

# L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social

**Un des objectifs de la création des ARS est le décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médico-social et social. Le point sur les avancées de cette réforme.**

**Marcel Jaeger**

Professeur titulaire de la chaire de Travail social et d'Intervention sociale du Cnam (Conservatoire national des arts et métiers), ancien membre de la Mission nationale d'appui en santé mentale

Le sigle de la loi HPST ne fait référence ni à l'action sociale et médico-sociale en général, ni au secteur médico-social en particulier, ni, à plus forte raison, au travail social. Seul le mot territoire se rapproche de la question sociale, puisque ce thème est devenu une thématique centrale dans le contexte de la décentralisation de l'action sociale<sup>1</sup>. Mais l'entrée par le mot hôpital, puis la référence au mot « patients » auquel les textes officiels et les professionnels du secteur médico-social préfèrent ceux de bénéficiaires ou d'usagers, finirait par faire oublier que la loi comporte plusieurs dispositions touchant le Code de l'action sociale et des familles. Enfin et surtout, elle déplace les lignes de partage qui nous étaient familières, entre les dispositifs sociaux et médico-sociaux d'une part, sanitaires d'autre part<sup>2</sup> : elle marque une rupture avec la division ancienne entre deux blocs : « le sanitaire » régi, depuis 1970, par les lois hospitalières, « le social et le médico-social » ancré dans l'héritage des deux lois de 1975<sup>3</sup>.

1. Cf. Jacques Ion. *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Toulouse : Privat, 1990.

2. Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> éd., 2006; Conseil Supérieur du Travail Social, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2006.

3. Lois n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975, auxquelles se sont substituées, respectivement, les lois n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Désormais, le secteur médico-social se trouve aspiré dans une nouvelle dynamique : il s'intègre dans le périmètre de la santé tel que la loi HPST le définit. Cela dit, la loi pose de multiples problèmes de compatibilité entre des dispositifs qui s'étaient jusque-là structurés à partir d'histoires, de modalités organisationnelles, de cultures professionnelles et d'identités différentes.

## Des déplacements de frontières

La loi HPST efface pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les deux codes continuent d'exister avec leur cohérence propre, mais l'article 118 de la loi HPST institue une intricatio n qui oblige de penser l'organisation en fonction de missions conjointes plutôt qu'en termes d'architecture de dispositifs segmentés. Ainsi, l'article 118 modifie le CSP en indiquant que les ARS réalisent à la fois les « objectifs de la politique de santé » définie à l'article L. 1411-1 du CSP et les « principes de l'action sociale et médico-sociale » énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF.

Déjà l'article 1 de la loi HPST mentionne, parmi les missions de service public exercées « en tout ou partie » par les établissements de santé, « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ».

Ainsi, une loi de santé modifie la législation sociale, ce qui, en soi, n'est pas nouveau, puisque la loi hospitalière du 31 juillet 1991

et celle 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avaient fait de même en redéfinissant les instances de planification non seulement sanitaires, mais aussi sociales (institution du Comité national d'organisation sanitaire et sociale, des comités nationaux d'organisation sanitaire et sociale, puis des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale).

La nouveauté est que la loi HPST impacte à double titre le secteur social et médico-social : elle porte, d'une part, sur l'ensemble du périmètre du Code de l'action sociale et médico-sociale, d'autre part sur le champ plus étroit des institutions médico-sociales qu'elle place spécifiquement sous la compétence des ARS.

Ce point est très important à souligner du point de vue des effets produits par la loi HPST sur les professionnels de l'ensemble du secteur social et médico-social. Car ils ont à gérer deux changements : d'abord une modification profonde dans le paysage institutionnel général, à quoi peuvent répondre des actions pédagogiques pour faciliter l'appropriation des nouvelles règles, par exemple en matière d'autorisation ; mais, pour ceux qui exercent dans le secteur médico-social, il s'agit cette fois d'une véritable mutation culturelle : ils entrent dans le monde des ARS avec une certaine appréhension, fondée ou non, face à ce que donnent à voir le poids du pouvoir des médecins, les modalités différentes dans l'exercice des droits des personnes (ici les « patients »), les évolutions budgétaires reposant sur une analyse différente des rapports entre l'offre et la demande...

On distinguera donc ces deux dimensions :

#### Des modifications touchant l'ensemble du secteur social et médico-social

- Redéfinition des missions et du fonctionnement de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (nouvel art. L. 312-3 du CASF) ;

- Organisation différenciée de l'analyse des besoins avec, notamment, un schéma médico-social inscrit dans le projet régional de santé, mais aussi d'autres qui, pour mieux s'ajuster aux demandes, impliquent de définir des cibles distinctes. Cela conduit ainsi à se préoccuper de la cohérence d'un ensemble comportant, à côté du schéma médico-social, des schémas des conseils généraux et qui ne sont pour autant pas sans lien avec d'autres questions en rapport direct avec le Code de l'action sociale et des familles : schéma de l'enfance, schémas relatifs aux personnes

handicapées ou en perte d'autonomie relevant de la compétence du conseil général, d'autres schémas pour l'addictologie, les centres d'accueil des demandeurs d'asile, les structures assurant la protection des majeurs vulnérables de la compétence du préfet de région, mais aussi de plans et d'orientations nationales (autisme, Alzheimer, handicaps rares)...

- Nouveau régime d'autorisation dans le cadre d'appels à projet et remplacement des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale par des commissions de sélection d'appel à projet (nouvel art. L. 313-1-1 du CASF) ;

- Mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (nouvel art. L. 313-12 du CASF) ;

- Rythme des évaluations internes et externes de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 312-8 du CASF) en référence au cadre posé par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) ;

- Modalités de création des « réseaux sociaux ou médico-sociaux », de gouvernance et de fonctionnement des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, avec possibilité d'introduction d'instances de consultation du personnel (nouvel art. L. 312-7 du CASF) ;

- Contrôle et administration provisoire des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 313-14-1 du CASF) ;

- Définition d'un statut d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif (nouvel art. L. 311-1 du CASF).

#### Des dispositions sectorielles ne concernant que le secteur médico-social

Outre l'intégration des institutions médico-sociales dans le périmètre des ARS et de l'ANAP, l'article 124 de la loi HPST dresse une liste de modifications très spécifiques, d'importance inégale :

- Autorisation du financement par la CNSA de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux (nouvel art. L. 14-10-5 du CASF) ;

- Légalisation de la préparation et de la distribution des médicaments par des personnels ni médicaux, ni paramédicaux : « l'aide à la prise de médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'adminis-

tration, ni apprentissage particulier » (nouvel art. L. 313-26 du CASF) ;

- Introduction d'un service minimum dans les institutions médico-sociales (nouvel art. L. 313-23-3 du CASF) ;

- Adaptation des modalités et évaluation de l'accueil temporaire des personnes âgées (nouvel art. L. 314-8 du CASF) ;

- Reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dans l'espace européen (nouvel art. L. 411-1 du CASF).

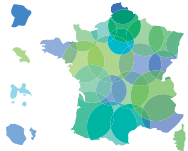
Au-delà de ces dispositions qui renvoient, chacune, à des modifications de pratiques dont le législateur prend acte plus qu'il ne les programme, la fin du clivage entre « le sanitaire » et « le médico-social » s'accompagne d'un nouveau clivage entre « le social » et « le médico-social ». S'il existe des règles nouvelles pour le secteur médico-social, il faut repenser les liens entre soin et accompagnement social, mais aller un peu plus loin, tout particulièrement quand il est question de handicap. Car, qu'entend-on désormais par santé et par handicap ?

#### Une conception extensive de la santé ?

Il a été dit, à juste titre, que la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » reposait sur un changement de paradigme. Elle a mis fin à une approche purement médicale du handicap en mettant en avant une conception systémique, environnementaliste, prônée par la « Classification du fonctionnement humain, du handicap et de la santé » instituée par l'Organisation mondiale de la santé en 2001. Si le législateur n'a pas retenu l'expression « situation de handicap », il a conservé la priorité du projet de vie, à travers la référence à une accessibilité comprise comme l'accès de tous à tout, sur le projet de soin qui, lui, se décline plutôt sur le versant de la compensation.

C'est d'ailleurs face aux dérives constatées de la médicalisation des prises en charge qu'a été réaffirmée par les usagers et les associations de parents la priorité du projet de vie sur le projet technique. S'est ainsi manifestée aussi une volonté de reconnaissance des compétences que la perte d'autonomie ne doit pas faire perdre de vue, au sens où l'on parle aujourd'hui de « personnes à compétences spécifiques » plutôt que de personnes déficientes.

La loi HPST marque une inflexion. Elle semble s'appuyer sur une définition extensive de la santé. Si tel est le cas, l'action sociale et médico-sociale serait une des modalités de la (re)conquête de la santé telle que l'OMS



l'a définie, à savoir la recherche d'un état de bien-être physique, moral, matériel, etc. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986, indiquait déjà clairement que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire* ». En effet, si l'objectif pour tous est de parvenir à un état de bien-être physique, mental et social, la santé suppose de « *pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ».

En même temps, cette approche extensive de la notion de santé, en allant jusqu'à la notion encore plus englobante du *care* ne permet pas de comprendre le décrochage opéré entre l'action sociale d'une part, l'action médico-sociale d'autre part. La continuité devrait être la règle et les ARS seraient amenés à connaître un nouvel élargissement de leur périmètre, comme cela a été le cas avec les anciennes ARH : à quand donc les agences régionales de la santé et de l'action sociale et médico-sociale ?

À l'inverse, on pourrait défendre une approche extensive de la notion d'action sociale en mettant en avant le travail qu'une société opère sur elle-même, dans son rapport à la différence. Ainsi, les actions de santé ne seraient qu'un des aspects de ce « travail social », dans l'idée d'une construction citoyenne, la « démocratie sanitaire » mentionnée dans la loi du 4 mars 2002 n'étant alors qu'une étape dans le mouvement de la démocratie, sociale par essence.

Mais il est possible d'aborder la question d'une manière plus pragmatique, en privilégiant l'argument de la continuité des actions : dans bien des cas, le handicap résulte d'un problème de santé, pose le problème de l'accès aux soins, conduit à un enkystement dans une chronicité qui signe l'échec de la société à enchaîner soins et insertion<sup>4</sup>. Cela suppose d'analyser l'option du législateur comme un choix par défaut : resserrer les dispositifs entre eux de façon à renforcer la continuité et la fluidité des interventions sanitaires et médico-sociales. L'avenir dira quand il faudra faire de même entre les actions de santé et un accompagnement social dans un contexte de précarité et de misère sociale. En effet,

lorsque l'on se place du point de vue de la complexité des problématiques individuelles, les intrications s'imposent entre les besoins des « patients » et les attentes des personnes en termes d'accompagnement social, d'aide à l'autonomie financière et à l'insertion sociale et professionnelle.

Un autre problème se pose : l'article 1 de la loi HPST met en avant la coordination des soins en relation avec les établissements et services médico-sociaux, en s'assurant, en amont, d'un « *égal accès à des soins de qualité* ». Elle prévoit, dans son article 51, que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ». On se demandera néanmoins pourquoi cet article n'est pas allé au-delà du champ des seuls professionnels de santé. Certes, il apparaît déjà compliqué de mettre en place cette disposition dès lors que la loi prévoit des « *protocoles de coopération* »<sup>5</sup> soumis à l'approbation des ARS. Nous n'en penserons pas moins qu'une loi qui se réfère à une approche territorialisée et mentionne l'importance de la coopération entre les professionnels aurait pu aller plus loin.

Cela aurait sans doute permis d'intervenir sur une difficulté majeure : les inquiétudes des professionnels du secteur social et médico-social liées à des télescopages de culture, alimentés par des logiques de formalisation et de rationalisation auxquelles les dirigeants et les personnels du secteur associatif sont peut-être moins habitués. 🐞

4. Denis Chastenet, Antoine Flahault (dir.) *Handicaps et innovation : le défi de compétence*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 59.

5. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé.