

Cet exposé a été présenté par des étudiants CAFDES lors des 24^{èmes} Journées Nationales de Formation, organisées par le Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (MAIS) les 15, 16 et 17 juin 2010 à Beaune, sur le thème « Accompagnement social et logique marchande : le sujet n'est pas à vendre ».

La marchandisation de l'action sociale et médico-sociale

Travail réalisé par **Pauline MAHY,**
Laure PAVEAU, Stéphanie RATINIER, Magali SEGUIN, Florent ZECCHINI
Stagiaires CAFDES à l'IRTESS Bourgogne et l'IRTS de Franche-Comté

Introduction

Inventé dans les années soixante-dix aux Etats-Unis, le terme de marchandisation désigne l'intégration d'un bien ou d'un service dans le monde économique et marchand ordinaire dont il était jusque-là exclu, dans un système où différents producteurs sont mis en concurrence, le client choisissant l'un ou l'autre, en fonction notamment du rapport entre le prix et la qualité proposés. Un terme que l'on a appliqué aux secteurs de la santé et de la culture et que l'on utilise aussi pour décrire l'action sociale et médico-sociale.

Les termes de marché, de client, d'appel d'offre et de concurrence, mais aussi de résultat, d'efficacité, de rentabilité y font en effet irruption depuis quelques années. Le secteur se libéralise et s'ouvre à la concurrence, comme en témoignent le domaine des services à la personne où surgissent par dizaines de nouveaux prestataires et celui des maisons de retraite investi par des sociétés à but lucratif et de grands groupes financiers. Et le secteur se voit imposer par la puissance publique des normes et modes de fonctionnement issus tout droit du monde marchand.

Certains saluent ces évolutions, y voyant la possibilité d'une rationalisation et d'une modernisation du secteur, d'autres s'alarment, craignant qu'elles induisent une concurrence accrue non seulement avec le secteur lucratif nouveau venu mais aussi entre acteurs associatifs, et qu'au final, elle pénalise les personnes accueillies et accompagnées. La marchandisation induirait en effet une concentration en grands groupes au détriment du maillage territorial, créerait un risque de sélection des publics en fonction de leur solvabilité ou de leur chance de répondre aux objectifs fixés, privilégierait les moins-disant plutôt que les mieux-disant ou encore anéantirait la créativité et la capacité des associations à répondre à certains besoins de la population non pris en compte par les pouvoirs publics.

Devant ces questionnements, un bref retour en arrière s'impose pour comprendre comment la marchandisation s'est imposée au secteur de l'action sociale et médico-sociale. Durant les Trente Glorieuses, la croissance des richesses nationales (les taux de croissance annuelle avoisinaient les 5 %) alimentait les politiques sociales. C'était l'époque de l'Etat-providence. La solidarité était indexée sur la production marchande, les résultats économiques florissants autorisaient à se préoccuper de justice sociale. Les chocs pétroliers des années soixante-dix amorcent un renversement de tendance. La croissance s'établit autour de 2 % par an, le creusement des déficits publics s'accroît et le chômage s'impose comme un phénomène structurel et non plus conjoncturel dans les sociétés post-industrielles.

L'Etat-providence n'a plus les moyens de ses ambitions ; le système est remis en question au profit d'une nouvelle régulation concurrentielle, d'un retour du libéralisme. La déréglementation de certains secteurs doit faire émerger de nouveaux gisements d'emploi. Et pour optimiser les ressources, la redistribution publique adopte les mécanismes les plus proches possibles du marché. L'appel d'offres devient la norme d'affectation des fonds publics et la solvabilisation du consommateur est préférée au financement des structures, sous prétexte du libre choix de ce dernier.

Inaugurée en Europe par le gouvernement Thatcher, cette démarche se diffuse à d'autres pays, favorisée par la construction européenne qui fait de la libre circulation et de la libre concurrence ses piliers. Situation paradoxale puisque le marché, mythifié, est en fait mis en place via un volontarisme étatique autoritaire qui, en France, semble d'ailleurs contraire au mouvement de décentralisation lancé dans les années quatre-vingt. Dès lors, en tous cas, les problèmes de société, plus complexes et plus massifs – montée de l'exclusion, intégration des personnes handicapées, vieillissement de la population... – sont abordés principalement sous l'angle de l'efficacité, du rapport résultats/ressources. C'est la marchandisation de l'action sociale et médico-sociale.

Ce dossier tente d'éclairer les manifestations et les conséquences du phénomène par l'analyse de textes de lois et l'étude de cas.

Nous évoquerons dans une première partie comment les politiques publiques impulsent et utilisent le marché. Dans une deuxième partie, nous verrons comment cette marchandisation semble surtout répondre à un objectif de solvabilisation des financeurs. En envisageant à chaque fois les recompositions et les repositionnements qui en découlent pour les acteurs de l'action sociale et médico-sociale. Nous aborderons enfin la question spécifique de ce que cela implique pour la fonction de direction.

Avec toujours, en filigrane le souci de l'utilisateur des actions sociales et médico-sociales qui, avant d'être un client, est une personne vulnérable, fragilisée plus ou moins temporairement, parfois contrainte, souvent non solvable, ce qui fait douter de la possibilité pour le secteur d'être un marché tout à fait comme les autres.

I - Politiques publiques et marchandisation : de l'utilisateur au client, du partenaire au prestataire

Le début des années 2000 en France voit une série de textes et de pratiques impulser la marchandisation du secteur de l'action sociale et médico-sociale. Trois études de cas nous permettent d'évoquer les repositionnements qu'ils engendrent pour les acteurs du secteur.

1.1 La loi 2002 – 2 du 2 janvier 2002 : l'action sociale et médico-sociale intégrée dans le marché pour le bénéfice de l'utilisateur ?

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réaffirme en premier lieu les droits et libertés des usagers. Elle instaure des outils leur permettant d'exercer ces droits et de participer aux réponses individualisées que les professionnels de l'action sociale et médico-sociale doivent leur apporter. Elle reconnaît l'utilisateur avant tout comme une personne et donc

comme un client à part entière. Par la mise en avant du contrat passé entre l'utilisateur et le prestataire d'actions sociales et médico-sociales, la loi normalise les relations entre l'utilisateur et l'institution, repositionne les actions sociales et médico-sociales dans le droit ordinaire du code civil et de la consommation. Ce contrat, auquel l'utilisateur doit consentir de façon éclairée, précise les réponses envisageables à ses besoins et attentes ainsi que leur coût. Les prestations individualisées et personnalisées qui lui sont proposées doivent lui apporter une plus-value, le service, qui n'est plus seulement rendu mais vendu, doit déboucher sur un résultat mesurable. A cet égard, la mise en place de procédures d'évaluation interne et externe doit concourir à l'amélioration de la qualité des prestations et à leur lisibilité.

Nombreux sont les professionnels qui soulignent les limites et les risques de cette conception de l'utilisateur-client. Elle repose sur l'idée d'un sujet autonome qui aurait les compétences et ressources pour mobiliser les prestations correspondant à ses besoins, ce qui ne semble pas être le cas des plus vulnérables et des exclus. Elle pose la question de la non-solvabilité de la plupart d'entre eux, et ce, d'autant plus que la loi 2002-2 met aussi en œuvre une logique d'ajustement financier dont la transposition d'outils venus du monde marchand est le symptôme.

Les procédures techniques de pilotage du dispositif social et médico-social sont ainsi améliorées afin d'assurer la cohérence du secteur : les schémas départementaux ainsi que leurs modalités d'élaboration sont redéfinis, avec un lien affirmé entre autorisation et planification. La signature entre acteurs et autorités compétentes de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens définit les objectifs à atteindre et les moyens mobilisés à cet effet. Des indicateurs médico-sociaux et économiques sont mis en place afin de comparer les coûts à prestations identiques, avec pour objectif une convergence tarifaire, c'est-à-dire une rationalisation et une diminution des coûts. La loi 2002-2, qui encourage les regroupements et coopérations, a déjà engendré un mouvement de concentration sans précédent, les réductions de coûts étant en effet plus supportables par les grosses structures que par les petites.

Dans ce contexte, le risque existe de voir la recherche de la qualité des prestations reléguée derrière l'urgence de la performance financière qui conditionne la survie des structures gestionnaires. L'articulation, voulue par la loi, de l'objectif de rationalisation des dépenses avec celui de l'amélioration du service rendu à l'utilisateur ne va pas de soi. Il y a fort à parier que, dans un certain nombre de cas, l'utilisateur ne s'y retrouve pas.

1.2 La loi « Borloo » et la politique de l'emploi dans les services à la personne : création d'un marché et de nouveaux entrants et accessibilité

Le secteur des Services à la Personne n'est pas un secteur homogène ; l'attention portée à l'économie de ces services est surtout guidée par un choix politique : celui de fonder une partie importante de la croissance de l'emploi sur ce secteur. Ainsi, par la mise en place de sa politique publique agissant tant sur l'offre que sur la demande, l'Etat tente de structurer le marché.

La structuration en marché par l'état repose sur 3 facteurs désormais bien connus :

- Le vieillissement de la population : le développement des Services à la Personne est très lié aux politiques de la vieillesse et de la dépendance.
- L'augmentation de l'activité féminine - ainsi les services à la petite enfance et les services de confort - peuvent favoriser des politiques de conciliation du temps : CESU (Chèque Emploi Service Universel) préfinancé et mise en place par les entreprises.
- La moindre disponibilité des aidants familiaux du fait de l'éloignement et de la raréfaction de la prise des parents au domicile.

Le résultat est un compromis entre une évolution historique et démographique créant un besoin de services et une volonté politique et économique de gisement d'emploi.

Les services domestiques ont représenté un volume d'emplois important (5 % de la population active) jusqu'à la seconde guerre mondiale. L'accroissement de leur coût en a réduit la demande jusqu'en 1991. A cette date, la loi Aubry instaure des déductions d'impôts aux particuliers employeurs et la mise en place d'incitations publiques à la création d'emplois familiaux inverse la tendance.

L'aide à domicile connaît une histoire plus récente et oscille entre logique marchande et politique sociale. Au financement de l'offre jusqu'en 1980 se substitue un financement de la demande avec le projet politique de construire une forme de libre choix octroyé à la demande, coordonnée par le marché sur lequel se côtoieraient des acteurs différents. Parmi les mesures importantes, on peut citer :

- 1987 : exonération de charges patronales de l'emploi à domicile pour les personnes handicapées et les personnes âgées de plus de 70 ans favorisant le recours au gré à gré, que la loi sur les « emplois familiaux » de 1991 encourage par les réductions d'impôts
- 1993 : instauration du chèque emploi service privilégiant l'emploi direct
- 1996 : réductions fiscales pour les clients des organismes de services alors ouverts aux entreprises privées
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 posant un cadre pour les structures intervenant auprès des personnes dépendantes
- Loi 2005-841 du 26 juillet 2005 dite « loi Borloo » : plan de développement des services à la personne qui instaure :
 - la création de l'Agence Nationale Services à la Personne,
 - la création des grandes enseignes nationales pour un accès universel à des services de qualité maillant le territoire,
 - une adaptation des réglementations pour dynamiser une offre plurielle de services de qualité (CESU, exonérations fiscales...).

Le plan Borloo relatif au développement des services à la personne fait pencher la balance du côté d'une régulation concurrentielle. Le chèque emploi service devient chèque emploi service universel pré-finançable par les entreprises. Il offre la possibilité de devenir employeur ou de choisir un prestataire. La création d'enseigne favorise le regroupement d'autres acteurs, mutuelles et banques. Ainsi les fournisseurs de services sont de plus en plus diversifiés et nombreux, le secteur lucratif et commercial fait son entrée.

Les conséquences sont multiples. L'identité des associations se complexifie ; l'organisation de leur production et leurs exigences de professionnalité oscillent entre la « personne aidée » et le « client ». Le plan a aussi un effet sur les CCAS puisqu'il n'a pas prévu que leurs services à domicile puissent bénéficier d'une exonération de charges. Maintenir un tarif compétitif devient pour eux problématique.

En Europe des tendances communes se remarquent mais des politiques différentes se mettent en place : le glissement de l'offre vers le secteur privé des services avant fournis par des autorités publiques locales.

Du côté des bénéficiaires, la privatisation de l'offre n'a pas entraîné une privatisation parallèle de la demande : ainsi certains segments de ce marché demeurent dépendants des dispositifs publics de solvabilisation de la demande, tel celui de l'aide aux personnes âgées dépendantes. La création des enseignes devait garantir le bon fonctionnement du marché avec comme pilier le libre choix du client. Mais l'utilisateur n'a certainement pas le choix sur l'ensemble du territoire, d'où l'apparition d'un quasi-marché (avec une situation de monopole d'un côté et de raréfaction de l'autre) et non d'un marché. De plus, il existe une asymétrie importante entre l'accès à l'information de l'utilisateur et le prestataire - notamment pour quantifier et qualifier l'apport du soin relationnel lors d'une proposition de prestation de soins à domicile - ce qui remet en question le choix comme consentement éclairé.

En favorisant l'emploi direct, les politiques publiques développent un environnement où les barrières juridiques faisant obstacle à l'entrée de nouveaux offreurs concurrents sur le marché des services à la personne sont abolies. Mais on peut se demander si l'aide à domicile ne serait pas plutôt une activité marchande sans la présence réelle du marché.

1.3 Le détournement par la puissance publique d'un mécanisme du marché : l'exemple de la Cimade

Les événements de 2008 autour de l'accompagnement social des étrangers en centre de rétention administrative sont particulièrement éclairants sur l'utilisation possible d'un appel d'offre pour écarter un prestataire devenu gênant. En voici un bref récit.

La Cimade, depuis 1984, assure l'accompagnement social des étrangers afin de les soutenir dans leurs droits et d'être présente dans les lieux de rétention pour savoir ce qui s'y passe et assurer une fonction de contrepoids face à l'administration.

De 1984 à 2002, son intervention était encadrée par une convention passée avec le ministère des Affaires Sociales. Progressivement, son action a été reconnue comme une mission d'ONG attachée au respect des droits fondamentaux des personnes. En 2001, le décret du 19 mars relatif aux centres et locaux de rétention administrative prévoit que l'Etat doit passer une convention avec une association nationale pour « aider les étrangers dans l'exercice de leurs droits » en rétention. C'est une reconnaissance de l'action de la Cimade.

En 2003, cette convention se transforme en marché public, suite à l'interprétation des règles européennes par l'Etat français. Par le biais d'un appel d'offre simplifié, pour des contrats de 3 ans, l'Etat reconduit l'intervention de la Cimade en centre de rétention en 2003 et 2006.

En 2008, par décret du 22 août portant modification du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en matière de rétention administrative, l'Etat modifie les termes de la mission. Alors que la Cimade, par sa présence dans tous les centres de rétention, organisait jusqu'alors une veille nationale et publique sur la question des conditions de rétention administrative des migrants, l'Etat indique que l'intervention pourra être réalisée par « toute personne morale » et éclate la mission en lots territorialisés.

Cette orientation a pour conséquence de fractionner l'intervention et ne permet plus une observation nationale et une interpellation des pouvoirs publics, à l'heure des quotas de reconduites à la frontière. Ajoutons à cela que des organismes parapublics peuvent répondre à l'appel d'offre qui fait suite au décret du 22 Août 2008. De fait, ce type d'application du marché libéral à l'action sociale réduit les droits des usagers et leur possibilité de se faire entendre.

A partir de ce décret, sont fixés 4 critères de sélection des candidats prestataires :

- Compétences juridiques de l'équipe ;
- Compréhension des enjeux et engagements de service ;
- Autres compétences de l'équipe ;
- Prix.

La Cimade n'a obtenu que 3 lots sur 8, et les 5 autres lots sont attribués à 5 personnes morales différentes. Il est notable que la Cimade a été écartée de 5 lots sur le critère « compréhension des enjeux et engagements de service », critère dont on ne peut que relever la subjectivité, alors que par ailleurs, sur les 3 autres critères elle obtenait soit une note équivalente, soit une note supérieure à l'offre retenue.

Ainsi, la transparence affichée à travers une procédure d'appel d'offre au détriment d'un traitement de l'action sociale négocié par convention, semble contestable, et autorise toutes les positions politiques possibles au nom de l'objectivité de la notion de marché.

1.4 Directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur européen ou « directive Bolkestein »

La France, comme le reste des états membres de l'Union Européenne, avait jusqu'au 28 décembre 2009 pour transposer la Directive 2006/123/CE dans sa législation. Seulement à l'heure d'aujourd'hui, il n'existe pas de consensus pour définir qu'elles sont les activités qui doivent être comprises comme des Services Economiques d'Intérêt Général. En effet, de leur appartenance ou non va découler la possibilité ou non d'une mise en concurrence communautaire. Entre la première mouture proposée par M Frits Bolkestein en 2004 et le texte adopté en 2006, les amendements ont produits de nombreuses exceptions à l'application de cette directive. Les deux principales étant l'abandon du principe du pays d'origine et la création d'une classe économique, les SEIG, qui n'auraient pas à subir cette directive (paragraphe 2 de l'article premier). La directive exclut de manière explicite par l'article 2 intitulé « champ d'application », au paragraphe f, « les soins de santé », et au paragraphe j « les services sociaux relatifs au logement social, à l'aide à l'enfance et à l'aide aux familles et aux personnes se trouvant de manière permanente ou temporaire dans une situation de besoin qui sont assurés par l'État, par des prestataires mandatés par l'État ou par des associations caritatives reconnues comme telles par l'État », mais elle inclut «...les services à domicile, comme le soutien aux personnes âgées... ». Enfin, les termes personnes handicapées n'apparaissent jamais à contrario des personnes âgées.

La date butoir (28 décembre 2009) concernant la transposition de cette directive est passée et nous ne pouvons la trouver dans nos textes de lois. De plus, de nombreuses personnes partisans ou non de ce texte de loi parlent de SSIG mais cette expression n'apparaît nullement dans la directive. Devant ces différents constats, nous ne pouvons que souligner le flou absolu qui règne autour du texte référencé 2006-123 CE. Aujourd'hui, seules les personnes capables de l'analyser, de le décoder et ainsi que celles capables de lire l'avenir sont dans la possibilité d'affirmer quelles vont être les conséquences de ce texte.

II - La marchandisation de l'action sociale au service de la solvabilisation des autorités publiques

Dans un contexte économique de crise, les lois votées et les dispositifs mis en place semblent tous concourir au même objectif : réduire les moyens alloués à l'action sanitaire et sociale. Ainsi, en même temps qu'il transfère le plus possible de compétences sociales aux départements, l'Etat rénove son système de contrôle des établissements et fixe les tarifs des actes de santé, et de l'action sociale et médico-sociale. Les maîtres mots du début de ce siècle sont ainsi : rationalisation des moyens, convergence tarifaire, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens... Il apparaît entre autre que transformer l'action sociale en prestations vendues sur le marché est envisagé comme une manière de faire des économies. A travers deux exemples, nous verrons comment la pression économique qui pèse sur l'Etat redescend vers les départements et les établissements.

2.1 La faillite des Conseils Généraux

Depuis les lois de décentralisation, ce sont les départements qui ont la responsabilité du financement et de la mise en œuvre de l'action sociale. Depuis 2004, ils ont également la charge de verser des allocations aux bénéficiaires de l'aide sociale, les critères d'ouverture des droits ayant été fixés par l'Etat, et le transfert d'enveloppe n'ayant pas été envisagé comme révisable dans son montant. Les personnes se trouvent donc en situation d'avoir des droits, opposables aux collectivités. Au-delà du versement des allocations, les Conseils généraux ont à recruter du personnel, ou à financer des prestataires pour la constitution des dossiers avec les usagers, et l'instruction. Ainsi il apparaît que 90 % des recrutements de fonctionnaires territoriaux des départements résultent directement des transferts de compétences de l'Etat.

Ce pan d'activité des Conseils Généraux génère des coûts qui ne sont pas budgétisables puisque non maîtrisables. En effet, ces coûts évoluent en fonction de la situation économique et sociale des territoires, soumis aux secousses produites par une économie désormais mondialisée.

Dans le même temps, les ressources des collectivités territoriales, et notamment celles des Conseils Généraux, ne cessent de chuter, sous l'effet de plusieurs facteurs : réforme de la taxe professionnelle, des taxes foncière et d'habitation, et baisse des transactions foncières occasionnant des droits de mutation.

Face à cette situation, les Conseils Généraux recherchent les moyens de réaliser des économies, et l'Etat les y exhorte (cf. discours de F. Fillon du 18/09/09 au Puy-en-Velay). Et il semble bien que les économies soient réalisées sur les lignes dédiées à l'action sociale, de l'aveu même du Président du Conseil Général de Saône et Loire : « cette situation nous oblige à couper dans les dépenses non essentielles, principalement des dépenses sociales ».

Dans ce contexte, on voit depuis quelques années disparaître les conventions de partenariat avec les associations de l'action sociale, au profit d'appels d'offre délimitant la nature et le volume de prestations d'action sociale. Les cahiers des charges, très précis, limitent fortement le développement de propositions, et la mise en concurrence des associations peut entraîner une baisse des prix.

2.2 Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, aux territoires : les acteurs et les pratiques publiques changent

La loi 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 acte le secteur sanitaire social et médico-social comme un marché à part entière, entérine les outils et le vocabulaire marchand dans le secteur, mais organise les modalités de son fonctionnement afin d'améliorer les réponses apportées par les acteurs (offres) aux besoins détectés sur le territoire (demande). Ce texte de loi qui pose l'Etat comme acteur et régulateur du marché à la fois.

Avec la création des Agences régionales de santé – ARS –, les acteurs et les pratiques publiques changent. Les agences régionales de santé sont en effet chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique, de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé (article L. 1431-2 CSP).

Ce sont des établissements publics de l'Etat, placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

A ce titre, le Directeur Général d'ARS aura de nombreux pouvoirs sur les établissements et services médico-sociaux relevant de la tarification de l'Etat et de l'Assurance maladie. Il leur versera les financements, contrôlera leurs fonctionnements et veillera à la qualité de prise en charge médico-sociale, dans le respect des compétences de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale.

L'ARS sera également compétente pour planifier les créations, transformations et extensions de places dans les établissements ou services médico-sociaux relevant de son champ de compétence (les établissements et services médico-sociaux relevant de la tarification de l'Etat et de l'Assurance maladie).

Ainsi, le Directeur Général élaborera un projet régional de santé, véritable plan stratégique régional qui fixera les objectifs pluriannuels des politiques de santé de l'ARS et les mesures et actions pour les atteindre.

Ce projet régional de santé se déclinera en trois schémas, dont un schéma régional d'organisation médico-sociale qui devra prévoir les évolutions de l'offre d'établissements et services.

Sur cette base, le Directeur Général de l'ARS pourra lancer des appels à projets de créations, transformations ou extensions d'établissements et services médico-sociaux.

L'autorisation de création de l'établissement ou du service sera délivrée par le Directeur Général de l'ARS après avis d'une commission de sélection d'appels à projets qui associera notamment des usagers.

Chaque appel à projets fera l'objet d'un cahier des charges élaboré par l'autorité de tarification compétente. Toutefois, une partie des appels à projets sera réservée à des projets innovants ou expérimentaux répondant à un cahier des charges allégé.

Afin d'arrêter ces différents schémas, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pourra s'appuyer sur les avis et remarques de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, qui associera notamment des représentants des usagers et des gestionnaires d'établissements et services. Elle aura pour mission essentielle de formuler toute proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé conduite au plan régional.

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie se déclinera en conférences de territoires, dont la composition sera arrêtée par le Directeur Général de l'ARS. Elles réuniront sur un même territoire de santé pertinent les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé mais aussi de prise en charge et d'accompagnement médico-social.

Dans le même temps, l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 introduit la possibilité de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements ou de services et l'autorité compétente en matière de tarification ; la loi du 11 février 2005 et le décret du 6 février 2006 permettent la mise en œuvre de groupement de coopération sociale et médico-sociale.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions associé à la prochaine mise en place de tarifs plafonds applicables aux établissements permettront aux autorités de tarification et de contrôle de mettre en place une stratégie territoriale de limitation des moyens, accélérant probablement la disparition ou le regroupement d'associations gestionnaires.

Les principaux objectifs des contrats CPOM ne seront plus l'obtention d'un rebasage ou l'autorisation d'un siège social mais la qualité d'accompagnement, l'application de la convergence tarifaire ou le retour à l'équilibre. La nécessité de contenir les moyens existants sera une des priorités des gestionnaires de demain.

2.3 Des temporisations visant à limiter les effets pervers d'une marchandisation du secteur : l'exemple des chantiers d'insertion

Selon l'article 14 du code des marchés publics (CMP), les conditions d'exécution d'un marché peuvent comporter des éléments à caractère social ou environnemental qui prennent en compte les objectifs de développement durable en conciliant développement économique, protection et mise en valeur de l'environnement et progrès social. Pratiquement, dans le champ de l'insertion, l'incorporation d'une telle clause sociale dans un marché permet d'imposer aux candidats l'obligation de consacrer une partie des heures de travail générées par celui-ci à une action d'insertion. Il s'agit donc d'une condition d'exécution du marché et non d'un critère d'appréciation des offres. Tous les candidats doivent respecter cette condition qui constitue un élément de conformité de l'offre.

Une autre disposition intéressante dans le domaine de l'insertion est celle offerte par les marchés de services de qualification et d'insertion professionnelle, relevant de l'article 30 du code des marchés publics. Il s'agit là de marchés de services dont l'objet est précisément l'insertion des publics en difficulté et qui se traduisent sous forme de prestations d'appui et d'accompagnement à l'emploi, de formations ou d'expériences pré qualifiantes ou certifiantes. Pour répondre à l'objet du marché, le titulaire s'appuie sur différentes activités supports comme le nettoyage, la peinture, l'entretien, les espaces verts ou encore, la collecte de déchets, qui sont confiées à des personnes en difficulté. Ce n'est donc pas le résultat obtenu qui compte mais le parcours d'insertion dans lequel s'inscrit la personne. Il est essentiel que la logique de prestations ne prenne pas le pas sur la logique d'insertion qui constitue le fondement et l'objectif de l'opération.

Dans un autre champ, la direction des affaires juridiques (DJA) (ministère de l'économie et de l'emploi, et ministère du budget) a rendu un avis le 30 octobre 2009 en réponse à une question de l'agence nationale pour la rénovation urbaine. Elle indique que la cour de justice des communautés européennes (CJCE) a admis que « l'absence de but lucratif est un critère pertinent pour apprécier si une activité a ou non un caractère économique ». Ainsi, elle précise que « ces indices amènent à considérer que les structures porteuses des ateliers et chantiers d'insertion (ACI) ne peuvent être qualifiées d'opérateurs économiques, eu égard à la nature de l'activité en cause et aux conditions dans lesquelles elles l'exercent ». En conséquence, elle confirme que les contrats conclus pour la mise en place des ACI ne sont pas soumis aux obligations de publicité et de mise en concurrence fixées par le code des marchés publics.

Des précisions qui confirment une certaine volonté des politiques publiques d'affiner les règles du marché et de les réguler quand elles s'appliquent au secteur social.

III - Conséquences sur la fonction de direction

Toutes ces évolutions réglementaires entraînent un bouleversement de la fonction de direction ; le directeur doit dorénavant se positionner face à cette nouvelle donne.

Ainsi les directeurs doivent concilier, une prise en charge individualisée des usagers, une créativité pour un service à la carte en accord avec la loi 2002-2. Dans le même temps, la régulation financière du marché national oblige le directeur à piloter son établissement en prenant conscience des opérations de concentration, de mutualisation et d'optimisation de l'offre qui s'imposent à lui pour rester un interlocuteur pertinent des autorités tarifaires.

Nécessairement évolutives, les formations d'encadrement et de direction se sont modifiées en réponse aux nouveaux impératifs de la commande publique, en se « spécialisant », au sens où elles sont désormais étroitement liées aux préceptes gestionnaires (cf décret du 19/02/2007 relatif à la qualification des personnels de direction). En résultent, la réforme du CAFDES, la mise en place de Masters 1 et l'arrivée de directeurs issus d'autres secteurs économiques (l'origine des directeurs n'est plus exclusivement le travail social).

Voici quelques évolutions envisagées pour la fonction de direction face à cette marchandisation :

Peser dans le discours et les choix politiques : le directeur par le biais de regroupements ou de fédérations devra investir les structures comme les Conférences Régionales de Santé afin de peser sur les politiques publiques régionales mais aussi sur la définition des schémas et des appels à projets. Il doit investir son rôle de représentant des usagers, des familles et des personnes accueillies mais aussi investir l'espace décisionnel de la sphère politique.

Se saisir d'un rôle pédagogique :

Face aux financeurs : le directeur doit aujourd'hui jouer de pédagogie, promouvoir ses actions et sa capacité d'innovation. Les associations ont développé une réelle capacité d'innovation et d'adaptation. Il faut préserver l'inventivité et rester force de proposition en utilisant au mieux la possibilité offerte par l'article L312§14 du CASF sur les établissements et services expérimentaux.

Face au personnel : le directeur doit pouvoir clairement identifier les priorités et transmettre les évolutions qui transpercent l'établissement. Les salariés doivent connaître et comprendre les objectifs de leurs structures mais aussi ses contraintes.

Utiliser les techniques du marché : dans la limite du possible le directeur doit pouvoir utiliser techniques et outils du marché afin de répondre aux nouvelles exigences - innovation, marketing limité. Le secteur médico-social se marchandise et la lecture du directeur peut s'affiner jusqu'à certaine notion de marketing : l'offre médico-sociale peut-elle se lire à travers les 4 P [Quel produit ? Quelle place (distribution) ? Quel prix ? Quelle promotion (communication) ?].

S'investir dans une réflexion /action sur les pratiques

Le directeur et le gestionnaire ne pourront omettre la réflexion sur les pratiques managériales mais aussi professionnelles. Le directeur doit miser sur la qualification et la professionnalisation de son personnel.

Faire de l'évaluation un levier de modernisation

L'évaluation interne pose de façon exemplaire les enjeux de la fonction de direction.

L'évaluation ne devra pas être subie mais rester un outil de communication et d'amélioration.

Ne pas se soustraire aux indicateurs demandés mais les reprendre sous un éclairage social plutôt qu'économique.

L'évaluation utilisée depuis longtemps dans le secteur dit « productif de biens » avait tout d'abord été précédée des mêmes suspicions que celles du secteur social ; aujourd'hui loin d'être mise en défaut, l'évaluation est devenue « Valorisation », elle définit la valeur de la structure. C'est une valorisation du travail qui doit s'opérer dans le secteur social et médico-social.

Le directeur doit saisir pour son établissement l'opportunité de démontrer sa valeur, son expérience et son savoir-faire.

Selon l'attitude et la méthode qu'il adoptera, l'évaluation pourra apparaître aux équipes comme une opportunité de faire reconnaître son professionnalisme et de le développer plus encore, ou comme une menace, une prise de pouvoir de la technocratie normative, un envahissement par les procédures et protocoles au détriment de la relation particulière qui fondent tout travail social.

Développer le partenariat : loin d'être isolé, le directeur devra s'allier à un réseau ou à un groupement dans le but de mutualiser ses moyens (logistiques, personnel...) mais aussi ses connaissances (juridiques, financières...).

La coordination permettra de concilier besoins des personnes accueillies et territorialisation de ces besoins.

Résister à l'épreuve d'équilibre : le directeur doit tenir en même temps de plusieurs logiques : concurrence et partenariat, normalisation et innovation, gestion quotidienne et prospective sociale. Ses contraintes multidimensionnelles, concernent les enveloppes financières, les ressources humaines, les rapports avec les personnes accompagnées, les partenaires, les autorités de contrôle, ses administrateurs – dont le positionnement est lui aussi modifié.

La question pour le directeur n'est pas de savoir s'il faut manager les organisations ; il n'a pas le choix au vu des contraintes financières qui s'imposent à lui mais aussi de la complexification des situations à prendre en charge. L'enjeu par contre est de réarticuler les termes de progrès social et d'éthique professionnelle avec ceux de l'efficacité des organisations.

La compétence du directeur ne peut se limiter à la maîtrise de techniques et à la capacité à se conformer à des règles et exigences, à mettre en œuvre des protocoles et procédures, dans les limites budgétaires définies. Elle est aussi capacité d'imagination, de créativité, de mise en œuvre du sens. Entreprendre pour des projets humains et sociaux implique imagination et créativité, parfois à la marge des cadres institués. Il s'agit de ne pas céder à un management vide de sens.

La vigilance s'impose donc pour résoudre des équations de gestion parfois impossibles. La pression d'une certaine concurrence autrefois contenue dans la cohésion d'un secteur fait d'acteurs partenaires, ne doit pas faire perdre de vue le sens de la mission initiale. Le directeur est le garant de l'équilibre entre régulation du marché, rationalisation des coûts et amélioration de la qualité du service rendu.

Conclusion

Inscrite dans le fondement même de la Communauté économique européenne devenue Union européenne, l'ouverture des services au marché est préparée par les politiques depuis longtemps. Un grand nombre de travailleurs du milieu social ou sanitaire et social en sont pourtant surpris. Pourquoi cette évolution suscite-t-elle tant de méfiance et d'animosité ? Les sciences sociales savent que l'homme est naturellement opposant au changement mais cela ne suffit pas à expliquer le nombre des débats et pétitions qu'entraîne la marchandisation du système social français. Est-ce que l'action sociale et médico-sociale est condamnée à devenir un marché comme les autres ou les opposants à cette idée auront-ils la force et le pouvoir d'obtenir une exception européenne à la directive des services ?

Nos exemples, tout en illustrant nos propos, permettent aussi de pointer les apports positifs et les dérives possibles dus à la mise en place de ce nouveau système de régulation. De fait, ils sont restrictifs, puisqu'ils ne sont que des points particuliers de la marchandisation. Néanmoins, nous pouvons considérer notre premier exemple, celui de la loi 2002-2 comme l'élément typique d'une accélération de la marchandisation du système social. La polémique accompagnant sa mise en place est bien réelle. Or le but premier de cette loi est de replacer la personne au cœur du système. Elle devient l'acteur, le décideur de son avenir grâce aux outils qui sont mis à sa disposition. La contractualisation, qui est un de ceux-là, est mise en avant pour expliquer les bénéfices de la marchandisation par ses aficionados tandis que ses opposants lui renvoient ses failles et ses conséquences lorsque son application se déroule lors d'un quasi-marché ou lorsque l'utilisateur est dans une relation asymétrique à ce dernier du fait d'un déficit d'information.

De ce simple exemple, un fait s'impose à nous, la marchandisation du système social et les conséquences négatives pour l'utilisateur ne sont que les corollaires d'un désir des plus louables, celui de placer l'utilisateur au cœur du système, de lui donner le choix. De cette demande découle une pluralité d'offres, et qui dit "offre" dit système marchand, puisqu'à notre connaissance il n'existe que le système capitalisme permettant de répondre à une demande. Auparavant, l'utilisateur nécessitant un service social se trouvait dans l'obligation d'accepter et de se contenter de la proposition que lui faisait l'Etat, son service social de proximité. Il y avait alors un risque d'autocratie des travailleurs sociaux sur l'utilisateur. Devons-nous regretter une période où l'utilisateur subissait un système social qui pouvait lui être étranger dans son monde de fonctionnement mais qui reposait sur des valeurs telles la redistribution, la mutualisation, le bénéfice social ou devons-nous accepter les nouveaux inconvénients du système qui est actuellement en train de se mettre en place ?

Nul n'est parfait dit l'adage. L'acceptation de la marchandisation du système social ne se fait pas sans heurts. La vigilance des consommateurs, des travailleurs sociaux peut-elle amener à moduler ce qui semble s'imposer à nous ? Va-t-il se créer des niches, des situations où la marchandisation n'interviendra pas car elle sera non-rentable ? Qui comblera ces manques ? L'Etat en créant des services spécifiquement adaptés ou en incorporant ces niches non-rentables à d'autres pour obliger les entreprises privées, les associations à combler l'ensemble des besoins ? Les utilisateurs qui se retrouveront dans les conditions "idéales" de création d'associations à but non-lucratif comme cela s'est produit par le passé ?

ANNEXES

Textes réglementaires

Loi organique relative aux lois de finances n° 2001 – 692 du 1^{er} août 2001 (elle impose des indicateurs budgétaires et de productivité aux politiques publiques)

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005 – 841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne

Loi n° 2005 – 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Directive n° 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative à la libre circulation des services sur le marché intérieur européen

Loi n° 2009 – 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Code des marchés publics, articles 14, 30, 53 (ils facilitent le passage par la procédure des marchés publics pour les services sociaux)

BIBLIOGRAPHIE

Articles de revues

BARTHOLOME, Christophe, *L'émergence de l'usager client*, InterMag. **BAUCHET Emmanuel**, *Quand le privé propose le service d'aide à domicile*, Doc'domicile n°7, janvier 2008, p. 38-39.

CHAVIERE, Michel, *La loi de rénovation sociale restituée à son contexte*, Les cahiers de l'Actif n°330-331, nov.-déc. 2003, p. 13-27.

DAMON, Julien, *La fièvre de l'évaluation*, Sciences humaines, octobre 2009.

HASSENFEL, Patrick et PALIER, Bruno. *Le social sans frontières ? Vers une analyse transnationaliste de la protection sociale*, Lien social et Politiques, n° 45, 2001, p. 13-27.

M. L.-B., *A l'appui d'une enquête, la CPCA demande une loi définissant la subvention d'intérêt général*, ASH n°2569, 22 août 2008, p. 45.

LEVESQUE, Benoît, *Le Rendez-vous de l'économie sociale et solidaire : un bilan à chaud d'un événement digne de mention*, Nouvelles pratiques sociales, vol. 12, n° 1, 1999, p. 277-290.

M. J.-M., *Des propositions pour mieux organiser les relations Etat-associations*, ASH n°2571, 5 septembre 2008, p. 20.

MAMOU, Yves, *Associations, secteur privé et mutuelles rivalisent sur le marché des services à la personne*, Le Monde, 22 mars 2006.

MORIN, Cédric, *Concurrence et logique de marché, revendiquer sa différence*, (dossier réalisé par), Direction(s) n°68, novembre 2009

PIRIOT, Emmanuelle, *Concurrence "A vos marques, prêts. . ."*, (dossier réalisé par), Direction(s) n°23, octobre 2005, p. 23-28.

SEDRATI-DINET, Caroline, *Les Associations face au marché : l'impasse ?*, ASH n°2606 -24/04/2009

SPOLADORE, Hélène, *L'Etat soumet le monde associatif à la loi de la concurrence*, Union sociale n°226 - avril 2009

WARD, John, *Le secteur de la gérontologie : vrai ou faux marché ?* Département de service social Université Paris XIII à Neuilly-sur-Marne, Nouvelles pratiques sociales

volume 13, numéro 2, décembre 2000, p. 94-104.

Face au quasi marché, pour une parole politique des associations, Union sociale n°231, novembre 2009, p. 14-27.

Le collectif « Associations en danger » appelle à manifester le 13 juin, ASH, 11 juin 2009, p. 29.

Les services sociaux ne sont pas des entreprises comme les autres - Union sociale n°194 - février 2006, p. 18-29.

Quelle place pour l'économie sociale ? – La gazette santé social n°56, octobre 2009

Ouvrages

CHAVIERE, Michel, *Trop de gestion tue le social, Essai sur une discrète chalandisation*, La Découverte, Paris, 2007.

DEFONTAINE, Joël, *La marchandisation des actions sociales et médico-sociales*, Editions ASH, 2005.

DEVETTER, François-Xavier et JANY CATRICE Florence, *Les services à la personne*, La Découverte, Paris, 2009.

HUMBERT, Chantal, *Les usagers de l'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires ?* L'Harmattan, Paris, 2001.

LAVILLE, Jean-Louis et NYSENS, Marthe, *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées*, La Découverte, Paris, 2001.

Documents divers

Dossier de presse Cimade

Pétition "Les SSIG : un pas de plus vers la marchandisation du social ?"

Dépendance et marché : une perspective internationale sur l'aide à domicile et ses secteurs en mutation – Ingo Bode – Université de Duisburg, Allemagne, mars 2005

Croissance, démographie, finance, des ruptures aux nouveaux équilibres – Le cercle des économistes, rencontres économiques d'Aix-en-Provence, juillet 2009

Bilan de la politique de tarification de l'aide à domicile en termes de structuration de l'offre et de professionnalisation, Annick Bony, DGAS, Séminaire DREES mission recherche qualité de l'aide à domicile, 13 mars 2008

Marchandisation et mondialisation des soins de santé : les leçons des recherches de l'UNRISD, février 2008