

La coopération dans le secteur social et médico-social

Eric Gherardi

Maître de conférences à la Faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes I, membre du Laboratoire d'étude du droit public

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale était très attendue (on a pu la qualifier d'«*Arlésienne du domaine de la production législative*» [11]) notamment en raison du besoin de nouvelles formes de coopération pour les institutions sociales et médico-sociales, mais aussi de la nécessité de remise en cause de leur autonomie vis-à-vis des institutions sanitaires. Cette loi s'inscrit, en la matière, dans un mouvement amorcé en 1991 et qui s'est développé, au fil des réformes législatives et réglementaires, notamment par les ordonnances du 24 avril 1996 et la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) du 27 juillet 1999. Elle confirme par ailleurs le schéma déjà observé au cours des années soixante-dix qui avaient vu la réforme hospitalière se développer de concert avec la réorganisation du secteur social et médico-social, la première précédant la seconde. En effet, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale crée de nouvelles formes de coopération ouvertes tant aux établissements sociaux et médico-sociaux qu'aux établissements de santé [6] et renvoie, au sein des nouveaux articles du Code de l'action sociale et des familles (notamment l'article L. 312-7, au sein de la section 4 de la loi, «*De la coordination et de la coopération*», art. 21), à des dispositions déjà existantes dans le Code de la santé publique (au point que certains ont pu parler de «*copier-coller*» [2]).

La coopération ainsi mise en place s'inscrit dans le cadre tracé par les autorités ministérielles, notamment à travers la circulaire DH/AF3/SI5 n° 99-225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière qui prévoit que «*la coopération consiste pour un groupement d'établissements à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément, mais décide de ne plus faire par lui-même. Les établissements qui entrent dans un cadre de coopération acceptent donc de ne plus produire ou acheter de manière autonome le bien ou le service, objet de la coopération. L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements [...]. La coopération repose sur le principe de partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des établissements. En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation ; ils assurent ensemble le financement de l'activité*». Une telle définition met donc l'accent sur une coopération conçue entre établissements sociaux et médico-sociaux, une coopération institutionnelle. Une conception plus large de cette notion permet d'y intégrer les formes conventionnelles conclues entre les établissements et d'autres acteurs du secteur social et

médico-social, notamment par le biais des autorisations (État) et des financements (État, collectivités territoriales et leurs groupements). On retient alors une conception fonctionnelle de la coopération.

La coopération dans le secteur social et médico-social, à l'image de la démarche entreprise dans le secteur hospitalier, s'inscrit dans une logique de rationalisation des structures, notamment d'optimisation des moyens humains, matériels et financiers disponibles, de réalisation d'économies d'échelle et d'une meilleure prise en charge des usagers. Il s'agit d'utiliser au mieux les moyens disponibles et de rechercher, par le regroupement, une meilleure gestion des finances disponibles. *Mutatis mutandis*, les structures sociales et médico-sociales expérimentent des principes et des mécanismes mis en œuvre dès la fin du XIX^e siècle pour les collectivités territoriales, dans le cadre des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Dépassant le cadre trop étroit organisé par la loi du 30 juin 1975, la loi du 2 janvier 2002 a ouvert de nouveaux horizons à la coopération des établissements sociaux et médico-sociaux. Bien que la loi du 4 mars 2002 soit venue le compléter, ce dispositif ne va pas sans soulever réserves et appels à une nouvelle réforme.

La nouvelle organisation de la coopération des établissements sociaux et médico-sociaux

La loi du 30 juin 1975 avait enfermé la coopération des établissements sociaux et médico-sociaux dans un cadre devenu inadapté en raison de son étroitesse. La loi du 2 janvier 2002 réforme et élargit cette coopération en créant les instruments nécessaires.

La nécessité d'une réforme : le cadre dépassé de la loi du 30 juin 1975

La loi du 30 juin 1975 n'offrait aux établissements sociaux et médico-sociaux qu'un nombre limité de possibilités de coopération, selon des modalités au demeurant peu attractives.

Ainsi, le secteur social et médico-social était-il astreint, en matière de coopération, à une alternative étroite : convention ou groupement.

La voie contractuelle a été la plus employée. Outre la souplesse d'utilisation pour l'administration de structures communes, ce mode de coopération permettait à chaque structure co-contractante de conserver totalement son indépendance et sa liberté d'action. Toutefois, elle empêchait le développement de synergies durables et se révélait inadaptée aux projets d'envergure. En outre, les modalités financières de telles opérations rendaient difficiles la lisibilité et le contrôle de leur gestion. Enfin, la rédaction parfois approximative des actes donnait lieu à un contentieux abondant et à un contrôle délicat de la part du juge.

Quant au groupement, il ne pouvait prendre la forme que d'un groupement d'intérêt public (GIP). Mais l'objet limité de telles structures (concentration limitée dans le temps de moyens en associant des personnes morales de



Rénovation de l'action sociale et médico-sociale

droit public et de droit privé, sans possibilité de réaliser ni partager des bénéfices) ainsi que leur lourdeur les rendaient peu attractives. Cette seconde formule fut donc beaucoup moins utilisée que la voie conventionnelle. Les établissements sociaux et médico-sociaux participaient également, de droit, à des syndicats interhospitaliers, et, de fait, à des groupements d'intérêt économique (GIE) ou à des associations (les associations ne feront pas l'objet de modifications substantielles dans leurs modes de coopération mais seront en revanche à l'origine d'une part importante des nouvelles dispositions [10]. Aucune de ces structures ne se révélait véritablement adaptée aux nouveaux besoins du secteur [11].

Ce cadre avait été quelque peu aménagé à la marge, notamment par la loi du 6 janvier 1986 introduisant les modifications nécessaires à la décentralisation, mais son insuffisance n'est apparue que de façon plus criante encore après les perspectives ouvertes, pour le secteur sanitaire, par l'ordonnance du 24 avril 1996. Le secteur social et médico-social attendait une réforme de ses modes de coopération. La loi du 2 janvier 2002 allait introduire de nouvelles modalités et donc, au moins en ce domaine [10], procéder à une véritable rénovation.

Les nouveaux instruments de coopération introduits par la loi du 2 janvier 2002

Le nouvel article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles (art. 21 de la loi) ouvre au secteur social et médico-social les instruments jusqu'alors réservés au secteur hospitalier (syndicats hospitaliers par exemple) et permet aux établissements de santé publics ou privés (la mention du secteur privé n'est pas une nouveauté puisqu'elle figurait déjà dans la logique des GIP, la spécificité concerne le type d'établissement) d'adhérer aux nouvelles structures constituées par les établissements sociaux et médico-sociaux, à savoir les syndicats interétablissements et les groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Au-delà de cette innovation institutionnelle et du rapprochement avec le secteur sanitaire, ce texte confirme également la possibilité pour les établissements sociaux et médico-sociaux de créer des GIE et des GIP ou d'y participer. Cette multiplication des formes de coopération ne peut qu'être bénéfique au secteur social et médico-social, dont le morcellement est peu adapté à la richesse et à la complexité de ses missions.

Les établissements sociaux et médico-sociaux se voient également confirmer leur capacité à conclure des conventions et en étendant la portée puisque les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent non seulement contracter entre eux mais aussi avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés. La nature des coopérations conventionnelles doit donc être appréciée avec précaution en raison du principe de spécialité applicable tant aux établissements sociaux et médico-sociaux qu'aux

autres établissements publics concernés, notamment les établissements de santé.

La logique conventionnelle se voit d'ailleurs confirmée et développée notamment par l'élargissement des cadres contractuels associant les établissements sociaux et médico-sociaux d'une part et l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements d'autre part (par exemple, les conventions pluriannuelles entre le préfet, le président du conseil général et les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale — CCAS ou CIAS — (art. L. 312-1 nouveau du Code de l'action sociale et des familles, art. 20 de la loi), les conventions annexées aux habilitations (art. L. 313-8-1 nouveau, art. 33 de la loi), ou encore les contrats pluriannuels entre organismes sociaux, gestionnaires et autorités de contrôle (art. L. 313-11 nouveau, art. 36 de la loi).

Ces nouveaux supports de la coopération illustrent bien un des objectifs majeurs du législateur lors de la préparation du texte du 2 janvier 2002, à savoir mettre en place les outils de coopération et de coordination au service des nombreux acteurs du secteur social et médico-social [14].

Mais, si cet objectif structurel est atteint, la loi du 2 janvier 2002 va être quasi immédiatement complétée par la loi du 4 mars 2002, sans que cette nouvelle réforme lève toutes les ambiguïtés ni désarme toutes les réserves.

Le nouveau dispositif suscite réserves et appels à la réforme

La loi du 4 mars 2002 va enrichir encore la nouvelle organisation de la coopération dans le secteur social et médico-social, mais ces compléments ne désamorcent pas les réserves et les appels à la réforme suscités par la loi du 2 janvier 2002.

Les compléments à la loi du 2 janvier 2002 apportés par la loi du 4 mars 2002 en matière de coopération

La loi du 4 mars 2002 apporte plusieurs compléments à la loi du 2 janvier 2002, tant en matière de coopération fonctionnelle qu'institutionnelle.

Sur le plan fonctionnel, les institutions sociales et médico-sociales se voient ainsi associées à l'organisation des réseaux de santé (article L. 6321-1 du Code de la santé publique) qui remplacent les réseaux de soins. Cette réforme initiée par la loi du 21 décembre 2001 ouvre les réseaux de santé à l'ensemble des acteurs du système de soins. Elle élargit les missions des réseaux de soins afin, notamment, de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Elle s'inscrit aussi dans la logique de décloisonnement de la prise en charge des usagers affirmée par la loi du 2 janvier 2002, que ce soit entre secteur sanitaire et secteur social et médico-social, entre secteur public et secteur privé, ou encore établissements publics et autres partenaires institutionnels.

Les relations entre les associations relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901 — nombreuses dans le domaine social

et médico-social, notamment en raison de l'ancienneté de cette forme juridique comme support d'activité au sein de ce secteur (voir *supra*) —, et les établissements publics de santé, notamment ceux intervenant dans le domaine psychiatrique, ont également été organisées par la loi du 4 mars 2002 (art. 93 de la loi créant un nouvel article L. 3221-1 du Code de la santé publique). Cette coopération prend une forme essentiellement conventionnelle et permet aux associations de bénéficier, de la part de l'établissement, de mises à disposition d'équipements, de moyens matériels et financiers, voire de concours du personnel hospitalier.

Quant aux aspects institutionnels, la loi du 4 mars 2002 organise la coopération internationale (art. 90) en autorisant la création d'un GIP, ou d'une autre forme de groupement doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, constitué entre l'État et d'autres personnes morales de droit public ou de droit privé pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités d'assistance technique ou de coopération internationale dans les domaines de la santé ou de la protection sociale.

Ces modifications ne semblent pas relever d'une inconstance du législateur qui avait pris le temps de la réflexion pour élaborer le texte du 2 janvier 2002. Elles illustrent au contraire, d'une part la très grande variété des activités du secteur social et médico-social concerné par des réformes institutionnelles aux objets les plus divers, et d'autre part l'impérieuse nécessité d'une ouverture des modalités de la coopération dans le secteur social et médico-social en raison précisément de la variété de ses missions.

Toutefois, en dépit de ces compléments, le dispositif mis en place par la loi du 2 janvier 2002 suscite réserves et appels à la réforme.

Les réserves et appels à la réforme

Les innovations institutionnelles introduites par la loi du 2 janvier 2002 suscitent des réserves institutionnelles et fonctionnelles, notamment pour la mise en œuvre des compétences conventionnelles.

Les nouvelles institutions ont pour but de permettre aux établissements sociaux et médico-sociaux d'intégrer ou de créer des réseaux en partenariat notamment avec les établissements de santé, mais aussi avec d'autres formes d'établissements publics (syndicats mixtes ou établissements publics intercommunaux), voire des collectivités territoriales (notamment dans le cadre très large tracé par l'article L. 315-1 du Code de l'action sociale et des familles). Or les participations multiples, voire les créations de nouveaux établissements de coopération altèrent la lisibilité des institutions, génèrent chevauchements et concurrences en matière de compétences, opacifient l'usage des fonds affectés aux missions concernées et alourdissent nécessairement les frais de structures.

Le principe de spécialité risque de restreindre la portée des capacités conventionnelles des établissements

sociaux et médico-sociaux, contrairement aux établissements de santé. Il semble en effet pour l'heure que, si les établissements de santé peuvent, selon l'article L. 6111-3 du Code de la santé publique, administrer une activité dans le domaine social et médico-social, la réciproque n'est pas vérifiée pour les soins hospitaliers concernés par l'article L. 6111-2 de ce même Code. La coopération conventionnelle risque donc d'être circonscrite aux domaines définis par le Code de l'action sociale et des familles (art. L. 312-7 al. 1^{er}), notamment ce qui concerne la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le cadre des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 de ce Code ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 [6].

Enfin, les conventions conclues dans le cadre du nouvel article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles par les établissements sociaux et médico-sociaux sont susceptibles d'entrer dans le champ d'application du nouveau Code des marchés publics. Dès lors, les établissements seront contraints, si les seuils réglementaires sont atteints et si les prestations concernées sont des prestations concurrentielles, soit de procéder à une mise en concurrence des différents cocontractants potentiels et, le cas échéant, de justifier leur choix, soit de renoncer à la simple démarche contractuelle et de créer une nouvelle personne morale chargée de mettre en œuvre la coopération envisagée.

En définitive, la coopération dans le secteur social et médico-social a connu un renouveau manifeste grâce à la loi du 2 janvier 2002. Très rapidement modifié, le nouveau dispositif fait bénéficier ce secteur des institutions et de l'expérience propres au domaine sanitaire, mais se trouve confronté aux mêmes difficultés.

De façon générale, ces réformes tant du secteur sanitaire que du secteur social et médico-social trouvent une place importante dans les réflexions actuelles sur l'organisation pertinente du service public. La coopération dans le secteur social et médico-social (par exemple le développement de la part réservée au secteur privé, notamment associatif) illustre bien le creusement progressif du fossé séparant les conceptions formelles et fonctionnelles du service public en France [14, 15].

Les réserves relatives à la nouvelle organisation institutionnelle ne doivent pas occulter le véritable enjeu d'une amélioration du fonctionnement du secteur social et médico-social, qui réside moins dans des questions de structures que dans la nécessité de définir les objectifs politiques de l'action sociale et médico-sociale, notamment en lien avec les missions affectées au secteur sanitaire.

Quant à l'appel à une nouvelle réforme d'ensemble, celui-ci se voit souvent et paradoxalement associé à une dénonciation de l'instabilité juridique à laquelle est confrontée l'action sociale et médico-sociale. ■