

Les CREA Centre et Bourgogne ont co-organisé les 2^{èmes} journées interrégionales, qui se sont déroulées les 30 septembre et 1^{er} octobre 2009 à Orléans. Elles ont réuni plus de 160 professionnels des IME et des IEM des deux régions.

Nous vous proposons ci-après l'allocution d'ouverture de ces journées, par Monsieur Pierre-Marie DETOUR, directeur de la DRASS du Centre, portant notamment sur les nouvelles dispositions issues de la loi HPST qui, en 2010, encadreront progressivement le dispositif médico-social en direction des enfants, adolescents et adultes en situation de handicap.

Si cette présentation fait référence à la région Centre, il n'en demeure pas moins que ce nouveau cadre législatif et administratif concerne tout autant la région Bourgogne.

Que deviennent les IME et les IEM ?

L'institution au défi des projets personnalisés et des territoires

par **Pierre-Marie DETOUR**, *directeur de la DRASS du Centre*

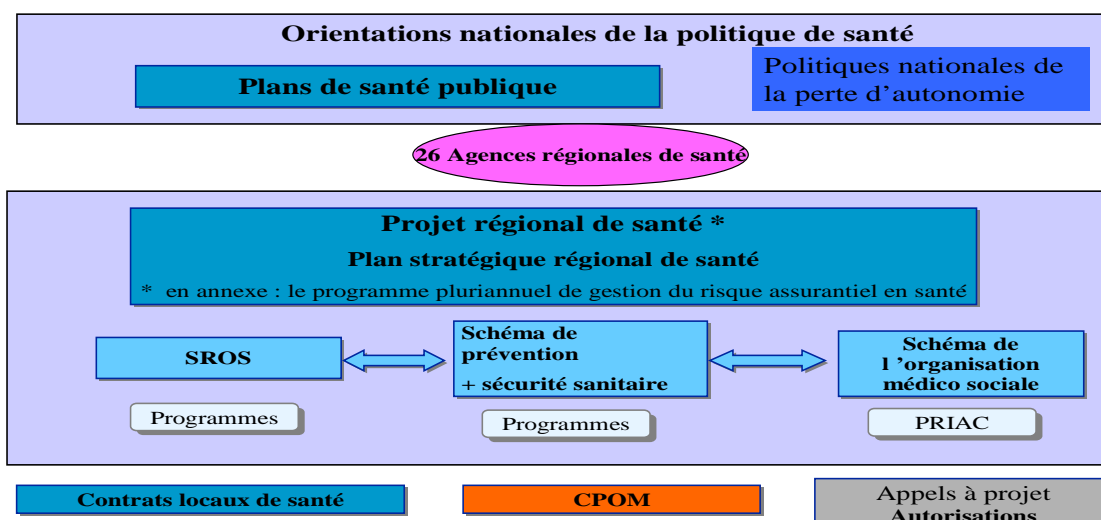
I - LES ELEMENTS DE CONTEXTE EXTERNE

1 - L'impact de la loi HPST sur le secteur médico-social

- **Point d'actualité sur la Loi Hôpital, patients, santé et territoire**
 - La loi a été promulguée le 21/07/2009.
 - Le titre IV de la loi crée l'agence régionale de santé.
 - Les directeurs préfigurateurs des ARS devraient être désignés ce jour en Conseil des ministres.
 - La mise en place des ARS est prévue en avril 2010.
 - Les directeurs préfigurateurs devraient faire connaître l'organigramme de l'ARS au 15/12/2009 avec une consultation entre le 15/12/2009 et le 15/02/2010.
- **Les missions de l'ARS : définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé et contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'ONDAM**
 - Régulation, orientation et organisation de l'offre de services en santé (besoins en soins et en services médico-sociaux) : évaluation et promotion de la qualité de formation des professionnels, autorisation des établissements et services, contrôle de leur fonctionnement et allocation de ressources, aides régionales concernant la qualité et la coordination des soins de ville, veille sur la qualité et la sécurité de la prise en charge, mise en place de réseaux ville-hôpital, actions pour prévenir et gérer le risque assurantiel en santé, veille sur la répartition territoriale de l'offre.

• Une évolution des modalités de la planification

- Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé et les mesures pour les atteindre, en prenant en compte les orientations nationales.
- Il est constitué :
 - ⇒ d'un plan stratégique de santé ;
 - ⇒ de schémas régionaux dont un consacré à l'organisation médico-sociale ;
 - ⇒ de programmes déclinant les modalités d'application des schémas.
- Le schéma régional de l'organisation médico-sociale :
 - ⇒ prévoit et suscite les évolutions nécessaires de l'offre ;
 - ⇒ veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS et des schémas départementaux élaborés par les Conseils généraux ;
 - ⇒ est arrêté après consultation de la commission de coordination compétente et avis des présidents de Conseils généraux.



• Une évolution des modalités d'autorisation

- Maintient le régime de l'autorisation des ESMS qui garantit la protection des usagers, le pilotage et la régulation administrée du développement et de la transformation de l'offre en fonction des territoires et des types de services.
- Ainsi que les principes qui le régissent : compatibilité avec les objectifs des schémas et avec les PRIAC, respect de règles d'organisation et de fonctionnement, coût de fonctionnement en rapport avec le service rendu ou le coût de structures similaires.
- Mais réforme de la procédure de dépôt de dossiers, d'instruction et d'avis préalable par le CROSMS, à partir des besoins prioritaires à satisfaire sur lesquels les financeurs s'engagent.
- En instaurant la procédure d'appel à projet.

- **Les apports attendus de la procédure d'appel à projets**
 - De la **visibilité** pour les promoteurs, sur les publics et les territoires prioritaires à desservir, et sur les délais de financement.
 - Des critères **objectivés et transparents**, de sélection des projets grâce au cahier des charges.
 - Des **délais de mise en œuvre** plus rapides pour répondre plus efficacement aux besoins des publics concernés.

- **Les conditions requises de la procédure d'appel à projets**
 - Pour que cette procédure constitue un **véritable progrès**, en termes de pilotage pour les décideurs, conduite de projets pour les promoteurs, réponse aux besoins pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.
 - **L'appel à projet** doit être **précis**, notamment sur les publics et les territoires concernés.
 - **Mais ouvert** sur différentes formes d'accompagnement y compris expérimentales et innovantes.

- **Cette procédure impose en amont un approfondissement**
 - De la planification sociale et médico-sociale, notamment au niveau :
 - ⇒ de l'observation et de l'analyse globale des besoins des personnes ;
 - ⇒ de l'organisation des accompagnements médico-sociaux en articulation avec les schémas de l'organisation des soins et de la prévention ;
 - ⇒ de l'adaptation de l'offre à l'évolution des besoins.
 - De la programmation, pluriannuelle de mise en œuvre au regard du financement, de la disponibilité des ressources humaines et de la capacité à faire.

Les régions Centre et Bourgogne font partie des trois régions en charge d'une réflexion sur les modalités de mise en œuvre de l'appel à projet dans le cadre des travaux nationaux préparant la mise en œuvre des ARS.

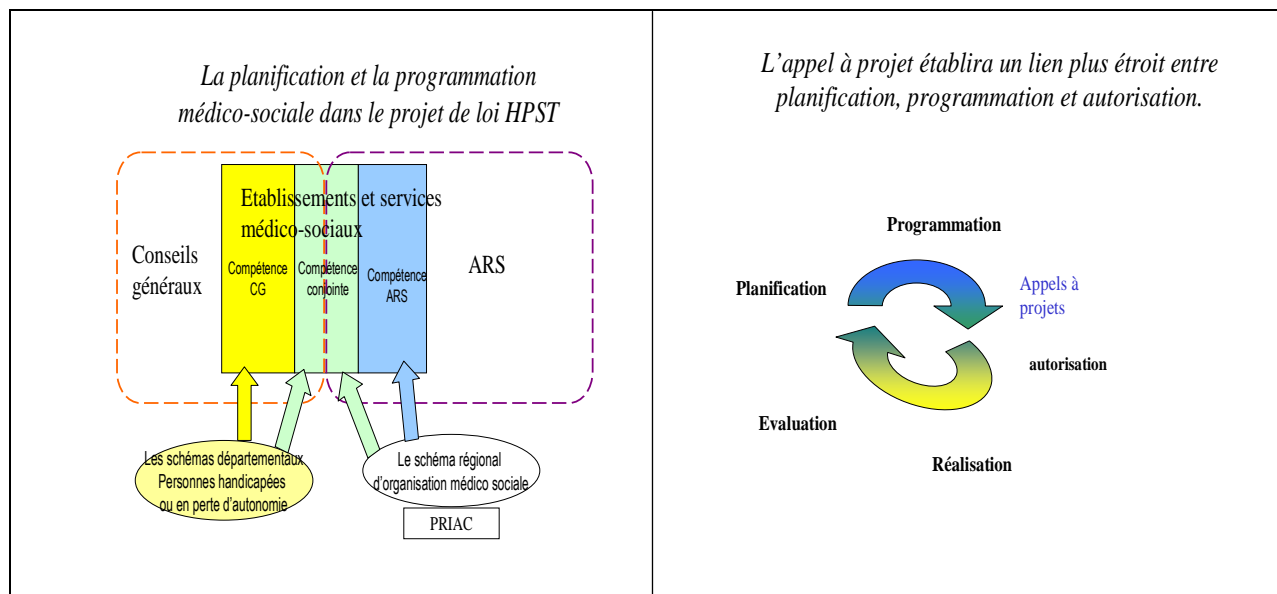
- **Intitulé précis du projet de réflexion** : préparer la généralisation du nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux par appel à projet.

- **Objectifs**
 - Elaborer des recommandations opérationnelles pour conduire des appels à projet pour les établissements et services médico-sociaux.
 - Définir des conditions de l'accompagnement à la conduite du changement.

- **Pilotage du projet**
 - Au niveau national : une équipe projet nationale composée de la CNSA, la DGAS, 3 DRASS, la CNAMTS et un représentant des conseils généraux (le Loiret).
 - Au niveau régional : une équipe régionale composée de la DRASS, de la CRAM, de la DRSM et de l'ensemble des DDASS et des Conseils généraux de la région.

- **Communication sur le projet**

- Au niveau national : par l'intermédiaire des instances de la CNSA (conseil scientifique et conseil de la CNSA).
- Au niveau régional : par l'intermédiaire du CROSMS.



2 - La Programmation dans le projet de loi HPST : le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

- **Le PRIAC** est confirmé comme l'instrument de programmation de l'Etat dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.
- Il est un **document de programmation de l'adaptation et de l'évolution de l'offre** établi par le Préfet de région, après concertation avec différents acteurs institutionnels et permettant d'avoir une visibilité interdépartementale et pluriannuelle (5 ans).
- Il dresse au niveau régional les **priorités** de financement pour les créations, extensions ou transformations d'établissements ou services financés par l'assurance maladie et l'Etat.
- C'est un **outil de priorisation** qui identifie des objectifs quantifiés de créations de places et les territoires prioritaires pour guider les promoteurs.
- **Les orientations du PRIAC 2009-2013** sont les suivantes :
 - Le développement de l'offre par le rééquilibrage des taux d'équipement entre les départements.
 - Le développement de l'offre des équipements par restructuration du tissu médico-social existant en vue de son adaptation à l'évolution à la demande.

- Il se veut **réaliste** et en cohérence avec les enveloppes annuelles assurance maladie de la région.
- Et affiche **un objectif d'amélioration de la capacité des promoteurs** de la région à finaliser des projets dans des délais plus adaptés en donnant plus de lisibilité.

3 - Le plan régional des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes

- **Convention cadre Etat, CNSA, Région** : signée le 28 juillet 2008.
- **Région Centre** : une des 3 régions dans l'expérimentation (01/09/2008 au 31/08/2009).
- **Objectifs du plan des métiers** : besoins de personnel, professionnalisation et qualification des actifs, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, décloisonnement des formations, promotion et valorisation.
- **Financement du plan des métiers** : 4,6 M € dont 2,4 M € de la CNSA, 1,2 M € de la région, 298 000 € des OPCA.
- **Le plan des métiers** : un des outils permettant d'accompagner les établissements et services médico-sociaux des départements souhaitant restructurer leur offre d'équipements.
- **Axe 2** : professionnalisation et qualification des actifs avec 4 actions :
 - Action d'insertion RMISTes et/ou Contrats aidés.
 - Coursus partiels ou complets CAFERUIS - CAFDESIS.
 - Professionnalisation des salariés médico-sociaux : autisme, ITEP, accompagnement des personnes âgées dépendantes, handicaps psychiques, maladie Alzheimer...
 - Tutorat
 - ⇒ Salaires de remplacement Section 1 CNSA
 - ⇒ Montant financier global de l'axe 2 : 1,3 MN € dont 935 150 € CNSA
- **Axe 3** : GPEC secteur social et médico-social.
 - Action mise en place par l'URIOPSS
 - **Montant financier global de l'axe 3** : 255 000 € dont 50 000 € conseil régional, 160 000 € CNSA, 25 000 € OPCA et 20 000 € URIOPSS.
 - **3 phases** :
 - ⇒ journée d'information générale et journées départementales.
 - ⇒ accompagnement de structures volontaires.
 - ⇒ journée de bilan et d'évaluation.

II - LES ELEMENTS DE CONTEXTE INTERNE

1 - Le projet d'établissement

- Conformément à la loi du 2 janvier 2002-2, le projet d'établissement ou de service doit fixer les modalités d'action et d'interaction entre toutes les parties en présence ; il reprend le sens et fixe le cadre des missions des professionnels.
- Il doit s'inscrire dans le cadre du **projet de l'association** ou de l'organisme gestionnaire. Le rôle des dirigeants est dans ce cadre prépondérant.
- Il doit être construit avec le **concours de tous les professionnels** pour qu'il soit fédérateur et mobilisateur.
- Il n'a pas pour vocation de rester un écrit figé dans le temps : **il a vocation à évoluer et à vivre** en fonction des réactions des usagers concernant l'accompagnement qui leur est proposé, et en fonction des réalisations ou des difficultés rencontrées par les professionnels dans l'exercice de leurs missions.
- Il doit décliner des **objectifs concrets, "clairs"** et préciser les moyens utilisés pour y parvenir en termes de recrutement, de formation, de gestion des ressources humaines, notamment.
- Les actions mises en œuvre doivent être **évaluées** à une périodicité prévue pour pouvoir être ajustées.
- Le projet d'établissement doit être le garant de la **bienveillance**.

2 - Le projet individuel

- **Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés, en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas " (P.Vespieren, comité national d'éthique, avis n°87).**
- Conformément à la loi 2002-2, un projet d'accueil et d'accompagnement pose les modalités d'accompagnement de l'utilisateur (ou de ses représentants) dans la structure qui l'accueille ou l'accompagne.
- **Le projet d'accueil et d'accompagnement doit être défini et évalué :**
 - Il doit fixer des objectifs précis dans le cadre du projet personnalisé :
 - ⇒ diagnostic posé sur la situation de la personne et ses besoins ;
 - ⇒ définition des objectifs précis aux actions des professionnels ;
 - ⇒ co-élaboration en partenariat avec l'utilisateur (et/ou ses représentants) ; la liberté de choix de l'utilisateur concernant les modalités de sa vie et de son parcours devant être prises en compte.

- Il doit fixer les modalités de mise en place et de suivi réalistes, respectueuses des capacités et des rythmes de l'utilisateur.
- Il doit être ajusté en fonction du suivi et des observations des actions mises en place en faveur de l'utilisateur.
- Il nécessite d'être attentif à la durée et à la continuité du parcours de l'utilisateur et de sa prise en charge : articulation des professionnels, travail en réseau.

3 - Les démarches d'évaluation et de qualité

- **Evaluation :**

- L'article **L.312.8** du Code de l'action sociale et des familles crée l'obligation pour les établissements et services de "procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent", notamment au regard de recommandations de bonnes pratiques validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- **Evaluation interne :** tous les 5 ans - Bilans à l'autorité ayant délivré l'autorisation (DDASS, CG...).

- **Evaluation externe :** dans les 7 ans après autorisation et au moins deux ans avant renouvellement.

- **Projet associatif, projet d'établissement et projet individuel doivent prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.**

- **La loi HPST crée l'Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Sa mission a pour objet :**

- L'appui à l'amélioration du service rendu au patient ;
- La modernisation de la gestion
- La maîtrise des dépenses dans les établissements.

Il s'agit d'une structure d'expertise et d'appui nationale unique, qui regroupera et amplifiera les actions des trois missions existantes, pourra mettre à disposition des établissements ou des ARS, une expertise à la fois globale et spécialisée.

- Elle intensifiera la diffusion et la mise en oeuvre des bonnes pratiques au sein des établissements.

- **L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) aura ainsi les missions suivantes :**

- L'élaboration et la diffusion des outils permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, et le suivi de leur mise en oeuvre ;
- La fourniture d'un appui et d'un conseil opérationnel aux établissements ;
- La contribution à l'élaboration d'une stratégie et d'objectifs d'efficacité, ainsi qu'à la mise en oeuvre d'un système de pilotage de la performance.

En permettant aux établissements de mieux utiliser leurs ressources, l'agence contribuera, en liaison avec les agences régionales de santé, à améliorer l'efficacité des établissements de santé et médico-sociaux.

III - LES LEVIERS D'EVOLUTION

1 - La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)

- Elle permet d'effectuer un état des lieux des forces et des faiblesses de l'organisme gestionnaire pour l'ensemble de ses établissements et services ou pour certains ciblés en matière de ressources humaines.
- En fonction de cet état des lieux, elle permet de mettre en place un plan d'actions à moyen et long terme pour améliorer ses faiblesses (départ en retraite massive, manque de compétences des salariés dans tel domaine, évolution des interventions des salariés...).
- Elle permet d'accompagner les changements au niveau de l'association et de ses ESMS et d'agir dans une perspective à long terme sur les ressources humaines :
 - Restructuration d'un ESMS ;
 - Création d'un ESMS ;
 - Nouvelle activité d'un ESMS.
- Elle permet d'accompagner l'amélioration de la prise en charge des usagers en adaptant les pratiques professionnelles des salariés.
- Elle permet d'accompagner les salariés eux-mêmes engagés dans les restructurations.
- La GPEC : une action du plan des métiers et un axe incontournable des CPOM.

2 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

- **Le CPOM doit être l'opportunité pour l'organisme gestionnaire de transformer son organisation, à la recherche de solutions innovantes dans le cadre de son projet associatif.**
- **4 atouts essentiels des CPOM :**
 - **Un pouvoir renouvelé pour les administrateurs, une responsabilisation accrue**
 - ⇒ définir des objectifs stratégiques.
 - ⇒ fixer des orientations politiques.
 - **Une meilleure contractualisation entre pouvoirs publics et organismes gestionnaires permettant anticipation et visibilité accrue**
 - ⇒ un nouveau mode de gouvernance.
 - ⇒ passer d'un régime de tutelle à un régime contractuel.
 - **Une modernisation des règles budgétaires dans le sens d'une plus grande autonomie des directeurs : souplesse de gestion**
 - ⇒ gérer leur budget sur une période de 5 ans.
 - ⇒ allouer librement les moyens sur les structures.
 - ⇒ mettre en œuvre des objectifs managériaux sur le moyen terme.

- **Une réorientation des missions des pouvoirs publics en permettant aux DDASS et aux Conseils généraux de mieux se recentrer sur leur coeur de métier**
 - ⇒ le pilotage des objectifs sociaux et médico-sociaux.
 - ⇒ le contrôle d'efficacité et l'évaluation des pratiques.

3 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)... et la procédure budgétaire

- **La procédure budgétaire annuelle actuelle**, contraignante et donnant peu de lisibilité à moyen terme est allégée.
- **Le CPOM** qui permet de contractualiser sur plusieurs ESMS ayant le même financeur et la même autorité de tarification a **un budget fixé pluriannuellement**.
 - Reconduction actualisée des ressources.
 - Garantie de prise en charge des surcoûts (PPF).
 - Alignement progressif des ressources (établissements comparables).
 - Réduction des écarts (établissements comparables) et convergence tarifaire.
 - Affectation libre des résultats.
- **Il traduit de nouveaux modes de relations établissements / autorités de tarification**
 - Acceptation de certains déséquilibres budgétaires annuels en contrepartie d'un retour à l'équilibre global en fin de CPOM :
 - ⇒ acceptation des déficits conjoncturels (2 à 3 ans) ;
 - ⇒ étalement des déficits ;
 - ⇒ retour à un équilibre structurel garanti sur les années à venir.
 - Simplifications administratives et budgétaires :
 - ⇒ un seul plan de financement ;
 - ⇒ plus de propositions budgétaires à transmettre au tarificateur ;
 - ⇒ une seule dotation globale commune aux ESMS inclus dans le cadre d'un CPOM

4 - Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)

- **Le GCSMS** permet aux ESMS, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités sociales et médico-sociales, pour les gérer en commun.
- Il permet de réaliser des activités directement liées à la prise en charge des usagers, de rassembler des personnes morales et physiques gestionnaires et de recruter :
 - Constitution d'équipes pluri-professionnelles, permettant de partager des compétences qui se font rares ;
 - Partage et mutualisation de coûts fixes de gestion (restauration, blanchisserie...) ;
 - Développement de nouvelles activités en expansion dans une logique de diversification.

- **Le GCSMS** est un des outils de déploiement des dispositifs de contractualisation et de coopération dans un contexte de restructuration.
- Il peut être un des éléments d'un CPOM ou y être directement et le seul concerné.
- **Le GCSMS** n'est pas assez développé dans la région Centre. Il doit pouvoir s'inscrire dans la stratégie de développement des associations du secteur médico-social de la région.

IV - CONCLUSIONS

1 - Les administrateurs

- **Ils sont garants :**
 - De la cohérence globale du projet associatif et sa déclinaison dans les projets d'établissements et la qualité des prises en charge ;
 - De la définition d'une stratégie de coopération ;
 - De l'optimisation de l'organisation entre le siège et les établissements ;
 - De l'équilibre général du bilan associatif.

2 - Le siège

- **Il doit assurer :**
 - Une fonction de pilotage avec un contrôle de gestion afin d'avoir une approche intégrée de l'optimisation de la ressource ;
 - Une gestion intégrée ou déléguée des fonctions supports avec une recherche d'une mutualisation (investissement, ressources humaines...) ;
 - La responsabilité des axes de la GPEC.
- **Et il doit** être garant de la qualité des réponses aux appels à projets dans une dimension territoriale.

3 - Les gestionnaires

- Ils sont garants du projet d'établissement et de la qualité des prises en charge.
- Ils assurent une fonction de ressources humaines de proximité.
- Ils contribuent au travail en réseau et assurent plus particulièrement les liens avec la MDPH.
- Ils contribuent au positionnement cohérent et au développement de l'établissement dans son contexte local pour réponse aux besoins recensés.