



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.



Le nouveau régime d'autorisation

Jean-Michel Lemoyne de Forges
Professeur à
l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Dans un milieu traditionnellement hostile à une ingérence trop marquée de l'État, le principe de l'exigence d'une autorisation avant toute création, extension ou transformation d'un établissement ou service social ou médico-social n'est admis que depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Le précédent de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 n'y était pas étranger.

L'économie générale de cette loi hospitalière a profondément évolué depuis trente ans. Or, précisément, la loi du 2 janvier 2002 a tenu compte de cette évolution : tout ce qui concerne la forme, la procédure et la portée des autorisations relève d'un mimétisme hospitalier. En revanche, les règles de fond révèlent un souci d'adaptation à la spécificité et à la diversité de la matière sociale et médico-sociale, notamment en raison des contraintes financières qui pèsent sur elle.

Aspects externes des autorisations : le mimétisme hospitalier

Par rapport aux réformes hospitalières de 1991 et de 1996, il ne s'agit évidemment pas d'une duplication parfaite, mais on en est proche, tant du point de vue du rôle des autorisations que de celui de la procédure de délivrance.

Le rôle des autorisations

Le champ d'application des autorisations est large : toute création, transformation ou extension d'un établissement est soumise à autorisation, ce qui n'est pas nouveau. En revanche, comme il l'avait fait en matière hospitalière en 1991, le législateur de 2002 innove en unifiant le régime des autorisations ; plus de distinction selon l'origine, publique ou privée, du projet ; ces autorisations sont délivrées dans les mêmes conditions, selon la même procédure et pour la même durée pour tous les promoteurs, ce qui appelle trois précisions :

- en dehors du département (et encore pour certains types d'établissements ou de services seulement), les collectivités locales perdent leur autonomie antérieure ; ainsi, lorsqu'un conseil municipal soutient un projet, il n'est plus maître de sa mise en œuvre mais le soumet aux autorités compétentes dans les mêmes conditions que le conseil d'administration d'une association ou d'une société commerciale ;

- la durée de validité de l'autorisation n'est plus indéfinie, mais uniformément limitée à quinze ans pour tous les types d'établissements ou services (art. L. 313-1). On s'est ici inspiré de la loi hospitalière de 1991, en retenant — compromis entre l'Assemblée nationale et le Sénat — une durée étrangement longue (au regard de l'objectif d'adaptation à l'évolution des besoins),

mais aussi étrangement brève (au regard de la durée d'amortissement des investissements immobiliers)...

- la nature de l'autorisation est uniformisée. Comme en matière hospitalière, il s'agit d'une simple autorisation de police, mais la cessibilité des autorisations délivrées à des personnes privées est admise (art. L. 313-1), ce qui équivaut à reconnaître une valeur patrimoniale à ces autorisations, et d'ailleurs à la pratique des promoteurs privés. Toutefois, comme dans la loi de 1975 et à la différence des autorisations hospitalières, la cession est subordonnée à l'accord de l'autorité compétente, sans d'ailleurs que le législateur ait cru devoir préciser pour quels motifs cet accord peut être refusé (ni même, par conséquent, soumettre le refus éventuel à une quelconque obligation de motivation). De même, si la loi impose l'information de l'autorité compétente pour tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement, elle ne précise pas ce qu'il faut entendre par « *changement important* » ; on peut ainsi se demander si un transfert géographique à l'identique est une « *transformation* » (soumise à autorisation) ou un « *changement important* » (relevant d'une simple information). Enfin, comme les autorisations hospitalières, les autorisations sociales sont caduques si, dans les trois ans de leur délivrance, elles n'ont pas fait l'objet d'un commencement d'exécution (art. L. 313-1) ; mais, à la différence des autorisations hospitalières, aucun délai d'achèvement n'est imposé dès lors que l'exécution a commencé.

La portée de l'autorisation est très proche de celle des autorisations hospitalières (art. L. 313-6).

En premier lieu, le décret n° 95-185 du 14 février 1995, relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements sociaux et médico-sociaux demeurant en vigueur, l'autorisation est valable, pour quinze ans, à compter du résultat favorable d'une visite de conformité aux « *conditions techniques minimales* » d'organisation et de fonctionnement définies par décret. Bien que la loi ne le précise pas, cette visite a aussi pour objet de vérifier la conformité de la réalisation au projet qui a été présenté par le promoteur et autorisé par l'administration.

Toutefois l'article L. 313-6 prévoit une particularité pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : la validité de l'autorisation est subordonnée à la conclusion de la convention pluriannuelle tripartite (établissement, département, État) instituée par ailleurs (art. L. 313-12) par la loi ; il s'agit, comme on le verra plus loin, d'établir un lien avec le financement.

En second lieu, l'autorisation vaut « *sauf mention contraire* », non seulement autorisation de dispenser des prestations prises en charge par la Sécurité sociale, comme en matière hospitalière, mais aussi habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, pour certains types d'activités financées par l'État, autorisation de délivrer des prestations prises en charge par l'État ; le principe est donc, à nouveau, le même que pour les

établissements de santé, mais sa mise en œuvre est adaptée à la diversité des financeurs.

Les motifs pour lesquels l'autorisation pourrait être accordée sans prise en charge par les financeurs ne sont pas précisés par la loi ; on peut penser qu'il s'agit des coûts ou de l'insuffisance des moyens financiers disponibles, alors pourtant que, comme on le verra plus loin, ces mêmes motifs peuvent justifier un refus de délivrance de l'autorisation (art. L. 313-4).

La procédure de délivrance des autorisations

Rien de comparable, ici, aux ARH : l'autorisation est délivrée, selon le type d'établissement ou de service, tantôt par le président du conseil général seul, tantôt par une autorité étatique (préfet ou ministre selon le cas), tantôt conjointement par l'État et le président du conseil général (art. L. 313-3 pour la ventilation entre ces trois hypothèses).

Mais dans tous les cas, la procédure est calquée sur celle des autorisations hospitalières. Il en va d'abord ainsi de la présentation de la demande :

- celle-ci doit être accompagnée d'un dossier justificatif dont, d'après les projets de décret d'application, le contenu est très proche de celui que prévoit le Code de la santé publique, en plus simple cependant : présentation de la personne gestionnaire (car c'est à elle que sera délivrée l'autorisation, quels que soient les montages juridiques éventuels entre propriétaire et exploitant), description du projet (y compris des conditions de l'évaluation), dossier des personnels et dossier financier ;

- la demande ne peut être présentée que durant des périodes de dépôt fixées par voie réglementaire (système des « fenêtres » familier des hospitaliers), afin de permettre la mise en concurrence de projets susceptibles de répondre aux mêmes besoins de la population (art. L. 313-2) ; si le dossier, déclaré incomplet dans le mois de son dépôt, n'a pas été complété avant la « fermeture de la fenêtre », son examen sera reporté à la période suivante.

Il en va ainsi des conditions d'examen du projet :

- la décision est précédée d'un certain nombre de consultations, variables selon l'auteur et la nature du projet, mais surtout, dans tous les cas, il est soumis à l'avis de la section sociale du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (ce qui correspond aux principes posés depuis 1975) ;

- la durée de l'instruction de la demande est enfermée dans un délai de six mois à l'expiration duquel, en cas de non-réponse, le projet est réputé refusé (art. L. 313-2).

Les motifs des refus implicites d'autorisation sont accessibles : le demandeur dispose de deux mois pour demander ces motifs, et l'autorité compétente d'un mois pour les lui communiquer ; si les motifs ne lui sont pas fournis dans ce délai, le refus implicite se transforme en autorisation tacite (art. L. 313-2).

Le renouvellement de l'autorisation suit une pro-

cédure plus simple et, ici, assez différente de celle qui s'applique aux autorisations hospitalières en ce que l'établissement ne prend pas l'initiative de le solliciter : le renouvellement est en effet tacite et automatique, sauf si l'autorité compétente, un an au moins avant la date d'expiration de la validité de l'autorisation précédente, enjoint à l'établissement ou au service de présenter, dans un délai de six mois, une demande de renouvellement (art. L. 315-5).

On peut comprendre cette méthode qui permet d'éviter que les services administratifs soient submergés par des demandes qui, en fait, ne soulèvent aucune difficulté particulière. Mais, du même coup, on comprend moins bien que le renouvellement soit tacite en l'absence de réponse six mois après le dépôt de la demande (art. L. 313-5, al. 2) : par hypothèse, si l'établissement est contraint de solliciter le renouvellement, c'est que son évaluation n'est pas satisfaisante ; dans ces conditions, on aurait mieux compris la nécessité d'une autorisation expresse justifiée par un engagement d'améliorer le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Aspects internes des autorisations : l'adaptation aux spécificités du secteur social et médico-social

Les conditions de fond de la délivrance de l'autorisation ne s'inspirent que très partiellement de la législation hospitalière. En effet, au-delà de l'exigence de conformité aux normes techniques d'organisation et de fonctionnement précisé par l'article L. 313-4, la confrontation de la demande aux besoins de la population est effectuée différemment ; et surtout, le régime des autorisations intègre la contrainte financière.

La réponse aux besoins de la population

En l'absence d'équivalent de la carte sanitaire, c'est évidemment le seul schéma d'organisation sociale et médico-sociale pertinent dans le domaine considéré (enfants handicapés, personnes âgées, etc.) qui peut être utilisé pour justifier une autorisation par la réponse aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population : ainsi la première condition de délivrance est-elle que le projet doit être « compatible avec les objectifs » et répondre aux « besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma » (art. L. 313-4-1°).

Dès lors que le texte ne vise que les notions, assez vagues, de compatibilité et de réponse aux besoins, l'étendue du pouvoir d'appréciation de l'administration est évidemment considérable. Tout dépendra en réalité du degré de précision du schéma.

L'intérêt principal de la réglementation relative aux conditions de délivrance des autorisations est la place faite à la qualité de la réponse aux besoins.

En premier lieu, l'autorisation initiale ne peut être accordée que si le projet prévoit les « démarches d'évaluation » prévues par l'article L. 312-8, ainsi que les systèmes d'information prévus par l'article L. 312-9. Il s'agit donc de satisfaire à l'obligation d'évaluation interne et externe, inspirée des réformes hospitalières



Rénovation de l'action sociale et médico-sociale

de 1991 et 1996, mais avec une différence importante puisque, en l'absence d'équivalent à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, l'évaluation externe peut être effectuée par un organisme habilité par le ministre chargé de l'Action sociale (art. L. 312-8).

En deuxième lieu, le renouvellement de l'autorisation, qui peut être total ou partiel, est « *exclusivement subordonné* » aux résultats de l'évaluation externe (art. L. 313-1). La différence avec la législation hospitalière est ici frappante puisque celle-ci prévoit, pour le renouvellement des autorisations hospitalières, une condition de compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire dont on ne retrouve pas le pendant dans la loi du 2 janvier 2002.

En troisième lieu, l'autorisation ou son renouvellement peuvent être assortis de conditions particulières imposées par l'autorité administrative « *dans l'intérêt des personnes accueillies* » (art. L. 313-4). Cette disposition un peu mystérieuse ne peut pas être considérée comme le pendant de l'article L. 6122-7 du CSP qui, en matière hospitalière, permet à l'administration d'imposer des conditions dans l'intérêt de la santé publique en général et non dans celui des hospitalisés.

Enfin, l'article L. 313-7 prévoit la possibilité de délivrer des autorisations, d'une durée maximale de cinq ans et renouvelables une seule fois, présentant un « *caractère expérimental* ». Rien ne précisant sur quel point l'expérimentation peut porter (financier, technique ou autre), cette disposition permet de proposer des innovations destinées à améliorer la qualité du service rendu à certains types de population.

La prise en compte de la contrainte financière

L'aspect le plus original du régime des autorisations sociales et médico-sociales est sans doute la possibilité de refuser l'autorisation pour des raisons purement financières, qui n'existe pas en matière hospitalière.

En premier lieu, en effet, l'autorisation peut être refusée au seul motif que le coût de fonctionnement serait « *hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables* » (art. L. 313-4-3°). Or, en matière hospitalière, la même situation peut seulement conduire à assortir l'autorisation de l'exclusion de toute prise en charge par l'assurance maladie (art. L. 6122-4 du CSP, avec, d'ailleurs, une rédaction légèrement différente de la condition de coût excessif). De plus, ce motif possible de refus doit être combiné avec la possibilité, offerte par l'article L. 313-6, de délivrer l'autorisation sociale ou médico-sociale sans prise en charge financière par le département, l'État ou la Sécurité sociale. La marge de manœuvre de l'autorité administrative est donc plus importante qu'en matière hospitalière.

En second lieu, il est possible de refuser l'autorisation pour incompatibilité du « *coût de fonctionnement en année pleine* » avec les budgets sociaux des collectivités locales, de l'État ou des organismes de Sécurité sociale (art. L. 313-4-4° et art. L. 313-8). Cette possibilité est à

première vue du plus élémentaire bon sens si l'on veut maîtriser l'évolution des dépenses sociales mieux qu'on ne sait le faire pour les dépenses de santé. Mais elle est d'application difficile et pourrait être à l'origine de nombreux contentieux dans la mesure où l'article L. 313-4-4° vise expressément les dotations arrêtées au titre de l'exercice correspondant à la date de l'autorisation : il y aura souvent un délai de plusieurs années entre la date de l'autorisation et l'ouverture effective de l'établissement ou du service, de sorte que les dotations relatives à l'exercice correspondant à la date de l'autorisation ne renseignent guère sur celles qui seront adoptées au moment du fonctionnement effectif de l'établissement ou du service. Les autorités compétentes en matière de délivrance des autorisations devront donc faire preuve de la plus grande prudence, sans disposer de tous les éléments d'appréciation.

Cette prise en compte de la contrainte financière a conduit le législateur à prévoir un double système de liste d'attente.

Le premier système (art. L. 313-4, al. 7) répond à l'inconvénient qui vient d'être exposé : un coût prévisionnel de fonctionnement, justifiant à l'origine un refus d'autorisation, peut se révéler compatible, en tout ou partie, avec les budgets sociaux dans les trois années suivantes ; il est alors possible de délivrer l'autorisation totalement ou partiellement, sans reprendre l'instruction de la demande.

Le second système correspond au « *classement* » prévu aux articles L. 313-2, al. 4 et L. 313-4, dernier alinéa : lorsque les moyens financiers disponibles ne permettent pas de financer la totalité des projets présentés, un classement par ordre de priorité au regard du contenu du schéma d'organisation sociale et médico-sociale (selon des critères fixés par décret en Conseil d'État) est établi par l'autorité compétente pour le type d'établissement ou de service considéré. Ce classement, dont on ne sait trop s'il interviendra avant ou après consultation du Cross, devrait être publié, et il est prévu qu'il sera révisé chaque année ainsi que lors de la révision ou du renouvellement du schéma. C'est dire si l'on s'attend à des périodes d'attente qui pourraient être longues...

Conclusion

Ainsi, directement inspirée de la législation hospitalière, la loi du 2 janvier 2002 a, en matière d'autorisation, dû s'adapter aux contraintes propres à la matière sociale et médico-sociale. Le résultat de cet effort d'adaptation est passablement complexe. Il le sera plus encore lorsque, notamment pour les établissements habilités à accueillir des personnes âgées dépendantes, il faudra le combiner avec le mécanisme des conventions pluriannuelles (art. L. 313-11 et 12) et tenir compte des inquiétudes suscitées par l'impact financier de l'allocation personnalisée d'autonomie. ■

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



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. ■



Une évaluation de l'action sociale et médico-sociale aux dimensions multiples

Laurent Castra
Maître de conférences associé en sciences de gestion, Université de Lille 2

La loi du 2 janvier 2002, loin de réserver une seule signification au terme « évaluation », laisse revêtir à celui-ci plusieurs acceptions.

Ainsi, en premier lieu, l'évaluation se trouve être à la base de la définition même de l'action sociale et médico-sociale, dès lors que celle-ci « repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux » (article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles).

En second lieu, l'évaluation (et la prévention) des risques sociaux et médico-sociaux est entendue comme étant l'une des missions d'intérêt général et d'utilité sociale dans laquelle s'inscrit l'action sociale et médico-sociale.

Enfin, en troisième lieu, la loi du 2 janvier fait référence en plusieurs endroits à l'évaluation de l'activité des établissements et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers, et dont il va être ici question.

Novateur, le dispositif mis en place dans le champ des activités sociales et médico-sociales par la loi du 2 janvier l'est très certainement, mais cela ne doit pas laisser à penser qu'il n'existait aucun précédent en matière d'évaluation.

À cet égard, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative à l'institution d'une prestation spécifique dépendance était, de par certaines de ses dispositions, censée favoriser l'évaluation des prestations servies aux personnes âgées, ce par le moyen (facultatif) de conventions organisant des dispositifs d'observation partagée et pouvant être passées entre l'État, le département, les organismes de protection sociale et toute commune souhaitant y participer.

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (avec les décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999) ira plus loin encore, avec la prise en considération de critères de qualité de la prise en charge en matière de tarification.

Mais la loi du 2 janvier 2002, outre qu'elle élargit le champ des établissements concernés, met en place un véritable dispositif d'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations des établissements en prenant soin de distinguer l'évaluation interne de l'évaluation externe.

Évaluation interne et évaluation externe

L'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles précise que les établissements sociaux et médico-sociaux doivent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation que l'on qualifiera d'évaluation interne), mais doivent également faire procéder à l'évaluation desdites activités et qualité des prestations (évaluation externe).

L'évaluation « interne » va ainsi consister en une « autoévaluation » que l'établissement aura à conduire selon des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale placé auprès du ministre chargé de l'Action sociale.

Quant à l'évaluation externe, elle doit (devra) être confiée à un organisme extérieur habilité à cet effet par le ministre précité (l'avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale devant être sollicité) et dont la mission doit (devra) respecter un cahier des charges fixé par décret.

Le fait mis à part que les résultats de ces deux évaluations devront, selon les termes de la loi, être produits régulièrement (*cf. infra*) et « communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation », la loi du 2 janvier 2002 n'apporte pas plus de précisions sur le dispositif et les conditions de l'évaluation, le projet de décret (en Conseil d'État) relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale étant (presque) tout entier consacré aux composition et modalités de fonctionnement dudit Conseil.

Toutefois, les dispositions contenues dans la loi du 2 janvier 2002 nous éclairent dans la mesure où elles paraissent être inspirées, pour certaines d'entre elles, du dispositif existant et mis en place antérieurement pour les établissements du champ sanitaire.

Similitudes et différences avec le champ sanitaire

Sur bien des points, les dispositions contenues dans la loi du 2 janvier 2002 semblent offrir une certaine similitude avec ce qui est déjà en vigueur (notamment depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) pour les établissements de santé en matière d'évaluation.

À titre d'illustration, force est de constater que l'évaluation prend une place — désormais — prépondérante dans le dispositif d'organisation des activités sociales et médico-sociales puisque le « renouvellement, total ou partiel (des autorisations) est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe » (article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles). Autre exemple : le lien entre schéma d'organisation sociale et médico-sociale, projet d'établissement et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Cela étant, au-delà d'une apparente proximité, voire parfois d'une similitude, des différences sensibles sont perceptibles au sujet desquelles on peut s'interroger,

notamment sur le fait de savoir si elles peuvent être justifiées par la reconnaissance de certaines spécificités du champ social et médico-social, ou encore par le souci de prendre en compte l'expérience acquise en matière d'évaluation dans le domaine des activités sanitaires et de faire évoluer ainsi le dispositif d'évaluation.

Des spécificités, il en existe tel que le nombre particulièrement important d'établissements sociaux et médico-sociaux, qui a pu justifier le choix d'une procédure ouverte sur une évaluation par des « organismes extérieurs ». Il convient également de citer la spécificité des établissements pour personnes âgées, dont certains bénéficient d'un cahier des charges « qualité » (fixé par arrêté ministériel) qui leur est propre (cf. article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles).

Cependant, il paraît davantage intéressant et utile d'insister sur les différences et les aspects novateurs du dispositif d'évaluation du champ social et médico-social, et plus particulièrement sur une prise en considération systématique de l'ensemble « activité et qualité des prestations » en matière d'évaluation. De ce point de vue, l'évaluation requise pour l'octroi ou le renouvellement des autorisations va au-delà de l'évaluation de la seule activité de l'établissement, comme cela est le cas aujourd'hui pour les établissements de santé.

Pourtant, il est d'autres différences qui ne semblent pas apporter avec elles la garantie d'une meilleure cohésion entre activités sanitaires d'une part, activités sociales et médico-sociales, d'autre part :

- La procédure d'accréditation (évaluation externe) applicable aux établissements de santé garantit une cohérence avec l'évaluation interne dès lors que celle-ci est une étape préalable à la première. De ce fait, évaluations interne et externe se trouvent être intégrées dans un même cycle d'amélioration de la qualité des prestations (soins). La même garantie ne semble pas être inscrite — de fait — dans le dispositif mis en place par la loi du 2 janvier 2002.

- Le déséquilibre entre évaluations interne et externe, au détriment de la première, est patent, l'évaluation externe tendant à devenir l'élément principal du dispositif et même central pour ce qui a trait à la mise en œuvre des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

- À la différence de la procédure d'accréditation, les conditions de la validation des résultats (ne serait-ce que de ceux de l'auto-évaluation) et de leur publication ne sont pas — pour le moment — précisées.

Nonobstant, la loi du 2 janvier 2002 fait explicitement référence aux thématiques de réseaux, de coopération et de complémentarité entre schémas d'organisation sanitaire, d'une part, sociale et médico-sociale, d'autre part. Et désormais les projets de texte élaborés dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » laissent supposer que les deux champs ne seront plus aussi cloisonnés que par le passé, en tous les cas ne devraient plus (pouvoir) l'être au moins sur le plan de la qualité.

Activité + qualité = performance : l'application d'une nouvelle équation

Tarification à l'activité ; nouvelles règles d'organisation, de planification, de coopération ; orientations de santé publique... L'ensemble du dispositif « Hôpital 2007 » a vocation à favoriser la performance, à condition de pouvoir l'identifier.

L'évaluation (de pair) de l'activité et de la qualité des prestations devrait permettre au secteur social et médico-social d'identifier de véritables filières de performance, à la condition notamment :

- de pouvoir comparer les établissements (ces filières) entre eux (elles), ce qui signifie qu'un même support, de même règles méthodologiques, doivent leur être apportées, et ce sans distinction de nature d'activité (sanitaire ou médico-sociale).

- de développer encore davantage l'autoévaluation (évaluation interne), y compris au sein de réseaux et de structures de coopération. L'évaluation interne étant l'un des fondements d'une véritable contractualisation interne,

- de mesurer la qualité, et donc de disposer de critères de performance, fondés à la fois sur une connaissance précise de l'activité (mesure des coûts par activité) et de la qualité des prestations, ce qui suppose de développer les mêmes outils (comptabilité analytique, ...) sans distinction de nature d'activité (sanitaire ou médico-sociale).

Conclusion

Malgré quelques dissemblances, la loi du 2 janvier 2002 laisse apparaître d'importantes similitudes quant à l'importance croissante acquise par l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations. Plus que l'ajout d'une dimension qualité, il convient de souligner l'importance du binôme « activité-qualité ».

L'évaluation de l'activité et de la qualité dans le même temps constitue en effet la condition nécessaire de l'identification de la performance. Or celle-ci se construit tout à la fois en interne et en externe.

La contractualisation « externe » (le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) est indissociable du contrat « interne », que l'on se situe au sein d'un établissement (en allant jusqu'au contrat de soins ou au contrat de séjour) ou d'un ensemble de structures (un réseau, par exemple).

Il n'est donc pas surprenant que les mêmes liens puissent être établis, dans le cadre d'une démarche de contractualisation, entre le projet d'établissement, le contrat et la planification. Mais ces liens ne doivent être que l'aboutissement de la résolution d'une première équation dont la résultante est la mesure d'une performance qui suppose de ne pas dissocier qualité et activité. ■



Du sujet protégé à la référence institutionnelle : l'utilisateur au centre du contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Bruno Fabre
Inspecteur principal
de l'Action sanitaire
et sociale, chargé de
mission, Drass du
Centre

Dans le cadre d'un renforcement du régime administratif des institutions sociales et médico-sociales, la loi du 2 janvier 2002 a introduit dans le Code de l'action sociale et des familles (seul cité dans cet article) un ensemble de dispositions organisant un contrôle de leur activité (art. L. 313-13 à L. 313-19).

Les autorités publiques chargées de les appliquer, au moyen notamment de l'inspection, sont appelées à prendre la mesure de deux conséquences majeures de cette rénovation, à savoir :

- L'arrivée à maturité, en trente ans, d'un véritable statut de promotion et de protection des personnes jugées vulnérables selon les catégories du Code de l'action sociale et des familles, et susceptibles de ce fait de relever d'un séjour ou passage dans des structures d'accueil, de soutien et d'accompagnement de toute nature. Le constituant : le régime des institutions sociales et médico-sociales — des organismes poursuivant des buts d'action sociale et gérant pour ce faire des établissements et services considérés comme des structures d'intervention —, le dispositif de surveillance des conditions de fonctionnement des établissements, le régime des établissements d'hébergement simple soumis à déclaration préalable (qui joue un rôle de filet de protection).

- L'affirmation de l'utilisateur comme personne disposant de droits et constituant une composante à part entière des établissements et services : la loi du 2 janvier 2002 a relancé le débat de fond portant sur la place à réserver à l'utilisateur au sein des institutions sociales et médico-sociales. Durant les vingt-cinq dernières années, l'action sociale a été dominée par des évolutions concernant les modes d'intervention des structures, le développement et l'articulation des métiers et des professions d'action sociale.

S'il était censé en tirer un bénéfice, l'utilisateur voyait cependant son statut « produit » par le fonctionnement de l'institution : il en dépendait.

La loi du 2 janvier 2002 a soumis les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à un système étendu d'obligations tendant à définir les prestations auxquelles leurs usagers sont en droit de prétendre. Outre des prestations primaires de « production » (héberger, nourrir, blanchir), ils sont tenus de délivrer des prestations complexes caractérisées par leurs finalités :

- fournir de la sûreté (protéger l'intégrité, l'intimité et le bien-être, suppléer et compenser la dépendance et le handicap) ;

- assurer le respect des droits et libertés individuels garantis à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

- respecter des obligations de professionnalité ;

- promouvoir une existence comportant des liens.

Les autorités publiques voient ainsi leur activité de contrôle se déplacer du champ de la structure (« Comment fonctionne-t-elle ? ») vers celui de l'intérêt de l'utilisateur (« Comment est-il accueilli et pris en charge ? »). Ce recentrage autour des prestations délivrées s'est développé autour de deux pôles :

- *Les appuis légaux des interventions publiques* : le contrôle de l'activité (art. L. 313-13) : vérifier la conformité des prestations aux autorisations données et à leurs mesures d'application et la surveillance des établissements (art. L. 331-1) : protéger les personnes.

- *La distribution des responsabilités entre les autorités publiques*, selon qu'il s'agit de contrôler les conditions de mise en œuvre des autorisations, de sanctionner des constats ou de garantir la sûreté des usagers.

Le présent article visera à montrer comment la notion de contrôle de l'activité définie par la loi du 2 janvier 2002 participe à ces nouveaux équilibres.

Rapprocher la vérification des prestations délivrées de la définition des réponses aux besoins sociaux et médico-sociaux

Le contrôle de l'activité mentionné par le nouvel article L. 313-13 constitue une catégorie globale autonome, désormais distincte du contrôle lié à l'application des lois d'aide sociale ou de sécurité sociale. Spécifique aux ESSMS, ainsi qu'aux lieux de vie par rattachement partiel, ses caractéristiques sont les suivantes :

- Un lien obligatoire a été établi entre le « contrôle de l'activité » et l'autorisation administrative sanctionnant la création de l'établissement ou du service : le contrôle de l'activité est confié à l'autorité qui a délivré l'autorisation.

Parce qu'elle a eu à se prononcer sur le degré de réponse aux besoins sociaux apporté par le projet dont l'établissement ou le service concerné étaient porteurs, parce qu'elle en assure le contrôle tarifaire, cette autorité de gestion est considérée comme proche des usagers et donc pertinente pour exercer le contrôle de l'activité développée (renforcer la relation centre / terrain). Elle vérifiera le respect par les structures autorisées des obligations relatives aux activités et à leurs modalités

de mise en œuvre, aux capacités, ainsi qu'aux budgets et tarifications opposables aux régimes de protection sociale ; ces points caractérisent la régulation des conditions de délivrance des prestations à partir des autorisations données.

Le constat du défaut d'autorisation de création, d'extension ou de transformation d'un établissement ou service se rattache au « *contrôle de l'activité* », parce qu'également sanctionné par l'« *autorité compétente* » (pour délivrer l'autorisation).

- La répartition des interventions administratives, organisée selon deux niveaux, confirme la place faite aux autorités de proximité.

Un premier niveau, celui de l'organisation des constats et de la notification de leurs conclusions aux dirigeants des structures concernées ; niveau de proximité (de gestion) est dévolu, selon la nature du contrôle, à l'autorité qui a délivré l'autorisation (contrôle de l'activité) ou au représentant de l'État (vérification de la sûreté des prestations, exercice de la surveillance) ;

Un second niveau, d'autorité et de recours, celui de la sanction de la défaillance, par suite de l'échec des procédures engagées pour faire cesser les dysfonctionnements constatés ou de la confirmation des infractions relevées : le pouvoir de fermeture de l'établissement ou service défaillant, sauf dans le cas du défaut d'autorisation, est confié au représentant de l'État dans le département par l'article L. 313-16 (contrôle de l'activité), comme par les articles L. 331-5 et L. 331-7 (exercice de la surveillance).

Dans ce contexte de pluralité des autorités de police administrative, le rôle confié au représentant de l'État dans le département (le préfet ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les unités de soins de longue durée accueillant des personnes âgées dépendantes) correspond à l'instauration d'un degré de sauvegarde. Il lui appartient de répondre en dernier ressort de la protection des personnes, leur sûreté constituant un élément de l'ordre public.

Une maîtrise accrue des conditions de délivrance des prestations

Le contrôle de l'activité comprend des dispositions qui accroissent les possibilités d'intervention des pouvoirs publics en ménageant une place aux autorités de gestion, censées être proches de l'utilisateur. Elles visent à garantir le contenu et la continuité des prestations délivrées.

Le contrôle de l'activité comprend désormais un système de voies d'exécution explicite et spécifique, distinct de celui applicable en matière de surveillance, et placé sous la responsabilité de l'autorité qui a délivré l'autorisation.

Les modalités du contrôle de l'activité sont maintenant explicitées, alors que l'ancien article L. 311-3 ne définissait que la sanction de la défaillance.

Dès lors qu'il s'agit de faire cesser des infractions ou de corriger des dysfonctionnements, l'autorité administrative doit obligatoirement délivrer une injonction

préalable. Aucune dispense n'est prévue, l'article L. 313-14 ne reconnaissant ni le cas de l'urgence, ni celui du refus de se soumettre au contrôle (par défaut d'une obligation correspondante).

Des garanties formelles importantes, accordées aux organismes contrôlés, encadrent le pouvoir d'appréciation des autorités. Le délai d'exécution de l'injonction sera « *raisonnable et adapté à l'objectif recherché* », une information des représentants des usagers, des familles et du personnel doit être organisée, l'injonction « *peut inclure des mesures de réorganisation* », comme des « *mesures individuelles conservatoires* ».

L'autorité ayant délivré l'autorisation peut nommer un administrateur provisoire dès lors que l'établissement ou le service ne satisfait pas aux injonctions délivrées. Cet alignement utile sur une disposition du dispositif de surveillance accroît les possibilités de résolution des difficultés reconnues aux autorités de gestion.

En établissant des « *droits des usagers du secteur social et médico-social* » et en imposant des obligations de professionnalité aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, la loi du 2 janvier 2002 a considérablement développé les références opposables que les autorités publiques peuvent utiliser pour apprécier les situations, et notamment le respect des normes de fonctionnement ou la sûreté des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement.

À l'occasion d'une fermeture pour défaillance d'un établissement ou service (art. L. 313-16), pour assurer la meilleure disponibilité des autorisations accordées et maintenir l'offre de prestations, le représentant de l'État — rôle de garant — peut transférer l'autorisation, qui tombe, à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire (art. L. 313-18).

Quelle limite de cohérence avec la surveillance des établissements ?

Le caractère global du contrôle de l'activité organisé par l'article L. 313-13, marque du souci d'en faire un dispositif de droit commun par suite de la place faite au niveau de proximité dans l'organisation des systèmes de vérification, entraîne trois conséquences :

- Le contrôle de l'activité est énoncé comme une totalité. Dans le principe, la vérification de la sûreté des prestations (= incidences sur la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des bénéficiaires), en dépit de son caractère spécial (textes particuliers), figure aussi au rang des interventions pouvant être menées dans ce cadre (L. 313. 13 2^e al.), sous le bénéfice de réserves de procédure traduites par des renvois ponctuels.

- De ce fait, la surveillance des établissements subit l'attraction du contrôle de l'activité et voit sa spécificité s'estomper (dispositif de sauvegarde confié au seul préfet avec un large pouvoir d'appréciation et de décision, comportant une obligation de se soumettre à la surveillance et le cas de l'urgence). Alors que ses caractéristiques propres lui confèrent une place à part



entière dans le système de contrôle des institutions relevant du Code de l'action sociale (Titre III, Livre III), le risque existe de la réduire à un dispositif auxiliaire.

- La rédaction des articles L. 313-13 et suivants conduit bien plus à une imbrication des deux dispositifs qu'à une articulation organique, fondée sur une exclusion de principe par voie de renvoi global à raison de la nature des interventions (vérification des conditions de mise en œuvre des autorisations — gestion — ou protection des personnes — sauvegarde). Dans ces conditions, il devient plus difficile de distinguer les interventions propres des différentes autorités, situation lourde d'un risque de confusion.

La rédaction difficile des renvois au dispositif de surveillance des articles L. 331-1 à L. 331-8, contenus dans les articles L. 313-13, 14 et 16, a activé le déséquilibre latent analysé ci-dessus, et soulève des interrogations au regard de la protection publique garantie aux usagers.

Les points les plus difficiles sont au nombre de deux :

- Dans l'article L. 313-14 (« *Dans des conditions fixées par décret [...] et sans préjudice des dispositions de l'article L. 331-7, dès que sont constatés des infractions [...] ou des dysfonctionnements* »), la réserve de procédure liée au cas d'exercice de la surveillance :

- se limite donc à la mention du seul article L. 331-7, qui vise exclusivement et par exception à la règle générale du L. 331-5 les établissements accueillant des mineurs ou jeunes majeurs relevant de l'aide sociale à l'enfance ;

- exclut donc par absence de mention explicite tout renvoi complémentaire au L. 331-5 (article de principe qui concerne de ce fait plus de 95,0 % de tous les établissements pour adultes et mineurs soumis à la surveillance et relevant du Titre III, Livre III) ;

- et crée aujourd'hui un vide juridique, faute d'application immédiate.

- L'article L. 313-16 qui règle le cas de la fermeture d'un établissement ou service ne contient aucun renvoi aux articles L. 331-5, L. 331-6 et L. 331-7 (« *Le représentant de l'État [...] prononce la fermeture [...] d'un service ou établissement dans les conditions prévues aux articles L. 313-17 et L. 313-18* »), alors que son « 2° » mentionne expressément des circonstances relevant de la surveillance (cas de menaces affectant la santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies).

Les conséquences de ces rédactions sont nettes. En dépit de l'intention apparente du législateur (la mention du L. 331-7 traduit le souci de réserver le cas de surveillance), l'absence d'un renvoi formel au L. 331-5 dans les articles L. 313-14 et L. 313-16 bloque *a priori* toute application des règles de la surveillance au plus grand nombre des établissements, services et lieux de vie (une régression pour ces derniers) ; les dispositions des articles L. 313-14 et 16 leur seraient alors seules applicables, alors qu'elles sont

manifestement inadaptées à l'exercice de la surveillance (recours obligatoire et systématique à l'injonction préalable, absence de reconnaissance du cas de l'urgence, pluralité d'autorités) .

Cependant, pour les établissements au sens de la loi, on relèvera que l'intitulé du Titre III, Livre III CASF (« Dispositions applicables aux établissements soumis à autorisation ou déclaration », art. L. 331-1) pourrait permettre de leur appliquer directement le régime spécial du L. 331-1, dès lors que les conditions légales de finalité (protéger des populations mentionnées par le Code de l'action sociale et séjournant en établissement), d'intention (surveiller) et de matérialité des diligences (vérifier l'incidence du fonctionnement sur la sûreté des personnes) seraient réunies. Alors que les cas de surveillance du L. 313-13 et du L. 331-1 sont similaires dans leur fond, la loi ne précise pas si le premier est exclusif ou non du second, situation qui expose l'action administrative aux interprétations. À l'inverse, dans le cas des services et lieux de vie, formellement exclus de l'intitulé du Titre III, les art. L. 313-14 et 16 sont effectivement seuls applicables.

Du fait toujours de l'absence de mention du L. 331-5 dans l'article L. 313-14, le risque existe de voir un président du conseil général se trouver juge et partie en matière de surveillance, dès lors qu'il serait conduit à s'adresser des injonctions à lui-même dans le cas d'un établissement ou service de caractère départemental.

Ces disparités entraînent une inégalité de traitement devant la loi, les personnes accueillies ne pouvant pas toutes se prévaloir du bénéfice de procédures de protection ayant vocation à une égale efficacité de principe.

L'instauration d'un contrôle de l'activité à part entière représente une étape importante dans l'élaboration d'un statut administratif des établissements et services sociaux, désormais nettement centré sur la personne de l'usager. Pour le bon équilibre de la construction, il serait nécessaire que le dispositif de surveillance retrouve pleinement la spécificité qui était la sienne et soit étendu aux services et lieux de vie. ■