

Jean-François de Martel

---

# Réglementation administrative et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocollage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-059985-1

Photo de couverture : © Studio Porto Sabbia - Fotolia.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al., d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<b>Table des matières .....</b>	<b>III</b>
<b>Sigles et abréviations .....</b>	<b>VII</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>XI</b>

## Partie 1 **Définitions, nomenclatures et statistiques**

<b>Chapitre 1      Définitions .....</b>	<b>3</b>
1. Secteur sanitaire, secteur social et médico-social et organisation administrative	5
2. Champ et missions de l'action sociale et médico-sociale	6
3. Acteurs du système social et médico-social	8
<b>Chapitre 2      Activité, établissement, service, nomenclatures .....</b>	<b>19</b>
1. Activité, établissement, service	21
2. Nomenclatures et table de concordance	29
<b>Chapitre 3      Système d'information et grands chiffres du secteur social et médico-social .....</b>	<b>53</b>
1. Système d'information	55
2. Grands chiffres du secteur social et médico-social	56

## TABLE DES MATIÈRES

### **Partie 2 Réglementation administrative des ESSMS**

Chapitre 4	<b>Création, modification et fermeture d'un établissement .....</b>	63
1.	Création d'un établissement	65
2.	Transformation, extension, regroupement	97
3.	Tableau récapitulatif	98
4.	Fermeture et cession de l'autorisation	98
Chapitre 5	<b>Règles d'organisation et de gestion .....</b>	109
1.	Règles relatives au fonctionnement des établissements	111
2.	Autres règles d'organisation et de gestion	130
3.	Règles relatives aux professionnels de l'action sociale et médico-sociale	134
Chapitre 6	<b>Contrôle et sanctions .....</b>	141
1.	Contrôle	143
2.	Sanctions	144

### **Partie 3 Règles financières propres aux ESSMS**

Chapitre 7	<b>Principes et définitions .....</b>	149
1.	Définitions	151
2.	Principes comptables	152
Chapitre 8	<b>Contribution des usagers et obligation alimentaire .....</b>	159
1.	Contribution des usagers	161
2.	Obligation alimentaire	162
Chapitre 9	<b>Valorisation du bénévolat .....</b>	165

## Table des matières

Chapitre 10	<b>Montant global des financements publics .....</b>	169
1.	Enveloppes globales et crédits limitatifs	171
2.	Limitation des charges	173
Chapitre 11	<b>Répartition des crédits entre les établissements .....</b>	191
1.	Décret du 22/10/2003	193
2.	Dossier de financement et indicateurs associés	200
3.	Procédure budgétaire	221
4.	Tableau récapitulatif	241

### **Partie 4 Contentieux spécifique de la tarification**

Chapitre 12	<b>Champ de compétence du juge de la tarification .....</b>	253
Chapitre 13	<b>Organisation et fonctionnement .....</b>	257
Chapitre 14	<b>Procédure .....</b>	261
	<b>Éilogue .....</b>	265
	<b>Index des matières .....</b>	266
	<b>Index des textes .....</b>	268



# Sigles et abréviations

ACSE : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

ACT : Appartement de cure thérapeutique

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AGF : Agence française de l'adoption

AMD : aide ménagère à domicile

ANAE : Agence nationale de l'accès des étrangers et de l'immigration

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANC : Autorité des normes comptables

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESSMS

ANSP : Agence nationale des services à la personne

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

BAPU : Bureau d'aide psychologique universitaire

BOAS : Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarités

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile

CADPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-cotorep)

CAE : Centre d'action éducative

CAEI : Centre d'action éducative et d'insertion

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'ESSMS

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CAT : Centre d'aide par le travail (aujourd'hui ESAT)

CAVA : Centre d'adaptation à la vie active

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie	CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de réinsertion en addictologie
CCH : Code de la construction et de l'habitation	CSP : Code de la santé publique
CEF : Centre éducatif fermé	CSS : Code de la sécurité sociale
CER : Centre éducatif renforcé	CSST : Centre de soins spécifiques pour toxicomanes
CESU : Chèque emploi service universel	CT : Communauté thérapeutique
CGI : Code général des impôts	CTP : Convention tripartite plurianuelle des EHPAD
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	DEES : Diplôme d'État d'éducateur spécialisé
CLIC : Centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées	DGAS : Direction générale de l'action sociale (devenue DGCS)
CMPP : Centre médico-psychopédagogique	DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
CNC : Conseil national de la comptabilité	DM : Décision budgétaire modificative
CNDB : Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et handicapées	DPF : Délégué aux prestations familiales
CNOSS : Comité national de l'organisation sanitaire et sociale	DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (abrogée, voir CADPH)	EHESP : École des hautes études en santé publique
CPFSE : Centre de placement familial socio-éducatif	EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
CPH : Centre provisoire d'hébergement	EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CPP : Code de procédure pénale	ENSP : École nationale de la santé publique (devenue EHESP)

## Sigles et abréviations

- EPE : Établissement de placement éducatif
- EREA : Établissement régional d'éducation adaptée
- ERP : Établissement recevant du public
- ESAT : Établissement ou service d'aide par le travail (ex-CAT)
- ESF : Économie sociale et familiale
- ESSMS : Établissements et services sociaux ou médico-sociaux
- FAE : Foyer d'action éducative
- FAM : Foyer d'accueil médicalisé
- FAQ : Foire aux questions
- FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- FJT : Foyer de jeunes travailleurs
- GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale
- GIR : Groupe iso-ressources
- GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré d'un établissement
- HAS : Haute autorité de santé
- HPST : Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IME : Institut médico-éducatif
- IMP : Institut médico-pédagogique
- IMPro : Institut médico-professionnel
- IPS : Intermédiaire de placement social
- ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- JO : Journal officiel
- LHSS : Lits halte soins santé
- LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
- MARPA : Maison d'accueil rural pour personnes âgées
- MAS : Maison d'accueil spécialisée
- MASP : Mesure d'accompagnement social personnalisé
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
- MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
- MECS : Maison d'enfants à caractère social
- MJPM : Service mandataire judiciaire à la protection des majeurs
- ODAS : Observatoire national de l'action sociale décentralisée
- ONAC : Office national des anciens combattants
- PCG : Plan comptable général
- PMI : Protection maternelle et infantile
- RSA : Revenu de solidarité active
- SAAIS : services d'aide à l'autonomie et à l'intégration scolaire
- SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

SAFEP : services d'accompagnement familial et d'éducation précoce

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEAT : Service éducatif auprès des tribunaux

SES : Service d'enquêtes sociales

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SGII : Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration (ex-DPM, direction de la population et des migrations)

SIOE : Service investigation orientation éducative

SISTF : Service d'information et de soutien aux tuteurs familiaux

SIVA : Site pour la vie autonome

SPASAD : Service polyvalent d'aide et soins à domicile

SROSMS : Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale

SSAD : Service de soins et d'aide à domicile

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TAA ou T2A : Tarification à l'activité

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

UEHC : Unité éducative d'hébergement collectif

UEHD : Unité éducative d'hébergement diversifié

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour personnes cérébro-lésées

# Avant-propos

**C**E LIVRE EST NÉ de la constatation que, si de nombreux ouvrages évoquent les règles générales qui régissent le secteur social et médico-social, aucun ne les décrit sous l'angle technique de leur application par les administrations et les gestionnaires de terrain, pourtant source de nombreuses protestations. Il est destiné à présenter aux étudiants, aux gestionnaires, aux responsables publics et en définitive aux simples citoyens désireux de comprendre le système social et médico-social, les règles administratives et financières spécifiques qui régissent le fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

L'objectif initial, inspiré par l'exemple du *Précis fiscal de la DGI*, était de décrire pour chacune des activités sociales et médico-sociales les règles de fonctionnement imposées aux opérateurs, puis les règles de leur financement. Il a vite fallu y renoncer, faute de définition claire de ce qu'est un établissement au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) et de liste institutionnelle des activités sociales et médico-sociales. L'administration ne semble même pas disposer d'un « plan-masse » du secteur, pourtant indispensable pour structurer la réglementation. Il n'est donc pas surprenant que les praticiens protestent contre un enchevêtrement confus où, dans une indifférence à l'égard des gestionnaires parfois proche de l'hostilité, les mécanismes habituels d'une réglementation se dissolvent dans les approximations et les erreurs, méthodologiques, comptables, informatiques et juridiques.

Plus précisément, il faut distinguer deux périodes dans la mise en œuvre de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 02/01/2002. Tout semble s'être passé comme si la publication des textes de base entre 2003 et 2007 (autorisation, conditions minimales d'organisation et de gestion, dossier de financement, indicateurs budgétaires) avait suscité un tel rejet que les services qui les avaient préparés ont été dessaisis du premier dossier important qui a suivi : contrairement à la logique, la création des services à la personne a été rattachée au code du travail et non au code de l'action sociale et des familles. Les services ont alors compris le coup de semonce et se sont efforcés de redresser la barre, en remédiant aux erreurs les plus criantes et en s'engageant, notamment avec la réforme de l'autorisation et le dispositif de l'évaluation, dans la voie du dialogue organisé ; plusieurs erreurs comptables ont été corrigées, des monographies publiées pour clarifier les situations les plus obscures et l'effort se poursuit<sup>1</sup>. Mais les

1. Par exemple pour la nomenclature des EHPA et les CREA en 2014 et, en 2015, la publication du nouveau manuel de l'IGAS.

## AVANT-PROPOS

erreurs initiales de conception subsistent, notamment en matière financière. Ajoutées à l'absence de « plan-masse », elles interdisent la production d'une réglementation cohérente tout autant que la création d'un système d'information qui serait pourtant indispensable pour fonder et contrôler les politiques d'action sociale<sup>2</sup>.

L'ambition de cet ouvrage est purement descriptive. Il se tient à l'écart des controverses et se borne à exposer les règles inscrites dans les textes en analysant, s'il y a lieu, les difficultés de leur application. On y trouvera donc :

- un exposé méthodique qui, pour la première fois et sans viser une exhaustivité qui nécessiterait des milliers de pages, décrit l'ensemble des règles particulières qui régissent aujourd'hui la gestion administrative et financière des ESSMS ;
- l'élucidation d'une bonne part des (trop) nombreuses erreurs et approximations, de conception, de méthode et de droit, qui émaillent les textes initiaux d'application de la loi de 2002 ;
- des propositions alternatives qui permettraient de remédier aux difficultés constatées.

La partie 1 est consacrée à la délimitation du secteur social et médico-social et à la définition du « qui » (avec les difficultés inhérentes à la notion d'établissement) et du « quoi » (exprimé par la notion d'activité) ; elle montre aussi comment l'absence d'articulation organique entre le « qui » et le « quoi » interdit structurellement la production d'une réglementation et d'une information fiables et intelligibles.

La partie 2 décrit les règles qui régissent la vie d'un établissement depuis sa création jusqu'à sa disparition, en signalant les doutes qui entachent la validité juridique d'un nombre appréciable de dispositions.

La partie 3 présente les règles relatives au financement des activités et décortique les erreurs de conception et de méthode qui privent de valeur juridique, de fiabilité financière et de perspective de dématérialisation le dossier de financement des établissements tarifés (qui met en jeu plusieurs dizaines de milliards d'euros d'argent public) ; elle propose en conclusion une formule alternative beaucoup plus simple.

La partie 4 présente le dispositif particulier du contentieux de la tarification.

Les deux index qui figurent à la fin de l'ouvrage justifient une mention particulière. L'index des textes est destiné à permettre aux lecteurs de retrouver rapidement le

2. Pour une autre lecture, plus valorisante pour l'administration en place pendant la première période, voir J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social*, Dunod, 2014, p. 16-17. Mais, outre son silence sur les difficultés d'application de la réglementation élaborée à cette époque, cet ouvrage est malheureusement entaché d'affirmations manifestement erronées telles que « le seul texte d'application de la loi 2002-2 qui n'a pas été pris est l'arrêté prévu à l'article L. 311-2 du CASF (pour la rédaction d'une Charte nationale) » (p. 32). Or, parmi d'autres exemples (cf. § 46, 49, 194, 201, 294, 326, 370), le décret en Conseil d'État prévu par l'article 23 de cette loi (art. L. 312-9 du CASF) en vue d'instituer un système d'information n'a jamais été publié, ni même, semble-t-il, étudié. De même, « l'avortement du processus » des indicateurs médico-sociaux (p. 68) n'a jamais été la conséquence du « refus de certaines fédérations gestionnaires », mais uniquement la suite d'un audit technique qui a constaté qu'ils étaient inutilisables (cf. § 406).

domaine d'application d'un texte particulier, mais l'index des matières a soulevé un problème beaucoup plus délicat. En effet, pour être techniquement satisfaisant, il aurait fallu partir d'un thesaurus du secteur social et médico-social qui, en l'absence de « plan-masse », n'existe pas. L'auteur a donc dû « bricoler » une liste des entrées qui lui paraissaient les plus adaptées à une recherche transversale dans l'ouvrage, en attendant qu'un index « de valeur professionnelle » devienne possible.

Limité au secteur social et médico-social, cet ouvrage ne reprend pas les règles communes à l'ensemble des activités économiques. Dédié aux activités et aux établissements, il ne traite pas des allocations aux personnes ni des conditions individuelles de leur prise en charge par l'aide sociale. Il n'aborde pas non plus, sinon sous l'angle incident de la réglementation, les actions concrètement menées par les établissements pour aider les personnes en difficulté ; leur appréciation relève d'une autre approche et exige d'autres compétences.

Face à la difficulté de la tâche, l'auteur craint fort d'avoir ici ou là commis des erreurs. Pour améliorer le service que cet ouvrage voudrait rendre, il serait extrêmement reconnaissant envers celles et ceux qui voudront bien lui adresser leurs observations, critiques et suggestions à [reglementationESSMS@orange.fr](mailto:reglementationESSMS@orange.fr) ; leurs messages seront pris en compte dès la mise à jour qui suivra.

De même, il tient tout particulièrement à remercier ceux qui, par leurs encouragements dans les moments difficiles et en apportant le fruit de leur expérience, ont rendu possible ce travail. Sans que ce texte les engage si peu que ce soit, J. Leglise, F. Batifoulier, CP, F. Géraud et A. Boyer s'y reconnaîtront, ainsi que les gestionnaires et les administrations qui, à Dijon, Rouen, Quimper, Le Creusot, Doudeville, Arras, Puteaux, ont jadis participé à l'expérimentation Dofin ou éclairé des points obscurs. Les rédacteurs des dossiers des Éditions Législatives et des notes du Code Dalloz méritent un égal hommage : sans la solidité de leur travail, l'objectif aurait été inaccessible. Merci aussi à Nina Adane pour la souriante patience avec laquelle elle a supporté d'innombrables repentirs rédactionnels. Quant à Guillaume Charron aux Éditions Dunod, il sait combien son professionnalisme mûtié d'humour a été depuis notre première rencontre irremplaçable.

P.S. En janvier 2015, au moment où cet ouvrage devait partir chez l'imprimeur, l'inspection générale des affaires sociales a mis en ligne ([www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr)) une nouvelle édition de son guide méthodologique du contrôle des structures sociales et médico-sociales. Cet ouvrage, qui paraît d'une excellente facture, se place sous l'angle du contrôle ; il ne s'attache donc ni aux difficultés d'application des textes, ni aux erreurs commises lors de leur élaboration. Mais, compte tenu de sa valeur officielle, les lecteurs du présent ouvrage auront le plus grand intérêt à s'y reporter chaque fois qu'ils s'interrogeront sur l'application d'une disposition concernant leur propre établissement.



# **Partie 1**

## **Définitions, nomenclatures et statistiques**

Chapitre 1	<b>Définitions .....</b>	3
Chapitre 2	<b>Activité, établissement, service, nomenclatures ...</b>	19
Chapitre 3	<b>Système d'information et grands chiffres du secteur social et médico-social .....</b>	53

## PARTIE 1 •

1 – Sans qu'aucun article ne l'exprime de cette manière, le code de l'action sociale et des familles (CASF) concrétise l'engagement de la communauté nationale pour remédier à la pauvreté, l'exclusion, la dépendance. Ses racines plongent dans la philosophie morale et politique et sont en définitive affaire de convictions autant que de raison.

Cet ouvrage se situe à un niveau beaucoup plus modeste et vise uniquement à décrire l'état présent de la réglementation et les problèmes de mise en œuvre qu'elle soulève. Mais il fallait rappeler que certaines dispositions administratives peuvent témoigner des postures idéologiques de leurs auteurs plus que d'objectifs managériaux du service public.

2 – La présentation et l'analyse des textes se fondent exclusivement sur les documents officiels et, plus précisément, sont issus d'une compilation en principe exhaustive :

- des dispositions inscrites au code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- de tous les textes relevant du CASF publiés au (ou cités par le) bulletin officiel santé, action sociale, solidarités (BOAS) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 ;
- des textes antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2000 non abrogés et encore mentionnés dans le code Dalloz de l'action sociale et des familles.

3 – Les textes antérieurs à 2000 non abrogés et non mentionnés dans les éditions actuelles du code Dalloz ont donc été considérés comme implicitement caducs, ce qui est une source probable d'erreurs. En l'absence d'information administrative appropriée, il était impossible de faire autrement.

2

En effet, l'administration sociale ne paraît guère avoir attaché d'importance à l'exigence d'accessibilité et d'intelligibilité des textes, dont le conseil constitutionnel a pourtant rappelé la valeur fondamentale<sup>3</sup>. C'est une source de difficultés considérables pour les usagers.

Il apparaît également que, contrairement aux espoirs de ceux qui tablaient sur les grands vents de la simplification administrative et de la dématérialisation des procédures pour faciliter le travail des gestionnaires et améliorer l'efficacité des politiques publiques, rien n'a significativement changé dans le secteur social et médico-social depuis 2002.

4 – Une partie importante du travail a donc porté sur la recherche des définitions et des méthodologies sous-jacentes aux textes, qu'aucune publication administrative n'a jamais exposées. Cette partie leur est consacrée et traite successivement de :

- la délimitation du secteur social et médico-social ;
- l'articulation des notions d'activité, établissement, service et nomenclature ;
- l'insuffisance statistique caractérisée du secteur.

---

3. Décision n° 2014-692 DC du 27 mars 2014 sur la loi Florange.

# **Chapitre 1**

## **Définitions**

PLAN DU CHAPITRE

<b>1.</b>	<b>Secteur sanitaire, secteur social et médico-social et organisation administrative</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Champ et missions de l'action sociale et médico-sociale</b>	<b>6</b>
	Champ, missions et plan-masse	6
	Action sociale et médico-sociale	8
<b>3.</b>	<b>Acteurs du système social et médico-social</b>	<b>8</b>
	L'État	8
	Les régions	10
	Les départements	10
	Les communes et leurs groupements	11
	Les organismes de sécurité sociale	11
	Les opérateurs	12
	Structures de coopération	15
	Instances de concertation et de proposition	16
	Usagers	17

## 1. SECTEUR SANITAIRE, SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

5 – La frontière du secteur social et médico-social avec le secteur sanitaire est poreuse et il est fréquent que les usagers relèvent simultanément des deux champs. L'articulation avec le secteur judiciaire ne pose pas moins de problèmes, en particulier lorsqu'il s'agit d'articuler la sanction de la faute et la réinsertion sociale du coupable. Les nombreux organismes qui gèrent simultanément des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux sont le témoignage de cette imbrication.

Pour cet ouvrage, on a considéré que, par convention, relevaient du secteur social et médico-social les établissements et activités qui prennent en charge la totalité de la personne, y compris les soins complémentaires de santé s'il y a lieu, tandis que les établissements purement ou prioritairement dispensateurs de soins ont été rattachés au secteur sanitaire.

6 – La loi du 2 janvier 2002 a exprimé une conception nouvelle de l'action sociale et médico-sociale sans qu'une nouvelle architecture globale clairement lisible se substitue à l'ancienne.

Les administrations ont parfois tendance à considérer que les organigrammes ministériels peuvent tenir lieu de plan-masse. Mais la scission entre les services aujourd'hui devenus la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), qui a jadis répondu à un louable souci d'amélioration de l'efficacité administrative, n'a rien clarifié sur le fond et paraît avoir débouché sur une rivalité qui ne favorise guère la recherche des synergies.

De même, le transfert en 2012 du secrétariat général à l'immigration et à l'intégration (SGII<sup>1</sup>), du ministre chargé des affaires sociales au ministre de l'intérieur, comme précédemment le basculement vers le code de la santé et le code de la construction et de l'habitat des établissements chargés de l'accueil des mineurs et des adultes en difficulté légère ou des foyers de jeunes travailleurs, ont sans doute été la conséquence de considérations purement politiques plutôt que la manifestation d'une conception de l'action sociale ou le résultat d'une réflexion managériale.

En revanche, pour qui s'intéresse à la sociologie des administrations publiques, l'exemple des « services à la personne » est fécond, car il peut être analysé comme un rare exemple de mise en concurrence entre deux administrations. Pourtant, ses effets ne paraissent pas avoir été étudiés.

7 – Une autre forme de dérive administrative s'est manifestée dans l'application de la loi de 2002 : celle qui consiste à considérer que l'importance d'un secteur est proportionnelle au nombre de pages de sa réglementation. De nombreux textes en donnent l'exemple, les conditions minimales d'organisation et de gestion en

1. Ex-direction de la population et des migrations.

particulier. Mais surtout, les spécialistes s'expriment souvent comme si l'action sociale et médico-sociale se réduisait aux seuls établissements très réglementés de l'article L. 312-1 du CASF. Or, pour nombre d'usagers, l'action sociale au quotidien est d'abord celle des assistants maternels et familiaux qui gardent leurs enfants sans relever de l'article L. 312-1.

Pour sa part, cet ouvrage prend en compte l'ensemble des « missions d'intérêt général et d'utilité sociale » mentionnées à l'article L. 311-1 du CASF, y compris (mais en général sous forme de simple mention) les cas où la réglementation est inscrite dans d'autres codes, les codes du travail (CT), de la santé (CSP), de la construction et de l'habitat (CCH) en particulier.

## **2. CHAMP ET MISSIONS DE L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**

### **Champ, missions et plan-masse**

8 – L'article L. 311-1 du CASF définit l'action sociale et médico-sociale par six « missions d'intérêt général et d'utilité sociale » :

- *Évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;*
- *Protection administrative et judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;*
- *Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;*
- *Intégration scolaire, adaptation, réadaptation, insertion, réinsertion sociales et professionnelles, aide à la vie active, information et conseil sur les aides techniques et aide au travail ;*
- *Assistance dans les divers actes de la vie, soutien, soins et accompagnement, y compris à titre palliatif ;*
- *Actions contribuant au développement social et culturel et à l'insertion par l'activité économique.*

9 – Ces missions sont qualifiées d'intérêt général et d'utilité sociale, mais sans rattachement à une catégorie juridique traditionnelle. En s'abstenant de parler de missions « de service public », le législateur a voulu répondre à l'inquiétude des gestionnaires qui craignaient une ingérence étatique excessive. Le Conseil d'État a clarifié la situation par son arrêt CE 22 fév. 2007 – Association du personnel relevant des établissements pour inadaptés, où il précise les critères qui permettent d'apprécier si un gestionnaire est ou non chargé d'une mission de service public ; il en a déduit dans ce cas d'espèce que les associations gestionnaires de centres

d'aide par le travail sont chargées d'une mission d'intérêt général mais pas d'une mission de service public.

10 – La définition de l'action sociale et médico-sociale proposée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sociaux n'est guère différente : le secteur social et médico-social regroupe des services à la personne spécifiquement destinés à « *promouvoir la cohésion sociale, la lutte contre l'exclusion, l'autonomie et la protection des personnes fragiles (notamment âgées, handicapées ou en difficulté<sup>2</sup>)* ».

11 – La lecture de la réglementation et un certain consensus donnent le sentiment que la notion centrale est celle de l'établissement. Ce n'est pas faux, dans la mesure où l'établissement (ou le service) est le lieu où s'exerce principalement l'action sociale et médico-sociale, notamment celle qui relève de l'article L. 312-1 du CASF. Cependant certaines activités sont exercées ailleurs que dans les établissements, par exemple dans le cas des assistants maternels et familiaux ou des mandataires judiciaires. Plus subtilement, certains auteurs paraissent avoir conçu la valorisation des établissements comme un moyen d'affaiblir les structures centrales des grandes associations, dont « *la tendance à l'embonpoint a pour conséquence de reconstituer une véritable administration de gestion devenant l'unique justification de leur légitimité<sup>3</sup>* ».

Le parti-pris de cet ouvrage est différent. Il part du postulat que c'est l'activité, le service rendu, qui constitue le cœur de l'action sociale. Dans cette perspective, que développe la suite du chapitre :

- le fondement de la réglementation repose sur une liste des activités dont l'ensemble constitue le secteur social ; aujourd'hui cette liste n'existe pas, même si FINESS et l'article L. 312-1 en énumèrent de nombreux éléments ;
- à chaque activité devrait être associée une liste de ses opérateurs potentiels (qui n'existe pas non plus) ; cette liste pourrait être développée par une arborescence distinguant les personnes physiques et les personnes morales puis, pour les secondes, celles qui gèrent un seul établissement ou plusieurs ;
- pour les personnes morales, il faudrait ensuite distinguer celles qui relèvent du droit privé (incluant les associations et fondations) et celles qui relèvent du droit public ; pour les secondes, une distinction additionnelle séparerait les établissements publics et les services individualisés des collectivités publiques (en clarifiant au passage le problème – qu'aucun texte ne traite à ce jour - des nombreux services sociaux que les collectivités locales proposent sans individualisation de leur support).

---

2. INSEE Première, juin 2011.

3. J.P. Hardy, *Financement et tarification des ESSMS*, Dunod, 2010, p. 52.

## Action sociale et médico-sociale

12 – La distinction entre action sociale et action médico-sociale n'a plus aujourd'hui de fondement explicite dans le CASF, qui n'en a conservé qu'une singularité en matière de planification ; le secteur médico-social est en effet simultanément rattaché aux conseils généraux et à leurs schémas départementaux d'action sociale d'une part, aux agences régionales de santé et à leurs schémas sanitaires régionaux d'autre part (art. L. 312-5 du CASF).

En pratique, sont généralement qualifiées de médico-sociales les activités qui nécessitent l'intervention conjointe de personnel soignant et de travailleurs sociaux, tandis que les seconds interviennent seuls dans les établissements purement sociaux. Dans le langage courant, les établissements sociaux accueillent plutôt des « usagers », les établissements sanitaires et médico-sociaux des « patients ».

## 3. ACTEURS DU SYSTÈME SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

13 – L'action sociale et médico-sociale est organisée, financée et mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les régimes de sécurité sociale et des personnes physiques ou morales, privées ou publiques, qui gèrent des établissements.

La loi définit de grands blocs de compétence, soit exclusive, soit partagée. D'autre part, l'État, les collectivités territoriales et la sécurité sociale, en sus de leurs fonctions d'organisation, de tutelle et de financement, gèrent eux-mêmes un certain nombre d'établissements.

### L'État

14 – Dans l'organisation administrative, le pilotage national de l'action sociale et médico-sociale incombe à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et, sur le terrain, aux directions régionales et départementales de la cohésion sociale. Mais interviennent également la direction de la protection judiciaire de la jeunesse du ministère de la justice et son réseau de directions inter-régionales et territoriales (protection judiciaire des mineurs, des majeurs et des familles), le secrétariat général à l'immigration et à l'intégration ainsi que les ministères de l'intérieur lorsque les collectivités locales sont concernées, le ministère des affaires étrangères lorsqu'il s'agit d'accueil des étrangers et le ministère des finances lorsque les décisions ont une conséquence financière ou relèvent de la modernisation de l'État. Lorsque des décisions relèvent d'une compétence partagée, la signature interministérielle des textes est une condition de leur validité.

L'action de l'État est relayée par plusieurs institutions à caractère administratif dont les principales sont :