

*« Ce n'est que lorsque les hommes vivent pour autrui, qu'ils commencent à vivre vraiment »*  
Albert Einstein.

**L** E SECTEUR social et médico-social doit faire face à des besoins sociaux qui évoluent rapidement et profondément. Depuis ces dernières années, nos législations sociales tentent de répondre à cette demande par la mise en place et l'ajustement de dispositifs et prestations adaptés aux situations de chacun et, plus particulièrement, à celles des personnes fragiles ou en besoin d'accompagnement (personnes âgées, personnes handicapées, adolescents en difficulté, enfance en danger, petite enfance, populations précarisées ou marginalisées).

C'est le sens, notamment, de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, des lois relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, des lois réformant la protection de l'enfance ou portant réforme de la protection juridique des majeurs, ou encore de la loi sur la généralisation du revenu de solidarité active et la réforme des politiques d'insertion, ainsi que des nombreux textes réglementaires subséquents qui visent à offrir un cadre juridique pertinent aux établissements et services aux fins d'accroître et moderniser l'offre de services pour une meilleure prise en charge des usagers.

Ces nouveaux outils revêtent une importance stratégique pour un secteur qui, dans un contexte de moyens financiers d'importance déjà très significative, doit affirmer sa visibilité et sa cohérence.

Pour sa part, l'État ne pouvait s'exonérer de cette exigence d'efficience. La réforme de son organisation — notamment territoriale —, qu'il entreprend, doit y répondre et permettre

de conforter la modernisation du secteur social et médico-social, qui pourra s'appuyer sur des structures et des partenariats rénovés ; c'est tout l'enjeu de sa gouvernance.

### 1. LA RÉFORME DU PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ : UN LEVIER MAJEUR POUR ASSURER SA PÉRENNITÉ ET SA QUALITÉ

Dans un monde en profonde mutation et qui requiert de fortes capacités d'adaptation et de compétitivité, les politiques publiques sont, désormais, soumises à un impératif de performance, qui renvoie à des exigences d'efficacité (s'appuyer sur des objectifs et une stratégie, mesurer leur impact sur la vie des citoyens), de qualité du service rendu (un État plus proche, plus fiable et plus rapide dans ses réponses), d'efficience (« le meilleur service au meilleur coût »).

Ce constat a conduit notre pays à mettre en œuvre une démarche, sans précédent à cette échelle, de mise en question des structures et procédures de l'État : la révision générale des politiques publiques (RGPP).

L'obligation s'est fait jour de moderniser, profondément, une organisation locale trop dispersée, trop compartimentée, trop coûteuse et, au final, trop peu lisible pour nos concitoyens.

À cet égard, le diagnostic est posé de longue date sur un système de santé qui doit relever des défis importants : d'une part, garantir la qualité des actions de santé prodiguées sur l'ensemble du territoire, d'autre part, veiller à être financièrement soutenable. Des évolutions profondes doivent donc être conduites pour que notre système reste solidaire, ce à quoi nos concitoyens sont légitimement attachés.

Dans l'esprit des principales conclusions des rapports Bur et Ritter mais aussi Larcher et Flajolet, la décision a été prise, lors des conseils de modernisation des politiques publiques d'avril et de juin 2008, de mettre en place un conseil stratégique de la santé et de réorganiser l'administration territoriale du système de santé sur la base d'agences régionales de santé incluant le champ médico-social, ceci en vue d'instituer un pilotage territorial unifié et responsabilisé pour surmonter les cloisonnements actuellement constatés entre hôpital, soins de ville et prises en charge médico-sociales et de renforcer la dimension « prévention ».

Les ARS vont, ainsi, se substituer non seulement aux actuelles agences régionales de l'hospitalisation, mais aussi aux actuels services déconcentrés de l'État (en absorbant les pôles « santé » et « médico-social » des DDASS et des DRASS), aux unions régionales des caisses d'assurance-maladie, aux groupements régionaux de santé publique, aux missions régionales de santé, ainsi qu'à la partie « sanitaire » des caisses régionales d'assurance-maladie.

La fin de l'éparpillement des différentes structures territoriales œuvrant dans les domaines de la santé et du médico-social va permettre, incontestablement, une mise en œuvre plus efficace et plus rapide des politiques nationales sur le terrain.

Le choix qui a été fait est clair : celui d'un échelon régional fort, proche des acteurs politiques, économiques et professionnels, avec des marges de manœuvre pour prendre en compte les situations locales et pouvant développer de véritables capacités d'expertise.

L'inclusion du médico-social dans le champ de compétence des ARS donnera sens au concept de santé tel que l'entend l'OMS, c'est-à-dire le bien-être et non la seule absence de maladie.

Si la place légitime, pleine et entière du médico-social dans les compétences, missions et activités des ARS a pu susciter des interrogations, il convient de souligner que les problématiques et la place des acteurs du médico-social sont prises en compte, bien évidemment, dans les dispositions relatives à leur gouvernance.

Ainsi, au plan national, la compétence partagée du ou des ministres en charge du médico-social est clairement affirmée :

- les ARS sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la Santé, des Personnes âgées et des Personnes handicapées et de l'Assurance-maladie ;
- le pilotage des ARS est assuré par un comité de coordination placé auprès desdits ministres et regroupant les administrations et opérateurs en charge du médico-social ;
- ces mêmes ministres signent, avec le directeur général de l'ARS, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Au plan régional, la gouvernance interne de l'ARS fait une large place à la prise en compte des préoccupations du médico-social par le double souci de faire toute leur place aux élus locaux et aux usagers et professionnels du secteur, de faciliter les collaborations entre l'agence et les différentes autorités responsables de politiques publiques liées ou complémentaires à la politique régionale mise en œuvre par l'agence. Ce travail en commun se nouera dans plusieurs instances : conseil de surveillance de l'ARS, conférence régionale de santé, commission spécialisée compétente sur le médico-social (qui se substituera au CROSM), commission de coordination des politiques, dont une compétente dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

Une des principales missions des ARS sera donc de surmonter les cloisonnements entre le sanitaire (ambulatoire et hôpital) et le médico-

social, notamment par le levier de la régulation et de la restructuration de l'offre. La « fongibilité asymétrique », qui doit être à l'œuvre entre les crédits du sanitaire et du médico-social, doit y contribuer, ce secteur ayant pris, au fil des décennies, toute sa place dans notre organisation au bénéfice des usagers.

Développer cette approche commune est devenu indispensable pour répondre au défi du vieillissement et de la dépendance : la prise en charge des publics âgés ou handicapés doit leur assurer le meilleur parcours du domicile à l'hôpital, de la sortie de l'hôpital au retour à domicile ou en maison de retraite, en passant par toutes les structures intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire, logement-foyer...) ou complémentaires (services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile...).

À cet effet, la bonne impulsion pourra être donnée par une ARS disposant de nouveaux outils de planification, favorisant la mise en réseau des acteurs, soutenant les reconversions d'établissements hospitaliers en établissements de soins de suite et EHPAD.

Acteur territorial de référence, l'ARS constituera un système intégré au service des besoins sanitaires et médico-sociaux de nos concitoyens. Il convient, enfin, de souligner que, grâce aux délégations départementales dont elle disposera, elle aura un cadre de travail adapté aux relations avec les conseils généraux, dont on connaît l'importance et le rôle dans l'animation, la gestion et le développement du secteur médico-social. Ce niveau sera aussi important en matière de prévention.

Cette réforme devra veiller à ce que soit préservée la spécificité du secteur médico-social — mais aussi social — qui tient, tout à la fois :

- à l'histoire de ce secteur, celle d'une « émancipation » progressive du champ sanitaire, scandée par quelques grandes lois fondatrices : lois de 1975 ; loi du 2 janvier 2002 ;

loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées... ;

- à ses valeurs : la mise en avant de la notion de « personne », prise dans la globalité, la richesse et la complexité de sa problématique, qui se distingue nettement de la notion de « malade » et requiert une approche pluridisciplinaire ;
- à ses institutions variées et ses procédures spécifiques, qui assurent la mise en œuvre de ses valeurs ;
- à ses acteurs, caractérisés par : le poids et le rôle considérable du secteur associatif, tout à la fois porte-parole des usagers et gestionnaire des établissements et services ; le partage des compétences entre les diverses autorités publiques (État, caisses de sécurité sociale, collectivités territoriales), avec le rôle de chef de file reconnu au département en matière d'action sociale par la loi du 13 août 2004.

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » tire les conséquences de la création des ARS sur l'organisation du secteur médico-social et sur l'ensemble du champ social et médico-social, en adaptant à ce nouveau contexte les dispositions structurantes du Code de l'action sociale et des familles issues de la loi fondatrice du 2 janvier 2002, en matière d'autorisation, de planification, de contrôle et de contractualisation concernant les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les dispositions proposées dans la partie du projet de loi qui concerne, principalement, le secteur social et médico-social répondent aux considérations suivantes :

- organiser le partage des compétences dans le champ social et médico-social entre les trois acteurs majeurs que sont l'État et la CNSA, le département et, dorénavant, l'ARS ;
- engager une adaptation de cette architecture des compétences et des procédures

qui ne peut être que transversale, excède le seul champ du médico-social financé par l'assurance-maladie et touche tous les établissements et services relevant des dispositions du CASF, y compris ceux demeurant dans le champ de compétences propre des départements (par exemple : établissements de l'ASE, concernés par la nouvelle procédure d'autorisation) ou de l'État (par exemple : établissements de la PJJ, établissements d'hébergement d'urgence concernés par ces mêmes dispositions, ou services de tutelles relevant désormais de la loi du 2 janvier 2002) ;

- préserver la spécificité et l'identité de ce secteur, largement cogéré avec un monde associatif qui y est profondément attaché. Il ne s'agit, en aucun cas, de renverser tous les acquis développés par ce secteur depuis plus de trente ans ;
- mais, dans le même temps, permettre toutes les évolutions nécessaires à la modernisation et à l'amélioration des réponses apportées par ce secteur à des besoins sociaux et médico-sociaux qui continueront à s'affirmer, en tirant tout le profit attendu de la dynamique de création des ARS. C'est pourquoi, par exemple, les ESAT relèveront de leur compétence.

À cet effet, les conséquences sur l'organisation du secteur médico-social portent principalement sur :

- une rénovation de la planification sociale et médico-sociale, via des processus d'élaboration plus intégrés ;
- une rénovation profonde des procédures d'autorisation de création et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux, via la refondation des CROSMS et l'instauration d'une procédure d'appel à projets plus efficace, plus rapide (à l'heure actuelle, de trois ans à quatre ans de délai entre le dépôt d'un dossier et l'ou-

verture de l'établissement) et plus lisible pour les promoteurs que le lourd dispositif actuel.

Cette procédure rénovée sera, de plus, conforme aux dispositions de la directive européenne de décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, avec une liberté d'installation entière (sous réserve du respect de critères qualité réglementaires) pour les projets ne requérant aucun financement public et donc, pour les autres, une commission de sélection privilégiant l'examen comparatif et transparent des projets.

Le système retrouvera, ainsi, sens puisque l'analyse des besoins, la détermination et l'affectation des moyens nécessaires par les autorités compétentes et les instances consultatives *ad hoc* précéderont l'action et non l'inverse, comme actuellement, sécurisant les perspectives de développement et les engagements financiers lourds.

- *l'encouragement au regroupement, à la réorganisation et à la meilleure efficacité* d'un secteur encore trop atomisé entre une multitude de promoteurs et de structures, en renforçant, notamment, le recours aux groupements de coopération, ainsi qu'aux conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM), dès lors que les structures gérées dépassent une certaine taille.

La place du secteur médico-social est ainsi affirmée et développée dans ce projet. La cohérence des dispositions qu'il contient a été constamment recherchée et doit être préservée.

En réunissant dans le champ de compétence des ARS des savoir-faire, des professionnels, des institutions souvent communes aux actuels secteurs sanitaire et médico-social, la réforme permettra de faciliter des partenariats et des programmations décloisonnées au service d'une qualité accrue en direction des usagers. Elle permettra, également, au secteur

sanitaire et au secteur médico-social de s'enrichir mutuellement de leurs points forts et avancées réciproques, par exemple en matière d'approche pluridisciplinaire de la personne, de droits des usagers, de travail en réseau, de connaissance des spécificités régionales et infrarégionales, comme dans une autre dimension de performance de la gestion.

L'introduction des ARS dans le paysage des acteurs du médico-social en modifie substantiellement l'architecture et, notamment, pour ce qui concerne les relations avec les nouveaux services territoriaux de l'État, qui devront nécessairement s'articuler avec celles-ci.

## 2. LA RÉFORME DE L'ÉTAT ET DE SON ADMINISTRATION TERRITORIALE : UNE NÉCESSITÉ

### L'administration territoriale doit évoluer profondément pour mieux servir les politiques de cohésion sociale

L'organisation territoriale de l'État en France est caractérisée par :

- une architecture historique calée sur les départements et qui a évolué depuis par agrégations successives ;
- un principe d'uniformité au nom du principe d'égalité ;
- une conception segmentée des services déconcentrés, chaque ministère s'étant doté de structures locales disposant de l'ensemble des moyens d'analyse, de conception et d'exécution ;
- un nombre très important de structures.

Cette organisation, dont l'efficacité a longtemps été incontestable, est confrontée, depuis

plusieurs années, à une série d'évolutions qui la bousculent — de la décentralisation aux nouveaux besoins et attentes des citoyens — et impliquent une organisation plus simple, plus lisible et plus réactive.

La réforme en cours repose sur les principes d'un niveau régional, devenant le niveau de droit commun du pilotage des politiques publiques de l'État dans les territoires, et d'un niveau départemental, dédié à la gestion de proximité, en fonction des besoins des citoyens et non des structures administratives.

Ainsi des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), des directions départementales de la population et de la cohésion sociale (DDPCS) et, quand l'importance démographique ou la politique de la ville le justifient, des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) remplaceront les actuelles DRASS et DDASS et seront au service des politiques interministérielles de cohésion sociale.

Il est apparu nécessaire, à cet égard, d'aller au-delà de la notion traditionnelle d'action sociale pour promouvoir, désormais, la notion de cohésion sociale, notion plus large, au contenu territorial plus affirmé, tout à la fois objectif et valeur, celle du « vivre ensemble », de la capacité de la société à assurer le bien-être de tous, incluant le développement personnel, l'accès aux ressources disponibles, le respect de la dignité et la participation responsable des personnes vulnérables.

Il n'est plus simplement question de répondre à l'urgence sociale, de réadapter ou d'accompagner des personnes aux prises avec des accidents de vie en apportant des réponses sectorielles (de l'hébergement des personnes à la rue à la protection de l'enfance, en passant par la vie dans la cité des personnes âgées ou des personnes handicapées), mais encore de favoriser l'épanouissement de chaque individu, en agissant sur l'environnement dans lequel il vit.