

Institutions sociales
et médico-sociales

De l'esprit des lois à la transformation des pratiques

2^e édition

Préface de Pierre Gauthier

Jean-François Bauduret

DUNOD

Photo de couverture : Fotolia © vege

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 photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

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, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075899-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), 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.

PRÉFACE

JEAN-FRANÇOIS BAUDURET est certainement un des mieux placés pour analyser nos législations sociales et notamment celle issue de la loi du 2 janvier 2002 qui refonde et réorganise notre dispositif social et médico-social, lui qui en a vécu la gestation, puis la discussion et l'adoption (à l'unanimité !), et une bonne part de sa mise en œuvre, d'abord au sein de la même direction (devenue depuis DGAS puis DGCS), ensuite depuis la CNSA.

Cet ouvrage, disons-le d'emblée, donne toutes les clés pour comprendre un secteur depuis toujours complexe – il nous dit pourquoi – la compréhension étant un préalable obligé à l'action ; ce sera un outil de base dans toutes les formations de ce secteur, mais d'abord dans les formations de cadres ; il devrait aussi être proposé à la lecture de nombre d'administrateurs.

À nouvelle édition, préface quelque peu remaniée. Car il s'en est passé des choses depuis cinq ans : en écrivant cela je pense moins à la sortie de textes logorrhéiques, dont la lecture est difficile y compris pour les spécialistes (un grand merci aux talents de pédagogue de J.-F. Bauduret grâce auxquels beaucoup pourront « entrer » dans ces textes) et dont la mise en œuvre sera d'autant plus compliquée qu'il y a moins de monde pour le faire, qu'à la poursuite d'évolutions déjà entamées lors de la rédaction de la première édition. On réalise enfin, par exemple, que les SPASAD peuvent être une réponse pertinente.

La réflexion sur l'avenir des EHPAD semble vraiment, enfin, lancée : sont-ils destinés à devenir, tous, de petits établissements de soins ? Y a-t-il encore une place pour des résidents encore valides ?

L'institution scolaire a fait et fait des efforts évidents pour l'accueil des enfants ayant un handicap : c'est très bien même si on peut, et doit, toujours, faire mieux.

Et puis, comment ne pas saluer le Plan d'action pour le travail social et le développement social adopté en Conseil des Ministres le 25 octobre 2015, débouché logique, inévitable, d'États Généraux laborieux, mais surtout première expression politique d'un gouvernement, dans ce domaine, depuis l'« adresse » de Nicole Questiaux, 33 ans après ! Souhaitons que l'impulsion donnée ne retombe pas avec les alternances.

Témoignage privilégié, acteur le plus souvent, spectateur particulièrement attentif maintenant, Jean François Bauduret nous dit tout – ou à peu près tout :

- l'interaction des textes et des pratiques, qui se nourrissent réciproquement ;
- la continuité évidente entre la loi 2002-2 et le volet médico-social de la loi HPST du 21 juillet 2009 ;
- l'insuffisance chronique des moyens des administrations en charge de ce secteur, qui va en s'aggravant, les alternances n'y ont rien changé ;
- mais aussi le cri des usagers et de leurs familles : je pense en particulier aux familles d'autistes, auxquelles nous avons tenté d'apporter une première réponse avec la circulaire signée par Simone Veil le 27 avril 1995 ; dix-sept ans et plusieurs plans autisme plus tard, ce cri est plus fort que jamais ;
- mais encore les difficultés récurrentes rencontrées pour la prise en charge des adolescents connaissant des troubles psychiques : Jean François Bauduret ne cache pas son pessimisme, que je ne peux que partager.

L'ouvrage souligne avec pertinence, dès son chapitre 2, les quatre maillons forts et les quatre maillons faibles du dispositif organisé par la loi 2002-2.

J'insisterai sur les quatre maillons faibles car c'est là qu'il faut faire porter nos efforts et c'est là qu'il faudrait, qu'il faudra prendre des décisions politiques :

- l'évaluation de la qualité est désormais en marche : rien ne l'arrêtera car nul ne peut soutenir que toutes les prises en charge et tous les modes d'organisation se valent ; mais ce n'est pas qu'un problème technique, assez complexe du reste : personne, ni aucune corporation, n'aime qu'on ouvre les « boîtes noires ». Toujours est-il qu'elle entre, maintenant, pleinement dans les mœurs et pratiques ;
- le chapitre sur les systèmes d'information dit l'essentiel avec une certaine force : c'est un point fondamental sur lequel nous avons reculé ces dernières années ;
- peut-on faire de la planification, même souple, sans un système d'information digne de ce nom ?
 - il est incontestable qu'on marque le pas sur l'organisation de l'offre (de services et d'établissements) même si, contrairement à ce que beaucoup craignaient, et il faut insister là-dessus, la décentralisation n'a pas creusé les disparités territoriales de cette offre, au contraire. Je crois qu'il faut saluer l'effort des Conseils Généraux à qui certains reprochent maintenant d'avoir créé les postes sans lesquels les dévolutions de compétences n'auraient pas eu grand sens ;

- toute planification n'est-elle pas mission impossible tant qu'on n'a pas d'outil fiable d'appréciation fine des besoins dans leur infinie diversité mais surtout tant qu'on n'a pas des idées claires, autant que possible consensuelles, sur les réponses à donner à ces besoins ;
- on parle souvent d'une décentralisation inachevée ; en réalité le système mis en place par la loi particulière du 6 janvier 1986 est tellement marqué par la défiance, la frilosité et plus encore la méconnaissance au plan central de ce qui se fait dans les départements, et donc verrouillé, qu'on peut se demander si on n'est pas en présence d'une fausse décentralisation, ayant transféré la gestion de mauvais risques à des fonctionnaires élus, chargés d'équilibrer cette gestion. Jean François Bauduret, qui fut un Haut Fonctionnaire loyal, et optimiste, se demande au chapitre 9 si on ne frise pas l'imposture dans ce domaine : pour ma part j'enlève les guillemets qu'il met à son propos ;
- ceci étant dit la logique de ce qui a été entrepris conduirait à mettre en œuvre le rapport Briet-Jammet pour mettre fin à un invraisemblable système de cofinancement et de co-pilotage : je crains que personne n'en ait vraiment envie, pas plus les associations (qui savent que le rapport de force leur est plus favorable au plan national) que les élus locaux (échaudés par les précédents transferts de compétences). Sommes-nous donc condamnés à gérer la complexité ? c'est malheureusement à craindre.

Pour autant, et s'il ne tait aucun des problèmes encore mal résolus, l'ouvrage de J.-F. Bauduret est un ouvrage délibérément et légitimement optimiste.

D'abord parce que l'auteur appartient à une génération qui a connu l'« avant », l'ancien, les foyers de l'enfance hospitaliers, les hospices semi-valides et invalides, les services dits de « défectologie », les grands internats, les gros, les énormes hôpitaux psychiatriques, et ces visions d'horreur que nous rapportions de nos sorties de terrain quand j'étais à la DRASS d'Auvergne.

J'ai trouvé par hasard chez un bouquiniste les mémoires de l'abbé Lucien Oziol, connu pour avoir implanté en Lozère un secteur médico-social à l'évidence sur-dimensionné pour les besoins locaux – pour nous l'archétype de ce qu'il ne fallait pas faire, sauf que son « succès » a répondu à des situations de détresse et de misère auxquelles on n'offrait pas de réponse. Et peut-on le dire à l'imparfait ?

La création du secteur social et médico-social consécutif à la loi du 30 juin 1975 – favorisée aussi par les programmes d'humanisation, la mise en place d'un véritable appareil de formation pour les intervenants, et des financements non négligeables – a permis de transformer de façon radicale une situation peu glorieuse, parfois carrément honteuse. La situation actuelle n'a – sauf exceptions – que peu de rapports avec ce que nous

avons découvert, avec une génération de fonctionnaires engagés au bon sens du terme, il y a une quarantaine d'années.

C'est un progrès collectif auquel beaucoup ont pris part. Il est clair que le travail n'est pas terminé, et nous voulons tous le meilleur : nos niveaux d'exigences s'élèvent inévitablement et les conceptions dominantes ont évolué, au plan national et international.

L'accent est mis désormais sur l'inclusion sociale, l'accessibilité, l'accompagnement, mais on sait bien qu'il ne peut y avoir d'inclusion, bien souvent, sans de véritables prothèses sociales. J'ajoute ma conviction profonde que nous aurons toujours besoins d'internats – souples et de bonne qualité s'entend – et d'institutions.

Jean François Bauduret est habité par la conviction que nous continuerons à faire toujours mieux, et je le suis volontiers dans cette approche optimiste mais jusqu'à un certain point seulement sur quelques sujets qui ne sont pas purement techniques :

- par exemple si je suis assez sensible à son plaidoyer pour la procédure de l'appel à projet, je reste plus que jamais, et ayant eu à l'affronter en qualité de « promoteur », très sceptique sur la valeur ajoutée de cette procédure venue d'ailleurs ;
- par exemple encore, je suis, d'expérience, également très sceptique devant la mode des « filières », « parcours » plus ou moins organisés, réseaux et autres dispositifs de coordination qui conduisent trop souvent à gaspiller un temps précieux d'intervenants de terrain pour un résultat toujours – sauf exception bien sûr – très décevant : la coordination, nous dit avec son froid réalisme la Cour des Comptes, ça ne marche pas. Il reste que les divers outils de coopération inventés par le législateur (GCSMS notamment) sont nécessaires et adaptés : c'est par ce biais-là que les complémentarités peuvent s'organiser. Par contre le discours en langue de bois sur les filières et les parcours n'est qu'un leurre qui permet de mal camoufler l'absence de décisions politiques par rapport au « millefeuille » maintes fois dénoncé qui est le caractère premier de nos institutions sociales.

J'ai un peu plus du mal à le suivre, enfin, sur la question emblématique du service public : un faux problème, expédié lors de l'adoption de la loi 2002-2 avec le rejet en commission de l'« amendement Carvalho » ? L'argumentation développée alors par le gouvernement, et que connaît bien J.-F. Bauduret s'appuyait sur les différences, incontestables, de fonctionnement entre un hôpital et un établissement médico-social, mais elle s'en tenait à une approche à la fois traditionnelle et sommaire du service public et de ses fonctions. Nous sommes quelques-uns à penser qu'avec une rédaction plus claire et contemporaine de celles-ci, on constaterait qu'une partie au moins du secteur social et médico-social remplit bien une mission de service public. Et le rapprochement à l'œuvre des deux secteurs n'a pas encore développé toutes ses conséquences. Pour moi le débat n'est pas clos.

Ancien haut fonctionnaire, J.-F. Bauduret a une conception exigeante du devoir de réserve auquel sont tenus ceux-ci, ce qui l'empêche d'aller jusqu'au bout de certains développements, ce à quoi, passé depuis maintenant quelques années de l'autre côté, je peux m'aventurer :

- pourquoi ne pas dire qu'il y a maintenant de la part de l'administration une utilisation abusive de procédures présentées comme contractuelles et qui ne le sont pas vraiment ?
- pourquoi ne pas dire, et c'est tant mieux, que la CNSA a pris la suite opérationnelle de l'ex-DAS puis DGAS, désormais DGCS, avec des moyens multipliés par 10 ou 15 ?
- la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur la qualité des soins et les droits des usagers du système de santé suit de deux mois la loi 2002-2 et son volet sur les droits des usagers, sans qu'il y ait eu de réelle concertation entre les porteurs de ces textes : pourquoi ne pas dire que deux directions d'un même ministère se parlent peu, parce que porteuses de cultures différentes et enfermées dans des relations privilégiées pour ne pas dire exclusives avec leurs réseaux respectifs ?
- l'opposabilité des enveloppes budgétaires et maintenant de l'ONDAM n'a été acquise difficilement qu'après une longue guérilla entre l'administration et les fédérations d'établissements longtemps enfermées un déni de principe de la crise du financement de la protection sociale.

Et maintenant ? La mise en œuvre de la loi de 2002 amendée en 2009 se poursuit. Et le débat collectif va aussi se poursuivre, et c'est souhaitable. Sur quoi va-t-il porter ?

- en premier lieu, et enfin, à la lumière du très important rapport de Laurent Vachey et d'Agnès Jeannet, sur la réforme des modes d'allocation des ressources, articulée inévitablement avec la prise en compte de la qualité. Nous y arrivons, avec SERAFIN-PH ;
- en deuxième lieu sur la question dite de la « désinstitutionnalisation », poussée par les positions adoptées par le Conseil de l'Europe et par plusieurs instances de l'Union Européenne, non dépourvues d'arrière pensées budgétaires ;
- enfin sur la recomposition du secteur : sa fragmentation en 20 000 à 30 000 établissements et services gestionnaires n'est plus tenable, et l'accusation de gérontocratie fait mal. Si les outils de coopération, détaillés par J.-F. Bauduret, ne sont pas mis à profit comme il convient, des mesures beaucoup plus contraignantes seront inévitablement prises par les décideurs-financeurs...

Montauban, le 13 février 2017

Pierre Gauthier

Ancien directeur de l'Action sociale,
ancien président de l'UNAFORIS

SOMMAIRE

<i>PRÉFACE</i>	III
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

L'HISTOIRE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

1. La constitution d'une identité par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales	6
2. L'unification de la diversité : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	19
3. Une nouvelle gouvernance pour le secteur social et médico-social	32
4. Les principales évolutions du cadre législatif à partir de 2015	53
5. Croisements et correspondances des législations sociales	76

DEUXIÈME PARTIE

LA TOPOGRAPHIE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

6. Identité et diversification du secteur social et médico-social	87
7. Barrières, fragmentations, coupures et autres cloisonnements	103
8. Vieillesse et handicap	116
9. Les imperfections de la décentralisation	130
10. Les créations d'agences nationales : de nouveaux opérateurs visant à instiller de la cohérence dans un paysage parcellisé	150

TROISIÈME PARTIE

PERSPECTIVES ET PROSPECTIVES

11. L'amélioration de la qualité des prestations délivrées : trois démarches à faire converger	185
12. L'amélioration de la qualité des organisations des dispositifs d'offre : trois composantes à prendre en compte	206
<i>CONCLUSION</i>	256

ANNEXES

1. La construction de la loi du 2 janvier 2002	263
2. Petite chronique de la discussion parlementaire sur la loi HPST	271
3. Le rapport IGF/IGAS d'octobre 2012	285
4. Le plan national de prévention de la perte d'autonomie	293
5. Maladie mentale/handicap psychique	297
6. « Tribune libre I » : le mécanisme du bouc émissaire	308
7. « Tribune libre » II : Régionaliser l'action sociale et médico-sociale	313
<i>GLOSSAIRE</i>	318
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	323
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	327

INTRODUCTION

LE SECTEUR SOCIAL et médico-social est en situation d'évolution permanente. Nul doute que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a réorganisé en profondeur l'architecture et les modes de fonctionnement du dispositif.

Mais plus de quinze ans se sont écoulés depuis la promulgation de cette loi, et, inlassablement, le flux des réformes législatives et réglementaires s'est poursuivi, au point de modifier plus encore les règles du jeu et de transformer plus avant les rôles et places de chacun des acteurs et décideurs.

Désormais des tendances lourdes et irréversibles s'affirment avec de plus en plus de clarté. Elles sont pour une large part consacrées par nos législations sociales. Elles ont pour noms : droits et citoyenneté de la personne vulnérable, bientraitance et qualité des accompagnements, inclusion forte en milieu social ordinaire, personnalisation des réponses aux besoins individuels, rationalisation et efficience de l'organisation et de la gestion d'un dispositif, régulations rigoureuses des ressources.

Mais notre dispositif d'offre reste toujours largement perfectible :

- sa gouvernance, fortement écornée par une décentralisation approximative, manque de lisibilité et d'efficacité ;
- de forts cloisonnements entravent toujours la fluidité de circulation des usagers sur des sentiers labyrinthiques d'un secteur encore très atomisé ;
- si les continents du sanitaire et du social se sont fortement rapprochés au plan législatif, la coupure entre les deux cultures (et les appareils de formation) est toujours très présente dans les représentations et comportements des divers acteurs et de bon nombre de décideurs ;
- l'organisation des accompagnements des personnes en manque et en perte d'autonomie connaît des distorsions très accusées en fonction de l'âge des sujets concernés ;
- des réformes importantes restent à conduire, notamment en matière de tarifications ou de construction de systèmes d'information performants éclairant les politiques menées et les stratégies des acteurs.

En écrivant, avec Marcel Jaeger, un premier ouvrage¹ principalement dédié aux origines et aux enjeux de la loi dite « 2002-2 » nous avons tenté de valoriser les apports de cette réforme pour redynamiser un secteur à la recherche d'une nouvelle dynamique.

Outre le fait que cette législation a dévoilé, à l'épreuve du temps, certaines insuffisances, il nous paraît aujourd'hui nécessaire de changer de focale, en adoptant « un objectif grand angle », tant il devient opportun de réévaluer les enjeux des politiques à conduire et de revisiter les pratiques des pouvoirs publics comme celles des institutions.

Nous tenterons ici de retracer tout d'abord quelques points d'histoire et de géographie du secteur social et médico-social. Nous tenterons de dépasser la simple description des dispositifs en nous efforçant de retracer les raisons de leur apparition, les problèmes à résoudre et les incidences, positives ou négatives, des organisations retenues.

L'histoire du secteur passe aussi (mais pas seulement) par l'évolution de sa législation : 1975, 2002 et 2009 sont trois moments importants de sa structuration. Une attention particulière sera portée au volet social et médico-social de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 : nous lui consacrerons un chapitre entier ainsi qu'une annexe retraçant la teneur des débats parlementaires.

Dans cette seconde édition, nous consacrerons un nouveau chapitre à l'analyse des principales législations intervenues à partir de 2015, au regard de leur impact, conséquent, sur le secteur social et médico-social, plus particulièrement la loi de décembre 2015 relative au financement de la sécurité sociale de 2016, la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », ainsi que la loi « santé » de février 2016.

Ce secteur se définit aussi par sa géographie. C'est pourquoi nous nous livrerons, sans concessions, à une exploration topographique de ce paysage singulier où se conjuguent fragmentations, cloisonnements et complexités.

Enfin, nous nous risquerons, au sein des deux derniers chapitres, à ouvrir des perspectives et à faire œuvre prospective, notamment en traçant six principales voies d'amélioration du dispositif, toutes de nature à favoriser les divers versants de l'amélioration de la qualité, qu'il s'agisse des interventions directement déployées auprès des publics vulnérables concernés ou de l'organisation même des dispositifs d'offres.

À cet égard, cette nouvelle édition consacre de nouveaux développements sur la décentralisation, les insuffisances des articulations entre le sanitaire et le social, sur la politique conduite en direction des personnes handicapées psychiques, sur les nouvelles actions pilotées par la CNSA, l'ANESM, l'ANAP et l'ANCREAI et le réseau des CREA, sur la nécessité de promouvoir des plateformes de services, sur les nouvelles

1. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Dunod, 2^e éd., 2005.

évolutions tarifaires et la récente démarche dénommée « SERAFIN-PH », sur la formation des travailleurs sociaux, sur la gouvernance des opérateurs et sur le rôle de l'encadrement dans les établissements et services.

Comme souvent, les constats sont assez simples à établir mais les réponses pertinentes sont autrement plus ardues à concevoir et surtout, au vu de multiples résistances rencontrées à tous les niveaux, à mettre en œuvre avec succès.

*

En clôture de son roman *Août 14*, Alexandre Soljenitsine écrivait : « L'iniquité n'a pas commencé avec nous, et ce n'est pas nous qui y mettrons fin. »

Certes, mais ce constat ne doit pas nous conduire à rester les bras croisés : la lutte permanente contre les insuffisances, les imperfections, voire les carences de l'organisation et des pratiques de nos politiques sociales et médico-sociales doit être le souci de chacun, acteurs et décideurs...

PARTIE 1

L'HISTOIRE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Une identité et des pratiques façonnées
par plus de quarante ans d'évolutions législatives
et réglementaires permanentes

À L'ÉVIDENCE, le secteur social et médico-social ne s'est pas exclusivement construit à partir des lois successives qui l'ont organisé : le mouvement associatif, l'action des divers organismes gestionnaires concernés, les pratiques des professionnels qui exercent dans plus de trente mille établissements et services ne sont pas pour rien dans sa structuration.

Il n'en est pas moins vrai que les diverses lois qui se sont succédé ont largement contribué à sa construction. Cette première partie de l'ouvrage privilégie trois législations, celles de 1975, de 2002 et de 2009. Ces trois lois ont en effet tiré les conséquences de l'état d'évolution du secteur et souvent acté *a posteriori* de pratiques nouvelles jusqu'alors non prises en compte par le législateur : en cela, ces législations sont le reflet des réalités en vigueur sur le terrain. Mais lesdites lois créent dans le même temps des dispositifs nouveaux, qui rencontrent parfois les réticences, voire les oppositions, des organisations représentant le secteur en ce qu'elles provoquent ou accélèrent des évolutions parfois inéluctables et souvent utiles à l'intérêt général et qui, le temps passant, sont reconnues comme telles par une large majorité des acteurs.

Si 1975, 2002 et 2009 correspondent à trois temps forts dans l'histoire de notre dispositif social et médico-social, il convient d'insister dès à

présent sur le fait que nous avons assisté et continuerons d'assister à un mouvement continu de réformes, venant sans trêve façonner le secteur. Il s'agit là de ce que Jean-Yves Barreyre qualifie de révolution douce :

« La révolution douce introduit [...] sur le terrain de l'action sanitaire et sociale l'expérience du paradoxe continu : tout est comme avant mais tout a changé et changera encore¹. »

Examinons donc la nature des changements opérés par les trois lois précitées et tentons d'en tirer quelques conséquences tout au long du présent ouvrage.

1. Pour une nouvelle politique de santé publique, in *Revue Vie Sociale* 2012.

Chapitre 1

LA CONSTITUTION D'UNE IDENTITÉ PAR LA LOI DU 30 JUIN 1975 RELATIVE AUX INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES¹

PARADOXE DES ORIGINES : LA LOI HOSPITALIÈRE DE 1970 MARQUE LA NAISSANCE DE LA LOI SOCIALE DE 1975

C'est en effet la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome.

Cette législation a, en effet, posé le principe du recentrage de l'hôpital sur ses seules activités sanitaires, tirant ainsi les conséquences d'une absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social des enfants de l'aide sociale à l'enfance, des enfants handicapés ou inadaptés, des personnes âgées et des adultes handicapés.

1. Les quelques développements qui suivent sont la transposition de certains éléments du chapitre 2 de *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2005.

Toutefois le législateur de 1970 se devait de prendre en compte le fait que l'hôpital gérait à l'époque de nombreux foyers et hospices accueillant ces publics fragiles, mais qui ne relevaient pas d'une prise en charge sanitaire. C'est pourquoi l'article 30 de la loi de 1970 disposait que l'hôpital pouvait, à titre transitoire, continuer à assurer des activités ne concernant pas le service public hospitalier, lequel était dorénavant rigoureusement redéfini et circonscrit. Par ailleurs, l'article 51 de cette même loi prévoyait que la législation hospitalière ne resterait applicable aux hospices et foyers que jusqu'au 31 décembre 1972, date à laquelle un décret – qui ne fut jamais pris – devait déterminer la liste des établissements à caractère social qui devaient sortir du giron hospitalier en autonomisant leur création et en précisant leur mode de gestion et le statut de leur personnel.

Cette période transitoire a été prorogée à trois reprises : le délai fut d'abord porté au 31 décembre 1973, puis au 31 juillet 1974 et enfin, au 31 décembre 1975.

Entre-temps, les pouvoirs publics avaient jugé préférable de substituer au décret prévu par la loi de 1970 une loi organisant un cadre spécifique dédié au seul secteur social et médico-social.

LES TROIS GRANDS PRINCIPES DE LA LOI DE 1975

Trois mots peuvent qualifier les objectifs de cette loi : *autonomie, unification et souplesse*.

Ainsi, la première caractéristique de cette législation est de consacrer définitivement l'autonomie du secteur social et médico-social en coupant le cordon ombilical qui le liait au champ hospitalier. L'article 1^{er} de la loi définit les missions imparties aux institutions sociales et médico-sociales gestionnaires des établissements dont la liste est détaillée à l'article 3. C'est la loi de 1975 qui introduit la notion nouvelle de « médico-social » : l'autonomie du secteur postulait en effet la possibilité de médicaliser les établissements sociaux, l'indépendance impliquant la polyvalence et donc la possibilité de délivrer des prestations de soins, certes non prévalents, mais toutefois nécessaires à la cohérence de prises en charge globales et adaptées. C'est elle encore qui crée par son article 5 les sections de cure médicale au sein des maisons de retraite, permettant ainsi l'accueil des personnes âgées dans de véritables lieux de vie qui leur sont destinés, au sein desquels s'organisent des soins coordonnés.

Plus généralement, c'est l'article 27 qui autorise, selon des formules forfaitaires, la médicalisation des établissements définis à l'article 3.

Par ailleurs, l'article 19 rend obligatoire la personnalisation des établissements sociaux et médico-sociaux publics dans un délai de dix ans, dès lors que ces établissements comportent une capacité conséquente : celle-ci fut fixée par décret à deux cents places, conformément au souhait initial

de René Lenoir¹, mais qui n'avait pas obtenu de l'Assemblée nationale qu'un seuil soit défini explicitement dans la loi.

L'article 23 instaure enfin un délai de dix ans² pour transformer les hospices publics soit en établissements sociaux ou médico-sociaux, soit en unités de soins relevant pleinement des missions conférées au service public hospitalier.

Un second objectif de la loi de 1975 correspond à son ambition d'unifier cet « ensemble large et varié d'institutions dont le point commun est de s'adresser à des publics fragilisés³ ». Cette unification fut opérée grâce à un régime unique d'autorisations, venant se substituer au régime déclaratif de la loi n° 71-1050 du 24 décembre 1971.

En effet, à l'exception notable des établissements médico-éducatifs dont l'ouverture était soumise à autorisation ministérielle depuis l'ordonnance du 21 août 1967, tous les établissements sociaux étaient soumis à une simple procédure déclarative définie aux articles 203, 204 et 205 du Code de la famille et de l'aide sociale. La loi de 1975 a donc soustrait les établissements énumérés dans son article 3 à ces dispositions, pour instaurer une régulation sous la forme d'une autorisation liée à la réponse aux besoins et à la conformité du projet à des normes de fonctionnement. Cette régulation a été justifiée par le gouvernement de l'époque par le fait que la plupart des établissements concernés par la nouvelle législation faisaient l'objet d'un financement par la collectivité publique.

Le troisième mot-clé de cette loi est résumé par le mot « souplesse », caractéristique venant en contrepoint du seul dispositif tangible de régulation représenté par le nouveau régime des autorisations.

Le rapport de l'IGAS précité note en effet que, lors de l'examen du projet de loi en 1975, « tous s'accordent à reconnaître que la diversité des problèmes à traiter nécessite de laisser place à la créativité, à la capacité d'initiative dans un secteur où les organismes privés gèrent plus de 80 % des activités⁴ ».

Ainsi, aucune planification n'est prévue (les schémas départementaux n'apparaîtront qu'avec la loi du 6 janvier 1986) et l'idée d'une « carte sociale », symétrique de la carte sanitaire hospitalière, n'est pas retenue, car estimée trop rigide. La coordination des établissements prévue à l'article 2 de la loi, sous la forme de regroupements ou de conventions, est une aimable invitation formulée auprès des institutions et reposant sur leur seul bon vouloir.

Le régime unifié des autorisations est sensiblement tempéré par la consultation d'une commission régionale des institutions sociales et

1. *Journal officiel, assemblée nationale*, 1^{re} séance du 17 avril 1975, p. 1795.

2. Prévu initialement de cinq ans et allongé par un amendement au Sénat.

3. Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, Rapport n° 95155, déc. 1995, t. I, p. 10.

4. *Ibid.*

médico-sociales (CRISMS), au sein de laquelle les différents opérateurs concernés sont largement représentés.

La loi opère également une distinction claire entre l'institution sociale et médico-sociale au sens de l'association disposant de la personnalité morale, qui dispose d'une totale liberté pour se créer en application de l'article 1^{er} de la loi de 1901 et l'établissement que gère cette institution qui est seul assujéti à une autorisation¹.

En fait, outre le nouveau mécanisme d'autorisation, le seul autre dispositif contraignant de régulation dans le champ associatif est instauré par l'article 16 de la loi de 1975 : les conventions collectives régissant les rémunérations et conditions de travail du secteur sont dorénavant soumises à l'agrément préalable des pouvoirs publics avant de pouvoir être appliquées. Ce mécanisme, déjà en vigueur pour les conventions collectives des caisses de Sécurité sociale, se justifiait par la professionnalisation accrue dans ce secteur et par le fait que les employeurs ne sont ni les tarificateurs ni les financeurs des établissements qu'ils gèrent.

Au total, le double mécanisme de régulation instauré par la loi de 1975 sur les autorisations d'une part, sur les conventions collectives d'autre part, a suscité à l'époque des contestations du monde associatif et des organisations syndicales représentant les personnels de ce secteur.

S'agissant des autorisations, dans son article relatif à la loi du 30 juin 1975, Michel Lévy cite sur ce point l'appréciation de Bernard Lory :

« Subordonner la création d'un organisme ou le développement d'une activité sociale, fussent-ils financés par la collectivité, à une autorisation préalable est un retour aux règles en vigueur au début du xix^e siècle et à une situation où l'État était tout puissant face à un individu isolé ; l'isolement est la forme schizoïde de la vie sociale². »

De son côté, le syndicat CFDT, dans une plaquette de présentation sur la loi de 1975 parue en 1977, critiquait avec virulence la loi de 1975 sur les autorisations et sur l'agrément des conventions collectives en affirmant qu'« il s'agit pour le gouvernement de limiter les dépenses sociales pour diminuer les charges qu'impose aux entreprises le financement de l'action sociale, avec une contradiction évidente : le bien-fondé de l'action sociale ne découle que des dégâts ou agressions provoquées par ces mêmes entreprises³ ».

À propos des normes techniques de fonctionnement prévues à l'article 4 et des conditions de fermeture pour des raisons de sécurité ou de menaces

1. On observera que cette distinction n'a jamais été abolie par la suite, la loi du 2 janvier 2002 la maintenant avec le même soin dans ses articles L. 311-1 et L. 312-1.

2. Lévy M., « La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et l'évolution de l'action sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 1975, p. 524.

3. *La Loi sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975*, CFDT, 1977, p. 47.

sur le bien-être physique ou moral des usagers, cette même organisation dresse le constat suivant :

« Il s'agit donc pour le gouvernement d'assurer un contrôle idéologique efficace sur les objectifs poursuivis par les différentes structures privées ou publiques, pour maintenir un certain nombre de réseaux divers permettant d'encadrer, de réglementer, d'assurer le maintien des valeurs de l'ordre établi et aussi de faire taire ou de camoufler les sursauts ou les révoltes pouvant mettre en cause le pouvoir actuel¹. »

Ce constat quelque peu outrancier contraste singulièrement avec l'idéalisation opérée par d'autres auteurs sur cette législation, notamment Michel Lévy, Jean Rivero, Philippe Ligneau... De même, en introduction à son ouvrage sur le secteur social et médico-social, Patrice Legrand qualifie la loi sociale de « loi libérale, soucieuse de l'initiative privée » et considère que « l'équilibre du 30 juin 1975 demeure très respectueux de la liberté des intervenants² ».

Dans les faits, cette législation, dans sa rédaction initiale n'a ni instauré l'enfer du contrôle social et du contingentement des dépenses, ni installé les institutions sociales dans un paradis de la liberté, affranchi de toute contrainte.

D'ailleurs, après 1975, les divergences d'appréciation se sont fortement atténuées. Du côté des professionnels, l'émergence d'un contexte de crise économique a suscité de nouvelles urgences et la prise de conscience de l'utilité d'un cadre de référence. Les demandes d'abrogation de la loi ont ainsi laissé place à la volonté d'appropriation de ce cadre, avec l'idée qu'il constitue au bout du compte un socle dont la disparition pourrait menacer encore plus gravement les principes de la protection sociale. Se manifeste aussi une responsabilité plus grande vis-à-vis des moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins des personnes en difficulté : la précarité sociale et économique a fini par faire penser, à juste titre, que nul n'échappe au risque d'un basculement possible dans le sort que l'on croyait réservé jusqu'à présent à une catégorie spéciale de « déviants ».

Quoi qu'il en soit, cette loi fondatrice n'allait pas rester bien longtemps dans sa forme originelle.

UN PAYSAGE LÉGISLATIF RAPIDEMENT BOULEVERSÉ

À compter de 1996, année où ont été ouverts les travaux qui ont abouti à la loi du 2 janvier 2002, les différents partenaires concernés ont toujours évoqué la « réforme de la loi de 1975 ».

Mais la loi de 1975 existait-elle encore vraiment au moment où il s'est agi de la réformer ? La question mérite d'être posée, puisque cette loi a fait

1. *Ibid.*, p. 48.

2. Legrand P., *Le Secteur médico-social*, 2^e éd., Paris, Berger-Levrault, 2000.

l'objet entre 1978 et 2001 de très profondes modifications par vingt et une lois successives ayant progressivement amendé et parfois fait disparaître de larges pans du dispositif initial : une loi dès 1978, neuf lois dans les années quatre-vingt, neuf lois dans les années quatre-vingt-dix et deux lois en 2000 et 2001.

La loi comportait au départ trente-cinq articles. En 2001, à la veille de sa réforme, elle en comptait cinquante-six, soit vingt et un de plus. Par ailleurs, seuls onze articles initiaux (ou parties d'articles) restaient encore en vigueur.

Ainsi, vingt-quatre articles initiaux avaient été progressivement remplacés par de nouvelles dispositions. Au total, la loi du 30 juin 1975 avait très sensiblement subi l'usure du temps, puisqu'au moins quarante-cinq articles, soit avaient été ajoutés, soit étaient venus remanier les dispositions initiales. D'aucuns ont même pu considérer que la loi de 1975 n'avait plus d'existence formelle, du fait que l'ordonnance du 21 décembre 2000 était venue la recodifier au sein du nouveau Code de l'action sociale et des familles, moins de deux mois avant la première lecture du projet de loi la réformant, en janvier 2001 à l'Assemblée nationale !

Pourtant, il semble que l'architecture de 1975 ait subsisté malgré les nombreux rapiécages et ajouts apportés au fil du temps. Ce monument législatif avait été percuté, parfois de façon violente, par vingt et une nouvelles lois et pourtant la configuration initiale était encore reconnaissable, malgré la profusion des restaurations et des nouvelles constructions. Mais cela tient plus probablement à un effet d'optique qu'à des raisons de fond.

Ainsi, les intitulés des huit chapitres structurant la loi initiale n'ont jamais été modifiés avant la loi du 2 janvier 2002, à savoir :

- chapitre I – Dispositions générales visant à la coordination des institutions sociales et médico-sociales ;
- chapitre II – Dispositions communes relatives à la création et à l'extension de certains établissements sociaux et médico-sociaux ;
- chapitre III – Dispositions spéciales aux établissements privés ;
- chapitre IV – Statut des institutions sociales et médico-sociales relevant des collectivités publiques ;
- chapitre V – Dispositions financières ;
- chapitre VI – De la création du service départemental d'action sociale ;
- chapitre VII – Dispositions relatives aux établissements de formation des travailleurs sociaux ;
- chapitre VIII – Dispositions diverses et transitoires.

Dans le même ordre d'idée, la numérotation des articles n'a été que partiellement perturbée par les modifications et ajouts successifs introduisant soit des articles *bis*, soit des numérotations du type : 2-2, ou 26-1, 26-2...

Enfin, même si les articles suivants ont profondément bouleversé la législation initiale, il reste que les quatre premiers articles, peu modifiés, ont longtemps entretenu l'illusion que la façade de l'édifice restait inchangée. L'article 1^{er} commençait toujours par : « sont des institutions sociales et médico-sociales au sein de la présente loi... ». L'article 2 sur les coordinations était resté intact, sans d'ailleurs n'avoir jamais été réellement appliqué. Puis, après l'ajout de l'article 2-2 sur les schémas introduits en 1986, l'article 3 déclinait la liste des établissements, peu bouleversée par la suite, et l'article 4 prévoyait toujours des normes d'équipement et la possibilité d'y déroger à titre expérimental.

Mais tout cela relevait des apparences. En réalité, la loi avait subi de multiples « agressions » législatives venant, aux dires de certains, rompre l'harmonie, l'équilibre du dispositif premier.

Nous laisserons aux archéologues de cette législation le soin de détailler les mutations opérées par le flux régulier de vingt et une lois successives. Nous nous contenterons d'observer que cette législation a subi un bouleversement en 1986 lié à la décentralisation et que le législateur de 1996, puis celui de 1998 se sont livrés à deux modifications, à la fois réelles et à forte portée symbolique, à tel point qu'elles ont été considérées par certains comme « transgressant deux tabous » érigés par le législateur de 1975 : la gestion du médico-social par l'hôpital tout d'abord, l'opposabilité des enveloppes ensuite.

UN PREMIER BOULEVERSEMENT : LA DÉCENTRALISATION PARTIELLE DU SECTEUR EN 1986

La loi n° 86-7 du 6 janvier 1986, dite « loi particulière » a ainsi laissé des marques, à la fois nombreuses et profondes, dans la loi initiale de 1975. La loi particulière opère, en termes d'organisation, les partitions de compétences entre l'État et les départements issues de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983. L'aide sociale à l'enfance, l'aide sociale aux personnes âgées (tant à domicile qu'en établissement), l'hébergement des personnes handicapées adultes, relèvent désormais des conseils généraux. L'État conserve sa compétence sur les structures financées par l'assurance-maladie (CMPP, IME, MAS¹) ou par l'État (CAT, CHRS²). La compétence conjointe avec le département prévaut pour les maisons de retraite médicalisées, les centres d'action médico-sociale précoce, les maisons d'enfants à caractère social recevant habituellement des mineurs placés par les juges.

Ainsi, l'unicité de la loi du 30 juin 1975 « éclate » en trois morceaux correspondant aux champs de compétences respectifs et conjoints des

1. Centres médico-psycho-pédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons d'accueil spécialisées.

2. Centres d'aide par le travail, centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

deux décideurs et la loi de janvier 1986 organise la partition des pouvoirs en termes d'autorisation et de tarification.

À ce titre le nouvel article 9 de la loi de 1975 précise les établissements qui sont dorénavant autorisés, soit par le président du conseil général, soit par le préfet de département, soit conjointement par ces deux autorités.

Les articles 11, 11-1, 11-2 et 11-3 de la loi de 1975 introduisent une notion nouvelle découlant notamment des nouvelles compétences financières des départements : l'habilitation de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (aide sociale départementale ou aide sociale de l'État, selon les cas). Cette habilitation peut être disjointe de l'autorisation (art. 11) ; elle peut être refusée dans les cas prévus à l'article 11-1 ; elle peut être assortie d'une convention dont le contenu est précisé à l'article 11-2 et elle peut être retirée pour les motifs figurant à l'article 11-3.

De son côté, et symétriquement à l'article 9 sur les autorisations, le nouvel article 26 de la loi sociale précise les compétences tarifaires respectives de l'État et du département ainsi que les tarifications conjointes arrêtées par ces deux autorités.

Par ailleurs, et alors même que la loi de 1975 dans sa version originelle ne traitait pas ce point, la loi du 6 janvier 1986 met en place un régime de régulation financière déjà très rigoureux, préfigurant celui qui sera instauré en 1998 et 1999. Ce dispositif de régulation résulte de la combinaison des articles 11-1 et 26-2 de la loi sociale. L'article 11-1 dispose en effet que l'autorisation ou l'habilitation peut être refusée non seulement « lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues », mais ce même article précise en outre qu'il en est de même lorsque ces coûts « sont susceptibles d'entraîner pour les budgets des collectivités publiques ou des organismes de Sécurité sociale des charges injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part des conditions de satisfaction des besoins de la population, d'autre part, du taux moyen d'évolution des dépenses compatibles avec la politique sanitaire et sociale et les perspectives économiques et budgétaires de la collectivité concernée, telles qu'elles résultent notamment des prévisions d'évolution des prix et des salaires ».

La boucle est bouclée par le fait que l'article 26-2 précise que « pour un établissement existant, lors de la campagne budgétaire, l'autorité compétente peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses, si elle estime celles-ci injustifiées ou excessives au sens des dispositions de l'article 11-1 de la présente loi ».

Ainsi la loi sociale introduit dès 1986 un mécanisme de régulation financière très strict, mécanisme se fondant déjà sur la compatibilité des budgets présentés par les établissements avec ce qu'il faut bien appeler des taux directeurs. Mais la loi du 6 janvier 1986 apporte une autre innovation de taille, anticipant pour une fois sur les avancées de la législation hospitalière de 1991 : elle introduit dans la loi sociale un article 2-2, fondant l'existence d'un schéma départemental social et médico-social.

Nous aborderons dans le chapitre 6 les nombreuses imperfections que comportait ce dispositif de planification. Il n'en reste pas moins que c'est la première fois dans notre législation sanitaire et sociale qu'apparaît l'obligation d'établir un document retraçant d'une part, « la nature des besoins sociaux et particulièrement de ceux justifiant des interventions sous forme de création ou d'extension d'établissements ou de services » et précisant d'autre part, « les perspectives de développement ou de redéploiement de ces établissements et services... ».

Cette même loi de 1986, préfigurant en cela la convention prévue entre le préfet et le président du conseil général à l'article 20 de la loi du 2 janvier 2002, avait eu l'excellente idée d'instaurer, dans un article 2-1 de la loi de 1975, un conseil départemental de développement social, présidé alternativement par le préfet et le président du conseil général et composé de représentants de l'État, des collectivités territoriales, des institutions, des professionnels et des usagers.

Le rapport de l'IGAS de décembre 1995 déjà cité mentionne que « cette instance avait clairement vocation à favoriser l'action concertée des deux collectivités publiques – État et département –, afin de préserver l'intérêt de l'usager et tenter de remédier aux difficultés engendrées par la séparation des secteurs sanitaire et social¹ ».

Le gouvernement de l'époque n'avait pas souhaité introduire cette instance dans le projet de loi, au motif que ce conseil aurait limité les espaces de liberté de l'État et des conseils généraux. C'est la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale qui l'a introduite par amendement. Le rapport de l'IGAS précité indique sur ce point que le rapporteur du projet de loi à l'assemblée avait fait adopter cet amendement en plaidant « pour une approche plus détendue, moins liée à la formule “qui décide paye”² ». Remarquons que ledit rapporteur n'était autre que le député Jean-Michel Belorgey, le même qui treize ans plus tard, ayant rejoint le Conseil d'État, allait rapporter devant cette haute assemblée le projet de réforme de la loi de 1975 qui allait devenir la loi du 2 janvier 2002.

Malheureusement, une bonne idée peut être abandonnée lorsqu'elle est par trop en avance sur son temps : l'année 1986 appartient à une époque où le partage des compétences entre les départements et l'État génère encore des crispations, chacun arpentant jalousement son territoire avec un souci prévalent de marquer des frontières plutôt que de construire des passerelles. Dès le 19 août 1986, après les élections qui conduisent à la cohabitation, une loi abroge le conseil départemental de développement social institué six mois auparavant pour lui substituer une commission présidée par le seul président du conseil général...

1. Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975*, *op. cit.*, p. 15.

2. *Ibid.*

Au total, la loi « particulière » du 6 janvier 1986 a déjà très sensiblement bouleversé l'architecture de la loi initiale du 30 juin 1975. D'autres modifications importantes interviendront ensuite, notamment avec la loi hospitalière de 1991 ayant notamment instauré les sections sociales des CROSS se substituant aux CRISMS¹.

LE DEUXIÈME BOULEVERSEMENT : L'EFFACEMENT JURIDIQUE DE LA SÉPARATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL

La seconde transformation la plus conséquente apparaît avec l'article 51 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'ordonnance dispose que « les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 [...] et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 [...]. Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées ».

La partition du sanitaire et du social, principe fondateur de la loi hospitalière de 1970 et de la loi sociale de 1975, disparaît donc officiellement en 1996.

On ne pourra s'empêcher de noter la coïncidence des chiffres : c'est l'article 51 de la loi hospitalière de 1970 qui a fondé la partition du sanitaire et du social. Vingt-six ans plus tard, c'est également un article 51, celui de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, qui a, de nouveau, autorisé les hôpitaux à créer et gérer des établissements sociaux et médico-sociaux, sans obligation de les autonomiser.

Si le décloisonnement du sanitaire et du social opéré par la loi du 2 janvier 2002, nous y reviendrons, a indéniablement reposé sur un consensus, en revanche la « fusion » créée, six ans auparavant, par l'ordonnance hospitalière a généré des avis partagés, qui peuvent se résumer en deux positions :

- l'hôpital n'est pas en capacité de créer un secteur médico-social de qualité et les démons de l'hospitalo-centrisme issu des disciplines de court séjour ou de la survivance de pratiques asilaires étoufferont à jamais l'émergence de véritables projets de vie en régie hospitalière ;
- l'hôpital a retenu les leçons qualitatives du secteur médico-social et il est aujourd'hui en mesure de dépasser les rigidités de l'organisation médicale en service, pour faire émerger un véritable projet d'accompagnement en contrepoint d'un projet de soins.

1. Commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales.

Notons que l'article 51 de l'ordonnance de 1996 subordonne la régie directe par l'hôpital d'équipements sociaux ou médico-sociaux à une obligation de respecter les règles de fonctionnement édictées par la loi sociale : respect des conditions techniques de fonctionnement, recrutement de professionnels du champ social ou médico-social et d'un directeur qualifié, imputation des charges et des produits de l'unité dans un budget annexe, et, depuis la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 : respect des droits des usagers, autorisation à durée déterminée soumise à évaluation.

Ainsi, l'hôpital ne peut promouvoir des entités sociales ou médico-sociales qu'au prix d'une certaine acculturation. Il revient donc aux pouvoirs publics (ARS notamment) d'exercer pleinement leur vigilance pour éviter que les restructurations hospitalières dans le champ social ou médico-social ne conduisent à des transformations fallacieuses, en trompe-l'œil, où le projet de vie, d'animation et de socialisation ne soit pas la pierre angulaire du projet.

Cette exigence est particulièrement décisive dans le champ de la psychiatrie où les reconversions hospitalières ne doivent en aucun cas être l'occasion de rentabiliser des pavillons d'hospitalisation en crise de recrutement et de changer la pancarte sanitaire en signalétique médico-sociale, tout en conservant un fonctionnement asilaire ou à tout le moins « hospitalo-centré ». C'est la raison pour laquelle est paru en 2001 un guide méthodologique¹ définissant les critères de qualité que doivent respecter les établissements de santé pour gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le champ de la santé mentale.

UN TROISIÈME BOULEVERSEMENT : L'OPPOSABILITÉ DES ENVELOPPES FINANCIÈRES

La troisième modification consécutive de la loi sociale résulte de l'instauration dans ce secteur des enveloppes financières à caractère limitatif.

Sur ce point, le législateur de 1998 et 1999 transpose au champ social et médico-social des dispositions s'appliquant déjà au secteur hospitalier depuis les ordonnances du 24 avril 1996.

Conformément à l'article L. 111-3 du Code de la Sécurité sociale, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, le parlement fixe dorénavant chaque année un objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). Cet objectif national fait ensuite l'objet d'une répartition en enveloppes nationales : médecine de ville, secteur hospitalier, secteur médico-social. Dans le champ des établissements de santé sont alors fixées des dotations financières régionales à caractère

1. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Santé mentale : création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé. Guide méthodologique*, janvier 2001.

limitatif, ces enveloppes étant gérées par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.

Ce dispositif a été partiellement transposé dans le champ médico-social, en instaurant également dans ce secteur un dispositif d'enveloppes financières limitatives : c'est ce qu'opèrent l'article 33 de la loi de financement de la Sécurité sociale du 23 décembre 1998, au titre des dépenses d'assurance-maladie, l'article 134-1 de la loi de finances du 30 décembre 1998 pour ce qui concerne l'aide sociale de l'État (CAT¹, CHRS) et l'article 58 de la loi du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle pour le champ de l'aide sociale des départements.

Il est indéniable que ces nouveaux outils de régulation ont été mal vécus par la plupart des opérateurs du champ social et médico-social, dans la mesure où nous nous situons dans un secteur où il existe encore de nombreux besoins non satisfaits. Mais on peut légitimement s'interroger sur le fait de savoir si ce débat n'est pas principalement idéologique puisque, dans les faits, ces enveloppes, dorénavant limitatives certes, progressent pour ce qui concerne les crédits d'assurance-maladie, avec un taux directeur médico-social annuel qui est encore sensiblement supérieur à celui en vigueur dans le champ sanitaire.

Par ailleurs, en ces temps de disette financière, des mesures nouvelles sont toujours dégagées tant en matière d'assurance-maladie ou *via* la CNSA, pour financer de nouvelles places en CHRS (budget de l'État), ESAT, CAMSP, IME, SESSAD, MAS, FDT, SAMSAH... et ce le plus souvent sous la forme de plans pluriannuels à trois ou cinq ans. Il en est dorénavant de même pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile puisqu'un premier plan pluriannuel sur cinq ans (2001-2005) a dégagé 1,1 milliard d'euros pour médicaliser tant les prises en charge en institution qu'à domicile. Ce dispositif s'est poursuivi avec le plan solidarité grand âge.

Dans un tel contexte, il y a lieu de se demander si le caractère limitatif et opposable des enveloppes financières ne constitue pas un faux problème, pour autant toutefois qu'il existe une volonté politique réelle et constante pour dégager dans ce secteur des mesures nouvelles conséquentes et garantir une reconduction correcte des moyens déjà alloués. Concernant les taux de reconduction, il convient de reconnaître que les pouvoirs publics peuvent encore s'améliorer, comme nous le montrerons au chapitre 12.

UN SECTEUR À LA RECHERCHE D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE

Ainsi les multiples modifications et bouleversements opérés sur la loi sociale de 1975 jusqu'en 2001, mais préalablement à sa refonte globale en 2002, ont inspiré à Michel Lévy une intervention en novembre 1999

1. Aujourd'hui les ESAT.

à l'École nationale de la santé publique. Cette intervention, qui a été retranscrite dans la *Revue de droit sanitaire et social* comporte en sous-titre la question suivante : « Que reste-t-il de la loi sociale du 30 juin 1975 ? » L'auteur, conseiller d'État¹, justifie ainsi son interrogation :

« Sans doute, mais dans une démarche plus globale, les lois de 1975 comme de 1986, avaient déjà comporté à la fois des améliorations comme des contraintes nouvelles. Mais dans le même moment législatif et après une élaboration où les points de vue des intéressés avaient pu s'exprimer assez complètement, les prestations et les prises en charge étaient significativement améliorées. Contraintes et avancées nouvelles intervenaient en même temps. Aujourd'hui les premières précèdent les secondes dans le champ du texte modifié. Tout se passe comme si d'une certaine façon les jeux étaient déjà faits, la messe était déjà dite. Ce qui reste à venir apparaît alors comme une modification somme toute un peu secondaire du rituel². »

Il est inutile de préciser que nous considérons, bien au contraire, que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, bien qu'imparfaite, comporte des dispositions et de nouveaux outils qui sont loin d'être secondaires. Certains d'entre eux sont allés jusqu'à bouleverser, dans le bon sens du terme, les contenus des pratiques des acteurs relevant du champ social et médico-social et ainsi moderniser substantiellement un secteur qui conserve une grande vitalité et qui est porté par une forte dynamique.

1. Mais aussi militant associatif...

2. Lévy M., « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social », *Revue de droit sanitaire et social*, oct.-déc. 2000, p. 668.