

Guide du cadre
responsable de service
en action sociale et médico-sociale

Patrick Lefèvre avec la collaboration de **Thomas Scandellari**

Guide du cadre responsable de service en action sociale et médico-sociale

4^e édition

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 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 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, 2016

5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-073847-2

Photo de couverture : © ldprod - Fotolia.com

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

Les cadres sont les professionnels du management de la coopération, de l'innovation et de la qualité. Au sein du système de direction, ils incarnent une fonction de conseil et d'éveil, d'animation et de régulation des services.

Leur compétence implique d'intégrer la complexité, promouvoir le changement humain et technique au service des projets.

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	---

Partie 1 Contexte et enjeux

Chapitre 1	Intégrer l'action sociale et médico-sociale	7
Chapitre 2	La notion de service	55
Chapitre 3	Les mutations du professionnalisme	79

Partie 2 Métier et responsabilités

Chapitre 4	Le métier de cadre	101
Chapitre 5	La responsabilité et la délégation	143
Chapitre 6	Être cadre, un statut et une compétence	161

Partie 3 Stratégies et méthodes

Chapitre 7	Conduire des projets et animer le service	191
Chapitre 8	Manager le changement	225
Chapitre 9	Dynamiser le travail en équipe	259

SOMMAIRE

Annexe	289
Glossaire	293
Bibliographie	301
Table des matières	307

Introduction

L **E PRÉSENT OUVRAGE** est la quatrième édition du *Guide de la fonction chef de service* paru en 2001, proposé à nouveau en 2008 sous l'intitulé *Guide de la fonction cadre*, et en 2012 sous le titre *Guide du métier de cadre en action sociale et médico-sociale*. Depuis 2012, le métier de cadre a poursuivi sa professionnalisation dans le prolongement du diplôme Caferuis et en référence au décret du 19 février 2007. L'ouvrage entend être un apport important dans la culture managériale des cadres de direction et dans l'accompagnement du changement dans les établissements sociaux et médico-sociaux. L'évolution du paysage, des métiers et des compétences des acteurs de la direction – et très directement des cadres – dans les organisations concernées a été déterminante depuis les années 2002 et constitue un ensemble de repères dans la réflexion qui guide cet ouvrage.

Plus largement, et au-delà des métiers, les mutations politiques et culturelles, l'entrée des établissements et services dans le champ concurrentiel et l'émergence des notions de performance, l'évolution de la gouvernance articulée à la naissance des systèmes et projets de direction, conduisent à forger de nouvelles représentations et entraînent de profondes modifications sur les équilibres institutionnels, les responsabilités et les délégations tout comme les interactions dans les organisations concernées.

Ce livre est à comprendre et à intégrer comme une contribution pour la réflexion et l'analyse des organisations sociales et médico-sociales. Il apporte son concours au développement du management des associations, des établissements et services. Plus directement, l'ouvrage tente de développer une philosophie du management articulé entre les logiques de l'organisation rationnelle et celles de l'organisation apprenante et coopératrice.

Notre approche s'inspire d'une démarche systémique et constructiviste, où se conjuguent les sciences humaines, la sociologie des organisations, les théories et méthodes relatives au management, les sciences humaines et la psychanalyse. Nous n'entendons pas avoir un regard dogmatique, mais nous intégrons la complexité et les interactions autant que leurs conséquences.

* * *

Nous avons fait le choix d'éclairer les problématiques et les stratégies relatives aux métiers de direction. Chaque lecteur peut se reporter également à la 4^e édition

du *Guide de directeur*. Au-delà, il est important de mentionner l'ouvrage paru en 2006, portant le titre de *Guide du management stratégique* que nous avons dirigé et rédigé et auquel ont contribué plusieurs auteurs ayant des responsabilités de direction générale dans les secteurs associatif et public. Autant d'ouvertures qui sont le signe du mouvement et des transitions institutionnelles et organisationnelles.

Ce secteur a progressivement subi d'importantes mutations qui nécessitent de plus en plus de conjuguer **engagement social, compétence et recours au management stratégique**. Il subsiste des empreintes de l'histoire et les transitions sont plus ou moins rapides sur le terrain. Les raisons sont diverses et les causes sont également plurielles, qui tiennent aux organisations elles-mêmes, à leur culture et leur mission, mais aussi aux niveaux de contraintes et d'incitation au changement exprimées dans les conceptions managériales et les différentes dimensions de la direction.

L'importance de l'ouvrage réside dans le fait de rendre visible et plus lisible la place, le rôle et la compétence des cadres responsables de services en action sociale et médico-sociale. Plusieurs dimensions se croisent alors :

- la spécificité sectorielle, historique et culturelle et l'évolution progressive des associations et des établissements ;
- l'émergence des environnements politiques et institutionnels et le renforcement des contraintes et des obligations dans les domaines du droit, de la gestion ou encore des ressources humaines ;
- l'affirmation du management et du pilotage des organisations sociales et médico-sociales et l'importance des activités et des compétences liées aux métiers de direction et aux équipes de cadres.

Les cadres occupent un espace qui n'a cessé de se renforcer ces dernières années : la professionnalisation s'est organisée dans la complémentarité avec le métier de directeur et dans la structuration plus formelle des organisations hiérarchiques et fonctionnelles.

Nous pouvons évoquer rapidement l'émergence et l'existence plus structurée des équipes de direction, au sein desquelles les cadres responsables de services ont trouvé une place et des formes de légitimation plus repérables, au-delà de l'histoire et de la culture du secteur et au regard des réponses qui sont imaginées concernant la légitimité formelle des cadres.

Les problématiques essentielles sont bien celles de la responsabilité, du pouvoir et de la compétence des responsables de services qui sont énoncées et définies au sein des organisations hiérarchiques et fonctionnelles. Plus largement, des discours et pratiques ont été et sont encore véhiculés par les acteurs au sein d'organisations prioritairement charismatiques et traditionnelles, engagées maintenant et durablement sur la voie de la structuration formelle des ressources et des compétences et sur des logiques de « traduction » de l'action professionnelle.

La compétence des cadres avait été envisagée initialement sous l'angle du prolongement d'une compétence professionnelle et d'une reconnaissance de fait.

Le cadre a longtemps été un **artisan** voire un magicien doté d'un fort leadership ou à l'inverse un bouc émissaire, sans reconnaissance, responsable de tous les maux... tantôt co-équipier, représentant ou délégué des équipes dans les services. Il a souvent, dans les faits, esquissé et incarné, à partir de sa personne, les contours d'une fonction située au carrefour du commandement, de la surveillance, de l'engagement dans le quotidien, de l'exemplarité sur fond de légitimité technique et (ou) clinique.

Le responsable de service(s) a trouvé ses lettres de noblesse sur sa capacité à faire, à agir et à compenser des manques ou des insuffisances au sein des équipes et des acteurs. Cette dimension de **cadre de compensation** a été la justification d'une légitimité compliquée à faire émerger.

Les repères du métier doivent avoir, et ont désormais pour fondement, **le management et le pilotage d'organisations humaines, techniques et sociales** dans la perspective de la conduite du changement et du développement des compétences des équipes et des professionnels. Cela n'est possible que par la mise en place, dans la réalité, d'équipes de direction formellement au travail sous la responsabilité et l'autorité de directeurs, sécurisés eux-mêmes sur leur propre légitimité et position institutionnelle, susceptibles de piloter et de faire vivre des dynamiques ouvertes favorisant la responsabilité, la délégation et la coopération.

Notre contribution, esquissée et développée dans ce guide, a pour objectif de montrer l'importance de l'affirmation d'un métier de « cadre intermédiaire », acteur de l'interface et de l'interaction, passeur et catalyseur d'énergies et de compétences, capable de penser et de concevoir, d'anticiper et de prévoir et de témoigner de la complexité en évitant les complications ou les simplifications des événements et des situations.

Partie 1

Contexte et enjeux

Chapitre 1	Intégrer l'action sociale et médico-sociale	7
Chapitre 2	La notion de service	55
Chapitre 3	Les mutations du professionnalisme	79



Chapitre 1

Intégrer l'action sociale et médico-sociale

PLAN DU CHAPITRE

1.	Définir l'action sociale	9
	Les particularités du secteur social et médico-social	10
	L'établissement et les services	22
	Les mutations dans l'action sociale et médico-sociale	29
2.	Comprendre les enjeux et les problématiques des organisations sociales et médico-sociales	32
	Le secteur social est une entité historique, politique, institutionnelle et culturelle	32
	La recomposition du paysage	34
	L'association d'action sociale	35
	L'environnement oriente les conduites ou impose des évolutions	38
3.	L'innovation comme dynamique des organisations	41
	Les incertitudes et les transitions	43
	La participation des usagers	51

1. DÉFINIR L'ACTION SOCIALE¹

L'action sociale est un des prolongements de l'aide sociale et de la sécurité sociale. Il convient de faire référence aux ouvrages fondamentaux régulièrement actualisés : l'ouvrage édité chez Dalloz² et celui proposé par les éditions ESF³ constituent de notre point de vue les contributions très utiles à la compréhension de l'histoire et des évolutions politiques, juridiques et administratives du secteur qui configure aujourd'hui le paysage des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

L'aide sociale est un droit avant d'être un dispositif et elle relève de l'aide et de l'assistance aux populations et aux personnes. Elle peut être encadrée par les politiques sociales et le droit. Elle concerne également les différents mécanismes de redistribution sous la forme de prestations aux personnes et aux familles. Elle est historiquement issue des notions d'assistance publique en direction des enfants abandonnés ou encore d'aide médicale gratuite proposée aux vieillards, aux personnes malades, infirmes dans le cadre des hospices puis des hôpitaux publics.

C'est en 1953 que la notion d'aide sociale se substitue à celle d'assistance publique. Il est pertinent de considérer que le terme d'action sociale apparaît dans une société en reconstruction, puis en expansion dans le cadre de nouvelles formes de régulation, d'accompagnement, voire de contrôle social des populations, des personnes et des familles soutenues dans leur intégration et dans la réduction des inégalités sociales. C'est dans ce contexte de régulation sociale que naît et se développe le travail social, considéré comme une des composantes de l'action sociale et de ses différentes formes d'expression dans des domaines variés de l'enfance, des adultes et des personnes âgées en situation de fragilité sociale, de handicaps et (ou) de risques d'exclusion sociale.

L'action sociale est « le moteur de l'aide sociale parce qu'elle échappe largement aux contraintes juridiques, l'action sociale peut permettre la libre recherche en action sociale et elle oblige à repenser les finalités de l'aide sociale » souligne E. Alfanderi⁴.

Elle est diverse et souvent perçue de façon marginale par la population française, identifiée d'abord et avant tout par les publics concernés et les acteurs directs, institutions et professionnels qui œuvrent dans ces milieux spécialisés. Pour autant, l'action sociale se justifie avec l'évolution de la société, des mécanismes d'intégration et de socialisation des populations. Elle tente, par le biais des politiques, des dispositifs et des techniques qu'elle initie et anime, de s'adapter aux mutations de nos sociétés, et c'est ce qui justifie son interrogation périodique et la transformation des interventions et mécanismes qui y sont rattachés.

1. P. Lefèvre, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2011.

2. E. Alfanderi, F. Tourette, *Action et aides sociales*, Dalloz, 5^e éd. 2011.

3. A. Thévenet, J.-P. Hardy, J.-M. Lhuillier, *L'Aide sociale aujourd'hui*, ESF, 17^e éd. 2010.

4. *Cahiers français : La protection sociale en France*, La Documentation française, 2010.

Si le terme d'action sociale est tombé dans le jargon et possède un sens commun assez large, il n'existe pas de définition spécifique susceptible d'en caractériser objectivement le champ et la portée. Pour autant, il convient de préciser la distinction sensible entre *action sociale* et *intervention sociale*. L'intervention sociale concerne plus directement les prestations et l'action sociale les politiques et les dispositifs publics et institutionnels.

Les particularités du secteur social et médico-social

L'action sociale se définirait par l'existence de politiques et de dispositifs conçus dans une logique de service aux personnes et aux groupes. L'intervention sociale viendrait qualifier les concepts, les théories et les méthodes pour appréhender les questions sociales et les problématiques spécifiques sur le terrain. En ce sens les professions sociales constituent un des niveaux de l'intervention. Il convient par ailleurs de prendre en compte ce terme dans sa portée d'interaction, de partenariat et de travail en réseau : intervenir dans la perspective de la co-construction et de la coopération en référence à l'action sociale de territoire et plus largement aux groupements de coopération.

L'action d'une société sur elle-même et par elle-même se fait dans des principes de redistribution, de régulation, d'intervention auprès des populations et des personnes et de contribution au maintien du lien et de la cohésion sociale.

L'action sociale telle que définie dans le *Dictionnaire critique de l'action sociale*⁵ a pour ambition de « modifier, de transformer et d'influencer un fragment de la réalité sociale ». Elle peut être appréhendée par quatre notions :

- en référence aux « sociologues de l'action », qui introduisent une problématisation de l'action humaine, une réflexion sur la modernité et la rationalité de l'action ;
- au regard des différentes actions visant à remédier aux déficiences de la vie en collectivité, atténuer ou résorber les problèmes sociaux ;
- en tant qu'organisation administrative et en référence aux lois cadres (loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale) ;
- en référence à la notion de politiques publiques.

« L'action sociale tend à promouvoir dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, la prévention des exclusions et la correction des effets. »

5. J.-Y. Barreyre, B. Bouquet, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard, 2006.

Objectifs

- Œuvrer pour la réinsertion de personnes en situation de pauvreté, de fragilité, de handicap ou de marginalisation.
- Empêcher par une intervention en amont, l'apparition des phénomènes de marginalisation et d'exclusion.

Ces deux objectifs sont liés étroitement dans un mouvement qui associe ou articule « protection », « réparation » et « prévention ». C'est autour de ces trois dimensions que s'élaborent politiques et programmes d'action sociale. La prévention a peu à peu pris une part importante des orientations et dispositifs tant à un niveau individuel, concernant notamment la prévention précoce, et les actions de prévention collective.

Cela caractérise l'une des grandes évolutions de l'action sociale, l'État et les collectivités territoriales ont mis en œuvre, au cours des dernières décennies, des politiques du logement, de l'emploi, de la formation professionnelle, de l'insertion, de la ville et de l'urbanisme... autant d'orientations et de programmes destinés à prévenir ou ralentir les processus de désocialisation et de marginalisation et à agir, par la prévention sous des formes diversifiées et articulées, en direction des populations, des familles et des personnes.

Le médico-social est une des composantes de l'aide et de l'action sociale. Il caractérise plus directement le champ du handicap, de la souffrance physique et psychique dans des dispositifs et établissements articulant accueil, hébergement, accompagnement social et soins auprès de personnes en situation de handicap et de plus ou moins grande dépendance. Ce domaine est placé sous la responsabilité de l'État pour ce qui concerne le soin, et des conseils généraux pour ce qui concerne les dimensions de l'hébergement et de l'action sociale. Des évolutions se sont dessinées avec la nouvelle loi HPST et la création en 2009 des agences régionales de santé (ARS) et de nouvelles légitimités ont été décidées dans le cadre de cette nouvelle loi qui a vu un remodelage sensible de l'organisation des pouvoirs publics et autorités de contrôle et de compétences.

De l'État-providence à la solidarité

L'action sociale a longtemps été fondée sur une société en expansion chargée de réguler à la marge ou de réinsérer des populations cibles pour lesquelles des droits et allocations ou des mesures d'éducation ou d'accompagnement étaient attribués, proposés ou imposés. Durant trois décennies, elle a été justifiée par les valeurs de protection sociale et de régulation de l'intégration. Les politiques, telles que définies par la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, ont été orientées vers la protection des personnes et l'affirmation d'un humanisme intégrateur.

À la lueur de l'extension des phénomènes d'inadaptation et d'exclusion, l'action sociale a été contrainte d'orienter de façon importante ses politiques et ses techniques d'intervention vers le champ de la solidarité, de l'action collective ou

communautaire et de l'approche territoriale et locale. En effet, progressivement et avec l'effet de la décentralisation, les politiques et les programmes d'investissement vont opérer un équilibrage, voire un déplacement vers de nouvelles formes d'interventions, et réinterroger sensiblement les légitimités et positions acquises par les différentes institutions, acteurs publics et privés. Le territoire et l'action sociale territoriale constitueront des notions qui seront fortement investies par les politiques publiques, les concepts et les théories de référence, mais aussi les observatoires et schémas d'action sociale et médico-sociale.

Complexification et recomposition

Après une période de création, puis d'harmonisation, la dérégulation et la recomposition de l'action sociale se sont peu à peu imposées aux acteurs responsables du secteur. Cette recomposition est étroitement liée à des phénomènes macroéconomiques, à la montée de la précarité et du chômage, mais également à des modifications culturelles et sociales sensibles, entraînant des déplacements sur les cibles et les réponses en matière de politique et d'action sociale. De nouvelles questions telles que le chômage, l'allongement de la scolarité, l'urbanisation, la violence des jeunes, le sida, mais aussi l'allongement de la vie, les recompositions familiales ont peu à peu tissé la trame d'une action sociale allant du traitement individuel au traitement collectif.

Les mécanismes de régulation antérieurs ont laissé place à des actions en profondeur pour tenter d'endiguer une massification et une extension des problèmes sociaux souvent réservés jusqu'alors à des populations protégées, stigmatisées ou marginalisées.

En effet, les bénéficiaires de l'action sociale sont devenus plus nombreux. La précarisation de populations jeunes, de familles et groupes sociaux a contribué à modifier une approche auparavant centrée exclusivement sur la personne dans une logique d'assistance, d'accompagnement et de soin pour aller vers une action sociale globale moins spécialisée, de nature préventive ou, à l'inverse, propre à endiguer des phénomènes d'exclusion par des mesures et programmes exceptionnels sur le terrain.

Par ailleurs, les évolutions concernent le rapprochement entre le secteur sanitaire et social. Historiquement, l'hôpital a toujours intégré la gestion de la misère et de la souffrance humaine au-delà des maladies ou infirmités... Peu à peu, la distinction s'est réalisée et la réforme hospitalière de 1970 avait renforcé la séparation des domaines de compétences. Des rapprochements se sont à nouveau configurés, notamment dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 précisant l'obligation d'accueil des plus démunis dans les établissements de santé publics et privés, et plus récemment dans le cadre de la loi HPST et de l'intégration du médico-social dans le cadre de la santé.

Le cadre légal et ses influences

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi à laquelle se réfèrent toutes les institutions concernées et qui vient prolonger et rénover la loi du 30 juin 1975 est un texte qui a été précédé de longs débats et dont la mise en œuvre est accompagnée par la parution de décrets. Nous l'évoquons à plusieurs reprises dans différents chapitres dans ce livre.

Elle se définit comme une loi de mise en conformité des établissements, services et des différents opérateurs publics et privés aux grandes orientations de l'action sociale préparées et élaborées au cours des années 1990-2000. Elle modifie assez radicalement l'ancienne loi. Comme le terme l'indique, elle témoigne de sa rénovation dans plusieurs directions au sein de ce que l'on a appelé les politiques sociales générales et spécialisées.

Il est en effet très important de rattacher la loi au champ des politiques publiques et sociales et considérer que l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 relève d'une action sociale de la citoyenneté, des droits des usagers, de la coopération entre les opérateurs et de l'évaluation des établissements. Elle intègre en cela toutes les orientations et les mesures précédentes élaborées dans les dernières années, telles que la loi du 26 juillet 1998. La loi a donc concrètement une portée politique et institutionnelle, mais aussi organisationnelle et technique, dans ses exigences formulées à l'égard des institutions concernées. Elle a contribué à une très forte harmonisation des établissements eu égard à des obligations communes qui leur sont imposées. Les pratiques de mise en conformité se sont généralisées (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge, conseil de la vie sociale, projet individuel).

Le cadre fixé par l'Agence nationale de l'évaluation des ESMS est très structuré. L'évaluation interne a déjà été engagée par un nombre assez important de structures. Certaines ont déjà mis en œuvre le processus d'évaluation externe avec le concours d'opérateurs agréés. Cette démarche est souvent analysée comme une opportunité de changement et de transformation des organisations et des pratiques institutionnelles et professionnelles. L'évaluation a, dans les faits, constitué un thème important d'expression des stratégies de direction et de management de transition.

Sont considérées par la portée de la loi les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires de manière permanente des établissements et services médico-sociaux. Se trouvent désignés quand ils gèrent directement des équipements, les administrations déconcentrées de l'État, les collectivités territoriales, les organismes de Sécurité sociale, les institutions spécialisées de droit public, les associations et fondations, les gestionnaires privés du secteur lucratif.

On constate que la loi couvre ainsi un large spectre concernant des organisations de nature et d'objet social très divers.

Encadré 1.1 ■ Liste d'établissements et services d'action sociale et médico-sociale (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002)

- Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans au titre de l'aide sociale : foyers de l'enfance, centres maternels, maisons d'enfants à caractère social, services de placement familial, service de prévention spécialisée.
- Les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation : centres médico-psychologiques, ITEP, instituts médico-éducatifs et médico-professionnels, services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, SESSAD.
- Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du Code de la santé publique : CAMSP.
- Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire : établissements et services relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, centres d'éducation renforcée ou de placement immédiat, foyers, services de milieu ouvert, consultations d'action éducative, services d'investigation.
- Les établissements ou services d'aide par le travail (à l'exception des structures d'insertion par l'économie et des ateliers protégés) : ESAT, services d'accompagnement à l'insertion professionnelle.
- Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins, une aide à l'insertion sociale.
- Les établissements ou services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées adultes ou des personnes atteintes de maladies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert : foyers de vie, services d'accompagnement, services de soutien à domicile.
- Les établissements ou services comportant ou non un hébergement assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse : CHR, structures de lutte contre l'exclusion, centres d'aide par la vie active, Samu sociaux, services d'orientation et de vieillesse sociale...
- Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical : centres de cure ambulatoire en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique.
- Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent du Code de la construction et de l'habitat.
- Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services.
- Les établissements ou services à caractère expérimental.
- Les centres d'accueils pour demandeurs d'asile.

1 • Intégrer l'action sociale et médico-sociale



- Par ailleurs les lieux d'accueil non traditionnels, sans être assimilés à des établissements sociaux et médico-sociaux, se trouvent aujourd'hui reconnus au même titre que les organismes cités.
- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil, à titre permanent, temporaire, ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Les conséquences de la loi

Les conséquences de la loi du 2 janvier 2002 sur les pratiques de direction sont nombreuses :

- la mise en conformité avec les obligations légales ;
- la formalisation et la lisibilité des organisations ;
- la visibilité des prestations et des services ;
- l'explicitation du professionnalisme au sein des équipes ;
- la normalisation, les procédures qualité et d'évaluation ;
- la prévention des risques dans les conditions d'accueil, les prestations et les services ;
- le développement des ressources humaines et des compétences ;
- Le partenariat et le travail en réseau.

La loi du 2 janvier 2002 est un cadre institutionnel et d'orientations fort qui induit des stratégies et des pratiques de management. Pour autant, elle ne doit pas engendrer des risques de banalisation, d'uniformisation des organisations ou encore de perte d'imagination et de créativité. Il est important que les discours et les approches soient porteurs de sens et identifient les marges de manœuvre pour favoriser la personnalité des établissements et services et l'originalité des démarches.

La loi est active et opérante depuis dix années. Elle a mobilisé l'ensemble des organisations du secteur à des niveaux politiques, stratégiques et opérationnels. Elle a également accompagné des changements significatifs dans les équipes et dans les comportements. Elle a permis l'émergence de transformations tant dans les approches des problématiques, que dans la conduite et l'animation des projets ou encore dans les rapports qu'entretiennent les établissements avec les usagers et leurs représentants.

La loi 2005/102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Cette loi constitue la principale évolution sur les droits des personnes handicapées depuis la loi de 1975. Elle exprime dans son contenu les principales évolutions sociétales, politiques et stratégiques vis-à-vis des questions du handicap. Les grandes fédérations et mouvements nationaux ont beaucoup œuvré en lien avec

les associations gestionnaires (60 000 environ) pour que soient reconnus les droits et la citoyenneté des personnes. Dans son esprit, la loi traduit tout ce qui a soutenu les efforts et les innovations en matière de scolarité, d'intégration et (ou) d'insertion sociale et professionnelle.

La loi a tenté de répondre à diverses insuffisances dans plusieurs domaines :

- « une conception de la place de la personne handicapée pensée avant tout comme différente et par voie de conséquence comme devant être protégée dans des dispositifs spécialisés, par nature séparés, et seulement secondairement pouvant être intégrés dans le milieu dit ordinaire, d'où une insuffisance grave de participation à la vie sociale et professionnelle ;
- un dispositif d'accompagnement et de prise en charge constitué principalement d'établissements et de services spécialisés à caractère très institutionnel et ne facilitant pas le libre choix du mode de vie⁶. »

Le concept d'intégration est remplacé par celui d'inclusion de la personne dans son appartenance à la société. Comme nous l'avons à plusieurs reprises évoqué, c'est le principe même de handicap qui se trouve lui aussi interpellé et pondéré par les termes de « personne en situation de handicap ». Le handicap ne qualifie pas la personne, mais une ou plusieurs déficiences sans effacer la qualité d'être social inclus et non à intégrer. Cette voie constitue un grand bouleversement sur la vision politique et éthique du handicap et des personnes concernées.

Le principe général qui oriente est celui de « non-discrimination ». Le droit à la différence est un peu remis en question, notamment par la notion d'autonomie. Des débats ont d'ailleurs eu lieu dans certaines associations et avec les pouvoirs publics concernant cette perspective. La crainte était que le handicap devienne une question peu ou prou banalisée par les prestations de compensation. Plus encore, l'individualisation de la compensation pouvait limiter la part d'un problème de société sur le handicap, thème fortement porté par les mouvements de parents notamment. Le droit à la compensation constitue le fil rouge du texte et de sa philosophie : la personne a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de la déficience par la prestation de compensation.

Définition du handicap : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans ses dimensions cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Les thèmes concernés par les conséquences de la loi :

- accueil des personnes handicapées ;
- le droit à la compensation ;

6. Ph. Camberlein, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod, 2008.

1 • Intégrer l'action sociale et médico-sociale

- les ressources ;
- la scolarité ;
- l'emploi ;
- l'accessibilité ;
- la citoyenneté et la vie sociale ;
- des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées ont pour mission l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil).

Les CAT (centres d'aide par le travail) sont renommés ESAT (établissement ou service d'aide par le travail). Les ateliers protégés sortent du milieu protégé pour devenir des entreprises du milieu ordinaire.

De manière très concrète, une grande diversité d'initiatives va accompagner le changement dans les conceptions et les pratiques des établissements et services dans les domaines de l'enfance et des personnes adultes. Soulignons, à toutes fins, que la loi s'inscrivait dans une politique globale de réduction des établissements au profit de prestations individualisées pouvant ne pas justifier nécessairement d'accueil de l'utilisateur en établissement.

La politique sociale portant en elle et dans toute l'action sociale et médico-sociale une vision de type libérale et moins sociétale, mobilise la responsabilité des personnes et des familles concernées par le handicap. Dans la réalité, des équilibres nouveaux se sont installés et ont permis dans les associations et les établissements de réinterroger des philosophies d'action, de revoir les projets associatifs, d'établissements et l'approche de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

La loi du 21 juillet 2009

La loi dite HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, santé et territoires est un texte de grande importance qui structure des évolutions sensibles dans l'organisation de la santé, de l'action médico-sociale et sociale et concernant les différentes responsabilités et compétences institutionnelles. Elle a pour ambition de moderniser le système de santé, d'améliorer la qualité des réponses et l'accès aux soins. Une des conséquences est celle du retour renforcé de l'État et notamment le rapprochement du secteur médico-social avec le secteur de la santé dans le cadre de la création des ARS⁷ (agences régionales de santé) dont les objectifs sont de mettre en œuvre le décloisonnement et la territorialisation et d'unifier les services de l'État et de l'assurance maladie. Les ARS se substituent aux ARH et englobent les pôles santé et médico-social des DDASS et des DRASS.

Elles visent à :

- renforcer le caractère préventif des politiques de santé ;
- organiser la permanence et la gradation des soins ;

7. Direction(s), n° 76, juillet 2010, ARS Patrons ou Partenaires.