

Social Services of General Interest

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement/
Ministère de la Santé et des Solidarités

Field 1 – Legal issues

1. Have you had any experience in complying with Community law (e.g. in the field of internal market, competition, public procurement, etc.)?

Réglementation relative aux Marchés Publics

Il apparaît que les conséquences juridiques de l'application de la réglementation européenne relative à la commande publique restent aujourd'hui incertaines et mal appréhendées par les associations de solidarité (toutefois le secteur se distingue par l'existence d'un important secteur privé à but lucratif).

Ainsi, l'application aux associations des règles relatives à la mise en concurrence (code des marchés publics) est variable: il y a mise en concurrence régulière (issue du code des marchés publics) entre associations ou avec d'autres opérateurs pour des raisons de rationalité budgétaire, de régulation par le marché ou de sécurisation juridique.

- les associations en tant que porteurs de projet ou "prestataires"
- les associations en tant que donneurs d'ordre "pouvoirs adjudicateurs" : les associations n'ont pas toujours connaissance des dispositions des directives européennes (risque, si le marché est requalifié, d'annulation). Par ailleurs, en dehors des cas de marchés de travaux, les procédures peuvent sembler lourdes pour des associations qui n'ont pas toujours les moyens financiers et humains nécessaires.

2. Have you identified any constraints, current or possibly up-coming, in the application of Community law with regard to long-term care, and of what kind (financial, organisational, operational, etc.)? At which level (national, regional, local)? Please describe the situations and be specific.

3 principaux risques sont identifiés :

- Premièrement, un risque de dérégulation de la réglementation nationale, préjudiciable à l'usager, au nom des règles relatives à la liberté d'établissement et à la liberté de prestation.

L'encadrement réglementaire concerne en France l'équipement créé mais non la personne morale qui en a l'initiative. Cette personne morale peut être publique ou privée.

L'Etat, les collectivités territoriales et les associations repèrent des besoins sociaux, qui sont ensuite reconnus dans les politiques publiques. Souvent, les opérateurs (voir ci-dessous au point 3), sont des personnes privées.

La puissance publique, de son côté, garantit une politique générale, un encadrement législatif et réglementaire des dispositifs, une coordination des actions et leur financement par des fonds publics ou assimilés (impôt et cotisations sociales).

L'enjeu de la réglementation consiste à favoriser l'émergence de dispositifs variés et adaptés aux besoins d'une époque. Ces besoins sont susceptibles d'évoluer : il s'agit donc à la fois de laisser la place aux initiatives des corps intermédiaires de la société et d'organiser et de contrôler ces initiatives.

Par exemple, la loi 2002-2 pour le secteur social et médico-social impose un régime d'autorisation préalable à tout opérateur souhaitant créer un établissement ou un service et impose à l'opérateur à une série d'obligations (autorisations préalables, habilitations, contrôles, pouvoir de fermeture administrative, obligation d'évaluation)...

Ces exigences ont pour objectif d'assurer une qualité de service et surtout de protéger les personnes âgées.

Pour ce qui concerne les organismes de protection sociale mutualistes, seules les activités relevant de la sécurité sociale et du régime complémentaire obligatoire sont exclues du droit communautaire. La prestation de services sanitaires et sociaux aux personnes âgées s'exerce en concurrence avec d'autres opérateurs à but lucratif ou non lucratif.

- Deuxièmement, un risque de déséquilibre territorial et d'accroissement des inégalités mis en relief à partir du constat suivant : les entreprises privées qui implantent des maisons de retraites privilégient les régions françaises où les prix du foncier augmentent, au détriment de zones moins privilégiées.
- Troisièmement, un risque de banalisation des opérateurs et de négation de la spécificité associative avec le développement de l'offre lucrative et la modification du cadre de relations contractuelles entre l'opérateur et la collectivité publique

Plus précisément, il a été souligné que les frictions apparaissent dans les domaines suivants :

- conflits potentiels /article 81 TCE relatif aux ententes
- conditions d'application de l'article 86 § 2 du TCE n'ont pas été clarifiées (l'absence d'interprétation des conditions d'application de cet article aux activités de solidarité non lucratives pose problème aux mutuelles).
- problèmes d'application de la jurisprudence Altmark en ce qui concerne le financement et le mandatement.

Enfin, certains acteurs s'interrogent sur le risque de révision à la baisse du champ des exonérations fiscales (les prestations de services y compris celles fournies par les maisons de retraite effectuées par des organismes de droit public ou par d'autres organismes reconnus comme ayant un caractère social sont reconnues comme activité d'intérêt général et donc exonérées de TVA).

3. Has Community law been helpful to you in modernising the sector? Please describe the situations and be specific.

Field 2 – Characteristics

The Commission Communication on social services of general interest (COM(2006) 177 of 26 April 2006) identified that in the performance of their general interest role social services often present in practice one or more of the organisational characteristics below:

- they operate on the basis of the solidarity principle, which is required, in particular by the non-selection of risks or the absence, on an individual basis, of equivalence between contributions and benefits.
- they are comprehensive and personalised integrating the response to differing needs in order to guarantee fundamental human rights and protect the most vulnerable,
- they are not for profit and in particular to address the most difficult situations and are often part of a historical legacy,
- they include the participation of voluntary workers, expression of citizenship capacity,
- they are strongly rooted in (local) cultural traditions. This often finds its expression in the proximity between the provider of the service and the beneficiary, enabling the taking into account of the specific needs of the latter,
- an asymmetric relationship between providers and beneficiaries that cannot be assimilated with a 'normal' supplier/consumer relationship and requires the participation of a financing third party.

How do these characteristics apply to this sector in your country?

Ces caractéristiques sont pertinentes (faisceau d'indices). Le principe de solidarité peut-être mis en avant (cas des mutuelles). Il convient néanmoins de rappeler la diversité du secteur. La Mutualité française, dont l'offre repose sur un projet social construit autour de la personne, en application des valeurs mutualistes (libre choix, réponse globale cohérente et de proximité sur l'ensemble du territoire à des coûts accessibles) y joue un rôle actif.

Field 3 – Background information

Please provide a brief overview on the organisation of long-term care in your country

Une loi du 2 janvier 2002 définit un cadre à l'ensemble du secteur médico-social. Cette loi renforce les objectifs de qualité, par la reconnaissance du droit des usagers et la mise en place d'une évaluation des prestations. Elle précise que l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans des missions d'intérêt général et d'utilité sociale.

La part du secteur privé à but non lucratif s'élève à 34 % des dépenses globales, 48 % de la capacité d'accueil, soit 6105 établissements, suivant 567 930 personnes et employant 86 700 personnes (source Uniopss).

Les associations sociales et médico-sociales offrent 65 % pour les services de proximité et de maintien à domicile.

Les associations de solidarité, principalement des associations relevant de la loi de 1901 et des réalisations sanitaires et sociales du code de la mutualité sont des formes à but non lucratif.

Outre leur implication dans la gestion des établissements sociaux et médicaux-sociaux, ces structures interviennent dans de multiples actions d'aide et de soutien des publics fragiles.

Le financement est de source diverse :

- Etat
- Collectivités territoriales
- Organismes de sécurité sociale
(dans le cadre d'un dispositif de tarification prévu par la loi qui prévoit une habilitation à l'aide sociale dans l'hébergement médico-social – prix administrés par une collectivité territoriale, pour garantir l'existence de prix raisonnables et égalitaires en hébergement)
- Cotisations des adhérents
- Dons et legs
- Usagers

Certaines structures, toutefois, n'ont pas ou peu de subventions publiques et il existe des organismes à but lucratif, principalement dans le secteur des personnes âgées non dépendantes.

Une allocation personnalisée d'autonomie a été créée pour répondre au besoin d'accompagnement financier des personnes âgées. Cette allocation non soumise à condition de

ressources s'adresse à une population dépendante (dépendance de 1 à 4 sur une échelle qui comporte 6 degrés). 59 % des personnes bénéficiaires vivent à domicile.

Les modalités de financement des établissements du secteur sont réglementées :

- l'hébergement est à la charge de l'intéressé
- les soins sont à la charge de l'assurance maladie
- la dépendance est "solvabilisée" par l'allocation personnalisée d'autonomie

Il existe un schéma de développement établi dans le cadre du département, sauf exception : ces schémas apprécient les besoins, dressent le bilan de l'offre existante et fixent les perspectives de développement. La création, la transformation ou l'extension des établissements et services sont soumis à autorisation.

Des obligations d'évaluation tous les 5 ans ainsi qu'une évaluation externe tous les 7 ans sont prévues. Les standards de qualité sont arrêtés par un conseil national de l'évaluation. Le renouvellement de l'autorisation (tous les 15 ans) est subordonné au résultat positif de l'évaluation externe.

Ce sont le plus souvent les autorités locales qui disposent des pouvoirs de contrôle et de sanction.

L'encadrement législatif de l'activité des établissements ou services sociaux et médico-sociaux répond à plusieurs objectifs, sur lesquels il convient d'insister :

- qualité de la prise en charge proposée à des personnes fragiles
- répartition équilibrée de l'offre sur le territoire
- maîtrise des coûts

(cet encadrement ne préjuge pas du statut de l'opérateur et aucune catégorie d'intervenant n'est empêchée de se positionner).

Il existe plus de 10 500 structures, parmi lesquelles 4 principaux types se dégagent:

- Maisons de retraite ou Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Foyers logement
- Unités de Soins de Longue Durée
- Services de Soins Infirmiers à domicile (qui sont à la frontière entre le secteur sanitaire – pour le statut - et le médico-social – pour le financement -)

Les maisons de retraite deviennent des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes à travers la signature des conventions pluriannuelles tripartites avec leurs autorités de tarification (Conseil Général et DDASS/Représentant de l'Etat / Préfet du département).

For this purpose, please, check the information provided in country profiles and overviews from the following sources:

1. the MISSOC website, current version –

http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_tables_en.htm

Pour information à jour voir :

2. the website of the National Reports on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2006-2008 –

http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/naps_en.htm

and provide up-dated information on long-term care if needed.