



Sanitaire et social : deux lois pour une rénovation

**Institutionnelle,
administrative
et financière, la
réforme de l'action
sociale et médico-
sociale prévoit
aussi, comme dans
la loi du 4 mars
2002 pour le
système de santé,
la promotion de
l'autonomie et
la protection des
usagers.**

Didier Truchet
Professeur à l'Université Panthéon-
Assas (Paris II), président de
l'Association française de droit de la
santé

Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Rénovation ! Drôle de mot, emprunté au vocabulaire de la construction ou à celui des partis politiques. Rénovation, pas révolution, ni même refondation. Mais une grosse rénovation : 87 articles de loi, des dizaines d'articles nouveaux du Code de l'action sociale et des familles (CASF), c'est plus qu'un ravalement.

Mais que s'agit-il de rénover ? L'action sociale et médico-sociale, suggère l'intitulé de la loi. Mais, là, il exagère. Car l'action elle-même n'est pas modifiée : les changements qui portent sur les deux premiers livres du Code (consacrés aux dispositions générales et aux différentes formes d'aide et d'action sociale) sont rares. Ils se concentrent sur le livre troisième (« Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services »), qui est presque ré-écrit.

La réforme n'est donc qu'institutionnelle, administrative et financière. C'est dire que les bénéficiaires sont en réalité assez peu concernés, sauf en tant qu'usagers des services et établissements. Ce sont ces derniers, leurs dirigeants et leur personnel, qui font l'objet de l'attention du législateur.

Longtemps liés, les secteurs sanitaire et social se sont progressivement séparés. Deux monuments législatifs des années soixante-dix ont consacré le divorce : la loi de 1970 pour le premier, les lois de 1975 pour le second. Chacun d'eux a aujourd'hui son Code refait à neuf : le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et médico-sociale.

Cette dissociation a été critiquée comme artificielle ou trop tranchée. Car les établissements sociaux ont aussi un rôle de soin, illustré

par l'existence d'institutions dites médico-sociales. Et les établissements de santé jouent un rôle social auprès des plus démunis, qu'il leur arrive d'accueillir, notamment dans les services d'urgence, alors que leur état de santé physique ne le justifie pas toujours.

Cette relative confusion ne concerne à vrai dire qu'une zone intermédiaire. Il existe une échelle qui va de ce qui est exclusivement social (et aucunement sanitaire) à ce qui est exclusivement sanitaire (et aucunement social). Que les échelons intermédiaires se chevauchent partiellement n'est sans doute pas très cohérent, mais n'est pas non plus très gênant.

Social et médico-social : un secteur éclaté

La loi en apporte la confirmation. Elle entérine l'extrême diversité du secteur social et médico-social, sorte de fourre-tout peu lisible pour un initié, incompréhensible probablement pour qui ne l'est pas. La seule lecture du nouvel article L. 313-3, qui désigne les autorités compétentes pour autoriser les services et établissements, montre l'éclatement du secteur et la difficulté que l'on éprouve à le traiter comme un tout. Sur ce point, il est possible que les lois de décentralisation attendues clarifient les choses, en regroupant plus nettement qu'aujourd'hui le social et médico-social dans les mains des collectivités territoriales (et singulièrement des départements) et — par un mouvement inverse de centralisation, qui s'était déjà produit en 1986 — le sanitaire dans celles de l'État. À moins que la région ne vienne perturber le jeu...

Mais la loi renforce parallèlement l'unité du

secteur social et médico-social. C'est l'apport heureux des nouveaux articles L. 116-1 et L. 116-2 du Code. Ils donnent à l'action sociale et médico-sociale le « chapeau » fédérateur qui lui manquait. Comme beaucoup de textes récents, le premier est inutilement bavard, mais, au moins, il dit assez clairement ce qui fait la cohérence de cette action : promouvoir l'autonomie et la protection des personnes qui ont besoin d'une aide publique, et en particulier des plus vulnérables et des plus démunies. C'est une belle mission, à vocation uniforme et aux voies aussi multiples que celles du handicap, de la précarité ou de la pauvreté.

« En face », si je puis dire, les établissements de santé ont eux aussi une mission clairement établie par l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique : assurer « *les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades* ». C'est du côté du service public de santé que le panorama s'obscurcit : était-il opportun d'ajouter à ses missions proprement sanitaires « *la lutte contre l'exclusion sociale* » (art. L. 6112-1) ? Généreuse, l'intention était aussi malencontreuse.

L'inévitable rapprochement du sanitaire et du social

Assez nettement distingués, le « *système de santé* » (pour reprendre l'expression parlante de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et l'action sanitaire et sociale ne s'opposent pas systématiquement.

Cela ne tient que peu à un mélange des genres, qui peut chagriner les esprits cartésiens et compliquer la tâche des acteurs et la vie des usagers, mais qui reste dans les limites du raisonnable. Les nouveaux textes le confirment : il arrive aux établissements et services sociaux de soigner : par exemple, certains assurent des « *prestations de soins et de suivi médical* » (art. L. 312-1, 7°, CASF) ou gèrent des appartements thérapeutiques (id., 9°). Quant aux établissements de santé publics et privés, « *ils participent [...] à toutes actions médico-sociales coordonnées* » (art. L. 6111-1 CSP) et peuvent même « *créer et gérer les services et établissements et médico-sociaux mentionnés* » dans le CASF (art. L. 6111-3 CSP). La sectorisation psychiatrique offre une autre illustration du rapprochement, là du moins où elle fonctionne efficacement.

À certains égards, on pourrait souhaiter en fait un approfondissement de ce mélange des genres. Je songe notamment à la prise en charge des affections dégénératives tou-

chant surtout les personnes âgées. L'évolution démographique en augmente inéluctablement le nombre, alors que les réponses sociales à des situations dramatiques pour les familles concernées demeurent gravement insuffisantes dans notre pays.

Mais je voudrais insister sur un autre rapprochement, symbolique et important. Il a d'ailleurs été étudié dans les pages qui précèdent. Les nouveaux mécanismes de planification, d'autorisation et de contrôle des services et établissements sociaux s'inspirent étroitement de ceux qui existent de longue date dans le système de santé, où, d'ailleurs, ils sont assez fortement critiqués... On pourrait en dire autant des droits des usagers, à ceci près que dans l'ultime chronologie législative, le social a battu le sanitaire sur le fil : c'est la loi du 4 mars 2002 qui a remis à plat les droits des personnes en relation avec le système de santé.

Ces questions d'antériorité n'ont aucune importance. Ce qui importe, c'est que les deux secteurs aient un cadre de fonctionnement, non certes unique ni commun, mais suffisamment proche pour que leurs bénéficiaires aient le sentiment d'un traitement équivalent, pratiquement, juridiquement et — plus encore peut-être — humainement. Car tous deux ont, en dernière analyse, la même vocation : aider ceux qui en ont besoin, prévenir ou soulager les souffrances des hommes. Ce but, noble, est, dans la tradition française, de l'essence même du service public. Encore faut-il qu'il en ait les moyens financiers. Dans la conjoncture actuelle, chacun sait bien que c'est sur ce terrain que l'on jugera la portée de la loi du 2 janvier 2002. ■