

# La nouvelle régulation du dispositif social et médico-social : une transposition du dispositif hospitalier ?

**Maxence Cormier**

Directeur juridique de l'Aide aux urémiques chroniques de Bretagne, maître de conférences associé en droit public à l'Institut d'études politiques de Rennes

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est présentée comme la grande réforme de la loi du 30 juin 1975 [3, 10]. On pourrait donc s'attendre à ce que le nouveau dispositif de régulation des établissements sociaux et médico-sociaux soit réellement novateur. Or, il n'en est rien.

D'abord, parce que cette loi reprend purement et simplement de nombreuses dispositions de la loi du 30 juin 1975 et de la partie législative du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et que, sur certains points, elle poursuit la réforme de la loi de 1975 engagée en 1998, 1999 et 2001. Ensuite, parce que lorsqu'elle ne reprend pas des articles préexistants, elle se borne à adapter, voire à transposer sans aménagements, en matière sociale et médico-sociale, le dispositif de régulation existant en matière hospitalière.

Les influences réciproques du droit hospitalier dans le champ social et médico-social et du droit des établissements sociaux et médico-sociaux dans le champ hospitalier sont déjà anciennes. Il est ainsi classique de rencontrer dans les lois et les ordonnances hospitalières (notamment dans les lois hospitalières du 31 décembre 1970 et du 31 juillet 1991, dans les ordonnances du 24 avril 1996, et plus récemment dans les lois du 27 juillet 1999 et du 4 mars 2002) des dispositions relatives au secteur social et médico-social (la réforme des comités régionaux d'organisation sanitaire et social — Cross — et la gestion de services et d'établissements sociaux et médico-sociaux par des établissements de santé, par exemple). De même, certaines mesures applicables au secteur social et médico-social ont été reprises en matière hospitalière (les premiers plans et schémas, par exemple). En outre, il convient de souligner qu'un certain nombre de textes législatifs publiés depuis 1975 comportent à la fois un volet hospitalier et un volet social et médico-social. Il suffit de penser aux lois portant diverses mesures sanitaires, sociales et médico-sociales et, depuis 1996, aux lois de financement de la Sécurité sociale.

Cette interaction de la législation hospitalière et de la législation sociale et médico-sociale peut d'ailleurs parfois s'analyser en une véritable unification du droit en matière sanitaire, sociale et médico-sociale. L'unité

des droits des patients inscrits dans la loi du 4 mars 2002 et des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux en offre une excellente illustration (lire sur ce point page 52, A. de Crevoisier). À tel point que l'on peut regretter que le gouvernement et le législateur de l'époque n'en aient pas profité pour publier une grande loi sur ces droits.

Néanmoins, si les influences réciproques sont anciennes, la réforme du 2 janvier 2002 va plus loin car il est certain que, tant par la méthode utilisée que par l'importance des transpositions, cette loi marque une très forte unification du droit. C'est pourquoi seront successivement examinées la transposition des instruments juridiques du droit hospitalier en matière sociale et médico-sociale, qui conduit à une unification des droits sanitaire, social et médico-social, et la transposition du critère fonctionnel du droit hospitalier au domaine social et médico-social, qui conduit à une unification du droit des établissements sociaux et médico-sociaux.

## L'unification des droits sanitaire, social et médico-social

Cette unification des instruments juridiques de régulation des établissements sociaux et médico-sociaux est directement le résultat de la transposition des instruments traditionnels de régulation du secteur hospitalier (planification, autorisations, contractualisation, évaluation externe) — la transposition allant parfois jusqu'à la reprise pure et simple du régime juridique — dans le secteur social et médico-social et de l'utilisation commune des mêmes instruments juridiques (on pense notamment aux instruments de coopération). Néanmoins, il faut souligner que le gouvernement — suivi en cela par le législateur — a sur certains points aménager le dispositif hospitalier aux spécificités du secteur social et médico-social.

## La transposition des instruments de régulation hospitaliers

Si certains instruments juridiques d'intervention de la puissance publique — comme les autorisations et les schémas — ne sont pas nouveaux dans le champ social et médico-social, il convient de remarquer qu'ils ont été largement réformés pour s'aligner sur le dispositif existant en matière hospitalière. Le législateur reprend ainsi les instruments mis en place en juillet 1991 et en avril 1996 : une planification opposable, un régime d'autorisation plus contraignant, une évaluation externe opposable et un contrôle renforcé.

## Une reprise du dispositif d'autorisation et de planification hospitalier

Sur le modèle du schéma d'organisation sanitaire (SOS) créé par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et modifié par l'ordonnance du 24 avril 1996 comme par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale (SOSMS) sont en réalité le produit de la fusion de la carte sanitaire et du schéma d'orga-



## Rénovation de l'action sociale et médico-sociale

nisation sanitaire. En effet, l'article L. 312-4 du CASF prévoit qu'ils sont créés pour cinq ans (en cohérence avec le SOS) et qu'ils :

- apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale, et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ;
- précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du Code de la santé publique (CSP).

Ces SOSMS sont donc à la fois des instruments de planification quantitative et de planification qualitative.

En outre, sur le modèle de l'annexe du SOS, l'avant-dernier alinéa de l'article L. 312-4 du CASF prévoit que le SOSMS comporte un « document annexé » qui « peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer » afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis dans le SOSMS. L'article L. 312-5 du CASF prévoit ensuite le cadre géographique de ces SOSMS. Ce cadre géographique n'est pas unique, la loi instituant plusieurs SOSMS : des schémas nationaux et deux schémas départementaux (l'un pour les services et établissements relevant de la compétence de l'État et l'autre pour les services et établissements relevant de la compétence du conseil général). Il est également prévu d'établir des schémas régionaux qui seront la « synthèse » des schémas établis par l'État à l'échelon départemental.

Cette planification est, comme en matière hospitalière, liée à un nouveau régime d'autorisation. Reprenant très largement le régime juridique des autorisations hospitalières, la loi du 2 janvier 2002 prévoit que les autorisations des services et établissements sociaux et médico-sociaux seront délivrées pour une durée déterminée (quinze ans) et qu'elles seront renouvelables. Ces autorisations devront être sollicitées par les promoteurs pour toutes création, extension ou transformation d'un service ou d'un établissement. Afin de comparer les demandes et pour tenir compte du contingentement des lits et places, ces demandes devront être déposées auprès de l'autorité compétente (préfet et/ou président du conseil général) au cours de « fenêtres d'autorisations ». Les conditions auxquelles sont désormais soumises les autorisations du secteur social et médico-social sont très proches de celles prévues en matière hospitalière par l'article L. 6122-2 du CSP. Ainsi, selon l'article L. 313-4 du CASF, l'autorisation initiale ne peut être accordée que si le projet :

- est compatible avec les objectifs et répond

aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le SOSMS ;

- satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par la loi du 2 janvier 2002 et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information ;

● présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ;

- présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations financières.

En outre, il est précisé, comme en matière hospitalière, que l'« autorisation ou son renouvellement peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies ».

En revanche, les conditions de renouvellement des autorisations sociales et médico-sociales sont très différentes de celles posées en matière hospitalière. En effet, dans le secteur social et médico-social, le renouvellement est tacite sauf si l'administration décide au moins un an avant le terme de cette autorisation, au seul vu du résultat de l'évaluation externe, que l'établissement ou le service doivent en faire la demande.

### Une reprise des obligations d'évaluation

La loi du 2 janvier 2002 crée une double obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une évaluation « interne » réalisée tous les cinq ans par l'établissement ou le service, et une évaluation « externe » réalisée deux fois par période de quinze ans par un « organisme extérieur habilité ». En outre, cette loi institue des liens étroits (beaucoup plus étroits qu'en matière hospitalière) entre ces deux catégories d'évaluation et le reste du dispositif de régulation de l'activité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. Les « démarches d'évaluation » doivent ainsi être prévues par les promoteurs pour obtenir l'autorisation initiale. Au surplus, un projet de décret sur les autorisations prévoit que, en cas de dotations financières insuffisantes, le classement des demandes d'autorisation sera effectué à titre principal par rapport à des critères liés au SOSMS et à son annexe et, à titre subsidiaire, « par rapport au degré de précision de l'organisation proposée par le projet pour mettre en œuvre les dispositifs d'évaluation ». En outre, aux termes de l'article L. 313-1 du CASF, le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation est « exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe ». Le législateur s'est donc inspiré de ce qui existe en matière hospitalière. Néanmoins, il existe de sérieuses différences entre l'accréditation et l'évaluation externe. En premier lieu, alors que l'accréditation est réalisée par un organisme unique à l'échelon national (l'Anaes), l'évaluation externe dans le domaine social et médico-social sera réalisée par des organismes habilités. En second lieu, l'accréditation et l'évaluation externe n'ont pas, en l'état actuel du droit, les mêmes

conséquences juridiques. Peu nombreuses en matière hospitalière, elles sont en revanche très importantes en matière sociale et médico-sociale dans la mesure où le renouvellement des autorisations est exclusivement lié au résultat de l'évaluation.

#### **Un renforcement des pouvoirs de contrôle**

Poursuivant la démarche de renforcement des compétences et des pouvoirs de contrôle des services déconcentrés de l'État engagée en matière sanitaire depuis la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle sanitaire des produits destinés à l'homme, la loi du 2 janvier 2002 précise les compétences de l'État et du conseil général en matière de contrôle technique et les pouvoirs des fonctionnaires et des agents de l'État dans le cadre du contrôle de la protection des personnes prises en charge dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux.

Cette réforme législative conduit, comme en matière sanitaire, à un renforcement des pouvoirs de contrôle. Mais le législateur ne s'est pas limité à transposer les instruments juridiques du droit hospitalier en matière sociale et médico-sociale. Il a su les aménager.

#### **L'aménagement des instruments de régulation hospitaliers**

Afin de tenir compte des spécificités du secteur social et médico-social et en particulier du nombre des structures (entre 25 000 et 28 000) et de la petite taille d'un grand nombre de ces structures, le législateur a, comme il a été vu précédemment, aménagé le régime des autorisations, de la planification et des évaluations. Il a procédé aux mêmes aménagements en matière de coopération et de contractualisation.

#### **Un contrat pluriannuel facultatif**

Sans aller, comme en matière hospitalière, jusqu'à imposer la signature d'un contrat pluriannuel avec toutes les personnes physiques ou morales gestionnaires d'un service ou d'un établissement social ou médico-social, le législateur a prévu la possibilité de la conclusion d'un tel contrat. Ce contrat pluriannuel facultatif n'est sans doute qu'une première étape. Il est très probable qu'il deviendra à moyen terme obligatoire afin de favoriser la mise en œuvre des objectifs du SOSMS et le développement des coopérations sociales et médico-sociales.

#### **L'aménagement des instruments de coopération**

L'un des objectifs majeurs de la réforme du 2 janvier 2002 est le développement de la coopération dans le champ social et médico-social [14]. L'article L. 312-7 du CASF détaille ainsi les instruments de coopération propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et ceux qui sont également ouverts aux établissements de santé. Cette coopération dépasse les clivages traditionnels. En effet, la loi du 2 janvier 2002 permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, dans les limites de leur spécialité, de conclure avec des établissements de santé des conven-

tions de coopération et de constituer avec ces mêmes établissements des syndicats interhospitaliers et des groupements d'intérêt public. De la même manière, elle autorise les établissements de santé à recourir aux instruments de coopération propres au secteur social et médico-social [2, 6].

En effet, la loi du 2 janvier 2002 crée deux instruments de coopération propres au secteur social et médico-social calqués sur ceux qui existent depuis 1970 et 1996 en matière hospitalière. L'article L. 312-7-3<sup>o</sup> du même code permet ainsi la création de syndicats inter-établissements et de groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Dans le cadre de cette réforme, le législateur ne s'est pas borné à transposer certains instruments de la législation hospitalière, il a également utilisé la même méthode.

#### **L'unification du droit des établissements sociaux et médico-sociaux**

La loi du 2 janvier 2002 poursuit l'œuvre d'unification du droit initiée dans les précédentes réformes législatives de la loi de 1975. Cette unification est rendue possible par l'extension de la notion d'établissement ou de service social et médico-social. Néanmoins, il faut relever que cette unification n'est pas totale.

#### **La notion d'établissement et de service sociaux et médico-sociaux**

Afin d'unifier le régime juridique applicable aux établissements hospitaliers publics et privés et de renforcer sensiblement le contrôle de l'administration sanitaire, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a créé la notion d'établissement de santé [5]. Une approche matérielle et fonctionnelle de la notion d'établissement de santé a ainsi permis de créer une notion fédérative et d'unifier très largement le régime juridique applicable à ces établissements. La loi du 2 janvier 2002 procède de la même manière en retenant également une approche matérielle et fonctionnelle de la notion d'établissement social et médico-social.

#### **Une notion fédérative**

Le législateur exclut toute approche organique et choisit de consacrer la définition matérielle et fonctionnelle du service et de l'établissement sociaux et médico-sociaux proposée par le juge administratif dans sa jurisprudence sur les maisons de retraite<sup>1</sup>. Cette approche matérielle et fonctionnelle de la notion d'établissement social ou médico-social a également été adoptée par le ministère de la Santé<sup>2</sup>.

Le législateur donne une définition du service et de l'établissement sociaux et médico-sociaux à l'article L. 312-1 du CASF. Sur cette base, on peut qualifier de service ou d'établissement social ou médico-social, la structure matérielle de prise en charge qui assure certaines des missions légalement définies à l'article L. 312-1 du CASF, dans le respect de conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement

1. CE, 29 décembre 1995, *département du Nord c/ Debaillie*, Rec. p. 461, RD sanit. soc. 1996. 381, obs. J.-M. Lhuillier et RD sanit. soc. 1996. 604, note X. Prétot ; CE, 29 décembre 1995, *SCI Résidence et services- association « Gere home »*, req. n° 145008 ; CAA Lyon, 29 octobre 2000, *M. Patrick Caradec*, req. p. 96LY01118 ; CAA Marseille, 18 novembre 1997, *SARL La Désirade*, req. n° 96MA11461 ; CE, 16 octobre 1998, *SARL Société rhodanienne d'intendance et de services*, req. n° 171017 ; CAA Douai, 15 février 2001, *SCI Les Orchidées*, req. 98DA00377 ; CAA Lyon, 25 octobre 2001, *SNC Résidence club 3<sup>e</sup> âge l'Ermitage*, req. n° 97LY00610.

2. Voir notamment : lettre 18 juillet 1995 relative au statut juridique des résidences pour personnes âgées, BOH 11 janvier 1996, n° 95/50, lettre du 31 juillet 1995 relative à la situation d'une résidence pour personnes âgées ou handicapées, BOH 11 janvier 1996, n° 95/50 et lettre du 6 novembre 1995 relative à la situation de la résidence pour personnes âgées, BOH 11 janvier 1996, n° 95/50.



définies par décret et d'un certain nombre de principes fondamentaux. Cette structure peut être indifféremment gérée par une personne publique ou par une personne privée.

Le législateur a élargi le champ des missions de ces établissements (article L. 312-1-I du CASF) pour y intégrer un maximum de structures qui, jusqu'alors, n'avaient pas la qualité de service ou d'établissement social ou médico-social. Ainsi, outre les établissements déjà visés par la loi du 30 juin 1975, sont désormais qualifiés d'établissements sociaux ou médico-sociaux :

- les services pour personnes âgées qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- les services pour adultes handicapés ou pour personnes atteintes de pathologie chronique qui apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;
- les appartements de coordination thérapeutique, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements ;
- les établissements ou services à caractère expérimental.

Depuis cette loi, se dégagent deux grandes catégories d'établissements : les établissements de santé soumis aux dispositions du Code de la santé publique et les établissements et services sociaux et médico-sociaux soumis aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles. Seuls quelques établissements sanitaires soumis à un régime juridique particulier échappent à cette dichotomie. Il s'agit des structures qui pratiquent exclusivement une activité de chirurgie esthétique, des centres de santé et des maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS). À noter que l'ordonnance hospitalière du 4 septembre 2003 qualifie les MECS d'établissements de santé et supprime leur régime juridique propre<sup>3</sup>.

### *Un régime juridique largement unifié*

L'institution de la notion de service et d'établissement sociaux et médico-sociaux permet l'application d'un régime juridique largement unifié à l'ensemble des structures qualifiées de services ou d'établissements sociaux et médico-sociaux. Ainsi, la nature publique ou privée de l'organisme gestionnaire du service ou

de l'établissement social ou médico-social n'emporte aucune conséquence juridique en matière de planification, d'autorisations, de contractualisation, d'évaluations interne et externe, de coopération et de droit des personnes prises en charge.

Mais si la notion d'établissement social ou médico-social transcende certains clivages traditionnels, elle ne permet pas une unification complète du régime juridique applicable à ces structures.

### *Le maintien de spécificités*

Le maintien de spécificités est d'abord lié à la nature publique ou privée de l'organisme gestionnaire du service ou de l'établissement social ou médico-social. Il est également dû à l'existence de deux autorités de contrôle et de régulation en matière sociale et médico-sociale : le préfet et le président du conseil général.

### *Le maintien de distinctions liées à la nature publique ou privée de l'organisme gestionnaire*

Si la notion de service et d'établissement sociaux et médico-sociaux a permis, dans une large mesure, l'unification du régime juridique applicable à ces services et à ces établissements dans leurs rapports avec l'administration (préfet et président du conseil général), elle n'a pas fait disparaître toutes les distinctions existant entre ces établissements suivant qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé. En ce sens, comme en matière hospitalière, l'unification juridique est imparfaite. En effet, même si la notion de service et d'établissement sociaux et médico-sociaux permet de dépasser les différences de statuts public et privé, elle ne supprime pas toutes les différences de régimes. Le Code de l'action sociale et des familles continue ainsi à comporter des dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public (CASF, chapitre V du livre III). Ces différences de statuts et par conséquent de régimes se retrouvent notamment dans les rapports que lesdits services et établissements entretiennent avec leurs personnels et avec leurs résidents, ainsi qu'en matière de responsabilité. Mais ces distinctions sont inévitables dans la mesure où elles sont inhérentes au clivage droit public/droit privé.

La situation de la personne prise en charge par un service ou un établissement social ou médico-social varie suivant le statut public ou privé de l'organisme gestionnaire de ce service ou de cet établissement. La personne prise en charge dans un établissement public est dans une situation légale et réglementaire, alors que celle qui est prise en charge dans un établissement privé est dans une situation contractuelle de droit privé. Néanmoins, il faut souligner que la loi du 2 janvier 2002 prévoit la signature d'un contrat de séjour entre toute personne accueillie ou prise en charge et tout établissement social ou médico-social public ou privé. Sur la nature juridique de ce contrat, c'est aux solutions traditionnelles de la jurisprudence qu'il convient de se référer. Il ne fait donc aucun doute

3. Article 10 de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation. JO du 6 septembre 2003 p. 1539.

qu'un contrat conclu entre un usager et un établissement public sera de droit public, tandis qu'il sera de droit privé si la personne accueillie est prise en charge par un établissement privé.

#### *Le maintien de spécificités liées à l'existence de deux autorités de régulation*

En effet, alors qu'en matière hospitalière il n'existe qu'une seule autorité de régulation de l'offre de soins à l'échelon régional (l'agence régionale de l'hospitalisation), en matière sociale et médico-sociale le législateur a maintenu le partage de compétences établi entre le préfet et le président du conseil général par les premières lois de décentralisation. Ces deux autorités de contrôle et de régulation disposent chacune de compétences propres, mais elles ont également une compétence partagée pour certains services et établissements sociaux et médico-sociaux. Cette répartition des compétences en matière de contrôle et de régulation de l'offre de prise en charge dans le secteur social et médico-social est étroitement liée à la détermination des compétences de tarification fixée aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du CASF.

La loi du 2 janvier 2002 présente sans conteste le mérite de constituer une première étape vers une unification des règles de droit applicables à l'ensemble des établissements relevant du champ sanitaire, social et médico-social. Néanmoins, cette unification est insuffisante car elle ne permet pas d'effacer totalement le clivage traditionnel sanitaire/social et médico-social qui n'a sans doute plus lieu d'être aujourd'hui. Il reste à souhaiter que les réformes législatives et/ou réglementaires actuellement en cours d'élaboration viendront parachever ce mouvement d'unification des droits. ■

**Gilles Guiheux**  
Maître de conférences à l'Université de Rennes I

## Les collectivités locales et la réforme

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ne bouleverse pas la situation des collectivités locales tant celles-ci ont bénéficié d'importants transferts au début des années quatre-vingt dans ce secteur. La réforme de la loi du 30 juin 1975 s'imposait, la chose est entendue, depuis le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de décembre 1995 dressant un *bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales* et proposant la mise en place d'outils de coordination et de coopération entre l'État, la Caisse nationale d'assurance maladie et les collectivités locales. Ce diagnostic ne pouvait être que confirmé par le Parlement, ce qui fut fait dès le 15 mars 2000 par le rapport d'information du député Pascal Terrasse [14] et ouvrir sans difficulté la voie d'une réforme attendue certes par les acteurs sociaux mais également par les collectivités locales demandant depuis longtemps une clarification des textes.

D'un projet de loi déposé à l'Assemblée nationale le 26 juillet 2000, dix-huit mois plus tard était adopté un projet de loi consensuel, ce qui est à relever. Dès le début des travaux parlementaires, l'engagement dans ce travail des députés et sénateurs par ailleurs élus locaux fut animé par un souci de dépassement des clivages partisans, démontrant ainsi que l'alternative politique n'était guère concevable en ce domaine. Mais surtout, l'enjeu premier pour les collectivités locales était d'obtenir une clarification de la loi de 1975 tant les modifications législatives furent nombreuses ces deux dernières décennies, ôtant à ce texte fondateur toute logique et rendant difficile une présentation d'ensemble du secteur social et médico-social, devenu très vaste et de plus en plus hétérogène.

Le secteur social et médico-social a profondément changé depuis 1975, particulièrement au plan institutionnel. La décentralisation, au bénéfice pour l'essentiel des conseils généraux, mise en place par les lois des 7 janvier et 22 juillet 1983 ainsi que la loi du 6 janvier 1986, très souvent dénommée loi « particulière », a considérablement renforcé la proximité de décision par une refonte des répartitions de compétences entre l'État et les collectivités locales d'une part, par une modification des financements d'autre part. À telle enseigne qu'aujourd'hui les conseils généraux financent ce secteur à plus de 40 %, ce qui représente un peu plus de 5 milliards d'euros. Et chacun sait qu'il s'agit là du poste principal de dépenses du budget départemental, base de financement des établissements publics départementaux, mais aussi apport financier essentiel pour les structures privées de plus en plus nombreuses, notamment sous forme associative.

