



HAL
open science

LES APPELS A MANIFESTATION D'INTERET

Olivier Poinsot

► **To cite this version:**

Olivier Poinsot. LES APPELS A MANIFESTATION D'INTERET. Le financement des établissements et services à caractère social et médico-social, Centre Jean-Bodin - UPRES EA n°4337 - Faculté de droit d'Angers, Nov 2021, Angers, France. halshs-03471971

HAL Id: halshs-03471971

<https://shs.hal.science/halshs-03471971v1>

Submitted on 9 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

COMMUNICATION :

LES APPELS A MANIFESTATION D'INTERET

Olivier POINSOT

*Juriste spécialisé en droit des institutions sociales et médico-sociales - Cabinet Accens Avocats Conseils
Chercheur associé au Centre de recherche en droit et management des services de santé, Université de Lyon III*

Résumé

La gouvernance publique du secteur social et médico-social recourt de plus en plus à des appels à manifestation d'intérêt qui n'ont aucun fondement juridique. Cette pratique s'inscrit dans deux perspectives distinctes tout en visant un objectif commun, celui de la recomposition de l'offre. La première est de créer des dispositifs et de conduire des expérimentations sans modifier les autorisations administratives ; la seconde, qui affecte le droit des autorisations, va d'une complémentarité à une fraude de la procédure d'appel à projet.

Mots-clés

Action sociale et médico-sociale – Appel à manifestation d'intérêt – Appel à projet – Autorisations – Dispositif – Expérimentation – Organisme gestionnaire – Politiques sociales – Recomposition – Régulation

1. Les appels à manifestation d'intérêt (AMI) constituent indéniablement une nouveauté dans l'ordonnancement juridique du secteur social et médico-social. Une nouveauté ou, plus exactement, une nouvelle *Terra incognita* à appréhender au même titre que d'autres adaptations du droit aux évolutions du fait social. A cet égard, il faut d'emblée reconnaître que le droit des institutions sociales et médico-sociales, de par son histoire même, est familier de ces permanents processus d'ajustement et d'innovation, tant il se nourrit à la fois de l'implication des professionnels et de l'évolution des politiques publiques.
2. Pour ce qui est d'abord de l'implication des professionnels, elle fut longtemps primordiale, les initiatives se déployant au gré d'une considération des besoins non satisfaits associée à une volonté d'accompagnement toujours plus adéquate. C'est cette dynamique que le professeur Lafore a très justement décrite pour expliquer le développement « en tuyaux d'orgue » des interventions sociales et médico-sociales. Le propos ne sera pas de proposer ici une rétrospective de ce mouvement mais de rappeler simplement que l'expérimentation, sur le terrain, de nouvelles modalités de réponse aux besoins est caractéristique du paradigme fondateur d'un secteur social et médico-social dans lequel les acteurs privés – et notamment les associations – exerçaient une fonction de médiation.¹ La législation contemporaine garde d'ailleurs la trace de cette nature éminemment expérimentale du

- secteur social et médico-social puisque la loi du 2 janvier 2002 a consacré l'existence d'une catégorie afférente au sein de la typologie de l'article L. 312-1, I du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cette catégorie spécifique permet au pétitionnaire de proposer des interventions nouvelles, ne répondant à aucune conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement ni à aucune modalité nommée de tarification,ⁱⁱ à condition d'assurer la sécurité des personnes et des biens ainsi que la qualité des prestations.ⁱⁱⁱ
3. Pour ce qui concerne ensuite les politiques sociales, l'époque fondatrice de René Lenoir est bel et bien révolue puisque depuis le milieu des années 1990, nourri des conclusions du rapport de la mission Picq,^{iv} l'Etat restreint de plus en plus la liberté stratégique des organismes gestionnaires, en cantonnant ces derniers à un simple rôle d'opérateurs. Cette prise de contrôle s'effectue alors même que l'idée d'appartenance du secteur social et médico-social au service public est constamment rejetée,^v en dépit des critères traditionnels mobilisés par le Conseil d'Etat dans ce domaine.^{vi} Sociologues,^{vii} économistes^{viii} et juristes^{ix} convergent aujourd'hui pour observer les transformations opérées par le *new public management* sur la gouvernance publique de l'action sociale et médico-sociale. Au nombre d'entre elles figure l'importance prise par la concurrence comme instrument de régulation du secteur.^x Pour certains,^{xi} il s'agirait là d'une utopie dangereuse ; pour d'autres, au contraire, la critique de l'utilité de la concurrence relèverait d'une véritable *doxa* des travailleurs sociaux.^{xii}
 4. La question est donc sensible d'un point de vue idéologique, ce qui doit inviter à un surcroît de rigueur pour tenter de définir ce que sont les AMI. *A priori*, ils constituent bien des dispositifs de mise en concurrence, ainsi qu'en attestent par exemple les travaux réalisés en 2019 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour comparer leurs mérites à ceux des appels à projet (AAP).^{xiii} L'approche de la concurrence par le droit de l'Union européenne ayant été présentée ce matin, les développements suivants seront circonscrits au seul Livre III du CASF, avec pour ambition de caractériser les interrelations entre AMI et mécanismes de planification, d'autorisation et de financement.
 5. Tous les organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont concernés par le recours aux AMI car le besoin de recomposition, qu'il vise la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), le développement quantitatif et qualitatif de l'offre ou l'optimisation de la dépense publique, se fait de plus en plus pressant. De ce point de vue, l'AMI est officiellement considéré comme outil privilégié d'une plus grande labilité de l'action publique, destiné à bousculer les représentations et le cloisonnement juridique des interventions.^{xiv} L'AMI devient ainsi une modalité structurante dans toutes les politiques sociales. A titre d'exemple, dans le champ du handicap, la circulaire de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des solidarités et de la santé du 2 mai 2017,^{xv} lorsqu'elle décrit la variété des évolutions de l'offre qu'elle appelle de ses vœux, fait la part belle aux AMI parce qu'ils permettent de conduire le changement sans nécessité de remettre en cause les autorisations en vigueur. Mais l'examen de certains AMI conduit aussi, parfois, à constater la présence d'une volonté plus ou moins explicite d'attenter aux autorisations. Ce sont ces deux variétés d'AMI qui vont maintenant être examinées.

I. – Un levier de recomposition de l'offre sans incidence sur les autorisations

6. Depuis plusieurs années, l'Etat s'est engagé dans une stratégie de création de nouveaux dispositifs. Il s'agit là d'une tendance forte à la centralisation, alors même que la philosophie de la loi HPST mettait l'accent sur la démocratie sanitaire régionale et le renforcement des pouvoirs de régulation de l'autorité administrative compétente localement en matière de planification et d'autorisation.
7. Deux cas de figure coexistent, selon le niveau de maturité de la définition du besoin. Lorsqu'il est bien identifié, sa définition sera formalisée par le ministère et sa mise en œuvre assurée par l'agence régionale de santé (ARS) – parfois en partenariat avec les Conseils départementaux – ou l'autorité préfectorale selon les champs concernés. Mais lorsque le besoin n'a pas encore été assez caractérisé, alors pourra être initié un autre processus : l'expérimentation, reposant sur un dispositif d'agrément expérimental dérogatoire.

A/ Un instrument d'aménagement des modalités d'exercice d'activités déjà autorisées

8. Le recours aux AMI peut être souhaité pour aménager les modalités d'exercice des activités autorisées, soit en modifiant les caractéristiques des prestations, soit pour susciter des actions de coopération et de mise en réseau. En termes de financement, cette pratique peut conduire à l'adaptation d'une tarification existante ou à l'octroi d'une subvention publique.
9. En général, la méthodologie commune à ces AMI est celle d'une expression de besoin à l'échelon national *via* un cahier des charges diffusé par circulaire. Mais cette formalisation par cahier des charges n'est pas un prérequis incontournable : dans le cas des « Communautés 360 », la commande du niveau national résulte d'engagements ministériels médiatisés à l'issue d'une séance du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Les illustrations de cette nouvelle pratique ne manquent pas, quel que soit le champ concerné. Dans tous les cas, l'intention est de déployer sur les territoires des modalités d'intervention dont les contours techniques sont déjà précisément définis.
10. Dans le champ de la protection de l'enfance, on recourra à l'AMI pour améliorer l'efficacité des interventions des professionnels en charge de l'exécution des mesures d'assistance éducative^{xvi} ou encore pour créer des équipes de maraude mixte, composées de travailleurs sociaux du Département et des associations, dont la mission est d'aller visiter les familles déjà connues des services sociaux.^{xvii} L'AMI servira également à la création de « points accueil écoute jeunes » (PAEJ)^{xviii} par les Conseils départementaux, sur la base d'un cahier des charges arrêté par la DGCS.^{xix}
11. Dans le champ du handicap, la recomposition exprimera la volonté de garantir le « zéro sans solution » préconisé en 2014 par le rapport Piveteau,^{xx} grâce à une popularisation de la démarche de « l'aller vers », une promotion des capacités et de la participation des personnes et de leurs proches, une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et que la personne le désire, une logique de parcours global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale, une réponse à des besoins spécifiques et parfois complexes et, enfin, une anticipation et prévention – voire gestion – des ruptures de

- parcours. Il s'agira alors d'instituer et conforter des dispositifs qui, par nature, ne relèvent pas du champ des autorisations. Les AMI concerneront par exemple les pôles de compétence et de prestations externes (PCPE),^{xxi} les équipes mobiles d'aide à la scolarisation (EMAS),^{xxii} les plateformes de coordination et d'orientation (PCO),^{xxiii} les équipes mobiles d'appui aux professionnels du champ du handicap intervenant au profit d'usagers de l'aide sociale à l'enfance (ASE).^{xxiv}
12. Dans le champ des personnes âgées, les AMI poursuivront une logique analogue. Ainsi les dispositifs des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcé (UHR), institués lors de la création en 2016 des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),^{xxv} donneront-ils lieu à l'émission d'AMI par les ARS sur la base des orientations données par une circulaire.^{xxvi} A l'issue de la procédure de sélection, les établissements retenus se verront reconnaître, sans aucune modification de leur autorisation, un label pour exercer ces activités. Leur besoin de financement sera couvert par l'actualisation de leurs tarifs, pour ce qui relève de l'exploitation, et de subventions publiques issues du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA^{xxvii} pour ce qui est de l'investissement. Par ailleurs, les AMI pourront servir à promouvoir le maintien à domicile, par la pluridisciplinarité et la coordination des interventions, avant que le séjour en établissement ne devienne inéluctable. Les opérateurs seront alors invités à formuler une offre pour des dispositifs innovants de services renforcés à domicile, des solutions d'habitat inclusif, des plateformes d'accueil temporaire pour faciliter la poursuite de la vie à domicile, des modalités d'accueil séquentiel, des possibilités d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, des séjours de vacances pour les couples aidants-aidés, la création d'un EHPAD territorial de référence, la création d'une plateforme ressource territoriale centrée sur des acteurs du domicile, le recours à la télémédecine et aux innovations technologiques.^{xxviii}
 13. Dans le champ social, le recours à l'AMI pourra inviter les établissements à s'emparer de problématiques spécifiques à certaines catégories de publics parmi ceux qu'ils accueillent ou accompagnent habituellement, afin de renforcer l'exhaustivité des interventions. Tel sera le cas, par exemple, des AMI lancés en direction des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) pour renforcer leur fonction d'accompagnement à la santé des personnes en grande difficulté sociale, en coordination avec les établissements et services intervenant au profit de publics présentant des difficultés spécifiques.^{xxix}
 14. Dans tous les cas, les AMI qui viennent d'être évoqués ne sont pas susceptibles d'être caractérisés juridiquement en fonction de la nature des financements mobilisés. Leur point commun est en réalité de nature méthodologique : à une détermination préalable des besoins par un cahier des charges national succèdent des procédures de consultation diligentées par les donneurs d'ordres publics locaux. Quant aux interventions ainsi organisées, elles ne modifient pas le périmètre des autorisations détenues par les opérateurs mais répondent à des logiques de coopération, de décloisonnement sectoriel voire de mixité des plateaux techniques puisqu'aux acteurs professionnels peuvent aussi bien être adjoints, dans certains dispositifs, des bénévoles pour réaliser des interventions.^{xxx}
 15. Ceci étant, les AMI ne sont pas seulement utilisés à des fins d'aménagement des prestations délivrées par les ESSMS. En effet, ils expriment de plus en plus l'intention des pouvoirs publics d'être force d'initiative dans la définition des modalités techniques d'intervention. La puissance publique ne se cantonne plus aujourd'hui à la police administrative des

activités, telle qu'elle s'exerçait jusqu'alors par la planification, l'autorisation, la tarification et le contrôle. En cela, le modèle de la loi sociale de 1975 est à présent définitivement dépassé : l'administration détermine elle-même des actions expérimentales, se substituant à la fonction historique d'ingénierie sociale des professionnels. Les AMI constituent alors le levier d'une nouvelle prérogative de puissance publique : une sorte de police technique des interventions sociales et médico-sociales.

B/ Le préalable à l'attribution d'un agrément expérimental dérogatoire

16. La volonté de permettre la recomposition du secteur social et médico-social est à ce point marquée que la législation a été modifiée pour permettre, de manière dérogatoire par rapport au régime des autorisations, la réalisation d'expérimentations d'une durée analogue à celle des ESSMS expérimentaux.^{xxxix} Ce processus prend appui sur l'article 37-1 de la Constitution, inséré par l'article 3 de la loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, qui autorise la loi ou le règlement à organiser des démarches expérimentales et, ce faisant, neutralise le jeu du principe d'égalité devant la loi.^{xxxix}
17. Dans le secteur social et médico-social, une première application de cette législation expérimentale a été assurée *via* la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013^{xxxix} et la « loi ASV »,^{xxxix} ces textes instituant un mécanisme d'autorisation dérogatoire pour les interventions réalisées au profit des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Un décret d'application du 16 octobre 2015^{xxxix} puis un arrêté du 30 décembre 2015 sont ainsi venus fixer le cahier des charges des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) expérimentaux.
18. Dans un deuxième temps, la législation expérimentale a été étendue à l'ensemble du secteur social et médico-social par la LFSS pour 2016.^{xxxix} En effet, cette loi a inséré, dans le Code de la sécurité sociale, un article L. 162-31-1 qui, lorsque le financement provient de l'assurance maladie, permet de déroger au droit commun des autorisations, des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement et des règles de tarification. L'expérimentation est permise pour une durée maximale de cinq ans, sous la forme d'un agrément de l'autorité administrative nationale ou régionale, dès lors qu'elle a pour objet de permettre l'émergence d'organisations innovantes concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins.
19. L'observation de l'action administrative conduit à constater que le processus d'attribution de l'agrément expérimental dérogatoire correspond à deux situations distinctes. Dans le premier cas, le plus souvent lorsque le sujet est appréhendé au niveau national, cet agrément est délivré à un pétitionnaire ou un groupe de pétitionnaires qui avaient fait connaître leur projet expérimental dans une lettre d'intention au contenu encadré^{xxxix} ; la permission leur est alors délivrée directement, sans qu'aucun mécanisme de mise en concurrence n'ait été mobilisé.^{xxxix} Toutefois, des expérimentations peuvent également être conduites sur la base d'un cahier des charges réglementaire, ce qui permet alors aux opérateurs intéressés de se porter candidats.^{xxxix} L'élaboration de tels cahiers des charges n'est nullement saisie par le droit ; elle confine de ce point de vue à l'exercice d'une prérogative discrétionnaire,^{xl} même si elle est promue en pratique comme un espace de co-construction par

- l' « administration délibérative » et les opérateurs.^{xli} Dans le second cas, l'ARS émet un AMI à partir d'un cahier des charges qui lui permet de définir discrétionnairement toutes les caractéristiques de l'offre et notamment le statut juridique des opérateurs admis à candidater.^{xlii}
20. Certes, ce mécanisme de l'agrément expérimental dérogatoire ressemble, à bien des égards, à celui des autorisations sociales et médico-sociales. En effet, il suppose l'octroi d'une permission par l'administration et, de ce point de vue, il serait difficile de ne pas faire une analogie avec le régime suprême de police administrative qu'est celui de l'autorisation. De même, le recours à des cahiers des charges réglementaires revient à fixer de véritables conditions particulières d'exercice des activités, ce qui pourrait constituer un contournement du régime juridique des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS.^{xliii} La détermination de nouveaux modèles de financement, de plus en plus liés à l'octroi de subventions publiques, pourrait être considérée comme un contournement du droit de la tarification, d'une part parce qu'elle remet en cause la garantie du financement comme corollaire de l'autorisation, d'autre part en ce qu'elle peut exclure l'application des modalités de tarification de droit commun.^{xliv} Néanmoins, d'un point de vue strictement formel, dès lors que l'agrément expérimental procure explicitement une permission dérogatoire au droit des autorisations, il ne saurait être soutenu que les AMI correspondants exercent sur les autorisations en vigueur des ESSMS une influence décisive.
21. Puisque les AMI ne font l'objet d'aucune définition juridique, c'est comme nous venons de le voir la pratique administrative qui en détermine par défaut les contours. Ainsi, si l'emploi de ces procédures peut servir à des actions d'ajustement et d'expérimentation qui n'affectent pas les autorisations en vigueur, il faut aussi constater que leur mobilisation peut intervenir, parfois, dans des cas où des autorisations sociales et médico-sociales sont en cause.

II. - Un levier de transformation de l'offre qui peut affecter des autorisations

22. Il est communément admis qu'une autorisation sociale et médico-sociales crée, au profit de son titulaire, un certain nombre de droits, y compris des droits acquis, tant que l'abrogation de cette autorisation n'est pas justifiée par un intérêt public et qu'aucune des voies procédurales limitativement prévues par la loi pour ce faire n'est mise en œuvre.^{xlv} Toutefois, l'observation de l'action administrative permet de constater que l'AMI peut servir de support juridique à des opérations qui affectent au moins l'attribution d'autorisations, dans une logique de complément des mécanismes de droit commun. S'il n'y a rien à redire de cette pratique tant qu'elle n'apparaît pas *contra legem*, en revanche l'utilisation de l'AMI dans des cas de figure où l'attribution d'une autorisation doit normalement découler de la procédure d'appel à projet (AAP) pose de sérieuses questions de légalité.

A/ Un instrument licite venant compléter le droit des autorisations

23. L'expérience permet d'identifier deux situations dans lesquelles l'autorité administrative peut recourir à l'AMI, en complément du droit commun des autorisations, pour sélectionner l'organisme gestionnaire qui recueillera la permission d'exercer une activité sociale ou médico-social soumise à autorisation. La première de ces situations concerne la réattribution d'une autorisation existante, à la suite de l'éviction de son titulaire ; la seconde consiste quant à elle dans la mise en concurrence des candidats à la délivrance d'une autorisation pour laquelle le recours à la procédure d'AAP n'est pas requis.
24. S'agissant en premier lieu de l'attribution, sur AMI, d'une autorisation à un nouvel organisme gestionnaire lorsque son titulaire actuel en a été dessaisi, elle a été consacrée par le Conseil d'État. Il s'agit du cas dans lequel une autorisation a été retirée à son titulaire à l'occasion de la mise en œuvre du pouvoir de police administrative. Pour mémoire, les articles L. 313-14, L. 313-16 et L. 313-18 du CASF reconnaissent à l'administration, à l'issue d'une procédure de contrôle ayant révélé des manquements significatifs, la prérogative de retirer l'autorisation. Un tel retrait ne peut intervenir que s'il a été constaté, soit que les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'ESSMS contrôlé méconnaissent les dispositions du CASF, soit que l'exercice de l'activité génère des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits. L'organisme gestionnaire reçoit alors des injonctions de mise en conformité. Si, en dépit de ces injonctions voire à l'issue d'une administration provisoire, la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées demeurent menacés ou compromis, alors l'autorité administrative peut édicter un arrêté de retrait et de transfert de l'autorisation en cause. C'est à ce stade qu'un AMI peut être publié, l'administration cherchant alors à identifier un organisme gestionnaire présentant les garanties nécessaires pour reprendre l'activité et l'exercer de manière conforme. En 2015, le Conseil d'Etat a été conduit à se prononcer sur la légalité d'une telle pratique.^{xlvi} En l'espèce, à la suite du retrait de plusieurs autorisations, une ARS et un Conseil départemental avaient diffusé un AMI conjoint pour rechercher des organismes gestionnaires intéressés par la reprise. L'un des candidats évincés à l'issue de cette procédure de sélection avait exercé un recours pour excès de pouvoir contre la décision de rejet de sa candidature. La Haute juridiction a alors considéré, au visa de l'article L. 313-18 du CASF, qu'un transfert d'autorisation a nécessairement pour objet de permettre à un autre organisme gestionnaire de poursuivre l'exploitation d'un ESSMS ayant fait l'objet d'une fermeture. Il appartient alors aux autorités compétentes de rechercher la collectivité ou l'organisme auquel la gestion de l'établissement ou du service peut être transférée, dans le but de garantir au mieux la continuité de la prise en charge des personnes accueillies. Sur ce, la Haute juridiction a constaté que, « si aucune disposition du CASF n'organise la procédure au terme de laquelle les autorités compétentes peuvent opérer ce choix, il leur est toujours loisible d'organiser une procédure transparente d'appel à candidatures et de sélection, en vue de choisir un organisme repreneur » ; les autorités administratives concernées n'avaient donc pas excédé leur compétence en lançant l'AMI contesté. Commentant cette décision, le professeur Rihal a très clairement synthétisé la portée de l'AMI dans cette situation : il n'est pas un AAP mais seulement « une sorte de dialogue entre l'autorité compétente et le repreneur potentiel ».^{xlvii} Dans ses observations sous le même arrêt, monsieur Didriche a fait savoir que si, en dépit de l'absence d'obligation légale, le choix est fait d'organiser une procédure de sélection préalable, alors la personne publique doit respecter les règles auxquelles elle s'est volontairement soumise et ce, à peine

d'annulation.^{xlviii} Statuant sur renvoi en 2016, la Cour administrative d'appel de Versailles, s'appropriant le raisonnement de la juridiction régulatrice, a rejeté le recours du candidat repreneur évincé^{xlix} en apportant quelques précisions intéressantes. Tout d'abord, le refus de retenir ce candidat n'entraîne dans aucune autre catégorie de décision administrative devant faire l'objet d'une motivation ; partant, aucun grief de défaut de motivation ne pouvait opérer. Ensuite, compte tenu de son objet, la procédure d'AMI ne pouvait être assimilée à l'appel d'offres d'un marché public. Enfin, aucun texte ni aucun principe n'imposaient à l'administration de préciser les critères de sélection ni les modalités de notation ou d'évaluation des projets ; dès lors, le contrôle du juge doit se borner à vérifier que les éléments au regard desquels les candidatures sont examinées avaient été suffisamment définis. L'enseignement à tirer de cette décision est que le recours à l'AMI, en cas de transfert d'autorisation d'un ESSMS, ne constitue nullement une obligation car il n'y a pas lieu d'assurer une mise en concurrence. Il semble d'ailleurs que la doctrine administrative la plus récente considère l'AMI comme un mode d'attribution d'une activité de gré à gré, qu'elle distingue de la procédure de mise en concurrence réglementaire.¹

25. S'agissant en second lieu du recours à un AMI en complément du droit commun des autorisations, il faut rappeler que depuis la loi HPST, le périmètre de l'obligation de procéder par AAP s'est considérablement restreint. En effet, l'article L. 313-1-1 du CASF, amendé en dernier lieu par l'article 61 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ne soumet plus aux AAP bon nombre d'opérations de reconstitution de l'offre, en particulier lorsque ces dernières sont mises en œuvre par le truchement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans cette perspective, l'AMI constitue pour l'administration le moyen d'assurer la mise en concurrence des opérateurs dans tous les cas où la procédure d'AAP, dont le professeur Cristol a pu mettre en évidence la lourdeur,^{li} n'est pas strictement obligatoire. Ce préalable s'inscrit alors dans le processus de délivrance d'une autorisation au visa de l'article L. 313-2 du CASF. Il faut toutefois préciser qu'en cas de refus d'autorisation, les candidats déçus peuvent, sous deux mois, solliciter la communication des motifs de rejet ; ces derniers doivent alors leur être communiqués sous un mois et le délai de recours contentieux court jusqu'à l'expiration d'un délai de deux mois suivant le jour de leur notification. Parmi les AMI publiés dans une telle perspective peut être citée une sollicitation conjointe d'une ARS et d'un Conseil départemental pour créer, par extension de capacité, des équipes mobiles de soutien des professionnels du champ du handicap par ceux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) pour le traitement de situations complexes.^{lii} Cet exemple est particulièrement intéressant dans la mesure où il ne comprend aucune donnée descriptive de la capacité, de sorte que deux options peuvent être envisagées : soit les propositions des pétitionnaires pourront être réalisées au titre d'une exception dérogatoire à l'AAP, soit elles ne pourront échapper à cette procédure et l'AMI devrait alors devenir un préalable à l'émission d'un AAP, une sorte de processus de présélection. Dans cet exemple, le cahier des charges précise que trois mois à peine doivent s'écouler entre le début du processus de sélection et le début de l'activité, ce qui laisse présumer que cette dernière correspondra à des extensions de capacité non importantes échappant à l'AAP mais cela n'est pas mentionné explicitement dans le cahier des charges. La consultation des sites Internet des ARS permet de constater que cette pratique du recours à l'AMI préalablement à la délivrance d'autorisations non soumises à AAP se développe.^{liii}
26. Enfin, le critère de la capacité à autoriser étant important pour caractériser l'obligation de recourir à un AAP, certains AMI tirent désormais parti des dispositions du V de l'article D. 313-2 du CASF introduites par l'article 2, 17° du décret du 20 août 2019.^{liv} Pour

mémoire, ce texte donne au directeur général de l'ARS et/ou au Président du Conseil départemental le pouvoir de déroger au seuil de l'extension importante sous réserve de respecter trois conditions cumulatives : d'une part l'existence d'un motif d'intérêt général, d'autre part la nécessité de tenir compte de circonstances locales, enfin un plafonnement du projet d'extension à 100 % de la capacité autorisée. La décision d'autorisation doit alors indiquer, dans sa motivation, les éléments établissant que ces critères de dérogation ont été observés. Sur cette nouvelle base, des AMI sont publiés^{lv} dans la perspective d'opérations d'extension de capacité présentant une particularité digne d'intérêt : la commande ne porte pas sur une capacité définie mais sur deux autres considérations, à savoir le périmètre territorial d'intervention et le montant des crédits disponibles. Or retrouve là une logique connue puisque les CPOM obligatoires sont, le plus souvent, orientés vers ces mêmes standards géographique et financier.

27. En synthèse, que l'on envisage la mise en concurrence des organismes gestionnaires pour le transfert d'une autorisation reprise ou bien pour la délivrance d'une autorisation hors AAP, il faut retenir que le recours à l'AMI dépend du seul volontarisme de l'autorité administrative. Sous réserve que la jurisprudence apporte un éclairage bienvenu, l'office du juge semble en l'état limité au contrôle du respect, par la puissance publique, des critères de choix qu'elle s'est elle-même impartis. Peut-être est-ce le sentiment de liberté inspiré par cette faculté qui a pu conduire certains décideurs publics à considérer qu'ils pouvaient aussi recourir à un AMI afin de délivrer des autorisations, en méconnaissance du régime juridique donc ils sont pourtant censés être les garants du respect.

B/ Un recours parfois frauduleux à l'AMI pour détourner le droit des autorisations

28. La consultation en ligne des AMI a permis d'en identifier certains dont les termes ne peuvent manquer d'appeler attention. Il s'agit de consultations dont l'objet explicite est de conduire à la délivrance d'autorisations d'activités sociales et médico-sociales qui doivent être prévues par la planification et soumises à la procédure d'AAP. Toutefois, il peut arriver que ces exigences ne soient pas respectées.
29. A titre d'exemple de la violation des règles de planification, une ARS a pu lancer en juin 2021 un AMI^{lvi} dont l'objet est de développer l'offre régionale, par des extensions non importantes de services existants mais aussi par des extensions importantes, des transformations de services existants et des extensions d'établissements existants sous réserve de transformations en services. Les activités cernées relèvent, pour une bonne part, d'une compétence d'autorisation conjointe avec les Conseils départementaux : il s'agit de services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes tels que des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et des SPASAD. A la lecture du cahier des charges, il apparaît que ceux de ces projets qui relèvent du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ne sont nullement prévus dans ce document de référence, alors même que la conformité au PRIAC est un critère impératif de légalité des autorisations en vertu de l'article L. 313-4, 4° du CASF. Le vocable d'AMI n'a pas pu être employé par erreur car, au moment de publier le calendrier indicatif prescrit par l'article R. 313-4, l'ARS concernée avait délibérément distingué les opérations soumises à AAP de celles devant faire l'objet d'un AMI.

30. Autre exemple : une ARS lance en septembre 2021 un AMI pour la création d'un ensemble de 55 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) en habitat diffus.^{lvii} L'appel précise que l'opération sera confiée à un seul organisme gestionnaire dont le statut juridique devra impérativement être celui de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Il indique également que l'activité relèvera de l'article L. 312-1, I, 9° du CASF et devra faire l'objet d'une proposition de projet d'établissement. Le financement de l'activité sera assuré par des produits de la tarification. Or, la création d'un ESSMS d'une telle capacité relève impérativement de la procédure d'AAP.
31. Dans ces deux exemples, il est patent que les activités concernées sont des activités sociales et médico-sociales soumises à autorisation administrative en vertu des articles L. 311-1 et L. 312-1 du CASF et qu'elles correspondent aux critères fonctionnels utilisés par le Conseil d'Etat pour qualifier tout ESSMS.^{lviii} Elles auraient dû être convenablement planifiées et donner lieu à l'émission d'un AAP. Or en recourant à ces AMI, les donneurs d'ordres publics ont manifesté leur volonté d'éluder cette contrainte. Une telle pratique pourrait être considérée comme frauduleuse et générer, de ce fait, une grande insécurité juridique pour l'ensemble des parties prenantes. En effet, l'organisme gestionnaire retenu serait exposé à un risque d'annulation de l'autorisation, par exemple en cas de recours pour excès de pouvoir exercé par un concurrent évincé. Il s'exposerait aussi, au moins en théorie, à des poursuites pénales pour exploitation d'un ESSMS sans autorisation, ce délit étant prévu et réprimé par l'article L. 313-22 du CASF. Quant aux fonctionnaires acteurs du processus, ils pourraient encourir une condamnation pénale du chef de complicité par instigation de l'exploitation d'un ESSMS sans autorisation, voire d'abus de pouvoir au sens de l'article 432-1 du Code pénal. En sus, ils pourraient redouter une sanction disciplinaire pour violation de leur obligation de désobéir aux ordres manifestement illégaux, prévue par le statut général de la fonction publique,^{lix} ce d'autant que l'article 40 du Code de procédure pénale leur impartit de signaler au procureur de la République les faits délictueux qui sont parvenus à leur connaissance.
32. En conclusion, l'étude de la physionomie juridique et opérationnelle des AMI peut conduire aux observations suivantes. Tout d'abord, ce dispositif ne présente aucune spécificité en termes de financement ; sont en effet mobilisés, selon les cas, soit des subventions publiques, soit des tarifs. Tout au plus pourrait-on remarquer que le recours à la subvention ne présente pas les mêmes garanties que les produits de la tarification mais, avant d'avancer quelque critique que ce soit, encore faudrait-il établir que les interventions concernées sont pérennes. On retrouve là la même problématique que celle qui affecte le financement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC), financement assuré par le fonds d'intervention régional (FIR)^{lx} avec le support juridique d'un CPOM.^{lxi} Or une partie des AMI – c'est là le deuxième élément de conclusion – peut correspondre à des activités expérimentales qui sont promises à disparaître progressivement du fait de leur intégration dans les missions des ESSMS.^{lxii} L'AMI est ici, avec le CPOM, l'instrument privilégié de la recomposition de l'offre car il permet à la puissance publique de tester de nouvelles modalités juridiques et techniques de prise en charge et, dans une certaine mesure, d'éviter les lourdeurs de la procédure d'appel à projet. Au-delà, l'AMI présenté comme archétype de la régulation publique par la mise en concurrence pourrait aussi dissimuler un îlot d'opacité. Des organismes gestionnaires ambitieux pourraient accoster sur cette *Terra incognita* pour promouvoir, auprès des donneurs d'ordre publics nationaux et territoriaux, des projets d'activité à fort impact sur la physionomie de l'offre, dans une dynamique de connivence que la loi HPST s'était

pourtant efforcée de faire disparaître. En définitive, pour autant que l'on puisse resituer ces considérations dans la dynamique à l'œuvre au sein des politiques sociales, il n'est pas exclu que l'objet juridique non identifié « AMI » témoigne d'une nouvelle tentative des pouvoirs publics de réformer un secteur social et médico-social qui s'était façonné historiquement de façon à la fois empirique et hétérogène. L'autorisation constituant l'ancrage des droits des organismes gestionnaires, ces derniers ne peuvent être cantonnés à un rôle de simples opérateurs que si la mise en œuvre des évolutions souhaitées par la puissance publique passe par un contournement de cet obstacle. Alors que les modalités de recomposition juridiquement permises diffèrent notablement de celles – plus efficaces – de révision des autorisations qui impulsent ce mouvement dans le secteur sanitaire, l'AMI serait alors, avec le CPOM, l'un des deux piliers d'une reconfiguration rendue nécessaire par le besoin de requalification quantitative et qualitative des activités sociales et médico-sociales dans un contexte de forte pression budgétaire.

-
- ⁱ R. Lafore, « le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales* 2010/6, p. 64.
- ⁱⁱ Sont ici considérés comme des modalités nommées de tarification les tarifs relevant du droit commun (article R. 314-105 du CASF).
- ⁱⁱⁱ Article R. 313-3-1, I du CASF.
- ^{iv} J. Picq, « L'Etat en France, servir une nation ouverte sur le monde », rapport public remis au Premier ministre le 1^{er} janvier 1995.
- ^v CE, 22 février 2007, *Association APREI*, n° 264541 ; F. -X. Fort, « Service public géré par un organisme privé : la clarification opaque du Conseil d'Etat », *LPA* 1^{er} août 2007, p. 16 ; E. Glaser, « Une personne privée peut-elle gérer un service public sans disposer de prérogatives de puissance publique ? », *Rev. Lamy Coll. Terr.* 1^{er} juin 2007, p. 30 ; G. Guglielmi, G. Koubi, C. Vérot, « L'utilité sociale sans le service public », *RDSS* 2007, p. 499 ; J. Boucher, F. Lenica, « Organisme privé chargé de la gestion d'un service public et prérogatives de puissance publique : fin d'une vieille controverse, nouvelles interrogations », *AJDA* 2007, p. 793 ; M.-C. Rouault, C. Vérot, « Nouvelle définition du service public assumé par une personne privée », *JCP A* 2007, p. 33 ; CE, 1^{ère} Ch., 30 décembre 2020, *ADAPEI de Guyane*, n° 435325 ; B. Clavagnier, « L'intérêt général et la frontière du service public », *Juris Associations* 2021, n° 632, p. 3.
- ^{vi} O. Poinso, « Les institutions privées et le service public de l'action sociale et médico-sociale », *RGCT* n° 37, nov.-déc. 2005, p. 415 ; « L'action sociale et médico-sociale, un service public industriel et commercial ? », *JCP A* 2005, p. 1654. Concluant sur l'arrêt *APREI*, madame Vérot, commissaire du gouvernement, considérait que le secteur social et médico-social présente, au regard de la jurisprudence du Conseil d'Etat, les caractéristiques d'un service public.
- ^{vii} G. Coron, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'actions publiques : l'exemple du secteur médico-social », *Revue de l'IREs* 2017/1-2, p. 213.
- ^{viii} H. Noguès, « La concurrence dans le secteur social et médico-social : un levier pour le progrès ou un pas risqué vers une société dominé par le marché ? », *Vie sociale* 2020/3-4, p. 21.
- ^{ix} R. Lafore, « Action sociale et service public », *Vie sociale* 2016/2, p. 65.
- ^x Dossier « Concurrence et interventions sociales et médico-sociale », *Vie sociale* n° 2020/3-4.
- ^{xi} R. Janvier, « Développer l'offre sociale et médico-sociale : l'utopie de la régulation concurrentielle », *Vie sociale* n° 2020/3-3, p. 83.
- ^{xii} J.-P. Hardy, « la marchandisation du secteur social : fausses évidences mais vrai doxa du travail social », *Vie sociale* n° 2020/3-3, p. 127.
- ^{xiii} CNSA, « Bilan 2018 des appels à projets, appels à candidature et appels à manifestation d'intérêt médico-sociaux : participation des appels à projets, appels à candidature et appels à manifestation d'intérêt des agences régionales de santé et des conseils départementaux à l'évolution de l'offre médico-sociale ».
- ^{xiv} La lettre de mission de la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées du 18 décembre 2020 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour la commande du rapport n° 2021-010R d'octobre 2021 (Bohic - Le Morvant) « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap : des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux » cite explicitement les AMI comme piste à privilégier pour assouplir les procédures de planification et d'autorisation.
- ^{xv} Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie

- quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.
- ^{xvi} Pour une illustration : AMI du Conseil départemental de l'Allier de janvier 2021 relatif à l'expérimentation d'une intervention intégrée et modulable en protection de l'enfance, financement par ajustement du prix des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) et à domicile (AED).
- ^{xvii} Pour une illustration : AMI de la Collectivité territoriale de Guyane de 2020 relatif aux maraudes mixtes en prévention et protection de l'enfance, financement par subvention publique.
- ^{xviii} Pour une illustration : AMI du Conseil départemental de La Réunion d'octobre 2019, financement par subvention publique.
- ^{xix} Instruction n° DGCS/2B/2017/118 du 4 avril 2017.
- ^{xx} D. Piveteau, « 'Zéro sans solution' : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », rapport au ministre des solidarités et de la santé du 10 juin 2014.
- ^{xxi} Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.
- ^{xxii} Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021 relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap.
- ^{xxiii} Circulaire interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/2021/201 du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans.
- ^{xxiv} Pour une illustration : AMI conjoint ARS Ile-de-France - Conseil départemental de Seine-et-Marne publié le 29 janvier 2021, l'opération intervenant en exécution du contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance défini par la circulaire n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2020/34 du 20 février 2020 relative à la contractualisation préfet/ARS/département pour la prévention et la protection de l'enfance.
- ^{xxv} Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 codifié aux articles D. 312-155-0 et suivants du CASF.
- ^{xxvi} Circulaire interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n° 2010/06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer.
- ^{xxvii} Article L. 14-10-9 du CASF.
- ^{xxviii} Ces exemples sont tirés d'un AMI émis par l'ARS d'Ile-de-France « Secteur des personnes âgées : des solutions innovantes pour faire face au défi du grand âge » d'octobre 2019.
- ^{xxix} Pour une illustration : AMI lancé en juin 2021 par l'ARS et la DREETS Centre Val de Loire, financement par subvention publique sur trois ans issu du fonds d'intervention régional (FIR).
- ^{xxx} Les « points conseil budget » (PCB) décrits par l'instruction n° DGCS/SD1B/2021/169 du 27 juillet 2021 ont des missions de détection des publics exposés à des difficultés financières, d'accueil de ces publics, de conseil et d'orientation personnalisée, de diagnostic des situations, d'accompagnement dans les procédures de surendettement et d'information du grand public. L'activité est permise par l'obtention d'un label obtenu sur AMI et ouvre droit à un financement forfaitaire de 15 000 euros par an, cette subvention publique par l'aide sociale de l'Etat étant conditionnée par la conclusion d'une convention triennale. La circulaire précise que le plateau technique des PCB peut inclure des bénévoles.
- ^{xxxi} Article L. 313-7 du CASF.
- ^{xxxii} B. Apollis, « Les enjeux des expérimentations de l' « article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 », *Journal du droit de la santé et de l'assurance-maladie* 2019/3, p. 6.
- ^{xxxiii} Article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012.
- ^{xxxiv} Article 49 de loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- ^{xxxv} Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.
- ^{xxxvi} Article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.
- ^{xxxvii} Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, annexe 3.
- ^{xxxviii} Pour une illustration : arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées.
- ^{xxxix} A titre d'illustrations : arrêté du 22 janvier 2021 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité (LHSS pédiatrique) ; arrêté du 16 avril 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESMS - nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap.
- ^{xl} Au demeurant, la délivrance d'une autorisation sociale et médico-sociale relève elle-même d'un pouvoir discrétionnaire de l'Administration : V. Cavalier, *Les autorisations en matières hospitalière et médico-sociale*, thèse soutenue à la Faculté de droit d'Angers le 12 octobre 2020 sous la dir. d'H. Rihal, p. 156-157.

-
- ^{xli} L. Obled, A. Townsend, N. Lemaire, « Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale : quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain », *RFAS* 2020/1, p. 385 ; N. Lemaire, D. Polton, A. Tajahmady, « Article 51 : expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter », *Tribunes de la santé* 2020/1, p. 35.
- ^{xlii} Pour une illustration : seuls les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) existants ou en cours de constitution sont admis à répondre à l'AMI lancé le 15 septembre 2021, par l'ARS PACA, pour la création de 55 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) « Un chez-soi d'abord » dans le département du Var.
- ^{xliiii} L'article L. 312-1, II du CASF subordonne l'adoption de telles conditions techniques à un décret pris après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et social (CNOSS).
- ^{xliv} Ces modalités de tarification sont définies de manière exhaustive à l'article R. 314-105 du CASF.
- ^{xlv} V. Cavalier, th. précitée, p. 240 et s.
- ^{xlvi} CE, 1^{ère}-6^{ème} SSR, 5 octobre 2015, *Fédération APAJH*, n° 372470 ; *RGDM* 2016, n° 58, p. 479, obs. O. Poinot.
- ^{xlvii} H. Rihal, « Les agences régionales de santé face aux établissements sociaux et médico-sociaux, acteurs ou metteurs en scène : l'appel à projets », *RDSS* 2016, p. 425.
- ^{xlviii} O. Didriche, « Organismes sociaux ou médico-sociaux : procédure de sélection préalable à un transfert d'autorisation », *AJ Coll. Terr.* 2016, p. 166.
- ^{xlix} CAA Versailles, 5^{ème} Ch., 19 juillet 2016, *Fédération APAJH*, n° 15VE03156.
- ^l Instruction interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGESCO/2021/195 du 3 septembre 2021 relative à la création de dispositifs d'autorégulation (DAR) pour les élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, *JO Santé* n° 21 du 15 novembre 2021, p. 4.
- ^{li} D. Cristol, « Les autorisations sanitaires et médico-sociales : entre rapprochement et séparation », *RDSS* 2020, p. 475.
- ^{lii} AMI conjoint ARS Ile-de-France - Conseil départemental de Seine-et-Marne publié le 29 janvier 2021, l'opération intervenant en exécution du contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance défini par la circulaire n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2020/34 du 20 février 2020 relative à la contractualisation préfet/ARS/département pour la prévention et la protection de l'enfance.
- ^{liiii} Pour quelques illustrations récentes : AMI lancé par l'ARS Ile-de-France le 12 août 2021 pour la création, par extension de capacité, de neuf places de SESSAD renforcé ; de la même agence, AMI du 28 octobre 2021 pour améliorer, par extension de places non quantifiée, la prise en charge des personnes concernées par le syndrome de Prader-Willi.
- ^{liv} Décret n° 2019-854 du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales.
- ^{lv} Pour une illustration récente : AMI lancé par l'ARS Ile-de-France le 18 juin 2021 pour le déploiement de places en établissement avec ou sans hébergement, pour adultes en situation de handicap en Ile-de-France, au titre du plan de prévention des départs non souhaités des adultes franciliens en Belgique.
- ^{lvi} AMI de l'ARS Ile-de-France du 10 juin 2021 pour le développement de solutions d'habitat accompagné en Ile-de-France.
- ^{lvii} AMI lancé le 15 septembre 2021, par l'ARS PACA, pour la création de 55 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) « Un chez-soi d'abord » dans le département du Var.
- ^{lviii} J.-M. Lhuillier, « De quoi les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont-ils le nom ? », *RDSS* 2010, p. 123.
- ^{lix} Article 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- ^{lx} Mission n° 2 prévue à l'article L. 1435-8 du Code de la santé publique : organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.
- ^{lxi} Le CPOM est ici utilisé comme convention de subvention publique et non comme support de tarification : article L. 1435-3 du Code de la santé publique.
- ^{lxii} Cf. par exemple la circulaire précitée concernant les EMAS.