

# Analyse des dispositions nouvelles de la loi de rénovation de l'Action sociale

---

## I - INTRODUCTION

---

La loi de 75 sur les établissements sociaux et médico-sociaux a eu le mérite d'organiser formellement les relations entre les initiatives privées et le financement public. Elle a posé un cadre de référence pour « habilitier » une personne morale à développer une action sociale et/ou médico-sociale en direction de personnes fragilisées par un handicap physique, mental ou simplement social.

Cette loi a posé des normes de référence professionnelle et de gestion qui repèrent les rapports entre organismes gestionnaires, usagers et collectivités publiques.

Au nom du principe et des valeurs de la solidarité, la société doit mettre en œuvre des moyens d'accueil et d'accompagnement pour un public d'adultes et d'enfants en difficultés, que ces difficultés proviennent d'un handicap physique ou mental, d'une inadaptation sociale, des conséquences de l'âge, d'une maladie, d'un accident ou de conditions d'éducation déficientes...

Dans toute la mesure du possible ces actions sociales et médico-sociales doivent s'attacher à maintenir ou à développer l'insertion dans un milieu de vie sociale normal, sinon, lorsque cet objectif s'avère irréaliste, à recréer ces conditions de la normalité dans la prise en charge. Ce sont ces exigences qui, en s'appuyant et en s'alimentant de manière très concrète sur l'évolution des mentalités vers plus de personnalisation des prises en charges d'une part, et sur un accroissement des moyens disponibles d'autre part, ont conduit à inventer des modes de prise en charge de plus en plus variés, différents, voire expérimentaux. Ces innovations ont vu le jour afin de répondre plus finement à des besoins perçus de manière de plus en plus différenciés selon les personnes.

***Roland Garenne***  
***Responsable de Formation***  
***ENACT de Montpellier***

Cependant ces évolutions, pour importantes qu'elles soient, n'ont pas produit l'adaptation générale de l'ensemble des dispositifs que l'on attendait.

Ce domaine de l'action sociale et médico-sociale est fondé sur le principe de la discrimination positive. En grandissant et se développant, il a fini par constituer un espace social spécifique, un ensemble d'espaces de vie protégés, certes, mais organisés dans la société en traçant un chemin parallèle, une immense avenue parallèle. Dans une société où le principe d'égalité est une valeur et un vecteur actif de la cohésion sociale, une discrimination positive de masse ne produit-elle pas une mise à l'écart ?

Dans les faits, le système français a montré sa capacité à créer les conditions d'une réelle adaptation des personnes accueillies à leur structure d'accueil. Ce n'est pas là un résultat positif pour toutes les catégories de publics accueillis.

Un peu paradoxalement l'innovation consiste souvent à « ouvrir » les institutions pour faire accéder les personnes accueillies à un peu de vie sociale « normale ». Et cette innovation apparaît comme un destin de Sisyphe, devant toujours être reprise, toujours être réinventée.

À titre d'illustration de cette problématique assez fondamentale, citons le débat qui a agité les syndicalistes de l'Éducation Nationale face au développement des classes de perfectionnement. Ce débat est ancien, mais il a été très représentatif de la culture d'égalité inhérente à notre contrat républicain pour vivre ensemble. On trouve ses traces dans les numéros de l'École Libératrice de l'époque.

Citons, plus près de nous, la nouvelle rédaction des annexes XXIV (en 1989 déjà !) où l'on a remplacé « réadaptation » par « insertion ». Cette ré-écriture représente bien la recherche de sens, et du débat sur l'efficacité recherchée dans notre dispositif (cf. l'ouvrage éclairant de Michel Chauvière : « L'enfance inadaptée, l'héritage de Vichy »).

Il y a en France plus de 22 000 structures sociales et médico-sociales contre « seulement » 3 000 dans le secteur sanitaire.

Elles emploient 400 000 personnes pour accueillir 1 200 000 personnes qui se répartissent ainsi :

personnes âgées	650 000 dont	33% dans le secteur associatif
personnes handicapées adultes	175 000 dont	91% dans le secteur associatif
enfants handicapés	250 000 dont	88% dans le secteur associatif
enfants ASE	70 000	
familles en difficulté	40 000	

Ces chiffres (approximatifs) donnent une idée de l'importance de ce secteur sur un plan politique et économique. La France semble être le pays européen qui a développé le secteur de prise en charge institutionnel le plus important et le plus lié au fonctionnement de l'État d'abord, de l'État et des collectivités territoriales aujourd'hui.

**“L'exigence du « sur-mesure » est devenue une exigence partagée”**

Principalement axée sur les établissements, la « Loi de 75 » se trouvait dépassée par la diversification des modes d'accueil, les évolutions des mentalités et la complexification des modes de relation avec les collectivités publiques.

L'évolution des mentalités exige une plus grande attention au respect de la personne et de sa personnalité, une plus grande considération pour l'imprescriptible liberté individuelle, à fortiori lorsque celle-ci est menacée par l'état de fragilité ou de dépendance qui motive, justement, la prise en charge. L'exigence du « sur-mesure » est devenue une exigence partagée.

Les collectivités locales, en l'occurrence les départements et les municipalités (par leurs CCAS), se sont trouvées dans une situation politique différente de celle de l'État : plus proche des réalités du terrain, plus sensibles aux demandes et aux attentes, plus aptes aux négociations différenciées avec leurs partenaires institutionnels. Le système de la tutelle, de l'autorisation préalable, n'étant plus de mise, beaucoup d'administrations locales ont développé des modes de régulation et de contrôle fondés sur la négociation et la contractualisation.

L'État se drape encore souvent dans le costume de l'intérêt général comme une donnée qui lui appartiendrait en propre et s'appliquerait à tous, alors que les collectivités ont dû trouver leur légitimité dans l'action et la recherche de la satisfaction de l'usager.

La loi de Rénovation de l'Action Sociale prend acte de ces réalités et, sans remise en cause des bases institutionnelles ni de « l'idéologie » du système, elle tire enseignement pour améliorer « les produits ». Elle veut favoriser (garantir ?) la qualité des prestations et assurer leur diversité afin de répondre au mieux aux besoins des personnes (la structure doit répondre au besoin de la personne et non la personne s'adapter au projet de la structure, c'est une petite révolution au sens propre !).

Le texte de la Loi de 2002 organise plus en détail le cadre des relations entre les acteurs institutionnels sans toucher au fond de l'organisation du champ d'action. Il vise à obtenir un meilleur résultat dans le cadre du système politique et administratif existant.

Est-ce réaliste ?

La plupart des commentateurs apprécient la portée à la fois modeste et ambitieuse du texte.

- **Modeste** car il ne remet en cause ni l'économie politique, ni l'économie financière du système, ni le partage administratif des compétences pourtant critiquable à plusieurs titres (économie institutionnelle ?). Il maintient la séparation avec le sanitaire.
- **Ambitieux** car il pose un objectif de qualité des prestations comme condition de l'autorisation et de son renouvellement. Le texte s'inspire, tout en s'en différenciant, du secteur sanitaire.
- **Ambitieux** aussi, voire très ambitieux, car il pose le principe de « l'utilisateur au centre du dispositif » comme une réalité à concrétiser et pas seulement un discours à illustrer. Personne ne saurait être opposé à cet objectif, mais le mettre en œuvre n'apparaîtra certainement pas simple. Qui sera le moteur du changement ? Les établissements avec les URIOPSS en tête ? Les Conseils généraux saisiront-ils là un argument pour être les légitimes pilotes de ce secteur des politiques sociales ?

**“La loi pose le principe de responsabilités réciproques non confondues”**

Ces deux ambitions, à elles seules, proposent un (sérieux) remodelage des logiques de relation entre les associations et leurs gestionnaires d'établissement d'une part, et de ceux-ci avec les autorités publiques d'autre part. Elles supposent aussi une (sérieuse) évolution des pratiques professionnelles. Les travailleurs sociaux s'en saisiront-ils et s'engageront-ils ?

Cette loi n'indique pas que les associations devront se replier sur une position de prestataires aux ordres des collectivités publiques. Bien au contraire, elle pose le principe d'un espace de responsabilités réciproques non confondues.

Dans le champ de compétence du Département, les associations, avec leurs établissements et leur personnel, de même que les structures publiques, sont invitées à s'engager (si ce n'est déjà commencé) dans une démarche de projet contractualisé avec l'autorité tarifaire. Si le texte fait référence à de bonnes pratiques professionnelles, il pourrait aussi faire référence à ce type de démarche comme bonne pratique partenariale.

Par contre, des articles parus dans la presse professionnelle ont montré que certains gestionnaires associatifs étaient préoccupés par les conceptions (ou l'absence de conception claire) de l'État quant aux relations qu'il entend établir avec eux.

## II - POINTS DE REPÈRES SUR LES DISPOSITIONS NOUVELLES

- Pas de remise en cause de la répartition des compétences entre État, Régions, Départements et Communes. Pourtant de nombreuses zones de problèmes pratiques existent. Il n'était sans doute pas raisonnable d'aborder ce point !
- Le champ d'action couvert par les dispositions législatives intègre toutes les formes de structures d'accueil, d'accompagnement et d'aide (à l'exception des structures d'insertion professionnelles), mais aussi les services sociaux et médico-sociaux (dotés ou non de la personnalité morale). Cela ouvre sur un champ plus large pour la Loi de 2002 que pour celle de 75. À quand un processus d'évaluation de la qualité pour le service public d'action sociale ? Pour l'Aide Sociale à l'Enfance ?
- L'affirmation du droit des usagers renverse la logique classique de l'action sociale telle qu'elle s'est professionnalisée dans les dernières décennies :
  - volonté de faire primer le projet de l'utilisateur sur celui de la structure,
  - passage d'une logique de la protection d'une personne fragile à une logique d'aide à un citoyen en difficulté (art. 116.1).

À cette fin, un certain nombre de règles et de procédures sont définies et imposées :

- ⇒ charte des usagers,
- ⇒ contrats de séjours,
- ⇒ règlements intérieurs,
- ⇒ conseils de la vie sociale,
- ⇒ accès direct à l'information et aux documents relatifs aux prises en charge,
- ⇒ respect de la vie privée et droit à la vie familiale.

La mise en place des conseils d'établissements devra s'adapter aux capacités des publics accueillis (précisions par décret).

- Passage d'une logique des moyens justifiés par des normes de références à une logique de qualité validée par une démarche construite d'évaluation. L'autorité publique donne l'autorisation de création pour un délai de 15 ans. L'autorisation sera réputée tacitement reconductible sauf problèmes de résultats-qualité qui obligeront à déposer un nouveau projet.

Les établissements recevant des mineurs confiés par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance de 45 et de l'art. 375 du C.C. ne sont pas soumis à cette limitation de durée de l'autorisation (art. L.313.1). Après information plus précise, il ne s'agit là que du secteur géré directement par la PJJ en qualité d'administration publique (ce sera donc identique pour les services d'aide à domicile de l'ASE en régie directe).

L'autorisation pour les structures expérimentales est donnée pour 5 ans.

- Les autorisations initiales et les renouvellements seront subordonnés aux projets (réponses aux besoins et qualité du service rendu) mais aussi aux disponibilités financières de la collectivité et à une comparaison des coûts existants pour des services analogues. La disproportion entre le coût et le service rendu, de même qu'une charge excessive pesant sur la collectivité pourront être invoqués comme critères pour un refus ou un retrait d'habilitation des établissements recevant des bénéficiaires de l'aide sociale.
- Des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les acteurs institutionnels pour la réalisation de projets et des objectifs du schéma d'organisation de l'action sociale et médico-sociale.
- La réalité du contrôle est renforcée par une procédure de fermeture d'établissement rendue effective en cas de problèmes graves de fonctionnement. La possibilité de transférer une autorisation et des financements au bénéfice d'autres personnes morales est aussi une innovation importante. Ces dispositions clarifient heureusement une zone d'ombre des précédentes dispositions.
- Une floraison de structures de contrôle/régulation voit le jour (certaines voient leurs missions modifiées et élargies).
- La reconnaissance de la diversité des modes d'accueil et d'accompagnement donne une base légale aux foyers d'accueil, à l'aide à domicile et aux établissements expérimentaux, dont les lieux de vie qui pourront aussi se créer pour accueillir des adultes. Cette reconnaissance devrait favoriser l'extension de ces structures, notamment les structures expérimentales et l'aide à domicile.
- Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale deviennent des outils de planification organisés, en partie opposables par l'introduction des notions d'enveloppes financières disponibles et de besoins identifiés.
- Une curiosité de procédure embellit le texte : sans réponse dans les six mois de la part de l'autorité publique, l'autorisation est réputée refusée. Par contre, le porteur du projet peut demander les motifs du refus. Sans réponse à sa demande dans le mois, l'autorisation est réputée acquise.
- Les conventions collectives devront faire l'objet de rapports annuels du ministère, analysant leur compatibilité avec les orientations ministérielles et l'évolution de la masse salariale. Ces rapports seront transmis au Parlement et aux partenaires sociaux avec l'indication d'un taux directeur d'évolution de la masse salariale.

---

### III - LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES

---

#### LES CROSS (art. L. 312.3)

Actuellement il existe un Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale et des Comités Régionaux. Ils comportent deux sections : sanitaire et social/médico-social.

Le secteur social et médico-social des CROSS donnait, jusqu'aujourd'hui, des avis consultatifs sur la création, l'extension et les transformations des structures d'accueil.

La loi impartie de nouvelles missions aux sections sociales et médico-sociales, applicables dès la sortie du texte :

- ⇒ évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux,
- ⇒ analyser leur évolution,
- ⇒ proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale,
- ⇒ rendre un avis sur les Schémas d'Organisation.

Les CROSS doivent rendre un rapport au ministre de l'action sociale tous les 5 ans. Ils semblent devoir encore évoluer avec le texte sur les droits des malades.

#### LES SCHEMAS D'ORGANISATION (art.L.312.4)

Les schémas départementaux sont la base du travail d'organisation du champ d'action. Ils doivent être validés conjointement par le Président du Conseil Général et le Préfet<sup>1</sup>. En cas de désaccord chacun validera le schéma correspondant à son champ de compétence. Et en cas de défaillance du Président du Conseil Général, le Préfet est sensé le faire à sa place.

Les schémas d'organisation prennent une place politique beaucoup plus importante qu'auparavant.

#### *Les objectifs affichés pour ces schémas sont :*

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- dresser un bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ;
- déterminer les objectifs de développement de l'offre (création, extension, transformation, suppression). Ces schémas prendront en compte l'accueil à titre onéreux des personnes âgées et des personnes handicapées par des particuliers ;
- préciser le cadre de coopération entre les divers équipements et services ;

---

1. À la date de publication des présents actes, les projets de seconde décentralisation semblent vouloir faire porter la responsabilité du schéma départemental sur le seul Président du Conseil général.

- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma ;
- une annexe *pourra* décrire une programmation pluri-annuelle souhaitable.

***La procédure de leur élaboration :***

- Procédure conjointe Préfet - Président du Conseil Général. Obligation d'arrêter le schéma.
- 3 niveaux de schéma pour l'État : départemental, régional, national.
- Durée de validité 5 ans maximum.
- Opposabilité : l'autorisation sera délivrée si elle est compatible avec les objectifs et les réponses aux besoins relevés par le schéma. (l'annexe programmation pluriannuelle reste facultative).

Les établissements à caractère expérimental n'entrent pas dans le schéma. Les CROSS donnent leur avis avant adoption. Avis aussi de la commission départementale consultative (décret en attente).

Au niveau régional : agrégation des seuls éléments du schéma de l'État. Le schéma régional intégrera les centres de soins en addictologie. Il sera transmis pour information au Président du Conseil Général et à la Conférence Régionale de Santé.

Au niveau national : prises en charge de handicaps rares (décret).

**LES MODES DE COOPÉRATION ET DE COORDINATION**

- Des conventions pluriannuelles devront être élaborées entre l'État, le Département, l'Assurance Maladie et les CCAS gestionnaires d'établissements et de services pour garantir la cohérence et la continuité, définir des objectifs communs, notamment dans le cadre du schéma.
- Des modes de coopération devront être précisés entre établissements et services **dotés ou non de la personnalité morale**, afin d'assurer la coordination, la complémentarité et la continuité des prises en charges. Est ainsi affichée une volonté de décloisonner, de favoriser la constitution de « **réseaux sociaux et médico-sociaux** » à l'image du sanitaire.

Des conventions pourront être passées entre établissements sociaux et médico-sociaux, et avec des établissements sanitaires ou d'enseignement (accueil des enfants en milieu scolaire par exemple).

Des décrets préciseront comment créer des GIE, des GIP, des groupements de coopération ou des syndicats inter-établissements. Des regroupements ou des fusions sont possibles.



## L'ÉVALUATION

Les objectifs de qualité du service rendu ont certainement été motivés par la volonté de lutter contre la maltraitance, les mauvaises pratiques professionnelles et le manque de qualification. Cela n'est pas suffisant pour juger le texte uniquement de circonstance.

La référence à de bonnes pratiques professionnelles va faire débat, et c'est tant mieux. La crainte que sous cette expression se cache l'émergence d'une référence normative rigide peut être entendue, mais ce mauvais destin n'est pas écrit. De mon point de vue, le débat sur le sujet sera salvateur.

**“La référence à de bonnes pratiques professionnelles va faire débat, et c'est tant mieux”**

Le principe de l'évaluation conditionnelle du renouvellement de l'autorisation est essentiel. La gestion du contrôle en sera modifiée, mais aussi alourdie en termes de quantité de travail pour l'administration et en termes de compétences pour ses agents.

Plusieurs textes d'application sont en attente.

### *1. L'auto-évaluation*

C'est une évaluation qualitative et non l'évaluation d'un rapport qualité/coût. Les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques seront définies par la structure et devront être validées par le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale.

Ces évaluations seront communiquées au moins tous les 5 ans à l'autorité publique qui aura donné l'autorisation (c'est à dire au tiers temps de sa durée).

À l'image de ce qui se développe dans le secteur d'accueil des personnes âgées dépendantes, on peut imaginer que des conventions seront passées entre les établissements et les autorités tarifaires pour définir des outils et méthodes de mesure de la qualité des prestations, validés par les partenaires du secteur.

Il y a là un champ propice à l'innovation des pratiques professionnelles et du management.

### *2. L'évaluation par un tiers extérieur*

Il s'agit de rompre avec le processus d'auto-évaluation en apportant un regard extérieur. Une évaluation par un tiers extérieur devra être effectuées tous les sept ans et au moins deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation. Les organismes seront habilités sur la base d'un cahier des charges fixé par décret au second semestre 2002. Ce cahier des charges définira :

- les conditions d'indépendance des organismes vis à vis des établissements et des autorités publiques,

- les conditions du respect des outils validés ou élaborés par le Comité National de l'Évaluation,
- les procédures d'évaluation et de publication des résultats.

Le financement de l'évaluation reste à définir. Peut-être s'orientera-t-on vers un système de cotisations mutualisées ?

L'étendue de la tâche à réaliser (22 000 structures au moins) a sans doute conduit à ne pas centraliser le dispositif autour d'une Agence d'Accréditation comme dans le secteur sanitaire (3 000 structures). Sans doute ont été aussi pris en compte des éléments tenant à la différence de nature des deux secteurs.

### **LE CONSEIL NATIONAL DE L'ÉVALUATION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**

Objectifs :

- valider (ou élaborer en cas de carence) les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur lesquelles il sera procédé à l'auto-évaluation,
- donner un avis sur la liste des organismes externes habilités.

Fonctionnement :

- placé auprès du ministre de l'action sociale,
- missions et modalités fixées par décret,
- composé de représentants de l'Etat, des départements, des organismes de protection sociale, des usagers de l'action sociale et médico-sociale, des personnels et de personnes qualifiées (dont un membre des instances représentatives des personnes accueillies dans les établissements ; Conseil National des personnes âgées, Conseil National des personnes handicapées, Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale).

### **LE CONSEIL SUPÉRIEUR DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX**

Créé pour donner un avis sur les problèmes généraux d'organisation du secteur, les questions de fonctionnement administratif, financier ou médical.

### **LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE L'ACCUEIL DES JEUNE ENFANTS**

Cette instance est créée pour réfléchir, conseiller et proposer sur tout ce qui touche aux modes de gardes et aux politiques en faveur de la petite enfance.

## LE SYSTÈME D'INFORMATION

Depuis Bianco et Lamy, en passant par de nombreux rapports de l'IGAS et de l'IGSJ, les disparités des systèmes d'information, voire leur inefficacité, ont été dénoncés.

L'article 23 impose la mise en place de systèmes d'information compatibles entre l'Etat, les départements et les organismes de protection sociale (maladie et allocations familiales).

**“L'évaluation va jouer un rôle central dans la vie institutionnelle et dans les relations partenariales”**

Les établissements et services sociaux devront se munir de systèmes, eux aussi, compatibles avec ce dispositif. Les modalités d'application seront fixées par décret en Conseil d'État. On ne voit pas comment il n'y aurait pas une commission adéquate.

On ne peut que souhaiter la réussite du projet !

---

## IV - ANALYSES ET PERSPECTIVES

---

### L'ÉVALUATION

Le Conseil National validera les procédures, référentiels et recommandations de bonnes pratiques qui seront définis par les structures elles-mêmes, et inscrits dans leur projet soumis à autorisation. Cette position est réaliste car on ne voit pas comment des équipes pourraient s'approprier efficacement des modèles descendus d'en haut.

Par contre, il reste à savoir si des recommandations générales fixant un cadre de référence national seront élaborées, et par qui. Le Conseil Supérieur du Travail Social ? Le Comité National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale ne pourra valider sans disposer, lui-même, d'un référentiel.

Si elle est mise en œuvre, l'évaluation va jouer un rôle central dans la vie institutionnelle et dans les relations partenariales. Elle va induire des changements, et, dans le même mouvement, des difficultés d'adaptation à ces changements. Mais, outre une motivation partagée des acteurs institutionnels, sa pratique exige des compétences spécifiques. On ne peut pas dire que ces compétences soient courantes aujourd'hui, notamment au sein des Conseils généraux qui n'en ont pas hérité des DDASS !

Du point de vue des gestionnaires et opérateurs des établissements et services, comment ces compétences vont-elles s'acquérir ? N'y a-t-il pas là un projet de formation à mettre sur pied ? Mais qui le financera ? Le système des fonds mutualisés de formation peut entrer en ligne de compte, mais avec quel délai ?

Du point de vue de l'administration publique, des compétences techniques à maîtriser devront aussi être acquises, mais cela ne sera pas instantané. Le dispositif de formation du CNFPT peut cependant être aisément et rapidement mobilisé. Ces formations seront-elles une priorité analogue à celle de la M52 ?

Quant aux conséquences des résultats de l'évaluation, il faut noter que, si le renouvellement de l'autorisation leur est subordonné, ce renouvellement est réputé reconductible sauf problèmes. Une auto-évaluation régulière sera propice pour détecter ces problèmes s'il y a lieu, et y remédier. L'évaluation est bien en ce sens un mode de pilotage et d'amélioration de la qualité. En situation de problèmes persistants, le gestionnaire pourra représenter un projet pour bénéficier d'une nouvelle autorisation.

La limitation de la durée de l'autorisation est nécessaire à la crédibilité du processus d'évaluation, mais elle n'apparaît pas comme une épée pendue dangereusement au-dessus de la tête de l'association et du Directeur. Le délai de 15 ans semble assez long pour disposer du temps de mise en conformité qui serait nécessaire (et rassurer les prêteurs quant aux possibilités de remboursement).

Tout dépendra donc du niveau d'exigence et des capacités techniques des partenaires publics et privés.

### L'AUTORISATION

L'emploi du mot « autorisation » n'est pas neutre. Il affirme la volonté que celui qui a autorité pour délivrer l'autorisation ait aussi celle d'exercer le contrôle de la qualité du service rendu et, donc, du bon usage des fonds publics et privés en jeu (les personnes âgées paient tout ou partie de leur accueil ou des services qui leur sont rendus).

En ce sens les éléments de référence suivants sont explicités :

- les deux niveaux d'évaluation,
- la possibilité de tirer argument des limites budgétaires pour autoriser ou non,
- la référence explicite aux objectifs du schéma et aux besoins qu'il identifie (choix politique),
- l'effectivité donnée aux procédures de fermeture d'établissements ou de transfert des autorisations et financements.

Pour ce qui concerne le champ de compétences du Département, ce texte devrait permettre un développement des relations partenariales contractualisées entre la puissance publique et les gestionnaires d'établissements et services, mode de gestion déjà avancé ici ou là, mais loin d'être généralisé. Les dispositions de la loi seront favorables à l'instauration de démarches de projet qui conforteront dynamiquement chacun dans sa fonction et dans ses responsabilités propres.

Les associations ne sont pas réduites à une position de simples exécutantes des commandes de prestations de service. Elles sont des acteurs du système avec des responsabilités, et des moyens pour négocier.

Par contre, une réelle inquiétude est née de la complexité de l'architecture bâtie avec les nombreux comités de toutes sortes instaurés pour donner du sens et de la cohérence. Leur nombre ne va pas sans inquiéter. Comment cela va-t-il fonctionner ? Ne va-t-on pas vers un embrouillage formidable ? Comment ces Comités vont-ils éviter les cloisonnements ? Leurs stratégies seront-elles cohérentes ?

## LES DOTATIONS LIMITATIVES OPPOSABLES

**“Une activité dont le coût serait jugé « excessif » pourra être refusé”**

La décision d'affirmer que les possibilités de financement de l'autorité publique sont une référence légitime pour choisir d'autoriser ou non une activité sociale et médico-sociale est importante. Dans la même logique de gestion, une activité dont le coût serait jugé « excessif » pourra être refusée.

Cette disposition du texte replace avec lucidité les réponses aux besoins dans un principe de réalité : l'identification des besoins sociaux et médico-sociaux est sans limite, alors que les moyens sont limités. Il y a donc légitimement des priorités à faire.

L'État pratique déjà ce principe de réalité, mais dans un double langage étonnant, quand il autorise des lits médicalisés qu'il ne finance pas. Cette nouvelle disposition aura, peut-être, le mérite d'éviter l'hypocrisie des doubles discours.

Associée à l'évaluation, la comparabilité des prix de journée légitimera sans doute de judicieuses réflexions sur leur justification. En ce sens et avec l'obligation du Ministre de l'action sociale de définir annuellement un « taux directeur » de l'évolution de la masse salariale, les promoteurs et les gestionnaires d'équipements et de services sont-ils placés dans une situation plus claire qu'auparavant ?

Des évolutions du système de tarification sont certainement à attendre.

## LES DÉCRETS ATTENDUS

Il est de notoriété que les textes d'application colorent parfois très fortement les dispositions législatives. Considérant le nombre important de décrets attendus (dont certains en Conseil d'État), il est difficile de se faire une idée précise du mouvement qui découlera vraiment de ce texte. Les décrets qui ont suivi la loi de 75 se sont étalés sur 10 ans, et certains ne sont jamais parus.

Si les décrets n'atténuent pas la force du texte de loi, il faudra que les acteurs du champ d'action acquièrent et développent un nouveau savoir-faire de la négociation et de la coopération. Les acteurs décisionnels qui pilotent ce champ sont autant concernés que les acteurs opérationnels du terrain, ceux qui produisent les services aux usagers.

Il est souhaitable que ces nouvelles exigences de fonctionnement permettent de construire les coopérations institutionnelles sur des modèles plus transparents que la seule « méthode de la confiance » (complicité ?) entre acteurs institutionnels, considérée par beaucoup, encore aujourd'hui, comme une solide valeur de base.

Mais il n'est guère possible, en l'état actuel des informations, de mesurer l'ampleur des mouvements qui auront, ou devront, avoir lieu.

Ni évaluer les délais de mise en pratique prévisibles.

**“L'usager est depuis longtemps une arlésienne des projets politiques”**

## LE DROIT DES USAGERS

La loi affirme avec force que le droit des usagers doit passer dans la pratique. Outre le principe de l'évaluation des résultats-qualité, elle définit un certain nombre de normes et de principes applicables en ce sens. Mais qu'en est-il, qu'en sera-t-il dans les faits ?

L'usager est depuis longtemps un habitant permanent des discours, une arlésienne des projets politiques. La difficulté de passer de la prise en charge d'une personne déficiente à la prise en compte d'un citoyen en difficulté n'est pas une simple rhétorique. Et elle est prévisible.

Le texte impose que soient mis en pratique :

- ⇒ l'élaboration effective de projets de vie,
- ⇒ un livret d'accueil,
- ⇒ un contrat de séjour,
- ⇒ une charte des droits des usagers,
- ⇒ le recours possible, par l'usager, à une tierce personne, à un médiateur,
- ⇒ la mise en place effective de conseils de la vie sociale ou d'autres modalités adaptées au contexte, mais jouant le même objectif,
- ⇒ l'accès à l'information sur tous les documents de prise en charge par la personne elle-même ou son représentant.

On voit bien la volonté du législateur et le sens qu'il donne à « la qualité du service rendu ». La plupart de ces documents et de ces pratiques sont déjà bien connus, voire en usage ici ou là. Mais il est maintenant question d'en faire des principes structurants du fonctionnement au quotidien.

L'accès à toute l'information concernant la prise en charge de la personne est sans doute le point clé de l'ensemble, le point de convergence des préoccupations que va faire naître la mise en œuvre des nouvelles obligations. Certes, il est prévu des dérogations pour certaines situations individuelles, des modalités d'adaptation en fonction de l'état des personnes. Mais elles devront être justifiées.

Comment la culture et le niveau des pratiques démocratiques dans les établissements pourront s'adapter à ces dispositions et les faire vivre ? Six mois de délai de mise en œuvre peuvent sembler courts pour opérer un changement des représentations professionnelles.

Il y a, certes, des différences entre établissements et entre secteurs de prestations. Le secteur d'accueil des personnes âgées dépendantes a déjà pris le train de ces évolutions. Le secteur de prise en charge des enfants de l'ASE est très loin d'avoir imaginé des débuts de solutions pratiques, sauf exceptions rares. Le débat s'instaure même sur la légitimité et sur les limites d'efficacité qu'il y aurait à communiquer directement les rapports de signalement aux intéressés.

Il n'y a pratiquement pas d'établissement qui fonctionne sur le mode des conseils, et les grandes expériences en ce domaine sont très ignorées (des conseils coopératifs à la pédagogie institutionnelle).

Quelques questions sans ordre précis :

- Comment comprendre et mobiliser la participation des usagers ? Quelles distinctions faire selon les différentes catégories de publics accueillis, les raisons et motivations qui conduisent à leur accueil et leur prise en charge ?
- Dans une même catégorie de prises en charges dans le même établissement, comment gérer les différences de capacités des personnes à participer et à entendre en fonction de leur niveau de fragilité ou de handicap ?
- Comment organiser l'association des personnes, directement ou par le biais de « représentants » ? Quelles conditions et quels savoir-faire d'animation seront adaptés ? Quelles compétences ? Quelles modifications dans le rapport imaginaire « soigné-soignant » et dans la réalité de la responsabilité professionnelle ?
- Comment prendre en compte la vulnérabilité et les handicaps sans les réduire ?
- Quels indicateurs d'évaluation prendront en compte le respect des personnes, de la personnalité, du caractère, du projet de la personne ?

Le principe de la qualité du service rendu fait consensus. Mais la pratique de son évaluation (donc de sa définition) nécessite de prendre appui sur des valeurs explicites et stables. Ces valeurs sont peu ou mal répertoriées. L'utilisateur se présente sous différentes figures, pas toujours compatibles entre elles :

- usager sujet de droit à protéger sans l'instrumentaliser,
- usager client – consommateur à satisfaire,
- usager citoyen – acteur, co-producteur de l'action qui le concerne et dont on recherche la participation,
- usager responsable contractant individuel ou représentant contractant à sa place ?,
- usager forcé comme les enfants et les familles de l'ASE, ou usager libre sur un marché libre ?

Distinguer ces figures pour définir un projet de « participation de l'utilisateur » et le mettre en jeu dans la politique d'évaluation n'est pas chose aisée. Dans tous les cas, la rhétorique de l'utilisateur-roi indique une fausse piste, autant que celle du « professionnel qui sait ».

Un autre écueil est la recherche du consensus dans la participation des usagers qui conduirait à la méconnaissance des personnalités au profit de la recherche d'une uniformisation des comportements. Cette recherche ne risque-t-elle pas de dominer la mise en pratique du projet, pour le confort des organisateurs (« prendre en compte les différences des usagers pour les absorber, les intégrer, faisant ainsi taire les forces de subversion », Saül Karsz). Cette manière d'uniformiser, au nom d'une culture de la condition commune comme illustration de l'égalité est héritée des siècles. Elle est la tendance des groupes à créer de la ressemblance et à marginaliser la différence.

**“Le rapport usager-institution ne changera pas par magie”**

Le respect des différences, du contradictoire, du refus, prend du temps et est inconfortable. Le rapport usager-institution<sup>2</sup> ne changera pas par magie ; cela représentera des efforts de recherche pratique et nécessitera une forte volonté managériale des dirigeants pour « remplir un devoir éthique, un impératif démocratique mais aussi (construire) un levier d'efficacité » (Michel YAHIEL – IGAS).

La place des usagers doit être autant du côté des valeurs et de l'idéologie que du côté des réalités : c'est l'enjeu pour les professionnels au front de ces réalités. L'enjeu pour les autorités publiques, c'est l'ouverture des institutions repliées sur elles-mêmes et la définition de leur coopération dans un cadre plus global.

Le risque est de voir un débat s'instaurer avec elles, entre elles, chez elles. Cela peut faire désordre pour celui qui formule la commande publique vis à vis d'institutions qui ne feraient plus semblant d'être conformes en une unité illusoire. Les termes, les codes de la négociation duelle changent de place et d'amplitude. Les collectivités publiques devront élaborer des stratégies d'ouverture et de pilotage dans des logiques de projets évolutifs, dans la complexité. Les cadres des services concernés y sont-ils majoritairement préparés, tant au plan des méthodes que des savoir-faire stratégiques ? Au delà d'une technicité gestionnaire, ont-ils aujourd'hui la culture professionnelle suffisante ?

C'est un des enjeux du pilotage politique des... politiques sociales à l'épreuve des évolutions sociétales.<sup>3</sup>

2. Je fais là référence à St Alban, à la clinique de Laborde, au travail de René Lourau, à Georges Lapassade, à Fernand Oury, à Pierre Sans (dans son ouvrage sur le placement familial, L'Harmattan éditeur) : que reste-t-il du mouvement de « l'analyse institutionnelle » ? Les expériences de « conseils » et de participation démocratique dans certains collèges « violents » sont aussi expressives des possibilités que rares dans les faits.

3. Cf. Les actes du Colloque de Grenoble (1996) que j'ai organisé dans le cadre du CNFPT sur ce sujet (mais concernant le travail et l'exclusion). Edition interne ENACT.



Beaucoup des dispositions du texte ne sont pas nouvelles mais elles n'ont été que peu ou pas mise en pratiques : conseils d'établissements inexistant, recherche du consentement des personnes adultes peu développée ou bien mise en situation de ne pas pouvoir être en désaccord, interventions dans la vie privée, familles mise à l'écart ou informées avec parcimonie... Ces déficiences ne sont pas générales, certes, mais, à des degrés divers, très nombreuses. Pour aller plus loin dans l'analyse, il faudrait approfondir les réalités et les cultures d'accueil très différentes pour chacun des trois publics. Le choix de ne pas prendre en compte ces différences dans mon exposé est très certainement sa limite et sa... déficience !

L'inquiétude est réelle, aujourd'hui, quant à la responsabilité relative aux écrits professionnels. La possibilité de faire des rapports de signalement fiables et pertinents est mise en cause si ceux-ci sont directement accessibles aux personnes concernées (y compris si on prend la précaution d'écarter les situations trop évidemment « pathologiques » en le justifiant).

Les modèles conditionnant les relations des professionnels aux usagers sous la forme du sachant agissant au bénéfice du demandeur dans le besoin sont questionnés par cette loi dans le même sens que l'affirmation du contradictoire en matière d'assistance éducative.

Le modèle du professionnel qui sait ce qui est bon pour la personne du fait de sa qualification (de son éthique), du fait que ce modèle est garanti par son institution, ce modèle et cette forme de « garantie de bonne fin » vont-ils perdurer ? Vont-ils trouver à se combiner avec une logique de développement social et de la citoyenneté ? Vont-ils se fondre dans la nouvelle logique d'application telle que proposée par le texte, logique par ailleurs confortée par les convictions éthiques affichées des professionnels de l'action sociale eux-mêmes ?

Cette problématique d'évolution des pratiques professionnelles est aussi en jeu dans le secteur sanitaire. La difficulté consistera à provoquer la prise de conscience de la distance entre discours et pratiques, et c'est une difficulté considérable, bien sûr (cf. la dialectique « institué et instituant » en pédagogie institutionnelle).

Les logiques de suppléance sont plus confortables pour les fonctionnements collectifs : mise en avant des difficultés, des impossibilités logistiques, du manque de temps pour prendre en compte les paroles, les souhaits, les critiques des personnes concernées.

La construction de nouvelles pratiques et de nouvelles méthodes de prise en compte des besoins sociaux, éducatifs, voire cliniques, leur validation, le développement de savoir-faire professionnels adaptés, réalistes et respectueux de la complexité des situations n'est pas chose aisée.

Tout changement des pratiques demande du temps pour s'expérimenter, pour se formaliser et, enfin, pour s'inscrire dans des références symboliques communes.

Les projets qui ouvriront ce chemin devront assembler éthique et technique pour se mettre en mesure d'élaborer des diagnostics partagés avec ceux qui demandent à être, ou qui sont obligés de devenir, des usagers du service.

Pour bien prendre la mesure des difficultés, citons une situation extrême en exemple : comment associer, ces enfants et ces familles auxquelles on applique un diagnostic de déficience éducative, comment associer cette mère à laquelle le juge retire la garde de son enfant ? À quoi correspond l'emploi du mot « déficience » dans ce contexte ?

La question des relations des enfants « en danger » avec leur famille est une question cruciale, trop souvent obscurcie d'idéologie implicite qui mériterait d'être éclairée par l'analyse des pratiques et des fonctionnements institutionnels (cf. le formidable travail sur l'analyse rétrospective des dossiers d'enfants effectué par Marceline Gabel à l'ODAS, et les travaux de Gilbert Mignacca sur les référentiels de techniques professionnelles en matière d'action sociale).

Les professionnels n'ont pas à faire à des sujets de droit abstraits, mais à des personnes qui ne manifestent pas à l'évidence et directement un comportement de collaboration.

Si la loi propose de revenir sur les comportements de toute puissance des professionnels, c'est à eux de trouver les antidotes et les nouveaux équilibres. Développer des espaces d'expression, mettre en œuvre des procédures d'accueil et des modes de vie où les individus soient promus dans leurs singularités oblige à inventer de nouvelles formes de maîtrise professionnelle et managériale. Des expériences significatives et des modèles existent. Pourquoi restent-ils confidentiels ?

Prendre en compte dans les faits le droit aux débats, à la contradiction, au refus, c'est accepter d'être dérangé au nom du respect de l'autre. Cela implique de construire (d'inventer) des formes d'équilibres des fonctionnements institutionnels adaptés qui sécurisent des pratiques professionnelles très exposées. C'est la condition pour continuer à s'exposer, donc à s'engager avec l'autre.

Les espaces d'expression dans les établissements ne deviendront fertiles que pour autant qu'ils puissent être conduits en équilibre et avec tact, entre ordre et désordre, entre désirs et réalités.

Il y faut motivations et apprentissages, et sans doute que **soit reconnue la spécificité du travail d'aide à la personne dans lequel l'aidant s'engage avec ses propres équilibres.**

D'où la nécessaire mise en place d'instruments de régulation que sont, aussi pour les professionnels, les groupes de paroles et les instances de supervision. Il ne peut y avoir d'inconfort accepté dans l'exercice professionnel qu'autant que cet exercice produit dans le même temps les effets de réassurance adaptés.

Cette indispensable régulation implique des moyens intellectuels pour être conçue et conduite. Cela implique aussi un coût.

**“Il n’y a de bons outils que ceux que les opérateurs savent créer ou s’approprier”**

Mais cela implique d'abord une prise de conscience : on peut observer un certain dépérissement des conditions d'exercice professionnel, ces deux dernières décennies, ce qui a contribué à un appauvrissement du sens dans les pratiques et au développement de logiques d'instrumentalisation dans les « relations à l'autre ». La littérature et la presse professionnelles s'en fait régulièrement l'écho.

La confrontation avec des changements sociaux (trop) rapides engage la crise du travail social. Crise ne signifie-t-il pas changement ?

Cette loi de rénovation de l'action sociale dessine des axes de progrès incontestables sur le plan des valeurs.

---

## V - CONCLUSION

---

Dans l'état actuel des textes on ne peut que faire des conclusions d'attente. Il paraît malgré tout utile de rappeler que la recherche de qualité du service rendu dépend toujours de trois choses :

- 1) la qualité et l'efficacité de l'organisation,
- 2) la qualité des méthodes et outils utilisés,
- 3) le savoir-faire de l'opérateur.

Si la loi provoque une avancée substantielle dans les objectifs et les conditions de mise en œuvre de l'action sociale, elle implique, de ce fait, une adaptation des outils et des savoir-faire des opérateurs.

Il n'y a de bons outils que ceux que les opérateurs savent créer ou s'approprier, leur savoir faire étant à la fois leur moteur et le résultat de cette création ou de cette appropriation.

L'impact que l'on peut attendre de cette avancée législative passe par la mobilisation des opérateurs, et, par voie de conséquence par la compétence mobilisée à cet effet.

Le développement des compétences collectives, c'est-à-dire du management des structures et des équipes, est à l'ordre du jour, corrélativement à celui des compétences techniques et des attitudes professionnelles.

Hors insertion dans un contexte de pilotage collectif, des individus fortement formés et motivés se retrouvent seuls devant la complexité du travail avec les risques de blocages corporatistes afférents qui les protègent.

Un point d'étape devra être fait quand l'essentiel des décrets sera paru et quand on pourra juger des mobilisations institutionnelles.