

LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL : HISTOIRE D'UNE REFONDATION...

Trente ans après la loi de 1975, le secteur social et médico-social se rénove en profondeur. De sa fondation à sa rénovation, quelle histoire ? Quelles évolutions ?

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 a consacré la rupture entre le sanitaire et le social. Elle a organisé pour la première fois l'**offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome**. L'introduction du « **médico-social** » permet tout de même aux établissements sociaux de proposer des prestations de soins.

Face à l'extension du secteur et à ses nombreuses mutations, cette législation deviendra peu à peu obsolète...

... À partir de 1995 une réflexion entre les pouvoirs publics et des acteurs du secteur s'amorce quant à la modernisation de cette législation, jusqu'à l'obtention d'un (relatif) consensus autour de **la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale**.

L'objectif est d'organiser sur un même plan l'ensemble des structures intervenant auprès de publics « fragiles », tout en les invitant à valoriser leurs spécificités. En d'autres termes, il s'agit « de **mettre de la cohérence et du sens** dans le paysage très morcelé du secteur social et médico-social¹ ».

LA « LOI SOCIALE » DE 1975

L'existence du secteur social et médico-social a été consacrée par deux lois du 30 juin 1975, obéissant pourtant à des logiques différentes : la loi n°75-534 dédiée aux personnes handicapées ; la loi « sociale » n°75-535 qui concerne de multiples

¹ BAUDURET Jean-François et JAEGER Marcel, Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation, Dunod, coll. Action Sociale, 2002, p.4

populations (enfants et familles en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité ou d'exclusion)².

La loi sociale est considérée comme fondatrice à un double titre :

- elle symbolise **l'autonomisation** du secteur vis-à-vis du champ hospitalier (déjà initiée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière)
- elle a consacré le secteur social et médico-social comme un ensemble homogène, soumis à **des règles communes**.

Cette unification du secteur s'est opérée par un double mécanisme de régulation :

- **un régime d'autorisation commun**, en remplacement de la procédure déclarative jusqu'alors en vigueur...
- **des conventions collectives agréées préalablement par l'Etat**, du fait de la professionnalisation accrue du secteur et de son financement par les pouvoirs publics.

Ce nouveau régime d'autorisation des établissements apparut d'abord comme stricte et rigide, alors qu'il était d'une relative souplesse :

- aucune planification (offre/besoins) n'avait été instaurée
- la coordination des établissements sous la forme de regroupements ou de conventions n'était qu'une simple possibilité.

Le seul bémol consistait en la consultation d'une commission régionale des institutions sociales et médico-sociales (CRISMS).

1975-1995 : ETENDUE ET MUTATIONS DU SECTEUR...

Entre 1975 et 1995, la loi sociale a été confrontée à de nombreux bouleversements, tant législatifs que sociétaux...

² D'ailleurs, comme la loi de 2002 a réformé celle de 1975, la loi n°75-534 a été récemment réactualisée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Du point de vue législatif, la loi sociale a été progressivement remise en cause, par «la gestion du médico-social par l'hôpital tout d'abord, l'opposabilité des enveloppes ensuite³» :

- Entre 1982 et 1986, avec la **décentralisation**, la politique sociale devient **territoriale et contractualisée**⁴.
- Avec l'ordonnance du 24 avril 1996 (réforme de l'hospitalisation), les établissements de santé peuvent créer et gérer des établissements ou services sociaux et médico-sociaux : **le clivage entre le sanitaire et le social est officiellement effacé.**
- En 1998 et 1999 sont instaurées les **enveloppes financières à caractère limitatif**, s'appliquant depuis 1996 au secteur hospitalier.
- La refonte du Code de la famille et de l'aide sociale, opérée en 1999-2000, se traduit par l'achèvement de la codification⁵ de l'ensemble des lois et règlements, et par le changement de son intitulé : **Code de l'action sociale et des familles (CASF).**

Avec la fin des *Trente Glorieuses*, le contexte socio-économique s'est lui aussi profondément transformé, avec d'importantes conséquences sur le travail social :

- Avec la **crise économique**, le chômage s'impose comme un phénomène d'ampleur, au moment même où se généralisent de nouveaux modes de vie (**urbanisation, consumérisme, individualisme**). Face au délitement du lien social, **l'exclusion** professionnelle peut facilement précipiter l'exclusion sociale (apparition des **nouveaux pauvres**).

«La question sociale s'est donc transférée sensiblement (...) des préoccupations plus traditionnelles d'assistance à des populations très marginales à des **préoccupations d'urgences massives**⁶».

³ BAUDURET Jean-François et JAEGER Marcel, *op.cit.*, 2002, p.39

⁴ CHOPART Jean-Noël (sd), *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Dunod, coll. Action sociale, 2000, p.18

⁵ La codification permet notamment de:

- créer un document unique dans une matière du droit (ici code du social et médico-social)
- rassembler des normes dispersées, législatives ou réglementaires, qu'elle coordonne
- clarifier le droit et l'actualiser en abrogeant les textes obsolètes, incompatibles ou contraires à la

Constitution, aux engagements communautaires ou internationaux

⁶ LOUBAT Jean-René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. Contexte, méthodes, outils*, Dunod, coll. Action sociale, 1997, p.16-17

- Interpellé par ces bouleversements, **le social s'oriente sur de nouveaux terrains** (politique de la ville, développement social,...) **et de nouvelles méthodes** (le **travail en réseau**, la priorité donnée à l'**insertion**⁷, ...).
«On assiste à un mouvement de **spécialisation** des professions sociales. De **nouvelles fonctions** apparaissent sous l'effet de la diversification des missions du travail social (...)»⁸.

Face à ces évolutions multiples, la rénovation de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 s'impose, et ce dès 1995...

1995-2002 : DE LA RENOVATION DU SECTEUR...

De rapports en consultations, il aura fallu sept ans pour que s'opère cette modernisation :

- Différents rapports (IGAS-1995, DAS-1996) mettent en lumière les **insuffisances de la loi sociale** :
 - muette sur le droit des personnes bénéficiaires
 - centrée sur la prise en charge à temps complet
 - manque d'adéquation de l'offre aux besoins (importantes disparités d'équipement selon les départements,...)
 - absence de partenariat organisé entre tarificateurs, entre acteurs, entre tarificateurs et acteurs.
- Le secteur sanitaire ayant désormais la possibilité de gérer des structures relevant de la loi de 1975, les partenaires publics et associatifs souhaitent **réaffirmer et conforter l'identité du secteur social et médico-social**, de ces gestionnaires et de ces professionnels :
 - **25 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux** (32 500, en tenant compte de l'aide à domicile médicalisée)
 - **400 000 salariés et plus d'1 million de personnes bénéficiaires**

⁷ INSERTION = intervention sociale locale et contractualisée en fonction d'un projet précis. Cf. CASTEL Robert, « Du travail social à la gestion sociale du non-travail », in : *Esprit*, n°241, mars-avril 1998, p.39-40

⁸ CHOPART J.-N.(sd), op. cit., 2000, p.19

- **un financement de 15 milliards d'euros** (2001) : 8 milliards d'euros pour la contribution de l'assurance maladie, 1.5 milliards d'euros pour celle de l'Etat, 5 milliards d'euros pour celle des départements⁹.
- un avant-projet de loi (1996) fixe les principales orientations de la réforme, mais ce n'est qu'en 2000 que la question est à nouveau d'actualité. De la mission parlementaire aux nouvelles concertations avec les partenaires syndicaux, professionnels, et représentatifs des usagers, la réforme n'est définitivement adoptée que le 2 janvier 2002.

LA LOI DU 2 JANVIER 2002 : 4 ORIENTATIONS MAJEURES...

Cette loi a pour première caractéristique de reconnaître **davantage de structures comme acteurs essentiels du secteur**, tels que les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les services d'aide à domicile, ou les lieux de vie et d'accueil non traditionnels. Ces nouveaux établissements et services traduisent «l'émergence de nouveaux besoins, l'apparition ou le développement de certaines pathologies», et remédient au fait que « l'étanchéité entre le social et le sanitaire peut constituer un frein à l'innovation et à l'accompagnement décloisonné de certaines catégories de populations (...)»¹⁰.

Alors que la loi de 1975 n'envisageait que la prise en charge à temps complet, les **interventions sociales et médico-sociales** sont désormais officiellement **élargies à l'accueil de jour, l'accueil familial, accueil séquentiel...**

En outre, la réforme constitue une opportunité d'innovation en permettant un certain nombre d'**expérimentations** : activités ou partenariats innovants ; panachage de publics ; dérogation à la tarification en vigueur ; ...

Elle représente également une opportunité de **professionnalisation**, en incitant au développement des formations initiales et continues (en particulier pour les cadres de direction) et des formations conjointes transprofessionnelles.

⁹ BLANC Paul, Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, n°37, 23 octobre 2001, p. 9

¹⁰ BAUDURET Jean-François et JAEGER Marcel, op.cit., 2002, p.212

Globalement, cette première orientation de la loi 2002-02 consiste donc à **élargir le champ d'application du social et médico-social**.

Dans l'objectif d'améliorer les **procédures de pilotage** entre les gestionnaires et l'administration, l'ensemble des dispositifs de planification, d'autorisation, de contrôle ou de tarification devient plus **transparent** et plus **rigoureux**.

Parmi ces dispositifs est affirmée la volonté que les établissements et services s'engagent dans une démarche d'**évaluation** des prestations qu'ils délivrent : le renouvellement de l'autorisation d'un établissement est désormais conditionné par les résultats de l'évaluation.

Troisième orientation, pour organiser une réelle coordination entre les décideurs, entre les acteurs, et entre décideurs et acteurs, sont mises en place des **procédures formalisées de concertation et de partenariats** : conventions, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, groupements de coopération sociale ou médico-sociale,

Quatrième orientation, **le renforcement du droit des personnes prises en charge**. Bien plus que de réaffirmer ces droits, la réforme sociale passe d'une logique de placement, centrée sur la capacité d'accueil de l'institution, à une **logique de prestations de services**, centrée sur la capacité à répondre aux problématiques des usagers. Dans ce sens, elle impose la mise en place dans chaque structure d'un certain nombre d'outils : projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés, contrat de séjour, personnalité qualifiée, conseil de la vie sociale.

En conclusion, **la loi du 2 janvier 2002 traduit et conforte la place nouvelle qu'ont prises les notions de pluridisciplinarité, de réseau, d'évaluation**. Elle reconnaît « **des champs institutionnels visant tout à la fois des interventions de qualité sur des missions spécifiques, et des articulations effectives au service de la personne** dans des perspectives très larges de soins et d'amélioration de la qualité de vie¹¹».

¹¹ MOREL Alain, « Place du secteur médico-social spécialisé dans la prise en charge des addictions », in : BAILY D., REYNAUD M. et VENISSE J.-J., Médecine et addictions, Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005, p.262