

Johan **PRIOU**  
Séverine **DEMOUSTIER**

AIDE-MÉMOIRE

**Institutions et organisation  
de l'action sociale  
et médico-sociale**

5<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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, Paris, 2019

ISBN 978-2-10-078834-7

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.

## Sommaire

<i>Avant-propos</i>	V
<b>1</b> Définition des institutions sociales et médico-sociales	1
<b>2</b> Principales caractéristiques du secteur	7
<b>3</b> Les grandes lois structurant le secteur	15
<b>4</b> Dix évolutions structurelles de l'action sociale et médico-sociale	29
<b>5</b> Les personnes accompagnées	57
<b>6</b> Les établissements et services	65
<b>7</b> Les organismes gestionnaires et les acteurs professionnels	79
<b>8</b> Les autorités publiques et la répartition des compétences	93
<b>9</b> Les financements des institutions	117
<b>10</b> Les instances de concertation et les observatoires	125
<b>11</b> La planification et la programmation des équipements	155
<b>12</b> L'autorisation de création d'un établissement ou service	163
<b>13</b> Budget, tarification, CPOM	179
<b>14</b> La coopération entre établissements et services	197

<b>15</b>	Les enjeux relatifs aux droits des personnes accompagnées	203
<b>16</b>	Les « droits des usagers » issus de la loi 2002-2	211
<b>17</b>	Les différents projets dans les établissements et services	227
<b>18</b>	Les professionnels du travail social	237
<b>19</b>	La bientraitance et la qualité du service rendu aux personnes	263
<b>20</b>	L'évaluation des activités et de la qualité des prestations	275
	<i>Conclusion</i>	293
	<i>Bibliographie</i>	297
	<i>Liste des sigles</i>	307

## Avant-propos

**Q**UE SONT LES INSTITUTIONS sociales et médico-sociales ? Que recouvrent-elles ? Combien sont-elles ? Comment fonctionnent-elles ? Comment sont-elles financées ? Telles sont les questions auxquelles répond cet ouvrage, en inscrivant les institutions sociales et médico-sociales, et les établissements et services qu'elles gèrent, dans les évolutions actuelles qui vont les conduire à s'adapter.

En expansion compte tenu de l'ampleur des besoins sociaux, le secteur de l'action sociale et médico-sociale en direction des enfants et des jeunes en difficulté, des personnes handicapées, des personnes âgées, des personnes en situation d'exclusion, demeure un champ d'intervention privilégié des associations, qui offrent plus de 66 % des capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes vulnérables. Le secteur public assure quant à lui près du tiers de l'activité, tandis que les entreprises lucratives se développent, notamment dans le champ des services et de l'hébergement des personnes âgées. Les principaux financeurs du secteur sont les conseils départementaux, qui ont acquis de larges compétences suite aux lois de décentralisation du début des années 1980, ainsi que l'Assurance maladie et l'État.

Enfin, accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité sur des périodes relativement longues, le rapport qu'entretiennent les professionnels de ces institutions avec les personnes accompagnées est particulier ; c'est notamment à partir de ce constat que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit une évolution majeure, celle de la réaffirmation de la place des usagers et de l'effectivité de leurs droits, et que le principe de la formation et de la qualification des professionnels a été étendu.

Le présent ouvrage présente les évolutions majeures en cours pour le champ sanitaire, social et médico-social, en introduisant les notions de parcours de vie et d'inclusion, qui amènent des bouleversements dans la façon d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité, tant en termes organisationnels que de pratiques professionnelles. La multiplication des évolutions rend difficile la lisibilité du sens de l'action. Les acteurs de l'action sociale peuvent s'y perdre. Or ils sont amenés à amorcer un virage structurel qui va les conduire à revisiter les organisations, développer les coordinations, faire évoluer les cultures et pratiques professionnelles.

Cet ouvrage propose un parcours pédagogique à travers 20 chapitres qui détaillent l'essentiel de ce qu'il faut connaître des institutions sociales et médico-sociales en France.

Ceux-ci présentent successivement :

- *un panorama du secteur* : la définition et les caractéristiques des institutions sociales et médico-sociales, du secteur dans lequel elles évoluent et des établissements et services qu'elles gèrent...
- *l'organisation du secteur social et médico-social* : les autorités compétentes, les financements, les procédures de planification et d'autorisation de création des équipements, les modalités de coopération entre structures...
- *les personnes accompagnées et leur place au sein du dispositif* : les caractéristiques et le nombre des usagers, les enjeux et la mise en œuvre des droits des usagers, les logiques de parcours de vie sans rupture...
- *les enjeux relatifs à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement* : la prise en compte du projet de vie des personnes, le rôle des professionnels et leur formation, les évolutions à venir du travail social, la bientraitance, l'évaluation...

## 1

## DÉFINITION DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

**D**ANS LA SPHÈRE des politiques sociales, il existe un champ particulier relatif à l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci développe un ensemble de prestations et de services sociaux pour l'accompagnement éducatif, thérapeutique, social et professionnel des personnes vulnérables. Ce champ a été encadré historiquement par deux lois fondamentales, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ces lois ont façonné progressivement le périmètre, les missions, l'organisation, le fonctionnement et les droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales, qui constituent les principaux acteurs de ce champ.

Aujourd'hui, le secteur social et médico-social couvert par la loi n° 2002-2 regroupe plus de 40 000 établissements et services qui accueillent et accompagnent plus de 3,8 millions de personnes. Il emploie plus de 930 000 salariés (en équivalent temps plein) et mobilise de nombreux bénévoles. Ces établissements et services sont généralement gérés par

des institutions sociales ou médico-sociales, c'est-à-dire des personnes morales de droit public ou de droit privé (principalement des organismes privés à but non lucratif tels que des associations et, dans une moindre mesure, des entreprises commerciales) et, plus rarement, par des personnes physiques. Les financements publics qui lui sont consacrés s'élevèrent en 2017 à 50,5 milliards : 20,5 milliards par l'Assurance maladie, 3,7 milliards par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 22 milliards par les départements et 4,2 milliards par l'État.

Ce chapitre précise les missions d'action sociale et médico-sociale conduites par les institutions avant de rappeler la définition légale de ces dernières.

## Des missions d'action sociale et médico-sociale \_\_\_\_\_

Les institutions sociales et médico-sociales agissent dans le cadre de politiques d'action sociale et médico-sociale qui, selon M. Amédée Thévenet (1994), l'un des pères fondateurs en ce domaine, visent à : « soutenir, aider, héberger les personnes en difficultés familiales, sociales, physiques, sensorielles ou mentales. Il existe des services intervenant à leur domicile et des établissements, c'est-à-dire "des toits et des murs" pour héberger (personnes âgées...), rééduquer (déficients intellectuels), accueillir (enfants en difficulté), protéger et insérer socialement (personnes en situation d'exclusion) ».

Ces institutions interviennent ainsi auprès de la population à tous les âges de la vie, de la petite enfance au plus grand âge. Les personnes accueillies ou accompagnées ont en commun d'être considérées comme fragiles : il s'agit de personnes âgées en perte d'autonomie, de personnes en situation de handicap, d'enfants en danger ou délinquants, de personnes en situation d'exclusion sociale ou professionnelle, de personnes en situation de dépendance avec l'alcool ou les drogues ou encore des demandeurs d'asile...

La conception de l'action sociale a cependant sensiblement évolué depuis le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, modifié en 1978, définissait les missions confiées aux institutions sociales et médico-sociales en précisant que celles-ci :



- « 1) Mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien, de maintien à domicile ;
- 2) Accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;
- 3) Reçoivent des jeunes travailleurs ;
- 4) Hébergent des personnes âgées ;
- 5) Assurent, en internat, en externat, dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées ».

La loi consacre ainsi, après que la loi du 31 décembre 1970 a recentré les hôpitaux sur leurs seules activités sanitaires, l'autonomie du champ social mais également « médico-social », nouvelle notion introduite en 1975 qui ouvre la possibilité de médicaliser les établissements pour les personnes vulnérables, en particulier les personnes âgées et handicapées.

En 2002, l'accent est beaucoup moins prononcé sur l'accueil et l'hébergement, considérés parfois comme une « institutionnalisation » trop systématique au mépris du libre choix du mode et du lieu de vie des personnes. L'ambition affichée par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2002-2 précitée (article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles) est plus vaste encore :

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. »

Cette loi part ainsi du principe que les établissements et services gérés par les institutions sociales et médico-sociales doivent être un moyen de développer les opportunités, l'autonomie et la participation sociale de tout membre de la société afin qu'il ait les mêmes chances d'appartenir et de participer à la vie collective, indépendamment de ses particularités sociales ou de ses incapacités.

Afin de davantage prendre en compte les attentes et le libre choix des personnes, cette loi cherche à structurer les pratiques des établissements et services autour des projets individualisés des personnes accueillies ou suivies. D'un côté, l'accompagnement doit se fonder sur une approche plus individuelle des besoins et des attentes des personnes, en tenant compte de leur environnement. De l'autre, les personnes concernées ou,

le cas échéant, leur représentant, sont parties prenantes de l'élaboration du projet individualisé, qu'il soit pédagogique, éducatif, thérapeutique ou professionnel comme de ses aménagements ultérieurs.

La loi n° 2002-2 précise que l'action sociale et médico-sociale :

« repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de **prestations** en espèces ou en nature. » (article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Enfin, l'article L. 311-1 du même code souligne l'évolution des attentes des politiques publiques en précisant que l'action sociale et médico-sociale :

« s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :

« 1) Évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

« 2) Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;

« 3) Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

« 4) Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

« 5) Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

« 6) Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique. »

Ces missions d'intérêt général et d'utilité sociale sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales.

## Définition légale des institutions sociales et médico-sociales

---

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales en proposera la première définition. Aujourd'hui, la législation précise que les institutions sociales et médico-sociales sont les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont la liste est fixée par la loi (**Chapitre 6**). Notons dès à présent que si le champ de la loi tend à s'élargir régulièrement à de nouveaux établissements et services, toutes les structures considérées communément comme « sociales », comme les modes d'accueil de la petite enfance ou les centres sociaux par exemple, ne sont pas couverts par la loi n° 2002-2. En conséquence, les organismes gestionnaires de ces structures ne sont pas considérés comme des « institutions sociales ».

Dans la mesure où, depuis 1975, aucun monopole n'est accordé à une catégorie particulière d'institutions et où la concurrence est de mise dans ce secteur, ces personnes morales peuvent être l'État ou des collectivités territoriales et leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, des organismes privés à but non lucratif ou des organismes privés à but lucratif.

Les institutions sociales et médico-sociales contribuent à mettre en œuvre les missions d'intérêt général et d'utilité sociale dans lesquelles s'inscrit l'action sociale et médico-sociale.



## 2

## PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR

LES BESOINS D'ASSISTANCE des personnes vulnérables vont, jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, principalement être pris en charge par des pratiques charitables et par la bienfaisance privée, contrôlées et parfois soutenues par les autorités publiques. Historiquement, ce sont ainsi les œuvres et les organisations privées à but non lucratif qui ont développé les premières réponses formelles aux besoins de prise en charge des personnes en difficulté sociale, des personnes âgées et handicapées, financées essentiellement par des ressources privées puis progressivement, plus récemment, par des financements publics (Archambault, 1996). Lors du développement de l'État providence, jusqu'aux années 1970, les services sociaux restent considérés comme un champ marginal, réservé à la population la plus pauvre : contrairement à ce qui peut être observé dans le domaine de la santé, la fourniture directe de services par le secteur public demeure limitée. Après la Seconde Guerre mondiale, avec la création de la Sécurité sociale, le développement de l'offre d'établissements et services va non seulement s'appuyer sur les financements provenant de l'aide sociale mais également de l'Assurance maladie. Le secteur « social » et « médico-social », dont voici les principales caractéristiques, va progressivement s'autonomiser.

## Un secteur en expansion, face à l'ampleur des besoins sociaux

Ce secteur a connu, et connaît encore dans une moindre mesure, un essor important pour accueillir et accompagner des personnes vulnérables qui restaient sans solution adaptée. Nous l'avons vu, les établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnent aujourd'hui plus de 3,8 millions de personnes. Elles étaient, sans prendre en compte notamment les services de tutelle, 930 000 en 1984 à recourir à de tels services collectifs (Inspection générale des affaires sociales, 1984, p. 48), 1,6 million en 1986 et près de 3 millions en 2013 (**tableau 2.1**).

Tableau 2.1. Évolution des capacités d'accueil selon l'activité en France entre 1986 et 2016

	1986	2016
Établissements et services pour personnes âgées	920 400	1 614 262
Établissements et services pour enfants handicapés	205 200	398 860
Établissements et services pour adultes handicapés	115 400	446 619
Établissements et services de protection de l'enfance et de la jeunesse	185 000	346 850
Établissements et services pour adultes et familles en difficulté	30 000	184 229
Foyers de jeunes travailleurs	50 000	23 300
Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	150 000	334 196

\* Données France entière.

Sources : Pour les données 1986, voir Priou (2007). Pour 2016 : d'après : ABDOUNI S., AMROUS N. (2017) ; ANAP (2018) ; CNSA (2018) ; DIALLO C. T. ; (2018) ; DARES, (2017) ; DGCS, (2017 ; 2018) ; DPJJ, (2015) ; MULLER M., (2017) ; OLIVIER J. (2017) ; PLIQUET E., (2015 ; 2016) ; STATISS (2016) ; Loi de finances pour 2018.

Voici quelques exemples typiques :

- Dans le champ des personnes âgées, l'Assurance maladie financera, à partir de 1978, la médicalisation des maisons de retraite et, à partir de 1981, les services de soins infirmiers à domicile. En conséquence, le nombre de places médicalisées en établissements est passé de 65 000 en 1986 à 420 000 en 2006 et 558 000 en 2013 (SESI, 1988 ; DRASS-DREES, 2007 ; STATISS 2014) pour dépasser les 600 000 en 2016 ; le nombre de personnes suivies par un service de soins infirmiers à domicile est passé

de 28 000 en 1986 à 103 000 en 2009 et 117 000 en 2013 (SESI, 1998b ; STATISS 2010 et 2014) et atteint les 130 000 en 2016.

- Dans le champ des jeunes handicapés, les établissements d'éducation spéciale, financés par l'Assurance maladie à partir de 1956, vont connaître un développement soutenu au cours des années 1960 et jusqu'au début des années 1970, en particulier dans le champ de la déficience mentale (Inspection générale des affaires sociales, 1984, p. 105-111 ; Roussel, 1984, p. 154) avant de diminuer légèrement depuis quelques années : leur nombre de places était de 62 500 en 1960 et s'établit aujourd'hui à 106 000, la priorité étant donnée au développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) dont le nombre de places est passé de 29 000 en 2005 à 47 000 en 2013 et plus de 52 000 en 2016.
- Pour les adultes handicapés, le développement des réponses se poursuit : le nombre de places de maisons d'accueil spécialisées (MAS), créées à partir de 1978, est passé de 2 765 en 1985 à 19 600 en 2006, 26 000 en 2013 et plus de 28 000 en 2016. Les places de foyers d'accueil médicalisés (FAM), financées par l'assurance maladie et l'aide sociale départementale, sont passées de 13 000 en 2006 à 23 000 en 2013 et 29 000 en 2016. Les places de foyers de vie et de foyers d'hébergement, financées par l'aide sociale départementale, sont respectivement passées de 43 000 et 37 000 en 2006 à 49 000 et 39 000 en 2013, chiffres qui se sont stabilisés depuis. Les places en établissement d'aide par le travail, financées par l'aide sociale d'État sont passées de 58 000 en 1986 à 117 000 en 2013 et un peu plus de 118 000 en 2016. Le nombre de places de services d'auxiliaires de vie sociale (SAVS) est passé de 23 000 en 2006 à 38 000 en 2013, celui des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) s'établit à 7 000 en 2013. Ils offrent près de 49 000 places au total en 2016.
- Dans le champ des personnes en difficulté sociale, les places en CHRS financées par l'aide sociale d'État sont passées de 26 000 en 1986 à 41 000 en 2008 pour s'établir à 39 000 places en 2014 et à plus de 43 000 places en 2016.
- Dans le champ de la demande d'asile, le nombre de place de centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) est passé de 18 000 en 2008 à 25 000 en 2014 et à 40 000 places aujourd'hui.

Pour autant l'ensemble des besoins sociaux n'est pas aujourd'hui satisfait dans la mesure où ces équipements sociaux demeurent inégalement répartis sur l'ensemble du territoire et où certaines problématiques spécifiques (telles que les maladies d'Alzheimer ou apparentées, le handicap psychique, l'autisme ou les traumatismes crâniens par exemple) ont tardé à voir des réponses adaptées émerger.

L'ampleur des besoins ne doit pas occulter leur considérable évolution sur la période. L'enjeu n'est plus aujourd'hui d'accueillir pour les « rééduquer » en établissement des jeunes handicapés qui restaient, faute de solution, dans leur famille sans aide ni accompagnement. Même s'il existe encore, pour certaines déficiences, de graves carences dans l'offre de services. Mais aujourd'hui les attentes des jeunes et de leurs familles sont bien différentes, avec une volonté d'inclusion sociale qui suppose de très fortes adaptations des établissements et des services ainsi que des équipes qui les animent.

L'exemple de l'évolution des besoins des personnes âgées est également illustratif : si durant les trente glorieuses les personnes âgées accueillies le sont principalement en raison de leur isolement social et de leur insuffisance de ressources, elles sont aujourd'hui accueillies, beaucoup plus âgées, en raison de leur très faible autonomie. D'où l'importance de la médicalisation des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes ces dernières années.

L'annonce régulière par les pouvoirs publics de plans pluriannuels de création de places dans les champs des personnes handicapées, âgées ou en difficulté sociale, dans le champ de l'addictologie ou encore de la demande d'asile souligne la persistance des besoins sociaux. Cependant, les tensions sur les finances publiques vont conduire à un très net ralentissement des créations de places à partir de 2015, et les plans nationaux de création de places seront plus ciblés et beaucoup plus limités en volume (Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ; 2<sup>e</sup> schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018 ; 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> plans autisme ; places d'accueil de demandeurs d'asile, plan de relance des pensions de famille et résidences accueil 2017-2021...).



## Un secteur qui se développe principalement à partir d'initiatives privées locales \_\_\_\_\_

Ce secteur s'est caractérisé par le développement de projets diversifiés portés localement par les personnes concernées elles-mêmes, leurs familles, des militants, des notables dans un domaine où la puissance publique intervient peu directement, à l'exception des établissements pour personnes âgées. Ce sont ainsi les organisations privées à but non lucratif, principalement des associations loi 1901, qui sont devenues les premières gestionnaires de services sociaux en France, en offrant à elles seules plus de la moitié des capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes vulnérables.

Les institutions sociales et médico-sociales associatives représentent ainsi 90 % de l'offre dans le champ de l'enfance handicapée, 90 % dans celui des personnes en difficulté sociale, 83 % dans celui de la protection de l'enfance et de la jeunesse et 82 % dans celui des adultes handicapés (y compris SAAD et SSIAD). Le reste des capacités est offert par le secteur public, qui gère même la majorité des structures d'hébergement pour personnes âgées, le secteur commercial gérant aujourd'hui près de 18 % de l'offre dans ce champ.

Ce principe pionnier de projets élaborés sur un territoire par des acteurs locaux, qu'ils soient associatifs, publics ou commerciaux, en partenariat avec les autorités publiques, sera remis en cause à la suite de l'adoption de la loi « HPST » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En effet, celle-ci privilégie le principe de la commande publique en retenant des dispositifs d'appels à projets élaborés par les autorités de contrôle.

## Un secteur qui accompagne les personnes dans la durée, d'où l'importance du projet de vie \_\_\_\_\_

Plusieurs années voire toute une vie durant, une personne peut être accompagnée par des institutions sociales ou médico-sociales. C'est une dimension essentielle pour comprendre la volonté d'autonomiser, dans les années 1970, le champ de l'action sociale et médico-sociale de la prise en charge hospitalière. Il s'agit en effet de prendre en compte la personne dans sa globalité, et non simplement au regard d'une pathologie

ou d'une déficience. Les lieux d'accueil et de vie comme les savoir-faire des professionnels en matière d'accompagnement sont très différents de ceux de l'hôpital. C'est aussi ce qui conduira, notamment dans la loi n° 2002-2, à chercher à mieux prendre en compte les attentes des personnes, en fonction de leurs projets de vie, et à mieux définir les droits des usagers dans les institutions.

## Un secteur très concerné par la décentralisation \_\_\_\_\_

L'action sociale est un des champs emblématiques du mouvement de décentralisation amorcé au début des années 1980 vers les départements (voir aussi la présentation de la loi n° 86-7 du 6 janvier 1986, **chapitre 3**). Depuis lors, les compétences des conseils généraux, devenus conseils départementaux en 2015, n'ont cessé de s'élargir dans ce domaine. L'action sociale est ainsi le principal domaine d'intervention des départements. Les dépenses d'action sociale, et notamment le financement d'une partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux, représentent depuis déjà de nombreuses années plus de la moitié des dépenses de fonctionnement des conseils départementaux (55 % des seules dépenses de fonctionnement en 2016).

Ce mouvement n'a finalement pas été amplifié par « l'acte III de la décentralisation » : le projet selon lequel les établissements et services d'aide par le travail (Esat), financés par l'État et autorisés et tarifés par l'Agence régionale de santé (ARS), auraient pu être transférés aux conseils départementaux a été abandonné. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, les Esat sont financés par l'Assurance maladie, mettant ainsi fin à une exception : les Esat étaient les seuls établissements entrant dans le champ de compétence de l'ARS qui n'étaient pas en tout ou partie financés par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, aucune suite n'a été donnée à ce jour aux propositions de nouvelles répartitions des compétences formulées par le rapport dit « Jeannot-Vachey » d'octobre 2012 concernant les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou les foyers d'accueil médicalisés (FAM), pour lesquels il était préconisé que le financement soit assuré intégralement par l'assurance maladie.

Les préconisations pour les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) étaient plus incertaines : leur disparition était envisagée au profit d'une redéfinition des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), mais cette proposition était subordonnée à une étude plus approfondie.



## 3

## LES GRANDES LOIS STRUCTURANT LE SECTEUR

**L**E DÉVELOPPEMENT des établissements et services gérés par les institutions sociales et médico-sociales va être encadré par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qui sera fréquemment complétée et modifiée jusqu'à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Reflétant un mouvement de réforme engagé depuis dix ans, cette dernière sera encore significativement modifiée ou complétée, par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées créant notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. D'autres textes comportent des dispositions importantes pour les établissements et services, notamment la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'ordonnance

de simplification du droit du 1<sup>er</sup> décembre 2005, l'Ordonnance du 17 janvier 2018 relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles ainsi que plusieurs lois de finances et de financement de la Sécurité sociale. Ces lois transversales, concernant l'ensemble ou une large part du champ social et médico-social, ont aussi été déclinées et précisées progressivement dans chacun des secteurs d'activité, depuis les personnes âgées jusqu'à la protection de l'enfance.

## Une loi fondatrice : la loi du n° 75-535 du 30 juin 1975

---

La loi de 1975 consacre *l'autonomie du champ social et médico-social*, déjà introduite par la loi du 31 décembre 1970 qui avait recentré les hôpitaux sur leurs seules activités sanitaires. Alors qu'au début des années 1970, les hôpitaux géraient de nombreux hospices et foyers pour personnes âgées, handicapées ou inadaptées, les lois de 1970 et 1975 tirent ainsi « les conséquences d'une absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social » (Bauduret et Jaeger, 2002, p. 32). L'autonomie du champ social mais également « *médico-social* », nouvelle notion introduite par la loi de 1975, repose en effet sur la possibilité de médicaliser les établissements pour les personnes vulnérables, en particulier les personnes âgées et handicapées. L'activité du champ social et médico-social se caractérise ainsi par une intervention sur le long terme qui peut inclure la délivrance de prestations de soins pour permettre un accompagnement adapté tenant compte de la globalité des besoins des personnes.

D'une manière générale, la loi de 1975 va chercher à *unifier ce secteur*, caractérisé par la diversité des institutions et des publics qu'elles accompagnent, à travers la mise en place de deux mécanismes de régulation : un *régime unique des autorisations* qui s'est substitué au régime déclaratif qui existait depuis 1971 et un agrément par les pouvoirs publics des conventions collectives du secteur privé à but non lucratif. Les autorisations de créations et d'extensions de places, dont la mise en œuvre a été justifiée par le fait que ces équipements étaient financés par la collectivité publique, sont désormais reliées à la capacité des établissements à répondre aux besoins et à la conformité du projet à des normes de fonctionnement. Compte tenu du développement de la professionnalisation et du fait que les employeurs

ne fixent pas les tarifs et ne sont pas les financeurs des établissements qu'ils gèrent, *un agrément préalable des pouvoirs publics a été instauré avant l'application des conventions collectives* régissant les rémunérations et les conditions de travail dans ce secteur (Bauduret et Jaeger, 2002).

## La loi n° 86-7 du 6 janvier 1986 \_\_\_\_\_

La loi n° 86-7 du 6 janvier 1986 va organiser, dans le cadre des réformes relatives à la décentralisation, les répartitions des compétences entre l'État et les départements issues de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983. Elle prévoit également la mise en place d'un premier instrument de planification, le schéma départemental social et médico-social, et de nouveaux mécanismes de régulation financière.

Les conseils généraux, qui deviendront les conseils départementaux à partir de 2015, sont désormais compétents en matière d'Aide sociale à l'enfance, aux personnes âgées (à domicile et en établissement), à l'hébergement des personnes adultes handicapées. L'État demeure compétent pour les équipements qu'il finance (les centres d'aide par le travail (CAT) qui deviendront des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et pour ceux financés par l'Assurance maladie (notamment les établissements d'éducation spéciale pour jeunes handicapés et les maisons d'accueil spécialisées). Des compétences conjointes sont prévues pour certains établissements, par exemple les maisons de retraite médicalisées.

La loi de 1986 introduit un premier dispositif de planification. En effet, alors que la loi hospitalière du 31 décembre 1970 prévoyait déjà une carte sanitaire, la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales avait simplement prévu l'organisation d'une confrontation des offres nouvelles de créations ou d'extensions d'établissements avec un fichier constitué des équipements existants. La loi de 1986 va plus loin en instaurant, pour certains établissements et services, un schéma obligatoire dans chaque département, à caractère indicatif. Celui-ci devait préciser notamment « la nature des besoins sociaux et particulièrement de ceux justifiant des interventions sous forme de créations ou d'extensions d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux » ainsi que « les perspectives de développement ou de redéploiement de ces établissements et services compte tenu des éléments précédents, des ressources disponibles et des

possibilités offertes par les départements voisins ». Il devait également prévoir « les critères d'évaluation des actions conduites » ainsi que les modalités de collaboration des différents acteurs impliqués. Les conseils généraux se saisiront peu de cet outil de programmation qui n'avait qu'une valeur indicative, puisqu'il n'était opposable ni aux autorités compétentes, ni aux gestionnaires d'établissements et services, ni aux usagers (Cour des comptes, 1995, p. 105). La loi du 2 janvier 2002 en renforcera significativement la portée juridique, en prévoyant la compatibilité des projets de créations et d'extensions des établissements et services avec le schéma, et affirmera ainsi son caractère obligatoire.

La loi de 1986 fixe, en outre, un nouveau dispositif d'encadrement du financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux : l'autorisation peut désormais être refusée, notamment, lorsque les coûts de fonctionnement :

« 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 loi de 1986 introduit ainsi une logique de compatibilité des budgets des établissements et services avec un taux directeur. Cette logique sera renforcée progressivement jusqu'à l'introduction en 1999 d'un dispositif d'enveloppes financières limitatives dans ce champ. La contrainte nouvelle du caractère limitatif et opposable de ces enveloppes dépendra finalement de la volonté du législateur de développer ce secteur et de consolider les moyens déjà alloués. Jusqu'à aujourd'hui, à la faveur de la mise en œuvre successive de nombreux plans pluriannuels de créations de places, le secteur a poursuivi sa croissance à un rythme relativement soutenu pour répondre aux besoins insatisfaits largement reconnus. En revanche, la reconduction des moyens des établissements et services existants a été beaucoup plus restrictive.



## Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale \_\_\_\_\_

La loi emblématique pour comprendre les évolutions majeures des institutions sociales et médico-sociales et de leur environnement demeure la loi de 2002.

Avec l'objectif affiché de permettre un nouveau développement de l'offre, plus cohérente et diversifiée, en permettant notamment l'essor des services favorisant la vie à domicile et la participation à la vie sociale, une réforme des lois de 1975 et de 1986 va être engagée, à partir du milieu des années 1990, pour aboutir à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (Vinsonneau, 2002a ; 2002b). *L'action sociale et médico-sociale est redéfinie (chapitre 1) et le champ de la loi est élargi à de nouveaux établissements et services*, notamment aux services à domicile pour personnes âgées et adultes handicapés et aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes. Par ailleurs, la loi diversifie les règles de tarification, par l'introduction de la base juridique autorisant des tarifications variables selon la nature de chaque catégorie d'établissements : dotations globales, forfaits, prix de journée, modulation des tarifs en fonction de l'état de la personne.

La loi de 2002 conforte *la planification sociale et médico-sociale* en prévoyant des schémas d'organisation sociale et médico-sociale pluriannuels (cinq ans) et révisables. Si les schémas, principalement départementaux, ont toujours vocation à définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre nécessaire pour y répondre, ils deviennent opposables, c'est-à-dire qu'un projet ne pourra être autorisé que s'il est compatible avec les objectifs et le niveau des besoins ainsi définis. *Le régime des autorisations est également modifié* par l'instauration de périodes de dépôt et d'examen des projets de même nature, d'autorisations à durée déterminée (quinze ans dans le cas général)<sup>1</sup>, renouvelables au regard des résultats positifs d'une évaluation. Cette *évaluation*, qui constitue l'une des dispositions majeures de cette loi, porte sur l'activité et la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle

---

1. Les établissements et services relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse continuent de relever des autorisations à durée indéterminée et les équipements expérimentaux relèvent d'autorisations quinquennales.