

Amener le social, le médico-social et le sanitaire à travailler ensemble une quasi-obligation si difficile à atteindre ...

Pour ce quatrième éditorial, j'avais envie de réfléchir à cette difficulté qu'éprouvent les secteurs social, médicosocial et sanitaire à communiquer, à parler le même langage et, donc, à se comprendre. Mon constat n'est peut-être pas « politiquement correct », mais, sur le terrain, nous le vérifions tous les jours, c'est difficile ... Nous sommes nombreux à nous casser les dents quand il faut « travailler ensemble » ! Ce n'est pas une question de volonté, tous les dispositifs de coordination qu'on a cherché à mettre en place ces 20 dernières années prônent la prise en charge globale de la personne et donc la construction d'un parcours multidimensionnel basé sur un travail partenarial. Alors pourquoi n'arrive-t-on pas à franchir le cap ?

Pour pouvoir poser des hypothèses d'interprétation de ce constat, il faut chercher à comprendre la situation actuelle. Comment s'est-elle structurée, comment ces trois secteurs d'activité se sont construits ?

Au commencement : tout le monde travaillait ensemble

On commence à voir les prémices de ces secteurs d'activité très tôt. Au 16^{ème} siècle, apparaissent les « maisons d'hospitalité » (futurs hôpitaux) qui accueillent les pauvres, les malades et les trop âgés. A ce moment-là, on ne constate aucune scission, on prend en charge ceux qui en ont besoin, que leur difficulté relève de ce que l'on appellera actuellement le social, le médicosocial et le sanitaire ! ...

La situation reste identique pendant longtemps, les maisons d'hospitalité deviennent des hôtels Dieu et des hospices mais ils accueillent toujours ceux qui en ont besoin sans spécificités aucunes. Les enfants orphelins et les prostituées viennent compléter le public cible.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que la population concernée à cette époque ressemble étrangement au public des trois secteurs dont nous parlons : les malades, les personnes âgées, le public en difficultés sociales, l'enfance en danger ...

Les premiers changements sont récents, c'est avec l'industrialisation que le travail social se structure comme une branche d'activité à part entière

C'est à la fin du 19^{ème} siècle, qu'on voit apparaître les prémices du travail social. On l'appelle alors, l'œuvre sociale. Elle reste, à cette époque, une démarche uniquement bénévole.

Lors de la première guerre mondiale, les choses se dessinent un peu plus. Deux nouveaux métiers font leur apparition. Les infirmières visiteuses s'assurent de la bonne application des règles d'hygiène et de la bonne morale auprès des classes populaires et des surintendantes d'usines qui soutiennent les femmes obligées de travailler en usines pendant la guerre. Elles continueront leur activité après pour la réinsertion des invalides et mutilés et pour l'aide des veuves et orphelins.

En 1922, l'association des travailleuses sociales est créée et en 1938, le premier diplôme de travailleuse sociale voit le jour.

L'entre-deux guerres est calme dans les secteurs qui nous intéressent.

Cependant, fin des années soixante, début des années 70 : le secteur social explose et se diversifie, le secteur médico-social fait son apparition, la rupture entre le social et le sanitaire est avérée :

Le travail social se diversifie et plusieurs autres diplômes sont créés (1967, le diplôme d'éducateur spécialisé, 1973, ceux de conseillère en économie sociale et familiale et d'éducateur de jeunes enfants)

En 1974, on passe du malade « objet de soins » au malade « sujet de soins ». Les droits et les devoirs de la personne malade sont réfléchis. Le respect de la personne et sa dignité sont mis en exergue. Le patient est au cœur de la prise en charge sanitaire.

La loi du 30 juin 1975 permet l'émergence du secteur médico-social. La rupture entre le sanitaire et le social est de plus en plus nette. Les secteurs social et médico-social forment un ensemble homogène qui cible tout particulièrement, la petite enfance, l'enfance en danger, le handicap, les personnes âgées et les adultes en insertion

Les années 80/90 sont fortement marquées par la crise économique, le secteur social est en pleine mutation

Les pratiques sociales sont éclatées et désormais réparties entre plusieurs professions (éducateurs, assistants sociaux, animateurs ...) les frontières entre chacune d'entre elles ne sont pas toujours très nettes.

En plus, la crise économique fait naître une nouvelle branche du social : l'insertion sociale et professionnelle, c'est la création des missions locales, des entreprises intermédiaires...

Par ailleurs, l'activité des assistantes sociales évoluent, la pression de la crise économique les amène à gérer en masse les difficultés financières.

En 1983, les Conseils départementaux prennent la compétence de l'action sociale

Durant les années 2000, deux axes forts sont développés : la place de l'utilisateur et la coordination entre les secteurs

En gérontologie, en 2000, les organes de coordination interprofessionnelle sont lancés, les CLIC débutent leur activité, dispositif dans un premier temps, ils deviennent ESMS en 2002. Ils sont complétés en 2008 par les MAIA, qui apportent une méthode de travail visant à homogénéiser les pratiques et donc à faciliter le « travailler ensemble ». Les CLIC passent sous la compétence des Conseils départementaux à partir de 2004 avec la loi de décentralisation, les MAIA sont sous la compétence des ARS dès 2012.

La qualité du service rendu est au cœur des réflexions dans les années 2000. La personne accompagnée est au centre de deux lois majeures. En 2002, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale est impulsée. Elle cherche à homogénéiser les pratiques et donne une place centrale à la qualité. En 2009, c'est la loi « hôpital, Patient, Santé et Territoires » qui rénove le sanitaire, elle rapproche les établissements hospitaliers des réalités de chaque territoire et s'adapte à l'évolution des besoins.

Depuis 2010 : le secteur sanitaire se rénove et s'empare de la coordination

En 2010, les agences régionales de santé sont créées, sur un territoire encore relativement réduit dans un premier temps, elles s'éloignent un peu plus en 2016 avec la restructuration des grandes régions. Et pourtant cette même année, la loi de modernisation du système de santé prévoit toute une organisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste. Elle insiste sur la prévention et le droit du patient.

La même année le secteur de la gérontologie est restructuré par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, là aussi, la prévention devient le cœur de la démarche.

Ces mêmes années, les organes de coordination explosent : Les CTA (les coordinations territoriales d'appui), les PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), les PTAC (plateforme territoriale d'appui et de coordination) et plus récemment les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)

Désormais, nos institutions demandent à tous les professionnels de terrain de proposer une prise en charge globale à la personne. Les textes de référence développent la notion de parcours (parcours de soin, parcours de vie, parcours résidentiel ...), nous devons éviter les ruptures de parcours. On nous demande de développer le travailler ensemble, la coordination, voire l'intégration. On nous parle d'évaluation multidimensionnelle menées par des équipes pluriprofessionnelles.

Pour atteindre les objectifs fixés, nous sommes obligés de retrouver le « travailler ensemble » que nous avons perdu après la loi de 1975. Voilà plus de quarante ans que nous évoluons en parallèle sans forcément nous croiser. Pour retrouver un véritable partenariat, il va nous falloir du temps, de la volonté et du soutien. Nous ne pouvons pas (ou alors très difficilement ...) le faire seul. Quand j'étais jeune, dans mes cours de management, on m'a toujours dit que la motivation d'une équipe ne se décrète pas, pour l'obtenir, il faut mettre en place une situation motivante. Pour moi, le travailler ensemble suit la même règle, ça ne peut pas être une injonction, il faut que la situation le permette et l'impulse.

Catherine MERCIER