

La distinction entre le sanitaire et le médico-social a-t-elle encore un sens?

*L'Institut de Formation Supérieure des Cadres Dirigeants et l'Association Française de Droit de la santé ont décidé de s'associer pour proposer un colloque : « **la distinction entre le sanitaire et le médicosocial a-t-elle encore un sens ?** ». Cette association est née du partenariat entretenu entre l'Institut de la FEHAP et Science po Paris, et plus particulièrement dans le cadre des échanges avec le professeur associé aux relations internationales, Anne Laude, Présidente de l'AFDS. Retour sur cette journée où se sont croisés les regards d'universitaires et de praticiens pour comprendre ce qui se joue sur un sujet récurrent nonobstant la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) et les nouvelles organisations territoriales.*

Entre convergences et divergences les secteurs vacillent...

Au fil du temps, le sanitaire et le médico-social se sont construits en référence l'un par rapport à l'autre, oscillant entre séparation et rapprochement. Initialement, ces deux secteurs se sont vu **segmentés au regard des besoins des individus**. En effet, tandis que le droit sanitaire s'est tourné vers les personnes dont la santé était menacée ou atteinte, le droit médico-social s'est lui, tourné vers les personnes dont l'état de santé n'était qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. Cette séparation s'est également construite par le droit avec la création de deux systèmes distincts : **une spécialisation des structures, deux codes mais aussi deux grandes lois**, l'une du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et l'autre, du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales. Depuis, et ce notamment au regard des évolutions des coûts et des pathologies, on a pu constater un **rapprochement certain de ces deux secteurs tant au niveau des droits des usagers qu'au niveau institutionnel**. Et puisque cette séparation entraînait des difficultés, notamment quant à l'aménagement des parcours de soins entre établissements de santé et établissements médico-sociaux, **la loi HPST a reconfiguré le cadre juridique de l'action sociale**. Ainsi, une certaine reconnexion entre les deux secteurs s'est faite à travers la création des agences régionales de santé, l'intégration des projets du médico-social dans le projet régional de santé, la mise en place de manière générale des procédures de management identiques à celles des établissements de santé (évaluation, accréditation...) et l'instauration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social. Mais l'on observe encore **des différences dans l'administration des deux champs** tant du point de vue des outils de planification et de régulation que des institutions qui en ont la responsabilité.

Le double mouvement à l'œuvre au sein des autorités de régulation

Un mouvement de convergence avec notamment la création des ARS avec un champ d'intervention transversal

Un mouvement de sectorisation avec un Président du Conseil général qui garde en grande partie la régulation du secteur médico-social.

Ce double mouvement est issu en premier lieu des lois de décentralisation du début des années 1980 avec une décentralisation réelle en matière d'aide sociale et un secteur sanitaire qui continue lui de relever de l'Etat. Apparaissent alors deux autorités distinctes : le Président du Conseil général pour l'hébergement et le préfet pour les soins. A cette organisation, s'ajoutent les Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996 pour le secteur sanitaire. La création des ARS en 2009 avait vocation à réorganiser cette multiplicité d'interlocuteurs. Cette réorganisation aura finalement lieu que pour les sujets relevant de l'Etat : en particulier, tout le médico-social n'est pas piloté par l'ARS.

Alors, les secteurs sanitaire et médico-social sont-ils encore cloisonnés aujourd'hui?

On observe que chaque secteur ne constitue pas un bloc monolithique. Ainsi, les activités de

neurochirurgie et de médecine interne sont-elles difficilement comparables du point de vue des conditions techniques de fonctionnement prescrites par le code et de la prise en charge effectivement mise en œuvre. A contrario, il est intéressant de constater que **certaines activités sanitaires se rapprochent particulièrement de certaines prises en charge médico-sociales** notamment au plan du plateau technique support de l'activité, tel le cas des soins de suite addictologiques comparés aux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Par ailleurs, comme le rappelle David Causse, Coordonnateur du Pôle Santé Social de la FEHAP, en la matière « *le terrain est en avance sur le régulateur, et plusieurs synergies existent déjà* », dépassant les clivages maintenus par des outils de régulation (schémas régionaux, autorisations, CPOM) dont la conception et la portée ne peuvent être assimilées. Certaines disciplines sont ainsi propices à l'organisation en plateforme, intégrant les différentes étapes du soin et de l'accompagnement : la gériatrie, la prise en charge de l'AVC, ... Sans être une réalité achevée, **le dépassement de la distinction entre sanitaire et médico-social constitue assurément un projet**, marqué par de fortes convergences sur le terrain et repris par certaines avancées réglementaires récentes telle l'intervention d'établissements d'hospitalisation à domicile en établissements et services médico-sociaux.

Trois obstacles à la convergence

Le premier obstacle est culturel : il est, semble-t-il, parfois difficile de faire travailler ensemble les différents secteurs. L'objectif des DGARS est ici très clair : fédérer leurs équipes, et partant les différents secteurs, autour du Projet régional de santé.

Le deuxième obstacle est juridique : aujourd'hui il semble indispensable de favoriser la reconversion d'une partie de l'activité hospitalière. Réalité qui oblige nécessairement à décroiser les secteurs. Pourtant il existe une procédure d'appel à projets propre au secteur médico-social : le même acteur poussé par les autorités de régulation à se reconverter doit passer par une mise en concurrence.

Enfin, le dernier obstacle se situe au niveau national avec un donneur d'ordres aux ARS incarné par le Conseil national de pilotage aux ARS tandis que le Président du Conseil général représente une autre autorité de tutelle sans donneur d'ordre national. C'est ainsi que, par exemple, dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, il peut exister côte à côte un PRIAC et un schéma départemental de gérontologie qui n'ont que peu avoir ensemble.

En matière de coopération, le dépassement des frontières entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ne devrait-il pas être instinctif ?

A en croire Delphine JAAFAR, avocate au barreau de Paris et spécialisée dans les questions de coopération, il semblerait que la loi du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », ait marqué une rupture en la matière. A première vue, **la problématique de la coopération semble dépasser les frontières sanitaire/médico-social**. En effet, l'un comme l'autre, dispose d'une palette d'outils que l'on retrouve dans le code de santé publique ainsi que dans le code de l'action sociale et des familles et qui peuvent être utilisés dans les deux secteurs. Là où la question devient plus compliquée, c'est lorsqu'on aborde le groupement de coopération. Si l'outil semble identique, pourtant il y a bien une différence entre le sanitaire et le médico-social. Auparavant, les **deux statuts juridiques de groupement** (groupement de coopération sanitaire (GCS) et groupement de coopération social et médico-social (GCSMS)) tendaient à se rapprocher, notamment avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances qui rendait **applicable au GCSMS une partie des dispositions du code de la santé publique** applicable au GCS. La loi HPST, largement confortée par l'ordonnance de coordination du 23 février 2010, est venue accélérer le processus en augmentant significativement le nombre d'articles du code de la santé publique applicables au GCSMS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Si avant HPST le GCSMS était un dispositif bien plus abouti que le GCS, qui permet la coopération autant sur les moyens que sur les activités, tel n'est

plus le cas après 2009. **Delphine JAAFAR appelle cela la « sanitisation » des outils de coopération**, et on comprend bien pourquoi.

Cette combinaison de la loi HPST, de l'ordonnance de 2010 et enfin de la loi Fourcade aura créé un véritable imbroglio juridique où le GCS ne laisse plus le choix qu'entre la coopération de moyen ou la fusion par le GCS établissement de santé (ce qui est difficilement comparable à une coopération), et où le GCSMS aura perdu toute sa grandeur après avoir fait l'objet de tant de modifications...

Des modes de gestion distincts vers un objectif commun : favoriser le parcours de vie de la personne

La Haute Autorité de Santé (HAS) pour les uns, et l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour les autres. Et pourtant, le point commun entre ces deux procédures est évident : améliorer la qualité du service rendu aux personnes.

Et les professionnels sont-ils différents dans le secteur sanitaire et médico-social ?

L'aide-soignant soigne dans les deux cas, de même que le médecin, le psychologue, le directeur, l'animateur... Les missions du professionnel sont effectivement différentes dans le secteur sanitaire ou médico-social mais leur rôle est identique. Il n'y a pas de nouveaux métiers à créer, ni de formation à multiplier, mais par contre l'infirmier, l'aide-soignant, l'administratif doit développer ses compétences tout au long de sa vie et en fonction de la prise en charge qu'il réalise. Le dernier exemple d'actualité est le Développement Professionnel Continu, qui est un dispositif mis en place quel que soit le secteur permettant l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi, il n'y a pas de différence dans la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences au sein des structures.

Catherine REA, médecin conseil au sein de la FEHAP explique les différences et les ressemblances dans le domaine de l'évaluation des pratiques. Les langages varient, l'antériorité des instances également. En effet, la HAS a été organisée bien avant l'ANESM. Elle a pour mission de travailler sur la qualité et la sécurité des soins, elle développe la démarche d'évaluation et les procédures d'accréditations. **La loi de financement de la sécurité sociale crée l'ANESM en 2007** qui a pour mission la prestation et l'organisation de la démarche qualité, pour accompagner les établissements dans cette obligation instituée par la loi de 2002-2.

Or, non seulement **la temporalité est différente mais la pratique également**. L'HAS est une autorité individuelle tandis que l'ANESM est un groupement d'intérêt public. La mission de l'HAS contribue à un système de santé de qualité, étudie les produits de santé, la pratique professionnelle ainsi que la santé publique. L'ANESM répond à l'obligation de rapport des établissements sociaux et médico-sociaux suite au code de l'action sociale et des familles. Elle élabore les procédures, référentiels et recommandations de bonnes pratiques. On observe alors **une perte de visibilité et une redondance dans les informations fournis tant par l'HAS que par l'Anesm, ayant attiré à la qualité**. Toutefois, une évolution s'observe ces dernières années. De plus en plus de thématiques *communes sont travaillées*. « La recommandation ANESM/HAS sur l'autisme, enfin ! ».

Cela se retrouve également sur **la tarification des secteurs, et pour autant on s'inspire de plus en plus du modèle sanitaire en la matière**. Adeline LEBERCHE, directrice du secteur médico-social de la FEHAP, nous explique le labyrinthe des tarifications appliquées et souligne la nécessité de faire évoluer les modèles de financement dans le secteur médico-social, ce qui pousse à un rapprochement dans les modèles de gestion et de pilotage. En effet, comment faire avec un mode de **tarification du secteur médico-social extrêmement diversifié et un pilotage économique particulier**. De plus en plus, la logique pluriannuelle prend le pas sur la définition du budget annuel au regard de la dépendance et du besoin relevé. La FEHAP soutient le développement de CPOM médico-sociaux, à l'instar de ce qui se fait dans le secteur sanitaire, afin de donner au secteur médico-social la même

souplesse de gestion et la même lisibilité à 5 ans ; c'est un **instrument au service des parcours**. Aujourd'hui, un tiers des ESAT sont sous-CPOM ainsi qu'un tiers des structures d'accueil pour personnes handicapées. Des réformes sont à venir sur le domaine des personnes âgées et personnes handicapées, avec une révision de la tarification. Dans le secteur des personnes âgées, les grilles d'évaluation vont être revues, dans le secteur du handicap, il pourra s'agir d'une tarification au besoin, avec une grille de cotation et un versement correspondant.

Les prochains rendez-vous de l'Institut de formation des cadres dirigeants :

- **Les séminaires des directeurs :**
29 et 30 avril, 03 et 04 juin, 16 et 17 septembre 2014
- **Elaborer et mettre en œuvre un plan de retour à l'équilibre**
31 mars et 01 avril 2014

Article rédigé par les conseillers techniques de la Fehap

Comité d'organisation : Anne Laude, Florence Leduc, Célia Barbarisi

Intervenants au colloque : Anne Laude, Yves-Jean Dupuis, Didier Truchet, Michel Borgetto, Arnaud Vinsonneau, David Causse, Delphine Jaafar, Rémi Pellet, Florence Leduc, Catherine Réa, Adeline Leberche, Sylvie Amzaleg, Isabelle de Lamberterie, Guillaume Rousset, Jean-Marc Lhuillier, Elodie Jean, Robert Lafore