



Paris, le 29 novembre 06

Eléments de réponse de l'Uniooss

Questionnaire sur les SSIG du Comité européen de la protection sociale

Champ 1 – Description des services sociaux

Le périmètre couvert par le questionnaire, en ce qui concerne les SSIG, comprend les régimes de sécurité sociale de base obligatoires, les autres régimes complémentaires, ainsi que les services essentiels fournis directement à la personne.

La définition des services sociaux d'intérêt général telle que proposée par la communication de la Commission européenne et reprise dans le questionnaire du CPS soulève plusieurs interrogations :

Le périmètre couvert n'est pas le même que celui du premier questionnaire qu'avait élaboré le CPS en 2004. Ce changement de périmètre crée de l'incertitude et de la confusion. Il apparaît ainsi que dans la communication sur les SSIG de 2006 et dans le nouveau questionnaire du CPS, les services de santé sont hors champ, et ce, bien que le questionnaire du CPS indique « *qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer les services sociaux des services de santé.* »

Il ne nous paraît pas judicieux de traiter de la situation des services sociaux et celle des services de santé dans le cadre de deux processus communautaires distincts.

Cette approche européenne qui distingue les services sociaux des services de santé est nouvelle (jusqu'à présent, le processus communautaire était commun aux deux secteurs) et n'est pas cohérente.

En effet, les services sociaux et de santé sont de même nature, ont les mêmes finalités et sont organisés selon des modalités similaires. Ils doivent donc être traités dans un même cadre communautaire. Une dissociation du secteur sanitaire et social à l'échelon européen ferait éclater le secteur, avec une complexité juridique accrue pour les opérateurs.

Ainsi, nous regroupons, à l'Uniooss, des opérateurs associatifs qui délivrent des services dans le champ social, sanitaire et médico-social. Comment établir une frontière entre un service sanitaire et un service médico-social ?

Il existe un continuum des réponses apportées à un usager dans un établissement ou un service à travers des soins, mais aussi un accompagnement social visant à son intégration dans la société.

Par exemple, en France, nous avons, dans le secteur du handicap et des personnes âgées, des services et établissements tels que les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les MAS (maisons d'accueil spécialisé) les FAM (foyers d'accueil médicalisés), les services d'accompagnement et de soins pour adultes handicapés : ces services et équipements proposent à la fois des soins et un accompagnement social au usagers (médico-social). Il y a ainsi un continuum des réponses et donc des passerelles fortes entre le social et le sanitaire. Comment ces services vont-ils être considérés si on entre dans des processus distincts à l'échelon communautaire ?

Exemples sectoriels illustrant la jonction entre le secteur social et sanitaire en France :

- **champ du handicap et des personnes âgées** : établissements et services qui accueillent des personnes âgées et handicapées et leur fournissent une assistance dans les actes de la vie quotidienne, des soins ou une aide à l'insertion sociale (ex d'équipements : établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, foyers d'hébergement, foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés, maisons d'accueil spécialisé, services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées, services de soins infirmiers à domicile ; pour les mineurs et jeunes adultes handicapés: centres médico-psycho-pédagogiques, instituts médico-éducatifs, instituts médico-pédagogiques, instituts médico-professionnels, services d'éducation spécialisée et de soins à domicile...)

- **champ de l'insertion** : établissements et services pour l'accompagnement de personnes en difficulté (toxicomane, alcooliques ...) : centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomane : ces structures assurent un suivi social et médical.

- **secteur médico-éducatif** : ex : instituts médico-éducatifs (établissements recevant des mineurs atteints de déficience proposant des soins et un accompagnement éducatif).

La différenciation des services sanitaires et sociaux risque de créer une complexité juridique accrue pour les opérateurs. Nous souhaitons donc que l'ensemble des services sociaux et de santé soit traité dans un outil communautaire commun.

Il est en effet important de souligner que la politique sociale et de santé publique est une et qu'on ne peut pas dissocier les aspects liés à la prévention, au soin, à l'accompagnement social et à l'organisation et au financement des soins et des services sanitaires et sociaux. Il est donc primordial de garder une cohérence globale, qui s'est construite ainsi depuis de nombreuses années dans certains Etats membres.

La description des services sociaux donnée par la communication nous semble donc insuffisante, car elle ne couvre pas les services de santé.

Champ 2 – Pertinence des caractéristiques

Les caractéristiques identifiées dans la communication pour évaluer les spécificités des services sociaux d'intérêt général nous semblent tout à fait pertinentes.

Il est à cet égard important de rappeler une des principales spécificités des SSIG, à savoir la mise en œuvre effective des droits sociaux fondamentaux et la protection des personnes en situation de fragilité

Les SSIG s'adressent à des personnes en situation de fragilité temporaire ou durable, qui ne peuvent être assimilées à des « consommateurs » ordinaires. C'est un public particulier, qui n'est pas dans une situation d'égalité avec celui qui assure un service, ce qui a logiquement amené le législateur français à organiser une régulation globale visant à protéger ces personnes.

Les SSIG permettent d'activer solidarité et protection sociale, dans une optique de prévention, de repérage des besoins sociaux et de réparation. Ils sont par nature non délocalisables.

Il découle de cette spécificité que les SSIG requièrent des modalités d'action particulières qui nécessitent un cadre et une régulation publics forts.

Ce cadre de régulation est lié à la volonté des pouvoirs publics de protéger les personnes en situation de fragilité temporaire ou durable - usagers de ces services -, de répartir harmonieusement l'offre sur l'ensemble du territoire et de contrôler le développement d'un secteur financé en grande partie sur des fonds publics.

Les SSIG sont donc encadrés par une régulation spécifique. Leur tarification sociale n'est ni fixée par le coût du service, ni indexée au rapport marchand entre l'offre et de la demande. L'offre sociale est solvabilisée par les pouvoirs publics et régulée par eux, afin de garantir une réponse harmonieuse sur tout le territoire.

Ces caractéristiques permettent d'expliquer l'exclusion des services sociaux du champ de la directive sur les services dans le marché intérieur :

- ils ne peuvent en effet être considérés comme les autres services car ils ont une finalité d'effectivité des droits fondamentaux
- ils nécessitent pour leur mise en œuvre des modalités de régulation et d'encadrement fort, qui peuvent être considérées comme entravant la liberté de prestation et d'installation des opérateurs, mais qui sont légitimes au regard de la finalité de protection des droits fondamentaux, et en particulier de ceux des usagers vulnérables.

De leur côté, les considérations qui prévalent au sein de la proposition de directive sur les services sont liées au seul objectif de réaliser un véritable marché intérieur des services et ne prennent pas en compte les spécificités propres des services sociaux et de santé, ainsi que les enjeux liés à l'élaboration, au sein des Etats membres, d'une politique d'intérêt général en matière sociale et de santé publique. L'exclusion des services sociaux du champ de la directive nous paraît donc cohérente.

L'introduction d'une exigence d'un mandat octroyé à l'opérateur nous paraît également recevable, dans la mesure où ne peuvent être exclus de la directive que les seuls services sociaux exerçant une mission d'intérêt général. Seul un mandat octroyé à un opérateur par une autorité publique permet de définir les contours de la mission d'intérêt général et son effectivité. Dès lors, l'exigence d'un mandat donné par une autorité publique, introduite par le Conseil, est fondée.

Champ 3 : Utilisation des caractéristiques par les Etats membres

Définition nationale de la notion d'intérêt général

1) Distinction entre les missions de service public et les missions d'intérêt général

En France, il n'existe pas de définition légale du service public. Classiquement, il est défini comme « *toute activité d'une collectivité publique visant à satisfaire un besoin d'intérêt général* »¹. Au regard de cette définition, pour être un service public, une activité doit être exercée par une personne publique. Cependant, la personne publique peut aussi déléguer l'exercice de cette activité à une autre personne, dans le cadre d'une gestion déléguée, par exemple par une association. En tout état de cause, et c'est l'une des conditions pour leur

¹ Y. Gaudemet, Traité de droit administratif, 16^{ème} édition, LGDJ, Tome 1, p. 34, n° 65

mise en oeuvre, les missions de service public impliquent que l'activité réalisée revête un caractère d'intérêt général.

Mais cette notion d'intérêt général n'est, elle non plus, pas définie juridiquement, et évolue en fonction des besoins de la population.

On peut dire que l'intérêt général peut se définir comme ce qui est pour le bien public. Les missions d'intérêt général peuvent donc être considérées comme étant à l'avantage de tous, ou encore d'une certaine catégorie de personnes dans un premier temps, ayant des incidences sur la société dans un second temps.

Ces missions peuvent être réalisées par plusieurs types d'acteurs. Mais une différence nette existe, selon nous, entre les missions de service public et les missions d'intérêt général, fondée sur la notion d'« initiative ».

L'origine de l'initiative est à la base de la distinction entre missions de service public et missions d'intérêt général :

La différence entre une mission de service public et une mission d'intérêt général réside pas moins dans le contenu du service rendu que dans l'origine du service :

- la mission de service public est initiée par les pouvoirs publics (qui peuvent déléguer ou concéder leur mise en œuvre à des acteurs privés) ;
- la mission d'intérêt général relève très souvent de l'initiative des acteurs privés, et notamment des associations, et ne préjuge pas de l'identité de l'opérateur. D'ailleurs, les associations dites « gestionnaires » ont souvent été créées par des personnes ayant décelé un besoin, et, une fois la réponse mise en œuvre, les pouvoirs publics sont intervenus pour valider ou non la pertinence de la réponse.

► Il s'agit donc de la question de « l'initiative », question centrale à étudier pour évaluer si une mission exercée par une association relève de l'intérêt général ou du service public.

En tout état de cause, la question de savoir si les activités exercées par les associations de solidarité, sanitaires et sociales relèvent de missions d'intérêt général, ne semble pas nouvelle. Elle a même été tranchée par la législation française. En effet, les domaines dans lesquels ces associations (comme celles des autres acteurs – publics et privés lucratifs) exercent leurs activités sont déjà fortement réglementées, dans un souci de protection des personnes.

2/ Des associations d'action sanitaire et sociale dont les actions sont déjà réglementées

Un régime d'habilitation ou d'accréditation qui encadre le secteur

Aujourd'hui, les associations intervenant dans le social, le médico-social et le sanitaire voient leur régime très réglementé qui stipule dans quelles conditions elles peuvent fonctionner.

Ce sont la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi hospitalière de réformée en 1996 modifiée en 2003, dont l'objectif est de protéger au mieux les personnes fragiles. Dans les deux cas, des procédures apportent des garanties pour que la dynamique associative ne soit pas susceptible de dériver, comme les dynamiques des autres acteurs d'ailleurs. Dans le domaine de l'action sociale, l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles liste les institutions publiques ou privées qui doivent être soumises à une autorisation préalable. Pour ce qui est du service public hospitalier, il existe une investiture de service public pour les associations, appelée concession pour les entreprises lucratives.

Aujourd'hui même, l'investiture conférée aux associations pour remplir des activités sociales et médico-sociales équivaut à reconnaître que l'association est d'intérêt général et d'utilité sociale, comme l'a reconnu la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ces associations sont soumises à un régime d'autorisation, qui est une investiture accordée à un acteur pour intervenir auprès des personnes fragiles dans le secteur social et médico-social. Cette investiture est donnée après avis du CROSMS, Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Dans le domaine sanitaire, le même type de procédure s'applique, et s'appelle l'accréditation.

3/ Les risques d'une relation directe entre missions d'intérêt général et missions de service public pour l'identité associative : des associations assimilées au service public

En tant qu'acteurs offrant des services ayant une dimension et un impact économique, les associations sanitaires et sociales se trouvent confrontées à un double risque, que fait d'ailleurs également peser sur elles l'évolution du droit communautaire :

- celui de leur banalisation dans l'exercice d'activités économiques soumis aux mêmes obligations que les acteurs privé lucratifs : cf. *la proposition originelle de directive de janvier 2004, en cours de discussion, relative aux services dans le marché intérieur qui banalise tous les opérateurs de services*
- celui de leur assimilation au secteur public : cf. *les directives relatives aux marchés publics de 1992 réformée en 2004, et le livre vert de la commission européenne sur le partenariat public – privé* qui généralisent les obligations échoyant aux autorités publiques aux associations (notion de pouvoir adjudicateur).

Celle-ci vient en effet s'inscrire dans la conception générale aujourd'hui répandue selon laquelle la matérialisation de l'intérêt général, c'est le service public. Donc, si une association veut participer à l'intérêt général, elle doit se plier à la tutelle, aux règles et au contrôle de l'Etat, qui l'instrumentalise en quelque sorte, la conception européenne allant d'ailleurs dans ce sens. L'Uniopss pense au contraire que l'intérêt général peut faire partie de l'objet et de l'action de personnes privées, notamment des associations. Les relations avec l'Etat ces dernières années vont d'ailleurs en ce sens.

Les associations reconnues comme co-constructrices de l'intérêt général et des politiques sociales

Les associations de solidarité revendiquent leur participation aux missions d'intérêt général et d'utilité sociale. Leur participation à l'intérêt général a d'ailleurs été reconnue de manière explicite par le législateur français.

Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale énumère, parmi les acteurs nécessaires, les associations de solidarité, promues ainsi au rang de « développeur de l'intérêt général », au même titre que les acteurs publics et parapublics (CASF A. L 116-1). Une Charte d'orientation des relations entre le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et l'Uniopss, signée le 27 mars 2002, rappelle le rôle des associations de notre secteur comme révélatrices des besoins sociaux, à même de contribuer, « par leurs activités, au développement des solidarités et à la revitalisation du lien social ». De plus, dans la Charte, l'Etat reconnaît « *la contribution des associations à la définition de l'intérêt général et à l'élaboration comme à la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales tant au plan national que local* ».

La loi 2002-2 reconnaît donc les associations comme co-constructrices des politiques sociales.

Les associations ne peuvent donc pas se voir déléguer des missions de service publics, et devenir ainsi ce que l'on appelle des « prolongements des services publics », des « associations para administratives », tant décriées aujourd'hui. Elles ont un pouvoir d'initiative, de détection des besoins, d'innovation. En ce sens, elles répondent à des besoins, dans un cadre réglementé qui existe et qu'elles acceptent, mais au sein duquel elles agissent de façon indépendante.

► **La réflexion autour de l'intérêt général doit s'appuyer sur la notion fondamentale de « l'initiative », qui permet de resituer la place et le rôle des associations en France comme en Europe : des « collaborateurs privés de l'intérêt général ».**

L'attribution d'un mandat précis pour l'accomplissement d'une mission particulière d'intérêt général d'un service social ne pose a priori pas de problème et est largement développée en France dans le secteur sanitaire et social.

Il est cependant nécessaire de donner une définition large de cette notion de mandatement, qui recouvre des formes et des modalités très diverses selon les secteurs.

Ainsi, en France existent différentes formes de mandatement telles que les autorisations préalables, les agréments, les habilitations, les conventionnements ...

La question se pose aussi de la situation des services sociaux ne faisant pas l'objet d'un mandat d'une collectivité publique pour l'exercice de missions d'intérêt général (c'est par exemple le cas pour certaines activités dans le secteur de l'insertion par le logement). Ces services sociaux se trouvent aujourd'hui dans une situation d'incertitude car leurs missions n'ont pas été bien sécurisés juridiquement au plan national par un acte légal reconnaissant l'exercice de missions d'intérêt général.

Champ 4 : Utilisation des caractéristiques au niveau de l'UE

Pas d'élément de réponse.

Champ 5 : Expériences dans l'application du droit communautaire

1) Libre fourniture de biens et prestations de services et liberté d'établissement

La volonté de supprimer les entraves entre Etats membres et les barrières jugées discriminatoires pour les opérateurs issus d'autres Etats membres induit un risque de remise en cause de la régulation encadrant l'activité des services sociaux et de santé et de non prise en compte de leurs spécificités.

Le risque est moins que des opérateurs issus d'autres Etats membres viennent s'installer en France (notion de proximité à l'usager), mais davantage que les cadres nationaux de régulation de l'activité de service (agréments, autorisations préalables, habilitations ...) soient remis en cause au nom de la construction d'un marché intérieur européen. Or, ces cadres nationaux sont construits dans un objectif de protection de l'usager du service, de qualité du service et de répartition de l'offre sur tout le territoire.

Ce sont donc les règles européennes visant à faciliter l'établissement des opérateurs qui trouveraient à s'appliquer dans le secteur social et sanitaire.

L'exemple le plus récent de ce risque est matérialisé par la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur.

Ce risque de déconstruction des cadres nationaux de régulation semble avoir été provisoirement écarté suite aux amendements votés au contenu initial de la directive sur les services dans le marché intérieur, mais il est important de préciser dans un cadre juridique communautaire spécifique les conditions de conventionnement et de contractualisation entre les opérateurs de SSIG et les pouvoirs publics.

2) Marchés publics

Les directives européennes relatives aux marchés publics² ont induit une pénétration croissante des logiques de concurrence dans les modes de contractualisation entre collectivités publiques et associations de solidarité.

Habituellement, en France, le mode contractuel de relation entre les collectivités publiques et les associations de solidarité (sanitaires, sociales et médico-sociales) est régi, pour le développement d'activités de services ou pour la création d'équipements, par deux modalités principales :

- la convention d'objectifs avec subventionnement
- ou un cadre de création de l'activité fixé par la loi (ex. : loi 2002/2 pour le secteur social et médico-social).

Ces deux modalités s'inscrivent dans une logique de promotion de l'initiative de l'acteur associatif qui présente un projet.

Cependant, cette logique est progressivement contrecarrée par une nouvelle logique, induite (entre autres) par l'échelon européen, celle de la mise en concurrence des opérateurs dans le cadre d'un appel d'offres. Dans ce dernier cas, c'est la collectivité publique qui a la maîtrise de la commande et des conditions de réalisation du projet.

De façon plus large, l'application des principes généraux du Traité de la Communauté européenne sur la libre circulation des biens et des services et sur la libre prestation de services a conduit les autorités communautaires à réglementer les conditions d'attribution des marchés publics, afin d'éviter que ceux-ci soient organisés au seul niveau national ou régional et aient des effets restrictifs sur les échanges de biens et de services au sein du marché intérieur européen³.

Les organismes de droit public, qui souhaitent passer des contrats pour la réalisation de travaux, de services et de fournitures, sont donc tenus au respect d'exigences en matière de publicité d'égalité de traitement et de mise en concurrence de leurs éventuels prestataires.

Ces obligations sont énoncées dans des directives européennes relatives aux marchés publics et se déclinent en droit français dans le code des marchés publics⁴.

En France, le secteur social et médico-social est exclu de toute logique formelle de mise en concurrence dans la mesure où les projets de création de structure portés par les opérateurs doivent être présentés et réexaminés dans le cadre d'une procédure régie par la loi. Mais on peut s'interroger sur la soumission progressive des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires « aux procédures de mise en concurrence inhérente à la commande publique : marchés publics ou délégations de services publics ».

Il existe pour le moment seulement quelques décisions isolées de collectivités locales qui pourraient cependant ultérieurement s'étendre à ce secteur sur le fondement du respect des principes d'égalité de traitement entre opérateurs, de libre accès à la commande publique, de transparence et de libre concurrence. La pression communautaire pourrait rejoindre ici l'évolution des pratiques des collectivités territoriales. Ainsi en France, les conseils généraux utilisent de plus en plus souvent le code des marchés publics lorsqu'ils passent contrat avec les associations de solidarité ; ils ne reconduisent pas toujours les conventions des associations ou parfois déconventionnent au titre du respect du Code des marchés publics.

Des exemples de l'évolution des pratiques des collectivités territoriales :

Sur certains territoires, des SARL ont récupéré les missions d'accompagnement social liées au logement. Il en est de même pour des actions relevant de l'accompagnement social des personnes prises en charge dans le secteur de l'insertion par l'activité économique.

² directive 2004/18 du 31/03/2004 relative aux marchés publics de travaux, de fournitures et de services des secteurs « classiques »

⁴ décret 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant Code des marchés publics

Les champs les plus touchés par cette évolution sont ceux de l'insertion par l'activité économique, de la prévention spécialisée, de la petite enfance et de l'accompagnement social lié au logement.

Ce passage d'une logique de subvention à une logique de rémunération de prestations, avec une mise en concurrence des opérateurs par les commanditaires, banalise la spécificité associative dans la mise en œuvre de missions d'intérêt général. Il y a en germe le risque de la non-reconnaissance implicite de ce que sa finalité non-lucrative représente dans la poursuite de ces missions.

3) La réglementation européenne relative aux aides d'Etat

La politique européenne de la concurrence vise à garantir « *un état de concurrence efficace* » au sein du marché intérieur européen et à empêcher les distorsions de concurrence, que celles-ci soient provoquées par des entreprises privées, des entreprises publiques ou par les Etats membres eux mêmes. Une association qui exerce une activité considérée comme « économique » sera donc soumise aux règles de la concurrence.

Au sein du droit européen de la concurrence, c'est essentiellement la réglementation en matière d'aides d'Etat qui est susceptible de concerner le secteur associatif de solidarité : c'est-à-dire, que la Commission Européenne peut ou pourrait être amenée à contrôler, voire à remettre en question des aides (quelle que soit leur forme subvention, d'exonérations fiscales, d'allègements de cotisations sociales, de prêts de locaux ou de terrains, ou encore de la mise à disposition de personnels) dont bénéficie ce secteur, dans la mesure où ces aides peuvent constituer une distorsion de concurrence vis-à-vis d'autres opérateurs. Ainsi, la Commission doit être informée au préalable de tout projet instituant ou modifiant des aides qui sont susceptibles d'avoir un impact sur les échanges communautaires⁵. C'est en principe à l'Etat concerné ou à l'entité publique qui finance l'aide de faire cette déclaration. Si la Commission déclare l'aide incompatible, celle-ci doit être restituée par l'opérateur qui en a bénéficié.

De plus, les aides publiques visant à compenser les charges résultant de l'exercice d'une mission d'intérêt général sont également réglementées et doivent répondre aux critères énoncés dans une décision de la Commission européenne de novembre 2005 (certains critères pourraient poser problème, comme celui préconisant le recours à l'appel d'offres).

Questions posées :

- Quid à terme d'une remise en cause de tout le système d'aides publiques dont bénéficie le secteur associatif, dans un contexte de développement du champ concurrentiel ?
- Quid d'une révision des modalités de financements des opérateurs associatifs de solidarité ?

Champ 7 – Mesures futures au niveau de la Communauté

L'Uniopss préconise l'adoption d'un cadre juridique spécifique commun aux services sociaux et de santé d'intérêt général. Ce cadre juridique serait en effet à même d'assurer au niveau communautaire un cadre juridique stable et transparent pour les SSIG, dans le strict respect du principe de subsidiarité et notamment des compétences des collectivités locales et régionales dans la définition des missions, la gestion et le financement de ces services.

Les institutions européennes doivent adopter une approche communautaire coordonnée, cohérente et non dissociée sur les services sociaux et de santé de nature économique, à travers l'adoption d'un cadre juridique de type directive sectorielle. Actuellement, les services sociaux et les services de santé font l'objet de deux processus communautaires distincts : Une proposition de directive séparée pour les services de santé couvrant les questions telles

⁵ toute aide d'un montant de moins de 100 000 € sur une période de trois ans est exemptée de tout contrôle communautaire et est donc licite

que la mobilité des patients devrait être publiée dans un futur plus ou moins proche, tandis que la question des services sociaux vient d'être traitée dans une communication de la Commission européenne parue fin avril.

Cette directive sectorielle devrait :

- rappeler la liberté des Etats de définir, organiser et financer les SSIEG
- reconnaître la spécificité et le rôle joué par l'économie sociale et l'économie mixte dans la fourniture de ces services
- définir les conditions de conventionnement et de contractualisation entre les opérateurs de SSIEG et les pouvoirs publics
- préciser les conditions d'application des dispositions du Traité de la Communauté européenne relatives au droit de la concurrence au regard des missions d'intérêt général exercées par ces services
- mettre en place une participation à l'échelon européen des acteurs sociaux aux prises de décision (identification des besoins, définition des missions, évaluation).

Du fait de l'exclusion acquise des services sociaux et de santé du champ d'application de la directive sur les services, il est important de déboucher rapidement sur l'adoption d'un cadre juridique communautaire stable et spécifique pour clarifier l'application du droit de la concurrence et des règles du marché intérieur au regard de leurs missions d'intérêt général, faute de quoi ces services continueront à souffrir d'une certaine insécurité juridique, liée notamment aux aléas de la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes.

Enfin, dans le processus en cours sur les SSIG, il est important que les institutions européennes garantissent une procédure de dialogue et de concertation avec les acteurs de la société civile organisée. En effet, les acteurs non lucratifs sont des acteurs essentiels dans le repérage des besoins et dans l'organisation des réponses. Ils sont donc incontournables dans la procédure de suivi et de dialogue sur les SSIG.

L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique.

Depuis 1947, l'Uniopss est présente sur tout le territoire.

En 2005, elle regroupe 20 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire, au travers de :

- 22 Uriopss (Unions régionales)
- 110 fédérations et unions nationales de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.

Missions

Organiser une concertation et une représentation transversales aux secteurs traditionnels de l'action sanitaire et sociale (personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille, pauvreté exclusion- santé...).

Valoriser le secteur à but non lucratif de solidarité, en France et en Europe

Veiller aux intérêts des personnes fragiles dans la construction des politiques sociales, et faire le lien entre l'Etat, les pouvoirs publics territoriaux et les associations du secteur.

Valeurs

- primauté de la personne,
- non lucrativité et solidarité,
- participation de tous à la vie de la société,
- innovation dans les réponses sociales, alimentée par l'observation des besoins.

Uniopss

133 rue Saint Maur – 75 541 Paris cedex 11 – Tél. 01 53 36 35 00 –

Mail : uniopss@uniopss.asso.fr