

Jean-Pierre Hardy

Financement, tarification et contractualisation

des établissements et services
sociaux et médico-sociaux

6^e édition

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	1
1. L'évaluation, seul mode de régulation soutenable	15
Mesurer n'est pas évaluer	17
<i>Pour mesurer, il faut des indicateurs, 18 • Métrologie et quantophrénie, 20</i>	
Évaluer, c'est émettre un jugement	21
La montée en puissance de la démarche qualité	25
2. Les partenaires des pouvoirs publics	27
Le secteur public social et médico-social	27
Les associations d'action sociale et médico-sociale	31
<i>Pouvoirs publics et associations : des relations intrinsèquement contradictoires..., 33 • L'épistémé du secteur associatif médico-social en matière de dirigeance, 42 • Le secteur associatif : vertus et mythes, 49 • L'accentuation d'un dualisme associatif dans le secteur social, 53 • De la « mal-gouvernance » à la « maltraitance » des usagers, 56 • Accréditation des associations pour gérer des établissements ?, 64</i>	
L'instrumentalisateur instrumentalisé	65
Contrôle et tarification des établissements de statut privé et liberté associative	67

Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)	70
<i>La coopération : un complot « néolibéral » ou une crise de génération ?, 71 • « La coopération ou la mort ?! », 76 • Le dispositif juridique relatif à la coopération, 78</i>	
La montée en puissance dans le secteur médico-social des groupes commerciaux depuis la loi de 1990	80
3. La tarification	90
L'ancienne loi de 1975	92
Un paradigme du secteur : le droit créance	96
<i>Le principe du droit créance de l'usager, 96 • Une créance souvent escomptée et réescomptée, 97</i>	
Se préserver de tout tropisme et panurgisme hospitaliers	107
<i>Le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 107 • Du PMSI à la T2A, 111 • Les tarifications sur la base de groupes iso-ressources, 115 • La réforme en cours de la tarification dans le secteur du handicap (SERAFIN-PH) : ruptures et continuité avec la réforme des EHPAD, 117 • La convergence tarifaire dans le cadre de la réglementation issue du décret du 22 octobre 2003, 135 • Les tarifs plafonds et la convergence tarifaire, 136</i>	
La tarification « en fonction des besoins de la personne »...	138
... et dans la limite des ressources financières disponibles	140
Nouvelle régulation ou dérégulation ?	142
La tarification administrée aujourd'hui	145
<i>La suppression de l'approbation tacite des propositions budgétaires, 146 • Les approbations financières, 147 • Le pouvoir de modification des tarificateurs, 148 • Le pouvoir renforcé de récupération des tarificateurs et des financeurs à la suite du scandale ORPEA, 161 • Articulation entre opposabilité des crédits limitatifs et respect des conventions collectives de travail agréées, 166 • Faire une révolution copernicienne entre le budget prévisionnel et le compte administratif ou l'ERRD, 178 • Rénovation des relations entre les pouvoirs publics et les gestionnaires, 184</i>	
Susciter un environnement favorable à une gestion dynamique des établissements	188
<i>Liberté de gestion et contrôle a posteriori des comptes administratifs ou de l'ERRD par le tarificateur, 188 • Meilleures articulations entre liberté de gestion et contrôles internes et externes, 189 • Les indicateurs</i>	

physico-financiers comme aide à la décision en matière de gestion interne, 190 • Régulation micro-économique et démarche qualité dans les établissements, 192

4. Le régime budgétaire, comptable et financier des ESSMS non soumis à un EPRD	195
L'ancienne réglementation	195
La réglementation issue du décret du 22 octobre 2003	197
Les dispositions générales communes à caractère comptable	201
<i>L'exercice budgétaire et comptable, 201 • Nomenclatures comptables, 201</i>	
<i>• La définition et les objectifs de la comptabilité (art. R. 314-6 du CASF), 204</i>	
Le budget annuel	204
<i>Définition du budget annuel et du rapport budgétaire, 204 • La structure du budget, 207 • Présentation formelle du budget annuel, 213</i>	
Le vote du budget et la personne ayant qualité pour représenter l'établissement	222
<i>Sur la compétence du conseil d'administration et du directeur d'établissement, 222 • Le principe d'équilibre, 224 • Composition du dossier budgétaire, 225 • La transmission des propositions budgétaires (art. R. 314-3 et R. 314-21 du CASF), 228 • L'approbation du plan pluriannuel de financement et des programmes d'investissement (art. R. 314-20 du CASF), 228 • Le pouvoir de modification de l'autorité de tarification (article R. 314-22 du CASF), 233 • La procédure contradictoire itérative (art. R. 314-23 et R. 314-24 du CASF), 242 • Possibilité d'une pré-notification (art. R. 314-25 du CASF), 256 • Les tableaux de bord d'indicateurs médico-socio-économiques, 256 • Les référentiels nationaux de coûts (art. R. 314-33-1), 263 • Les décisions tarifaires, 263 • Le budget exécutoire (art. R. 314-37 du CASF), 268</i>	
La pluriannualité budgétaire (art. R. 314-39 à R. 314-42 du CASF)	274
L'exécution du budget	276
<i>Les ajustements budgétaires en cours d'exercice, 276 • Le compte administratif de clôture, 282</i>	
La transparence de la gestion et la levée de verrous relatifs aux contrôles	328

Opérations de gestion financière	338
<i>Les reprises sur les réserves de trésorerie (art. R. 314-48 du CASF), 338 • Solder les « créances glissantes » (art. R. 314-96 et R. 314-109 du CASF), 343</i>	
Les études d'efficience « coûts-avantages » (art. R. 314-61 du CASF)	347
Le règlement des contentieux de la tarification	349
Les dispositions législatives et réglementaires propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux juridiquement autonomes	352
<i>Le contrôle de légalité, 352 • Le contrôle budgétaire, 355 • Les dispositions réglementaires à caractère comptable propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux juridiquement autonomes, 357</i>	
Les dispositions spécifiques aux établissements non personnalisés relevant d'une autre personne morale de droit public	360
Les dispositions comptables et financières propres aux établissements gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif	361
<i>Les obligations comptables propres, 361 • La transparence financière, 362 • Dispositions relatives aux charges de personnel prises en compte dans le calcul des tarifs, 368 • Les produits des placements financiers, 369</i>	
Le siège social autorisé relevant du CASF	378
<i>Les frais de siège social et/ou les services gérés en commun ont une légitimité incontestable, 378 • Les missions du siège social et les services gérés en commun au bénéfice des établissements sociaux et médico-sociaux, 381 • L'autorisation de frais de siège, 383 • Durée et conséquences de l'autorisation, 393 • La fixation du montant, la répartition des quotes-parts et le contrôle sur le siège social, 395 • La participation forfaitaire (art. R. 314-93 du CASF), 408 • Les frais de siège social dans le cadre des CPOM et d'une tarification « à la ressource », 411 • Le contrôle des frais de siège et du siège social, 415 • Les sièges inter-associatifs, 421</i>	
Dispositions financières propres aux établissements à but lucratif ou non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (art. R. 314-101 à R. 314-104 du CASF)	425
<i>Les dépenses de personnel en cas de convention collective non-agrée, 429</i>	
Les placements financiers dans le secteur public sous le « verrou de Bercy »	431

Les différentes modalités de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux	434
<i>Tarifs journaliers, dotation globale, forfaits...</i> , 434	
Aspects financiers d'une fermeture ou d'une cessation d'activité et d'un transfert de gestion	440
<i>Le prix de journée de clôture (art. R. 314-98 du CASF) et le reversement des financements publics (art. R. 314-97 du CASF), 440 • Mise en œuvre de l'article L. 313-19 du CASF, 445</i>	
La remédiation financière (art. L. 313-14-1 du CASF) pour empêcher des fermetures	451
Transfert de gestion d'un ESSMS et liquidation de l'association gestionnaire	453
La cession d'autorisation et la cession des actifs immobiliers d'un établissement public autonome	454
<i>La cession de l'autorisation. À qui ?, 455 • Les cessions d'actifs immobiliers des EPSMS dans le CASF, 456 • Articulation avec les autres codes (CG3P et CGCT), 457</i>	
5. Les CPOM et leur outil financier : l'EPRD	461
Le CPOM prévu à l'article L. 313-11 du CASF	461
<i>Une innovation considérable dans le secteur social et médico-social, 461 • Les apports d'une contractualisation pluriannuelle sur une pluralité d'établissements et de services, 462 • Les outils financiers d'un CPOM - article L.313.11 du CASF, 465 • Du CPOM à 2P au CPOM à 5P (C5POM), 466 • Un CPOM peut en cacher un autre, 469</i>	
Les CPOM et la gouvernance du secteur social et médico-social	473
<i>Nouvelle gouvernance associative et nouveau pilotage des politiques publiques, 473 • Les CPOM pour les associations gestionnaires, 474 • Recentrage de tous les acteurs sur leurs « cœurs de métiers » et « ré-interrogation » des cultures professionnelles, 477</i>	
Le CPOM obligatoire prévu au IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2	480
<i>La première obligation de conclure un CPOM dans la loi HPST, 480 • Les ESSMS bientôt tous sous CPOM à 5 P (C5POM) ?, 481</i>	
Élaborer et négocier un CPOM	485
<i>CPOM : atouts et déterminants, 489 • CPOM : une démarche en 5 temps, 490 • Le contentieux des CPOM, 500</i>	

Sociologie des organisations administratives et associatives appliquée à la contractualisation dans le secteur social et médico-social	501
L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD)	505
<i>EPRD et tarification « à la ressource », 505 • Deux conceptions de l'EPRD, 509 • EPRD avec ou sans CPOM et CPOM avec et sans EPRD, 518 • L'EPRD prévu pour les CPOM relevant des articles L. 313-12 (IV ter) et L. 313-12-2 du CASF, 522 • Les annexes inadaptées et incongrues imposées aux EHPAD, 548 • L'état réalisé des dépenses et des recettes (ERRD) et l'affectation des résultats, 554</i>	
6. Analyse et gestion financière	559
Définitions et brève histoire dans les ESSMS	559
Présentation de l'analyse financière dans les ESSMS	561
Méthodologie d'analyse financière	564
Les équilibres financiers d'un ESSMS	570
<i>Premier équilibre : biens stables et financements stables, 570 • Deuxième équilibre : biens circulants et financements circulants, 571 • Troisième équilibre : présence de liquidités et solvabilité, 574</i>	
Les spécificités dans l'analyse financière d'un ESSMS	575
Le bilan financier	576
Le plan pluriannuel de financement (PPF) d'un ESSM et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'EPRD d'un CPOM	576
<i>PPI/PPF, PGFP quésaco ?, 576 • Passage de « résultat zéro » au dégageant d'une CAF, cœur de l'EPRD, 583</i>	
Le plan pluriannuel de financement (PPF)	584
Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)	597
7. Méthodologie d'élaboration d'indicateurs	605
Fonction et caractéristiques des indicateurs	607
<i>Fonction des indicateurs, 607 • Caractéristiques des indicateurs, 608 • Présentation des indicateurs : les tableaux de bord, 612</i>	
Méthodes et critères de choix des indicateurs	613
<i>Modalité de mise en œuvre, 613 • Critères de choix des indicateurs, 613</i>	
Grille de test et de sélection des indicateurs pour les ESAT, CHRS, IME	618
<i>Grille de test et sélection de la fiabilité des indicateurs, 618 • Grille de test et de sélection de la pertinence des indicateurs, 619 • Grille de test</i>	

<i>et de sélection de la périodicité/permanence des indicateurs, 621 • Grille de test et de sélection de la typologie des indicateurs, 622</i>	
Quelques pistes supplémentaires pour les indicateurs des ESAT	622
<i>Suivi des journées réalisées, 623 • Suivi de l'activité sociale d'un ESAT, 624 • Suivi de l'activité économique d'un ESAT, 624 • Indicateurs généraux et spécifiques, 626</i>	
Quelques pistes complémentaires pour les IME pour déficients mentaux	626
8. Les indicateurs d'allocation des ressources et de performance pour la contractualisation	629
La nécessité d'indicateurs pour l'allocation des ressources	630
La tentation de l'indicateur synthétique	634
<i>La cotation des mesures de protection juridique des majeurs, 636 • La cotation comme un des indicateurs d'allocation des ressources aux services de majeurs protégés, 636</i>	
Les objectifs des indicateurs pour l'allocation des ressources aux établissements	639
Royaume de la moyenne et écarts « à l'idéal » fixé « à dire d'experts »	644
« Mère Teresa », Zorro, Robin des Bois et l'appartement témoin	645
Les indicateurs de convergence tarifaire par groupes homogènes d'établissements	648
<i>La convergence tarifaire instituée dès 1999 dans les EHPAD, 648 • L'outil « PATHOS », 650 • Quelle convergence tarifaire dans les EHPAD ?, 653 • Les indicateurs médicaux socio-économiques (ISME) « de première génération », 654 • Les indicateurs d'activité des ESSMS sous CPOM (article R. 314-43-2 du CASF), 673 • Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social pour la contractualisation, 674 • Les référentiels nationaux et départementaux de coûts, 683 • Vers une tarification par groupes d'activités majeures (GAM), 687</i>	
CONCLUSION	705
BIBLIOGRAPHIE	713
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS	717
INDEX	721

Introduction

LE SECTEUR SOCIAL et médico-social français se trouve remis en cause par la réglementation européenne du marché intérieur et de la concurrence avec les directives générales ou sectorielles sur les services dans le marché intérieur et le refus de les intégrer explicitement et clairement dans les services sociaux d'intérêt général (SSIG) ou les services sociaux d'intérêt économique général (SSIEG)... La réglementation européenne, qui se moque du statut des opérateurs et privilégie la « nature du produit » offert à un consommateur, trouve des assises avec la montée du consumérisme et de l'individualisme, laquelle est détournée vers la recherche de la fin des entraves à la diversification de l'offre pour accroître l'efficacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et garantir la souveraineté pour les uns et la dictature pour les autres du consommateur. Cette souveraineté du consommateur devrait passer par une plus grande solvabilisation de la demande à travers des prestations monétaires ou leur équivalent comme le chèque emploi service universel (CESU).

Or en France, la puissance des gestionnaires des ESSMS, qui appartiennent majoritairement au secteur associatif, est liée au poids économique des ESSMS et non à la capacité des dirigeants du secteur à mobiliser adhérents et cotisations. L'assise sociale des gestionnaires des ESSMS est inversement proportionnelle à leur poids économique, alors que pour influencer dans les instances européennes, l'assise sociale est aussi fondamentale.

Cette faible capacité à mobiliser « l'utilisateur-citoyen » ou « l'utilisateur bénéficiaire », favorise la naissance de « l'utilisateur consommateur » qui peut trouver un intérêt, certes illusoire, à jouer la carte de la libéralisation du secteur.

La libéralisation des services, afin de créer un véritable marché intérieur européen, devrait inclure dans son champ le secteur social totalement ou partiellement, ce qui veut dire que la France devra :

- cesser d'encadrer les autorisations des ESSMS dans un cadre toujours planifié, même s'il se décline à partir de 2011 par des appels à projet, au profit d'une libre création et d'une libre implantation ;
- mettre fin à la tarification administrée au profit de tarifs librement négociés entre les offreurs, les usagers et les acheteurs publics ;
- fonctionner par de véritables appels d'offres qui feront regretter les appels à projets ;
- s'ouvrir à la concurrence européenne.

La dérégulation et la privatisation des services sociaux et médico-sociaux en réduisant la relation avec l'utilisateur à une relation client-fournisseur imposent de supprimer tous les instruments qui permettent de planifier l'offre, de fixer les prix, de réglementer l'accès aux professions, l'ouverture ou l'installation de structures et d'éviter la commercialisation de l'offre. Or les États ont besoin de ces instruments pour réguler la qualité, l'accessibilité pour tous et la viabilité du système de prise en charge des publics fragiles.

Pourtant, les exigences en matière de limites quantitatives ou territoriales, de forme juridique imposée au prestataire, du minimum de personnel requis, de tarifs obligatoires minimum ou maximum sont les piliers fondamentaux de la plupart des systèmes nationaux.

Certes, tout n'est pas joué d'autant plus que force est de constater que les scénarios catastrophes de ces vingt dernières années d'un triomphe du néolibéralisme dans le secteur social et médico-social se sont peu déployés. S'il y a eu un début de « marchandisation » dans ces secteurs, il n'y a pas eu de « marchandisation » comme nous l'avons démontré¹. Il y a des sous-secteurs du social et du médico-social où il n'y a pas de demande solvable contrairement au secteur des personnes âgées et probablement du secteur de l'hébergement des personnes handicapées. Les appels d'offres verraient quelques acteurs associatifs en situation quasi monopolistique imposer leurs conditions à des coûts supérieurs à ceux péniblement contenus par la tarification administrée.

À titre d'exemple, la logique d'appel d'offres du ministère de la Justice pour la création des centres éducatifs fermés (CEF) dans la foulée des lois sécuritaires qui

1. Hardy J.-P. (2020), « La marchandisation du secteur social : fausses évidences mais vraie doxa du travail social », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4, p. 127-141.

se sont multipliées depuis 2002, a conduit, compte tenu de l'absence d'acteurs nombreux et concurrents, à créer des structures aux coûts élevés et qui ont pris le relais du secteur du handicap des années soixante/soixante-dix dans les rénovations coûteuses de notre patrimoine historique de manoirs, châteaux et maisons de maître pour une nouvelle utilisation qui reste en général encore inadaptée...

Les angoisses et les fantasmes du secteur social et médico-social sur l'instauration en 2010 de la procédure des appels à projets se sont avérés sans objet puisque cette procédure est « morte née » avec la recomposition de l'offre, le retour de la primauté de la demande¹ et les CPOM à 5 P (cf. **chapitre 5**) comme nous l'avons par ailleurs démontrée².

Le développement des ESSMS et leur financement socialisé ne sont pas seulement menacés par un libéralisme économique excessif qui veut faire entrer dans tous les secteurs de la vie sociale une logique marchande, mais aussi, par sa propre implosion bureaucratique dans laquelle, selon des observateurs critiques et non complaisants, risque de l'entraîner un genre particulier de *nomenklatura*.

Ce terme de *nomenklatura* n'est pas un excès de langage provocateur. Ce n'est pas une injure mais une caractérisation sociologique. La *nomenklatura* est, à l'idéal associatif dans le secteur social et médico-social, ce qu'était la *nomenklatura* soviétique à l'idéal socialiste. *Nomenklatura* puisqu'elle profite d'avantages souvent peu connus ou dissimulés (train de vie, rémunérations élevées, avantages en nature, positionnement social important dans l'environnement) sans avoir de droit de propriété. Si cette *nomenklatura* comme la soviétique se pare d'idéaux qu'elle bafoue pour cacher ses avantages, elle est prête comme cette dernière, pour sauver et accroître ces derniers, à sombrer dans le néolibéralisme³.

Le secteur des ESSMS au sens strict cache des coulisses peu connues. Pourtant, comme au théâtre, il se passe plus de choses en coulisses que sur la scène. Dans ces coulisses, on trouve :

- des fédérations, unions et interfédérations sectorielles, infra-sectorielles, thématiques, populationnelles, catégorielles, etc. ;
- des syndicats employeurs ;

1. Hardy J-P (2023), Primauté de la demande sur l'offre avec les plateformes coopératives territorialisées de services sociaux et médico-sociaux, *Vie Sociale*, Vol n° 43-44.

2. Hardy J.-P. (2022), « Innovation, planification, autorisation, tarification : des oxymores ? », in Batifoulier F., Noble F. (dir.), *Conduire l'innovation sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Paris, Dunod, p. 121-136.

3. J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social : fausses peurs et réalités*, Dunod, 2014.

- des organisations corporatistes très diverses ;
- des cabinets de conseils souvent internationaux qui ont fait scandale en 2022 à la suite d'ouvrages et d'un rapport sénatorial sur la place que l'État leur a abandonnés ;
- des comités, commissions, conseils et coordinations divers et variés ;
- des centres de formation ;
- des fonds de financement cogérés ;
- son secteur bancaire spécialisé ;
- sa presse professionnelle ;
- des organismes d'assurance privés ;
- des cabinets spécialisés d'avocats, très spécialisés pour faire prospérer des contentieux en entretenant notamment les angoisses des présidents d'associations relatives à leurs responsabilités civiles et pénales ;
- des fournisseurs spécialisés ;
- des organismes privés gestionnaires du compte épargne-temps.

Le *Who's Who* de tout ce qu'il y a dans ses coulisses nécessiterait un guide important... Il permettrait d'y repérer quelques « loups dans la bergerie » que le secteur a laissé entrer et quelques « chevaux de Troie » auxquels on a ouvert les portes.

L'histoire du secteur social et médico-social, avec ses figures, ses engagements, ses querelles, ses enjeux contradictoires, ses conflits d'intérêts et de pouvoirs accentués par les phénomènes de « multi-casquettes », reste à écrire. Elle devrait certainement, en veillant à ce qu'elle sorte de son propre champ de vision, mettre à mal les « théories indigènes » et le fait actuel de tenir comme indiscutable ce qui fonctionne comme une mythologie et un « monde enchanté ». Elle devrait mettre à mal une histoire « officielle » qui, bien qu'orale, est devenue familière et dont le confort d'usage n'incite pas à la remettre en cause.

Pris en étau entre la montée du libéralisme économique en Europe qui devrait libérer et satisfaire les appétits du MEDEF dans le secteur social et médico-social et l'implosion bureaucratique largement à l'œuvre (ce n'est qu'après l'implosion du bloc soviétique que, rétrospectivement, il est apparu que les fondements du système étaient depuis longtemps minés et que celui-ci ne s'est pas brusquement effondré en une journée même si la chute du mur de Berlin en a été le symbole), le secteur médico-social arrive à un carrefour. Quelle avenue va-t-il choisir d'emprunter ou va-t-il se laisser entraîner de façon non maîtrisée ? Va-t-il trouver et préférer tracer des chemins de traverse respectueux de son histoire et des valeurs affichées à actualiser ?

L'objet de cet ouvrage est donc, d'une part, de présenter les enjeux et les défis auxquels le secteur social et médico-social est confronté et, d'autre part, de présenter de façon à la fois exhaustive et didactique la législation et la réglementation qui le régissent, le protègent et qui risquent d'être pourtant balayées, non pas pour revenir à la situation passée idéalisée, mais pour entrer dans une ère plus libérale puisque les enjeux financiers sont considérables et suscitent de nombreux appétits.

Il nous faut revenir sur Les « trente glorieuses » des ESSMS (1978-2008)

L'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales codifié par la loi 2002-2 à l'actuel I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) déroulait une liste de sept grandes catégories d'établissements et de services (ESSMS) qui en comporte aujourd'hui dix-sept. La dernière loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance a introduit une distinction entre les structures pour mineurs étrangers non accompagnés (MNA) et celles de la protection de l'enfance qui relèvent du 1° du I de l'article L. 312-1 du CASF. De nouvelles lois sous le quinquennat en cours ajouteront-elles de nouvelles catégories ?

Ces dix-sept grandes catégories génériques abritent pour certaines d'entre elles des dizaines de sous catégories historiques plus identitaires et encadrés par des décrets fixant leurs conditions techniques de fonctionnement. À titre d'exemple et sans dérouler les sigles, le 2° du I de cet article L.312-1 du CASF relatives aux ESSMS pour les mineurs en situation de handicap se décline avec des IME (avec un E pour « éducatif » mais parfois E comme « externat ») des IMP, des IMC, des SESSAD, des CMPP, des PFS, des ITEP...

Ces dix-sept catégories du I de l'article L.312-1 du CASF, les lieux de vie et d'accueil (LVA) du III de cet article, les centres Répit-Vacances « aidants aidés » du VI (toujours de cet article), les structures sorties du CASF au profit du Code du travail (insertion par l'activité économique) et du code de la construction et de l'habitat (résidences sociales, pensions de famille) entraînent la création d'un fichier FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) avec presque 50 000 numéros FINESS, sachant qu'on y trouve à la fois des petites unités de vie (PUV) en milieu rural qui ne peuvent pas dépasser 12 à 15 places et des EHPAD de plus de 100 places (Jaeger,2020). Après la notion de « lits », celle de « places » s'est imposée avec celle de la « file active ». La notion de « parcours inclusif » avec des « solutions » à mettre en œuvre est aujourd'hui le nouveau paradigme du secteur social. Hors LVA, l'ESSMS le plus petit répertorié dans le fichier FINESS a 5 places (en deçà on est dans l'accueil familial qui ne

peut excéder 3 places avec dérogation et contrôle sur place pour aller jusqu'à 4) et le plus grand 600 places.

Cet extraordinaire développement quantitatif (en nombre d'ESSMS et en catégories d'ESSMS) a eu lieu de 1978 à 2008.

En 1978, ce sont les premiers textes d'application des deux grandes lois du 30 juin 1975, notamment les circulaires sur les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) pour adultes lourdement handicapés nécessitant des soins constants et les Centres d'Aide par le Travail (CAT) actuels ESAT avec la fameuse circulaire n° 60-AS. Si le décret sur les sections de cure médicale dans les maisons de retraite prévoit la médicalisation, elle la limite à 25 % de la capacité en distinguant « valides » « semi-valides » « invalides ». La réforme des EHPAD en 1999 reposera sur une médicalisation à 100 % avec une grille nationale d'évaluation de la dépendance (la grille AGGIR) et des besoins en soins techniques (l'outil PAHOS).

En 2008, c'est la Revue générale des politiques publiques (RGPP) impulsée personnellement par le président Nicolas Sarkozy, la « chasse » aux dépenses sociales par les 2 B (B comme Bercy et B comme Bruxelles) que la crise financière internationale accentue. La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) de juillet 2009 va revoir la procédure d'autorisation de création des ESSMS pour mieux maîtriser l'offre quantitativement et qualitativement ¹.

Contrairement au récit dominant dans le secteur social imposé par la tendance « canal historique du travail social », il n'y a pas eu dans le secteur social et médico-social de « marchandisation² » mais des prémices de « marchandisation³ ».

Cet extraordinaire développement des ESSMS, leurs « Trente glorieuses », s'est donc produit pendant la période économique des « quarante piteuses » qui a succédé aux « trente glorieuses » entre 1945 et 1975 de développement économique fordiste sous la tutelle d'un État interventionniste⁴. Il n'est pas possible ici de faire des développements sur le fait que cela ne fut pas aussi glorieux que cela et pas glorieux pour tous.

Dans le système de planification et d'autorisation des ESSMS qui a prévalu de 1975 à 2009, il y avait « *la capture du régulateur par l'opérateur* », tout comme

1. Hardy J.-P. (2022), « Innovation, planification, autorisation, tarification : des oxymores ? », in Batifoulier F., Noble F. (dir.), *Conduire l'innovation sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Dunod, p. 121-136.

2. Hardy J.-P. (2014), *La marchandisation du social. Fausses peurs et réalités*, Paris, Dunod.

3. Hardy J.-P. (2020), « La marchandisation du secteur social : fausses évidences mais vraie doxa du travail social », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4, p. 127-141.

4. Ramaux C. (2012). *L'État social : pour sortir du chaos néolibéral*, Mille et une nuits.

dans le système soviétique, qui « a montré, en particulier, comment un « marchandage administratif » pouvait déboucher sur une « boulimie d'investissement » et un suremploi. Le secteur public des pays occidentaux a connu un phénomène du même genre, quoiqu'atténué, parce que les entreprises y disposaient d'une grande autonomie de gestion¹... ».

2016 voit la fin de l'augmentation quantitative de l'offre d'ESSMS dans tous les secteurs (fin des plans nationaux ESAT, MAS-FAM, non-prolongation du plan Solidarité Grand Âge) à l'exception du plan « autisme » et du dispositif national des demandeurs d'asile et des réfugiés où le dispositif est passé de 45 290 places en 2012 à 74 500 places en 2017 dont 40 400 places de centres de demandeurs d'asile (CADA). Rappelons qu'il y avait moins de 5000 places dans les années 1970 pour accueillir les réfugiés des dictatures latino-américaines et les « boat-people » vietnamiens. En 2012, il y avait 21 500 places de CADA²...

La longueur des opérations de construction de nouveaux EHPAD fait que, malgré la fin du plan de solidarité grand âge en 2016, entre 2003 et 2019 le nombre de places a augmenté de 12 % au bénéfice, comme nous le verrons (p. 80), du secteur commercial.

Aussi, la procédure des appels à projets (AAP) est « morte née »³. On lui préfère, pour recomposer qualitativement l'offre existante, des appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour faire des propositions innovantes totalement ouvertes sur des réponses (et non des places ou des lits) aux besoins de parcours inclusifs. Certains gestionnaires ont essayé de prendre le créneau de ces AMI pour, selon certaines ARS, « nous refourguer des ESSMS trafiqués ».

Sachant qu'il va falloir mettre fin à une logique d'ESSMS « en tuyaux d'orgue » avec des directions défendant la spécificité de leur projet et l'inviolabilité de leurs moyens historiques acquis (« *Moi, ma vie, mon œuvre, mon établissement, mon inspecteur DDASS* »), au profit d'une organisation en plateformes de services collaboratives permettant des réponses diversifiées et modulables, sur un territoire, aux besoins évolutifs d'une population ; la procédure d'AAP n'est pas adaptée à ce nouveau paradigme. C'est plutôt par la voie de la contractualisation et du mandatement (au sens du droit européen sur les services sociaux d'intérêt général – SSIG), que l'on pourra prévoir des solutions modulables, avec des capacités

1. Andréani T. (2011), *Dix essais sur le socialisme du XXI^e siècle*, Le Temps des Cerises.

2. J.-P. Hardy, « La question migratoire : nouvelle frontière de l'action sociale de l'État et nouveau défi pour le travail social », *Revue de Droit Sanitaire et Social* n° 1 ; janvier-février 2018, Dalloz.

3. Hardy J.-P. (2022), « Innovation, planification, autorisation, tarification : des oxymores ? », in Batifoulou F., Noble F. (dir.), *Conduire l'innovation sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Dunod, p. 121-136.

fluctuantes. C'est pourquoi, il faut remplacer la procédure d'AAP et même d'AMI par le mandatement et la contractualisation, pour les transformations, extensions, évolutions des modalités de prises en charge, requalification des places, la diversification des « solutions » pour des « parcours inclusifs »... Les AAP ne sont justifiés qu'en cas de créations complètes de nouveaux services sur des territoires dépourvus de moyens et de promoteurs ; ou si les promoteurs existants sont défaillants et l'offre mauvaise...

Cette procédure du mandatement dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) respecte l'histoire du secteur social. En effet, la version dominante « conte de fée », selon laquelle tout aurait été fait pour les seules associations innovantes (on oublie délibérément le rôle des mutuelles, des CCAS et des établissements publics) contre les pouvoirs publics, nie le fait que l'équipement en ESSMS a été une co-construction itérative avec les administrations sociales, « sœurs jumelles » avec les mêmes qualités et « frères ennemis » avec les mêmes défauts que les associations. Des études ont mis en évidence la « *dépendance croisée* » entre inspecteurs DDASS et directeurs d'ESSMS¹. En la matière, la réalité historique ne correspond pas avec le récit mythique amplifié par le temps qui passe.

Comme le rappelle Pierre Gauthier, ancien DDASS et DRASS avant de devenir DGAS de 1994 à 2000, ce développement des ESSMS n'aurait pas été possible sans :

« [...] des personnels, notamment de catégorie A, partagés entre fonctions « classiques » de contrôle et d'inspection, mais aussi des fonctions sinon de portage de projets, du moins d'accompagnement et d'animation de terrain : le secteur associatif n'aurait jamais pu réaliser ce qu'il a réalisé pour répondre aux besoins sociaux d'accompagnement – non exempt de danger du reste – apporté par les DDASS². »

Comme je l'ai rappelé à l'occasion des 30 ans de la décentralisation, notamment dans la revue du groupement des établissements publics sociaux (GEPSO) :

« Les DDASS fonctionnaient en « cabinet de groupe d'IASS » avec des lignes hiérarchiques courtes et lâches³. »

Aujourd'hui, malgré le lancement d'AMI, cette co-construction avec les ARS fait aujourd'hui fortement défaut, compte tenu de la naissance d'une technocratie

1. Robelet M (2017), « Les transformations des modes de contrôles croisés entre association et autorités publiques dans le secteur du handicap », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, 2017/3, n° 163, p. 599-612.

2. Pierre Gauthier, « DDASS-DRASS : rapide esquisse d'une histoire et d'un bilan », *IASS La Revue*, n° 63, Mars 2010.

3. Jean-Pierre Hardy, « 30 ans... 10 ans... déjà ! », *Info Public*, n° 123, 2013.

régionale issue des bureaucraties de l'assurance maladie et des grands hôpitaux, qui ne délègue rien à ses délégations territoriales et qui souvent relègue délibérément les cadres des anciennes Ddass-Drass dont elle se méfie et ne partage pas la culture professionnelle¹...

Après les élections présidentielles et législatives de 2017, on va assister par ailleurs à une accélération et à un renforcement de la fusion des bureaucraties administratives, associatives et politiques dans le secteur social² et dans l'économie sociale et solidaire³.

Rappelons que nous sommes passés de 32 200 ESSMS en février 2002 à 44 100 en février 2014, ce qui démontre le dynamisme de ce secteur. Il y a bien une décélération des créations qui passe de 8 140 entre février 2002 et juillet 2009 à 3 262 créations entre juillet 2009 et février 2014.

Tableau 1. Répartition des places selon les statuts juridiques.

Établissements et services	Répartition des places par catégories juridiques		
	Publics	Non lucratifs	Commerciaux
ASE — PJJ	37,2 %	62,4 %	0,4 %
Handicap	11,3 %	88,5 %	0,2 %
Gérontologie (hors USLD)	48 % en 2019 contre 55 % en 2007	29 % en 2019 contre 26 % en 2007	23 % en 2019 contre 19 % en 2007
Exclusion et autres publics	5,8 %	93,7 %	0,5 %

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF comptaient en février 2014 44 200 structures dont 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ils offraient 600 000 lits pour les personnes âgées dépendantes, 151 000 places pour les enfants handicapés,

1. Hardy J.-P. (2022), « Innovation, planification, autorisation, tarification : des oxymores ? », in Batifoulier F., Noble F. (dir.), *Conduire l'innovation sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Dunod, p. 121-136.

2. Hardy J-P (2022), *La fusion des bureaucraties administratives, associatives et politique dans le secteur social*, Revue Française des Affaires Sociales (RFAS) n°2 avril-juin 2022, La Documentation Française ; p. 105-120.

3. Hardy J-P (2019), « De l'économie sociale à l'économie sociale et solidaire en passant par l'économie alternative et solidaire », in *L'Encyclopédie Internationale de l'Autogestion*, Tome 2, p. 333-343, Syllepse, 2019, téléchargeable gratuitement.

141 000 places d'hébergement pour les adultes handicapés dont 44 000 médicalisées, 116 000 places de travail protégé, 190 000 enfants accueillis par l'ASE dont 54 000 en établissements ; 41 000 places en CHR.

Il y a un quasi-monopole associatif *dans* le champ de l'aide à l'enfance (70 %), du handicap (90 %) et de l'exclusion (94 %). Le secteur public est majoritaire dans le secteur des EHPAD mais est fortement concurrencé par le secteur commercial en plein développement (Cf tableau 1).

Les statuts juridiques des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont diversifiés : public autonome, public non autonome, privé non lucratif, commercial... Ils sont ou non habilités à l'aide sociale. Ils sont très concernés par la décentralisation mais le tarificateur n'est pas forcément le payeur. Si l'État, avec les Agences régionales de santé (ARS), tarifie pour l'assurance-maladie, les conseils départementaux le font pour l'usager payeur, le cas échéant solvabilisé par lui-même (APA) ou d'autres (allocation adulte handicapé).

Enfin, à l'inverse du secteur sanitaire, les prises en charge se font au long, voire très long, cours, d'où l'importance et la primauté du projet de vie.

Si les établissements publics sociaux et médico-sociaux sont surtout présents dans le secteur des personnes âgées et sont en général gestionnaires d'un seul établissement en budget général ou principal (l'EHPAD) avec parfois des petits budgets annexes (SSIAD, dotation non affectée), par contre, les associations qui sont hégémoniques dans le secteur du handicap, de l'insertion et de la protection de l'enfance, gèrent un grand nombre d'établissements et services.

Dans tous les départements, il y a une à trois associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux (ADPEI, APAJH, PEP, UDAF, ADSEA), qui ont en gestion une à cinq dizaines de ces établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et emploient entre trois cent et mille salariés.

Une centaine de « grandes » associations à caractère régional et interrégional gèrent plus d'une centaine d'ESMS et emploient entre mille cinq cent et trois mille salariés. Le qualitatif de « grandes » sera préféré à celui de « grosses ». Dans « grandes », il y a « grandir », donc prendre en maturité et responsabilité. Les « grands » doivent aussi protéger les « petits » et les plus faibles. Alors que « grossir » laisse penser à surpoids, « mauvaises graisses », obésité mettant en cause au fond la santé malgré une illusion de puissance...

Le fait de pouvoir conclure avec ces associations de dimension départementale ou supra-départementale un contrat d'objectifs et de moyens pluriannuel et pluri-établissements et services, devrait aussi permettre aux autorités administratives de tarification et de contrôle de dégager du temps pour assurer leur fonction de

soutien et de conseil aux petites associations « mono-établissement » qui sont innovantes et prennent plus en charge des publics spécifiques (autistes, traumatisés crâniens, maladies neuro-dégénératives, jeunes très désocialisés...) délaissés par les « grosses » associations gestionnaires souvent « bureaucratisées ».

Ces « grandes » associations gestionnaires sont bien des puissances financières qui savent consolider leur assise « politique » par la présence d'élus locaux dans leurs instances, voire le recrutement dans la parentèle des notables qui comptent... Aussi, il faudra, un jour ou l'autre, en passer par la loi afin de donner un statut particulier aux associations gestionnaires dépassant certains seuils. Elles pourraient être des « associations de gestion à objet social et médico-social ».

Cette loi devra alors instituer une « démocratie associative », ce qui passe par la séparation des pouvoirs dont ceux des instances dirigeantes et des directeurs, comme cela existe aujourd'hui dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux. Elle passera aussi par la présence reconnue et obligatoire dans les conseils d'administration de différents collèges : personnels, usagers, avec des associations d'usagers indépendantes des associations gestionnaires, des personnes qualifiées issues d'un bénévolat d'expertise, où chacun jouerait pleinement son rôle sans prétendre parler pour les autres.

Sur ce sujet de la gouvernance des associations du secteur et de leur place dans la mise en œuvre des politiques publiques, il faut éviter de croire que l'on fait une révolution copernicienne alors que l'on risque de faire une simple révolution astronomique (c'est-à-dire revenir au point de départ après avoir fait le tour d'un astre ou d'une question). Ce serait une révolution astronomique, si l'on reconstituait les ARSEA des années cinquante-soixante et les CREA des années soixante-dix (**chapitre 2**). C'est aussi une question de survie que d'assurer *un équilibre écologique dans le secteur associatif social et médico-social*¹.

En effet, il faut sauvegarder, voire rétablir, un équilibre écologique, d'une part, entre les « associations militantes de projets » et les « associations gestionnaires professionnalisées » et, d'autre part, entre les associations de différentes dimensions.

Lors d'une conférence à laquelle je participais, Patrick Lefèvre², du cabinet Technè Conseil, disait qu'il fallait dans ce secteur social et médico-social, des « souris et des éléphants ». Je lui fis remarquer que les éléphants sont terrorisés par les souris et essaient de les écraser. En revanche, dans la savane africaine, les éléphants

1. J.-P. Hardy, *IASS La Revue*, n° 51, juin 2006.

2. Auteur de *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, 2003.

prêtent une grande attention à ne pas écraser et à transporter sur leur dos de jolis oiseaux blancs très agiles qui notamment les débarrassent de leurs parasites. L'oiseau et l'éléphant vivent en parfaite harmonie et en complémentarité. C'est donc bien une telle harmonie et un tel équilibre qu'il faut aussi promouvoir entre les petites et grandes associations. D'ailleurs des cadres professionnels de grandes associations sont parfois à l'origine d'associations modestes qui prennent en charge des réflexions et des actions qui ne trouvent pas à s'exprimer dans les grandes associations et fédérations.

Certains ne manqueront pas de trouver cette métaphore un peu naïve. Les rapports de force en termes de densité et d'attraction entre les petites et les grosses associations relèvent du rapport entre le melon et le petit pois. Aussi, le melon ne peut qu'écraser le petit pois.

Il faut donc donner aux petites associations des moyens et des garanties pour ne pas être des petits pois mais des noisettes qu'un melon ne peut pas écraser. La noisette peut même bloquer le melon dans sa trajectoire, l'obligeant à la contourner sans l'écraser. Une noisette peut même « gâcher » le melon qui veut l'écraser.

Cependant, les « petites » associations ne pourront se maintenir que si elles ont un « projet associatif politique », les immunisant de la contagion véhiculée par les « grandes » associations gestionnaires.

Comme le souligne Jean-René Loubat ¹ :

« L'un des principaux paradoxes de la gestion associative de services et d'établissements d'action sociale et médico-sociale tient au fait que nombre d'associations ne survivent que par la fonction de gestionnaire de services...

Si au départ, les structures techniques (les établissements) ont constitué le bras armé du projet socio-politique des associations, elles en sont parfois rapidement devenues la raison d'être, la source de survie, ou encore le parfait écran. »

Les formules de coopération entre établissements et services aideront-elles les petites associations à développer leurs projets en se délestant des tâches de gestion sur des groupements de coopération ? ou constitueront-elles la première étape vers de nouvelles concentrations ? La page est encore blanche et il ne faut pas avoir une vision téléologique de l'histoire.

Ces formules de coopérations entre établissements et services sociaux et médico-sociaux, comme les formules de coopérations intercommunales risquent aussi d'avoir des effets pervers en matière de démocratie participative puisque des compétences vont être déléguées à une superstructure qui peut s'autonomiser, et

1. J.-R. Loubat, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2^e édition 2014.

ce, d'autant plus qu'elle relève d'une démocratie indirecte et de second degré et de la subdélégation, et non de la démocratie la plus directe.

Au risque d'user et d'abuser de la métaphore sur l'équilibre écologique entre associations de différentes dimensions dans le secteur social et médico-social, les pouvoirs publics qui ont un grand rôle dans l'impulsion des groupements de coopération, jouent-ils le rôle des gardes-chasses dans les réserves naturelles qui cherchent à maintenir les équilibres écologiques ? Ou laissent-ils des espèces dominer, voire anéantir les autres ?

Cette structuration du secteur social et médico-social en cinquante mille établissements et services englobés dans des « dispositifs » ne tient pas compte de l'émergence et de la montée en puissance depuis 1975 des « grandes » associations gestionnaires, du renforcement des missions, du rôle et des moyens des sièges sociaux et des directions générales associatives. Il faudra donc bien ouvrir un chantier législatif et réglementaire pour avoir des garanties en matière de bonne dirigeance de ces associations, même si les fédérations gestionnaires et les associations de directeurs généraux souhaitent qu'on les laisse en toute tranquillité au nom de la liberté associative.

Les pouvoirs publics peuvent-ils longtemps rester indifférents au mode de gestion des sièges sociaux et des directions générales d'association qui gèrent dans le secteur social et médico-social plusieurs dizaines d'établissements ou de services ? Il convient d'éviter qu'un directeur général et un président jouent seuls au Monopole avec ces établissements et services. De même, il faut éviter un conglomérat d'établissements PME dirigés par des directeurs « travailleurs indépendants » au détriment d'un projet associatif d'ensemble. Il faudra bien reconnaître, y compris réglementairement, la nécessité dans ce cas d'avoir des équipes de direction regroupant des responsables de pôles territoriaux et de pôles de compétences avec des cadres de toutes les directions opérationnelles et fonctionnelles.

On dit qu'un directeur d'hôpital est désormais un entrepreneur de service public en situation de concurrence (concurrence avec le secteur commercial mais aussi au sein du secteur public), gestionnaire de contraintes et de contradictions. Ne peut-on pas en dire autant des directeurs généraux d'associations gestionnaires dans le secteur social et médico-social, sachant que dans certains départements et certains sous-secteurs comme le handicap et la protection de l'enfance, la concurrence est en voie de disparaître au profit d'oligopoles associatifs ? Certains conseils départementaux sont effrayés lorsqu'ils constatent que plus de 80 % des crédits qu'ils consacrent à une action publique sont délégués à une seule association gestionnaire. Faudra-t-il une loi « anti-trust » ?

Enfin, la question taboue de la représentativité (et du contrôle de cette représentativité) des fédérations représentatives des associations gestionnaires devra aussi être traitée. D'ailleurs, un ancien président de l'Uniopss, Jean-Michel Bloch Laisné, nous y invitait dans sa contribution à l'ouvrage collectif *Faire société, les associations de la solidarité face à la crise* (Dunod, 2010). Force m'est de constater qu'il a pu, lui, poser cette question qui fâche de la représentativité des fédérations associatives, sans subir, comme moi, les foudres de son organisation (voir la note p. 42). Les questions écrites des parlementaires sur ce sujet se multiplient, mais il n'y a pas de réponse de l'administration centrale puisqu'elle relève *du* et de *la* politique.

La montée en puissance des « grandes » associations gestionnaires d'ESSMS nécessitait d'être encadrée et accompagnée par une législation et une réglementation adaptées pour garantir une bonne « dirigeance » de ces associations et une bonne « gouvernance » des ESSMS.

La réglementation budgétaire, comptable et financière d'application se devait de :

- moderniser les pratiques et les procédures budgétaires ;
- organiser une régulation économique efficiente par un encadrement macro-économique global ;
- permettre les ajustements micro-économiques entre financement, projet et besoins ;
- doter les partenaires du secteur d'outils de pilotage comme des tableaux de bord, des indicateurs, de méthodes de contrôle financier.

Mais elle devra être encore complétée pour traiter pleinement la question de la gouvernance des ESMS et de la dirigeance des organismes gestionnaires dans un contexte de généralisation de l'obligation de conclure des CPOM à 5 P (P comme pluri-annualité budgétaire, P comme pluri ESSMS et dispositifs, P comme pluri-financeurs et pluri-filières, P comme parcours, P comme plateformes coopératives territorialisées de services).

Chapitre 1

L'évaluation, seul mode de régulation soutenable

L'ACTIVITÉ industrielle s'évalue relativement facilement, les parts de marché, les bénéfices, les coûts permettant d'estimer les résultats. L'activité dans le secteur social et médico-social est beaucoup plus difficile à évaluer, ses bénéfices, son impact social, c'est-à-dire son efficacité et son efficience, ne pouvant, qui plus est, s'évaluer à court terme mais sur le moyen et le long terme. Seule peut être analysée sur le court terme la régularité juridique et comptable des actions mises en œuvre. De plus ce secteur souffre par rapport à d'autres de la quasi-absence de référentiels et de normes opposables relatives à ses moyens pour réaliser des objectifs souvent très généraux et peu finalisés et ainsi atteindre des résultats...

Le secteur social échappe encore partiellement¹ aux règles de notre système économique fondées sur la rentabilisation et la recherche du profit. Bien sûr, aucune structure ne peut échapper aux lois économiques dominantes. Cependant, si le secteur social y échappe partiellement, c'est au niveau micro-social et non macro-social. En effet, les différents services et établissements sociaux ne se voient pas appliquer les règles économiques dominantes de façon brutale, automatique et immédiate...

1. J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social : fausses peurs et réalités*, Dunod, 2014.

Au niveau macro-social et macro-économique, les gouvernements font les grands choix de redistribution de la plus-value globale produite par la société et l'affectent pour partie aux dépenses sociales. Mais, à leur niveau, les différents services et établissements sociaux « échappent relativement » aux contraintes économiques : satisfaction de besoins sociaux incontestables mais sans toujours rechercher une efficacité et une productivité « sociale » en relation avec l'énormité de la masse budgétaire accordée... C'est bien pourquoi la limitation des dépenses sociales ne peut se faire que centralement : décision de fermer x lits, d'ouvrir y places pour..., encadrement de l'évolution des dépenses, enveloppes financières fermées... La maîtrise des dépenses n'est pas réalisée par des actions spécifiques pour améliorer la gestion des établissements sociaux mais par des décisions d'ordre « macro-social », c'est-à-dire ayant des incidences sur un secteur dans sa globalité sans forcément d'ailleurs remettre en cause des situations aberrantes.

En résumé, si l'affectation d'une partie de la richesse produite à la protection sociale est strictement liée à des choix économiques et sociaux, la gestion des enveloppes de crédits dans le secteur social et médico-social échappe encore partiellement aux critères économiques dominants.

D'ailleurs, si les syndicats du secteur social sont désarmés depuis plusieurs années pour répondre à ce qu'ils qualifient comme étant des politiques d'austérité, c'est qu'ils n'ont pas su dénoncer les gabegies d'hier et d'aujourd'hui. La rigueur d'hier et d'aujourd'hui s'appuie dans ses justifications sur les dépenses anarchiques d'avant-hier.

Malgré une « pénurie relative », le secteur social drainant à son profit des ressources humaines matérielles et financières importantes, il lui appartient de prouver qu'il les utilise de façon optimale puisque d'autres secteurs de l'économie et de la société civile estiment que les dépenses sociales pourraient être plus « actives »...

Ces ressources importantes du secteur social restent limitées par rapport aux besoins sociaux et sont, de plus, inégalement et inéquitablement réparties entre les différentes composantes (médico-sociales, sociales, personnes handicapées, personnes âgées, insertion des publics en difficultés sociales...) et les différents services et établissements du secteur qui cherchent à obtenir le maximum de moyens par rapport à leurs objectifs. Il est donc nécessaire de s'assurer de la bonne adéquation entre les moyens accordés et les objectifs confiés à des établissements et services similaires.

Les partisans de l'économie de marché sans freins pensent que la solution réside dans le fait de transformer l'usager du secteur social en véritable « client-consommateur » pouvant opérer un choix entre des fournisseurs de prestations qui de ce fait, seraient obligés de s'adapter à la demande et aux besoins ou de disparaître.

Or la demande dans le secteur social n'est pas solvable à quelques exceptions près. C'est d'ailleurs pourquoi l'offre est préétablie et surdéterminée par des choix d'intervention de la puissance publique, les tarifs pratiqués sont calculés soit au prix de revient, soit de façon forfaitaire, le chiffre d'affaires étant de ce fait lui aussi préétabli. Les lois du marché sont donc quelque peu atténuées.

S'orienter dans cette direction nécessiterait de s'assurer de la solvabilisation des bénéficiaires potentiels ou des capacités financières des tiers acheteurs (caisses d'assurance-maladie, pouvoirs publics, assurances privées, etc.), si l'on veut éviter une iniquité dans l'accès aux soins et aux droits sociaux. Ne pas le faire reviendrait à ouvrir de nouvelles brèches dans la cohésion sociale du pays.

L'autre mode de régulation vise à s'appuyer, non pas sur « l'usager-client », mais sur « l'usager citoyen », prêt à assumer les conséquences de choix contradictoires lorsque le même problème est examiné en tant qu'utilisateur ou en tant que citoyen payant impôts et cotisations sociales. Et, le seul moyen d'éclairer et de confirmer les choix de « l'usager-citoyen », c'est l'évaluation qui est la base essentielle d'une régulation démocratique et sociale.

Le fait que la « mode » de l'évaluation soit contemporaine de la crise économique, fait qu'elle a été assimilée à une nouvelle modalité de résolution de la crise du financement de la protection sociale. Pourtant l'évaluation est, en articulation avec la planification, le seul mode de régulation humainement soutenable dans le secteur social et médico-social, alternatif à une régulation par le marché qui serait désastreuse. Si l'évaluation vise bien à une utilisation optimale des ressources rares, ce n'est pas pour arriver à un « moindre coût » mais au « meilleur coût ». Par exemple, le maintien à domicile est souvent plus cher que certaines prises en charge dans des institutions, mais il répond aux besoins et aux désirs de la grande majorité de la population concernée.

MESURER N'EST PAS ÉVALUER

Mesurer, ce n'est pas évaluer, mais on ne peut pas évaluer sans avoir préalablement mesuré. L'évaluation fait suite à la mesure. Si la mesure doit être rigoureuse et doit pouvoir être qualifiée de « scientifique », l'évaluation ne peut pas prétendre

à cette scientificité. Il faut donc mesurer car on ne peut évaluer un objet qui n'est pas défini...

► Pour mesurer, il faut des indicateurs

Il faut donc construire des indicateurs d'activité, de coûts et de résultats par rapport aux objectifs clairement identifiés, des indicateurs de mesure de l'impact des actions sur l'environnement ce qui suppose de posséder les données de l'environnement essentielles quant à leurs incidences sur les capacités de prendre en charge les populations pour lesquelles les établissements et les services sont agréés. Cela suppose donc d'avoir en priorité des indicateurs permettant de connaître et de suivre les évolutions des populations prises en charge.

L'objectif de ces indicateurs à présenter sous forme de tableaux de bord est dans un premier temps de mesurer et de contrôler :

- l'effectivité, c'est-à-dire le rapport entre l'attendu, le dit, le fait (avant de savoir si l'on fait bien, il faut savoir si l'on fait ce que l'on doit faire...) ;
- les réalisations, c'est-à-dire ce qui est fait réellement ;
- la conformité, c'est-à-dire le rapport entre les effets attendus et les effets réels ;
- l'intensité du travail effectué ce qui paraît important dans un secteur qui a plus une obligation de moyens qu'une obligation de résultat ;
- la satisfaction des besoins, c'est-à-dire le rapport entre les besoins et les résultats ;
- l'adéquation, c'est-à-dire le rapport entre besoins et objectifs ;
- l'efficacité, c'est-à-dire le rapport entre objectifs et résultats ;
- l'efficience, c'est-à-dire le rapport entre moyens mobilisés et résultats ;
- l'impact sur l'environnement, c'est-à-dire les effets induits sur l'environnement, qui peut amener à maintenir une action qui dévie de ses objectifs, par exemple, l'insertion professionnelle, compte tenu d'autres effets positifs (insertion sociale, cohésion sociale dans un quartier, aménagement du territoire, etc.) ;
- l'impact sur les politiques publiques, c'est-à-dire le repérage des adaptations nécessaires, notamment d'ordre législatif et réglementaire pour améliorer les performances des actions engagées.

La **figure 1.1** propose une représentation des différents objectifs des indicateurs et leurs interactions.

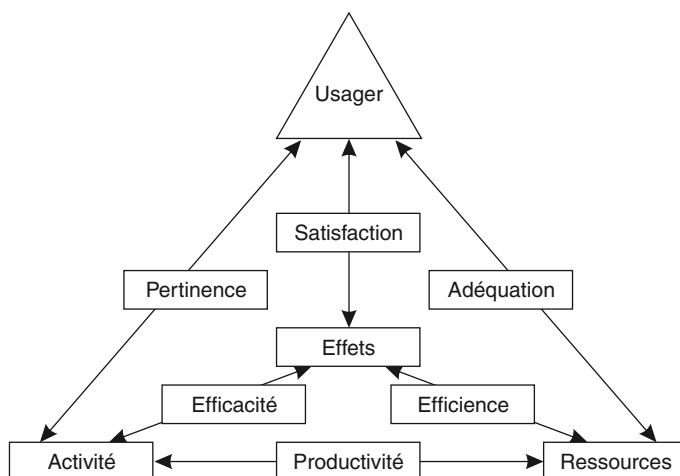


Figure 1.1. Les différents objectifs des indicateurs.

C'est donc dans un second temps que ces indicateurs seront resitués dans leur contexte, mis en interaction et en perspective, paramétrés et mis en équation pour les relativiser les uns par rapport aux autres afin de les interpréter et d'émettre un jugement, c'est-à-dire d'évaluer.

Il faut insister sur la différence qu'il y a entre la construction des indicateurs sur lesquels il doit y avoir une grande rigueur technique et un accord des acteurs et partenaires quant à leur pertinence et leur fiabilité, et l'élaboration d'un jugement qui s'appuie forcément sur ces indicateurs, mais qui lui peut être pluriel. En effet, l'évaluation impose un questionnement sur le sens et les valeurs sur lesquels il ne saurait y avoir unité de vue et, pour reprendre une expression à la mode, « pensée unique ». À partir des mêmes indicateurs reconnus, l'évaluation permet la confrontation de plusieurs systèmes d'interprétation, lesdits indicateurs n'ayant pas de sens en eux-mêmes. Sur la différence entre indicateur, norme, référence et référentiel, il convient de se reporter à l'**encadré 1.1**.

1.1. DÉFINITIONS

Indicateurs

Donnée ou combinaison de données constatant une situation, la caractérisant ou l'interprétant en fonction de références. Un indicateur doit être un marqueur révélateur...

Référence

La référence est le niveau d'un indicateur considéré comme optimum. Il peut être fixé en fonction de la moyenne observée dans un échantillon, en fonction de la réglementation (on parle alors de norme), en fonction d'avis d'experts...

Norme

La norme est la valeur réglementaire donnée à une référence qui est alors opposable.

Référentiel

C'est l'ensemble des références sur lesquelles on s'appuie pour conduire une évaluation. Il est donc composé d'indicateurs avec leur valeur de référence, voire de normes.

► Métrologie et quantophrénie

« Métrologie du social, oui ! quantophrénie ou maladie de la mesure, non ! » constitue notre credo. La construction d'indicateurs repose sur une volonté de formalisation et d'objectivisation d'une activité et de ses effets dans un secteur qui a longtemps estimé que cela était impossible, voire dangereux. Mais derrière les grands discours sur l'épanouissement ou l'autonomie, ne se cache-t-il pas aussi la volonté de maintenir des situations acquises et le refus de faire évoluer les actions ? Pourtant, mesurer pour évaluer dans la transparence et la pluralité des approches relève d'une culture démocratique « élémentaire ».

La production d'indicateurs oblige à retenir les faits significatifs et à produire des données quantitatives qui, c'est tout à fait vrai, intègrent mal des phénomènes émotionnels, affectifs, relationnels, le travail social touchant à l'ineffable et l'indicible... Il y aura toujours le risque de négliger certains indicateurs et d'amplifier certains autres... Comme le rappelle François Le Poutier¹ :

« Les travailleurs sociaux craignent justement en employant de telles grilles de catégoriser d'une manière arbitraire et normative les enfants et les familles. Le comble est qu'ils le font quand même implicitement et massivement avec les locutions personnologiques.

Des éducateurs spécialisés ou des assistantes sociales ne peuvent pas se souvenir de tous les agissements de tous les jeunes ou de toutes les familles dont ils s'occupent. Quand ils ont à parler de ces personnes et à les décrire, un ou deux traits sans doute inférés d'une observation de conduites effectives leur viennent à l'esprit. Ensuite, des processus cognitifs de catégorisation et d'attribution prennent le relais de la

1. F. Le Poutier, *Recherches évaluatives en travail social*, Presses universitaires de Grenoble, 1990.