



Les établissements sociaux et médico-sociaux

Les instruments mis en place par la loi du 2 janvier 2002 traduisent une volonté de planification accrue du secteur social et médico-social : schémas d'organisation et régime d'autorisation plus contraignants, évaluation obligatoire et contrôle renforcé.

La planification médico-sociale

Jacques Petit
Professeur à
l'Université de
Rennes I

L'histoire de la planification médico-sociale est celle de son rapprochement avec la planification sanitaire.

L'écart était initialement important. La planification sanitaire est assez ancienne. La carte sanitaire a été instituée en 1970 ; les schémas d'organisation sanitaire sont venus la compléter en 1991. C'est que l'impératif général de rationalisation auquel répond toute planification de l'action publique est particulièrement impérieux dans le domaine de la santé. Avec le temps, l'État providence atteignant la limite de ses moyens, la rationalité est d'ailleurs devenue ici essentiellement financière — maîtriser les dépenses de santé — et, par suite, la planification de plus en plus contraignante.

La loi fondamentale du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales n'instituait, au contraire, aucun document prospectif comparable à la carte sanitaire. L'effort de rationalisation et, notamment, d'adaptation de l'offre aux besoins, s'accomplissait au coup par coup, lors de la délivrance des autorisations de création des établissements privés. C'était évidemment insuffisant.

L'État a attendu de transférer une grande partie de ses compétences au département pour remédier à cette carence. En même temps qu'elle reconnaissait une compétence de principe à cette collectivité en matière d'aide sociale, la loi du 22 juillet 1983 lui prescrivait

d'établir un schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux, dont le régime fut défini par la loi du 6 janvier 1986.

Suivant l'esprit décentralisateur qui soufflait alors, ce régime instituait une planification très souple, laissant une grande liberté au département dans son élaboration comme dans son application et qui était ainsi fort éloignée de la planification sanitaire, étatique et rigide.

Mais la liberté d'agir comporte le risque de l'inaction et, en effet, le travail de planification accompli par les départements est resté fort modéré.

Par ailleurs, comme en matière sanitaire, la contrainte financière s'est resserrée.

Même cause, même effet : l'un des objets de la loi du 2 janvier 2002 est de mettre sur pied une « véritable » planification de l'action médico-sociale, en adaptant aux spécificités de celle-ci les outils de la planification sanitaire.

À cet effet, elle institue des schémas d'organisation sociale et médico-sociale (SOSMS), qui marquent, par rapport à leurs prédécesseurs, une triple modification : leur contenu est plus précis, leur élaboration, largement étatisée et leur portée juridique, renforcée.

La précision du contenu de la planification

Nécessaire au développement d'une planification sérieuse, cette précision s'inspire de la planification sanitaire. Au demeurant, prenant acte de l'interpénétration du social et du sanitaire, la loi (Code de l'action sociale et des familles, ci-après CASF, art. L. 312-4) dispose que les SOSMS doivent être établis en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire, tout comme avec les dispositifs de coordination institués

par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (CASF, art. L. 145-1 à 4).

La précision signifie aussi que la liberté auparavant consentie au département fait place à un encadrement juridique plus strict.

Ainsi, précédemment laissée à la discrétion du département, la durée des schémas est souplement déterminée par la loi : cinq ans au maximum. Ils peuvent être révisés à tout moment à la demande de l'une des autorités compétentes pour les édicter. Des règles similaires existent pour la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire (Code de la santé publique, ci-après CSP, art. L. 6121-1).

Le champ d'application matériel des schémas est étendu. Certains établissements échappaient aux schémas départementaux. La loi du 2 janvier 2002 allonge beaucoup la liste des établissements qualifiables de sociaux ou médico-sociaux (CASF, art. L. 312-1-1) et les fait tous entrer dans la planification, à l'exception, semble-t-il, des structures expérimentales, dont la nature même s'oppose à toute programmation. Le domaine des schémas dépasse même les limites de la qualification juridique d'établissement social ou médico-social pour englober les accueils familiaux.

Surtout, les différents éléments que doivent comprendre les schémas sont énumérés par la loi. Ces éléments sont logiquement articulés et apparaissent comme autant d'étapes dans la conception méthodique d'un plan.

Ainsi, il semble rationnel de commencer par apprécier les besoins, dans leur nature, leur importance et leur évolution, sur la période couverte par le schéma.

Ces besoins doivent ensuite être confrontés avec les moyens disponibles pour y répondre et la loi prescrit donc aux schémas de dresser un « *bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante* ».

Rapporter les besoins et leur évolution aux moyens actuels permet de déterminer si et dans quelle mesure ces moyens devront être augmentés ou réduits pour être adaptés aux besoins. Le troisième élément porte ainsi sur l'évolution des moyens : « *déterminer 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 et, le cas échéant, d'accueils familiaux* ». Sur ce point, le texte ajoute : « *un document annexé aux schémas... 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* » en cause. Cette annexe facultative prend évidemment modèle sur celle qui accompagne les schémas d'organisation sanitaire, laquelle est, toutefois, obligatoire.

Le quatrième élément des schémas envisage un autre aspect de l'adaptation des moyens aux besoins. Il s'agit de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux

ou médico-sociaux, comme avec les établissements de santé « ou tout autre organisme public ou privé ».

Enfin, les schémas définiront des critères d'évaluation des actions qu'ils ont déterminées. Cette évaluation permettra de réviser le schéma en cours et de concevoir le suivant en fonction des résultats obtenus. Comme toutes les méthodes de rationalisation de la décision publique, la planification sociale est ainsi un processus continu.

Elle est aussi, désormais, un processus largement étatisé.

L'étatisation de l'élaboration de la planification

La planification sanitaire ne fait traditionnellement guère de place aux collectivités locales et relève de l'État ou d'institutions qui lui sont liées. La planification médico-sociale était initialement d'esprit opposé. Le département y tenait une place quasi exclusive : un seul schéma, départemental, arrêté par le conseil général, sauf dans sa partie relative aux établissements et services offrant des prestations prises en charge à la fois par le département et par l'État ou la Sécurité sociale, une décision conjointe du président du conseil général et du représentant de l'État dans le département étant alors requise.

On sait les résultats auxquels le pouvoir ainsi consenti au département a abouti.

Tirant les leçons de cet échec de la décentralisation, le législateur a considérablement étatisé l'élaboration des SOSMS. Cette étatisation comprend deux volets. Le schéma départemental n'est plus le seul, les ressorts territoriaux des schémas étant diversifiés, comme ceux des schémas d'organisation sanitaire. L'élaboration de ces divers schémas fait désormais la part belle à l'État.

La diversification des ressorts territoriaux des schémas

La compétence de principe du département en matière d'aide sociale n'étant pas remise en cause par la loi, il est logique que le schéma départemental soit le schéma de droit commun. Ainsi, pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la planification s'opère normalement à l'échelon départemental, sauf dans les cas où la loi dispose qu'elle est réalisée au plan national ou régional — ainsi que pour les structures expérimentales, exclues de tout schéma.

Un schéma doit être élaboré au niveau national lorsqu'il concerne « *des établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau* ». Cette formule sibylline recouvre des handicaps rares. Il faut croire que leur détermination est difficile car, à ce jour, le décret annoncé, en l'absence duquel la disposition considérée n'est pas applicable, n'a pas été publié.

La région étant dépourvue de compétence en matière d'action sociale, l'institution d'un schéma régional peut



étonner. De fait, dans le projet initial, ce schéma n'avait pas d'objet propre, qui consistait dans la réunion des éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'État. Cette fonction de synthèse a été conservée. Mais le législateur a également estimé que la région était le niveau pertinent de planification pour deux catégories d'institutions : les centres de rééducation professionnelle, peu nombreux et dont la mission intéresse la formation professionnelle, compétence régionale ; les centres de soins et de prévention en addictologie.

Pour être cohérent avec la répartition actuelle des compétences, le choix ainsi fait d'une planification principalement départementale suscite une interrogation : comment pourra-t-elle remédier aux écarts énormes d'équipements qui peuvent exister d'un département ou d'une région à l'autre ?

Le rôle prépondérant des autorités de l'État dans l'élaboration des schémas

La procédure d'élaboration de chacun des trois types de SOSMS repose sur la distinction de deux ordres d'organes, consultatifs et décisionnels. Les seconds sont souvent des organes de l'État.

Il n'est certes pas étonnant que le schéma national soit arrêté par le ministre chargé des Affaires sociales. L'avis obligatoire de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est lui-même cohérent avec le rôle nouveau conféré à ce dernier dans l'analyse de l'évolution des besoins et la définition des priorités en matière d'action sociale et médico-sociale (CASF, art. L. 312-3). Il assure d'ailleurs une concertation avec l'ensemble des intéressés, qui sont représentés au sein de ce comité. Ces remarques valent aussi pour les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui doivent être consultés sur les autres schémas.

Le schéma régional est arrêté par le préfet de région. Cette compétence procède logiquement de son objet initial et principal, la synthèse des éléments des schémas départementaux intéressant l'État. Elle a été maintenue malgré l'extension du schéma régional à la planification d'institutions touchant aux compétences régionales, ce qui est révélateur de l'esprit de la loi. Le représentant de l'État doit au préalable consulter le CROSMS et, pour les centres de rééducation professionnelle, le comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle et le conseil régional.

En principe, le schéma départemental est arrêté conjointement par le représentant de l'État dans le département et par le président du conseil général. En cas de désaccord, il revient au premier de fixer les éléments du schéma relevant de la compétence de l'État, ou financés par l'assurance maladie, et au second d'arrêter ce qui ressortit à la compétence du département. Enfin, si les éléments d'un schéma n'ont pas été décidés selon l'une ou l'autre de ces modalités et dans un délai soit

de deux ans après la publication de la loi — ce qui est une disposition transitoire — soit d'un an après la date d'expiration du schéma précédent — ce qui est une disposition permanente —, le représentant de l'État dans le département dispose de trois mois pour arrêter ledit schéma. Pour ce qui concerne la partie de celui-ci qui relève normalement de la compétence du président du conseil général, la loi confère ainsi au préfet un pouvoir de substitution d'action, remède adapté au mal dont a jusqu'ici souffert la planification sociale, l'inaction du département. Chassez la tutelle...

Cette orientation fort peu décentralisatrice se confirme sur le terrain des consultations. Outre celui du CROSMS, l'avis d'une commission départementale, précédemment exigé, est maintenu, mais c'est désormais un décret — encore attendu — et non plus le président du conseil général qui doit en fixer la composition et les modalités de fonctionnement.

En regard, la transmission pour information du schéma régional aux présidents des conseils généraux concernés fait figure d'un bien maigre lot de consolation. Une telle transmission est également prescrite pour l'ensemble des schémas à destination des conférences régionales de santé et surtout des CROSMS. C'est que ceux-ci sont consultés sur les autorisations d'établissements et de services qui doivent désormais être compatibles avec les objectifs des schémas. On touche ainsi à la portée juridique de ces actes.

La précision de la portée juridique de la planification

Les schémas, en quoi consiste la planification médico-sociale, sont-ils des documents purement indicatifs, dépourvus de toute force obligatoire ou, au contraire, des actes juridiques dont les dispositions doivent être observées ? En particulier — c'est le point principal —, le respect du schéma peut-il être considéré comme une condition légale de l'attribution des autorisations de création des établissements sociaux et médico-sociaux, à l'instar du régime applicable en matière sanitaire ? Dans celui-ci, en effet, l'autorisation des établissements de santé ne peut être accordée que si le projet répond aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire et s'il est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire et son annexe.

Le droit antérieur à la loi du 2 janvier 2002 ne donnait pas de réponse certaine à cette question. Les textes législatifs et réglementaires étaient silencieux et, en particulier, ne disaient rien de la prise en considération du schéma dans la délivrance des autorisations. Une circulaire du 18 février 1986 en avait inféré que ce document avait seulement une valeur indicative et ne pouvait être opposé aux divers intéressés. Certains auteurs approuvaient, d'autres regimbaient. La jurisprudence, fort rare, ne reconnaissait au schéma qu'un rôle indirect : l'article 10 de la loi du 30 juin 1975 disposant que l'autorisation est accordée « *si compte tenu de tous les éléments de qualité que peut comporter l'établissement [...] dont la création [...] est projetée, l'opération envi-*

sagée répond aux besoins qualitatifs et quantitatifs de la population [...] appréciés par l'autorité compétente », il fut admis que l'appréciation des garanties de qualité de l'établissement (CAA Nantes, 12 oct. 2000, M^{me} Dufour) ou, plus nettement, celle des besoins de la population, s'appuie notamment sur les indications du schéma (CE, 12 juin 1998, M^{me} Varennes, Leb., p. 745, voir aussi, mais statuant sur la motivation suffisante du refus et non sur son bien-fondé, CE, 29 juil. 1994, dép. des Vosges, RDSS, p. 338, obs., J.-M. Lhuillier).

Exaucant un souhait général, la loi du 2 janvier 2002 met fin à cette incertitude, en précisant que « l'autorisation initiale est accordée si le projet est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale... » (CASF, art. L. 313-4).

Ledit schéma comporte ainsi, désormais, des effets analogues à ceux de la carte sanitaire, pour ce qui est des besoins et à ceux des schémas d'organisation sanitaire, en ce qui concerne les objectifs.

Des différences subsistent néanmoins, qui font apparaître que la planification n'est pas aussi rigide en matière médico-sociale qu'en matière sanitaire.

En premier lieu, limitée à l'« autorisation initiale », la double exigence mentionnée ci-dessus n'est pas applicable au renouvellement des autorisations, lequel « est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8 » (CASF, art. L. 313-1). Au contraire, en matière sanitaire, le renouvellement des autorisations est subordonné à la compatibilité avec les objectifs des schémas d'organisation sanitaire, le respect des besoins exprimés par la carte sanitaire ne s'imposant plus (CSP, art. L. 6222-8).

En deuxième lieu, et surtout, au rebours de la règle édictée pour les annexes aux schémas d'organisation sanitaire, l'obligation de compatibilité n'est pas étendue à l'annexe du SOSMS. Celle-ci présente ainsi la valeur purement indicative qui était initialement celle de son homologue sanitaire. C'est un important facteur de souplesse : l'annexe établissant un programme précis de créations, transformations ou suppressions d'établissements, son opposabilité aux demandeurs rend la planification très contraignante.

Reste, enfin, un dernier élément de souplesse, commun, celui-là, au sanitaire et au médico-social, qui résulte de la notion de compatibilité. En principe, la légalité d'une décision administrative est subordonnée à sa conformité aux règles qui la régissent, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être contraire à ces règles. Toutefois, dans certains cas, il suffit qu'une décision soit compatible avec les normes qui la gouvernent pour être légale. Cette exigence de compatibilité est moins rigoureuse que celle de conformité, qui permet à une décision de s'écarter ou même de contrarier les normes applicables, à la condition que l'écart ou la contrariété ne soit pas trop important. Dans cette imprécise mesure, un projet de service ou d'établissement médico-social pourrait

s'écarter ou même aller à l'encontre des objectifs d'un schéma. La jurisprudence relative à la compatibilité avec les objectifs d'un schéma d'organisation sanitaire le confirme. Certes, selon celle-ci, une contrariété nette à un objectif précis emporte incompatibilité (CAA Nantes, 15 févr. 2001, Soc. Centre d'imagerie médicale de Basse-Normandie et 21 juin 2002, Min. SA Centre hospitalier privé). Mais un projet d'ampleur limité qui ne forme pas un obstacle substantiel à la réalisation d'objectifs très généraux n'est pas incompatible avec ces derniers (TA Paris, 28 mars 2000, Clinique de la porte de Paris, RDSS 2001, p. 71, obs. M. Cormier). Enfin, un projet qui méconnaît certains objectifs mais en satisfait un, plus important, peut être reconnu compatible (CAA Nantes, 21 juin 2002, commune de La Baule).

Rapprochée de la planification sanitaire, la planification médico-sociale demeure moins rigide. La raison principale est simple. Dans le secteur médico-social, l'offre demeure notablement insuffisante, de sorte que les schémas sont « destinés à organiser un secteur appelé à se développer et non à se reconverter en partie comme le secteur hospitalier¹ ». Autrement dit, pour reprendre les termes de M. Lévy (RDSS 2002, p. 429), la logique des moyens n'a pas encore totalement subverti celle des besoins. Il n'est pas certain, pour autant, que le rapprochement commencé soit fini. Si l'impératif de la maîtrise des dépenses se fait plus pressant, l'exigence de compatibilité pourrait bien être appliquée à l'annexe aux SOSMS. Inversement, on gagnerait à renoncer à l'obscur distinction entre la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire au bénéfice d'un document unique, sur le modèle des SOSMS. Les pouvoirs publics l'ont compris : l'ordonnance du 4 septembre 2003 fait du schéma d'organisation sanitaire le seul instrument de la planification sanitaire. Le rapprochement des deux planifications s'est par là opéré, renversement de l'histoire, par l'influence du médico-social sur le sanitaire. ■

1. Gauthier P. *Rev. Hosp. de France*, n° 488, 2002, p. 10.