

Introduction

Dans sa 5^e mandature, le Conseil supérieur en travail social a été chargé de réfléchir aux questions posées par les fonctionnements séparés du secteur social et médicosocial et du secteur sanitaire, ainsi que par le cloisonnement entre leurs institutions et leurs professionnels, qui nuisent à la prise en charge globale des personnes et à la continuité des interventions (voir le mandat *supra*). Le groupe de travail s'est saisi de ces questions. Il a par exemple examiné en quoi le dispositif sanitaire, social et médicosocial – notamment les travailleurs sociaux – participe à la politique de santé et en quoi celle-ci interagit avec les politiques d'action sociale. Il a étudié comment les professionnels du social et du sanitaire prennent en compte les problématiques des populations avec lesquelles ils travaillent, dans la singularité de chaque personne et dans la diversité des composantes de chaque situation sanitaire et sociale.

Depuis quelques années, les populations et leurs responsables politiques se soucient de l'efficacité des prises en charge des usagers. Les exigences en matière de sécurité et de protection sanitaire et sociale, cruellement éprouvées par la canicule de l'été 2003, amènent à construire des réponses qui soient adaptées à la société d'aujourd'hui et aux évolutions prévisibles. Le sanitaire et le social sont sommés de coopérer et de coordonner leurs actions pour fournir des réponses adaptées aux données démographiques et aux contraintes économiques.

Il convient alors de rappeler les attentes de la population et la finalité des interventions sanitaires et sociales en vue du bien-être social. À ce titre, bien entendu, la santé et le social apparaissent liés et interdépendants. Mais il faut définir précisément les termes employés et choisir les références conceptuelles suivant l'acception, large ou restreinte, que l'on donne aux termes. Le groupe de travail a choisi les acceptions larges de ces deux termes.

La réflexion sur le sens des concepts, sur les enjeux du social et du sanitaire et sur l'intervention qui en résulte constitue la première partie du rapport.

Cette partie présente également un état des lieux et une analyse des politiques sociale, médicosociale ou sanitaire, en rappelant les textes récents qui ont redéfini l'action sociale et médicosociale d'une part, la santé publique d'autre part.

Au regard de ces finalités et dans le cadre des politiques sanitaires et sociales, les professionnels du social reconnaissent l'importance des questions de santé dans les difficultés et la souffrance des populations auxquelles ils s'adressent, mais ils sont démunis face à un certain nombre de problèmes d'ordre médical ou sanitaire. De même, les professionnels du soin se sentent sollicités au-delà de leur rôle lorsqu'ils prennent en compte les facteurs sociaux qui déterminent la santé physique et mentale des patients et sont tout aussi démunis. C'est pourquoi le groupe de travail a exploré les voies par lesquelles certains d'entre eux ont réussi à dépasser ces difficultés, et il a étudié les moyens employés dans des réalisations où le sanitaire et le social semblaient avoir réussi à s'articuler.

Le présent rapport est composé de trois parties :

- la première traite des concepts employés et des réflexions suscitées par le mandat ;
- la seconde étudie des expériences et innovations récentes et en cours ;
- la troisième expose des recommandations, en termes d'orientations préconisées ou de propositions concrètes.

■ UN TRAVAIL DE PLUS DE DEUX ANS

Autour de la vice-présidente du CSTS et du président de groupe, la commission a été composée de trente-deux personnes au total, du fait d'entrées et de départs en cours de route. Il faut noter que la participation à ces travaux est volontaire et que les groupes de travail du CSTS et ses membres ne disposent que de leurs seuls moyens pour leur travail de réflexion et d'écriture collective ; ils ont bénéficié des locaux de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et du secrétariat du CSTS. Les indisponibilités observées et les retards dans certaines productions écrites sont significatifs des surcharges de travail devenues banales chez les professionnels impliqués mais aussi de la difficulté d'élaborer sur ce sujet compliqué.

Le groupe s'est réuni dix-huit fois et a réalisé quatre rencontres : Direction générale de la santé (DGS), Commission paritaire nationale pour l'emploi de la branche sanitaire et sociale (CPNE), et groupe de travail du CSTS sur « l'usager au centre du travail social ». Les réunions ont été consacrées aux discussions sur le contenu du mandat, à huit auditions, au travail d'enquête sur des expériences et innovations et à l'élaboration des recommandations ; huit réunions de rapporteurs ont été réalisées pour les rapports intermédiaires et pour le traitement de quatre-vingts fiches-expériences (listes des personnes

auditées et des expériences étudiées en annexe III). Le groupe remercie chaleureusement tous ceux qui ont bien voulu faire part de leur expérience ou de leur point de vue et participer ainsi à cette réflexion.

Une enquête descriptive des expériences d'articulation du sanitaire et du social, lancée en séance plénière du CSTS en juin 2004 et relayée par la presse spécialisée, a donné des résultats satisfaisants par leur contenu mais inégaux (fiche de recueil des expériences en annexe II). Leur nombre ne permet pas de les considérer comme statistiquement représentatifs. Certains sont cependant exemplaires. La relative modestie du matériel recueilli est significative du procédé d'enquête et sans doute aussi des expériences de terrain : certaines paraissent très intéressantes, mais elles sont relativement rares et disparates. Dans les quatre-vingts expériences recueillies, quatre ensembles apparaissent : les réseaux constitués, les ateliers santé-ville (supportés par la Délégation interministérielle à la ville [DIV] et la Direction générale de la santé [DGS]), les actions de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), et une vaste palette d'expériences résultant de diverses formes d'initiatives, de synergie d'acteurs, de conventions institutionnelles.

■ INTERROGATIONS SUR LE MANDAT

Le contexte a évolué pendant le temps de travail du groupe. La production législative et réglementaire a été particulièrement abondante durant cette période, avec en particulier la loi de santé publique et la loi de cohésion sociale. L'existence de ces deux volets législatifs témoigne de la division structurelle qui sépare depuis longtemps et continue de séparer le *sanitaire* et le *social et médicosocial*.

Pourtant, dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le ciblage sur le champ sanitaire au sens étroit du terme se mélange avec une approche plus large qui intègre, dans une même préoccupation, la maladie, le handicap et la dépendance. Un constat semblable peut être fait avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il en est de même dans les travaux en cours sur les liens entre précarité et santé et sur la santé mentale. Un mouvement s'esquisse peut-être. On peut espérer que la production législative, réglementaire et administrative cessera de juxtaposer les domaines et qu'elle promouvra une vision élargie de la santé et du social, dans l'acception retenue par notre groupe.

Dans ses travaux, le groupe n'a pas réussi à associer ses différentes composantes, notamment les grandes organisations et les directions ministérielles représentées, dans des échanges qui auraient alimenté plus fortement ses analyses et débats. La Commission paritaire nationale pour l'emploi (CPNE) de la branche sanitaire et sociale qu'il a rencontrée ne s'était pas encore saisie

des enjeux étudiés mais a envisagé des développements. Malgré notre questionnement, les échanges avec la DCS n'ont pas contribué utilement aux travaux du groupe. C'était à se demander si la volonté de décloisonnement était un objectif réellement poursuivi et si l'articulation sanitaire/social n'était qu'un idéal.

Le doute par rapport au mandat a pris une place plus ou moins importante, mais permanente : est-il possible de décloisonner ? faut-il articuler sanitaire et social ? en quoi les questions du mandat sont-elles d'actualité ?... Aussi, un balancement permanent entre renoncement et volontarisme s'est-il installé :

- au nom du réalisme, on n'y croit plus, puisque le cloisonnement continue d'être produit et que le recueil d'expériences est maigre, ou bien on s'épuise dans certaines expériences, comme dans certains travaux envisagés par le groupe ;
- au nom des idéaux, on persiste, à cause de l'évidente proximité du social et de la santé dans le vécu humain, de la qualité des expériences et de leurs acteurs, de l'espoir pour des suites que font espérer les pratiques de réseaux.

En fait, le groupe a mis en exergue des cloisonnements qu'il faut se garder de condamner ou de défendre d'emblée, parce qu'ils sont de nature différente : certains s'imposent comme des cadres de l'organisation de notre société ; d'autres sont nécessaires pour délimiter des champs d'action ou pour constituer des références utiles ; d'autres enfin sont préjudiciables aux finalités de l'action sociale et de l'action sanitaire, ou aux usagers concernés dans leur singularité. Il est alors apparu que le cloisonnement est principalement le fait des institutions et que les acteurs de terrain s'en accommodent plus ou moins.

Par ailleurs, le groupe a pu constater que des réalisations remarquables attestaient de la pertinence d'articuler le sanitaire et le social. Cette articulation, unanimement reconnue, caractérise des expériences souvent brillantes mais fragiles et isolées, à l'exception de celles développées par des instances qui sont à la fois nationales et ancrées dans la pratique. Il a néanmoins été possible d'y observer des éléments structurants qui peuvent constituer des vecteurs d'articulation du sanitaire et du social. Il en est résulté que l'articulation, qui vaut sur le terrain, peut être mise en œuvre par les acteurs du sanitaire et du social.

Au terme de ces trois années, l'impression qui prévaut est que la difficulté de répondre au mandat est largement compensée par l'intérêt des expériences découvertes ou des réflexions communes, et par le plaisir de se retrouver dans le groupe de travail pour en débattre. Celui-ci espère donc faire partager maintenant ses réflexions, conclusions et propositions pour un meilleur service aux usagers, sur le plan de leur santé comme de leur lien social.