Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social

Gaël CORON [1]

L'article analyse les évolutions du secteur médico-social au regard des transformations contemporaines de l'action publique qui ont justement comme effet de réduire les particularités des secteurs de politique publique. Après avoir rappelé la difficulté d'identifier le médico-social comme objet spécifique, trois scenarii *sont évoqués pour son avenir : une forte réduction de son autonomie, un rapprochement fort avec le secteur sanitaire et la réaffirmation de son autonomie à travers la construction en cours d'un discours endogène. Chacun de ces* scenarii *s'appuie sur une analyse des évolutions récentes des politiques médico-sociales.*

L'article analyse les transformations qui ont affecté le secteur médico-social et s'interroge sur les tendances et les forces qui pourraient pousser à son maintien ou, au contraire, à son effacement en tant que secteur spécifique des politiques publiques. Cette interrogation s'inscrit dans le contexte plus large de l'ajustement à la nouvelle donne politique et budgétaire qui s'impose aux politiques publiques à travers un certain nombre de réformes managériales. Ce mouvement s'appuie en partie sur la mise en place d'un nouveau cadre législatif (pour quelques repères sur cette évolution dans le médico-social, voir encadré 1).

Ce questionnement de nature théorique mobilise le concept de secteur qui est à la fois utilisé par les acteurs, mais aussi dans le champ de la sociologie ou de la science politique. On rappelle brièvement, dans une première

1. Institut de l'Ouest, Droit et Europe (UMR CNRS 6262), École des hautes études en santé publique. L'auteur remercie Nicole Bohic, Magali Robelet et François-Xavier Schweyer pour leurs relectures et remarques.

partie, les principales définitions de ce concept de secteur et l'intérêt qu'il peut présenter pour l'analyse des politiques publiques (I). Une seconde partie identifie les caractéristiques spécifiques du médico-social. Ce secteur a été institutionnalisé [2] comme un espace par défaut pour libérer les hôpitaux dédiés aux soins techniques de haut niveau de certains patients pour lesquels cette optique est inadaptée. Progressivement, il va se structurer à travers des institutions, des professions et des représentations autour d'un traitement mixte de certaines situations, notamment le handicap et la dépendance des personnes âgées (II). La question de l'adaptation à la nouvelle donne politique et budgétaire est donc à lire au prisme du maintien ou de l'effacement de l'identité d'un secteur spécifique. Dans cette perspective, trois *scenarii* d'évolution peuvent se dessiner en fonction des évolutions récentes : un affaiblissement général de la notion de secteur remettant en cause le médico-social, une (ré)intégration croissante dans le secteur sanitaire ou l'affirmation d'un référentiel spécifique combinant l'adaptation au référentiel global à une forme de légitimité pour les acteurs médico-sociaux. Dans une troisième partie, nous verrons que la mise en place d'outils transversaux comptables, informatiques ou gestionnaires renvoie à un projet global de décloisonnement des politiques publiques. Très forte pendant un épisode comme la révision générale des politiques publiques (RGPP), cette perspective continue à se développer en lien par exemple avec l'application des lois de financement (III). La quatrième partie évoque la subordination accrue à la sphère sanitaire. Les méthodes de rationalisation, comme la tarification à l'activité (forfaits liés aux patients pris en charge et financement complémentaire), l'état prévisionnel des ressources et des dépenses ou encore le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, se diffusent du champ sanitaire au champ médico-social. Cette diffusion peut être renforcée par les multiples projets d'« adossement », de « mutualisations » qui créent des entités dans lesquelles les établissements médico-sociaux sont des satellites des structures hospitalières ou par le déroulement des carrières professionnelles. La spécificité de l'approche médico-sociale tend alors à se réduire (IV). Enfin, dans une cinquième partie, nous observerons la mise en place d'un discours propre au champ médico-social qui entre en résonnance avec certaines idées portées historiquement par des acteurs légitimes. C'est le cas de la thématique de la « désinstitutionnalisation » qui prône la réduction du nombre de lits au nom d'un meilleur respect des libertés individuelles que permettrait le maintien à domicile des personnes (V).

2. Le terme d'institutionnalisation dans le présent article renvoie à deux types de phénomènes qu'on définira ainsi : institutionnalisation du secteur signifie reconnaissance et encadrement par la loi d'initiatives privées avec fixation de normes communes ; institutionnalisation des personnes signifie accueil des personnes dans un cadre de bâtiments fermés ou semi-fermés.

Ces trois types de discours incluent tous en filigrane une vision de la « contrainte budgétaire » mais ne sont pas totalement substituables l'un à l'autre. Ils peuvent parfois être complémentaires, mais aussi parfois aboutir à des préconisations contradictoires. La sociologie politique peut éclairer la domination de l'un ou l'autre : des enjeux institutionnels ou professionnels (comme le maintien d'une élite propre au secteur) en déterminent en partie l'issue.

Au niveau du matériau utilisé, l'article est essentiellement une revue de littérature qui puise dans des travaux en droit, sociologie et science politique. L'un des enjeux est de mobiliser des travaux réalisés dans des cadres conceptuels différents et pas seulement parce que les auteurs appartiennent à des disciplines différentes. Un révélateur de la difficile identification du médico-social, c'est qu'à l'exception notable du droit, les recherches académiques portent souvent sur des politiques publiques considérées comme autonomes (handicap, dépendance) ou sur des thématiques d'organisation de l'État non spécifiques à ce domaine.

Enfin, l'approche en termes de construction et de légitimation des politiques publiques adoptée ici doit nécessairement être complétée par une étude empirique des conséquences sociales pour les personnes prises en charge ou les personnels concernés. On renverra à cet effet à des travaux tels que l'article d'Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant dans ce numéro.

I. La notion de secteur dans l'analyse des politiques publiques

Dans les politiques publiques, la notion de « secteur » est fréquemment utilisée par les acteurs pour définir à la fois un champ d'activité des pouvoirs publics et une part importante de leur identité professionnelle. Au-delà de l'existence d'une administration ministérielle dédiée à telle ou telle question, la notion de secteur renvoie à un pan d'activité humaine reconnu comme base de division légitime dans certaines formes de sociétés. Dans le champ de la sociologie, la notion apparaît essentielle chez Durkheim : dans les sociétés traditionnelles, le territoire a une dimension identitaire forte et structure les rapports sociaux ; dans les sociétés modernes, la division du travail social, et notamment la professionnalisation des rôles sociaux, entraîne le passage d'une logique horizontale (ou territoriale) à une logique verticale (ou sectorielle). En science politique, on se réfère habituellement aux travaux de Pierre Muller et on définit le secteur comme « une structuration verticale des rôles sociaux (en général professionnels) qui définit ses règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixation de ses frontières, etc. » (Muller, 1990). Autrement dit, pour que secteur il y ait, il faut trouver une élite qui lui est

propre, des règles informelles ou formelles qui le caractérisent et un certain nombre d'idées ou de notions communes qui établissent des frontières avec les autres secteurs. À chaque secteur correspond plus ou moins une politique publique.

De nombreux travaux de science politique ont donc scruté l'évolution de tel ou tel secteur de politique publique et le plus ou moins haut degré d'autonomie dont ils disposent dans la société. La question a notamment été posée au regard de ce qui est généralement désigné comme le tournant néolibéral qui aurait atteint l'Europe dans les années 1980 (Jobert, 1994). Il s'agit de savoir comment les fondements intellectuels et cognitifs des politiques publiques viennent à changer et plus précisément comment s'impose un référentiel global de marché (encadré 2) qui ne prend son sens que par son articulation avec les référentiels des différents secteurs. En effet, la réduction des dépenses publiques est traitée y compris par ses opposants essentiellement sous son aspect économique voire comptable. Les enjeux de légitimation de ce type de politique sont souvent écartés ou alors résumés à la question de l'adhésion des ressortissants des politiques publiques à la vision néoclassique de l'économie. Or, cette grille de lecture est insuffisante et souvent déconnectée des travaux empiriques menés en sociologie politique. En effet, une politique publique doit être légitime aussi bien pour ceux qui la conçoivent et ceux qui l'appliquent que pour ses bénéficiaires. Autrement dit, si on retient la pertinence de ces termes il faut que le référentiel global (la priorité des mécanismes de marché, la réduction des dépenses publiques…) soit traduit et rendu acceptable dans chaque secteur. Dans cette traduction s'opère un décalage qui démontre que la notion de secteur reste un échelon d'analyse pertinent.

La politique de santé fournit un exemple parlant et souvent analysé (Pierru, 2007, 2012) : la thématique de la qualité en santé peut être vue comme un discours qui permet d'articuler cette exigence de légitimité sectorielle [3] avec les préoccupations gestionnaires. Elle bénéficie d'une perception *a priori* favorable par les professionnels et les patients. En même temps, elle s'accompagne de fait d'une « politique des indicateurs » dont les effets attendus sont présentés de manière ambiguë comme à la fois financiers et sanitaires. Par exemple, Nicolas Belorgey a montré comment, derrière le mot d'ordre de la réduction du temps de passage aux urgences, la construction d'un indicateur et son application renvoyait, en réalité, à un outil d'augmentation de la productivité dans ces services (Belorgey, 2013). De la même manière, le « constat » que les établissements de santé de « petite taille » présenteraient un risque pour le traitement de certaines situations va justifier la reconversion forcée de ces établissements.

3. Nous revenons plus loin sur la définition de ce terme.

À cette grille de lecture en termes de secteurs, la littérature en analyse des politiques publiques et en sociologie en a superposé une autre ces dernières années (voir notamment Bezes, 2009). Celle-ci est née du constat que la mise en œuvre des réformes se fait de plus en plus par l'usage d'outils transversaux. Ces derniers revêtent des formes différentes : un usage de plus en plus performatif des techniques de quantification (Ogien, 2010), une pratique systématique de la comparaison pour rendre évidentes les solutions préconisées diffusées sous le terme de *benchmarking* (Bruno, Didier, 2013), la mise en place de nouvelles lois de finances inspirées de principes managériaux, etc. L'enjeu et la mise en œuvre de ces outils issus d'un corpus qu'on désigne souvent sous le terme de « New Public Management » vont au-delà de la seule réduction nominale des budgets. Ils redéfinissent notamment les secteurs des politiques publiques parfois en niant leur spécificité, parfois en recomposant

Encadré 1

Évolution du secteur médico-social : quelques points de repères législatifs

1975 : Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Généralise l'exigence d'encadrement professionnel et établit le régime juridique des établissements.

1983 : Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Elle modifie la répartition des compétences dans le champ médico-social au profit du département.

2001 : Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Institue notamment l'allocation personnalisée d'autonomie perceptible aussi bien à domicile qu'en établissement.

2002 : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle renforce la planification, transforme les régimes d'autorisation et d'habilitation et généralise l'exigence d'évaluation.

2005 : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instituant notamment les maisons départementales du handicap (MDPH). Elle crée la prestation compensatrice du handicap (PCH).

2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle crée notamment les agences régionales de santé (ARS) compétentes sur le sanitaire et le médico-social et généralise l'appel à projets.

2015 : Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Instaure un financement au forfait des établissements dans le champ de la dépendance, rénove la contractualisation et crée les conditions d'un pilotage par les ressources et non plus par les dépenses.

l'action publique par le rapprochement de plusieurs secteurs. Ils transforment les modes d'évaluation du travail des agents en réduisant l'autonomie des mondes professionnels au profit d'outils centralisés et parfois déclinables dans plusieurs champs des politiques publiques.

II. Le médico-social, un secteur à l'identité instable

Le médico-social est un enjeu social essentiel si on observe le nombre de personnes qui sont concernées : 494 000 personnes en situation de handicap et 600 417 personnes âgées dépendantes sont accueillies en établissement ou bénéficient de services à domicile (CNSA, 2017).

Pour autant, le terme même de médico-social semble renvoyer à un secteur hybride parfois difficilement identifiable pour les ressortissants des politiques publiques mais aussi pour les acteurs professionnels ou administratifs. Le médico-social se situerait ainsi quelque part entre l'aide-ménagère ou l'animateur d'un côté et le soin médical aigu de l'autre.

Encadré 2

Secteur et référentiel en analyse des politiques publiques

Dans des travaux devenus classiques, Pierre Muller et Bruno Jobert (1987) insistent sur le corpus intellectuel qui permet de tenir de manière cohérente le secteur : ils le nomment le « référentiel ». Il est en fait composé de valeurs, d'algorithmes, de normes et d'images. Plutôt qu'une lecture idéale des politiques publiques, la notion renvoie donc à un ensemble de notions plus ou moins fondamentales qui s'actualisent dans des pratiques. Ainsi l'idée que la situation de certaines personnes ne peut être convenablement traitée par des approches médicales centrées sur les soins aigus pourrait faire partie du référentiel médico-social.

L'approche en terme de référentiel fait aussi une place au rôle des acteurs et particulièrement ceux en capacité d'élaborer un référentiel sectoriel en adéquation avec le référentiel global (appelés « les médiateurs »). Ce rôle n'est pas forcément celui de hauts fonctionnaires et il n'est pas nécessairement défini par des textes. Par exemple, les médiateurs de la politique agricole ont longtemps été la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA). Mais leur pouvoir nécessite d'émettre un discours audible par les acteurs du secteur et au moins partiellement en adéquation avec les objectifs transversaux des politiques publiques. Un des enjeux du médico-social est la difficulté de faire émerger des médiateurs spécifiques et suffisamment influents par exemple parce que les spécialités médicales de ce secteur ne sont pas les plus valorisées ou parce que le discours de représentation des établissements publics est surtout porté par la Fédération hospitalière de France (FHF) où les structures sanitaires sont les plus influentes.

L'étiquetage des tâches opéré juridiquement ne correspond qu'imparfaitement à la réalité des pratiques mises en œuvre par les agents en situation [4].

Mais au-delà de ces constats, la définition du médico-social en tant que secteur suppose une identification claire au sein des politiques publiques (encadré 2). Or, trois éléments ont historiquement pesé sur la difficulté d'identifier le médico-social et, pour l'élite de ce secteur, de rendre cette notion opératoire : la place des acteurs non étatiques et particulièrement le secteur associatif, la difficulté pour la notion à subsumer des sous-secteurs en grande partie autonomes (par exemple, le handicap et la dépendance) et le partage des compétences entre les collectivités locales et l'administration étatique.

II.1. La partition public/privé

Comme le rappelle Robert Lafore (2010), l'initiative privée, initialement sous forme religieuse ou caritative, a précédé celle de l'État à l'égard des catégories de population qui aujourd'hui sont les ressortissants des politiques médico-sociales. Au début du XX^{e} siècle, c'est bien sûr la forme associative qui s'impose comme forme juridique dominante. Aujourd'hui, l'offre privée reste très importante mais avec des réalités très différentes suivant les publics accueillis (CNSA, 2017) :

- pour les personnes âgées dépendantes, 52 % des places d'hébergement sont dans des établissements publics, 19 % dans des établissements privés à but non lucratif et 29 % dans des établissements commerciaux ;

- pour les personnes en situation de handicap, 89 % des places d'hébergement sont dans des établissements privés à but non lucratif, 10 % dans des établissements publics et 1 % dans des établissements commerciaux.

La forme associative notamment est un acteur indispensable, comme le rappelle Robert Lafore (2010:67) : « Les associations sont, en quelque sorte, le second pilier de la décentralisation, une sorte de "décentralisation fonctionnelle" : elles s'accordent avec les logiques locales qui sont souvent indispensables à la légitimité des interventions ; elles disposent d'une grande souplesse d'adaptation pour aménager en continu le contenu de l'offre ; elles accueillent, du fait de leur malléabilité, les innovations et les innovateurs qui s'engagent dans une course sans fin entre les formes établies et les nouveautés de l'action sociale. »

À chaque étape de l'institutionnalisation du secteur médico-social, on retrouve la nécessité pour les pouvoirs publics de prendre en compte cette réalité car la répartition de l'offre sur le territoire, au moins jusqu'à la mise en place d'une planification, renvoie à des circonstances qu'ils ne maîtrisent que partiellement. Par exemple, le département de la Lozère, bien qu'il soit

4. On peut ainsi trouver, surtout au domicile, des substitutions entre acteurs médico-sociaux et professionnels de l'aide à la personne.

le moins peuplé de France, est particulièrement bien doté en offre médico-sociale (Maron-Simonet, 2016). Cette situation est due en grande partie aux efforts conjoints d'un abbé devenu député et d'un psychiatre présenté comme un des pères de la psychiatrie institutionnelle qui ont commencé en 1955 à créer des établissements d'abord destinés aux enfants handicapés puis accompagnant les personnes accueillies devenues adultes.

II.2. Une approche « ségrégative » des populations [5]

Le deuxième aspect qui rend difficile l'identification du secteur médico-social, c'est la structuration des services, des institutions et des circuits de financement en fonction de populations distinctes. Ces dernières servent de frontières parfois étanches qui délimitent la compétence des institutions. Cette approche peut sembler paradoxale mais elle prend tout son sens si on se penche sur les deux populations principales accueillies dans les établissements médico-sociaux : les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

La catégorie de handicap par exemple est le résultat d'un processus de labellisation où les institutions ont un rôle essentiel à jouer. S'agissant des revenus versés directement aux personnes [6], les catégories reflètent leur situation au regard des organismes de protection sociale : rente d'invalidité du travail (AT/MP), pensions d'invalidité (assurance-maladie) ou allocation adultes handicapés (prestations non contributives) pour citer les masses financières les plus importantes. Comme le rappelle Pierre-Yves Baudot (2016:64), « alors même que le handicap peut être vécu de différentes façons, […] ce qui unifie finalement les populations visées par la catégorie de handicap ne tient ni à une approche médicale (la reconnaissance commune de déficiences) ni à une approche sociale (l'expérience de l'inaccessibilité de l'espace public), mais bien à l'application à un ensemble d'individus d'un même label, d'instruments épars mais identiques et à l'inscription de ceux-ci dans un même "monde local de production de droits" ». Parmi ces instruments figurent notamment les barèmes d'indemnisation.

Mais l'effet majeur des processus historiques et institutionnels apparaît dans la distinction entre d'un côté les personnes handicapées et de l'autre les personnes âgées dépendantes. Quand la question de la dépendance apparaît dans le débat public au tournant des années 1970 et jusqu'à son institutionnalisation dans les années 2000, l'assimilation aux personnes handicapées va être rejetée (cette situation est assez spécifique à la France). Les causes sont plurielles : volonté de ménager les finances publiques car reconnaître les mêmes droits pour tous amènerait à un financement bien

5. Sur l'usage de l'adjectif, voir Frinault (2005).
6. Par opposition aux prestations de compensation ou encore aux financements publics des établissements.

supérieur à la situation actuelle ; *lobbying* des conseils départementaux qui vont s'opposer à la prise en main par la Sécurité sociale à travers un hypothétique « cinquième risque » (Frinault, 2013)… Mais la construction de la catégorie renvoie aussi à des enjeux professionnels. C'est la reconnaissance d'une spécialité médicale, la gériatrie, qui va revendiquer la production du discours légitime sur les besoins des personnes âgées dépendantes sans avoir à la partager avec les associations, comme c'est le cas dans le handicap. En effet, comme le rappelle Thomas Frinault, « c'est […] dans le champ gériatrique que la "dépendance" émergea au cours de la décennie 1970. Nous avons alors affaire à un travail d'étiquetage réalisé par des médecins, réfléchissant sur les difficultés posées par les patients âgés dans les structures hospitalières » (Frinault, 2014:76).

Ces fragmentations entre catégories de population ont des effets bien sûr sur les personnes : ainsi, une personne handicapée devient-elle, à partir d'un certain âge, une personne âgée dépendante, ce qui peut l'amener à changer de lieu de vie, à ne plus percevoir les mêmes revenus, etc. Mais elles en ont aussi sur la cohérence du secteur médico-social. Les institutions, les procédures, les instruments d'évaluation des personnes, les parcours des professionnels sont en partie différents. La politique du handicap et la politique de la dépendance sont en ce sens, en partie autonomes.

II.3. Le médico-social entre compétence étatique et départementale

Le caractère hybride du secteur médico-social se manifeste aussi par le partage des compétences entre État et conseils départementaux [7]. D'un côté, l'État a la responsabilité de la politique de santé même s'il s'appuie essentiellement sur les financements de l'assurance-maladie ; il est présent dans les territoires à travers les agences régionales de santé (ARS). D'un autre côté, le conseil départemental « définit et met en œuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de Sécurité sociale ; il coordonne les actions menées sur le territoire qui y concourent [8] ». On parle ainsi souvent du conseil départemental comme chef de file de l'action sociale, voire dans la doctrine juridique d'un « département-providence » (Lafore, 2004, 2013). Avec les premières lois de décentralisation, il a repris une partie des compétences et des services de l'État dans ces domaines [9]. Chaque établissement médico-social est habilité à exercer en vertu d'un arrêté conjoint Agence régionale de santé (ARS)/

7. Ceci est aussi vrai de la catégorie sociale (Borgetto, 2010).
8. Article 49 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.
9. En 1983, les directions départementales de l'action sanitaire et sociale qui avaient été créées en 1964 ont été scindées entre : 1) les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) – État rattachées au préfet et qui en 2010 intègreront les agences régionales de santé (ARS) et 2) les services départementaux placés sous l'autorité du président du conseil départemental.

Conseil départemental d'autorisation d'activité pour une durée de 15 ans. Au cours de ces 15 années, deux évaluations externes auront lieu. À ceci s'ajoute une évaluation interne tous les cinq ans. Les évaluations externes seront réalisées par un organisme habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). C'est après réception de ce rapport que les autorités décideront conjointement de renouveler ou non l'autorisation de l'établissement social et médico-social (ESMS).

Cette situation a conduit à un partage du contrôle et du financement des établissements, essentiellement entre ARS et conseils départementaux. Par exemple, le financement d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est dit ternaire : les dépenses de soin sont financées par l'assurance-maladie, les dépendances médico-sociales sont financées pour partie par le département à travers la perception par l'établissement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et les dépenses d'hébergement sont à la charge du résident [10]. D'où une double tutelle des établissements (aujourd'hui, ARS et conseil départemental). Ceci induit aussi des liens très forts entre réorganisation territoriale et politiques médico-sociales. L'un des enjeux contemporains est une forme de recentralisation technicienne menée par les administrations centrales.

III. Le New Public Management et la réduction de l'autonomie des secteurs

Dans la littérature en science politique, la vision en termes de secteur et encore plus l'emploi de la notion de référentiel ont tendance à s'estomper (Halpern, Jacquot, 2015). En effet, les chercheurs se penchent de plus en plus sur des phénomènes contemporains qui remettent en cause l'autonomie des secteurs. On va s'intéresser au gouvernement par les instruments (par exemple les finances publiques, les enveloppes budgétaires fermées…) mais aussi à la diffusion de nouveaux savoirs administratifs qui visent à redéfinir la manière dont sont construites les politiques publiques (encadré 3).

Les recettes prônées par le New Public Management (NPM) doivent donc se comprendre dans des contextes spécifiques mais aussi comme des tentatives d'élaborer des méthodes d'action transversales applicables dans tous les secteurs et de nature à réduire les oppositions locales ou professionnelles à la mise en place des politiques. Dans notre champ, la réforme des ARS contient cette double dimension (institution de gouvernance de la santé mais aussi de décloisonnement des différents secteurs qui la composent).

10. Sous réserve que la personne bénéficie de l'aide sociale si l'établissement est habilité.

Encadré 3

New Public Management et réforme de l'État

Le renforcement des contrôles de l'action publique, le recours croissant à des outils de quantification, la collaboration croissante avec des acteurs privés… tous ces éléments sont souvent associés au développement d'un savoir à la fois expert et idéologique regroupé derrière le terme de « New Public Management » (NPM), dont on pourrait, par exemple, mesurer la progression dans les corpus de formation de la haute fonction publique où il remplacerait le droit administratif comme « canon » de la définition des rôles des fonctionnaires. Ce mouvement a une dimension internationale et s'alimente d'ailleurs aussi d'une circulation d'idées et d'experts à travers diverses organisations internationales (pour une approche juridique, voir Supiot, 2015).

Cependant, cette lecture en termes de diffusion ne correspond que partiellement à la réalité et méconnaît les enjeux spécifiques qui font que la réception et la traduction du NPM diffèrent d'un pays à l'autre voire à l'intérieur d'un même pays, suivant qu'il sera approprié par des acteurs individuels ou collectifs dotés de stratégies propres. En résumé, il n'y aurait pas un New Public Management mais des New Public Management (Bezes, 2005, 2012).

En l'espèce, dans le cas français, l'histoire de cette traduction/acculturation est inséparable d'une lutte de long terme pour la définition orthodoxe du rôle de l'État. Pour Philippe Bezes, celle-ci oppose des acteurs centralisateurs (le ministère de l'Économie particulièrement à travers sa Direction du budget, le ministère de la Fonction publique et le ministère de l'Intérieur qui maîtrise l'interface préfectorale) avec les différentes administrations sectorielles ou locales. Au-delà de ce schéma global, des alliances à front renversé peuvent aussi se tisser entre segments administratifs et expliquer le cheminement spécifique des réformes. Par exemple, la réforme des ARS soutenue dans la logique centralisatrice de la révision générale des politiques publiques (RGPP) est aussi une défaite de l'administration préfectorale.

III.1. Les agences régionales de santé, un outil de désectorialisation

La création des agences régionales de santé est, en soi, un projet politique aux multiples dimensions qui a déjà été largement analysé (voir notamment Pierru, Rolland, 2013). En premier lieu, le terme d'agence semble inadapté pour désigner un échelon d'administration déconcentré [11]. Ensuite, on peut voir dans cette réforme au moins trois objectifs :

- budgétairement, réduire le nombre d'agents en fusionnant des institutions et en mutualisant les ressources ;

- politiquement, permettre à l'État d'absorber la majeure partie du réseau de l'assurance-maladie au niveau régional, les caisses régionales d'assurance maladie (Cram, hors-caisse d'assurance retraite et de la santé

11. Juridiquement/sociologiquement.

au travail, Carsat) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) étant intégrées aux nouvelles structures ;

- fonctionnellement, favoriser les rapprochements des différents secteurs dans le but affiché de réduire le recours à l'hospitalisation classique.

Ces objectifs sont parfois conciliables mais pas toujours. L'élaboration de la réforme a été préparée par un certain nombre de rapports et de réflexions qu'on peut qualifier d'endogènes au champ de la santé. Mais le début de sa mise en œuvre coïncide avec le déploiement de la révision générale des politiques publiques. Cette dernière amène à rechercher des solutions rapides en privilégiant l'angle budgétaire. Elle met aussi en œuvre un projet de recentralisation très poussé déployé par un nombre restreint d'auditeurs soit consultants privés soit membres des inspections générales, notamment l'Inspection générale des finances (Lacouette-Fougère, Lascoumes, 2013). Cette double dimension centralisatrice et comptable explique l'implication du ministère des Finances dans la mise en place des agences, comme le rappellent Pierru et Rolland : « La présence de Bercy s'est fait sentir dès l'élaboration du nouveau format administratif : c'est, en effet le ministère des Finances qui s'est chargé de recruter les nouveaux directeurs des affaires financières, dotées par la loi HPST [12] d'une double casquette de gestionnaire et de contrôleur, qui les a encadrés pendant la préfiguration et qui demeurent leur premier interlocuteur » (Pierru, Rolland, 2013:58).

Si cette volonté de désectorialiser ou décloisonner l'action publique est un objectif essentiel confié aux ARS, la réforme va néanmoins être limitée dans son ampleur par plusieurs facteurs. Tout d'abord, par la résistance au niveau national de l'assurance-maladie qui va préserver une partie de ses prérogatives : le niveau national reste toujours organisé en « tuyaux d'orgue » alors qu'il est demandé aux agences de « travailler en tranversalité » (Pierru, Rolland, 2013:58). Ensuite, à l'intérieur même des ARS, les organisations dissoutes ont eu tendance à se reconstituer partiellement à travers le jeu des directions et des sous-directions. Logiquement, les agents de la Sécurité sociale ou de l'État ont conservé comme compétence les sujets qu'ils maîtrisaient de par leur expérience passée. Comme l'écrit Marion Gurruchaga, « la quasi-totalité des ARS a mis en place une organisation sectorielle. Les organigrammes reflètent la sectorisation de l'action publique, puisque l'organisation de l'agence reproduit la division du travail qui préexistait à la création des agences (hospitalier-ambulatoire, santé publique, médico-social), ce qui s'explique notamment par le savoir-faire des agents » (Gurruchaga, 2015:84).

12. Loi hôpital, patients, santé et territoires.

La segmentation se retrouve même au niveau des ressources humaines puisque les « personnels-État » sont embauchés dans des conditions juridiques différentes de celles des « personnels-Sécurité sociale ».

III.2. La mise en œuvre d'une logique de planification par le marché

La réforme hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a introduit plusieurs outils témoignant d'une volonté de renforcer la planification de l'offre de santé. L'outil principal est le plan régional de santé construit autour de trois ensembles : 1) le plan stratégique régional de santé ; 2) des schémas régionaux qui portent sur l'organisation des soins, la prévention et l'organisation médico-sociale ; 3) des programmes dont le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

L'outil de mise en œuvre des schémas et des programmes est l'appel à projets. Jusqu'au 31 juillet 2010, pour créer, transformer ou procéder à une extension d'un établissement ou service, les gestionnaires d'établissements sociaux ou médico-sociaux devaient obtenir une autorisation auprès de l'autorité compétente. Celle-ci rendait sa décision après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, l'autorisation ne s'accompagnait pas automatiquement d'un financement. Après cette date, la loi HPST transforme cette logique et introduit une procédure d'appel à projets lancée par l'autorité compétente en charge du financement et sur la base d'un cahier des charges. « Le but de cette nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux est de rationaliser les procédures, de resserrer les délais d'installation, d'assurer un examen comparatif des projets et de garantir le financement préalable des projets » (Marais, Rapegno, 2015:141). Surtout, il témoigne d'un renversement de logique et redonne la main à l'autorité publique qui institue la concurrence entre acteurs afin d'assurer sa maîtrise du processus [13]. Ce renversement de logique signifie plus spécifiquement pour les associations la transition d'une logique de médiation vers une logique d'opérateur (Lafore, 2010).

Cette démarche qui allie concurrence et planification est une des modalités du New Public Management « à la française » (Bezes, 2009). Toutefois, elle ne trouve pas son origine uniquement dans la loi HPST et ceci pour deux raisons. D'une part, Marie-Claude Marais et Noémie Rapagno ont démontré que cette tendance planificatrice n'a cessé de s'affirmer depuis la loi de 1975 et que la loi de 2009 n'en est que le prolongement. D'autre part, cette transformation « marchande » des associations, loin d'être subie, a été accompagnée voire anticipée sur le long terme par une « managérialisation » progressive des organisations (mise en place de directions générales, adoption de schémas d'organisation originaires du secteur privé, réduction

13. Toutefois, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV ») de 2015 limite ce mouvement en réduisant le nombre de situations où un appel à projets est requis.

de l'influence des organes élus et des bénévoles…) (Cret *et al.*, 2013). Ce changement dans les organisations est concomitant d'une transformation dans le secteur associatif engagée dès les années 1990. Les plus grosses structures ayant une capacité opérationnelle plus forte pour répondre aux appels d'offres, la « concurrence » instaurée par ces nouvelles procédures va surtout bénéficier aux acteurs les plus installés (Claveranne *et al.*, 2012). À cette transformation sociologique des associations s'ajoute la montée en puissance des établissements privés à but lucratif notamment à destination des personnes âgées dépendantes.

III.3. La réforme de la tarification et de la contractualisation

Les modalités de tarification des Ehpad et leur contractualisation avec les autorités publiques ont été réformées par les lois n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV », article 58) et n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Deux outils du NPM deviennent des éléments centraux de la relation des établissements avec les autorités dont elles dépendent. S'agissant de la contractualisation, les conventions tripartites (Cram puis ARS, département et établissement) qui étaient facultatives, au sens où elles supposaient le volontariat des établissements, sont remplacées par les contrats pluriannuels d'objectifs et moyens (CPOM) qui sont, eux, obligatoires depuis 2017. Ces derniers constituent la base du « dialogue de gestion » entre l'établissement et les autorités et il fixe aussi des objectifs en matière d'accompagnement. Toutefois, le principe d'annualité budgétaire des finances publiques limite l'engagement des autorités et traduit le déséquilibre des parties au contrat. S'agissant de la tarification, la nouveauté introduite en 2016 est l'application des états prévisionnels de recettes et dépenses (EPRD), un document soumis par les établissements à leurs autorités. L'EPRD est lui-même lié à la tarification à la ressource qui crée les conditions d'un pilotage par la ressource et non plus par les dépenses, en prévoyant le passage à un financement forfaitaire des soins. Celui-ci reposera pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent sur une équation tarifaire définie au niveau national qui tient compte du niveau de perte d'autonomie et de besoins en soins des résidents.

IV. L'englobement du champ médico-social dans le sanitaire

L'effacement des secteurs de politique publique peut prendre aussi une signification plus spécifique dans le cas du médico-social. En effet, ce dernier est souvent lié historiquement et fonctionnellement au secteur sanitaire qui peut apparaître comme un idéal d'excellence, de technicité ou de rationalisation procédurale. Plusieurs réformes institutionnelles et des

évolutions des normes professionnelles rendent crédibles une réduction de l'autonomie du médico-social par rapport au sanitaire.

Il faut reconnaître que cet argument est parfois difficile à démêler du précédent. En effet, l'antériorité du déploiement dans le secteur sanitaire des outils du NPM explique que les acteurs sanitaires soient souvent amenés à gérer des évolutions du champ médico-social au nom de leur expérience acquise pour ses outils (Hudebine *et al.*, 2017). Ainsi, dans les ARS, la mise en œuvre de la réforme de la tarification évoquée plus haut s'est surtout appuyée sur des acteurs du secteur sanitaire présents dans les directions « offres de soins ».

Par ailleurs, ce rapprochement est aussi porté par des réalités épidémiologiques. Par exemple, la prévalence accrue des maladies du grand âge chez les personnes accueillies en Ehpad ou l'amélioration du diagnostic psychique des personnes en situation de handicap justifient sur le plan technique une articulation plus grande entre ces établissements et les hôpitaux.

IV.1. Une élite commune ?

En science politique, l'autonomie d'un secteur tient en partie à l'existence d'une élite spécifique (encadré 2). S'agissant du secteur médico-social dans sa dimension publique [14], elle peut être recherchée du côté du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S, ou DESSMS), qui regroupe depuis 2008 les directeurs d'établissement social et médico-social (DESMS) et les directeurs d'établissement sanitaire et social (DESS). Or un débat récurrent dans les milieux professionnels concerne la fusion des corps de DESSMS et de directeur d'hôpital (DH). Cette tentative s'inscrit dans un contexte général de réduction du nombre de corps dans la fonction publique. Sur un total initial de 685 corps de la fonction publique, 300 ont été supprimés entre 2007 et 2011 à l'initiative de l'ex-RGPP.

Cette fusion est plutôt défendue par les syndicats affiliés à des confédérations interprofessionnelles. Ont ainsi appelé à la grève en 2016 pour réclamer la fusion : l'Union fédérale médecins ingénieurs cadres et techniciens (UFMICT-CGT), le syndicat national des Cadres hospitaliers Force ouvrière (CH-FO) et le Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (Syncass-CFDT). À l'inverse, le Syndicat des manageurs publics de santé (SMPS) qui représente les cadres (corps à gestion locale) et les directeurs (corps à gestion nationale) s'oppose à la fusion, comme le syndicat des directeurs d'hôpitaux. Ainsi le vice-président (DESSMS) du SMPS

14. Si on prend en compte les chiffres cités plus haut, les enjeux évoqués ici sont beaucoup plus importants dans le champ de la dépendance que dans celui du handicap compte tenu de la faible part des structures publiques dans ce dernier.

déclarait : « La fusion risque de créer une sous-catégorie de classe dans l'hospitalier. Il y aura les directeurs d'hôpitaux et les autres. Par ailleurs, *si on fusionne, on risque une sanitarisation des Ehpad* [15] ».

Si cette fusion est pour le moment au point mort, les évolutions professionnelles et les déroulements de carrière amènent de plus en plus de DESSMS à travailler dans le secteur sanitaire. D'une part, la loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique de 2009 a introduit la notion de corps comparable et élargi les possibilités de détachement entre corps de niveau équivalent. Elle est applicable aux deux corps de direction et permet donc à un DESSMS de devenir DH. Ces mouvements sont d'autant plus faciles que la pyramide des âges est défavorable aux DH, dont les départs en retraite sont plus importants. Par ailleurs, les affectations des DESSMS ne sont pas limitées aux champs social et médico-social, comme l'indique François-Xavier Schweyer : « 30 % de la promotion 2016 de D3S occupent un poste de chef d'établissement dans le médico-social, 30 % deviennent responsables d'un pôle médico-social rattaché au sanitaire et 40 % sont adjoints dans un hôpital [16] ».

IV.2. Des organisations qui englobent des établissements de différents secteurs

Ces déroulements de carrière entre sanitaire et médico-social sont aussi facilités par un mouvement de rapprochement des établissements sanitaires et médico-sociaux, même s'il existe des formes de coopération entre établissements médico-sociaux notamment à travers les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Les rapprochements entre établissements sanitaires et médico-sociaux concernent particulièrement le secteur public. Ils peuvent prendre plusieurs formes juridiques et viser des objectifs différents : on trouve par exemple des formules de mutualisation appliquées à des services logistiques dans une optique de réduction des coûts. Le niveau d'intégration peut être plus poussé et notamment à travers des directions communes. Outre l'objectif financier, la coopération peut avoir pour but de « fluidifier » le parcours des usagers par exemple en évitant aux personnes âgées dépendantes accueillies en Ehpad une hospitalisation qui peut s'avérer traumatisante.

L'outil privilégié à l'heure actuelle par les pouvoirs publics est le groupement hospitalier de territoire (GHT) présenté comme un moyen de réformer la carte sanitaire française. Certes, l'inscription d'un établissement social ou médico-social (ESMS) autonome dans un GHT se fait sur la base du volontariat, contrairement aux établissements de soins que le

15. Souligné par l'auteur. Propos recueillis par Nadia Graradji, « Statut des D3S. Le bilan du ministère jugé "très décevant" », *Géroscopie*, n° 80, mai 2017.
16. Propos recueillis par Noémie Colomb dans *Direction[s]*, n° 148, décembre 2016.

directeur général de l'ARS peut contraindre à s'inscrire dans le GHT. De plus, les GHT n'ont pas la personnalité juridique. Il n'en reste pas moins que la recomposition du champ sanitaire est perçu par certains acteurs comme une opportunité d'avancer dans cette imbrication du sanitaire et du médico-social : « Le secteur médico-social n'est à première vue ni la cible ni une priorité de la stratégie de groupe portée par les groupements hospitaliers de territoire créés par la loi de modernisation de notre système de santé. Pourtant, à travers cette mutualisation des moyens que propose le GHT, il a tout à gagner des appuis techniques du secteur sanitaire et peut valoriser auprès de ce dernier un rôle d'expertise en faisant découvrir son savoir-faire en matière de prise en charge des publics les plus fragiles » (Tassery *et al.*, 2016). Ajoutons que le caractère volontaire de l'inscription des ESMS n'est pas garanti sur le long terme.

IV.3. Diffusion des normes et rôle des agences

Nicolas Belorgey a montré le rôle essentiel des agences [17] dans l'élaboration et la diffusion des nouvelles normes managériales dans le secteur hospitalier (Belorgey, 2010). Or le rôle de ces agences s'est étendu ces dernières années au champ médico-social.

Ainsi, l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a été créée en 2009 par regroupement de trois organismes du domaine sanitaire [18], mais ses missions sont étendues au champ médico-social. Elle a pour objet « d'aider les établissements de *santé et médico-sociaux* à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses [19] ». Elle agit dans le champ de la formation et du conseil par le biais de cabinets privés qu'elle agrée et qui diffusent ses normes et ses valeurs. Certes, elle partage son influence avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) créée en 2007. Mais cette dernière est plutôt orientée sur les principes de prise en charge. Et surtout, l'Anap a renforcé ces dernières années son rôle à travers la construction du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (TDB) commun à 20 catégories d'établissements et services médico-sociaux (ESMS). Telle que présenté sur le site de l'Anap, ce dernier permet :

17. Entendu au sens strict, l'ARS n'est pas forcément une agence puisqu'elle s'apparente autant à un service déconcentré de l'État qu'à un lieu d'expertise indépendant de celui-ci. Dans le champ de la santé, la haute autorité de santé (HAS) ressemble plus à cette dernière définition.
18. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH).
19. Article L. 6113-10 du Code de la santé publique.

- un dialogue de gestion entre les structures, les ARS et les conseils départementaux ;

- le pilotage interne pour les ESMS ;

- de *benchmarker* entre ESMS de même catégorie ;

- de connaître l'offre territoriale pour les ARS et conseils départementaux.

L'outil coconstruit avec de nombreux acteurs du secteur médico-social et généralisé progressivement entre 2015 et 2018 renforcera l'acculturation du secteur médico-social à la vision de la performance défendue par l'Anap.

V. La promotion d'un discours réformateur endogène au secteur médico-social

Les éléments qu'on voudrait présenter maintenant font supposer à l'inverse que le secteur médico-social serait amené à perdurer. En reprenant les approches cognitivistes, cela suppose la mise en place d'un référentiel sectoriel. Ce dernier se doit d'être compatible avec le référentiel global qui énonce notamment la nécessité de la réduction des dépenses publiques et la supériorité des outils marchands dans l'allocation des ressources. Mais un référentiel sectoriel suppose aussi une formulation endogène qui garantisse sa légitimité pour les acteurs du secteur. Les enjeux ne sont pas seulement sémantiques. Les configurations institutionnelles, l'exercice du pouvoir au sein du secteur ou la délimitation des frontières sont affectés par l'adoption de ces « nouvelles » représentations.

V.1. La montée en puissance de la perte d'autonomie

Un des enjeux de la survie de la catégorie de médico-social consiste, comme on l'a vu, dans sa capacité à subsumer les notions de handicap et de dépendance et donc à dépasser la séparation entre populations et institutions qui en découlent. Un tel dépassement est difficile à imaginer tant cette division structure les modes d'accompagnement, de financement et d'indemnisation (Ramos-Gorand, Rapegno, 2016). Elle s'intègre aussi à des cultures professionnelles : elle structure notamment les spécialités médicales et le déroulement de carrière de beaucoup d'acteurs du médico-social. Néanmoins certaines évolutions institutionnelles récentes dessinent la possibilité de politiques de plus en plus imbriquées. Historiquement, une étape importante a été posée avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2003. Son article 8 énonce : « Il est institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. » La notion de perte d'autonomie trace un espace commun à la politique de dépendance et à celle du handicap, les

compétences de la CNSA existant dans ces deux champs aussi bien pour ses propres financements, la ventilation des crédits de l'assurance-maladie, l'animation de réseaux ou encore l'élaboration de référentiels.

À côté de cette réforme nationale impulsée par le pouvoir politique en réponse à la canicule de 2003, plusieurs initiatives institutionnelles au niveau local témoignent de l'usage croissant du terme d'autonomie et des convergences afférentes :

- la quasi-totalité des départements ont construit des directions de l'autonomie chargées à la fois des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- les centres locaux d'information et de coordination (Clic) initialement destinés au champ gérontologique et les maisons départementales des personnes handicapées, groupements d'intérêt public, sont mis en liaison par plusieurs départements dans le but de créer des maisons de l'autonomie. Depuis la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, ces maisons peuvent être labellisées dans la CNSA si elles répondent à son cahier des charges.

Ces deux exemples témoignent d'un « isomorphisme institutionnel » à la fois normatif et mimétique, c'est-à-dire la généralisation de schémas testés par certains départements à la fois sous la pression des organisations professionnelles et des réseaux administratifs et la tendance des organisations d'un même champ à s'imiter (Frinault, 2014).

Le vocable d'autonomie semble ainsi être une ressource pour contribuer à l'unification du secteur médico-social.

V.2. La désinstitutionnalisation

Comme dans le cas de la qualité en santé, la thématique de la désinstitutionnalisation permet de conjuguer un impératif gestionnaire (elle peut justifier la fermeture de services d'hébergement) et en même temps de faire échapper les personnes accueillies à des institutions totales (Goffman, 1968). On peut ajouter à cette approche globale des constats spécifiques à certaines populations qui légitiment les évolutions du système comme la volonté des personnes âgées de finir leurs vies à leur domicile.

Les trajectoires nationales divergent fortement sur cette question ainsi que les différents sous-secteurs. Le secteur de l'enfance handicapée semble à ce titre un de ceux où cette démarche est la plus avancée. La désinstitutionnalisation est ici synonyme de scolarisation en milieu ordinaire. Les promoteurs de cette démarche peuvent s'appuyer sur un certain nombre de textes internationaux. Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a notamment adopté le 3 février 2010 une recommandation relative à la « désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité » qui stipule : « Le placement en institution soulève de nombreuses

inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant. Sauf circonstances exceptionnelles, aucun enfant ne devrait être placé en institution. Il convient, par ailleurs, de remplacer le placement en institution par des services de proximité dans un délai raisonnable et dans une démarche globale. » La désinstitutionnalisation est un processus continu s'inscrivant sur le long terme. Le texte souligne donc l'importance de garantir, tout au long du processus de transition, les droits des enfants handicapés et des jeunes adultes vulnérables placés en institution. En France, la loi du 8 juillet 2013 énonce le principe de la scolarisation de tous les enfants handicapés. Mais les modalités peuvent varier : l'inclusion individuelle signifie admission dans une classe « ordinaire » avec présence d'un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) ; l'inclusion collective nécessite un partenariat entre ESMS et établissements scolaires avec des modalités différentes.

Pour l'aide aux personnes âgées dépendantes et les personnes majeures en situation de handicap, la question de la désinstitutionnalisation peut aussi se voir à travers le prisme d'un « virage ambulatoire » que rendent possible les différentes formes de services à domicile existantes.

Conclusion

Le médico-social est dans une situation plus enviable que le secteur sanitaire au regard de l'évolution des budgets. Si on s'en tient à une évolution nominale, l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) médico-social a progressé de 63 % de 2006 à 2016 quand l'Ondam global a augmenté de seulement 28,8 % (CNSA, 2017). Certes, il faut pondérer ces chiffres au regard de l'évolution des besoins, mais on peut néanmoins considérer que les réformes engagées le sont dans un contexte moins contraint que d'autres champs des politiques de santé. Cette spécificité permet aussi de faire ressortir les autres aspects des évolutions contemporaines : la gouvernance du système, le type de services rendus aux populations, la répartition des compétences entre professionnels et au final, l'autonomie relative du secteur. Cette dernière peut être envisagée à travers les différents mouvements que nous avons évoqués. Qu'on envisage une fusion dans le sanitaire, une réaffirmation de l'autonomie intellectuelle du médico-social ou l'affaiblissement généralisé de la notion de secteur, il est fort probable qu'aucun de ces *scenarii* ne se déroule intégralement ni exclusivement. Mais chacun contient une clef d'explication des transformations en cours construite à partir d'une trajectoire historique. Ce que l'exemple du médico-social illustre, c'est la diversité des discours de justification des réformes contemporaines et finalement le caractère plus contingent qu'il n'y paraît de leur réussite.

Références bibliographiques

Barnouin T., Darcillon T. (2017), « Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014 », *Études et Résultats*, n° 0999, Drees, http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er999.pdf.

Baudot P.-Y. (2016), « Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 63-87.

Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.

Belorgey N. (2013), « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et Emploi*, n° 133, p. 25-38, https://doi.org/10.4000/travailemploi.5893.

Bezes P. (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, n° 126, p. 26-37, https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-26.htm.

Bezes P. (2009), *Réinventer l'État : les réformes de l'administration française, 1962-2008*, Paris, Puf.

Bezes P. (2012), « État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 16-37, https://doi.org/10.3917/arss.193.0016.

Borgetto M. (2010), « La décentralisation du "social" : de quoi parle-t-on ? », *Informations sociales*, n° 162, p. 6-11, https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-6-page-6.htm.

Bruno I., Didier E. (2013), *Benchmarking : l'État sous pression statistique*, Paris, La Découverte.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2017), *Les chiffres clefs de l'aide à l'autonomie 2017*, http://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf

Claveranne J.-P., Robelet M., Piovesan D., Cret B., Jaubert G., Guilhot N. (2012), *La construction sociale du marché du handicap. Entre concurrence associative et régulation publique (1943-2009)*, Rapport de l'Ifross, Université Lyon 3, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00756821v1/document.

Cret B., Robelet M., Jaubert G. (2013), « La (dé)construction politique des associations gestionnaires d'établissements », *Terrains et Travaux*, n° 23, p. 39-58, https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2013-2-page-39.htm.

Frinault T. (2005), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n° 72, p. 11-31, https://doi.org/10.3917/pox.072.0011.

Frinault T. (2013), « Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale : un jeu d'influences réciproques », *Gouvernement et action publique*, n° 1, p. 39-62, https://doi.org/10.3917/gap.131.0039.

Frinault T. (2014), « Handicap et dépendance : entre différenciation du droit social et unification des politiques locales », *in* Martin P. (dir.), *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'État social*, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, p. 73-101.

Goffman E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.

Gurruchaga M. (2015), « Les ARS à l'épreuve de la désectorialisation de l'action publique », *in* Alam T., Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, GRALE/L'Harmattan, p. 75-90.

Halpern C., Jacquot S. (2015), « Quelle actualité de la notion de secteur ? Aux frontières de l'action publique : l'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation », *in* Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Une* French Touch *dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 57-84, https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/34h51tdfuu9b3876si5snsacbk/resources/halpern-jacquot-finale-65349.pdf.

Jobert B. (dir.) (1994), *Le tournant néo-libéral en Europe : idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, L'Harmattan.

Jobert B., Muller P. (1987), *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Puf.

Jourdain A., Muñoz J., Hudebine H. (2017), « Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial », *Santé publique*, n° 29, p. 345-360, https://doi.org/10.3917/spub.173.0345.

Lacouette-Fougère C., Lascoumes P. (2013), *Les scènes multiples de l'évaluation. Les problèmes récurrents de son institutionnalisation*, Liepp, Sciences Po, Paris, https://evaluationvigie.fr/wp-content/uploads/2014/04/LIEPP-Rapport-3-scenes-multiples-201305.pdf.

Lafore R. (2004), « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 17-34, https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-17.htm.

Lafore R. (2010), « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales*, n° 162, p. 64-71, https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-6-page-64.htm.

Lafore R. (2013), « Où en est-on du "département-providence ?" », *Informations sociales*, n° 179, p. 12-27, https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-5-page-12.htm.

Marais M.-C., Rapegno N. (2015), « La loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planification médico-sociale ? », *in* Alam T., Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, GRALE/L'Harmattan, p. 135-154.

Muller P. (1990), *Les politiques publiques*, Paris, Puf.

Ogien A. (2010), « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue française de socio-économie*, n° 5, p. 19-40, https://doi.org/10.3917/rfse.005.0019.

Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

Pierru F. (2012), « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, p. 32-51, https://doi.org/10.3917/arss.194.0032.

Pierru F., Rolland C. (2013), « Les ARS : agences ou services déconcentrés de l'État ? », *Revue générale de droit médical*, n° 46, p. 39-47.

Ramos-Gorand M., Rapegno N. (2016), « L'accueil institutionnel du handicap et de la dépendance : différenciations, conséquences territoriales et parcours résidentiels », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 225-247.

Rolland C., Pierru F. (2013), « Les Agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé publique*, n° 25, p. 411-419, http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-411.htm.

Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.

Tassery M., De Bonnay P., Rouault B. (2016), « Quelle organisation médico-sociale au regard des GHT ?», *La Revue hospitalière de France*, n° 569, p. 36-43.

Textes juridiques

Journal officiel, Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, 1er juillet 2004.

Travaux d'étudiants

Marion-Simonet (2016) *L'influence de l'association « le clos du nid » dans la construction de l'équipement médicosocial en Lozère*, note d'études sur les politiques publiques dans le cadre de la formation « directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social ».