

Institutions sociales
et médico-sociales

De l'esprit des lois à la transformation des pratiques

2^e édition

Préface de Pierre Gauthier

Jean-François Bauduret

DUNOD

Photo de couverture : Fotolia © vege

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076668-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

PRÉFACE

JEAN-FRANÇOIS BAUDURET est certainement un des mieux placés pour analyser nos législations sociales et notamment celle issue de la loi du 2 janvier 2002 qui refonde et réorganise notre dispositif social et médico-social, lui qui en a vécu la gestation, puis la discussion et l'adoption (à l'unanimité !), et une bonne part de sa mise en œuvre, d'abord au sein de la même direction (devenue depuis DGAS puis DGCS), ensuite depuis la CNSA.

Cet ouvrage, disons-le d'emblée, donne toutes les clés pour comprendre un secteur depuis toujours complexe – il nous dit pourquoi – la compréhension étant un préalable obligé à l'action ; ce sera un outil de base dans toutes les formations de ce secteur, mais d'abord dans les formations de cadres ; il devrait aussi être proposé à la lecture de nombre d'administrateurs.

À nouvelle édition, préface quelque peu remaniée. Car il s'en est passé des choses depuis cinq ans : en écrivant cela je pense moins à la sortie de textes logorrhéiques, dont la lecture est difficile y compris pour les spécialistes (un grand merci aux talents de pédagogue de J.-F. Bauduret grâce auxquels beaucoup pourront « entrer » dans ces textes) et dont la mise en œuvre sera d'autant plus compliquée qu'il y a moins de monde pour le faire, qu'à la poursuite d'évolutions déjà entamées lors de la rédaction de la première édition. On réalise enfin, par exemple, que les SPASAD peuvent être une réponse pertinente.

La réflexion sur l'avenir des EHPAD semble vraiment, enfin, lancée : sont-ils destinés à devenir, tous, de petits établissements de soins ? Y a-t-il encore une place pour des résidents encore valides ?

L'institution scolaire a fait et fait des efforts évidents pour l'accueil des enfants ayant un handicap : c'est très bien même si on peut, et doit, toujours, faire mieux.

Et puis, comment ne pas saluer le Plan d'action pour le travail social et le développement social adopté en Conseil des Ministres le 25 octobre 2015, débouché logique, inévitable, d'États Généraux laborieux, mais surtout première expression politique d'un gouvernement, dans ce domaine, depuis l'« adresse » de Nicole Questiaux, 33 ans après ! Souhaitons que l'impulsion donnée ne retombe pas avec les alternances.

Témoin privilégié, acteur le plus souvent, spectateur particulièrement attentif maintenant, Jean François Bauduret nous dit tout – ou à peu près tout :

- l'interaction des textes et des pratiques, qui se nourrissent réciproquement ;
- la continuité évidente entre la loi 2002-2 et le volet médico-social de la loi HPST du 21 juillet 2009 ;
- l'insuffisance chronique des moyens des administrations en charge de ce secteur, qui va en s'aggravant, les alternances n'y ont rien changé ;
- mais aussi le cri des usagers et de leurs familles : je pense en particulier aux familles d'autistes, auxquelles nous avons tenté d'apporter une première réponse avec la circulaire signée par Simone Veil le 27 avril 1995 ; dix-sept ans et plusieurs plans autisme plus tard, ce cri est plus fort que jamais ;
- mais encore les difficultés récurrentes rencontrées pour la prise en charge des adolescents connaissant des troubles psychiques : Jean François Bauduret ne cache pas son pessimisme, que je ne peux que partager.

L'ouvrage souligne avec pertinence, dès son chapitre 2, les quatre maillons forts et les quatre maillons faibles du dispositif organisé par la loi 2002-2.

J'insisterai sur les quatre maillons faibles car c'est là qu'il faut faire porter nos efforts et c'est là qu'il faudrait, qu'il faudra prendre des décisions politiques :

- l'évaluation de la qualité est désormais en marche : rien ne l'arrêtera car nul ne peut soutenir que toutes les prises en charge et tous les modes d'organisation se valent ; mais ce n'est pas qu'un problème technique, assez complexe du reste : personne, ni aucune corporation, n'aime qu'on ouvre les « boîtes noires ». Toujours est-il qu'elle entre, maintenant, pleinement dans les mœurs et pratiques ;
- le chapitre sur les systèmes d'information dit l'essentiel avec une certaine force : c'est un point fondamental sur lequel nous avons reculé ces dernières années ;
- peut-on faire de la planification, même souple, sans un système d'information digne de ce nom ?
 - il est incontestable qu'on marque le pas sur l'organisation de l'offre (de services et d'établissements) même si, contrairement à ce que beaucoup craignaient, et il faut insister là-dessus, la décentralisation n'a pas creusé les disparités territoriales de cette offre, au contraire. Je crois qu'il faut saluer l'effort des Conseils Généraux à qui certains reprochent maintenant d'avoir créé les postes sans lesquels les dévolutions de compétences n'auraient pas eu grand sens ;

- toute planification n'est-elle pas mission impossible tant qu'on n'a pas d'outil fiable d'appréciation fine des besoins dans leur infinie diversité mais surtout tant qu'on n'a pas des idées claires, autant que possible consensuelles, sur les réponses à donner à ces besoins ;
- on parle souvent d'une décentralisation inachevée ; en réalité le système mis en place par la loi particulière du 6 janvier 1986 est tellement marqué par la défiance, la frilosité et plus encore la méconnaissance au plan central de ce qui se fait dans les départements, et donc verrouillé, qu'on peut se demander si on n'est pas en présence d'une fausse décentralisation, ayant transféré la gestion de mauvais risques à des fonctionnaires élus, chargés d'équilibrer cette gestion. Jean François Bauduret, qui fut un Haut Fonctionnaire loyal, et optimiste, se demande au chapitre 9 si on ne frise pas l'imposture dans ce domaine : pour ma part j'enlève les guillemets qu'il met à son propos ;
- ceci étant dit la logique de ce qui a été entrepris conduirait à mettre en œuvre le rapport Briet-Jammet pour mettre fin à un invraisemblable système de cofinancement et de co-pilotage : je crains que personne n'en ait vraiment envie, pas plus les associations (qui savent que le rapport de force leur est plus favorable au plan national) que les élus locaux (échaudés par les précédents transferts de compétences). Sommes-nous donc condamnés à gérer la complexité ? c'est malheureusement à craindre.

Pour autant, et s'il ne tait aucun des problèmes encore mal résolus, l'ouvrage de J.-F. Bauduret est un ouvrage délibérément et légitimement optimiste.

D'abord parce que l'auteur appartient à une génération qui a connu l'« avant », l'ancien, les foyers de l'enfance hospitaliers, les hospices semi-valides et invalides, les services dits de « défectologie », les grands internats, les gros, les énormes hôpitaux psychiatriques, et ces visions d'horreur que nous rapportions de nos sorties de terrain quand j'étais à la DRASS d'Auvergne.

J'ai trouvé par hasard chez un bouquiniste les mémoires de l'abbé Lucien Oziol, connu pour avoir implanté en Lozère un secteur médico-social à l'évidence sur-dimensionné pour les besoins locaux – pour nous l'archétype de ce qu'il ne fallait pas faire, sauf que son « succès » a répondu à des situations de détresse et de misère auxquelles on n'offrait pas de réponse. Et peut-on le dire à l'imparfait ?

La création du secteur social et médico-social consécutif à la loi du 30 juin 1975 – favorisée aussi par les programmes d'humanisation, la mise en place d'un véritable appareil de formation pour les intervenants, et des financements non négligeables – a permis de transformer de façon radicale une situation peu glorieuse, parfois carrément honteuse. La situation actuelle n'a – sauf exceptions – que peu de rapports avec ce que nous

avons découvert, avec une génération de fonctionnaires engagés au bon sens du terme, il y a une quarantaine d'années.

C'est un progrès collectif auquel beaucoup ont pris part. Il est clair que le travail n'est pas terminé, et nous voulons tous le meilleur : nos niveaux d'exigences s'élèvent inévitablement et les conceptions dominantes ont évolué, au plan national et international.

L'accent est mis désormais sur l'inclusion sociale, l'accessibilité, l'accompagnement, mais on sait bien qu'il ne peut y avoir d'inclusion, bien souvent, sans de véritables prothèses sociales. J'ajoute ma conviction profonde que nous aurons toujours besoins d'internats – souples et de bonne qualité s'entend – et d'institutions.

Jean François Bauduret est habité par la conviction que nous continuerons à faire toujours mieux, et je le suis volontiers dans cette approche optimiste mais jusqu'à un certain point seulement sur quelques sujets qui ne sont pas purement techniques :

- par exemple si je suis assez sensible à son plaidoyer pour la procédure de l'appel à projet, je reste plus que jamais, et ayant eu à l'affronter en qualité de « promoteur », très sceptique sur la valeur ajoutée de cette procédure venue d'ailleurs ;
- par exemple encore, je suis, d'expérience, également très sceptique devant la mode des « filières », « parcours » plus ou moins organisés, réseaux et autres dispositifs de coordination qui conduisent trop souvent à gaspiller un temps précieux d'intervenants de terrain pour un résultat toujours – sauf exception bien sûr – très décevant : la coordination, nous dit avec son froid réalisme la Cour des Comptes, ça ne marche pas. Il reste que les divers outils de coopération inventés par le législateur (GCSMS notamment) sont nécessaires et adaptés : c'est par ce biais-là que les complémentarités peuvent s'organiser. Par contre le discours en langue de bois sur les filières et les parcours n'est qu'un leurre qui permet de mal camoufler l'absence de décisions politiques par rapport au « millefeuille » maintes fois dénoncé qui est le caractère premier de nos institutions sociales.

J'ai un peu plus du mal à le suivre, enfin, sur la question emblématique du service public : un faux problème, expédié lors de l'adoption de la loi 2002-2 avec le rejet en commission de l'« amendement Carvalho » ? L'argumentation développée alors par le gouvernement, et que connaît bien J.-F. Bauduret s'appuyait sur les différences, incontestables, de fonctionnement entre un hôpital et un établissement médico-social, mais elle s'en tenait à une approche à la fois traditionnelle et sommaire du service public et de ses fonctions. Nous sommes quelques-uns à penser qu'avec une rédaction plus claire et contemporaine de celles-ci, on constaterait qu'une partie au moins du secteur social et médico-social remplit bien une mission de service public. Et le rapprochement à l'œuvre des deux secteurs n'a pas encore développé toutes ses conséquences. Pour moi le débat n'est pas clos.

Ancien haut fonctionnaire, J.-F. Bauduret a une conception exigeante du devoir de réserve auquel sont tenus ceux-ci, ce qui l'empêche d'aller jusqu'au bout de certains développements, ce à quoi, passé depuis maintenant quelques années de l'autre côté, je peux m'aventurer :

- pourquoi ne pas dire qu'il y a maintenant de la part de l'administration une utilisation abusive de procédures présentées comme contractuelles et qui ne le sont pas vraiment ?
- pourquoi ne pas dire, et c'est tant mieux, que la CNSA a pris la suite opérationnelle de l'ex-DAS puis DGAS, désormais DGCS, avec des moyens multipliés par 10 ou 15 ?
- la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur la qualité des soins et les droits des usagers du système de santé suit de deux mois la loi 2002-2 et son volet sur les droits des usagers, sans qu'il y ait eu de réelle concertation entre les porteurs de ces textes : pourquoi ne pas dire que deux directions d'un même ministère se parlent peu, parce que porteuses de cultures différentes et enfermées dans des relations privilégiées pour ne pas dire exclusives avec leurs réseaux respectifs ?
- l'opposabilité des enveloppes budgétaires et maintenant de l'ONDAM n'a été acquise difficilement qu'après une longue guérilla entre l'administration et les fédérations d'établissements longtemps enfermées un déni de principe de la crise du financement de la protection sociale.

Et maintenant ? La mise en œuvre de la loi de 2002 amendée en 2009 se poursuit. Et le débat collectif va aussi se poursuivre, et c'est souhaitable. Sur quoi va-t-il porter ?

- en premier lieu, et enfin, à la lumière du très important rapport de Laurent Vachey et d'Agnès Jeannet, sur la réforme des modes d'allocation des ressources, articulée inévitablement avec la prise en compte de la qualité. Nous y arrivons, avec SERAFIN-PH ;
- en deuxième lieu sur la question dite de la « désinstitutionnalisation », poussée par les positions adoptées par le Conseil de l'Europe et par plusieurs instances de l'Union Européenne, non dépourvues d'arrière-pensées budgétaires ;
- enfin sur la recomposition du secteur : sa fragmentation en 20 000 à 30 000 établissements et services gestionnaires n'est plus tenable, et l'accusation de gérontocratie fait mal. Si les outils de coopération, détaillés par J.-F. Bauduret, ne sont pas mis à profit comme il convient, des mesures beaucoup plus contraignantes seront inévitablement prises par les décideurs-financeurs...

Montauban, le 13 février 2017

Pierre Gauthier

Ancien directeur de l'Action sociale,
ancien président de l'UNAFORIS

SOMMAIRE

<i>PRÉFACE</i>	III
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

L'HISTOIRE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

1. La constitution d'une identité par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales	6
2. L'unification de la diversité : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	19
3. Une nouvelle gouvernance pour le secteur social et médico-social	32
4. Les principales évolutions du cadre législatif à partir de 2015	53
5. Croisements et correspondances des législations sociales	76

DEUXIÈME PARTIE

LA TOPOGRAPHIE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

6. Identité et diversification du secteur social et médico-social	87
7. Barrières, fragmentations, coupures et autres cloisonnements	103
8. Vieillesse et handicap	116
9. Les imperfections de la décentralisation	130
10. Les créations d'agences nationales : de nouveaux opérateurs visant à instiller de la cohérence dans un paysage parcellisé	150

TROISIÈME PARTIE

PERSPECTIVES ET PROSPECTIVES

11. Améliorer la qualité des prestations délivrées : trois démarches à faire converger	185
12. Améliorer la qualité des organisations des dispositifs d'offre : trois composantes à prendre en compte	206
<i>CONCLUSION</i>	256

ANNEXES

1. La construction de la loi du 2 janvier 2002	263
2. Petite chronique de la discussion parlementaire sur la loi HPST	271
3. Le rapport IGF/IGAS d'octobre 2012	285
4. Le plan national de prévention de la perte d'autonomie	293
5. Maladie mentale/handicap psychique	297
6. « Tribune libre I » : le mécanisme du bouc émissaire	308
7. « Tribune libre » II : Régionaliser l'action sociale et médico-sociale	313
<i>GLOSSAIRE</i>	318
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	323
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	327

INTRODUCTION

LE SECTEUR SOCIAL et médico-social est en situation d'évolution permanente. Nul doute que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a réorganisé en profondeur l'architecture et les modes de fonctionnement du dispositif.

Mais plus de quinze ans se sont écoulés depuis la promulgation de cette loi, et, inlassablement, le flux des réformes législatives et réglementaires s'est poursuivi, au point de modifier plus encore les règles du jeu et de transformer plus avant les rôles et places de chacun des acteurs et décideurs.

Désormais des tendances lourdes et irréversibles s'affirment avec de plus en plus de clarté. Elles sont pour une large part consacrées par nos législations sociales. Elles ont pour noms : droits et citoyenneté de la personne vulnérable, bientraitance et qualité des accompagnements, inclusion forte en milieu social ordinaire, personnalisation des réponses aux besoins individuels, rationalisation et efficience de l'organisation et de la gestion d'un dispositif, régulations rigoureuses des ressources.

Mais notre dispositif d'offre reste toujours largement perfectible :

- sa gouvernance, fortement écornée par une décentralisation approximative, manque de lisibilité et d'efficacité ;
- de forts cloisonnements entravent toujours la fluidité de circulation des usagers sur des sentiers labyrinthiques d'un secteur encore très atomisé ;
- si les continents du sanitaire et du social se sont fortement rapprochés au plan législatif, la coupure entre les deux cultures (et les appareils de formation) est toujours très présente dans les représentations et comportements des divers acteurs et de bon nombre de décideurs ;
- l'organisation des accompagnements des personnes en manque et en perte d'autonomie connaît des distorsions très accusées en fonction de l'âge des sujets concernés ;
- des réformes importantes restent à conduire, notamment en matière de tarifications ou de construction de systèmes d'information performants éclairant les politiques menées et les stratégies des acteurs.

En écrivant, avec Marcel Jaeger, un premier ouvrage¹ principalement dédié aux origines et aux enjeux de la loi dite « 2002-2 » nous avons tenté de valoriser les apports de cette réforme pour redynamiser un secteur à la recherche d'une nouvelle dynamique.

Outre le fait que cette législation a dévoilé, à l'épreuve du temps, certaines insuffisances, il nous paraît aujourd'hui nécessaire de changer de focale, en adoptant « un objectif grand angle », tant il devient opportun de réévaluer les enjeux des politiques à conduire et de revisiter les pratiques des pouvoirs publics comme celles des institutions.

Nous tenterons ici de retracer tout d'abord quelques points d'histoire et de géographie du secteur social et médico-social. Nous tenterons de dépasser la simple description des dispositifs en nous efforçant de retracer les raisons de leur apparition, les problèmes à résoudre et les incidences, positives ou négatives, des organisations retenues.

L'histoire du secteur passe aussi (mais pas seulement) par l'évolution de sa législation : 1975, 2002 et 2009 sont trois moments importants de sa structuration. Une attention particulière sera portée au volet social et médico-social de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 : nous lui consacrerons un chapitre entier ainsi qu'une annexe retraçant la teneur des débats parlementaires.

Dans cette seconde édition, nous consacrerons un nouveau chapitre à l'analyse des principales législations intervenues à partir de 2015, au regard de leur impact, conséquent, sur le secteur social et médico-social, plus particulièrement la loi de décembre 2015 relative au financement de la sécurité sociale de 2016, la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », ainsi que la loi « santé » de février 2016.

Ce secteur se définit aussi par sa géographie. C'est pourquoi nous nous livrerons, sans concessions, à une exploration topographique de ce paysage singulier où se conjuguent fragmentations, cloisonnements et complexités.

Enfin, nous nous risquerons, au sein des deux derniers chapitres, à ouvrir des perspectives et à faire œuvre prospective, notamment en traçant six principales voies d'amélioration du dispositif, toutes de nature à favoriser les divers versants de l'amélioration de la qualité, qu'il s'agisse des interventions directement déployées auprès des publics vulnérables concernés ou de l'organisation même des dispositifs d'offres.

À cet égard, cette nouvelle édition consacre de nouveaux développements sur la décentralisation, les insuffisances des articulations entre le sanitaire et le social, sur la politique conduite en direction des personnes handicapées psychiques, sur les nouvelles actions pilotées par la CNSA, l'ANESM, l'ANAP et l'ANCREAI et le réseau des CREAI, sur la nécessité de promouvoir des plateformes de services, sur les nouvelles

1. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Dunod, 2^e éd., 2005.

évolutions tarifaires et la récente démarche dénommée « SERAFIN-PH », sur la formation des travailleurs sociaux, sur la gouvernance des opérateurs et sur le rôle de l'encadrement dans les établissements et services.

Comme souvent, les constats sont assez simples à établir mais les réponses pertinentes sont autrement plus ardues à concevoir et surtout, au vu de multiples résistances rencontrées à tous les niveaux, à mettre en œuvre avec succès.

*

En clôture de son roman *Août 14*, Alexandre Soljenitsine écrivait : « L'iniquité n'a pas commencé avec nous, et ce n'est pas nous qui y mettrons fin. »

Certes, mais ce constat ne doit pas nous conduire à rester les bras croisés : la lutte permanente contre les insuffisances, les imperfections, voire les carences de l'organisation et des pratiques de nos politiques sociales et médico-sociales doit être le souci de chacun, acteurs et décideurs...

PARTIE 1

L'HISTOIRE DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Une identité et des pratiques façonnées
par plus de quarante ans d'évolutions législatives
et réglementaires permanentes

À L'ÉVIDENCE, le secteur social et médico-social ne s'est pas exclusivement construit à partir des lois successives qui l'ont organisé : le mouvement associatif, l'action des divers organismes gestionnaires concernés, les pratiques des professionnels qui exercent dans plus de trente mille établissements et services ne sont pas pour rien dans sa structuration.

Il n'en est pas moins vrai que les diverses lois qui se sont succédé ont largement contribué à sa construction. Cette première partie de l'ouvrage privilégie trois législations, celles de 1975, de 2002 et de 2009. Ces trois lois ont en effet tiré les conséquences de l'état d'évolution du secteur et souvent acté *a posteriori* de pratiques nouvelles jusqu'alors non prises en compte par le législateur : en cela, ces législations sont le reflet des réalités en vigueur sur le terrain. Mais lesdites lois créent dans le même temps des dispositifs nouveaux, qui rencontrent parfois les réticences, voire les oppositions, des organisations représentant le secteur en ce qu'elles provoquent ou accélèrent des évolutions parfois inéluctables et souvent utiles à l'intérêt général et qui, le temps passant, sont reconnues comme telles par une large majorité des acteurs.

Si 1975, 2002 et 2009 correspondent à trois temps forts dans l'histoire de notre dispositif social et médico-social, il convient d'insister dès à

présent sur le fait que nous avons assisté et continuerons d'assister à un mouvement continu de réformes, venant sans trêve façonner le secteur. Il s'agit là de ce que Jean-Yves Barreyre qualifie de révolution douce :

« La révolution douce introduit [...] sur le terrain de l'action sanitaire et sociale l'expérience du paradoxe continu : tout est comme avant mais tout a changé et changera encore¹. »

Examinons donc la nature des changements opérés par les trois lois précitées et tentons d'en tirer quelques conséquences tout au long du présent ouvrage.

1. Pour une nouvelle politique de santé publique, in *Revue Vie Sociale* 2012.

Chapitre 1

LA CONSTITUTION D'UNE IDENTITÉ PAR LA LOI DU 30 JUIN 1975 RELATIVE AUX INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES¹

PARADOXE DES ORIGINES : LA LOI HOSPITALIÈRE DE 1970 MARQUE LA NAISSANCE DE LA LOI SOCIALE DE 1975

C'est en effet la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome.

Cette législation a, en effet, posé le principe du recentrage de l'hôpital sur ses seules activités sanitaires, tirant ainsi les conséquences d'une absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social des enfants de l'aide sociale à l'enfance, des enfants handicapés ou inadaptés, des personnes âgées et des adultes handicapés.

1. Les quelques développements qui suivent sont la transposition de certains éléments du chapitre 2 de *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2005.

Toutefois le législateur de 1970 se devait de prendre en compte le fait que l'hôpital gérait à l'époque de nombreux foyers et hospices accueillant ces publics fragiles, mais qui ne relevaient pas d'une prise en charge sanitaire. C'est pourquoi l'article 30 de la loi de 1970 disposait que l'hôpital pouvait, à titre transitoire, continuer à assurer des activités ne concernant pas le service public hospitalier, lequel était dorénavant rigoureusement redéfini et circonscrit. Par ailleurs, l'article 51 de cette même loi prévoyait que la législation hospitalière ne resterait applicable aux hospices et foyers que jusqu'au 31 décembre 1972, date à laquelle un décret – qui ne fut jamais pris – devait déterminer la liste des établissements à caractère social qui devaient sortir du giron hospitalier en autonomisant leur création et en précisant leur mode de gestion et le statut de leur personnel.

Cette période transitoire a été prorogée à trois reprises : le délai fut d'abord porté au 31 décembre 1973, puis au 31 juillet 1974 et enfin, au 31 décembre 1975.

Entre-temps, les pouvoirs publics avaient jugé préférable de substituer au décret prévu par la loi de 1970 une loi organisant un cadre spécifique dédié au seul secteur social et médico-social.

LES TROIS GRANDS PRINCIPES DE LA LOI DE 1975

Trois mots peuvent qualifier les objectifs de cette loi : *autonomie, unification et souplesse*.

Ainsi, la première caractéristique de cette législation est de consacrer définitivement l'autonomie du secteur social et médico-social en coupant le cordon ombilical qui le liait au champ hospitalier. L'article 1^{er} de la loi définit les missions imparties aux institutions sociales et médico-sociales gestionnaires des établissements dont la liste est détaillée à l'article 3. C'est la loi de 1975 qui introduit la notion nouvelle de « médico-social » : l'autonomie du secteur postulait en effet la possibilité de médicaliser les établissements sociaux, l'indépendance impliquant la polyvalence et donc la possibilité de délivrer des prestations de soins, certes non prévalents, mais toutefois nécessaires à la cohérence de prises en charge globales et adaptées. C'est elle encore qui crée par son article 5 les sections de cure médicale au sein des maisons de retraite, permettant ainsi l'accueil des personnes âgées dans de véritables lieux de vie qui leur sont destinés, au sein desquels s'organisent des soins coordonnés.

Plus généralement, c'est l'article 27 qui autorise, selon des formules forfaitaires, la médicalisation des établissements définis à l'article 3.

Par ailleurs, l'article 19 rend obligatoire la personnalisation des établissements sociaux et médico-sociaux publics dans un délai de dix ans, dès lors que ces établissements comportent une capacité conséquente : celle-ci fut fixée par décret à deux cents places, conformément au souhait initial