

Jean-Pierre Hardy

Financement et tarification

des établissements et services
sociaux et médico-sociaux

5^e édition
intégrant les CPOM et l'EPRD

DUNOD

« *Le premier qui dit la vérité, il doit être exécuté...* »

Guy Béart

« *Ironie, vraie liberté.* »

Pierre-Joseph Proudhon

Photo de couverture : © joyfotoliakid – Fotolia.com

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078471-4

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

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

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	1
1. L'évaluation, seul mode de régulation soutenable	9
Mesurer n'est pas évaluer	11
<i>Pour mesurer, il faut des indicateurs, 11 • Métrologie et quantophrénie, 13</i>	
Évaluer, c'est émettre un jugement	14
La montée en puissance de la démarche qualité	17
2. Les partenaires des pouvoirs publics	19
Le secteur public social et médico-social	19
Les fédérations gestionnaires et les syndicats employeurs dans le secteur social et médico-social	22
<i>Les continents, la dérive des continents avec des zones sismiques et volcaniques, 22 • Les sous-continents, les archipels ou les « confettis des empires », 30</i>	
Les associations d'action sociale et médico-sociale	33
<i>Pouvoirs publics et associations : des relations intrinsèquement contradictoires..., 33 • L'épistémé du secteur associatif médico-social en matière de dirigeance, 41 • Le secteur associatif : vertus et mythes, 47 • L'accentuation d'un dualisme associatif dans le secteur social, 50 • De la « mal-gouvernance » à la « maltraitance » des usagers, 52 • Accréditation des associations pour gérer des établissements ?, 58</i>	
L'instrumentalisateur instrumentalisé	59
Contrôle et tarification des établissements de statut privé et liberté associative	60
Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)	63
<i>La coopération : un complot « néolibéral » ou une crise de génération ?, 64 • « La coopération ou la mort ?! », 67 • Le dispositif juridique relatif à la coopération, 69</i>	
3. La tarification	71
L'ancienne loi de 1975	73

Un paradigme du secteur : le droit créance	75
<i>Le principe du droit créance de l'utilisateur, 75 • Une créance souvent escomptée et réescomptée, 76</i>	
Se préserver de tout tropisme et panurgisme hospitaliers	84
<i>Le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 84 • Du PMSI à la T2A, 87 • Les tarifications sur la base de groupes iso-ressources, 88 • Les conséquences d'une réforme de la tarification dans le secteur du handicap (SERAFIN-PH), 90 • La convergence tarifaire dans le cadre de la réglementation issue du décret du 22 octobre 2003, 91 • Les tarifs plafonds et la convergence tarifaire, 92</i>	
La tarification « en fonction des besoins de la personne »...	93
... et dans la limite des ressources financières disponibles	95
Nouvelle régulation ou dérégulation ?	97
La tarification administrée aujourd'hui	98
<i>La suppression de l'approbation tacite des propositions budgétaires, 99 • Les approbations financières, 99 • Le pouvoir de modification des tarificateurs, 100 • Articulation entre opposabilité des crédits limitatifs et respect des conventions collectives de travail agréées, 111 • Faire une révolution copernicienne entre le budget prévisionnel et le compte administratif et l'ERRD, 120 • Rénovation des relations entre les pouvoirs publics et les gestionnaires, 124</i>	
Susciter un environnement favorable à une gestion dynamique des établissements	128
<i>Liberté de gestion et contrôle a posteriori des comptes administratifs ou de l'ERRD par le tarificateur, 128 • Meilleures articulations entre liberté de gestion et contrôles internes et externes, 129 • Les indicateurs physico-financiers comme aide à la décision en matière de gestion interne, 130 • Régulation micro-économique et démarche qualité dans les établissements, 131</i>	
4. Le régime budgétaire, comptable et financier des ESSMS non soumis à un EPRD	133
L'ancienne réglementation	133
La réglementation issue du décret du 22 octobre 2003	135
Les dispositions générales communes à caractère comptable	137
<i>L'exercice budgétaire et comptable, 137 • Nomenclatures comptables, 137 • La définition et les objectifs de la comptabilité (art. R. 314-7 du CASF), 140</i>	
Le budget annuel	141
<i>Définition du budget annuel et du rapport budgétaire, 141 • La structure du budget, 142 • Présentation formelle du budget annuel, 148</i>	
Le vote du budget et la personne ayant qualité pour représenter l'établissement	154
<i>Sur la compétence du conseil d'administration et du directeur d'établissement, 154 • Le principe d'équilibre, 155 • Composition du dossier budgétaire, 156 • La transmission des propositions budgétaires (art. R. 314-3 et R. 314-21 du CASF), 158 • L'approbation du plan pluriannuel de financement et des programmes d'investissement (art. R. 314-20 du CASF), 158 • Le pouvoir de modification de l'autorité de tarification (article R. 314-22 du CASF), 163 • La procédure contradictoire itérative (art. R. 314-23 et R. 314-24 du CASF), 170 • Possibilité d'une pré-notification (art.</i>	

<i>R. 314-25 du CASF), 180 • Les tableaux de bord d'indicateurs médico-socio-économiques, 181 • Les référentiels nationaux de coûts (art. R. 314-33-1), 186 • Les décisions tarifaires, 186 • Le budget exécutoire (art. R. 314-37 du CASF), 190</i>	
La pluriannualité budgétaire (art. R. 314-39 à R. 314-43 du CASF)	193
L'exécution du budget	194
<i>Les ajustements budgétaires en cours d'exercice, 194 • Le compte administratif de clôture, 197</i>	
La transparence de la gestion et la levée de verrous relatifs aux contrôles	214
Opérations de gestion financière	221
<i>Les reprises sur les réserves de trésorerie (art. R. 314-48 du CASF), 221 • Solder les « créances glissantes » (art. R. 314-96 et R. 314-109 du CASF), 225</i>	
Les études d'efficience « coûts-avantages » (art. R. 314-61 du CASF)	226
Le règlement des contentieux de la tarification	228
Les dispositions législatives et réglementaires propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux juridiquement autonomes	230
<i>Les dispositions réglementaires à caractère comptable propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux juridiquement autonomes, 235</i>	
Les dispositions spécifiques aux établissements non personnalisés relevant d'une autre personne morale de droit public	237
Les dispositions comptables et financières propres aux établissements gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif	238
<i>Les obligations comptables propres, 238 • La transparence financière, 238 • Dispositions relatives aux charges de personnel prises en compte dans le calcul des tarifs, 242 • Les produits des placements financiers, 243</i>	
Les frais de siège social	251
<i>Les frais de siège social et/ou les services gérés en commun ont une légitimité incontestable, 251 • Les missions du siège social et les services gérés en commun au bénéfice des établissements sociaux et médico-sociaux, 253 • L'autorisation de frais de siège, 254 • Durée et conséquences de l'autorisation, 262 • La fixation du montant, la répartition des quotes-parts et le contrôle sur le siège social, 263 • La participation forfaitaire (art. R. 314-93 du CASF), 271 • Les frais de siège social dans le cadre des CPOM et d'une tarification « à la ressource », 274 • Le contrôle des frais de siège et du siège social, 275 • Les sièges interassociatifs, 279</i>	
Dispositions financières propres aux établissements à but lucratif ou non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (art. R. 314-101 à R. 314-104 du CASF)	282
<i>Les dépenses de personnel, 286</i>	
Les placements financiers dans le secteur public sous le « verrou de bercy »	286
Les différentes modalités de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux	289
<i>Tarifs journaliers, dotation globale, forfaits..., 289</i>	

Aspects financiers d'une fermeture ou d'une cessation d'activité et d'un transfert de gestion	291
<i>Le prix de journée de clôture (art. R. 314-98 du CASF) et le reversement des financements publics (art. R. 314-97 du CASF), 291 • Mise en œuvre de l'article L. 313-19 du CASF, 297</i>	
La remédiation financière (art. L. 313-14-1 du CASF) pour empêcher des fermetures	301
Transfert de gestion d'un ESSMS et liquidation de l'association gestionnaire	303
5. Les CPOM et leur outil financier : l'EPRD	304
Le CPOM prévu à l'article L. 313-11 du CASF	304
<i>Une innovation considérable dans le secteur social et médico-social, 304 • Les apports d'une contractualisation pluriannuelle sur une pluralité d'établissements et de services, 305 • Les outils financiers, 307 • Les CPOM et la gouvernance du secteur social et médico-social, 308</i>	
Le CPOM obligatoire prévu au IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2	313
<i>La première obligation de conclure un CPOM dans loi HPST, 313 • Les ESSMS bientôt tous sous CPOM ?, 314</i>	
Élaborer et négocier un CPOM	317
<i>CPOM : atouts et déterminants, 317 • CPOM : une démarche en 5 temps, 319</i>	
L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD)	327
<i>EPRD et tarification « à la ressource », 327 • Deux conceptions de l'EPRD, 331 • EPRD avec ou sans CPOM et CPOM avec et sans EPRD, 333 • L'EPRD : outil de pilotage financier unique des CPOM, 336 • L'EPRD d'une plateforme de services médico-sociaux (PFS MS) sous CPOM, 338 • L'EPRD prévu pour les CPOM relevant des articles L. 313-12 (IV ter) et L. 313-12-2 du CASF, 341 • L'état réalisé des dépenses et des recettes (ERRD) et l'affectation des résultats, 359 • L'EPRD et l'ERRD simplifiés, 362</i>	
CPOM et EPRD « à volonté » et « à la carte »	364
6. Méthodologie d'élaboration d'indicateurs	369
Fonction et caractéristiques des indicateurs	371
<i>Fonction des indicateurs, 371 • Caractéristiques des indicateurs, 372 • Présentation des indicateurs : les tableaux de bord, 374</i>	
Méthodes et critères de choix des indicateurs	375
<i>Modalité de mise en œuvre, 375 • Critères de choix des indicateurs, 375</i>	
Grille de test et de sélection des indicateurs pour les ESAT, CHRS, IME	379
<i>Grille de test et sélection de la fiabilité des indicateurs, 379 • Grille de test et de sélection de la pertinence des indicateurs, 380 • Grille de test et de sélection de la périodicité/permanence des indicateurs, 382 • Grille de test et de sélection de la typologie des indicateurs, 382</i>	
Quelques pistes supplémentaires pour les indicateurs des ESAT	384
<i>Suivi des journées réalisées, 384 • Suivi de l'activité sociale d'un ESAT, 384 • Suivi de l'activité économique d'un ESAT, 385 • Indicateurs généraux et spécifiques, 386</i>	
Quelques pistes complémentaires pour les IME pour déficients mentaux	386

7. Les indicateurs d'allocation des ressources et les indicateurs de performance pour la contractualisation	388
La nécessité d'indicateurs pour l'allocation des ressources	389
La tentation de l'indicateur synthétique	392
<i>La cotation des mesures de protection juridique des majeurs, 393 • La cotation comme un des indicateurs d'allocation des ressources aux services de majeurs protégés, 394</i>	
Les objectifs des indicateurs pour l'allocation des ressources aux établissements	396
Royaume de la moyenne et écarts « à l'idéal » fixé « à dire d'experts »	400
« Mère Térèse », Zorro, Robin des Bois et l'appartement témoin	400
Les indicateurs de convergence tarifaire par groupes homogènes d'établissements	402
<i>La convergence tarifaire instituée dès 1999 dans les EHPAD, 402 • L'outil « PATHOS », 404 • Quelle convergence tarifaire dans les EHPAD ?, 406 • Les indicateurs médicaux socio-économiques (ISME) « de première génération », 408 • Les indicateurs d'activité des ESSMS sous CPOM (article R. 314-43-2 du CASF), 423 • Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social pour la contractualisation, 424 • Les référentiels nationaux et départementaux de coûts, 431 • Vers une tarification par groupes d'activités majeures (GAM), 434 • Réforme de la tarification des SSIAD : l'arlésienne, 445 • Réforme de la tarification SERAFIN-PH, 448</i>	
8. Analyse et gestion financière	452
Définitions et brève histoire dans les ESSMS	452
Présentation de l'analyse financière dans les ESSMS	453
Méthodologie d'analyse financière	456
Les équilibres financiers d'un ESSMS	462
<i>Premier équilibre : biens stables et financements stables, 463 • Deuxième équilibre : biens circulants et financements circulants, 464 • Troisième équilibre : présence de liquidités et solvabilité, 466</i>	
Les spécificités dans l'analyse financière d'un ESSMS	466
Le bilan financier	468
Le plan pluriannuel de financement (PPF) d'un ESSM et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) d'un CPOM	470
<i>PPI/PPF, PGFP quézaco ?, 470 • Passage de « résultat zéro » au dégageant d'une CAF, cœur de l'EPRD, 475</i>	
Le plan pluriannuel de financement (PPF)	476
Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)	486
CONCLUSION	494
BIBLIOGRAPHIE	498
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS	500
INDEX	503

Introduction

Le secteur social et médico-social français se trouve remis en cause par la réglementation européenne du marché intérieur et de la concurrence avec les directives générales ou sectorielles sur les services dans le marché intérieur et le refus de les intégrer explicitement et clairement dans les services sociaux d'intérêt général (SSIG) ou les services sociaux d'intérêt économique général (SSIEG)... La réglementation européenne, qui se moque du statut des opérateurs et privilégie la « nature du produit » offert à un consommateur, trouve des assises avec la montée du consumérisme et de l'individualisme, laquelle est détournée vers la recherche de la fin des entraves à la diversification de l'offre pour accroître l'efficacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et garantir la souveraineté pour les uns et la dictature pour les autres du consommateur. Cette souveraineté du consommateur devrait passer par une plus grande solvabilisation de la demande à travers des prestations monétaires ou leur équivalent comme le chèque emploi service universel (CESU).

Or, en France, la puissance des gestionnaires des ESSMS, qui appartiennent majoritairement au secteur associatif, est liée au poids économique des ESSMS et non à la capacité des dirigeants du secteur à mobiliser adhérents et cotisations. L'assise sociale des gestionnaires des ESSMS est inversement proportionnelle à leur poids économique, alors que pour influencer dans les instances européennes, l'assise sociale est aussi fondamentale.

Cette faible capacité à mobiliser « l'usager-citoyen » ou « l'usager bénéficiaire », favorise la naissance de « l'usager consommateur » qui peut trouver un intérêt, certes illusoire, à jouer la carte de la libéralisation du secteur.

La libéralisation des services, afin de créer un véritable marché intérieur européen, devrait inclure dans son champ le secteur social totalement ou partiellement, ce qui veut dire que la France devra :

- cesser d'encadrer les autorisations des ESSMS dans un cadre toujours planifié, même s'il se décline à partir de 2011 par des appels à projet, au profit d'une libre création et d'une libre implantation ;
- mettre fin à la tarification administrée au profit de tarifs librement négociés entre les offreurs, les usagers et les acheteurs publics ;
- fonctionner par de véritables appels d'offres qui feront regretter les appels à projets ;
- s'ouvrir à la concurrence européenne (des services d'aide à domicile avec leur siège social polonais pourront intervenir dans les régions françaises de leur choix en pratiquant la législation de leur pays).

La dérégulation et la privatisation des services sociaux et médico-sociaux en réduisant la relation avec l'utilisateur à une relation client-fournisseur imposent de supprimer tous les instruments qui permettent de planifier l'offre, de fixer les prix, de réglementer l'accès aux professions, l'ouverture ou l'installation de structures et d'éviter la commercialisation de l'offre. Or les États ont besoin de ces instruments pour réguler la qualité, l'accessibilité pour tous et la viabilité du système de prise en charge des publics fragiles.

Pourtant, les exigences en matière de limites quantitatives ou territoriales, de forme juridique imposée au prestataire, du minimum de personnel requis, de tarifs obligatoires minimum ou maximum sont les piliers fondamentaux de la plupart des systèmes nationaux.

Certes, tout n'est pas joué. Il y a des sous-secteurs du social et du médico-social où il n'y a pas de demande solvable contrairement au secteur des personnes âgées et probablement du secteur de l'hébergement des personnes handicapées. Les appels d'offres verraient quelques acteurs associatifs en situation quasi monopolistique imposer leurs conditions à des coûts supérieurs à ceux péniblement contenus par la tarification administrée.

À titre d'exemple, la logique d'appel d'offres du ministère de la Justice pour la création des centres éducatifs fermés (CEF) dans la foulée des lois sécuritaires qui se sont multipliées depuis 2002, a conduit, compte tenu de l'absence d'acteurs nombreux et concurrents, à créer des structures aux coûts élevés et qui ont pris le relais du secteur du handicap des années soixante/soixante-dix dans les rénovations coûteuses de notre patrimoine historique de manoirs, châteaux et maisons de maître pour une nouvelle utilisation qui reste en général encore inadaptée...

Le développement des ESSMS et leur financement socialisé ne sont pas seulement menacés par un libéralisme économique excessif qui veut faire entrer dans tous les secteurs de la vie sociale une logique marchande, mais aussi, par sa propre implosion bureaucratique dans laquelle, selon des observateurs critiques et non complaisants, risque de l'entraîner un genre particulier de *nomenklatura*.

Ce terme de *nomenklatura* n'est pas un excès de langage provocateur. Ce n'est pas une injure mais une caractérisation sociologique. La *nomenklatura* est, à l'idéal associatif dans le secteur social et médico-social, ce qu'était la *nomenklatura* soviétique à l'idéal socialiste. *Nomenklatura* puisqu'elle profite d'avantages souvent peu connus ou dissimulés (train de vie, rémunérations élevées, avantages en nature, positionnement social important dans l'environnement) sans avoir de droit de propriété. Si cette *nomenklatura* comme la soviétique se pare d'idéaux qu'elle bafoue pour cacher ses avantages, elle est prête comme cette dernière, pour sauver et accroître ces derniers, à sombrer dans le néolibéralisme¹.

Le secteur des ESSMS au sens strict cache des coulisses peu connues. Pourtant, comme au théâtre, il se passe plus de choses en coulisses que sur la scène. Dans ces coulisses, on trouve :

- des organismes collecteurs paritaires agréés (OCPA) dont l'histoire interne de leurs divisions et unification partielle récente, aujourd'hui restée dans l'oralité, devrait être écrite sans occulter la combinaison des grands principes et des intérêts financiers ;
- des fédérations, unions et interfédérations sectorielles, infra-sectorielles, thématiques, populationnelles, catégorielles, etc. ;

1. J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social : fausses peurs et réalités*, Dunod, 2014.

- des syndicats employeurs ;
- des organisations corporatistes très diverses ;
- des organismes de conseils ;
- des comités, commissions, conseils et coordinations divers et variés ;
- des centres de formation ;
- des fonds de financement cogérés ;
- son secteur bancaire spécialisé ;
- sa presse professionnelle ;
- des organismes d'assurance privés ;
- des cabinets spécialisés d'avocats ;
- des fournisseurs spécialisés ;
- des organismes privés gestionnaires du compte épargne-temps.

Le *Who's Who* de tout ce qu'il y a dans ses coulisses nécessiterait un guide important... Il permettrait d'y repérer quelques « loups dans la bergerie » que le secteur à laisser entrer et quelques « chevaux de Troie » auxquels on a ouvert les portes.

L'histoire du secteur social et médico-social, avec ses figures, ses engagements, ses querelles, ses enjeux contradictoires, ses conflits d'intérêts et de pouvoirs accentués par les phénomènes de « multi-casquettes », reste à écrire. Elle devrait certainement, en veillant à ce qu'elle sorte de son propre champ de vision, mettre à mal les « théories indigènes » et le fait actuel de tenir comme indiscutable ce qui fonctionne comme une mythologie et un « monde enchanté ». Elle devrait mettre à mal une histoire « officielle » qui, bien qu'orale, est devenue familière et dont le confort d'usage n'incite pas à la remettre en cause.

Pris en étau entre la montée du libéralisme économique en Europe qui devrait libérer et satisfaire les appétits du MEDEF dans le secteur social et médico-social et l'implosion bureaucratique largement à l'œuvre (ce n'est qu'après l'implosion du bloc soviétique que, rétrospectivement, il est apparu que les fondements du système étaient depuis longtemps minés et que celui-ci ne s'est pas brusquement effondré en une journée même si la chute du mur de Berlin en a été le symbole), le secteur médico-social arrive à un carrefour. Quelle avenue va-t-il choisir d'emprunter ou va-t-il se laisser entraîner de façon non maîtrisée ? Va-t-il trouver et préférer tracer des chemins de traverse respectueux de son histoire et des valeurs affichées à actualiser ?

L'objet de cet ouvrage est donc, d'une part, de présenter les enjeux et les défis auxquels le secteur social et médico-social est confronté et, d'autre part, de présenter de façon à la fois exhaustive et didactique la législation et la réglementation qui le régissent, le protègent et qui risquent d'être pourtant balayées, non pas pour revenir à la situation passée idéalisée, mais pour entrer dans une ère plus libérale puisque les enjeux financiers sont considérables et suscitent de nombreux appétits.

En effet, le compte financier social consolidé des établissements et services sociaux et médico-sociaux reste à faire rigoureusement et complètement compte tenu des diverses sources d'informations et des différentes périodisations des données financières.

Les enjeux financiers peuvent être mesurés au regard des chiffres macro-économiques clefs de ce secteur :

- 10 330 millions d'euros de crédits d'assurance-maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les établissements et services pour personnes âgées en 2018 ;
- 11 600 millions d'euros de crédits d'assurance-maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les établissements et services pour personnes handicapées en 2018 ;
- 179 millions d'euros des Fonds Régionaux d'Intervention (FIR) des ARS fléchés sur le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- 620 millions d'euros de crédits d'assurance-maladie pour les structures de lutte contre les addictologies en 2018 ;
- 571 millions d'euros de crédits d'État pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs en 2018 ;
- 638 millions d'euros pour les 45 000 places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), 827 millions d'euros pour l'hébergement d'urgence, 127 millions d'euros pour la veille sociale (services d'information d'accueil et d'orientation – SIAO –, accueils de jour, maraude) pour 2018 ;
- 302 millions d'euros de crédits d'État pour les centres de demandeurs d'asile (CADA) et 47,5 millions d'euros pour les centres provisoires d'hébergement (CPH) en 2018 ;
- 858 millions d'euros de crédits pour la Protection judiciaire de la jeunesse dont 231 pour le secteur associatif habilité en 2018 ;
- 4 120 millions d'euros pour le placement des enfants et des adolescents relevant de la protection de l'enfance en 2017 ;
- 804 millions d'euros pour les actions éducatives en milieu ouvert et les aides éducatives à domicile en 2017 ;
- 5 010 millions d'euros pour la prise en charge de 143 000 adultes handicapés relevant de l'aide sociale départementale en 2017 ;
- 2 440 millions d'euros d'APA en établissement pour 528 000 résidents en 2017 ;
- 1 320 millions d'euros de dépenses nettes au titre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées pour 110 590 personnes âgées en 2017.

Nous sommes passés de 32 200 ESSMS en février 2002 à 44 100 en février 2014, ce qui démontre le dynamisme de ce secteur. Force est cependant de constater une décélération des créations qui passe de 8 140 entre février 2002 et juillet 2009 à 3 262 créations entre juillet 2009 et février 2014.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF comptent en février 2014 44 200 structures dont 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ils offrent 600 000 lits pour les personnes âgées dépendantes, 151 000 places pour les enfants handicapés, 141 000 places d'hébergement pour les adultes handicapés dont 44 000 médicalisées, 116 000 places de travail protégé, 190 000 enfants accueillis par l'ASE dont 54 000 en établissements ; 41 000 places en CHRS.

Les appels à projets pour créer de nouveaux ESSMS sont en train de se tarir. En dehors de la prise en charge de l'autisme, il n'y a plus de plan de création d'ESSMS dans le secteur des personnes âgées et dans le secteur des personnes en situation de handicap. Pour ces dernières, la CNSA a engagé une réflexion pour une vaste recomposition de l'offre qui sera prise en compte, dans appels à projets, dans les CPOM. Il y a une seule exception dans le secteur des

Tableau 1. Répartition des places selon les statuts juridiques.

Établissements et services	Répartition des places par catégories juridiques		
	Publics	Non lucratifs	Commerciaux
ASE — PJJ	37,2 %	62,4 %	0,4 %
Handicap	11,3 %	88,5 %	0,2 %
Gérontologie (hors USLD)	52,6 % ^a	33,1 % ^a	14,3 % ^a
Exclusion et autres publics	5,8 %	93,7 %	0,5 %

a. Pour les seuls EHPAD, ces chiffres sont respectivement de : 55 %, 29 % et 16 %.

demandeurs d'asile et des réfugiés où le dispositif est passé de 45 290 places en 2012 à 74 500 places en 2017 dont 40 400 places de CADA (il y en avait 21 500 en 2012)¹...

Il y a un quasi-monopole associatif *dans* le champ de l'aide à l'enfance (70 %), du handicap (90 %) et de l'exclusion (94 %). Le secteur public est majoritaire dans le secteur des EHPAD mais est fortement concurrencé par le secteur commercial en plein développement (16 % des EHPAD).

Les statuts juridiques des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont diversifiés : public autonome, public non autonome, privé non lucratif, commercial... Ils sont ou non habilités à l'aide sociale. Ils sont très concernés par la décentralisation mais le tarificateur n'est pas forcément le payeur. Si l'État, avec les Agences régionales de santé (ARS), tarifie pour l'assurance-maladie, les conseils généraux le font pour l'usager payeur, le cas échéant solvabilisé par lui-même (APA) ou d'autres (allocation adulte handicapé).

Enfin, à l'inverse du secteur sanitaire, les prises en charge se font au long, voire très long, cours, d'où l'importance et la primauté du projet de vie.

Si les établissements publics sociaux et médico-sociaux sont surtout présents dans le secteur des personnes âgées et sont en général gestionnaires d'un seul établissement en budget général ou principal (l'EHPAD) avec parfois des petits budgets annexes (SSIAD, dotation non affectée), par contre, les associations qui sont hégémoniques dans le secteur du handicap, de l'insertion et de la protection de l'enfance, gèrent un grand nombre d'établissements et services.

Dans tous les départements, il y a une à trois associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux (ADPEI, APAJH, PEP, UDAF, ADSEA), qui ont en gestion une à cinq dizaines de ces établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et emploient entre trois cents et mille salariés.

Une centaine de « grandes » associations à caractère régional et interrégional gèrent plus d'une centaine d'ESMS et emploient entre mille cinq cents et trois mille salariés. Le qualitatif de « grandes » sera préféré à celui de « grosses ». Dans « grandes », il y a « grandir », donc prendre en maturité et responsabilité. Les « grands » doivent aussi protéger les « petits » et

1. J.-P. Hardy, « La question migratoire : nouvelle frontière de l'action sociale de l'État et nouveau défi pour le travail social », *Revue de Droit Sanitaire et Social* n°1 ; janvier-février 2018, Dalloz.

les plus faibles. Alors que « grossir » laisse penser à surpoids, « mauvaises graisses », obésité mettant en cause au fond la santé malgré une illusion de puissance...

Le fait de pouvoir conclure avec ces associations de dimension départementale ou supra-départementale un contrat d'objectifs et de moyens pluriannuel et pluri-établissements et services, devrait aussi permettre aux autorités administratives de tarification et de contrôle de dégager du temps pour assurer leur fonction de soutien et de conseil aux petites associations « mono-établissement » qui sont innovantes et prennent plus en charge des publics spécifiques (autistes, traumatisés crâniens, maladies neuro-dégénératives, jeunes très désocialisés...) délaissés par les « grosses » associations gestionnaires souvent « bureaucratisées ».

Ces « grandes » associations gestionnaires sont bien des puissances financières qui savent consolider leur assise « politique » par la présence d'élus locaux dans leurs instances, voire le recrutement dans la parentèle des notables qui comptent... Aussi, il faudra, un jour ou l'autre, en passer par la loi afin de donner un statut particulier aux associations gestionnaires dépassant certains seuils. Elles pourraient être des « associations de gestion à objet social et médico-social ».

Cette loi devra alors instituer une « démocratie associative », ce qui passe par la séparation des pouvoirs dont ceux des instances dirigeantes et des directeurs, comme cela existe aujourd'hui dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux. Elle passera aussi par la présence reconnue et obligatoire dans les conseils d'administration de différents collègues : personnels, usagers, avec des associations d'usagers indépendantes des associations gestionnaires, des personnes qualifiées issues d'un bénévolat d'expertise, où chacun jouerait pleinement son rôle sans prétendre parler pour les autres.

Sur ce sujet de la gouvernance des associations du secteur et de leur place dans la mise en œuvre des politiques publiques, il faut éviter de croire que l'on fait une révolution copernicienne alors que l'on risque de faire une simple révolution astronomique (c'est-à-dire revenir au point de départ après avoir fait le tour d'un astre ou d'une question). Ce serait une révolution astronomique, si l'on reconstituait les ARSEA des années cinquante-soixante et les CREA des années soixante-dix (chapitre 2). C'est aussi une question de survie que d'assurer *un équilibre écologique dans le secteur associatif social et médico-social*¹.

En effet, il faut sauvegarder, voire rétablir, un équilibre écologique, d'une part, entre les « associations militantes de projets » et les « associations gestionnaires professionnalisées » et, d'autre part, entre les associations de différentes dimensions.

Lors d'une conférence à laquelle je participais, Patrick Lefèvre², du cabinet Technè Conseil, disait qu'il fallait dans ce secteur social et médico-social, des « souris et des éléphants ». Je lui fis remarquer que les éléphants sont terrorisés par les souris et essaient de les écraser. En revanche, dans la savane africaine, les éléphants prêtent une grande attention à ne pas écraser et à transporter sur leur dos de jolis oiseaux blancs très agiles qui notamment les débarrassent de leurs parasites. L'oiseau et l'éléphant vivent en parfaite harmonie et en complémentarité. C'est donc bien une telle harmonie et un tel équilibre qu'il faut aussi promouvoir entre les petites et grandes associations. D'ailleurs des cadres professionnels de grandes associations

1. J.-P. Hardy, *IASS La Revue*, n° 51, juin 2006.

2. Auteur du *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, 2003.

sont parfois à l'origine d'associations modestes qui prennent en charge des réflexions et des actions qui ne trouvent pas à s'exprimer dans les grandes associations et fédérations.

Certains ne manqueront pas de trouver cette métaphore un peu naïve. Les rapports de force en termes de densité et d'attraction entre les petites et les grosses associations relèvent du rapport entre le melon et le petit pois. Aussi, le melon ne peut qu'écraser le petit pois.

Il faut donc donner aux petites associations des moyens et des garanties pour ne pas être des petits pois mais des noisettes qu'un melon ne peut pas écraser. La noisette peut même bloquer le melon dans sa trajectoire, l'obligeant à la contourner sans l'écraser. Une noisette peut même « gâcher » le melon qui veut l'écraser.

Cependant, les « petites » associations ne pourront se maintenir que si elles ont un « projet associatif politique », les immunisant de la contagion véhiculée par les « grandes » associations gestionnaires.

Comme le souligne Jean-René Loubat dans un très solide ouvrage¹ (qui a dû lui valoir certainement, comme moi, l'excommunication par les détenteurs « naturels » de la « bien-pensance » dans le secteur) :

« L'un des principaux paradoxes de la gestion associative de services et d'établissements d'action sociale et médico-sociale tient au fait que nombre d'associations ne survivent que par la fonction de gestionnaire de services...

Si au départ, les structures techniques (les établissements) ont constitué le bras armé du projet socio-politique des associations, elles en sont parfois rapidement devenues la raison d'être, la source de survie, ou encore le parfait écran. »

Les formules de coopération entre établissements et services aideront-elles les petites associations à développer leurs projets en se délestant des tâches de gestion sur des groupements de coopération ? ou constitueront-elles la première étape vers de nouvelles concentrations ? La page est encore blanche et il ne faut pas avoir une vision téléologique de l'histoire.

Ces formules de coopérations entre établissements et services sociaux et médico-sociaux, comme les formules de coopérations intercommunales risquent aussi d'avoir des effets pervers en matière de démocratie participative puisque des compétences vont être déléguées à une superstructure qui peut s'autonomiser, et ce, d'autant plus qu'elle relève d'une démocratie indirecte et de second degré et de la subdélégation, et non de la démocratie la plus directe.

Au risque d'user et d'abuser de la métaphore sur l'équilibre écologique entre associations de différentes dimensions dans le secteur social et médico-social, les pouvoirs publics qui ont un grand rôle dans l'impulsion des groupements de coopération, jouent-ils le rôle des gardes-chasses dans les réserves naturelles qui cherchent à maintenir les équilibres écologiques ? Ou laissent-ils des espèces dominer, voire anéantir les autres ?

Cette structuration du secteur social et médico-social en quarante mille établissements et services ne tient pas compte de l'émergence et de la montée en puissance depuis 1975 des « grandes » associations gestionnaires, du renforcement des missions, du rôle et des moyens des sièges sociaux et des directions générales associatives. Dans le secteur de l'aide à domicile atomisé en six mille services souvent de petites tailles, les gestionnaires ont constitué des unités territoriales infra-départementales.

1. J.-R. Loubat, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2^e édition 2014.

Il faudra donc bien ouvrir un chantier législatif et réglementaire pour avoir des garanties en matière de bonne dirigeance de ces associations, même si les fédérations gestionnaires et les associations de directeurs généraux souhaitent qu'on les laisse en toute tranquillité au nom de la liberté associative.

Les pouvoirs publics peuvent-ils longtemps rester indifférents au mode de gestion des sièges sociaux et des directions générales d'association qui gèrent dans le secteur social et médico-social plusieurs dizaines d'établissements ou de services ? Il convient d'éviter qu'un directeur général et un président jouent seuls au Monopoly avec ces établissements et services. De même, il faut éviter un conglomérat d'établissements PME dirigés par des directeurs « travailleurs indépendants » au détriment d'un projet associatif d'ensemble. Il faudra bien reconnaître, y compris réglementairement, la nécessité dans ce cas d'avoir des équipes de direction regroupant des responsables de pôles territoriaux et de pôles de compétences avec des cadres de toutes les directions opérationnelles et fonctionnelles.

On dit qu'un directeur d'hôpital est désormais un entrepreneur de service public en situation de concurrence (concurrence avec le secteur commercial mais aussi au sein du secteur public), gestionnaire de contraintes et de contradictions. Ne peut-on pas en dire autant des directeurs généraux d'associations gestionnaires dans le secteur social et médico-social, sachant que dans certains départements et certains sous-secteurs comme le handicap et la protection de l'enfance, la concurrence est en voie de disparaître au profit d'oligopoles associatifs ? Certains conseils généraux sont effrayés lorsqu'ils constatent que plus de 80 % des crédits qu'ils consacrent à une action publique sont délégués à une seule association gestionnaire. Faudra-t-il une loi « anti-trust » ?

Enfin, la question taboue de la représentativité (et du contrôle de cette représentativité) des fédérations représentatives des associations gestionnaires devra aussi être traitée. D'ailleurs, l'ancien président de l'Uniposs, Jean-Michel Bloch Laisné, nous y invite dans sa contribution à l'ouvrage collectif *Faire société, les associations de la solidarité face à la crise* (Dunod, 2010). Force m'est de constater qu'il peut, lui, poser cette question qui fâche de la représentativité des fédérations associatives, sans subir, comme moi, les foudres de son organisation (voir la note p. 41). Les questions écrites des parlementaires sur ce sujet se multiplient, mais il n'y a pas de réponse de l'administration centrale puisqu'elle relève *du* et de *la* politique.

La montée en puissance des « grandes » associations gestionnaires d'ESSMS nécessitait d'être encadrée et accompagnée par une législation et une réglementation adaptées pour garantir une bonne « dirigeance » de ces associations et une bonne « gouvernance » des ESSMS.

La réglementation budgétaire, comptable et financière d'application se devait de :

- moderniser les pratiques et les procédures budgétaires ;
- organiser une régulation économique efficiente par un encadrement macro-économique global ;
- permettre les ajustements micro-économiques entre financement, projet et besoins ;
- doter les partenaires du secteur d'outils de pilotage comme des tableaux de bord, des indicateurs, de méthodes de contrôle financier.

Mais elle devra être encore complétée pour traiter pleinement la question de la gouvernance des ESSMS et de la dirigeance des organismes gestionnaires dans un contexte de généralisation de l'obligation de conclure des CPOM à 5 P (P comme pluri-annualité budgétaire, P comme pluri ESSMS et dispositifs, P comme pluri-financeurs et pluri-filières, P comme parcours, P comme plateformes coopératives territorialisées de services).

Chapitre 1

L'évaluation, seul mode de régulation soutenable

L'ACTIVITÉ industrielle s'évalue relativement facilement, les parts de marché, les bénéfices, les coûts permettant d'estimer les résultats. L'activité dans le secteur social et médico-social est beaucoup plus difficile à évaluer, ses bénéfices, c'est-à-dire son efficacité et son efficience, ne pouvant, qui plus est, s'évaluer à court terme mais sur le moyen et le long terme. Seule peut être analysée sur le court terme la régularité juridique et comptable des actions mises en œuvre. De plus ce secteur souffre par rapport à d'autres de la quasi-absence de référentiels et de normes opposables relatives à ses moyens pour réaliser des objectifs souvent très généraux et peu finalisés et ainsi atteindre des résultats...

Le secteur social échappe encore partiellement¹ aux règles de notre système économique fondées sur la rentabilisation et la recherche du profit. Bien sûr, aucune structure ne peut échapper aux lois économiques dominantes. Cependant, si le secteur social y échappe partiellement, c'est au niveau micro-social et non macro-social. En effet, les différents services et établissements sociaux ne se voient pas appliquer les règles économiques dominantes de façon brutale, automatique et immédiate...

Au niveau macro-social et macro-économique, les gouvernements font les grands choix de redistribution de la plus-value globale produite par la société et l'affectent pour partie aux dépenses sociales. Mais, à leur niveau, les différents services et établissements sociaux « échappent relativement » aux contraintes économiques : satisfaction de besoins sociaux incontestables mais sans toujours rechercher une efficacité et une productivité « sociale » en relation avec l'énormité de la masse budgétaire accordée... C'est bien pourquoi la limitation des dépenses sociales ne peut se faire que centralement : décision de fermer x lits, d'ouvrir y places pour...

1. J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social : fausses peurs et réalités*, Dunod, 2014.

encadrement de l'évolution des dépenses, enveloppes financières fermées... La maîtrise des dépenses n'est pas réalisée par des actions spécifiques pour améliorer la gestion des établissements sociaux mais par des décisions d'ordre « macro-social », c'est-à-dire ayant des incidences sur un secteur dans sa globalité sans forcément d'ailleurs remettre en cause des situations aberrantes.

En résumé, si l'affectation d'une partie de la richesse produite à la protection sociale est strictement liée à des choix économiques et sociaux, la gestion des enveloppes de crédits dans le secteur social et médico-social échappe encore partiellement aux critères économiques dominants.

D'ailleurs, si les syndicats du secteur social sont désarmés depuis plusieurs années pour répondre à ce qu'ils qualifient comme étant des politiques d'austérité, c'est qu'ils n'ont pas su dénoncer les gabegies d'hier et d'aujourd'hui. La rigueur d'hier et d'aujourd'hui s'appuie dans ses justifications sur les dépenses anarchiques d'avant-hier.

Malgré une « pénurie relative », le secteur social drainant à son profit des ressources humaines matérielles et financières importantes, il lui appartient de prouver qu'il les utilise de façon optimale puisque d'autres secteurs de l'économie et de la société civile estiment que les dépenses sociales pourraient être plus « actives »...

Ces ressources importantes du secteur social restent limitées par rapport aux besoins sociaux et sont, de plus, inégalement et inéquitablement réparties entre les différentes composantes (médico-sociales, sociales, personnes handicapées, personnes âgées, insertion des publics en difficultés sociales...) et les différents services et établissements du secteur qui cherchent à obtenir le maximum de moyens par rapport à leurs objectifs. Il est donc nécessaire de s'assurer de la bonne adéquation entre les moyens accordés et les objectifs confiés à des établissements et services similaires.

Les partisans de l'économie de marché sans freins pensent que la solution réside dans le fait de transformer l'usager du secteur social en véritable « client-consommateur » pouvant opérer un choix entre des fournisseurs de prestations qui de ce fait, seraient obligés de s'adapter à la demande et aux besoins ou de disparaître.

Or la demande dans le secteur social n'est pas solvable à quelques exceptions près. C'est d'ailleurs pourquoi l'offre est préétablie et surdéterminée par des choix d'intervention de la puissance publique, les tarifs pratiqués sont calculés soit au prix de revient, soit de façon forfaitaire, le chiffre d'affaires étant de ce fait lui aussi préétabli. Les lois du marché sont donc quelque peu atténuées.

S'orienter dans cette direction nécessiterait de s'assurer de la solvabilisation des bénéficiaires potentiels ou des capacités financières des tiers acheteurs (caisses d'assurance-maladie, pouvoirs publics, assurances privées, etc.), si l'on veut éviter une iniquité dans l'accès aux soins et aux droits sociaux. Ne pas le faire reviendrait à ouvrir de nouvelles brèches dans la cohésion sociale du pays.

L'autre mode de régulation vise à s'appuyer, non pas sur « l'usager-client », mais sur « l'usager citoyen », prêt à assumer les conséquences de choix contradictoires lorsque le même problème est examiné en tant qu'utilisateur ou en tant que citoyen payant impôts et cotisations sociales. Et, le seul moyen d'éclairer et de confirmer les choix de « l'usager-citoyen », c'est l'évaluation qui est la base essentielle d'une régulation démocratique et sociale.

Le fait que la « mode » de l'évaluation soit contemporaine de la crise économique, fait qu'elle a été assimilée à une nouvelle modalité de résolution de la crise du financement de la protection sociale. Pourtant l'évaluation est, en articulation avec la planification, le seul mode de régulation humainement soutenable dans le secteur social et médico-social, alternatif à une régulation par le marché qui serait désastreuse. Si l'évaluation vise bien à une utilisation optimale des ressources rares, ce n'est pas pour arriver à un « moindre coût » mais au « meilleur coût ». Par exemple, le maintien à domicile est souvent plus cher que certaines prises en charge dans des institutions, mais il répond aux besoins et aux désirs de la grande majorité de la population concernée.

MESURER N'EST PAS ÉVALUER

Mesurer, ce n'est pas évaluer, mais on ne peut pas évaluer sans avoir préalablement mesuré. L'évaluation fait suite à la mesure. Si la mesure doit être rigoureuse et doit pouvoir être qualifiée de « scientifique », l'évaluation ne peut pas prétendre à cette scientificité. Il faut donc mesurer car on ne peut évaluer un objet qui n'est pas défini...

► Pour mesurer, il faut des indicateurs

Il faut donc construire des indicateurs d'activité, de coûts et de résultats par rapport aux objectifs clairement identifiés, des indicateurs de mesure de l'impact des actions sur l'environnement ce qui suppose de posséder les données de l'environnement essentielles quant à leurs incidences sur les capacités de prendre en charge les populations pour lesquelles les établissements et les services sont agréés. Cela suppose donc d'avoir en priorité des indicateurs permettant de connaître et de suivre les évolutions des populations prises en charge.

L'objectif de ces indicateurs à présenter sous forme de tableaux de bord est dans un premier temps de mesurer et de contrôler :

- l'effectivité, c'est-à-dire le rapport entre l'attendu, le dit, le fait (avant de savoir si l'on fait bien, il faut savoir si l'on fait ce que l'on doit faire...) ;
- les réalisations, c'est-à-dire ce qui est fait réellement ;
- la conformité, c'est-à-dire le rapport entre les effets attendus et les effets réels ;
- l'intensité du travail effectué ce qui paraît important dans un secteur qui a plus une obligation de moyens qu'une obligation de résultats ;
- la satisfaction des besoins, c'est-à-dire le rapport entre les besoins et les résultats ;
- l'adéquation, c'est-à-dire le rapport entre besoins et objectifs ;
- l'efficacité, c'est-à-dire le rapport entre objectifs et résultats ;
- l'efficience, c'est-à-dire le rapport entre moyens mobilisés et résultats ;
- l'impact sur l'environnement, c'est-à-dire les effets induits sur l'environnement, qui peut amener à maintenir une action qui dévie de ses objectifs, par exemple, l'insertion professionnelle, compte tenu d'autres effets positifs (insertion sociale, cohésion sociale dans un quartier, aménagement du territoire, etc.) ;

- l'impact sur les politiques publiques, c'est-à-dire le repérage des adaptations nécessaires, notamment d'ordre législatif et réglementaire pour améliorer les performances des actions engagées.

La **figure 1.1** propose une représentation des différents objectifs des indicateurs et leurs interactions.

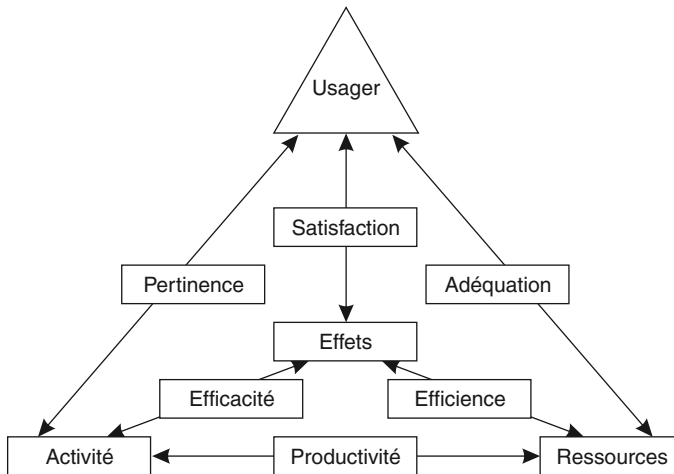


Figure 1.1. Les différents objectifs des indicateurs.

C'est donc dans un second temps que ces indicateurs seront resitués dans leur contexte, mis en interaction et en perspective, paramétrés et mis en équation pour les relativiser les uns par rapport aux autres afin de les interpréter et d'émettre un jugement, c'est-à-dire d'évaluer.

Il faut insister sur la différence qu'il y a entre la construction des indicateurs sur lesquels il doit y avoir une grande rigueur technique et un accord des acteurs et partenaires quant à leur pertinence et leur fiabilité, et l'élaboration d'un jugement qui s'appuie forcément sur ces indicateurs, mais qui lui peut être pluriel. En effet, l'évaluation impose un questionnement sur le sens et les valeurs sur lesquels il ne saurait y avoir unité de vue et, pour reprendre une expression à la mode, « pensée unique ». À partir des mêmes indicateurs reconnus, l'évaluation permet la confrontation de plusieurs systèmes d'interprétation, lesdits indicateurs n'ayant pas de sens en eux-mêmes. Sur la différence entre indicateur, norme, référence et référentiel, il convient de se reporter à l'**encadré 1.1**.

1.1. DÉFINITIONS

Indicateurs

Donnée ou combinaison de données constatant une situation, la caractérisant ou l'interprétant en fonction de références. Un indicateur doit être un marqueur révélateur...

Référence

La référence est le niveau d'un indicateur considéré comme optimum. Il peut être fixé en fonction de la moyenne observée dans un échantillon, en fonction de la réglementation (on parle alors de norme), en fonction d'avis d'experts...

Norme

La norme est la valeur réglementaire donnée à une référence qui est alors opposable.

Référentiel

C'est l'ensemble des références sur lesquelles on s'appuie pour conduire une évaluation. Il est donc composé d'indicateurs avec leur valeur de référence, voire de normes.

► Métrologie et quantophrénie

« Métrologie du social, oui ! quantophrénie ou maladie de la mesure, non ! » constitue notre credo. La construction d'indicateurs repose sur une volonté de formalisation et d'objectivisation d'une activité et de ses effets dans un secteur qui a longtemps estimé que cela était impossible, voire dangereux. Mais derrière les grands discours sur l'épanouissement ou l'autonomie, ne se cache-t-il pas aussi la volonté de maintenir des situations acquises et le refus de faire évoluer les actions ? Pourtant, mesurer pour évaluer dans la transparence et la pluralité des approches relève d'une culture démocratique « élémentaire ».

La production d'indicateurs oblige à retenir les faits significatifs et à produire des données quantitatives qui, c'est tout à fait vrai, intègrent mal des phénomènes émotionnels, affectifs, relationnels, le travail social touchant à l'ineffable et l'indicible... Il y aura toujours le risque de négliger certains indicateurs et d'amplifier certains autres... Comme le rappelle François Le Poultier¹ :

« Les travailleurs sociaux craignent justement en employant de telles grilles de catégoriser d'une manière arbitraire et normative les enfants et les familles. Le comble est qu'ils le font quand même implicitement et massivement avec les locutions personnologiques.

Des éducateurs spécialisés ou des assistantes sociales ne peuvent pas se souvenir de tous les agissements de tous les jeunes ou de toutes les familles dont ils s'occupent. Quand ils ont à parler de ces personnes et à les décrire, un ou deux traits sans doute inférés d'une observation de conduites effectives leur viennent à l'esprit. Ensuite, des processus cognitifs de catégorisation et d'attribution prennent le relais de la mémoire, activent des théories implicites et permettent à l'éducateur ou l'assistante sociale de compléter le tableau en toute bonne foi. »

Il est impossible de tout mémoriser. Les difficultés de remémoration *a posteriori*, le risque d'hypertrophier un événement récent et grave au lieu de le relativiser par rapport à un parcours, ne sont-ils pas aussi dangereux que l'élaboration et le suivi d'indicateurs ? Il faut admettre que les indicateurs ne peuvent pas tout prendre en compte et qu'ils permettent seulement la meilleure approximation possible.

Il faut donc renoncer aux positions perfectionnistes ou « exhaustivistes » derrière lesquelles s'abritent souvent ceux qui craignent de dévoiler leurs dysfonctionnements. C'est bien pourquoi il faut aller vers une gestion rationnelle des multiples données qui émaillent des pratiques et

1. F. Le Poultier, *Recherches évaluatives en travail social*, Presses universitaires de Grenoble, 1990.

qui saturent la mémoire collective souvent fondée sur une tradition orale. Cette formalisation au travers d'indicateurs trahit d'ailleurs fondamentalement moins les pratiques.

Paul Valéry avait coutume de dire : « Tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui est compliqué est inutilisable. »

Toutes les études montrent que lorsqu'il y a des indicateurs utilisés, ces indicateurs s'améliorent. L'évolution des personnes prises en charge n'est certes pas linéaire, les parcours pouvant être chaotiques. Cela est évident mais sur des échantillons statistiquement valides, l'action d'un établissement doit conduire globalement les trajectoires par le haut, l'inverse serait inquiétant.

ÉVALUER, C'EST ÉMETTRE UN JUGEMENT

Trois définitions de l'évaluation sont le plus souvent retenues :

- celle du décret du 22 janvier 1990 : « évaluer une politique c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés » ;
- celle du rapport Deleau¹ pour le Commissariat général au plan en 1986 : « évaluer une politique, c'est reconnaître et mesurer ses effets propres » ;
- celle du rapport Viveret² pour le Premier ministre en 1989 : « évaluer une politique c'est former un jugement sur sa valeur ».

Il y a aussi différents types d'évaluation :

- l'évaluation sommative s'attache aux résultats ;
- l'évaluation formative porte sur l'ensemble du processus et vise à modifier les actions en cours d'évaluation en fonction de cette dernière ;
- l'évaluation comparative analyse les écarts entre avant et après l'action (situations A et B, améliorations entre A et B) ;
- l'évaluation analytique s'attache à la portée et à la signification des changements entre A et B ;
- l'évaluation dynamique prend appui sur les résultats pour modifier l'action.

L'évaluation dans le secteur social et médico-social est plus inspirée par une logique d'obligation de moyens que par une obligation de résultats. De même en matière médicale, il y a encore une obligation de soigner mais pas de guérir...

Si comme le propose le professeur Jacques Généreux³, « la production publique » doit avoir un devoir d'efficacité (et donc de résultats) et non d'efficacité, cela ne peut, selon moi être qu'une exigence macro-sociale et macro-économique. En effet, il convient d'évaluer si la

1. M. Deleau, *Évaluer les politiques publiques : méthodes, déontologie, organisation*, La Documentation française, 1996.

2. P. Viveret, *L'Évaluation des politiques et des actions publiques, Rapport au Premier ministre*, La Documentation française, 1989.

3. « Réhabiliter et démocratiser l'État », intervention aux V^e journées professionnelles des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, *IASS La Revue*, n° 43, juin 2004.

représentation nationale a bien dégagé les moyens nécessaires à la mise en œuvre réussie de ses politiques publiques. Mais au niveau micro-social et micro-économique, il y a un devoir d'efficience pour tous les acteurs.

Aussi, le financement des actions repose aujourd'hui plus, d'une part, sur les indicateurs de réalisation des missions en s'attachant à la conformité au niveau des procédures à respecter comme des moyens à mobiliser, et d'autre part sur les indicateurs de densité d'activité. Il repose encore très marginalement sur des indicateurs relatifs à la qualité des résultats. Parfois le financement des actions prend plus en compte leur impact sur l'environnement que les résultats attendus. C'est par exemple le cas en matière de politique de la ville où des actions sont maintenues moins en fonction de leurs résultats que du fait qu'elles ont un impact positif en matière de paix sociale dans le quartier...

Un début de financement en fonction des résultats commence à apparaître dans le secteur de l'insertion : financement en fonction des placements durables en entreprises, subventions AGEFIPH en fonction des sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire de travail... Ces financements aux résultats touchent surtout le secteur social « précarisé » qui intervient dans les dispositifs d'insertion et encore peu dans le social « installé » relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF (p. 50).

Dans le secteur social et médico-social, l'approche qualitative va devenir primordiale. L'évaluation qualitative devrait reposer sur un processus itératif à l'issue duquel sont déterminés contractuellement les objectifs à poursuivre et les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs ; l'appréciation des résultats se faisant *a posteriori* et devant permettre d'identifier les causes des écarts pour apporter les améliorations nécessaires.

Là encore, il faut traduire les objectifs qualitatifs en données quantitatives grâce à des indicateurs adaptés pour pouvoir les mesurer. Franck Cochoy propose le terme de « quacul », où le « qu » associe évaluation qualitative et calcul quantitatif¹. Chaque objectif doit être affecté d'un poids relatif en fonction de l'importance et du degré de priorité que chaque partenaire lui attache.

L'évaluation des actions impose de distinguer ce qui relève de la compétence du maître d'œuvre (facteurs endogènes) et ce qui est soumis à des contraintes externes (facteurs exogènes). C'est bien pourquoi il faut à nouveau pondérer le poids relatif des objectifs en fonction du degré d'emprise du maître d'œuvre sur leur réalisation. Le degré d'influence des contraintes extérieures sur la réalisation des objectifs doit être mesuré pour déterminer par différence l'emprise réelle du maître d'œuvre, et on aboutit ainsi à un *poids relatif* pour chacun des objectifs poursuivis.

La combinaison de ces deux pondérations permet d'élaborer un indicateur de mesure de la performance sur l'ensemble des objectifs fixés. Par exemple, comment évaluer un ESAT qui contrairement à sa vocation originellement fixée par la loi de 1975 insère chaque année moins de 1 % des travailleurs handicapés qu'il accueille, sans tenir compte des contraintes externes (chômage, culture de la compétition) et le poids moyen relatif que les partenaires accordent à cet objectif originel par rapport aux autres objectifs ?

1. Cité par P.-A. Juven, *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, PUF, 2016.

L'allocation des ressources : leur reconduction comme les mesures nouvelles devraient mieux tenir compte des performances obtenues par rapport aux objectifs pondérés. Pour rester sur l'exemple des ESAT, faut-il renforcer leurs moyens pour leur mission d'insertion professionnelle, ou revoir l'objectif et les moyens pour se recentrer sur d'autres missions ?

Aussi, des évaluateurs de la politique nationale des ESAT qui mettraient un poids relatif faible aux contraintes exogènes et fortes aux contraintes endogènes, pourraient « juger » qu'il faut réaffirmer l'objectif d'insertion professionnelle en milieu ordinaire et pour ce faire renforcer les moyens en personnel d'encadrement des ESAT et recruter de nouveaux professionnels au dehors du champ du travail social traditionnel, comme les prospecteurs placiers en entreprises.

D'autres évaluateurs peuvent arriver à la conclusion qu'il faut convenir que les ESAT sont des lieux alternatifs et non de transition et qu'il convient d'en prendre acte avec les incidences financières : révision de la qualification de l'encadrement en privilégiant les moniteurs d'atelier au détriment des éducateurs techniques spécialisés.

Entre ces deux jugements évaluatifs sur les ESAT, il y a la place pour une palette de réponses intermédiaires. En matière de politiques publiques, l'objectif réaffirmé de la mission d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés des ESAT justifie le maintien de ces derniers dans le champ de compétence de l'État. Par contre, prendre acte qu'ils sont, dans les faits, des lieux alternatifs de production au milieu ordinaire peut justifier la décentralisation de cette compétence vers la collectivité territoriale départementale.

Si l'évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs, ceux-ci n'ont pas de sens en eux-mêmes (une réduction du taux de loyers impayés peut être le résultat d'un meilleur accompagnement social comme de l'effet « écrémage » des populations les plus en difficulté). Pour leur donner un sens, il faut faire un travail d'interprétation qui est, comme cela a été déjà précisé, pluraliste, sachant qu'il est aberrant d'autonomiser un seul indicateur pour lui affecter un sens (unique) propre, et croire que cet indicateur isolé puisse servir à mesurer le tout.

C'est ainsi encore, qu'à la suite d'un rapport de l'IGAS et de l'IGF sur le dispositif PAQUE (Programme d'accès à la qualification des jeunes), en s'appuyant sur des données objectives et quantifiées : taux d'abandon (20 %), taux d'accès à l'emploi jugé faible¹, taux de publics inadéquats très faible, les pouvoirs publics ont décidé de supprimer ce dispositif en 1993. Quelques années plus tard, en mettant des coefficients différents à ces indicateurs (mise en valeur du faible taux de publics inadéquats et de la lourdeur des difficultés de jeunes concernés) et en constatant que des jeunes sont sans réponses, il a été décidé de faire renaître le dispositif PAQUE sous le nom d'IPIP (itinéraire personnalisé d'insertion professionnelle) dans le projet de loi relatif à la cohésion sociale défendu par Jacques Barrot avant la dissolution de l'Assemblée nationale en 1997, puis de TRACE (trajet d'accès à l'emploi) dans le cadre de la loi de 1998 de lutte contre les exclusions de Martine Aubry.

L'évaluation créée des interactions (**figure 1.2**).

1. Il convient de souligner que la sortie vers un CDD ou un stage avait été estimée par ce rapport d'inspection IGAS/IGF de 1993 comme une sortie « positive » et « vers le haut » alors que dix ans plus tôt, seules les sorties en CDI auraient certainement trouvé grâce... Comme quoi, les indicateurs sont bien des « construits sociaux » et non des « lois naturelles ».

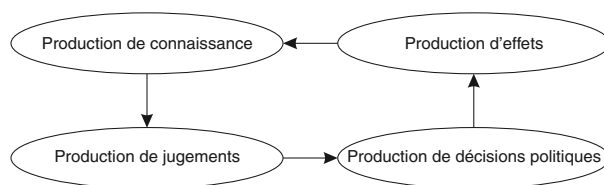


Figure 1.2. Les interactions de l'évaluation.

En matière d'évaluation de la qualité, il y a eu des avancées dans le domaine de la prévention avec les études coût-bénéfice : périnatalité, vaccination, dépistages de certains cancers, prévention bucco-dentaire, etc. Par contre les études coût-utilité exigent la définition de normes de qualité de vie que nous n'avons pas : acharnement thérapeutique et qualité de vie...

Encore trop souvent aujourd'hui, au nom d'une évaluation globale que l'on ne sait pas encore bien faire, on ne fait rien. Pourtant, « dans l'école du monde, la meilleure façon d'apprendre quelque chose, c'est encore de le pratiquer » (Jean-Jacques Rousseau).

LA MONTÉE EN PUISSANCE DE LA DÉMARCHÉ QUALITÉ

Initié en 1999 dans le cadre de la réforme de la tarification et du financement des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD)¹, la démarche qualité a fait l'objet de dispositions législatives relatives à « l'évaluation en interne et par des organismes extérieurs, des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services² ».

Une démarche d'amélioration continue de la qualité s'organise autour d'un processus pouvant être décliné dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et qui s'organise comme suit :

- information des acteurs (instances, personnel, usagers, partenaires) ;
- formation à la démarche qualité ;
- appropriation d'un référentiel existant ou élaboration d'un référentiel (par rapport à des références consensuelles) ;
- évaluation interne à partir du référentiel ;
- détermination des mesures correctives et des axes d'amélioration ;
- planification et mise en œuvre du plan d'action ;
- évaluation des actions d'amélioration/suivi de la mise en œuvre ;
- nouvelle évaluation interne.

1. J.-C. Delnatte et J.-P. Hardy, *La Réforme financière des EHPAD*, Éditions ENSP, 2002.

2. Article 312.8 CASF inséré par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Comme le précise la note d'information DGAS/5B n° 2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux¹ :

« Ces actions sont réalisées dans le souci d'atteindre des objectifs repris dans la loi 2002-2, tels que : mettre l'utilisateur-partenaire au cœur du dispositif, assurer la prise en charge la plus adaptée possible aux besoins de l'utilisateur, permettre l'expression de l'utilisateur dans la définition de ses besoins, et conduire à la prise en compte de son appréciation du service rendu, s'assurer de l'efficacité de l'allocation des ressources publiques, promouvoir la participation des professionnels à la mise en œuvre de la démarche et à l'élaboration d'outils, prévenir les risques de maltraitance institutionnelle.

L'évaluation de la qualité ne représente, en outre, qu'une étape dans la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'organise autour d'un processus itératif, composé de l'évaluation du fonctionnement, de l'analyse des points forts et des points faibles, de la mise en œuvre d'un plan d'amélioration des points faibles, d'une nouvelle évaluation et de la mise en œuvre des ajustements nécessaires.

Elle se justifie si elle s'inscrit dans un processus dynamique. »

Comme le précise Michel Laforcade² :

« L'évaluation et la démarche qualité présentent d'abord une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. Ainsi se met en mouvement le cercle vertueux de la qualité. »

1. *Bulletin officiel*, n° 2004-20 du ministère Emploi/Solidarité.

2. « La Qualité, le bourgeois gentilhomme et l'inspecteur », *IASS La Revue*, n° 37, oct. 2002. Michel Laforcade est aussi le co-auteur avec Philippe Ducalet d'un ouvrage clair et très didactique sur la qualité : *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Bordeaux, Éditions Seli Arslan, 2000.

Chapitre 2

Les partenaires des pouvoirs publics

LE SECTEUR PUBLIC SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Tableau 2.1. Les établissements publics sociaux.

	Public		Non lucratif		Commerciaux	
	ESSMS	capacité	ESSMS	capacité	ESSMS	capacité
ASE-PJJ	24,76 %	26,75 %	74,74 %	73,04 %	0,50 %	0,21 %
Handicap	9,12 %	12,87 %	89,72 %	86,01 %	1,17 %	1,12 %
Gérontologie (hors ULSD)	45,33 %	33,73 %	41,37 %	42,97 %	13,29 %	23,29 %
Exclusion et autres ESSMS	18,03 %	20,19 %	70,70 %	68,02 %	11,27 %	11,79 %

Source : FINESS, 2015.

Les personnels des établissements publics autonomes relèvent tous du titre IV de la fonction publique relatif à la fonction publique hospitalière.

L'article L. 315-7 du CASF reprenant l'article 19 de la loi originelle de 1975, lequel avait à l'époque mis un délai de cinq ans pour sa mise en œuvre, prévoit l'autonomisation des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception des établissements de l'ASE, de la PJJ, des CRP, des FJT, des centres d'addictologie et des centres de ressources. Compte tenu de l'exclusion des foyers de l'enfance et des maisons d'enfants à caractère social, il reste moins de cent établissements à autonomiser.

Les établissements gérés en budgets annexes par les CCAS (il y a environ cinq mille CCAS alors que chacune des 36 000 communes françaises devrait en créer un ou constituer un centre intercommunal d'action sociale – CIAS) qui sont pour l'essentiel des foyers logements n'ont jamais eu d'obligation de personnalisation et relèvent tous et pour la totalité de leur personnel du titre III de la fonction publique territoriale.

Les personnels des foyers de l'enfance et des maisons d'enfants à caractère social sont sous le régime du titre IV de la fonction publique hospitalière que ces établissements aient été personnalisés ou pas. Les foyers de l'enfance ont d'ailleurs toujours été sous le régime du titre IV de la fonction publique hospitalière. Avant la décentralisation de 1982-1984, ils relevaient de l'ancien livre IX devenu titre IV, même si le reste des personnels sociaux du département (service social polyvalent, PMI, ASE) est sous le régime du titre III de la fonction publique territoriale.

Les établissements publics de santé peuvent gérer en budgets annexes des services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF. Les établissements publics de santé gèrent un nombre très marginal d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF.

Il y a aussi quelques établissements publics nationaux sociaux et médico-sociaux. Il y a quatre établissements publics médico-sociaux nationaux pour déficients sensoriels qui pourraient, voire devraient, être transformés en établissements publics départementaux, un établissement public national pour aveugles et malvoyants et l'établissement public national Antoine-Koenigswarter (EPNAK), fruit de l'histoire, qui vivait des jours tranquilles dans le sud de l'Essonne avant qu'Élisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité lui confie la mission de reprendre la gestion des sept établissements de l'ex-APAJH de l'Yonne. En 2016, l'Office national des anciens combattants (ONAC) a transféré la gestion de ces neuf centres de rééducation professionnelle (CRP) à l'EPNAK.

En additionnant le nombre d'établissements et leurs capacités des budgets annexes hospitaliers médico-sociaux, des budgets annexes sociaux et médico-sociaux des CCAS et des établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes, le secteur public est majoritaire dans le secteur des personnes âgées et très minoritaires dans les autres domaines de l'action sociale et médico-sociale.

S'il reste majoritaire dans le secteur des personnes âgées, il n'y est plus hégémonique du fait du développement ces dernières décennies des établissements commerciaux dans un secteur où la demande est en partie solvable¹. Cette demande restera encore très solvable pendant quelques décennies jusqu'à l'arrivée massive en EHPAD des générations de RMistes et de « travailleurs pauvres » ayant connu des carrières « mitées » par de longues périodes de précarité et de chômage.

Cette présence forte du secteur public dans le domaine des personnes âgées est le fruit de l'histoire : transformation des hospices publics, tradition d'assistance aux personnes âgées allant des aides sociales facultatives, aux clubs du troisième âge, aux foyers logements des CCAS et aux maisons de retraite.

1. J.-P. Hardy, *La marchandisation du travail social : fausses peurs et réalités*, Dunod, 2014.

Avoir après-guerre, pour une commune, une maison de retraite publique communale a été un équipement de proximité aussi désiré que le furent dans les années soixante/soixante-dix, la piscine municipale puis la patinoire ces dernières années.

Le secteur public social et médico-social a peu profité par rapport au secteur associatif du développement important du nombre de structures sociales et médico-sociales. Les restructurations hospitalières de ces vingt dernières années ont peu profité au secteur médico-social puisque c'est moins une question de réutilisation de l'immobilier que de cultures professionnelles éloignées des besoins médico-sociaux ; centration sur la technicité des soins, hospitalo-centrisme, absence de culture du projet de vie, etc.

Dans le secteur des personnes âgées, le secteur public médico-social et le secteur public hospitalier en particulier risquent de se faire « tailler des croupières » par le secteur commercial s'il n'améliore pas son rapport qualité prix et s'il n'intègre pas que la personne âgée ne peut plus être un simple objet de soins mais doit rester un consommateur citoyen¹.

La procédure de création d'un établissement public médico-social tombe dans l'oubli faute d'être usitée. Il n'est donc pas inutile de la rappeler.

L'article L. 315-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose :

« Les établissements et les services sociaux et médico-sociaux sont créés [...] par délibération de la ou des collectivités territoriales compétentes ou d'un groupement ou par délibération du conseil d'administration d'un établissement public. [...] »

Le contenu de cette délibération est précisé par l'article R. 315-1 du CASF : elle fixe notamment l'objet et les missions qui sont assignés à l'établissement public, son siège et son implantation, son organisation et ses règles de fonctionnement ainsi que la composition de son conseil d'administration.

Par exemple, une maison de retraite est un établissement public spécialisé dans une activité (l'hébergement de personnes âgées), elle est dotée de la personnalité morale et bénéficie d'une autonomie de gestion à part entière qui doit être respectée par la collectivité territoriale de rattachement. À partir du moment où cette dernière fait le choix de la création de l'établissement public avant la mise en place des infrastructures nécessaires à son fonctionnement et à l'accomplissement de sa mission, elle doit en garantir la pleine autonomie.

Enfin, les éléments constitutifs d'une personne publique sont les suivants : un organe délibérant, un représentant qui assure l'exécution des décisions de l'organe délibérant et la gestion de l'établissement et un budget propre lui permettant d'assumer sa mission. Par conséquent, il ne saurait y avoir de conseil d'administration et de directeur « provisoires ». Ce genre de procédé est susceptible de mettre en cause la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable chargé du contrôle de la qualité de l'ordonnateur.

Plusieurs solutions se présentent à la collectivité de rattachement :

- soit un conseil d'administration est désigné selon les termes de l'article L. 315-10 du CASF en tenant compte bien sûr du fait que certains membres ne pourront être désignés que lorsque l'activité de l'établissement aura débuté (représentants du personnel et représentants des usagers). De même, un directeur de l'établissement est nommé par l'autorité

1. J.-P. Hardy, « Quand l'utilisateur est un consommateur : le cas des résidents dans les établissements pour personnes âgées », in Ch. Humblet (coord.), *Les Usagers de l'action sociale : sujet, client ou bénéficiaire*, L'Harmattan, 2000.

compétente de l'État après avis du conseil d'administration, à charge pour la collectivité de rattachement de donner les moyens à l'établissement de couvrir ce poste budgétaire jusqu'au commencement de l'activité ;

- soit un conseil d'administration est désigné dans les mêmes conditions que la solution précédente. Un directeur que l'on peut qualifier de « provisoire » peut être nommé. La direction commune de plusieurs établissements par un seul directeur est possible. En l'espèce, il conviendrait de nommer un directeur d'une maison de retraite publique déjà existante : cette nomination nécessite une délibération des conseils d'administration des deux maisons de retraite et un arrêté du ministre de la Santé sans toutefois requérir la publication préalable de l'emploi de directeur au *Journal officiel* ;
- soit la collectivité de rattachement assure directement par sa section d'investissement le financement des infrastructures nécessaires au fonctionnement de la maison de retraite et crée *a posteriori* l'établissement public. Les infrastructures sont intégrées dans la section d'investissement de l'établissement public par le biais de la procédure d'affectation.

LES FÉDÉRATIONS GESTIONNAIRES ET LES SYNDICATS EMPLOYEURS DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Nous allons esquisser la cartographie des fédérations et syndicats des gestionnaires dans le secteur social et médico-social sous forme de « continents », de « sous-continents », d'archipels... qui comme la dérive des plaques continentales de notre écorce terrestre, sont en train de se séparer par endroits, de se regrouper dans d'autres, d'entrer en conflits enfin, avec des risques de tremblements de terre, voire de tsunamis...

► **Les continents, la dérive des continents avec des zones sismiques et volcaniques**

L'UGERES (Union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale) est devenue le 24 juin 2013 l'UDES (Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire).

L'UGERES avait été créée en 1994 pour la gestion paritaire des fonds de la formation professionnelle. Elle voulait intervenir en appui des branches professionnelles de l'économie sociale dans son acception large et non de la seule branche sanitaire et sociale...

La présence de l'UNIOPSS dans l'UGERES a entraîné le départ de ladite UNIOPSS de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP) qui en 2008, tout en conservant son sigle, s'est rebaptisée : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

La FEHAP a soutenu, comme les autres membres de l'UNIFED, l'UNIFAF (ex-PROMOFAP) qui est l'organisme collecteur paritaire agréé (OCPA) des fonds de la formation professionnelle de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, alors que l'UNIOPSS et la plupart des autres membres historique de l'UGERES soutiennent l'OCPA de l'économie sociale UNIFORMATION.

L'UDES est actuellement organisé en six collèges :