 - Les équipes mobiles (exemples : les « SAMSAD »)
 - Les structures d'accueil pour handicapés vieillissants
 - Les services d'aide à domicile
 - Les centres d'addictologie (alcool – tabac - drogues)
 - Les appartements de coordination thérapeutique (sidéens, maladies invalidantes...)
 - Les lieux de vie et d'accueil « non traditionnels »

ORIENTATION N°2 : DES EXPERIMENTATIONS SOUPLES N'ENTRANT PAS DANS LA NOMENCLATURE

- ⇒ Nationales, déconcentrées, décentralisées, mixtes par un régime conventionnel souple
 ⇒ Un éventail très ouvert (critères cumulables) :

- Prises en charge innovantes
- Dérogations à des normes
- Panache de publics
- Dérogations d'ages
- Aires de dessertes particulières
- Partenariats innovants
- Dérogations aux modes de tarification en vigueur

ORIENTATION N°3 : LES PROCEDURES DE PILOTAGE

I – La planification

① Trois types de schémas :

- Départemental → préfet de département + PCG (niveau principal)
- Régional → préfet de région + avis préfets de départements
- National → ministre

② Définition du schéma d'organisation sociale et médico-sociale : 6 éléments :

- ⇒ Appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins
- ⇒ Bilan quantitatif et qualitatif de l'offre
- ⇒ Perspectives et objectifs de développement de l'offre
- ⇒ Coordination et coopération des actions mises en œuvre
- ⇒ Annexe indicative

③ Modalités :

- ⇒ Schémas départementaux arrêtés conjointement (préfet - PCG), à défaut schémas autonomes
- ⇒ Compatibilité de l'autorisation avec les objectifs du schéma
- ⇒ Délai de mise en place = 2 ans
- ⇒ Arrêtés pour 5 ans, renouvelables
- ⇒ Commission départementale « ad hoc »
- ⇒ Avis du CNOSS ou du CROSMS
- ⇒ Information de la conférence régionale de santé
- ⇒ Substitution du préfet au PCG « défaillant »

ORIENTATION N°3 : LES PROCEDURES DE PILOTAGE

II – Les autorisations

- ⇒ Compatibilité entre l'autorisation et le schéma
- ⇒ Aménagement des autorisations tacites
- ⇒ Autorisation à durée déterminée = 15 ans
- ⇒ Renouvellement lié à l'évaluation
- ⇒ Autorisation subordonnée à l'existence de son financement
- ⇒ Le dispositif dit « des fenêtres »
- ⇒ Conditions particulières possibles dans l'intérêt des usagers
- ⇒ Autorisations expérimentales = 2 X 5 ans

ORIENTATION N°3 : CRITERES DE CLASSEMENT DES PROJETS EN ATTENTE DE FINANCEMENT

- ⇒ **Degré de compatibilité avec priorités du schéma (implantation, aire de desserte)**
- ⇒ **Rapport « coût – qualité »**

- ⇒ **Rapport « capacité – file d’attente »**
- ⇒ **Procédures d’auto évaluation adoptées**
- ⇒ **Inscription dans un réseau coordonné**

NB : critère à proscrire : l’antériorité du dossier

ORIENTATION N°3 : LE REGIME DES AUTORISATIONS TACITES

① **Autorisation initiale :**

- a) Délai de 6 mois : silence de l’autorité = Rejet
- b) Si dans un délai de 2 mois, après rejet : demande de motivation = Réponse dans un délai d’un mois
- c) Si non réponse = autorisation tacite

② **Renouvellement de l’autorisation :**

- a) Le droit commun = tacite reconduction
- b) injonction possible à l’établissement de déposer une demande de renouvellement (fin 14^{ème} année)
- c) si non réponse (délai 6 mois) = tacite reconduction

ORIENTATION N°3 : LES PROCEDURES DE PILOTAGE

III – L’évaluation de la qualité

① **L’auto évaluation** – l’obligation légale pour les établissements :

- ⇒ d’évaluer la qualité des prestations délivrées, sur la base de recommandations de bonnes pratiques
- ⇒ de communiquer, **tous les 5 ans**, les résultats de cette auto évaluation aux autorités compétentes

② **L’évaluation externe**

- ⇒ obligation légale d’une évaluation externe **tous les 7 ans** par des organismes habilités
- ⇒ renouvellement **tous les 15 ans** de l’autorisation subordonnée aux résultats de l’évaluation externe

ORIENTATION N°3 : L'ÉVALUATION EXTERNE

Le cahier des charges que devront respecter les organismes habilités :

- ⇒ l'indépendance de l'organisme, tant des pouvoirs publics que des établissements
- ⇒ l'obligation d'utiliser exclusivement les référentiels validés par le CNESMS
- ⇒ le respect de principes méthodologiques d'une évaluation externe (procédures, étapes successives, traitements des résultats...)

ORIENTATION N°3 : LE CONSEIL NATIONAL DE L'ÉVALUATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

Les missions du CNESMS :

- ⇒ il valide et sélectionne les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- ⇒ il donne son avis sur les organismes habilités à procéder aux évaluations externes
- ⇒ il peut évaluer les structures expérimentales

La composition du CNESMS :

- ⇒ les payeurs-décideurs seront minoritaires

Le fonctionnement du CNESMS :

- ⇒ quatre sections spécialisées :

- famille-enfance ;
- handicap ;
- personne âgées ;
- exclusion

Exemple de composition à 53 membres

14



6 représentants de l'État
4 représentants des collectivités territoriales
4 représentants des organismes de protection sociale

39



12 représentants des usagers
6 représentants des directeurs
9 représentants des professionnels
12 personnalités indépendantes qualifiées en évaluation

ORIENTATION N°3 : LES PROCEDURES DE PILOTAGE

IV – Le contrôle des établissements

L'assermentation des IASS :

- ⇒ constatation des infractions par des P.V. faisant foi jusqu'à preuve du contraire
- ⇒ possibilité d'effectuer des **saisies**

Le décret d'application pourra s'inspirer des dispositions applicables aux OPJ et autres fonctionnaires assermentés

En cas de :

- ⇒ non-respect des lois et règlements
- ⇒ dysfonctionnements de gestion pouvant affecter la prise en charge des usagers

L'autorité ayant délivré l'autorisation :

- ⇒ adresse une **injonction** à l'établissement pour remédier aux infractions ou dysfonctionnements (délai fixé par l'autorité compétente)
- ⇒ désigne un **administrateur provisoire** pour une durée de 6 mois, renouvelable une fois, si l'injonction n'est pas satisfaite

① **Les modes de fermeture** : totale ou partielle / provisoire ou définitive

② **Les quatre causes de fermeture des établissements :**

- ⇒ une création, une transformation, une extension non autorisée
- ⇒ le non respect des normes techniques de fonctionnement
- ⇒ une menace pour la santé, l'intégrité, le bien être physique ou moral des usagers
- ⇒ les infractions mettant en cause la responsabilité civile de l'établissement ou pénale des dirigeants ou de l'organisme gestionnaire

En cas de fermeture définitive :

- ⇒ possibilité de transférer l'autorisation à un autre gestionnaire poursuivant un but similaire
- ⇒ **récupération des dotations** apportées par les financeurs et affectées à l'établissement fermé :
- ⇒ subvention d'investissement non amortissables

- ⇒ réserves de trésorerie et excédents d'exploitation résultant des produits de la tarification (y compris affectés à l'investissement)
- ⇒ provisions non employées, constituées grâce aux produits de la tarification

V – Tarification, procédures budgétaires et comptables

- ⇒ « l'opposabilité des enveloppes » : problème déjà traité par les articles 11-1, 27-5 et 27-7 de la loi de 1975
- ⇒ diversification des règles de tarification : dotation globale, forfaits, prix de journée, tarifs de prestations, modulation selon l'état de la personne...

L'allègement des contrôles a priori

① *suppression de trois éléments sur six*

- acquisition, aliénation, échanges d'immeubles
- variation du tableau des effectifs
- acceptation des dons et legs

② *Maintien*

- emprunts dont la durée est supérieur à un an
- programmes d'investissements et leur plan de financement
- prévisions de charges et produits d'exploitation

L'approbation budgétaire : quatre éléments

- délai de 60 jours après publication des arrêtés déterminant les dotations régionales (crédits d'État et d'assurance maladie)
- Abrogation de l'approbation budgétaire tacite
- Compatibilité des prévisions de charges et produits avec les enveloppes limitatives
- Suppression des dépenses « injustifiées ou excessive »

L'approbation des conventions collectives :

- ⇒ Le principe antérieur est maintenu : les conventions sont approuvées par une commission nationale (CNA) et s'imposent alors aux diverses autorités tarifaires
- ⇒ Chaque année, avant le 1^{er} mars : rapport ministériel
- Bilan des agréments de l'année n – 1
- Orientations du gouvernement pour l'année en cours sur l'évolution de la masse salariale

ORIENTATION N°4 : LA COORDINATION ENTRE LES PROTAGONISTES

I – Les relations État-départements

- ⇒ Obligation d'une convention « préfet - PCG » notamment sur le champ de compétence commun (double tarification)

 - Objectifs communs à atteindre
 - Moyens à mobiliser
 - Procédures de concertation
 - Harmonisation des schémas départementaux
- ⇒ Système d'information commun « État – département - caisses »

II – Les coopérations entre établissements

- ⇒ Conventions

- ⇒ GIE, GIP

- ⇒ Syndicats inter-établissements

- ⇒ Groupements de coopération sociale et médico-sociale

- ⇒ Possibilité d'adhérer à une formule de coopération « sanitaire »

- ⇒ Possibilité pour les établissements de santé d'adhérer à une formule de coopération sociale ou médico-sociale

III – Les relations « décideurs-établissements »

- ⇒ Création d'un conseil supérieur des établissements s. et ms.
 - ⇒ Élargissement des compétences du CNOSS et des CROSMS :

 - Une fois par an en formation élargies :
 - Évaluation des besoins, analyse de leur évolution
 - Proposition de priorités
 - Rapport tous les cinq ans

 - Rapport annuel du ministre au CNOSS (mesure PLFI/PLFSS)
- ⇒ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (3 à 5 ans)

DISPOSITIONS DIVERSES

- ⇒ Rénovation complète du statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux (notamment création d'un CTE à la place du CTP)
- ⇒ Introduction d'une incapacité à diriger un établissement ou d'être employé par lui, si la personne a fait l'objet d'une condamnation pénale au titre d'un acte de maltraitance ou d'agression sexuelle
- ⇒ Création d'une commission départementale de l'accueil des jeunes enfants