



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2017 –

**Genèse et usage des appels à projets dans le domaine du  
handicap et de la perte d'autonomie**

– Groupe n° 10 –

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| – AMROUN Claire, EDS    | – KHOUADHRIA Siham, MISP |
| – ANTONELLO Marc, EDS   | – LAVALLARD Aurore, ED3S |
| – BODIN Mélanie, EAAH   | – LE GOFF Amélie, ED3S   |
| – CHAIGNEAU Maxime, EDH | – MORAND Alexandre, EDH  |
| – GOULFIER Sophie, EAAH | – SORIA Dimitri, ED3S    |

*Animateurs*

- Marie Aline **BLOCH**
- Hugo **BERTILLOT**
- Noémie **RAPEGNO**



---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L’AAP : un outil de planification, pensé à l’échelon national, dont les acteurs de terrain doivent se saisir pour l’adapter et ainsi répondre aux enjeux locaux .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 L’AAP : un outil de régulation au cœur d’une relation planification – programmation – autorisation .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 L’AAP : un levier d’optimisation de l’offre existante.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 L’AAP : une procédure dont la pertinence repose sur un diagnostic territorial partagé par l’ensemble des acteurs .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 L’AAP : vers une remise en cause de la pérennité des petites structures ? .....</b>	<b>11</b>
<b>2 L’AAP : un dispositif affiché par les tutelles pour promouvoir la coopération entre les acteurs qui n’en reste pas moins générateur de tensions et de concurrence.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Une volonté affichée des tutelles de favoriser une collaboration accrue entre acteurs au sein d’un secteur historiquement segmenté .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 L’introduction d’une logique concurrentielle à l’origine de tensions entre acteurs qui remet parfois en cause l’effectivité des coopérations .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Les usages des AAP : un jeu complexe d’acteurs qui ne se résume pas seulement à l’application d’une procédure réglementaire .....</b>	<b>16</b>
<b>3 Si l’APP semble favoriser la prescription par les tutelles en matière d’expérimentation et d’innovation, les acteurs déploient des stratégies pour conserver une part d’initiative.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 L’AAP : un outil au service de la reconnaissance de l’expérimentation et de la promotion de l’innovation .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Mais la promotion des expérimentations par l’AAP reste délicate .....</b>	<b>20</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>23</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>27</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail et plus précisément :

À Noémie Rapegno et Hugo Bertillot, animateurs du groupe, pour leur écoute, suivi et conseils avisés tout au long de ce travail,

À Emmanuelle Guevara, pour l'organisation et la logistique en lien avec la conduite du projet,

À l'ensemble des professionnels contactés, pour leur disponibilité, leur sincérité et leur enthousiasme à partager avec nous leurs expériences de terrain,

À l'ensemble des participants du groupe pour notre cohésion et le partage de nos valeurs professionnelles, socles d'un travail effectué dans le respect de chacun et la bonne humeur.



---

## Liste des sigles utilisés

---

AAP	Appel à Projets
ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Puri-annuel d'Objectifs et de Moyens
CRISMS	Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales
CROSMS	Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CROSS	Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale
EAAH	Élève Attaché d'Administration Hospitalière
EDH	Élève Directeur d'Hôpital
EDS	Élève Directeur des Soins
ED3S	Élève Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-social
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENI	Extensions Non Importantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MIP	Module Inter Professionnel
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Programme Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
SROSMS	Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SRS	Schéma Régional de Santé





## Introduction

La procédure de l'Appel à Projets (AAP) constitue, selon le Code de l'action sociale et des familles<sup>1</sup>(CASF), le mode de délivrance des autorisations de droit commun en matière de création, de transformation et d'extension des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) faisant appel à des financements publics (CLAVANIER, 2010). Il est le produit d'une évolution de la démarche de planification des champs social et médico-social.

En effet, l'organisation de ces secteurs prend racine dans la loi du 30 juin 1975. Le secteur médico-social y est défini comme un ensemble distinct du secteur sanitaire mais ne s'inscrit pas encore dans un processus de planification. *« L'idée d'une carte sociale symétrique de la carte sanitaire n'est pas retenue, le dispositif étant estimé trop rigide »*<sup>2</sup>.

Le législateur choisit de promouvoir un système, laissant place à la créativité et à l'initiative des acteurs locaux, permettant aux gestionnaires, dans le cadre d'une recherche d'obtention d'autorisation de créer, transformer ou étendre un ESMS, de déposer de manière spontanée une demande auprès des autorités compétentes. Un embryon de régulation réside dès 1975 dans la création des Commissions Régionales des Institutions Sociales et Médico-Sociales (CRISMS). Ces dernières deviendront Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) en 1991 pour évoluer en Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) en 2002.

L'absence initiale de réelle régulation du développement du secteur social et médico-social a contribué à l'émergence de fortes disparités territoriales (MARROT, 2010). Pour voir apparaître les prémices de la planification, il faudra attendre la loi de décentralisation de 1986<sup>3</sup>. Celle-ci instaurera les schémas départementaux des ESMS censés contribuer à une meilleure répartition des moyens sur le territoire, mais dont l'impact sur la réduction des inégalités entre départements s'avérera relativement faible. Dans ce contexte, apparaît la volonté du législateur d'inverser la logique ascendante d'organisation du secteur qui prévalait depuis 1975 (BLOCH, HENAUT, 2014). Celle-ci s'initie dans la loi du 2 janvier 2002<sup>4</sup> de rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Les demandes émanant des gestionnaires de structures sont dorénavant présentées aux autorités compétentes par le biais d'un dossier justificatif, dans le cadre du système de fenêtres d'examen.

---

<sup>1</sup> Article L. 313-1-1 du CASF

<sup>2</sup> Noémie Rapegno, Etablissement d'hébergement pour adulte handicapé en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers (thèse), 2014

<sup>3</sup> Loi 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé

<sup>4</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

L'aboutissement de la volonté planificatrice du secteur social et médico-social ne se concrétise réellement qu'en 2009 dans la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires<sup>5</sup> (HPST). En matière de planification, l'échelon régional devient central. Le Projet Régional de Santé (PRS) définit les objectifs stratégiques du territoire pour les cinq années à venir en lien avec les orientations des politiques nationales. De nouveaux enjeux d'articulation apparaissent entre les échelons régionaux et départementaux des territoires ainsi qu'entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Conseils départementaux. « *Le niveau régional et le niveau départemental doivent se coordonner pour observer, organiser la mise en commun des données en vue du diagnostic et déterminer les besoins prioritaires de façon concertée et partagée dans les différentes instances de concertation prévues par la loi* » (MARAIS, RAPEGNO, 2014).

Dans la genèse des projets, l'initiative qui émanait des acteurs appartient désormais aux autorités de tutelle. La logique est renversée. La délivrance d'autorisation apparaît ainsi comme l'aboutissement d'une démarche globale de planification (BAUDURET, 2013). Dès lors, cette dernière débute par un diagnostic formalisé des besoins au sein du Schéma Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SROSMS) établi en coordination avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé<sup>6</sup>, le SROSMS est intégré au nouveau Schéma Régional de Santé (SRS). C'est sur cette base que s'élabore le Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)<sup>7</sup>. Ce programme détermine les priorités de financement des projets régionaux et sert de cadre au lancement des AAP par les autorités compétentes. Dans la procédure d'AAP, l'autorité compétente est entendue comme l'autorité initiatrice de l'AAP qui in fine délivrera l'autorisation. Elle est fonction du mode de financement du projet. Elle est l'autorité de tarification et de contrôle des structures faisant appel à ses financements. Selon la structure concernée, la compétence de l'autorité à l'égard de ces établissements peut être exclusive ou conjointe entre le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou encore le préfet de département<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>6</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>7</sup> [http://www.cnsa.fr/documentation/appel\\_a\\_projet\\_kit\\_2707010.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/appel_a_projet_kit_2707010.pdf)

<sup>8</sup> A titre d'exemple, la compétence du directeur général de l'ARS est exclusive à l'égard des maisons d'accueil spécialisées ou encore des instituts médico-éducatifs (elle sera conjointe avec le président du conseil départemental à l'égard des foyers d'accueil médicalisés ou encore des EHPAD). Celle du président du conseil départemental est exclusive à l'égard des établissements et services relevant de l'aide sociale à l'enfance, des services d'accompagnement à la vie sociale ou encore des foyers de vie pour adultes

## LES SIX ETAPES DE LA PROCÉDURE D'APPEL À PROJETS

### **Le calendrier prévisionnel**

L'autorité compétente établit et publie un calendrier prévisionnel annuel ou pluriannuel de lancement d'AAP<sup>9</sup>. Ce calendrier n'a de valeur qu'indicative.

### **Lancement de la procédure d'AAP**

L'autorité compétente publie un avis d'AAP dans un support de publicité (recueil des actes administratifs de l'autorité compétente). Cet avis précise l'objet de l'AAP, les critères de sélection des projets, le délai imparti de réception des projets et les documents que doivent remettre les potentiels candidats. En vertu du CASF, « *le cahier des charges est soit annexé à l'avis d'appel à projets, soit mentionné dans cet avis avec indication de ses modalités de consultation et de diffusion* »<sup>10</sup>. Il est établi conformément aux dispositions de l'article R. 313-3-1 du CASF.

### **Réception des projets**

L'autorité compétente procède à la réception des projets dans le délai imparti. La date limite de réception des projets est fixée entre 60 et 120 jours à compter de la publication de l'avis.

### **Analyse des projets**

Chaque projet est instruit par un instructeur désigné à cet effet. Il s'assure de la régularité administrative de la candidature, de la complétude des dossiers, de l'adéquation du projet au cahier des charges et il établit une synthèse de chacun des projets. Ces éléments sont soumis pour avis à une commission d'information et de sélection d'AAP social ou médico-social<sup>11</sup> qui procède au classement des projets en fonction des critères de sélection préalablement définis dans l'avis d'AAP. Les différents porteurs de projet peuvent être invités à venir présenter leur projet devant la commission et à répondre aux questions complémentaires posées par les membres de la commission.

### **Délivrance de l'autorisation**

Au regard de l'avis rendu par la commission, l'autorité compétente délivre, pour une durée de quinze ans, l'autorisation à la structure ayant remporté la procédure d'AAP.

### **Visite de conformité**

Une visite de conformité est effectuée par l'autorité compétente au sein de la structure retenue dans le cadre de l'AAP. Cette visite a pour but de vérifier que la structure est organisée conformément aux caractéristiques de l'autorisation et qu'elle respecte les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement. L'autorisation n'est valable que sous réserve des résultats positifs de la visite de conformité.

Lors de sa création, cette procédure est présentée comme revêtant plusieurs intérêts. Elle est censée permettre aux autorités de tarification de définir les priorités, les axes sur lesquels les acteurs de terrain devront travailler pour présenter un projet d'offre sociale et médico-sociale en adéquation avec la planification régionale et/ou départementale

---

handicapés. Enfin, le préfet de département a compétence exclusive à l'égard des services de mandataires judiciaires à la protection des majeurs (elle est conjointe avec le président du conseil départemental à l'égard notamment des centres d'hébergement et de réinsertion sociale).

<sup>9</sup> Article R.314-4 du CASF

<sup>10</sup> Article R.313-4-1 du CASF

<sup>11</sup> La commission d'information et de sélection d'AAP social ou médico-social est composée de représentants de l'autorité compétente, de représentants des usagers, de représentants des gestionnaires de structures sociales et médico-sociales et de personnalités qualifiées.

(RIHAL, 2016). Elle doit permettre aussi aux offreurs de services d'une part, d'avoir une meilleure visibilité quant aux publics et aux territoires prioritaires à desservir et, d'autre part, de leur garantir une meilleure transparence dans la sélection des projets par l'existence de critères objectivés utilisés lors de l'analyse des différents projets.

Ainsi, l'AAP, dans le champ de la perte d'autonomie et du handicap, peut être défini comme étant à la fois le lien et la résultante entre la planification, la programmation, l'autorisation et le financement. Pour autant, l'AAP se réduit-il seulement à un dispositif technique et administratif ? N'est-il pas également un dispositif social, une modalité de relation entre des acteurs du secteur ? C'est ce questionnement sur la nature des relations entre acteurs et sur les usages qu'ils font de la procédure des AAP que nous avons choisi d'analyser et auquel nous tenterons de répondre.

En réformant le mode de délivrance des autorisations en matière de création, de transformation et d'extension des structures, la loi HPST a érigé les autorités compétentes en prescripteurs de l'offre sociale et médico-sociale du territoire. La définition des priorités relèverait ainsi exclusivement de leur ressort. Il est alors légitime de s'interroger sur leur capacité à qualifier les besoins du territoire sans faire appel aux autres acteurs. Ce dispositif permet-il de répondre aux besoins exprimés tant par les professionnels de terrain que par les usagers ?

La procédure d'AAP vient questionner les relations existantes entre les différents acteurs. Comment les ARS et les conseils départementaux se coordonnent-ils pour construire des AAP conjoints ou complémentaires ? Il convient alors de s'intéresser à la façon dont s'articulent les logiques déconcentrées et décentralisées, régionales et départementales où les lignes et calendriers budgétaires ne coïncident pas forcément. De même, si l'AAP consiste en une procédure de mise en concurrence<sup>12</sup> qui peut créer une compétition voire des tensions entre les gestionnaires de structures, son processus ne peut-il pas constituer, dans une certaine mesure, le ciment de nouvelles formes de coopération ?

Enfin, la procédure de l'AAP apparaît comme une volonté de reprise en main de la prescription de l'offre sociale et médico-sociale. Elle limiterait ainsi la présentation spontanée de projets innovants jugés pourtant nécessaires par les acteurs de terrain. On

---

<sup>12</sup> Elle présente certaines similitudes avec la procédure de marché public (avis publié, cahier des charges, critères de sélection...). Cependant, elle s'en éloigne notamment dans sa finalité. En effet, la procédure de marché public débouche sur un contrat alors que l'appel à projets permet de délivrer une autorisation qui constitue quant à elle un acte administratif unilatéral de l'autorité compétente.

peut s'interroger sur les stratégies mises en place par ces acteurs pour continuer à promouvoir des expérimentations visant à répondre aux besoins qu'ils ont eux-mêmes identifiés.

Ainsi, dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'analyser la manière dont l'AAP, outil de planification, interroge les rapports des acteurs du champ social et médico-social à la coopération, à l'expérimentation et à l'innovation. Pour répondre à ce questionnement, notre approche méthodologique s'inscrit résolument dans une dynamique collective et interprofessionnelle. Elle comporte différentes étapes.

Le recueil et l'analyse de données bibliographiques nous ont permis de définir plus précisément l'objet de notre étude et la problématique que nous souhaitons traiter dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.

Le mode de recueil des données retenu dans le cadre du MIP a consisté en une approche qualitative et s'est appuyé sur des entretiens semi-directifs. En amont, onze rendez-vous avaient été programmés par les animateurs du groupe. Nous avons enrichi cette démarche de cinq autres entretiens. Compte tenu du calendrier contraint imparti à la réalisation de ce travail, cette programmation préalable en a facilité le lancement. L'objectif des entretiens était d'appréhender le rapport de l'ensemble des acteurs à notre objet d'étude et d'analyser leurs interactions. Afin de croiser les regards, l'enquête de terrain a été conduite auprès de seize interlocuteurs aux profils et fonctions pluriels issus des champs sanitaire, social et médico-social d'une même région (cf. Annexe I) : représentants des autorités de tutelle et de financement (ARS, conseil départemental, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)), pilotes de dispositif de coordination des offreurs de services, promoteurs associatifs, gestionnaires d'établissements et de services.

Les entretiens ont été conduits sur la base d'un guide construit collégialement. Nous l'avons affiné au regard des enjeux identifiés à l'issue des deux premières interviews (cf. Annexe II). Sur les seize professionnels sollicités, un seul entretien n'a pu aboutir du fait d'une indisponibilité momentanée. Les entretiens se sont échelonnés sur des durées comprises entre 37 minutes et 1h50 minutes. Très vite, nous nous sommes répartis, pour chaque entretien, en groupe de trois personnes de filières différentes, chacune investie d'une mission (conduite de l'entretien, prise de notes, synthèse des idées clés). Ceci a permis, en complément de l'enregistrement audio, de maintenir une dynamique de réflexion au plus près des échanges. En pratique, une grande partie des entretiens a réuni la majorité des membres de notre groupe. Dans les suites immédiates de chaque entretien,

une synthèse des points clés a été réalisée et a constitué un premier niveau d'analyse partagée. L'ensemble des échanges a fait l'objet d'une retranscription intégrale ou partielle permettant de recueillir des verbatim clés en lien avec les thématiques traitées.

Si la disponibilité et l'intérêt porté à notre sujet par l'ensemble des acteurs contactés a favorisé une expression libre et sincère, notre enquête présente néanmoins certaines limites. Le contexte temporel nous a contraint à nous organiser de façon rapide et pragmatique limitant la phase exploratoire et le nombre d'entretiens. De même, notre expérience limitée en matière de recherche en sciences sociales a pu introduire des biais dans les résultats de notre étude.

Parmi les interlocuteurs contactés, nombre d'entre eux ont été pionniers voire lauréats dans le domaine des AAP novateurs. Dans le souci de diversifier les points de vue, il nous est apparu nécessaire de s'entretenir avec des acteurs peu familiers de la procédure d'AAP. Cependant, faute de temps, nous ne nous sommes entretenus qu'avec une seule personne correspondant à ce profil.

La construction du rapport est issue d'une réflexion basée sur les éléments de synthèse recueillis après chaque entretien. Celle-ci nous a permis d'élaborer un plan détaillé et d'en répartir la rédaction entre chaque membre du groupe. Après ce temps de rédaction individuelle, il nous est apparu essentiel de mettre en commun et d'harmoniser l'ensemble des productions, par un travail de réécriture collégial. Les liens et contacts réguliers avec les animateurs du groupe ont permis de conforter notre démarche, de nous éclairer, de nous guider dans notre cheminement réflexif. Nous avons apprécié les temps d'échanges constructifs organisés à échéance régulière. Cette dynamique associant Sciences Sociales et approche métier a contribué à une richesse et à une pluralité des approches de notre sujet de réflexion.

Ainsi, l'AAP est un outil de planification, pensé à l'échelon national, dont les acteurs de terrain doivent se saisir pour l'adapter et ainsi répondre aux enjeux locaux (I). Dispositif affiché par les tutelles pour promouvoir la coopération entre les acteurs, il n'en reste pas moins générateur de tensions et de concurrence (II). Enfin, en matière d'innovation, si le cadre réglementaire semble en favoriser la prescription par les tutelles, les acteurs déploient des stratégies pour conserver une part d'initiative (III).

# **1 L’AAP : un outil de planification, pensé à l’échelon national, dont les acteurs de terrain doivent se saisir pour l’adapter et ainsi répondre aux enjeux locaux**

Il ressort des entretiens que l’AAP, comme outil de régulation, revêt les dimensions de planification, de programmation et d’autorisation (1.1). Fort de ce constat, l’AAP peut être considéré comme un levier servant l’optimisation de l’offre sociale et médico-sociale (1.2) dont la procédure doit reposer sur un diagnostic territorial partagé par l’ensemble des acteurs (1.3). Aussi, ces considérations amènent à s’interroger sur la pérennité des structures les moins armées pour s’inscrire dans la procédure des AAP (1.4).

## **1.1 L’AAP : un outil de régulation au cœur d’une relation planification – programmation – autorisation**

L’AAP semble représenter un outil de régulation pour les tutelles. Préalable à la délivrance d’une autorisation de création, d’extension ou de transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux faisant appel à des financements publics, la procédure d’AAP s’inscrit dans un processus de planification et de programmation sur le territoire.

La démarche d’AAP est très souvent décrite comme descendante en comparaison avec la logique ascendante antérieure à la loi HPST. « *L’AAP établit un lien plus étroit entre planification/programmation, autorisation et financement pour la très grande majorité des projets faisant appel à un financement public, ce qui constitue un renversement de logique institutionnelle en donnant l’initiative aux autorités publiques* » [Marais, Rapegno, 2014].

Néanmoins, d’autres acteurs expriment la complexité de ce processus descendant : « *les institutions disposent de fonds avec des directives nationales, elles-mêmes développent des plans régionaux, des schémas départementaux qui ne sont pas forcément toujours alimentés que par des remontées locales [...] Dans la plupart des cas, les appels à projets qui sont publiés sont très descendants : c’est le national qui dit à la région, la région qui dit au département ...* ». [Pilote Méthode d’Action pour l’Intégration des services d’aide et de soins dans le champ de l’Autonomie (MAIA)]. Le risque identifié par les acteurs locaux est bien celui d’une démarche trop descendante instituée au détriment de l’expression des besoins du terrain et des professionnels.

Au-delà de cette complexité, la procédure d'AAP permet d'introduire plus de transparence dans le dispositif d'autorisation. En effet, un calendrier prévisionnel des AAP est exposé aux partenaires pour expliquer la programmation de l'année à venir et donc les reconfigurations territoriales en jeu. Mettant ainsi tous les acteurs de terrain sur un même pied d'égalité, l'AAP permettrait d'éviter le « clientélisme » et de favoriser la réponse d'un panel de différents gestionnaires. Certains acteurs ont souligné qu'il était parfois difficile pour les tutelles, avant que n'existe la procédure d'AAP, de refuser les projets qui n'apportaient pas pleinement réponse aux besoins du territoire.

## **1.2 L'AAP : un levier d'optimisation de l'offre existante**

Pour les professionnels interrogés, l'AAP est décrit comme l'aboutissement d'un processus de concertation diagnostique, de planification de besoins ou de programmation. Il représente également l'opportunité pour les acteurs de se positionner en réponse aux besoins sur le territoire. Il peut être alors perçu comme un outil managérial au service du collectif pour mettre en lumière les disparités potentielles au sein d'un territoire. Il apparaît comme un levier de mutualisation et de regroupement des dispositifs et des moyens afin de financer par les fonds dégagés un dispositif répondant davantage aux besoins du territoire.

Un professionnel souligne ainsi cette forme de « fongibilité » entre les crédits ARS et ceux du conseil départemental en décrivant l'expérience de la transformation de lits de Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) en lits de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) afin d'attribuer in fine des enveloppes financières départementales à d'autres dispositifs. L'AAP apparaît comme un levier au service du décloisonnement et de l'évolution de l'offre.

Dans un contexte budgétaire contraint, ce processus d'optimisation de l'offre semble, pour les professionnels, renvoyer davantage au redéploiement de moyens existants et à la transformation d'activités plutôt qu'à l'augmentation des capacités d'accueil. *« Il n'y a plus vraiment de créations, ça on peut le regretter, moi je le regrette vraiment. Un des freins c'est quand même les enjeux financiers. Quand ils donnent les appels à projets, les enveloppes sont serrées. En ce moment (...) on est beaucoup plus sur des évolutions d'offres. On reprend les crédits et on les re-dispatche pour faire autre chose » [directeur d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)].*

Cette dynamique de recomposition de l'offre facilitée par l'AAP représente, sur le terrain, un danger compte tenu de l'évolution des besoins de prise en charge des populations



fragilisées. « *C'est un vrai problème. En ce qui concerne les personnes handicapées vieillissantes, dans le cadre du PRS, ils proposent que les EHPAD ouvrent leurs portes aux personnes handicapées vieillissantes. Je veux bien faire un service spécifique si on me donne les moyens. [...]. Mais concrètement, c'est sans création de places. Je dis : attention, si on ne crée pas de places... on a déjà des problèmes pour faire entrer nos gens âgés dans les EHPAD et on va avoir des gens qui vont rester longtemps, 10, 15 ans, qui vont bouchonner le système. Pour moi, c'est une erreur grave, on aura peut-être moins de Creton<sup>13</sup> en amont mais on va faire du Creton à l'envers* » [directeur d'EHPAD].

Néanmoins, le frein que constitue le contexte financier ne saurait être considéré sans la difficulté que représente l'insuffisante prise en compte de l'expérience des acteurs de terrain. « *On ne laisse pas la place suffisamment à l'expression liée à la connaissance et à l'expérience des acteurs qui sont les mieux à même d'identifier les besoins. Si [...] on avait plus de moyens à investir dans le champ, on aurait une partie des mêmes difficultés* » [promoteur associatif de projets].

Aussi, la lecture des besoins par les tutelles apparaît souvent incomplète et nécessiterait d'y adjoindre les acteurs du territoire. De même, les outils de planification ne semblent pas suffisamment exhaustifs. Des acteurs déplorent ainsi l'identification du besoin sur la base de taux d'équipement d'un territoire et non en fonction de l'utilisation, de la sous-utilisation voire de la non-utilisation d'un dispositif existant. « *La lecture que l'on a aujourd'hui des besoins sur les territoires est quand même très légère. [...] Ça montre bien la lecture que l'on peut avoir au niveau des tutelles, ce n'est pas forcément la réalité du terrain. Ça veut dire que les outils de planification sont insuffisants* » [Pilote autisme].

### **1.3 L'AAP : une procédure dont la pertinence repose sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des acteurs**

Les AAP ne semblent pas toujours suffisamment adaptés aux besoins locaux. Cette difficulté peut alors être surmontée par le travail de coordination et de concertation des

---

<sup>13</sup> Disposition de la loi du 13 janvier 1989 qui modifie la loi d'orientation en faveur des personnes du 30 juin 1975 en créant un alinéa à l'article 6 appelé « amendement Creton ». Il permet le maintien temporaire dans leur établissement de jeunes adultes de plus de 20 ans en situation de handicap lorsqu'ils ont une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un établissement pour adulte mais sont dans l'attente d'une place.

acteurs. *« L'ARS doit vraiment être actrice des besoins des territoires [...] actrice du recensement des besoins, dans les diagnostics [...] actrice dans la préparation de son schéma avec des objectifs qui sont priorisés, concertés dans le cadre des différentes instances. [...] Normalement, une ARS, au niveau local, doit faire de l'animation de territoire et doit effectivement porter à la connaissance plutôt des directions de métiers du siège ce qui se passe sur les territoires. Elles doivent alimenter la réflexion pour les futurs schémas. »* [Responsable Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)]

Dans certains cas, l'AAP est infructueux par manque de cohérence avec les besoins identifiés sur le territoire. Il appartient alors aux tutelles de consulter à nouveau les acteurs de territoire afin de relancer la procédure avec un cahier des charges plus adapté aux besoins. Par exemple, en raison d'un AAP infructueux prévoyant initialement la création de places d'accueil de jour, l'ARS et le conseil départemental ont décidé, après concertation avec les acteurs locaux, de réorienter le projet vers la création d'une offre de répit. Pour un pilote MAIA interrogé, ce mode de fonctionnement semble particulièrement pertinent. *« C'est beaucoup plus intéressant de travailler comme ça. [...] Il faut que les acteurs se connaissent, soient référencés, qu'il y ait une communication, qu'ils apprennent à travailler ensemble, qu'ils apprennent à repérer les personnes fragiles pour les inscrire dans un parcours cohérent... »*. Dans d'autres cas, pour éviter une relance complète de la procédure, l'avis de la commission est accompagné de recommandations.

Le cadre de la politique nationale ne suffit pas à définir le cadre de l'action au niveau territorial. Le rôle de prescripteur des autorités de financement a été consacré par la procédure mais il ne réduit pas les ESMS au simple statut d'opérateurs<sup>14</sup>. Il semblerait que l'ARS attende d'eux qu'ils accompagnent les politiques publiques de planification voire même qu'ils les anticipent. Il semble pertinent pour les promoteurs d'assurer une veille constante notamment au regard des différents acteurs du secteur et des plans nationaux sectoriels. Il en découle une importance essentielle accordée au diagnostic territorial, pour permettre de répondre au mieux aux besoins locaux. Dans cette dynamique d'adaptation, la nécessité de concertation territoriale semble conférer un rôle stratégique aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et aux MAIA : *« Sur le secteur, on a fait remonter des situations démographiques de personnes en situation de handicap entre 50 et 55 ans pour lesquelles il fallait des orientations. Suite à ces remontées d'informations,*

---

<sup>14</sup> Flavie DUFOUR, « Autorisation : comment remporter un appel à projet », revue Direction(s), n°143, juin 2016

*l'ARS a rédigé un appel à projets pour apporter des solutions et faciliter, par exemple, l'entrée en EHPAD. »*

Les professionnels soulignent l'importance d'être au plus près de la connaissance des besoins du territoire notamment en étant en lien étroit voire en portant des structures d'intégration et de coordination. *« J'ai répondu à l'appel à projets MAIA et c'est nous qui portons la MAIA. Voilà ! les appels à projets ... si on ne se positionne pas, c'est vrai qu'à un moment donné on peut être un peu « hors tout ». [...] Il faut qu'on y soit » [directeur d'EHPAD].* On peut supposer que cette position représente un véritable enjeu stratégique de développement et de coopération pour les structures.

Enfin, dans ce diagnostic des besoins, la place des usagers est encore trop limitée. Ce défaut d'association conduit à mésestimer des besoins non répertoriés dont ils sont pourtant les premiers révélateurs. *« Cette procédure révèle qu'elle méconnaît un certain nombre de besoins non ou mal satisfaits du fait de sa procédure même, de la façon dont cette première mise en œuvre de plan est faite. [...] Qualifier les besoins c'est différent que d'identifier une demande et cela veut dire [...] travailler avec les personnes elles-mêmes, [...] faire un véritable processus pour identifier la solution dans ses différentes dimensions ».* [Promoteur associatif de projets]

#### **1.4 L'AAP : vers une remise en cause de la pérennité des petites structures ?**

Le mécanisme d'AAP semble introduire une inégalité entre les structures dans leur capacité à concourir. En effet, les structures de taille modeste semblent moins avantagées pour offrir une réponse rapide et pertinente. A l'inverse, les grandes associations disposent des ressources nécessaires, de services dédiés à l'élaboration de la réponse. *« Ils ont un staff impressionnant. D'ailleurs quand ils se déplacent, il y a le président de la fondation, il y a le directeur général, il y a le directeur de la communication, le directeur des affaires financières, enfin ils arrivent à cinq, six, que des pointures, directeur juridique, ils ont réponse à tout. Ils arrivent à quatre cinq personnes, le cartable, le costard et la cravate. On est dans le monde de l'entreprise là. » [Directeur d'un ESMS]*

Au-delà des enjeux de taille et de structuration des établissements et services, les stratégies de réseau permettent à des gestionnaires d'être informés plus précisément ou de faire entendre leurs besoins. *« Quand vous avez une énorme association qui porte plusieurs dispositifs, ils sont organisés et les fonctions support ça veut dire qu'il y a quelqu'un qui se*

*renseigne de ce qui se passe [...] Il y a [...] de très grosses structures qui trouveront toujours un moyen de se faire entendre quand ils en ont besoin ». [Pilote MAIA]*

Il en résulte l'importance de structurer sa démarche en interne pour répondre aux AAP notamment dans des structures où il n'y a pas ou peu de personnel dédié. Certaines structures constituent des équipes projets ad hoc. À travers les entretiens menés apparaît pour les plus petites structures un enjeu d'aide méthodologique et de soutien technique. Il peut s'agir d'un accompagnement par des dispositifs de type MAIA, ou encore de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ou de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) voire de l'ARS.

Ce soutien est d'autant plus important que ces inégalités peuvent mettre en jeu la pérennité des structures les plus petites comme le souligne un directeur d'EHPAD : *« Pour moi la réponse à l'AAP, c'est la possibilité pour les EHPAD de se développer, pour toute structure de se développer. On le sait, ça ne fonctionne que par AAP. C'est un enjeu important. Des petites structures ne répondent jamais à un AAP et je pense que c'est quelque chose qui leur fait peur, c'est peut-être quelque chose qu'elles ne se sentent pas capables de faire. Elles vont tout doucement vers... enfin c'est un peu la mort. Je pense que des établissements qui ne répondent pas à des AAP, c'est une mort prochaine ou alors une absorption prochaine avec un autre établissement ».*

L'AAP, dans la dynamique qu'il impose, modifie le rapport des gestionnaires avec les autorités de tutelles, dans une forme inédite de promotion et de valorisation des projets d'établissements. *« Ça demande beaucoup de travail pour rédiger les AAP, on y passe beaucoup de temps. Maintenant, je trouve que ça oblige à travailler la question avant et je trouve ça intéressant. Avant, on discutait avec les autorités, finalement c'était du pain béni. Là, on est obligé de se mettre en démarche de projet. Il se passe des choses, on construit un groupe de travail avec d'autres partenaires du territoire et on met nos neurones en route. La démarche est intéressante ».*

Dès lors, l'AAP, outil de planification, apparaîtrait comme une incitation à la coopération entre les acteurs du secteur.

## **2 L’AAP : un dispositif affiché par les tutelles pour promouvoir la coopération entre les acteurs qui n’en reste pas moins générateur de tensions et de concurrence**

Au cœur d’un secteur historiquement segmenté, l’AAP représente une opportunité pour les tutelles de favoriser la collaboration entre les acteurs de terrain (2.1). Toutefois, l’effectivité de ces coopérations est parfois remise en cause par l’émergence de tensions liées à un contexte concurrentiel (2.2). Aussi, l’usage des AAP met en exergue un jeu d’acteurs complexe ne se résumant pas simplement à l’application de la procédure (2.3).

### **2.1 Une volonté affichée des tutelles de favoriser une collaboration accrue entre acteurs au sein d’un secteur historiquement segmenté**

L’ensemble des professionnels interrogés, qu’il s’agisse des établissements ou des tutelles, s’accorde à dire que le secteur du handicap et de la perte d’autonomie présente historiquement une forte segmentation de l’ensemble des acteurs. En effet, il existe une multitude de structures présentant des missions spécifiques, à l’origine centrées sur l’accompagnement d’un public précis, s’inscrivant davantage dans une logique de placement que de parcours. Cette segmentation apparaît également liée à la double tutelle du secteur car, si la loi HPST en a confié l’organisation aux ARS pour une grande part, les modes de financement des structures et les outils de planification restent encore pluriels.

En conséquence, les acteurs décrivent des cultures professionnelles souvent cloisonnées, avec des organisations, des métiers ou encore des terminologies professionnelles spécifiques. Dans ce contexte, certaines associations endossent parfois le rôle de « porte-parole » d’un handicap ou d’une population spécifique, en tentant de se positionner auprès des tutelles comme expert territorial exclusif, seul « légitime » à assurer l’accompagnement d’un public ciblé.

Pourtant, les parcours de vie de nombreux usagers sont en réalité transversaux, comme l’illustre le directeur d’un Centre Communal d’Action Sociale (CCAS) avec la situation des personnes vieillissantes en situation de handicap. Ces personnes avançant dans l’âge, initialement accueillies en foyer d’hébergement et en Etablissement et Service d’Aide par le Travail (ESAT), sont appelées à un moment de leur vie à quitter leur activité de travail protégé, puis leur foyer d’hébergement. Elles sont alors bien souvent orientées en EHPAD, où les équipes ne sont pas forcément formées à l’accompagnement de résidents en situation

de handicap. Le risque pour ces parcours au sein d'un univers segmenté est le manque de fluidité entre les différentes étapes voire des ruptures, pouvant conduire parfois à des séjours sanitaires imprévus où le maintien de l'autonomie des personnes s'avère plus complexe.

Comme l'explique un pilote MAIA, le seul moyen d'éviter les points de rupture dans les parcours est de favoriser la collaboration afin d'assurer une meilleure coordination de l'action de l'ensemble des intervenants auprès des usagers et de développer une culture commune de l'accompagnement.

Dans cette recherche d'une meilleure articulation entre les différents acteurs, promue très clairement par les tutelles, l'AAP peut apparaître à double titre comme un puissant levier de coopération : à la fois par l'objet même du projet, souvent centré sur des actions de coordination et, également, par le cadrage des cahiers des charges généralement construits de manière à ce que la collaboration entre structures soit un préalable indispensable à toute réponse. *« La condition pour répondre à l'appel à projets est d'y répondre à plusieurs : ça c'est l'ARS et le département qui ont posé ces conditions, c'était un pré requis. Je ne réponds pas juste moi service untel, je ne réponds pas juste moi établissement. C'est : il faut que je travaille en coopération, en partenariat avec plusieurs acteurs. Pour créer une vraie offre partenariale et une vraie co-construction de ce projet ». [Pilote MAIA].*

Cette orientation des cahiers des charges semble permettre aux différentes structures de présenter des projets où la spécificité de chacun des acteurs n'apparaît plus comme un frein à la fluidité des parcours mais, au contraire, comme un atout. Elle permet d'adapter l'accompagnement proposé aux particularités des besoins des usagers et favorise le partage des bonnes pratiques.

## **2.2 L'introduction d'une logique concurrentielle à l'origine de tensions entre acteurs qui remet parfois en cause l'effectivité des coopérations**

Pour les tutelles interrogées, le mécanisme de l'AAP apparaît comme particulièrement vertueux. Il inciterait non seulement à la qualité des projets proposés du fait de cahiers des charges techniques requérant une expertise certaine de la part des promoteurs potentiels mais également davantage à la coopération qu'à la concurrence.

Pour les établissements interrogés, la perception de l'intérêt des AAP apparaît plus contrastée. Si les structures ne dénie pas son intérêt, notamment parce qu'il permet

l'acculturation du secteur à la notion de parcours, son mécanisme semble toutefois particulièrement générateur de tensions, à la fois dans le rapport des établissements à la tutelle et dans la relation des différents établissements entre eux.

En effet, répondre à un AAP représente un investissement conséquent pour les établissements : analyse du cahier des charges, construction d'un projet souvent innovant nécessitant généralement pour les promoteurs une coordination avec plusieurs partenaires. L'élaboration de ces projets techniques mobilisant de nombreux professionnels est d'autant plus complexe que le délai de réponse est relativement court. Dès lors qu'un projet n'est pas retenu, le porteur peut éprouver une certaine frustration, voire un découragement pouvant influencer sur son souhait de renouveler ou pas cette expérience. Un professionnel décrit ainsi sa perception de la présentation d'un projet en commission de sélection : « *Vous arrivez, il y a vingt professionnels devant vous : l'ARS, le département, la présidente de telle asso. Ils vous posent tout un tas de questions sur votre projet. C'est un peu : retour en enfance, je passe l'oral du bac, c'est un peu ça. Et non ils ne le vivent pas très bien. Et alors quand ils remportent l'appel à projets ils sont contents, mais quand on ne remporte pas, il y a de quoi être découragé, je peux comprendre. Quand on répond plusieurs fois, qu'on se donne du mal à l'écrit, qu'on arrive à l'oral, et que chaque fois on n'y arrive pas. Bon ben je pense il y a un moment où on se dit effectivement, bon, je laisse tomber.* »

Toutefois, les professionnels interrogés ne relatent pas tous le même vécu. On peut émettre l'hypothèse qu'en fonction de leur réussite ou non à l'AAP, le ressenti des acteurs soit évidemment très variable. Pour certains professionnels, l'échec potentiel fait ainsi partie intégrante du processus.

Contrairement au discours des tutelles, les gestionnaires d'établissements perçoivent très largement le mécanisme de l'AAP comme une mise en concurrence des différents porteurs de projet. Il en résulte des tensions parfois importantes entre les différents acteurs.

Dans certaines situations, les structures répondant à un grand nombre d'AAP peuvent être perçues comme opportunistes par d'autres établissements, d'autant plus lorsqu'elles répondent à des AAP dans un champ d'activités qui ne correspond pas à leur compétence première.

Dans d'autres cas, certains acteurs dont le projet a été retoqué, se trouvent à devoir collaborer avec l'établissement porteur du projet retenu. Initier un partenariat pérenne et efficace dans ce contexte apparaît alors délicat.

Pour certains professionnels interrogés, cette tension peut remettre en cause l'objectif même de la coopération, comme le souligne le directeur d'un ESMS : *« L'appel à projets met quand même les gens en concurrence et de fait il y a la fois le discours et l'intention de créer des coopérations et des mutualisations territoriales mais en même temps l'appel à projets met en concurrence au fond. Il y a donc une double injonction. L'effet attendu n'est pas forcément toujours là du fait de cette double injonction. C'est vécu comme des concurrences locales. Ce n'est pas facilitateur pour cette raison-là et on rajoute une histoire de multiculturalité et de segmentation sur le champ du handicap. Ce n'est pas simplement un effet du processus et de l'outil même mais aussi du contexte historique. »*

Le mécanisme de l'AAP apparaît ainsi dans sa dimension la plus paradoxale : les acteurs sont incités à la coopération tout en étant placés dans une situation concurrentielle.

### **2.3 Les usages des AAP : un jeu complexe d'acteurs qui ne se résume pas seulement à l'application d'une procédure réglementaire**

Lorsqu'ils sont directement interrogés sur la transparence générale du mécanisme d'AAP, la plupart des professionnels expriment une relative confiance dans le respect du cadre réglementaire.

Un professionnel de l'ARS a ainsi souligné qu'il existait lors d'un AAP une interdiction de contact entre l'ARS et les postulants, nonobstant la diffusion d'informations sur le site internet. Cette rigueur est censée garantir *« une mise en concurrence sincère, loyale et équitable »*, prescrite dans l'article L 313-1-1 du CASF. Mais lorsqu'ils décrivent leur expérience de l'AAP, les acteurs font, à l'inverse, état d'un ensemble d'usages collectifs ou individuels constituant une dynamique complexe qui ne se résume pas à l'application stricto sensu d'une procédure réglementaire.

Concernant la diffusion des informations relatives aux AAP à venir, l'ARS et le conseil départemental décrivent une procédure très normée où la transmission des données suit les canaux officiels (réunion de présentation du PRIAC, diffusion sur les sites internet). Pour les gestionnaires d'établissements, la veille relative aux futurs AAP passe davantage par une communication informelle où les sources d'informations sont multiples. Les établissements peuvent recueillir des informations auprès des tutelles lors des revues de gestion ou au cours de réunions diverses. Les MAIA, les fédérations et les élus peuvent également être des relais importants.



Un directeur d'EHPAD évoque ainsi cette recherche d'information sur les AAP à venir : *« Quand on fait partie des instances d'échange des directeurs avec l'ARS, on peut avoir l'occasion d'avoir la présentation des prochains appels à projets dans le PRIAC. De toute façon, l'information, elle apparaît sur le site. Si on va sur le site, on sait maintenant que l'on trouve. Après, concrètement, on a nos entretiens d'évaluation annuels et c'est quand même souvent l'occasion. De toute façon moi je demande : quels sont les prochains AAP ? On fait un peu aussi un point sur ce qui va éventuellement sortir et c'est aussi un point de positionnement possible. Les choses sont évoquées : est-ce que tel établissement va pouvoir se positionner ? ».*

Dans cette situation, les relations informelles n'ont pas comme seul objet de diffuser des informations sur les AAP à venir. Elles semblent également permettre parfois aux établissements de s'assurer de l'existence ou non d'un fléchage officieux de l'AAP vers un promoteur spécifique ou de se positionner eux-mêmes le cas échéant.

Pour les professionnels interrogés, tout se passe comme si les différents établissements potentiellement concernés par un AAP tentaient de s'accorder au cours de tractations préalables sur celui qui serait le plus légitime à l'emporter. Cette négociation officieuse, parfois même menée avec les tutelles, limiterait ainsi le risque pour les établissements de concourir « pour rien » : *« Personnellement, je dis toujours : je vais tâter le terrain avant, car tout le monde a besoin de se développer, il y a une logique de territoire, parfois on peut être plusieurs à répondre. Si je sens que ce n'est pas pour moi, je préfère qu'on me le fasse comprendre plutôt que d'aller me casser la tête à répondre ! Un appel à projets, y passer beaucoup de temps et se retrouver après en concurrence... c'est compliqué. »*  
[Directeur d'EHPAD]

Selon les professionnels interrogés, il existe donc une multitude d'interactions entre l'ensemble des acteurs du secteur pouvant influencer sur la décision finale lors d'une procédure d'AAP. Dans cette logique d'influence, la place des élus est régulièrement évoquée, même si son importance n'apparaît toutefois que relative.

### **3 Si l'APP semble favoriser la prescription par les tutelles en matière d'expérimentation et d'innovation, les acteurs déploient des stratégies pour conserver une part d'initiative**

Si l'expérimentation et l'innovation peuvent être promues par la procédure d'AAP (3.1), cette démarche s'avère complexe et incite à la fois les acteurs et le législateur à emprunter d'autres voies pour y parvenir (3.2).

#### **3.1 L'AAP : un outil au service de la reconnaissance de l'expérimentation et de la promotion de l'innovation**

En instituant les AAP, le législateur entendait encourager, dans une logique descendante, les modes innovants ou expérimentaux de prise en charge dans le domaine social et médico-social afin de répondre à l'évolution des besoins des usagers.

Ainsi, une place particulière est attribuée aux projets innovants et expérimentaux dans le cadre réglementaire des AAP<sup>15</sup>. Les projets expérimentaux y sont définis comme des projets relatifs à des établissements ou des services ne relevant pas de catégories existantes. Ils sont néanmoins considérés comme des établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>16</sup>. Les projets innovants sont, quant à eux, des projets relatifs à des établissements ou services relevant de catégorie existante mais proposant un accompagnement et/ou une prise en charge novateurs par rapport à l'existant. Le pouvoir réglementaire a souhaité maintenir une part d'innovation dans les projets sociaux et médico-sociaux. En effet, le calendrier prévisionnel des appels à projets fixé par l'autorité compétente doit prévoir « qu'au moins une des procédures d'appel à projets envisagées est réservée partiellement ou exclusivement aux projets innovants ou expérimentaux. »<sup>17</sup> Dans ce cas, le cahier des charges de l'appel à projets est allégé. Seule une description sommaire des besoins à satisfaire y figure<sup>18</sup>. Selon le bilan établi par la CNSA en avril 2015<sup>19</sup>, dans le secteur médico-social, 17 % des appels à projets lancés en 2014 par les ARS sont innovants ou expérimentaux. Ils concernent majoritairement le secteur des personnes handicapées adultes.

---

15 <https://www.ars.sante.fr/linnovation-en-sante-lengagement-des-agences-regionales-de-sante>

16 Ils relèvent de l'article L.312-1 12° du CASF

17 Article R.313-4 du CASF

18 Article L.313-1-1 2° du CASF : « une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation des projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. »

19 Bilan des appels à projets médico-sociaux des ARS, année 2014, avril 2015 CNSA

Cependant, au regard de leurs expériences, les professionnels décrivent des situations où l'initiative est renversée : l'expérimentation et l'innovation peuvent alors émerger du terrain, l'AAP apparaissant alors comme l'aboutissement de la démarche.

Les AAP innovants semblent permettre de « sécuriser » les expérimentations menées par les gestionnaires. Un directeur d'établissement interrogé relate une expérimentation menée dans l'un de ses services sans recours à l'AAP. A ce titre, les subventions étaient annuelles et n'étaient pas systématiquement reconduites : *« ils donnaient [le département et l'ARS] des subventions tous les ans, il fallait pleurer pour les avoir ».*

L'expérimentation hors-cadre de la procédure d'AAP peut s'avérer précaire pour les gestionnaires, tant d'un point de vue financier que juridique. L'AAP permet donc de sécuriser la démarche d'expérimentation en apportant un soutien des autorités de tutelle ainsi qu'un cadre juridique spécifique pour mener des projets innovants sur un territoire : *« Avant, c'était des subventions. On demandait tous les ans. Là, ça a permis de viabiliser le fonctionnement, de savoir qu'on allait avoir une enveloppe et qu'on était parti pour cinq ans ».*

Il est possible dans le cadre de l'AAP d'élaborer un diagnostic territorial sur des thématiques nouvelles qui pourraient prendre une importance croissante dans les années à venir. C'est particulièrement le cas pour les personnes handicapées vieillissantes. Sur ce sujet, un CLIC, une MAIA et une ARS ont conjointement mené un projet expérimental sur l'expression anticipée des projets de vie.

L'AAP apparaît comme un élément de concrétisation et de légitimation d'un projet dont le potentiel et l'efficacité sont reconnus par les autorités de tutelle. Ainsi, il n'est pas rare que des projets innovants soient d'abord pensés par des acteurs locaux puis repris et généralisés par les autorités de tutelle dans le cadre des AAP.

L'exemple du baluchonnage illustre cette situation. Cette expérimentation, venue du Canada, permet d'octroyer à l'aidant le répit nécessaire, en instituant une prise en charge à domicile de la personne âgée par une équipe de professionnels. *« Ça part d'expérimentations qui ont été faites ailleurs. Certains établissements se sont réappropriés en essayant de le développer en France et puis maintenant aussi les ARS commencent à intégrer des actions de baluchonnage aux appels à projets ».*

Si la démarche est aujourd'hui globalement saluée, elle n'est point exempte de critiques.

### 3.2 Mais la promotion des expérimentations par l'AAP reste délicate

Certaines limites relatives à la procédure d'AAP sont mises en lumière par les acteurs de terrain. En effet, la procédure peut paraître « *longue et complexe* ».

Pourtant, le cadre juridique prévoit un cahier des charges allégé pour les projets innovants mais les acteurs soulignent qu'il est parfois difficile de convaincre les autorités de tutelle de la pertinence et de l'efficacité du projet innovant porté. « *C'est quand on a commencé à donner la preuve que ça peut fonctionner et qu'on ne peut plus se passer de nous, qu'on ouvre un appel à projets* ». [Directeur d'EHPAD]

Cette prudence des autorités de tutelle peut s'expliquer par la limitation des crédits disponibles pour financer le secteur médico-social, mais aussi par la confrontation entre le risque qu'implique un projet innovant et la nécessité d'un financement pérenne pour mettre en place cette expérimentation. Cela traduit l'hétérogénéité de la compréhension du concept d'innovation entre les différents acteurs. En effet, l'innovation peut être perçue comme un processus ascendant ou descendant. L'intégration de procédés innovants à différents plans nationaux (le « Plan Alzheimer » ou le « Plan autisme » par exemple) traduisent une vision descendante de l'innovation. Au contraire, certains acteurs, en particulier des directeurs, perçoivent l'innovation comme un levier d'action ascendant, venant du terrain. De même, un décalage peut être perçu entre les gestionnaires d'établissements et les autorités de tutelle dans leur vision de l'innovation. En effet, les premiers considèrent l'innovation comme une prise de risque nécessaire, située à la frontière entre le connu et l'inconnu, dont la réussite est potentielle mais difficilement démontrable a priori. Les seconds, en considération des impératifs budgétaires et administratifs de bon usage des deniers publics, se voient contraints de justifier la pertinence et l'efficacité d'un financement important et régulier d'un projet innovant, ce qui peut constituer un frein à l'émergence de ces expérimentations. Ces autorités peuvent dès lors sembler « *frileuses* » pour financer certains projets innovants. De façon générale, le cadre de l'AAP peut paraître comme une procédure qui « *affaiblit la créativité en termes de solutions* » par certains gestionnaires.

Face à ces difficultés, la mise en place d'expérimentations peut emprunter des voies alternatives à la procédure d'AAP. « *On voit que les actions nouvelles s'écartent même de la procédure d'appel à projets et que les pouvoirs publics s'y intéressent. Par exemple, l'habitat inclusif, le gouvernement a décidé de financer un projet par région : on passe par*

*des appels à candidatures et pas par des appels à projets car on sait que les projets existent déjà car chacun a entendu parler de groupe de résidents, de groupe... On veut stimuler cela et ne plus faire à l'ancienne. On n'est pas capable de lancer des appels à projets car on veut voir comment ça marche dans la vraie vie des projets comme cela. Donc on voit bien que l'on est partagé entre les deux... L'habitat inclusif est un bon exemple dans ce domaine où aujourd'hui pour favoriser un mouvement naissant on sait plus très bien si c'est par l'AAP qu'il faut passer. Mais globalement les partenaires se sont plutôt adaptés à la nouvelle technique, je trouve » [CNSA].*

C'est pourquoi l'expérimentation est appelée à se développer dans le cadre des AAP mais aussi en dehors.

Ainsi, la contractualisation croissante entre les établissements et les autorités de tutelle constitue une première opportunité pour mettre en place des projets innovants. Dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)<sup>20</sup>, les établissements peuvent dialoguer et convenir de projets avec leurs autorités de tutelle. Cette démarche se veut plus individuelle et personnalisée, par rapport à la dimension générale et ouverte de l'AAP.

Par ailleurs, le pouvoir réglementaire a, par décrets successifs, réduit progressivement le champ d'application de la procédure de l'appel à projets et favorise ainsi l'innovation portée par les acteurs de terrain. En effet, les cas d'exonération de la procédure de l'appel à projets se sont multipliés depuis 2010<sup>21</sup> <sup>22</sup>. Si, dans ces cas, la procédure d'appel à projets n'aura pas à être observée, les créations, transformations et extensions d'établissements sociaux et médico-sociaux ne seront pas pour autant dispensées d'autorisation. Le projet pourra en effet être déposé auprès de l'autorité compétente à n'importe quel moment de l'année mais l'autorisation ne sera accordée, selon les termes de l'article L. 313-4 du code

---

<sup>20</sup> Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social, ANAP, janvier 2017

<sup>21</sup> Successivement par les décrets du 30 mai 2014 n° 2014-565 et du 15 juin 2016 n° 2016-801

<sup>22</sup> A titre d'illustration, ne rentrent pas dans le champ d'application de la procédure de l'appel à projets :

- Les créations, transformations, extension ne faisant pas appel aux financements publics
- Les extensions générant une augmentation de capacité inférieure à 30% de la capacité initialement autorisée
- Les transformations d'établissements sociaux et médico-sociaux sans changement de la catégorie de bénéficiaires
- Les transformations avec changement de catégorie de bénéficiaires et les transformations d'activité hospitalière en un établissement ou service social et médico-social lorsqu'elles ont été prévues au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et que l'augmentation de la capacité est inférieure à 30 % de la capacité initialement autorisée
- La création et l'extension des Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile.

de l'action sociale et des familles que si « le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au [Code de l'action sociale et des familles] et prévoit les démarches d'évaluation ». Cet allègement de procédure dans la délivrance des autorisations a notamment pour but d'encourager les restructurations des établissements sociaux et médico-sociaux et de conserver une dynamique de terrain y compris dans le domaine de l'innovation.

Ces seuils, permettant de créer, transformer ou étendre le nombre de places dans un service ont été aménagés par la réglementation, afin de donner plus de souplesse à la gestion des établissements : « *C'est plutôt des petites extensions qui font que l'on n'est pas obligé de passer par des appels à projets* ». Ces aménagements, appréciés par les gestionnaires, invitent à approfondir les assouplissements du cadre de l'AAP déjà effectués.

Enfin, certains directeurs font part de leur souhait de modifier le paradigme de l'innovation dans le secteur médico-social, en s'inspirant du modèle canadien, afin de valoriser un « droit à l'erreur » et à la prise de risque, par un octroi et un arrêt facilités des financements liés aux modes de prises en charge innovants. Cela permettrait de faire émerger davantage de projets innovants, tout en les encadrant afin de valoriser les projets les plus efficaces. Le projet ne serait dès lors plus évalué a priori, mais a posteriori.

## Conclusion

Au terme de ce travail, il nous apparaît que l'appropriation par les acteurs de la procédure d'AAP se traduit par un ensemble particulièrement riche et complexe de stratégies, d'interactions et d'usages. Il s'agit, pour les tutelles, de favoriser le passage de la concurrence entre structures à une complémentarité territoriale. Celui-ci, au service de l'utilisateur, vise une recomposition de l'offre sociale et médico-sociale par la coopération ainsi que les réponses conjointes et coordonnées aux AAP. Toutefois, les acteurs révèlent des limites à l'efficacité de la procédure, en termes de diagnostic partagé, de difficulté pour les petites structures à répondre aux AAP et de capacité d'initiative dans la promotion de l'innovation. Par ailleurs, la coopération n'est pas facilitée dans un contexte contraint où la concurrence pose parfois la question de la pérennité des structures les moins armées.

Partant de ce constat, nous proposons quatre pistes de réflexion qui pourraient contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre de la procédure d'AAP.

### ➤ *Promouvoir une évaluation multi-référentielle au service d'un diagnostic partagé*

Cette capacité demande d'être très au fait des besoins sociaux et médico-sociaux d'un territoire et des ruptures potentielles des parcours de santé ou de vie liées à une absence de réponse à ces besoins. Il conviendrait donc que les acteurs de terrain eux-mêmes ainsi que les systèmes intégratifs (MAIA, pilotes autisme, Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)...) alimentent les diagnostics territoriaux partagés.

Cette démarche, pour être efficace, ne peut se satisfaire d'initiatives isolées. La réponse ne peut être que co-construite en évaluant les performances individuelles et collectives des systèmes existants pour éventuellement dégager des ressources sous-exploitées afin de financer les innovations et imaginer des mutualisations.

Il est probablement plus efficace pour les usagers que la réponse aux besoins soit construite collectivement pour mieux la répartir et l'adapter (exemples : hébergement complet ou temporaire, hébergement d'urgence, offre de répit aidant-aidé, services ambulatoires, logements adaptés...).

C'est peut-être là que réside l'un des intérêts des fédérations d'établissements qui peuvent impulser et offrir une aide logistique à ces démarches. Peut-être, au-delà des groupements

de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), pourrait-on imaginer que les ESMS trouvent, en intégrant les GHT<sup>23</sup>, les ressources nécessaires à l'élaboration de ce diagnostic et lient la prise en charge médico-sociale au volet sanitaire des parcours. Il s'agirait de transformer la concurrence entre établissements en complémentarité au service des usagers. Par là-même, cela permettrait d'éviter les réponses opportunistes n'ayant pour unique objet que de favoriser le développement d'une structure au détriment d'une réponse adaptée aux besoins du territoire.

Il est aussi probable que la réflexion sur les parcours et la définition des besoins nécessitent d'inclure les acteurs sanitaires libéraux qui partagent le quotidien des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Il conviendrait aussi d'intégrer davantage l'avis des usagers eux-mêmes et/ou des aidants, au-delà des grandes associations. Cette capacité à évaluer les besoins peut alors permettre d'anticiper les AAP et de réfléchir, en amont, à des réponses conjointes et coopératives.

➤ ***Développer une cellule territoriale experte mutualisée pour anticiper et répondre aux AAP***

La coopération et la participation à un collectif pourrait peut-être aussi permettre de constituer une cellule experte partagée dont le rôle serait d'organiser une veille active non seulement sur les besoins mais encore sur les opportunités de financement, sur les priorités des financeurs (schéma national handicaps rares, PRS ou schémas départementaux de protection de l'enfance.) ou la publication des AAP.

Ce type d'organisation, décrite par les professionnels dans les grandes associations, leur permet souvent d'être plus réactives et pertinentes dans la promotion de leurs projets (procédures formalisées, schémas-types de projets et de présentations, disponibilité d'avis experts...). Une telle structure experte pourrait par ailleurs servir l'analyse des cahiers des charges, à la recherche des zones d'incertitude exploitables vers l'innovation mais aussi à la préparation d'une réponse exhaustive sans risque d'échec. Structure identifiée donc en rapport permanent avec l'ARS et le conseil départemental, ce qui en accroîtrait la crédibilité et faciliterait probablement le flux d'information.

---

<sup>23</sup> Comme le prévoit la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.



➤ ***Inciter les ARS à développer les processus collaboratifs entre acteurs***

Il apparaît important que l'ARS explicite les cahiers des charges et diffuse les AAP dans des délais plus favorables à la conception de projets innovants (au-delà de 2 mois).

Un gain d'efficacité pourrait également résider dans une coopération accrue avec les conseils départementaux et les structures territoriales mais aussi les acteurs des filières et des parcours sur les diagnostics et la complémentarité du financement des projets. En effet, la déclinaison de politiques ou de plans nationaux ne répond que rarement à des besoins locaux très contextualisés. D'ailleurs, l'analyse des AAP infructueux démontre souvent que l'absence de réponse résulte de l'absence des besoins identifiés dans l'AAP. Enfin, des séances d'information dédiées au partage des diagnostics territoriaux et à la prévision des AAP pourraient être organisées. Des temps d'échange pourraient aussi favoriser l'émergence de réponses coopératives et conjointes entre les structures du territoire.

Concernant la sélection des projets, il ressort des entretiens que les résultats des AAP manquent parfois de transparence pour les promoteurs de projet. De fait, la frustration semble expliquer ensuite le désinvestissement par rapport aux AAP. L'échec à un AAP pourrait être l'occasion d'une étude d'explicitation conjointe ARS – promoteurs qui pourrait servir une meilleure réponse future. Enfin, l'évaluation de la mise en œuvre des projets n'est pas toujours suffisante, notamment pour estimer les évolutions ou adaptations nécessaires lorsque les objectifs ne sont pas totalement atteints. La meilleure formule serait qu'elle résulte d'une réflexion commune ARS/conseil départemental et promoteur à différentes échéances dans un dispositif d'accompagnement.

➤ ***Créer une banque de données nationale des projets réussis dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie***

La CNSA a souligné l'absence d'une banque nationale de données compilant les projets territoriaux innovants élaborés en réponse à un besoin social et médico-social ainsi que l'évaluation de leur efficacité. Elle faciliterait le transfert des innovations réussies d'une région ou d'un territoire à l'autre. Comme il ressort aussi de l'entretien mené à la CNSA que celle-ci ne dispose que de critères quantitatifs pour la répartition territoriale des moyens alloués, il paraîtrait indispensable qu'ils soient complétés par des critères qualitatifs plus à même de qualifier la pertinence et l'efficacité de la réponse aux besoins des usagers.



---

## Bibliographie

---

### **Ouvrages :**

BAUDURET J-F, 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Broché.

BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, « Les innovations locales à l'épreuve des politiques publiques et réciproquement », in *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, pp.121-155.

MARAIS, M.-C., RAPEGNO, N., 2014, « La Loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planification médico-sociale ? », in T. ALAM, M. GURRUCHAGA (dir.), *Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé*, collection GRALE, Paris, L'Harmattan, pp. 135-154.

MARROT B., 2000, *L'administration de la Santé en France*, Paris, L'Harmattan.

RAPEGNO N., *Établissement d'hébergement pour adulte handicapé en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers*, thèse de doctorat en géographie, EHESS, Paris, 2014. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01097620>

### **Périodiques :**

CLAVANIER B., 2010, Appels à projets ou commande publique ?, *Lettre du Centre interRégional d'Étude, d'Action et d'Information PACA et Corse en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation*, n°5.

DUFOUR F., 2016, Autorisation : comment remporter un appel à projet, *Direction(s)*, n°143.

RIHAL H., 2016, Les agences régionales de santé face aux établissements sociaux et médico-sociaux, acteurs ou metteurs en scène : l'appel à projets, *Revue de droit sanitaire et social*, n°3, p.425-433

### **Documents institutionnels :**

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX, 2017, *Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social – Guide méthodologique d'appui à la contractualisation*, Paris, 64 pages.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, 2015, *Bilan des appels à projets médico-sociaux des ARS année 2014*, Paris, 44 pages.

## **Webographie :**

<https://www.ars.sante.fr/linnovation-en-sante-lengagement-des-agences-regionales-de-sante>, consulté le 12 mai 2017

[http://www.cnsa.fr/documentation/appel\\_a\\_projet\\_kit\\_2707010.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/appel_a_projet_kit_2707010.pdf), consulté le 12 mai 2017

## **Références juridiques**

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1.1 du code de l'action sociale et des familles

Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appels à projets et d'autorisation mentionné à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

Circulaire n° DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE I : Liste et profil des personnes contactées
- ANNEXE II : Guide d'entretien
- ANNEXE III : Synthèse des entretiens 1, 2 et 3
- ANNEXE IV : Retranscription intégrale de l'entretien avec un responsable de la DGCS

## ANNEXE I : Liste et profil des personnes contactées

Personnes contactées et profil	Date et durée de l'entretien
Deux pilotes Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)	4 mai / 24'52'' et 58'24''
Un pilote régional autisme	9 mai / 40'15''
Un ingénieur qualité dans une structure associative	5 mai / 23'26''
Un promoteur associatif de projets	5 mai / 37'62''
Un éducateur coordonnateur en structure médico-sociale	5 mai / 36'17''
Un directeur de structure d'hébergement et d'accompagnement de personnes âgées	10 mai / 1h33'12''
Un directeur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	5 mai / 47'04''
Un directeur de foyer occupationnel, structure médico-sociale associative	Non réalisé (absence temporaire)
Un directeur de structure associative	16 mai / 1h01'33''
Un directeur d'un groupement d'établissements de santé sanitaire de l'Assurance Maladie (UGECAM)	12 mai / 40'04''
Un directeur de Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)	10 mai / 1h02'42''
Un directeur général adjoint à la solidarité au conseil départemental	4 mai / 46'13''
Un responsable à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)	9 mai / 33'57''
Un directeur à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)	10 mai / 57'25''

## **ANNEXE II : Guide d'entretien**

Rappel de la thématique du MIP (Genèse et usages des AAP dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie) et construction (groupe d'élèves de l'EHESP, inter-filiarité, réflexion sur des thèmes de Santé Publique).

Objectif d'un échange ouvert sur la base d'une grille d'entretien. Remarques bienvenues pour la compléter au besoin, notamment si des sujets importants n'ont pas été abordés.

Propos anonymisés / accord pour l'enregistrement ? Transmission d'un document de synthèse à l'issue de la rédaction.

**Pourriez-vous présenter rapidement votre fonction et votre implication dans les AAP (lien avec le sujet des AAP) ?**

**A partir de cet exemple vécu d'APP, pourriez-vous nous décrire les différentes étapes de celui-ci :**

- Calendrier : *intervenue au bon moment ? En amont ? En « réponse » à des travaux préparatoires du gestionnaire mettant en avant le besoin sur le territoire et faisant part de ce projet aux tutelles ou initié par la tutelle ?*
- Répertoire des besoins
- Rédaction du cahier des charges : *avec qui ? complexité qui décourage ou pas ? bénéficié d'un soutien (MAIA/ CLIC) ?*
- Information, promotion, connaissance des AAP ; *que pensez-vous de l'information sur la procédure ? Vous semble-t-elle claire, compréhensible, suffisante ?*
- Commission de sélection : fonctionnement : *comment ça se passe ? passage à l'oral ? comment est-ce vécu par les directeurs d'établissements ?*
- Suffisance des candidatures

**Partenariats :**

- Complémentarité/concurrence, nature des relations entre les acteurs (ARS, conseil départemental, associations, structures, élus).

**Points positifs et négatifs de la coopération/des partenariats.**

- *Est-ce que vous pouvez nous parler des relations entre les différents acteurs ? ARS, conseil départemental, élus, gestionnaires d'établissements.*
- *L'AAP est-il un levier de coopération ? Travail de concertation ou concurrence entre les acteurs ?*
- *Quel est le lien des politiques nationales, régionales et départementales avec l'appel à projets ? Intervention des élus locaux ? Projet soutenu par un élu ? Si oui, facilitateur d'une attention portée au projet déposé ?*
- *Sentiment d'une différence d'attention aux projets portés par petites structures et structures de taille importante/associations ? Rupture d'égalité ?*

**Comment répondre aux besoins dans un contexte financier contraignant ?  
Transformation, adaptation... Innovations, évolution du cadre, expérimentations de  
terrains novatrices, initiatives individuelles.**

- *L'AAP est-il un frein aux innovations spontanées ? À l'inverse, est-ce un levier favorisant les innovations ? Surtout dans le contexte budgétaire contraint. L'AAP comme moyen de développement des structures ? de diversification de l'offre pour répondre aux besoins populations ?*
- *Autre moyen de mettre en œuvre un projet ? alternative à la procédure d'AAP ? mais alors quel financement ?*
- *Que pouvez-vous nous dire concernant les financements des AAP ?*
  - Calendrier des différents partenaires
  - Enveloppes

**Avantages / inconvénients globaux sur les AAP (avant 2009/après 2009)**

**Suivi du projet : évaluation du projet par la tutelle ? quel suivi ?**

**Commentaires complémentaires**



## **ANNEXE III : Synthèse des entretiens 1, 2 et 3**

### **Entretien 1 : DGA**

AAP : levier de la coproduction, de coopération qui est valorisée dans les critères de sélection.

AAP : outil de programmation, de rationalisation, évite le clientélisme, donne un principe d'équité dans le portage de projet.

Levier pour l'évolution de l'offre actuelle, redéploiement des moyens (création de « fongibilité » entre moyens dédiés à la charge en soins et à la dépendance).

AAP pas toujours parfaitement coordonné entre ARS et CD, du fait de crédits limités ou non dans le temps.

Importance du travail sur le CDC en amont de l'AAP avec les structures potentiellement susceptibles d'être concerné.

Le mécanisme d'appel à projets opère une sélection entre les structures en fonction de leur taille : la complexité apparaît comme une garantie de la pertinence de la réponse, de la réalisation du projet.

Les AAP s'inscrivent dans le PRS, PRIAC, SDA.

Autonomie du CD dans le lancement des appels à projet hormis les situations de co-financement.

Le cadre politique national ne suffit pas à définir le cadre de l'action du CD.

### **Entretiens 2 et 3 : pilotes MAIA**

Les cahiers des charges impulsent voire rendent obligatoire les coopérations entre acteurs.

Paradoxalement, des tensions peuvent apparaître dans ces situations de mise en concurrence.

Biais dans la sélection des appels à projet : élus locaux, « grosses » structures avec fonctions support performantes.

Effet « pervers » : certaines structures répondent à tous les AAP, car cela représente une manne financière.

Certains AAP ne sont pas contextualisés (AAP nationaux, tels PTA) : problème : il existe des besoins connus localement auxquels on ne peut pas répondre.

Appui des MAIA sur la diffusion des appels à projet auprès des établissements, et dans la construction des réponses.

Manque de représentation des usagers.

Importance de l'identification des besoins (discussion avec les partenaires, patients traceur au sein du GHT)

Sélection dans les postulants : certains ont être découragés avant même de répondre (difficulté technique, commission de sélection parfois difficile à vivre).

Importance de la concertation des acteurs dans l'élaboration de la cartographie des besoins (taux d'occupations, efficience des fonctionnements des structures).

Même si tension budgétaire, possibilité de remobiliser des moyens sous exploités, et finalement d'innover.

Nécessité de mutualiser les moyens, rationaliser et pour cela, créer des passerelles, d'où l'importance des appels à projet coopératifs.

## **ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien avec un responsable de la DGCS**

**Le 9/05/2016 14h30 (33'57'')**

**Q : Dans un 1<sup>er</sup> temps est ce que vous pourriez nous présenter votre fonction et plus particulièrement les fonctions que vous exercez ?**

R : actuellement je suis [...] à la DGCS et à ce titre j'ai effectivement une mission de soutien à la chef de bureau dans tous les travaux et politiques qui concernent le champ des PA. Par ailleurs dans le cadre de missions ou fonctions précédentes, j'ai travaillé pendant 3 ans à la CNSA et dans ce cadre-là nous étions amenés avec les collègues de la CNSA à participer aux travaux d'élaboration du projet régional de santé et au 1<sup>er</sup> schéma régional de l'organisation médico-sociale qui a été un 1<sup>er</sup> schéma issu de la création des ARS, portée par elle-même et prévu par la loi HPST lorsque tout le processus de planification, programmation a été renouvelé par la loi HPST en 2010 et j'étais aussi référente sur des appels à projets donc chargée de mettre en œuvre toute cette réforme des autorisations par la procédure d'AAP. Donc dans ce cadre-là j'ai acquis à la CNSA un certain nombre de compétences et aujourd'hui, j'ai un peu un poste atypique parce qu'au-delà de mon poste d'adjointe à la cheffe de bureau de la prévention et de la PA j'ai gardé parce qu'il y a, par mémoire on va dire, plus beaucoup de personnes qui étaient à ce moment-là dans les travaux de la 1<sup>ère</sup> génération du PRS et qui connaissent les processus de planification, schéma, programmation, PRIAC et autorisation par APP donc ma sous directrice m'a confié de garder ces travaux dans le cadre effectivement de la 2<sup>ème</sup> génération des projets régional de santé et donc tous les mois depuis le mois d'avril l'année dernière, je participe aux travaux chef de projet atelier PRS. Chaque ARS envoie effectivement son chef de projets PRS, je dirai donc au niveau du secrétariat général, et des différents secrétariats centraux, on est là pour effectivement accompagner, pour apporter de la formation mais aussi pour écouter les retours d'expériences. Alors pourquoi une telle participation c'est parce qu'on est dans une logique de schéma régional unique dans lequel il y aura à la fois la prévention, le sanitaire, les soins de ville et l'offre hospitalière et le médico-social, l'accompagnement du médico-social. Donc c'est pour cela que les AAP nous ont les suit, et moi je trouve que c'est quelque chose d'extrêmement intéressant de manière plus importante au sein de mon bureau qu'au sein du bureau en charge des PH de par mon parcours précédent à la CNSA parce que c'est au travers de l'évolution de ces AAP, de l'innovation qu'on voit aussi poindre les initiatives que mettent en place les ARS avec les conseils départementaux sur l'évolution de l'offre médico-sociale et pour intégrer ses réflexions dans un futur schéma régional unique qui n'est quand même pas simple à élaborer. Voilà un petit peu le contexte de mes missions.

**Q : donc vous avez une vue tout de même assez générale, une vue d'ensemble sur l'organisation des AAP et de la coopération qui peut exister entre les différents conseils départementaux et les ARS**

R : de la manière dont c'est conduit par les CD c'est toujours un petit peu plus compliqué parce qu'on n'a pas de base nationale où on peut effectivement je dirai déposer ces AAP. On a une collègue en charge de ce dossier sur le plan quantitatif qui suit ces AAP à la CNSA et qui va sur les sites des ARS et qui effectivement fait un recensement mais compétences ARS voire compétences conjointes avec les CD, mais c'est quand même ce qui nous donne une bonne vision de ce qui bouge.

**Q : concernant les AAP que vous avez pu mener, est ce que vous pourriez nous décrire succinctement les différentes étapes et notamment peut être nous parler de l'information sur les procédures qui sont mises en place pour les AAP notamment dans l'accessibilité et la diffusion de ceux-ci en fait**

R : alors effectivement comme je viens de vous le dire dans la diffusion c'est sur les sites des ARS donc puisque lorsque l'ARS, le CD, l'Etat, l'Etat quand je dis l'Etat cela peut être les directions de la cohésion sociale, cela peut être les protections judiciaires de la jeunesse, en tous cas chaque entité qui décide de lancer un AAP établit un calendrier prévisionnel de ces AAP, et publie sur son site et lorsqu'elle se décide à lancer cette procédure, rédige un cahier des charges avec un certain nombre d'éléments sur les critères d'appréciation pour donner le maximum de transparence sur comment seront notés les projets qui seront déposés par les promoteurs, ça elles le mettent sur leur site. Après c'est à charge, je dirai des promoteurs, des organismes gestionnaires d'aller voir régulièrement sur les sites des ARS, des CD, des services de l'Etat pour voir les AAP qui sont lancés

**Q : d'accord très bien**

R : donc ça c'est sur le site de chaque ARS, c'est sur le site des préfectures, c'est sur le site des CD. Bon après je dis toujours, lorsque je faisais de la formation, j'interviens beaucoup moins à Rennes maintenant. Quand j'étais à la CNSA j'intervenais régulièrement à Rennes sur ce sujet-là, je le fais encore de temps en temps plutôt sur les instituts de formation pour les cadre DS ou cadre de service, il y a toujours un moyen de pouvoir suivre ce qui sort dans le cadre des AAP dès lors que les ARS, CD, services de l'Etat font des groupes de travail sur des thématiques, j'imagine ils veulent travailler sur une recomposition de l'offre sur un territoire, les acteurs sont associés c'est là aussi en amont du lancement de la procédure qu'ils ont une bonne connaissance de ce qui peut arriver et puis le calendrier prévisionnel qui n'est pas spécialement qu'annuel mais les ARS font des calendriers pluriannuels donc donne de la lisibilité sur ce qui va être lancé. Il y a parfois des décalages entre la prévision et le lancement parce qu'il y a les travaux préparatoires, les négociations, sur un cahier des charges conjoints, le temps que cela soit validé sur les différentes instances, par les politiques cela demande toujours un peu plus de temps, il y a souvent quelque décalage, mais bon, vraiment je pense que les organismes gestionnaires, ceux qui souhaitent répondre et les opérateurs privés au niveau associatif et public sont en capacité de pouvoir disposer d'informations et de la lisibilité sur ce qui va se passer.

**Q : d'accord et selon vous, est ce que cette capacité à accéder à l'information est accessible à tous types de structure ou vraiment la taille de la structure peut être un frein notamment si elle est petite dans la réponse au ...**

R : très honnêtement, la taille de la structure peut être un frein , moi j'ai bien vu se profiler lorsque j'ai commencé ce travail puisque j'étais dans le groupe d'expérimentation en 2009 puisque j'étais en région qu'effectivement cela aller vite être un problème pour les petites associations parce que c'est du temps aussi, on le voit bien nous au niveau national que c'est du temps à rechercher les AAP donc il faut effectivement avoir, je dirai, une taille critique qui permet d'avoir un personnel qui puisse passer du temps dans les groupes de travail, sur la préparation des schémas, des groupes de travail sur certaines thématiques pour pouvoir je dirai percevoir un petit peu ce qui va se passer, et puis c'est aussi je dirai avant les capacités, à répondre dans les délais, donc cela veut dire anticiper. Moi je dis toujours, ça veut dire qu'il faut préparer son dossier, il faut savoir comment je vais répondre à l'AAP, quelle va être ma posture, faire mon autodiagnostic sur mes capacités

aussi à pouvoir je dirai mettre les ressources en face pour pouvoir je dirai travailler sur tel ou tel projet. C'est aussi repérer des enjeux de coopération ou de concurrence qu'il peut y avoir aussi avec d'autres partenaires sur le territoire

**Q : hum...**

R : être capable de dire quels sont effectivement je dirai les atouts, comment je les valorise, quels sont les points forts que je dois valoriser par rapport au projet qui est lancé par le financeur, quelle prise de risque je peux prendre en termes d'innovation dans ma réponse, au regard de ce qu'il y a dans le cahier des charges. Donc c'est vraiment réfléchir à sa stratégie, c'est réfléchir à son positionnement, euh voilà, est ce que j'ai bien les moyens pour pouvoir répondre, bien les moyens je dirai pour pouvoir suivre mon projet, parce que derrière il y a aussi la CNSA qui va suivre l'état d'avancement des projets, il y a ce que l'on appelle les crédits de paiement quand il s'agira de mettre en œuvre le projet.

Donc quand nous au niveau national, on fait des constats qu'il y a des décalages entre l'autorisation de projets et sa mise en œuvre, c'est parce que parfois, il y a toujours des raisons mais il y a aussi je dirai la capacité à mettre en œuvre, donc il faut aussi savoir s'autoévaluer pour pouvoir répondre parce qu'aujourd'hui on ne dépose pas un projet pour que 6 ans après il se mette en place. Ce n'est pas l'objectif, aujourd'hui si l'on répond à un AAP, souvent dans les critères vous allez voir, je dirai qu'il y a aussi la capacité à mettre en œuvre qui fait partie de ces critères, de ces coefficients de pondération pour effectivement disposer du personnel assez rapidement, d'être capable de suivre son projet pour qu'il soit prêt dans les délais. Il s'agit par exemple d'une création d'une structure, s'il y a des besoins ce n'est pas pour y répondre 6 ans après, enfin moi je me souviens on autorisait des projets dans le cadre du CROSM et 6 ans après ils n'étaient toujours pas en place. Qu'est-ce que cela veut dire par rapport à des fortes demandes, des fortes listes d'attente.

**Q : oui, oui, complètement... donc en fait concrètement l'AAP, déjà à la base, il peut mettre en concurrence diverses structures et notamment des grosses structures ou des grosses associations gestionnaires versus des petites entités ?**

R : alors il peut les mettre en concurrence comme des petites associations peuvent aussi parce qu'elles ont aussi un savoir-faire sur telle ou telle thématique, je pense par exemple sur l'autisme qui parle à tout le monde, parce qu'elles ont voilà des petites structures, parce qu'on est sur des petites capacités et parce que cela répond bien aussi à une demande

**Q : un besoin,**

R : elles sont en capacité de répondre en coopération à une réponse, un AAP peut aussi se faire en coopération, avec effectivement une plus grosse association qui a les reins plus solides sur des capacités d'autofinancement ou pour pouvoir accompagner du bâti ou pour pouvoir suivre le projet, et la petite association va pouvoir apporter son expertise et son savoir-faire en matière d'accompagnement

**Q : hum...d'accord**

R : c'est pour cela quand je dis qu'il faut savoir clarifier son positionnement, sa stratégie c'est savoir effectivement si on est bien capable de le faire dans le cadre de coopérations ou si on va se situer plutôt dans une concurrence parce qu'on va être de même nature ou si on est en capacité de pouvoir dire qu'on travaille ensemble et donc on va le porter ensemble.

**Q : oui, oui, pour vous l'AAP est autant synonyme de concurrence que de coopération finalement ?**

R : bien sûr, moi je dis toujours la réponse à l'AAP doit l'emporter au-delà de la concurrence c'est-à-dire arrêtons la concurrence, c'est des fonds publics, il y a des personnes qui attendent et arrêtons de jouer chacun dans nos chapelles – bon, je suis assez directe- en disant moi je veux développer toute ma palette , aujourd'hui toutes les associations ne peuvent pas, ne peuvent plus développer toutes une palette de services, il faut vraiment apprendre à travailler en coopération dans une logique de parcours. Oui moi c'est ce que je défends et ce que je dis quand j'interviens dans le cadre de formation mais c'est aussi ce que l'on dit plus globalement dans nos travaux nationaux parce qu'au niveau local, quand il n'y a plus de plans, plus de moyens il va bien falloir travailler différemment avec les moyens existants et s'adapter à l'évolution de l'offre et des besoins parce que les besoins sont tout de même en constante évolution.

**Q : très bien, pourriez-vous nous dire par exemple si lors des commissions de sélection, vous avez peut-être déjà assisté à l'une d'entre elle, un dossier de réponse d'AAP présenté avec des coopérations entre établissements aura « plus de chances » d'aboutir plutôt qu'un projet présenté de façon isolée par une structure ?**

R : alors moi j'ai très peu participé à des commissions de sélection d'AAP, j'ai participé quand j'étais en région mais avant la mise en œuvre puisque donc je suis arrivée à la CNSA en juin 2010 donc c'était au moment de la publication des textes et du lancement de la formation interrégionale avec je dirai les services de l'Etat, les ARS et les CD, donc des fonctionnements en tant que tels aujourd'hui je n'ai pas participé. En tous cas, ce que je peux dire et ce qui peut ressortir des expériences, de ce qui remontent de nos petites enquêtes, c'est qu'effectivement on est sur des logiques de territoire et quand on regarde les projets innovants, et ça ça le confirme, on voit bien que les opérateurs peuvent être à plusieurs à répondre et qu'ils ont compris selon leur maturité mais aussi cela rejoint les régions qui sont plus dynamiques, sur les sujets de contractualisation, de coopération, les régions qui ont développé beaucoup de CPOM sont extrêmement dynamiques pour tous ces enjeux de coopération et font de la recomposition de l'offre au sein des enveloppes ...donc elles, elles sont sur ces enjeux de coopération, donc ils vont répondre assez facilement mais moi, voilà, je n'ai pas participé à proprement dit à des commissions après publication des textes. En amont, je peux vous dire de ma petite expérience, effectivement on était très vigilant autour de la coopération sur comment ils allaient travailler ensemble que de garder chacun ces publics.

**Q : je rebondis sur ce que vous disiez, qu'est-ce que vous entendez par projets innovants ? quels types de projets innovants vous avez déjà pu rencontrer ?**

R : alors sur le champ des personnes âgées, c'est plutôt des AAP qui seraient sous forme de plateforme, de dispositifs. Par exemple, on peut avoir je dirai, un AAP sur un territoire qui va être composé à la fois de place d'EHPAD, d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, de solutions de répit, d'un espace d'écoute pour les aidants, de logements adaptés qui relèvent de la cohésion sociale et d'un service d'accompagnement à la vie sociale financé par le CD ce qui permet à la fois de prendre en charge je dirai des personnes handicapées vieillissantes qui ont quand même ce logement adapté et qui peuvent profiter des activités qui sont développées au sein de l'EHPAD en accueil de jour et profiter effectivement d'espaces, la restauration, etc....tout en étant dans leur logement adapté et accompagné le soir.

**Q : d'accord donc cela correspond...**

R : à des projets de territoire. Cela peut être un EHPAD qui est centre de ressources, et qui effectivement une collaboration avec une résidence service, qui est complètement dans le champ commercial mais qui mutualise, je dirai, la restauration, la blanchisserie, les activités, ça permet d'avoir, vous imaginez un couple, voilà la personne est atteinte de la sclérose en plaques, elle est atteinte d'une maladie neurodégénérative donc elle est, je dirai, incapable de rester dans son logement et le domicile devient très compliqué à la fois pour le conjoint que pour la personne je dirai atteinte par une perte d'autonomie, la personne peut être admise en EHPAD et son conjoint serait en résidence autonomie ou en résidence service et pourrait profiter de se voir le midi ou sur le temps d'animation et chacun pouvant garder son espace parce que la personne qui est en bonne santé garder son espace d'activités et pour elle cela devient plus supportable que de rester à domicile avec sa personne âgée très dépendante

**Q : donc en fait on est vraiment...**

R : je dirai que c'est vraiment des réflexions de plateforme, de dispositifs, qui sont assez larges, qui favorisent effectivement le lien social, le maintien au moins à minima dans la vie de couple, moi j'ai un CD qui m'a évoqué la création de résidence autonomie pour effectivement celui qui va bien et puis celui qui va mal est en EHPAD. Voilà,

**Q : d'accord, ok, donc on est vraiment...**

R : on ne sépare pas le couple en EHPAD

**Q : voilà, on est vraiment par le projet innovant dans l'adaptation particulière...**

R : voilà au plus près des besoins, des personnes ...et voire même que cela coûte un peu moins cher. Parce que de construire une résidence autonomie, ou que le groupe Colysée qui fait ses résidences services dans des territoires ruraux très éloignés de l'accès aux soins , cela n'empêche que cette résidence service elle offre un logement, des activités ce qui permet du lien social avec les commerçants, chacun fait ses petites activités et l'autre conjoint qui ne va pas très bien et qui est dans l'EHPAD, cela permet aussi de maintenir des petits EHPAD de 40 à 45 places en milieu rural sans éloigner je dirai l'EHPAD du lieu de vie précédent du couple

**Q : oui..., oui, oui**

R : donc c'est vraiment des logiques d'amélioration de l'organisation du territoire, voilà, et puis de projets de services. Alors sur le champ du handicap c'est aussi la logique parcours, c'est-à-dire que voilà, l'enfant qui pète les plombs, je prends toujours cet exemple, qui est en ITEP, peut basculer de l'internat au semi internat à l'accueil de jour ou en accueil familial puis il va retourner à l'école avec un accompagnement SESSAD et puis quand cela va mieux il revient chez ses parents, il y a une équipe mobile qui vient chez les parents

**Q : oui donc on est vraiment dans l'adaptation perpétuelle à l'utilisateur en fait**

R : oui tout à fait. On a aussi des forme d'EHPAD hors les murs ou à domicile, c'est l'équivalent d'un EHPAD mais on reste chez soi avec un accompagnement renforcé et ça on commence à les regarder, ça c'est nouveau

**Q : d'accord très bien. Actuellement vous avez des ..., sur les financements des AAP, selon vous est ce qu'ils sont en adéquation avec les besoins des territoires ou bien ils mériteraient d'être réévaluer selon vous ?**

R : les AAP sont lancés en effet à partir des moyens mobilisables c'est-à-dire des enveloppes mesures nouvelles qui sont effectivement mises à disposition par la CNSA aux ARS et par les CD qui prévoient dans leur schéma des moyens financiers pour développer leur AAP. Alors après sur le montant des dotations, il y a des fourchettes qui sont données au niveau national dans le calibrage des autorisations d'engagement de mesures nouvelles et les AAP sont lancés à partir de ces éléments. Après les ARS ont toujours, elles ont toujours, elles ont une certaine souplesse pour donner plus de moyens si elles veulent faire de la coordination ou de l'accompagnement renforcé comme elles peuvent donner moins si on est sur quelque chose de très souple.

**Q : d'accord, très bien. Et à votre niveau comment, là c'est une question un peu plus technique, comment vous sont remontés les besoins du terrain, est ce que ce sont les professionnels du terrain ou vous avez les informations essentiellement par les ARS ou peut être les départements ?**

R : alors là, les informations remontent par les ARS tout simplement, après les professionnels quand ils font remonter les besoins c'est les instances qui sont prévues par la loi HPST qui ont été maintenues par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui sont les commissions spécialisées de la CRSA, les conférences de territoire qui sont aujourd'hui remplacées par les conseils territoriaux de santé qui font les diagnostics de territoire où là effectivement les associations, les organismes peuvent faire remonter les besoins et les partager avec les financeurs. Donc c'est vraiment au niveau local que cela se décide et ensuite lorsque le schéma est élaboré, je dirai que c'est là au niveau national que l'on fait un peu la consolidation des éléments, c'est assez compliqué parce que la 1<sup>ère</sup> génération de schémas n'a pas été très opérationnelle sur un plan quantitatif cela a plutôt été des objectifs je dirai stratégique en termes d'évolution de l'offre mis sans en préciser le quanti. On espère quand même que la 2<sup>ème</sup> génération de schémas sera un peu plus poussée sur le plan quanti pour nous permettre de pouvoir faire une consolidation au niveau national et de voir quels sont les réels manques en termes de places de personnes âgées ou handicapées pour pouvoir négocier avec le parlement dans le cadre de la nouvelle mandature des nouveaux plans. De toutes façons, il y a encore des places à installer sur les plans précédents quand même.

**Q : oui, ils ne sont pas tous mis en œuvre**

R : non, ils ne sont pas tous mis en œuvre, non, il n'y a pas plus de 10 000 places d'EHPAD au niveau national c'est pour vous dire.

**Q : d'accord, et concernant, de votre point de vue, quels sont les intérêts des AAP et quelles peuvent en être les limites ?**

R : les limites que l'on a constaté parce que très vite mis en place, moi j'étais du côté CNSA à l'époque en 2012, un petit groupe de travail notamment pour regarder de plus près les AAP innovants. Ce que l'on s'est très vite aperçu c'est que quand cette procédure a été pensée, elle a été pensée en 2008 2009 dans une période de création de places, c'est-à-dire qu'il y avait les plans solidarité grand âge, les plans pluriannuels de création de places pour personnes handicapées, il y avait beaucoup de moyens. Lorsque que l'on arrive en 2012



2013, on est en fin de notification de ces plans puisque tout a été notifié aux ARS en 2012, et donc on a vite vu que cet AAP marche bien pour les créations de places, marche très bien aussi pour créer une dynamique au niveau des territoires, pour ramener les opérateurs à repenser l'offre ou à les faire travailler ensemble, donc soit sous forme d'AAP soit sous forme même comme certaines ARS le font sous forme d'appels à candidatures pour créer cette dynamique et ensuite je dirai que c'est une recomposition de l'offre au sein de l'association, si elle a plusieurs établissements, c'est plutôt le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens puisque c'est ce qu'a prévu la loi vieillissement en termes d'évolution pour dire que la procédure d'AAP a des limites quand on est sur des opérations de transformation et là, ce n'est plus obligatoire maintenant, dès lors qu'il y a une grosse opération de transformation sur un organisme gestionnaire où il peut y avoir plusieurs établissements, on passe obligatoirement par un CPOM pour faire ces opérations de transformation. Cela a été très délicat de retirer des autorisations à un opérateur pour les donner à quelqu'un d'autre qui travaille mieux.

**Q : oui, j'imagine,**

R : donc voilà on fait un CPOM pour 5 ans, on le suit, si ça ne marche pas là on a les moyens de retirer l'autorisation avec des objectifs ficelés, un comité de suivi annuel qui permet effectivement de suivre, je dirai voilà, la mise en œuvre de cette recomposition de l'offre, parce que là aujourd'hui on a un gros enjeu de recomposition de l'offre sur le champ de la personne handicapée, l'instruction elle va sortir incessamment sous peu, elle a été signée le 2 mai, elle va être envoyée à destination des ARS parce que là il y a un gros enjeu

**Q : et notamment ce que vous me dites, me fait penser aux expérimentations et aux structures expérimentales. Dans le cadre de l'AAP comment les structures expérimentales peuvent « trouver » leur place ?**

R : alors pour moi, mais ce n'est pas porté par tout le monde je le sais, l'innovation et l'expérimentation n'empêchent pas, je dirai l'AAP n'empêche pas cette innovation, cette expérimentation. On l'a bien vu et on le voit, il y a environ en gros 20%, ça se maintient, 19 à 23, 21% d'AAP qui sont lancés qui sont innovants ou expérimentaux. Alors après l'innovation, on reste dans le schéma classique, par contre on est vraiment sur une réflexion de dispositif de plateforme, etc...et il y a des ARS qui vont plus loin, qui vont sur une expérimentation pour évaluer sur 3 ans ou 5 ans pour voir si c'est réellement cela qu'ils veulent faire. Parce que parfois au lieu de faire, je pense à l'AAP qui avait été fait en Alsace, au lieu de faire un SAMSAH ou un SIAD pour personnes handicapées vieillissantes, ils ont fait une équipe mobile de façon à amener la psychiatrie à travailler sur 4 foyers de vie pour personnes handicapées vieillissantes, cela permettait de laisser les personnes handicapées dans leur structure, par contre c'était une équipe mobile qui venait sur chacun des 4 foyers ce qui permettait donc à la fois de prendre en charge la partie soins des résidents et travailler la collaboration avec l'extérieur, des infirmières, des professionnels de santé, et de soutenir les équipes en interne. Et cette équipe mobile, on l'a appelée équipe mobile pour pouvoir aussi embarquer la psychiatrie. Idem cela s'est fait aussi sur le champ des troubles du comportement chez les enfants au lieu de faire un SESSAD, il y a 1 ou 2 ARS qui ont fait plutôt une équipe mobile pour pouvoir amener la pédopsychiatrie à travailler avec eux et à aller vers les équipes, aller vers les enfants qui sont en institution ITEP ou MECS sur le champ de la protection de l'enfance pour pouvoir embarquer cette espèce d'équipe, pour pouvoir faire comprendre au secteur sanitaire qu'ils ont vraiment intérêt à travailler avec le médico-social pour pouvoir mieux accompagner ces enfants et les familles et les équipes.

**Q : donc là si je comprends bien ces expérimentations-là sont quand même à l'initiative des tutelles, de l'ARS en tous cas ?**

R : à bien c'est, sont à l'initiative des ARS tout à fait mais après c'est effectivement travailler en collaboration, j'ai envie de dire, une association aujourd'hui, aller déposer un projet expérimental, elle peut le faire mais il faut que cela corresponde à des besoins du schéma. C'est toujours la réponse aux besoins du schéma qui est là et en fonction des enveloppes disponibles. Mais il y a beaucoup de travail, même si je dirai que l'initiative a été redonnée à la puissance publique, cela n'empêche qu'il y a tous les groupes de travail, les conseils territoriaux de santé où il y a des réflexions et les délégations territoriales de santé sont là pour faire...normalement une ARS au niveau local doit faire de l'animation de territoire et doit effectivement portée à la connaissance plutôt des directions de métiers du siège ce qui se passe sur les territoires. Elles doivent alimenter la réflexion pour les futurs schémas.

**Q : oui donc l'ARS doit vraiment être actrice des besoins des territoires...**

R : complètement, actrice du recensement des besoins, dans les diagnostics donc c'est ce qu'ils font là, il y a une montée en charge dans l'animation des territoires, actrice dans la préparation de son schéma avec des objectifs qui sont priorités, concertés dans le cadre des différentes instances parce que quand le schéma régional de santé quand il va être rédigé il va être soumis à concertation à l'automne à la CRSA, aux commissions spécialisées...etc. avant d'être adopté. Et ensuite les délégations territoriales des ARS vont se l'approprier pour le décliner et les AAP seront lancés en fonction des moyens disponibles dans le cadre du PRIAC. Il y a un chaînage qui pour moi est très bien fait et ça il ne faut pas qu'on le perde de vue effectivement. L'AAP est vraiment l'aboutissement d'un processus de concertation diagnostique, de planification de besoins, de programmation d'un développement ou une recomposition de l'offre, et ensuite on lance les AAP et ensuite on les mets en œuvre via les CPOM, autorisation et CPOM.

**Q : on voit bien le chaînage de la logique descendante**

R : et bien j'espère que vous avez eu des cours à Rennes sur ça (rires)

**Q : pas pour l'instant (rires)**

R : et bien c'est bien dommage (rires), je me souviens de Bernard Lucage qui venait de temps en temps pour faire ses cours sur le chaînage pour vraiment, parce que c'était toujours on va faire un cours de 3h sur les AAP, je disais toujours non, non, non, pas que les AAP, il faut comprendre pourquoi on lance des AAP

**Q : oui la mécanique de l'AAP**

R : oui tout à fait.

**Q : très bien, pour ma part, j'ai fait le tour des questions, est ce que vous voyez des informations à nous transmettre qui vous semblerez importantes et nous devrions avoir connaissance ?**

R : là votre module vous le travaillez sur cette thématique et vous avez quoi comme objectif ?

**Q : on a un rapport final à produire sur ce thème, bien sûr si cela vous intéresse nous pourrions vous le transmettre**

R : oui pourquoi pas

**Q : cela peut être intéressant de voir la façon dont on aura pu retranscrire**

R : exactement je trouve cela toujours très bien

**Q : et aboutir à une problématique. Et par contre si nous avons quelque interrogation qui subsiste**

R : vous me mettez un mail parce que là effectivement avec mes deux collègues qui sont partis, c'est un petit peu raide pour le moment, vous me mettez un mail et vous posez les questions, parce que comme je voyage beaucoup en TGV, entre le matin et le soir, j'ai toujours une petite heure autant le matin que le soir où je regarde mes mails et fais mes réponses. Et s'il y a besoin d'entretien, on se le refixe à l'occasion

**Q : d'accord, très bien, merci**

R : je ne vois pas d'autres choses pour l'instant par rapport à vos questions, parce que de mémoire ce module doit...combien de pages vous faites ?

**Q : 25 pages**

R : à oui quand même, donc on vous demande aussi de repérer des AAP, de regarder des cahiers des charges non ? pas spécialement ?

**Q : Non pas spécialement. Alors là nous étions plutôt focalisés sur la région de la Haute Normandie, de la Normandie donc les principaux acteurs interrogés dépendaient de cette région-là. Et puis on a aussi un dossier documentaire qui nous a été fourni par les animateurs du module**

R : D'accord

**Q : on travaille à partir de cela,**

R : dont Noémie ?

**Q : oui dont Noémie,**

R : ben oui parce que l'on a travaillé ensemble sur un article sur ce sujet là

**Q : oui, oui, on en a pris connaissance, on l'a lu**

R : oui on l'a co-écrit toutes les deux.

**Q : merci pour votre disponibilité**

R : bon courage à vous et pas de soucis pour relire si vous le souhaitez.

**Q : très bonne journée**

R : merci, au revoir.



*Thème n°10 - Animé par : BLOCH Marie-Aline, Professeure en sciences de gestion  
BERTILLOT Hugo, Sociologue, Ingénieur de recherche  
RAPEGNO Noémie, Géographe, Ingénieure de recherche*

## **GENESE ET USAGE DES APPELS A PROJETS DANS LE DOMAINE DU HANDICAP ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

*AMROUN Claire, EDS ; ANTONELLO Marc, EDS ; BODIN Mélanie, EAAH ; CHAIGNEAU  
Maxime, EDH ; GOULFIER Sophie, EAAH ; KHOUADHRIA Siham, MISP ; LAVALLARD  
Aurore, ED3S ; LE GOFF Amélie, ED3S ; MORAND Alexandre, EDH ; SORIA Dimitri, ED3S*

### ***Résumé :***

La procédure d'appel à projets, consacrée par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires du 21 juillet 2009, constitue la voie de droit commun de création, transformation et extension des établissements sociaux et médico-sociaux faisant appel à des financements publics. Elle répond à des enjeux d'organisation, d'égalité et de planification de l'offre sociale et médico-sociale. Toutefois, cet outil consacre le monopole de l'initiative des autorités de tutelle, agences régionales de santé et conseils départementaux, dans l'organisation du secteur du handicap et de la perte d'autonomie. Cette récente procédure se caractérise notamment par une mise en concurrence des offreurs de services sur le plan local.

Présenté comme transparent, objectif et rationnel, l'appel à projets soulève néanmoins des points de tension : le diagnostic territorial des autorités de tutelle répertorie-t-il suffisamment les besoins territoriaux en matière d'offre sociale et médico-sociale ? N'y-a-t-il pas de contradiction entre la mise en concurrence d'acteurs induite par ce dispositif et la dynamique actuelle de coopération et de partenariat entre établissements et services ? Enfin, l'appel à projets permet-il des marges de manœuvre suffisantes aux structures en termes d'expérimentation et d'innovation ?

Cette étude portant sur la genèse et les usages des appels à projets dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie vise ainsi à contextualiser cette procédure dans son cadre historico-juridique et de la confronter aux usages qui en sont faits par les acteurs locaux.

***Mots clés :*** appel à projets, autorisation, planification, coopération, innovation, expérimentations, offre médico-sociale, handicap et perte d'autonomie, diagnostic territorial.

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*