



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**< TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTE : QUELLES APPLICATIONS DANS LE
CAS DE LA SANTE DES POLULATIONS DEMUNIES >**

– thème n° 18 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrices

– ***F. SCHAEZEL***

– ***P. LONCLE-MORICEAU***

Sommaire

Introduction	-----	1
I Une déclinaison à différents échelons des actions de santé publique	-----	2
A	De nombreux programmes déclinés sur des territoires institutionnels multiples	-----2
1	Au niveau national	-----3
2	Au niveau régional	-----3
3	Au niveau départemental	-----5
4	Autres programmes institutionnels	-----5
B	Des territoires construits par des acteurs locaux	-----6
1	La construction de fait des territoires locaux	-----6
2	Une territorialisation des actions publiques sur le mode partenarial	-----7
3	La notion de territoire à géométrie variable	-----7
C	L'articulation des politiques institutionnelles et des actions de terrain	-----9
1	Le moteur de l'action : l'engagement militant	-----9
2	Les moyens de l'action collective : une démarche ascendante	-----9
3	L'impact des politiques de santé sur l'orientation des actions de terrain : une démarche descendante	-----10
4	Qui pilote ces démarches ?	-----12
II Limites et perspectives du système	-----	12
A	Le décalage entre l'ampleur des phénomènes d'exclusion et les moyens mis en œuvre	-----12
1	Le manque de moyens entraîne des réponses morcelées	-----12
2	L'insuffisance des financements fragilise la continuité de l'action publique	-----13
B	Le manque de lisibilité des dispositifs et les résistances institutionnelles	-----14
1	L'illisibilité des dispositifs institutionnels	-----14
2	La technocratisation des services	-----14
3	La résistance des logiques institutionnelles	-----15
4	La concurrence des acteurs	-----16

C	L'importance des associations face à la discrétion de certains autres acteurs-----	16
1	Une intervention sans mandat institutionnel : le militantisme -----	16
2	L'instrumentalisation des acteurs de terrain -----	17
3	La « discrétion » de certains acteurs sur le territoire : les AS, les médecins -	18
D	Evolution du rôle de l'Etat : modestie d'un état moderne ou désengagement d'un Etat impuissant ? -----	19
1	« Etat moderne, Etat modeste » ou désengagement de l'Etat ? -----	19
2	Un dialogue fécond entre institutions et acteurs de terrain -----	19
3	Un retour voilé de l'Etat sur le terrain social -----	20
E	La question de l'égalité et du développement d'une démocratie locale -----	21
1	L'égalité de l'offre de service mise à mal par la territorialisation ? -----	21
2	Vers une réelle expression démocratique locale ? -----	22

Conclusion -----	24
-------------------------	----

INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, **un ménage sur dix** dispose de revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Ainsi, à la grande pauvreté et aux formes extrêmes de précarité (6 millions de personnes dépendent des minima sociaux, 200 000 sont sans abris) s'ajoutent un nombre important de ménages vivant, au quotidien, dans une instabilité sociale qui ne peut être ignorée.

Mais définir la précarité n'est pas chose aisée.

"Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux" selon J WRESINSKI¹, le rapport du Haut Comité de Santé Publique de février 1998 l'analyse, quant à lui, comme un "processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre d'handicaps sociaux coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la plus grande pauvreté et de l'exclusion".

La massification des phénomènes d'exclusion a déqualifié une approche sectorielle et centralisée des politiques publiques à l'égard des démunis, au bénéfice d'approches globales, pluri-sectorielles et de proximité avec ces populations.

Il est très vite apparu que la santé de ces publics en difficultés était particulièrement intriquée aux problèmes d'exclusion. Par conséquent, depuis 20 ans, elle fait l'objet de différentes politiques de l'Etat (politique de la ville, volet santé dans le cadre du dispositif du revenu minimum d'insertion, loi contre les exclusions), intégrées dans diverses périmètres territoriaux (quartier, ville, département, région). L' Action Publique apparaît ici particulièrement complexe à mener, dans la mesure où elle associe des logiques professionnelles différentes sur des territoires à géométrie variable.

La problématique de la territorialisation des politiques de l'exclusion en général , concernant l'accès aux soins en particulier peut se décliner en différentes questions :

- *Comment s'articulent, au niveau d'un territoire, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé envers les populations défavorisées?*

¹ Wresinski. J.

- *Peut-on définir une échelle pertinente d'intervention. Existe-t-il un territoire "optimum" qui permettrait de donner plus de cohérence à ces politiques, ou les territoires se construisent-ils conjointement à leur développement?*
- *La prise en compte de logiques territoriales permet-elle de maintenir l'équité et de développer la démocratie locale? A quelles conditions?*

L'étude de ces questions s'est faite essentiellement à partir de l'analyse de deux exemples concrets d'actions menées sur le terrain.

Ainsi, à **Saint-Malo**, un "atelier cuisine" a été conçu dans un quartier défavorisé de la ville ("La Découverte"), sous forme de rencontres hebdomadaires des parents du groupe scolaire. A partir d'échanges autour du thème de l'alimentation, l'objectif recherché est de restaurer la confiance des parents dans leurs capacités éducatives, en lien avec les activités des écoles et du collège.

A Combourg, a été crée, dans le cadre du chantier d'insertion de la Communauté de Communes de la Bretagne Romantique ,un lieu d'expression et d'échanges ; l'animateur du local d'insertion ayant demandé l'intervention d'une infirmière du CDAS, suite au repérage de nombreux problèmes de santé. L'objectif de ce projet est, ici, d'aider les personnes à prendre conscience de l'importance de la santé et de leur donner les moyens de la prendre en charge.

A partir de ces exemples de terrain, il a été alors possible de remonter les différents échelons, départemental, régional, national afin d'analyser les enjeux de la territorialisation de l'Action Publique dans ce cadre.

I. UNE DECLINAISON A DIFFERENTS ECHELONS DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE.

S' il apparaît que la santé des populations est prise en charge par de multiples programmes (A), il semble que la rencontre des différentes logiques institutionnelles se fait sur des territoires construits par les acteurs locaux (B).

A - DE NOMBREUX PROGRAMMES DECLINES SUR DES TERRITOIRES INSTITUTIONNELS MULTIPLES

1 - Au niveau national

« *La lutte contre les exclusions est un impératif national, fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* »². Ainsi, l'article 71 de cette loi, concernant le volet santé, vise à améliorer l'accès des populations en situation précaire aux dispositifs de prévention et de soins, en faisant reculer les inégalités sociales en matière de santé.

Cette priorité gouvernementale, appuyée par les recommandations du Haut Comité de Santé Publique, s'est traduite, en premier lieu, par la création de la couverture maladie universelle³, instaurant une couverture de base obligatoire pour les personnes ne relevant à aucun titre d'un régime d'assurance-maladie et résidant en France de manière stable et régulière et offrant, en outre, aux personnes dont le revenu annuel est inférieur à 42 000F, le bénéfice d'une couverture maladie complémentaire gratuite.

En second lieu, a été encouragée sur l'ensemble du territoire national, la création de Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans les Hôpitaux (PASS) - véritables structures d'accueil et de prise en charge médico-sociale qui facilitent la circulation des personnes dans l'Hôpital et leur accès aux réseaux institutionnels ou associations de soins et d'accompagnement social.

2 - Au niveau régional

◆ Les Programmes Régionaux de Santé

En Bretagne, la priorité "santé- précarité " était déjà affichée depuis quelques années par de multiples acteurs. Quatre plans départementaux d'accès aux soins des plus démunis ont été réalisés en 1996 par les DDASS afin de dresser un bilan de l'accès au système de santé dans ses différentes composantes (médecine de ville assurance maladie, hôpital ...).

Ces plans ont été confortés par un contrat d'objectif ("projet inter- services Bretagne") passé entre la DRASS et l'administration centrale.

Enfin, le thème santé - précarité a été reconnu comme prioritaire dès la première Conférence Régionale de Santé du 1^{er} octobre 1996.

En conséquence, la conférence du 13 mai 1997 recommandait de *"veiller à la protection de l'intégrité physique et morale de l'individu, pour l'accompagner ensuite vers les systèmes de soins existants et de favoriser l'accueil des populations en difficulté dans les établissements hospitaliers"*- la conférence de 1998 dressant le bilan des progrès constatés.

² Article n1 de la loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, 1998.

³ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999

Dès lors, les 3 programmes régionaux de Santé (alcool, souffrance psychique, phénomènes suicidaires et cancer) sont devenus les instruments privilégiés pour la mise en œuvre de cette priorité de Santé Publique identifiée par les Conférences Régionales .

◆ LES PRAPS

Parallèlement à cette démarche, se mettent en place, au niveau régional, les Programmes Régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins, définis dans le cadre du volet santé de la loi du 29 juillet 1998 (article 71). Cette volonté politique majeure vise à faire prendre aux acteurs et financeurs du système de santé, toutes les mesures nécessaires sur le territoire régional pour faire face aux besoins des populations en difficulté.

La structure administrative du PRAPS Bretagne se décline en :

- un comité régional des programmes
- un groupe technique régional installé par les DRASS en 1999 qui comprend
 - un correspondant de chaque DDASS
 - des représentants de multiples institutions et associations: Education Nationale, Conseil Général, Assurance Maladie, URML, MSA, CODESS, CRES, ENSP.
- des groupes de travail départementaux.

Les objectifs du PRAPS sont multiples . Ont été définis 2 objectifs généraux, déclinés en 9 objectifs stratégiques:

1 - favoriser dans les 3 années à venir l'accès à la prévention des personnes démunies

- ⇒ développer des actions de prévention globale
- ⇒ développer les compétences des professionnels autour de l'éducation pour la santé
- ⇒ soutenir les familles dans leur rôle éducatif par la mise en œuvre de réseaux d'écoute , d'appui, d'accompagnement
- ⇒ améliorer la répartition géographique des interventions et actions de santé.

2 - améliorer l'accès aux soins

- ⇒ amener les personnes à entreprendre une démarche de soins, tout en respectant leur choix
- ⇒ améliorer la prise en compte de la souffrance psychique et du mal-être, souvent présents chez ces personnes
- ⇒ renforcer la prise en charge des conduites addictives (alcool...)et des conduites de ruptures(par exemple, troubles de comportement alimentaire)
- ⇒ poursuivre le décroisement santé/social
- ⇒ veiller à la continuité de l'accès aux soins comme de l'accès au droit.

3 - Au niveau départemental

Le département d'Ille et Vilaine s'est depuis longtemps intéressé aux différentes problématiques de santé. Il a ainsi veillé, par la mise en place de nombreux programmes, à promouvoir l'éducation pour la santé (PIPADE, PIPROSA).

Néanmoins, très vite, le problème de la santé des populations démunies a nécessité des interventions spécifiques.

Un programme inter institutionnel d'éducation et de promotion pour la santé (PIEPS) visant les populations en difficulté (jeunes de 16/25 ans, personnes âgées isolées, jeunes parents, population en difficultés sociales) a été adopté par différents partenaires. (Conseil Général, CPAM, MSA, DDASS, CMRB)

Son objectif est d'améliorer l'état et la qualité de vie des populations en difficulté en Ille et Vilaine par une démarche d'éducation et de promotion de la santé en :

- renforçant le lien social et en favorisant l'émergence de réseau de sociabilité,
- permettant aux personnes d'identifier les structures d'aide et les personnes relais,
- suscitant la mise en place de lieux d'échange,
- valorisant le savoir-faire des personnes.

Ce PIEPS est géré par un comité de liaison et un groupe technique professionnel.

Un réseau de 30 coordinateurs (22 infirmières du Conseil Général et 8 agents CPAM) aide à la mise en place des actions sur le terrain alors que le CODESS joue un rôle de coordination et apporte une aide méthodologique .

Il est à noter que l'ensemble des partenaires apportent des financements à hauteur de 400 000F.

4 - Autres programmes institutionnels

A ces dispositifs, s'ajoutent de multiples programmes émanant d'institutions diverses exerçant leurs compétences à différents niveaux.

On peut ainsi en citer sept :

- les actions menées par le Fonds National de prévention et d'Information Sanitaire de la CNAM
- le Fonds d'Aide aux Jeunes
- les actions de l'Education Nationale menées dans les ZEP
- le volet santé des contrats d'agglomération et des grands projets urbains
- les actions du Ministère de la justice dans des zones délimitées

Bilan

La multiplicité des dispositifs existants à tous les niveaux est tout à fait surprenante (on en dénombre au total 87 sur le plan national).

La complexité qui en résulte apparaît particulièrement problématique (cf. multiplicité des comités de pilotage, des comités techniques...). De plus, chaque institution (DRASS, DDASS, Conseil Général) définit son propre territoire d'intervention. R Elghozi souligne ainsi dans ce cadre que *"chaque dispositif a son territoire"*.

En outre, les dispositifs travaillent souvent de manière verticale *"les programmes semblent tomber d'en haut"* sans véritable mise en cohérence .

Le cloisonnement administratif constitue un obstacle majeur au bon fonctionnement des politiques mises en place.

B - DES TERRITOIRES CONSTRUITS PAR LES ACTEURS LOCAUX

1 - La construction de fait de territoires locaux

Le territoire apparaît dès lors, au niveau local, comme le lieu de rencontre entre les différents dispositifs institutionnels d'Action Publique (nationaux, régionaux, locaux) et les styles locaux d'actions publiques (appelés "matrices "en Science Politique).

Ainsi, les différents programmes précédemment analysés se sont naturellement rencontrés sur des territoires spécifiques, construits par les acteurs, en réponse à un besoin multi-facteurs des populations concernées.

- le chantier d'insertion de Combourg est, par exemple, géré par la communauté de Communes de la Bretagne Romantique.
Regroupant 24 communes, cette dernière a, en effet, inscrit l'insertion dans son domaine de compétences. Ce territoire d'action apparaît ici tout à fait pertinent, dans la mesure où il existait à la fois une volonté de ces communes d'adhérer au projet et de travailler en partenariat, et qu'elles bénéficiaient de l'apport des entreprises implantées sur ce territoire. Ce regroupement permettait, en outre, un financement plus important (d'où la possibilité de renouveler le contrat des personnes concernées).
- Le quartier de la Découverte (ZEP très défavorisée où la population est l'une des plus démunies de Bretagne) est, quant à lui, apparu comme le territoire le plus pertinent pour mener l'action "CUISINE "à SAINT-MALO. L'action a même été centrée plus spécifiquement sur l'école de ce quartier.

Il apparaît qu'un territoire d'action publique se définit par rapport aux besoins d'une population donnée, c'est-à-dire selon le problème de Santé Publique supposé sur cette zone. Ce territoire relaie les " territoires institutionnels " définis par les différentes administrations, dans la mise en œuvre des politiques. "Succédant à des actions visant à normaliser des familles déviantes", l'approche de territorialisation, à l'exemple de Saint Malo, tend à

s'appuyer sur les savoirs familiaux existants. Les mères sont sollicitées comme ressources, au lieu d'être stigmatisées comme "déviantes". Les populations démunies deviennent sujets, et non plus seulement objets de l'action d'insertion.

2 - Une territorialisation des actions publiques sur le mode partenarial

a) De multiples partenariats

En effet, il apparaît que c'est sur le terrain que s'organisent de "façon spontanée" les différents partenaires institutionnels qui travaillent dès lors en réseau :

- A Saint-Malo, l'éducation nationale, l'Hôpital, le Planning familial et l'association Le Goéland ont travaillé en coordination.
- A Combourg, CLI, DDASS, Conseil Général, CPAM et Association "La Croix d'Or" ont concrètement associé leurs efforts pour améliorer la santé des bénéficiaires du chantier.

b) Des modes de financements croisés

Ce partenariat se concrétise, en effet, dans les modes de financements adoptés par les acteurs de terrains. Ainsi, différentes chaînes de financement, malgré les priorités qui restent relativement cloisonnées (Education Nationale, Emploi, Santé, Justice) se rencontrent sur des actions très locales.

- Le financement de la ZEP illustre tout à fait cette stratégie : 40 KF⁴ d'interministériel, 35 KF au niveau municipal, 70 KF par l'Education Nationale. De même, le Centre Social est financé par la CAF et la ville. Plus précisément, ont été associés au projet les partenaires financiers suivants : Conseil Général, Contrat de ville, DRASS, Fonds d'action sociale, Fondation de France.
- Le projet de Combourg a, quant à lui, réuni la CLI, le CDAS, la CPAM, la communauté de communes. Plus précisément, dans le cadre du chantier d'insertion, l'Etat prend en charge 80% du salaire des personnes embauchées. Le département prend en charge 90 % des salaires du personnel d'encadrement. La communauté de communes prend en charge les 20% et 10% restants.

La territorialisation de l'action publique, véritable synonyme de rencontre de logiques institutionnelles différentes, est donc à l'origine de partenariats qui s'illustrent dans le cofinancement des actions menées.

3 - La notion de territoire à géométrie variable.

La notion de territoire en matière d'action publique est une notion à géométrie variable.

⁴ 1 KF = 1000 Frs

Il n'existe pas de "bonne mesure" du territoire. L'espace concerné dépend du problème qui se pose sur le terrain ; la territorialité étant synonyme de proximité.

La bonne organisation des actions de santé doit être locale. La territorialisation des politiques peut, en effet, se décliner sur un quartier, une ville, un département, selon le problème de Santé Publique repéré par les acteurs (professionnels et associatifs), sur un territoire donné. Comme le souligne R ELGHOZI « *la réalité, c'est qu'on se trouve face à un problème, à un moment, sur un territoire donné* ».

Dès lors, comme le note P. Le Gales⁵ : « *il n'y a pas un niveau optimal. Le raisonnement en termes de niveaux homogènes me paraît peu pertinent; j'ai plutôt une vision différenciée de l'organisation institutionnelle des territoires* ».

Les systèmes d'actions sont multiples, réunissant les acteurs les plus divers. La transversalité est alors de mise, le décloisonnement s'effectuant sur le terrain.

Le territoire à géométrie variable est alors souvent appréhendé sous l'angle d'un réseau social ; c'est-à-dire un espace occupé par des hommes qui nouent des relations politiques, sociales et économiques. La coordination s'invente véritablement sur le territoire.

L'enjeu est de faire reconnaître l'intérêt novateur d'une démarche territoriale et d'en faire accepter les modes d'actions inédits (transversalité, globalité). L'approche territoriale est avant tout synonyme d'une approche au plus près de la population concernée ; elle doit donc s'adapter aux situations locales et être souple dans ces orientations.

Il est plus productif de développer des actions publiques qui renoncent à identifier au préalable le territoire pertinent. *L'enjeu de l'approche territoriale consiste aujourd'hui à mettre en place les modalités de régulations de configurations territoriales complexes pour reformuler le contenu même des politiques sectorielles*⁶.

Dès lors, la question de l'articulation entre territoires institutionnels et territoires de proximité à périmètres variables devient déterminante.

⁵ P. Le Gales, « Le partenariat comme mode de lutte contre l'exclusion sociale » - Rennes 1996

⁶ Delevoy,

C - L'ARTICULATION DES POLITIQUES INSTITUTIONNELLES ET DES ACTIONS DE TERRAIN

D'une part, les acteurs de terrain sont les mieux placés pour identifier des besoins et ont une légitimité à proposer des démarches.

D'autre part, les politiques de santé impulsées par les différentes institutions ont une légitimité à proposer des priorités d'action en réponse à un diagnostic global de santé publique.

Comment ces approches descendantes des politiques et ces approches ascendantes des acteurs de terrain peuvent-elles s'articuler ?

A partir des différents entretiens, nous avons retenu quatre idées forces pour illustrer les points clefs d'une « bonne » articulation entre ces deux approches complémentaires.

1 - Le moteur de l'action : l'engagement militant

C'est toujours l'énergie de l'engagement militant d'un acteur de proximité qui entraîne l'action de terrain. L'exemple de La Découverte avec la psychologue scolaire, comme celui de Combourg avec l'animateur de la mission locale d'insertion, sont tous deux significatifs.

Ainsi, à Combourg, c'est la conjonction d'une volonté politique, de moyens adéquats et l'intervention des nouveaux partenaires qui a été favorable à la réalisation du chantier. Cependant, le rôle déterminant d'un initiateur motivé et fortement impliqué dans un projet, est souligné par l'ensemble des acteurs .

Dans les deux cas, la problématique de terrain portée par l'implication de l'acteur local détermine le territoire de l'action. Ce territoire doit encore rencontrer les territoires institutionnels des politiques publiques, qui vont lui permettre de prendre vie.

2 - Les moyens de l'action collective : une démarche ascendante

Certaines actions visant ces populations démunies peuvent être réalisées par une association, un acteur seul, dans une relation de proximité. Les « éducateurs de rue » interviennent ainsi directement pour offrir des repères aux jeunes « non structurés » des quartiers.

Mais la plupart des actions sur le territoire, nécessitent la mobilisation de moyens et de compétences diverses, à travers la participation de nombreux acteurs.

- L'exemple du projet de La Découverte montre la nécessité d'associer à la psychologue scolaire, le Centre Social prêteur des locaux, l'animatrice de l'atelier et l'intervenante du CODESS. Les financements réunis pour une telle action vont des budgets ZEP de l'éducation nationale, aux budgets de la ville, sans oublier ceux du département. D'une certaine façon, la légitimité institutionnelle des différents acteurs favorise leur engagement et l'obtention des moyens de l'action collective.
- Sur le chantier de Combourg, de nombreux professionnels ont aussi été mobilisés pour sensibiliser les bénéficiaires du RMI au problème de l'alcoolisme : intervention d'une infirmière, de services d'alcoologie de l'hôpital, d'associations... Cette mobilisation a été possible parce qu'elle s'est inscrite dans une politique de santé régionale.

L'initiative d'un acteur trouve appui en terme de moyens sur une politique de santé régionale, à travers un programme départemental d'action comme le PIEPS. C'est la démarche ascendante de l'articulation des territoires institutionnels porteurs de politiques, et les territoires de proximité, porteurs de projets.

Mais l'articulation des acteurs de terrain et des institutions nécessite des intermédiaires. C'est le rôle d'une association « médiatrice » comme le CODESS. Bon nombre d'acteurs de terrain se plaignent de leur méconnaissance des politiques des différentes institutions ainsi que d'une difficulté à en démêler la complexité. Ils peuvent aussi faire montre d'une certaine hostilité à leur égard. « *Ces politiques tombent d'en haut, sans bien connaître les réalités de terrain* » déclare l'éducateur d'une association. Une responsable de centre social est informée depuis qu'elle participe aux réunions de comité de pilotage organisées par la ville de Saint Malo. Un autre acteur gratifie ces réunions de « *Grand Messe* » à laquelle ils sont invités plus comme spectateurs que comme réels acteurs.

3 - L'impact des politiques de santé sur l'orientation des actions de terrain : une démarche descendante

Dans la pratique, c'est l'apport financier de ces politiques qui oriente les actions de terrain ou peut réorienter la sémantique de certains projets, selon leurs priorités. Si les différents acteurs reconnaissent l'importance de cette donnée, leur vision demeure néanmoins différente.

a) La vision des représentants de l'état

L'État doit d'abord fixer des priorités nationales à partir d'un diagnostic de santé publique. Il doit ensuite, dans une approche territoriale, créer les conditions de l'accompagnement des initiatives de terrain. Pour ce faire, il met en place des dispositifs de partenariat et de financement, permettant de relayer ses priorités aux différents niveaux locaux. Dans cette approche, il est moins acteur de terrain que fournisseur de moyens.

b) La vision d'un décideur Ville / Conseil Général

La ville de Saint Malo a souhaité, pour mieux prendre en charge le domaine social et sanitaire, réunir dans des comités de pilotage les principaux acteurs : les services sociaux de la ville, les associations, les décideurs et tout organisme concerné par ce champs d'actions. Ces comités comprennent 20 à 30 personnes.

Les 4 comités de pilotage sont des lieux d'échanges, d'informations au niveau local (le plus proche de l'utilisateur) et de décision concernant ces actions. Les institutions locales ont ainsi pour rôle d'ajuster des priorités nationales sur leur territoire. Elles doivent également coordonner les initiatives locales existantes.

c) La vision des acteurs de terrain

La vision des acteurs de terrain est moins optimiste. Ils portent le même avis sur les services déconcentrés de l'Etat que sur les collectivités locales.

Ils sont unanimes à souligner une certaine incapacité à comprendre la « *réalité du terrain* » et donc à y répondre de façon efficace, sans partir des demandes précises des intéressés. De ce fait, les actions de terrain à l'initiative des politiques leur semblent vouées à l'échec. L'exemple de la mise en place d'un petit déjeuner décidé par le Ministère de l'Éducation Nationale dans les écoles illustre ce phénomène. A partir du diagnostic de somnolence des élèves en milieu de matinée, le Ministère demande l'organisation de petits-déjeuners dans les écoles des quartiers défavorisés. Ces actions ont été fortement contestées par les familles, car vécues comme une remise en cause de leur rôle. Pour les acteurs de terrain, le problème du petit déjeuner est inclus dans une problématique plus large de l'alimentation dans ces familles, avec des aspects nutritionnels, mais aussi culturels, et économiques.

Certains des acteurs de terrain regrettent une logique budgétaire des politiques qui se résume à la consommation de crédits. « *Ces politiques tombent d'en haut, sans connaître les réalités de terrain* ». « *On en a assez de devoir répondre du jour au lendemain à des appels à projet... pourtant ce serait le plus facile, pour obtenir les financements* ». Ils estiment que le rôle des politiques devrait être de mettre en place et de simplifier les procédures d'accès aux financements, en leur laissant plus d'initiative dans un rôle de diagnostic du besoin et de proposition de la solution.

La réalité associe ces trois points de vue dans l'articulation descendante entre des priorités politiques et les initiatives de terrain. Mais le dialogue entre les trois doit encore être amélioré. Faut-il un pilote à ces actions de partenariat ? Qui doit impulser ce dialogue ?

4 - Qui pilote ces démarches ?

L'Etat signe un retour auprès des populations démunies à travers la loi sur l'exclusion. Ce retour inquiète les élus locaux, forts de leur légitimité récente accordée par les lois de décentralisation.

Les acteurs de terrain, davantage concernés par la « *réparation du lien social* » que par la maîtrise des financements, s'accordent de ce retour de l'Etat. Ils se plaignent plutôt des tiraillements entre différentes institutions, dans leur volonté de main-mise sur les actions proposées.

Dans la pratique, la territorialisation fait sortir l'action publique du cadre d'une hiérarchie figée, par la variabilité des périmètres d'action. Peut-il y avoir un pilote sur des actions à géométrie variable ? Ne faut-il pas plutôt un pilote par action ? La notion de pilote deviendrait alors plus opérationnelle que fonctionnelle ou statutaire, ce qui n'est pas sans déranger les habitudes acquises.

C'est plutôt cette dernière conception qui filtre à travers les perceptions des différents acteurs. Il faut un responsable par type de problématique. Il y a nécessité d'une grande souplesse : La territorialisation, avant d'être inscrite dans les politiques, est aussi un état d'esprit, une culture de la collégialité.

II. LIMITES ET PERSPECTIVES DU SYSTEME

Les présentations des politiques de territorialisation sont innovantes, tant dans l'approche horizontale, pluridisciplinaire du territoire au périmètre et à la durée variables, que dans l'articulation verticale de priorités politiques et des initiatives locales. Mais le vécu des acteurs de l'insertion sociale, s'éloigne parfois du discours; la territorialisation n'est pas la panacée. Ses limites concernent à la fois les moyens et les institutions, parmi lesquelles l'Etat tient une place particulière.

A - LE DECALAGE ENTRE L'AMPLEUR DES PHENOMENES D'EXCLUSION ET LES MOYENS MIS EN ŒUVRE

1 - Le manque de moyens entraîne des réponses morcelées

La rencontre avec les acteurs de terrain renvoie l'image d'acteurs engagés dans une résistance contre un mal endémique. Une action comme celle de la Découverte a mobilisé

une énergie et un temps hors de proportion avec les seules 10 à 15 mères de famille impliquées, sur une population de 7 000 personnes. A Combourg, 7 communes sont partie prenantes dans la réalisation du chantier d'insertion, sur les 24 que compte la communauté.

Le manque de temps et de moyens est l'un des premiers freins cités par l'ensemble des acteurs à une réelle portée des politiques de territorialisation ; ce qui leur fait dire que l'action sociale de terrain ressemble plus à du bricolage, qu'à la mise en action de politiques d'envergure.

Faute de moyens, la territorialisation favorise des réponses morcelées. Selon l'expression d'un éducateur : « *je suis parti à la pêche à la baleine, je suis revenu avec un panier de harengs* ». Il manque une démarche globale de prise en compte des besoins des populations face à l'exclusion, sur un quartier comme la Découverte par exemple.

L'exemple des populations en désinsertion profonde est, à ce titre, significatif. En quittant les rez-de-chaussée des immeubles où il était installé pour venir habiter le « *bâtiment institutionnel* » commun, le Centre Social estime avoir perdu de vue environ 90 familles. La volonté affichée de responsabiliser les familles, contre la « *visite en pyjama* », comme le partage d'un même bâtiment avec d'autres institutions nécessitaient des accompagnements spécifiques, visant à garder le contact avec les plus démunis, qui n'ont pas été mis en œuvre.

On retrouve cette impression plus ou moins exprimée par les acteurs de terrain que, « *faute de pouvoir s'occuper correctement de tout le monde, il vaut mieux axer l'effort sur la prévention au bénéfice des plus jeunes* ». Il se construirait ainsi une prévention au détriment des actions curatives.

2 - L'insuffisance des financements fragilise la continuité de l'action publique

Certains projets locaux, parfois en cours ou même déjà terminés se retrouvent sans financement propre. Les associations sont alors amenées à les financer sur leur budget de fonctionnement. Le financement d'une action comme le découpage du bois après la tempête de 1999 à St Malo s'est vu refusé par le ministère de la jeunesse et des sports parce qu'elle ne rentrait pas dans ses priorités. Parfois, la continuité même de l'action publique est remise en cause par la précarité des financements. Le CODESS, association à l'éthique, à l'utilité et à la compétence reconnues est parfois dans l'incertitude de ses moyens et doit jongler avec des CDD pour équilibrer son budget.

Ce manque de moyens pose la question de la finalité de l'action publique vis-à-vis des démunis : Insertion ou assistance, Progrès social ou paix sociale ? La question posée aux

décideurs, financeurs obtient bien sûr une réponse optimiste sur la dynamique de progrès social dans laquelle ils inscrivent leurs politiques.

Les réponses des acteurs de terrain sont plus nuancées. Si leur engagement militant s'inscrit dans une vision personnelle de la société, ils regrettent souvent que les moyens de l'action sociale restent « *homéopathiques* ». Ils ont parfois l'impression de servir de tampons entre la « *société intégrée* » et les populations démunies. Ils regrettent, en écho à Michel Autès⁷, « *l'absence d'un projet de changement social, avec une politique d'attente que tout s'arrange par le retour au plein emploi* ».

B - LE MANQUE DE LISIBILITE DES DISPOSITIFS ET LES RESISTANCES INSTITUTIONNELLES

1 - L'illisibilité des dispositifs institutionnels

Les difficultés à se repérer parmi les dispositifs existants et à faire tomber les résistances sectorielles des acteurs de la territorialisation compliquent encore la tâche des initiateurs de projet.

L'acteur de terrain ne se tourne pas vers les institutions en recherche d'une cohérence avec des priorités politiques ; il cherche de l'aide et des financements. Aucun de ceux que nous avons rencontrés ne se sent en mesure de décrypter, seul, la complexité des 87 dispositifs mis en place au plan national. Le CODESS est alors précieux, à la fois comme expert et comme accompagnateur dans la mise en place des projets, et dans l'évaluation des actions.

2 - La technocratisation des services

La complexité du fonctionnement des services de l'Etat est un handicap d'autant plus sérieux que les acteurs sont loin de ces logiques. Selon Mme Jacquemin, élue à St Malo et au Conseil Général, « *seul un double mandat, local d'une part, départemental, régional ou national d'autre part, permet de défricher la complexité des acteurs et des financements institutionnels, et d'assurer une cohérence entre les politiques et les projets de terrain* ».

Il est intéressant de constater que les acteurs de terrain reprochent cette illisibilité à l'ensemble des institutions, services de l'état ou des collectivités locales, alors que l'élue

⁷ M. Autès « Les modes de légitimation de l'intervention publique : de l'assistance au développement social » - EHESS, 1997

locale oppose la bureaucratie des services de l'Etat à la légitimité, à la proximité et à la réactivité des collectivités locales.

Cette complexité des dispositifs va de paire avec une bureaucratisation des systèmes, une « *technocratisation* » des intervenants. Plusieurs intervenants, élus locaux ou acteurs de terrain se plaignent de cette neutralité professionnelle des administratifs, pour qui les situations d'urgence ne seraient que des dossiers. Comme nous dit l'un d'entre eux, "*l'Etat ne connaît pas l'urgence*".

3 - La résistance des logiques institutionnelles,

Il semble que la démarche en amont, de la définition des politiques publiques dans le domaine de l'exclusion reste descendante et sectorisée. Ce n'est qu'au niveau des moyens qu'apparaît le souci de pluridisciplinarité.

Cette démarche reste descendante car, à chaque fois qu'un problème apparaît comme une priorité, on met en place un dispositif nouveau, voire une instance de concertation pour y répondre, sans toujours le replacer dans une réflexion territoriale sur la cohérence du système.

Elle demeure également sectorisée dans la mesure où chaque dispositif relève d'une appartenance ministérielle ou institutionnelle (éducation nationale, santé, justice, équipement...) bien plus que d'une logique transversale. Les institutions restent rattachées à des ministères, avec leurs budgets et leurs priorités. Ainsi fait-on de la "*territorialisation des acteurs*" bien plus que de la "*territorialisation des approches*". D'individuelle et sectorielle, l'intervention se fait non pas tant collective que multi-professionnelle. Ce sont les acteurs institutionnels que l'on met en commun, chacun avec "*sa circulaire ou son décret de compétence*" (la circulaire n° 56 du 31/10/95 relative à l'organisation et aux missions des centres sociaux, la circulaire ministérielle sur les ZEP. la circulaire d'avril 1990 sur les missions du réseau d'aide spécialisé...), ses moyens, ses priorités. La mise en commun des logiques ne se fait pas en amont de la répartition des moyens.

Sur le terrain, cette mise en commun des approches professionnelles différentes s'inscrit, pour une part, dans cette sectorialisation ministérielle. Les freins au partenariat sont nombreux ; à la fois dans les habitudes, le manque de temps et de moyens, la frilosité des acteurs, la dilution des énergies dans le quotidien, le manque de réflexion créative... Comme l'illustre l'inspectrice d'académie : « *entre l'école et le collègue c'est déjà difficile, aller voir avec d'autres institutions...* ».

L'initiative de terrain ne s'éloigne de la sectorialisation que par la volonté et l'étendue des réseaux de connaissance personnels des acteurs de projet. L'énergie développée par les

deux initiateurs de projets que nous avons rencontrés, en amont de toute dynamique partenariale, pour contacter, réunir, intéresser, impliquer les acteurs de secteurs différents, est considérable, et n'entre dans aucun des cadres de l'action publique.

Le partenariat demande l'effort de sortir de son quotidien, de sortir de son cadre, selon la psychologue scolaire qui note l'usure des acteurs, à la fois par leur isolement, le manque de reconnaissance, le manque de temps et de moyens dont ils disposent.

4 - La concurrence des acteurs

Cette énergie et cette persévérance se heurtent encore à la concurrence à laquelle peuvent se livrer les différents acteurs dans la recherche de financements, ou de reconnaissance sociale.

La répartition toujours sectorielle des financements favorise une concurrence entre les acteurs du terrain, conscients de devoir se les partager. On retrouve cette concurrence au niveau des associations, entraînées dans des logiques clientélistes, comme au niveau des institutions. L'intention perçue de la DDASS de laisser à l'éducation nationale des enfants qui relèveraient d'établissements spécialisés en est un exemple.

La clarification nécessaire des acteurs de l'insertion pose la question de ceux qui oeuvrent à la marge des dispositifs publics, tout en étant des relais de premier plan. Elle pose aussi la question de la « discrétion » de certains acteurs attendus dans les dispositifs.

C - L'IMPORTANCE DES ASSOCIATIONS FACE A LA « DISCRETION » DE CERTAINS AUTRES ACTEURS

Au plus près des publics en difficulté, quelque soit le projet étudié, on retrouve l'omniprésence des associations et des bénévoles.

L'association le goéland à St Malo, comme d'autres associations, sont incontournables dans l'accompagnement des démunis. Elles se sont développées à partir du travail de bénévoles, personnellement impliqués dans la lutte contre l'exclusion.

Pourquoi l'action publique impulsée par des élus politiques, préparée, mise en forme, relayée par des agents de l'Etat, doit-elle, en fin de compte, être mise en œuvre par des associations ? Quelle légitimité ont-elles à agir, dans le champ de l'action publique ?

1 - Une intervention sans mandat institutionnel : le militantisme

Selon les intervenants que nous avons rencontrés, le fait de venir sans mandat, sans légitimité institutionnelle représente leur meilleur atout dans le travail avec les démunis. Ceux-ci rejettent parfois toute forme d'institution, à la suite de leur parcours personnel et de l'image d'eux-mêmes que leur renvoie la société. Le membre de l'association, le bénévole, n'est pas perçu comme le miroir d'une société paternaliste et moralisatrice ; c'est ce qui fait son efficacité.

L'engagement militant est une autre raison de cette omniprésence des associations sur le terrain de l'exclusion. Il faut un engagement personnel fort, dans une action militante, pour continuer d'aller « *au front* », jour après jour au contact des démunis, sans la tentation de se réfugier dans un bureau, et de « *les laisser venir* ». Même les acteurs institutionnels, comme la psychologue scolaire, qui sont porteurs de ces projets de réparation du lien social, sont des militants avant d'être des intervenants d'une institution.

L'élu local trouve dans ces associations la continuité du militantisme qui l'a conduit en politique ; c'est la même fibre qui, au départ, motive les deux engagements. Ainsi trouve-t-on une imbrication des acteurs associatifs et du politique dans la commune. Le conseil d'administration du Goéland comprend quatre conseillers municipaux et deux conseillers généraux.

2 - L'instrumentalisation des acteurs de terrain

L'action associative est incontournable de par le fossé culturel entre la logique politique et administrative d'une part, la nécessité d'inventer d'autres formes d'action face à la désaffiliation et au rejet de certains démunis d'autre part. "*Peut-on produire de nouvelles formes de vie avec des moyens juridico-bureaucratiques* ", interroge Jurgen Habermas ⁸? Il semble que non.

Mais cette « *discrétion* » de l'Etat sur le terrain se joue en contrepartie d'une volonté de contrôle politique. Par le biais de la définition de priorités territoriales, par celui des subventions et de l'évaluation des projets, l'initiative associative se retrouve figée dans les priorités, empêtrée dans les procédures administratives.

Les acteurs de proximité regrettent aussi le manque de retour, de « *feed back* » de leurs participations aux actions institutionnelles, et le manque de reconnaissance dont ils souffrent de la part de ces institutions.

En parallèle, les actions sur le territoire se traduisent par une division de plus en plus marquée du travail social entre ceux qui coordonnent et décident à l'arrière d'une part, ceux

⁸ J. Habermas « La crise de l'Etat Providence et l'épuisement des énergies utopiques » Ecrits politiques 1936

qui font sur le front d'autre part. Cette division renforce le sentiment d'absence de reconnaissance des acteurs de terrain.

En parallèle à la présence des associations sur le terrain, nous n'y avons pas rencontré certains acteurs dont le travail nous semblait en relation directe avec les populations démunies : les assistants sociaux sur le travail d'insertion sociale, les médecins sur le travail d'accès aux soins, les entreprises sur le travail d'insertion économique. Sont-ils absents du travail de proximité?

3 - La discrétion de certains acteurs sur le territoire : assistants sociaux et médecins

a) Les assistants des services sociaux

Tous les acteurs de terrain que nous avons rencontrés ont regretté le peu de collaboration des services sociaux dans le travail de proximité. Pour certains, les huit demi-journées de permanence sur rendez-vous organisées au centre Bougainville par les assistants sociaux des CDAS et des CCAS permettent de traiter des dossiers dans une relation individuelle, et non pas dans l'approche collective de la territorialisation.

« Le partenariat avec les assistants sociaux se fait au coup par coup, selon les intervenants, par copinage sur un même public. Ce sont les contacts personnels qui permettent de travailler ensemble », raconte un éducateur de rue. *« Ils ont une religion du secret professionnel et du colloque singulier qui ne permet pas un travail d'équipe sur un problème collectif »*, rajoute un intervenant scolaire.

Face à une logique du travail social qui tend encore à traiter de l'exclusion dans le cadre d'une "handicapologie" de la personne démunie, à la marge de la société selon l'expression de Robert Castel⁹, il faut encore faire évoluer les mentalités par une reconnaissance mutuelle du champs d'action de chacun et de la complémentarité des compétences. Ce changement passe par une évolution vers une transdisciplinarité et une intégration de la logique territoriale dans les formations professionnelles de chacun.

b) Les médecins

La discrétion des médecins sur le territoire de proximité s'apparente à celle des assistants sociaux. Excepté le médecin scolaire intervenant sur le quartier de la découverte, les seuls acteurs médicaux que nous avons rencontrés sont des chirurgiens dentistes regroupés en associations et intervenant comme bénévoles auprès des enfants du quartier dans un partenariat avec le centre social.

⁹ R. Castel « La métamorphose de la question sociale » Fayard 1995

Comment se traduit, dans les projets, l'intention de rapprocher l'offre de soins des populations démunies ? Que sont devenues les maisons de santé dans les quartiers défavorisés ? Le colloque singulier ne s'accorde-t-il pas avec le travail de territoire ?

Quel rôle l'Etat a-t-il dans cette tendance à la « *fracture sociale* » perçue par tous les acteurs de l'insertion, mais dont seuls les acteurs de terrain se font l'écho ?

D - L'EVOLUTION DU ROLE DE L'ETAT : MODESTIE D'UN ETAT MODERNE OU DESENGAGEMENT D'UN ETAT IMPUISSANT ?

1 - « Etat moderne, Etat modeste » ou désengagement de l'Etat ?

Dans l'approche territoriale des démunis, l'Etat se veut moderne, modeste, en rupture avec les ambitions centralisatrices de l'Etat jacobin. Cette évolution est relayée par l'élue locale qui pense que « *l'Etat doit définir des politiques nationales, établir des planchers de droit qui garantissent une égalité d'accès aux citoyens, mais il doit laisser aux échelons locaux des possibilités d'expérimenter des solutions innovantes aux problèmes de la précarité* ».

Mais ce pragmatisme affiché peut aussi être interprété comme un désengagement de l'Etat impuissant à réguler « *par le haut* » la massification des phénomènes d'exclusion, comme une dilution de l'action publique dans les contractualisations et les partenariats locaux, voire les réseaux d'acteurs plus ou moins éphémères de telle ou telle conjoncture locale.

Selon l'expression de l'un de nos interlocuteurs, l'intervention de l'Etat oscille toujours entre l'aspect substantiel d'un Etat « *diseur de sens* », et l'aspect procédural ; « *le quoi faire ?* » ou « *le comment faire ?* ». Le « *comment* » prend le pas sur le « *quoi* » dans l'intervention de l'Etat. Les concepts de « *gouvernance* », de « *gouvernabilité* » remplacent celui de gouvernement, à la fois dans l'action de l'Etat et dans le management des entreprises (P. Le Galès).

2 - Un dialogue fécond entre institutions et acteurs de terrain.

Aucun des acteurs que nous avons rencontrés ne remet en cause le bien-fondé de cette nouvelle approche territoriale faite de transversalité, de pragmatisme de terrain, et de contractualisation. Tous mettent en avant l'impossibilité de trouver des réponses adaptées aux situations hors norme rencontrées dans les quartiers, autrement qu'au cas par cas, en ciselant une réponse à partir d'une demande particulière des populations concernées.

« *L'Etat ne peut pas traiter du cas par cas* » nous dit l'élue locale. Il s'agit pour elle de créer les conditions de l'initiative locale, « *des fenêtres d'opportunité pour l'action collective* » selon l'expression de P Duran et de JC Thoening¹⁰.

Le terrain peut alors susciter des politiques nationales, certaines expérimentations locales pouvant être reprises et généralisées voire légiférées dans un souci d'égalité citoyenne. L'accès aux soins des plus démunis en est un bon exemple : la carte santé mise en place dès la fin des années 80 dans quelques départements a inspiré le législateur sur la réforme de l'aide médicale en 1992 puis sur la couverture maladie universelle en 1999.

L'interprofessionnalité du territoire peut aussi être le lieu de l'émergence d'un sens qui ne vient plus d'en haut, mais de valeurs communes partagées sur la base d'un « *plus petit commun dénominateur* » entre logiques différentes, dans ce mouvement que Louis Dumont appelle « *le passage de l'homme singulier, empirique à l'homme porteur de valeurs* »

3 - Un retour voilé de l'Etat sur le terrain social ?

Cette reprise nationale des initiatives locales fait craindre à l'élue locale que les intentions de l'Etat ne soient pas claires ; qu'il ne s'agisse pas réellement d'une décentralisation de l'action, mais d'une récupération d'initiatives locales. Selon elle, « *il se dessine un risque de retour de l'Etat dans le contrôle des politiques locales* ». Elle nous donne l'exemple de la Commission d'Action Sociale d'Urgence au niveau de la préfecture qui, pour elle, est un échec car l'urgence sociale ne peut pas être traitée au niveau départemental, trop éloigné des structures et des logiques de terrain.

Qu'en est-il du retour de l'Etat centralisateur avec la nouvelle loi sur l'exclusion ? Il y a là deux mouvements contraires de création de droits nationaux, le citoyen face à l'Etat, et de la l'approche locale de territorialisation, dans ce que P. Estèbe¹¹ appelle « *la constitution d'un droit de la pauvreté* ». Les services déconcentrés de l'Etat qui, à l'exemple de la DDASS, ont vécu une certaine crise de légitimité avec l'arrivée en force des collectivités locales dans la prise en charge de l'exclusion, trouvent dans cette nouvelle orientation une autre raison d'être. Cette tendance est encore trop récente pour mesurer ses impacts sur l'approche territoriale, et seule l'élue locale nous a semblé la regretter. Les acteurs locaux déplorent, eux, un renforcement de la maîtrise de l'Etat à travers le poids de la procédure, du contrôle de légalité a priori, de l'évaluation des projets. Le désengagement de l'Etat sur l'aspect

¹⁰ P. Duran et JC. Thoening « L'Etat et la gestion publique territoriale » revue française de sciences politiques 1996

¹¹ P. Estebe « L'Etat animateur, essais sur la politique de la ville » Esprit 1994

substantiel des politiques de territorialité trouverait un équilibre dans le sur-investissement du procédural.

Le désengagement de l'Etat de la question du « *quoi faire ?* », comme la diversité des initiatives locales posent le problème de l'égalité et de l'équité des services et des aides sur le territoire national, comme il pose celui de la légitimité démocratique du territoire.

E - LA QUESTION DE L'EGALITE ET DU DEVELOPPEMENT D'UNE DEMOCRATIE LOCALE

1 - L'Egalité de l'offre de service mise à mal par la territorialisation ?

Les initiatives locales s'inscrivent dans un territoire, géographiquement ou socialement déterminé. Faute de moyens, elles restent souvent limitées à ce territoire. La raison d'être de la territorialité est d'apporter une réponse adaptée à un problème identifié. A chaque territoire, ses problèmes, ses acteurs, et donc ses projets, la liberté d'inventer ses solutions propres.

Cela veut-il dire que le territoire d'à côté est à ce point différent qu'il faille y inventer d'autres solutions ? Les solutions innovantes, comme l'atelier cuisine à la Découverte, gagnent pourtant à être étendues à d'autres quartiers. Les acteurs de terrains ne se satisfont pas de l'inégalité de l'offre sur les différents territoires.

Les mères de familles de ces autres quartiers à Saint-Malo, informées par le bouche à oreille de ce qui s'y faisait, sont demandeuses d'une action du même type. Mais cette extension se heurte à plusieurs obstacles : le temps et les moyens du projet initial, la barrière géographique du territoire, le manque de motivation des autres acteurs à reprendre des projets qu'ils n'ont pas initiés.

Ne risque-t-on pas une dérive communautaire à l'anglo-saxonne, consistant à excuser l'inégalité de traitement par la responsabilité des acteurs locaux dans leur devenir ?

Cette dérive communautaire est déjà engagée par l'apparition de la discrimination positive, à travers les contrats de ZEP par exemple. Cette notion de discrimination positive, sur un glissement de l'égalité vers l'équité, fixe dans le droit la possibilité de faire un détour inégalitaire en réponse aux inégalités de situations. Les logiques de discrimination positive ne font-elles pas de la territorialisation un zonage de l'action publique ?

Ces deux tendances du communautarisme et de l'équité paraissent aux acteurs de terrain inséparables de l'action de proximité à partir des demandes locales des populations.

Ce sont les difficultés à capitaliser sur un projet réussi dans un réseau de l'initiative locale qui sont critiquables. Des tentatives comme la reprise par l'AFPA de l'atelier esthétique initialisé par l'association Le Goéland, vont dans un sens positif.

Reste la question de la démocratie locale. Les populations démunies, devenues sujets, actrices et non plus objets des actions d'insertion sont-elles inscrites dans une perspective démocratique ?

Il ne nous a pas semblé que l'approche territoriale de l'exclusion était de nature à favoriser l'émergence d'une démocratie locale, pour plusieurs raisons.

Il n'y a pas de réelle prise en main de leur devenir par ces populations. Il n'y a pas de discussion « politique » des actions mises en œuvre au niveau local. Les choix de l'utilisation des financements se fait ailleurs. Il n'y a pas de réelle représentativité politique de ces publics : aucun des habitants de ces quartiers n'est membre du conseil municipal, alors que leur population représente parfois 30 à 40% de l'effectif de la commune.

Le comité de quartier de la Découverte est cantonné à l'organisation de fêtes ; la participation y fluctue en fonction de l'équipe dirigeante (environ 30 adhérents sur 7 000 habitants).

Le conseil de quartier est principalement investi par des acteurs de l'insertion qui habitent ailleurs. Certains acteurs locaux voient dans ce conseil de quartier une main-mise de la municipalité dans une volonté d'éviter l'émergence d'une légitimité démocratique nouvelle. Les acteurs locaux de l'insertion ont eux aussi déserté ces quartiers en allant habiter ailleurs ; aucun de ceux que nous avons rencontrés à l'exception d'un emploi jeune au Centre Social, n'habite le quartier de la découverte. Ces emplois -jeunes sont les nouveaux intermédiaires « *des gens du milieu suffisamment civilisés pour parler la langue du colon aux barbares, et faire entendre celle des barbares aux colons qui gèrent le quartier* » dans le « *schéma colonial* » dont parle F. Dubet¹².

2 - Vers une réelle expression démocratique locale ?

Quel pourrait être le modèle d'une démocratie locale au niveau du quartier ? L'attribution des moyens à une représentation des habitants par certains d'entre eux démocratiquement élus, avec la liberté de décider de l'usage de ces fonds sur leur environnement, sur leurs activités, sur leurs projets est-elle possible, souhaitable ?

L'élue locale répond bien sûr que la commune est déjà le lieu de cette démocratie ; mais qu'en est-il des villes dans lesquelles les quartiers défavorisés restent à la périphérie du

¹² F. Dubet « Ecoles - familles, le malentendu » Textuel 1996

débat démocratique ? Les autres acteurs de terrain pensent que le morcellement social propre à l'exclusion est aussi un trait de caractère interne aux quartiers défavorisés. Il ne permet pas les conditions initiales d'une démocratie que sont l'envie de faire quelque chose ensemble, et l'existence préalable d'une collectivité. Le travail de réparation du lien social, qui est au cœur de l'action de terrain, est le préalable à l'émergence d'une démocratie à l'intérieur de ces quartiers.

Cette absence de démocratie est une « *assistance minimum* », selon les acteurs de terrain. Les plus démunis sont au départ totalement « *dans le problème et non pas dans la solution* ». C'est à partir d'un premier mouvement venu de l'extérieur qu'ils peuvent y être associés.

CONCLUSION

Optimistes ou pessimistes ? A l'issue de ces trois semaines de rencontres, de réflexions sur l'approche territoriale de l'exclusion et, à travers elles, de l'accès aux soins, nous nous posons la question.

Certes les deux expériences que nous avons rencontrées sont des réussites, dans la mesure où elles ont atteint leurs objectifs :

- de recréation d'un lien social, de rapprochement entre parent et école à St Malo,
- de connaissance des structures de soins
- de prise en charge à Combourg, de sortie de l'isolement par la mise en commun et en discours des parcours particuliers, de reconnaissance et de valorisation par la créativité des démunis dans les deux cas.

Néanmoins toutes les limites, toutes les bonnes intentions non traduites dans les faits, toutes les intentions voilées dont nous avons précédemment parlé, ne font-elles pas de la territorialisation , un habillage de l'impuissance politique dans la production du social ?

L'action associative ne fait-elle pas passer l'action publique dans le cadre humanitaire ? Les associations sont plus préoccupées du quotidien, de l'urgence que de construction des passerelles vers une insertion sociale. N'est-ce pas une forme d'action caritative qui se développe à l'égard des démunis, oubliant les ambitions républicaines de correction des inégalités ?

En tout état de cause, les critiques fondées sur les insuffisances réelles des politiques territoriales ne résistent pas devant l'urgence des situations et l'impératif d'agir pour nos sociétés démocratiques.

Il est important d'améliorer l'approche transversale dans l'élaboration des politiques de territorialité, la collégialité de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets, l'articulation entre politiques de priorités et actions de terrain. L'efficacité des politiques territoriales nécessite une réflexion interministérielle, intra-régionale, intra-départementale des priorités et des moyens à y consacrer, une clarification du rôle des différents acteurs et de leur articulation, une adaptation des procédures administratives au temps de l'action sociale, un allègement du poids à priori du contrôle de légalité des actions initialisées sur le terrain.

Ces améliorations passent par des changements de mentalité, des évolutions dans les formations professionnelles des différents acteurs, les amenant d'une culture sectorielle à une culture commune avec des professionnalismes particuliers.

Mais en parallèle, et dans l'action quotidienne, il est important de capitaliser les conditions d'émergence et de succès des initiatives locales, dans un « réseaux de territoires ». Il n'y a pas de recettes toutes faites, en matière de territorialisation ; le même projet réussi sur un territoire, peut échouer sur celui d'à côté. On retrouve cependant certains facteurs de réussite dans les deux projets étudiés :

- l'engagement militant d'un acteur à l'initiative du projet,
- une connaissance de proximité avec les difficultés visées,
- un réseau de relations personnelles dans le milieu de l'action sociale,
- la coïncidence du projet avec les modes d'actions sur le territoire, et avec les priorités politiques des institutions,
- la connaissance de « médiateurs » entre acteurs de terrain et institutions.

Aussi, une même pratique d'approche indirecte avec les populations démunies se retrouve à partir des activités qui peuvent les mobiliser.

Mais demeure la nécessité d'une recherche permanente de solutions nouvelles qui garantissent la cohérence des actions : innovation, diversification, discernement, pluralité des réponses.

Le nom du quartier de St Malo : la Découverte, va de pair avec celui de ses rues et de ses espaces publics. Avenue des Antilles, rue du Pérou, espace Bougainville...entre l'invitation à l'évasion... et le miroir d'un enfermement quotidien, lequel prédomine ?

Thème n°18

**< TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE
SANTÉ : QUELLES APPLICATIONS DANS LE CAS
DE LA SANTÉ DES POPULATIONS DÉMUNIES >**

Résumé :

La massification des phénomènes d'exclusion a déqualifié une approche sectorielle et centralisée des politiques publiques à l'égard des démunis, au bénéfice d'approches globales, pluri-sectorielles et de proximité de ces populations.

Parallèlement, il est apparu que la santé des publics en difficulté était particulièrement intriquée aux problèmes d'exclusion. L'approche territoriale de l'action publique réunit les politiques contre l'exclusion et les politiques de santé en faveur des populations démunies. Elle présente deux caractéristiques particulières :

En premier lieu, il s'agit d'une approche pluri-disciplinaire des problématiques d'exclusion, à tous les niveaux d'intervention. Ces différents niveaux, national, régional, départemental, communal, élaborent des politiques et mettent en place des dispositifs de prise en charge des populations démunies à partir de leurs diagnostics, et des priorités qu'ils déterminent. La particularité de l'approche territoriale repose sur le constat que l'exclusion est un phénomène multi-factoriel, dans lequel les problèmes d'emploi, de logement, de santé, familiaux... s'auto-entretiennent en une spirale d'exclusion. Elle répond à la nécessité d'une approche globale de la personne démunie dans son environnement social, familial, économique... Cette approche passe par le partenariat entre acteurs professionnels différents. Celui-ci doit concerner à la fois l'élaboration de politiques et de dispositifs et la mise en œuvre de projets.

En second lieu, l'approche locale de la territorialisation consiste à élaborer des solutions à partir et avec les populations concernées. Les acteurs de proximité se sont rendus compte que toute action de réinsertion nécessite un minimum de lien social faisant souvent défaut aux populations les plus démunies. Ainsi, la priorité dans le travail sur l'exclusion

consiste à rétablir ce lien social. Cette «réparation» ne peut se faire qu'avec les populations concernées, à partir de leurs demandes. En mobilisant ses savoir-faire, l'accompagnateur doit créer des «espaces de lien», des lieux d'échange qui permettent d'aborder les questions de santé, de famille, d'habitat, d'environnement...

Ces deux facettes de la territorialisation, nous apprennent qu'il n'y a ni recette transposable, ni territoire optimum. Le territoire à géométrie variable est celui qui répond à un besoin précis, porté par un environnement militant, placé dans un réseau de relations et aidé par des médiateurs, experts sur les dispositifs institutionnels.

La pertinence de ces approches face à l'ampleur des phénomènes d'exclusion pose question. Les moyens mis en œuvre semblent insuffisants pour contenir le phénomène. La multiplicité des dispositifs, la complexité des démarches, les résistances institutionnelles des acteurs restent des freins au succès de ces approches. Les enjeux de pouvoir entre logiques et motivations différentes (collectivités locales, associations, services sociaux, médecins...) influent sur l'objectif de prise en charge globale de l'exclusion. Parallèlement, l'action de l'Etat reste ambiguë vis à vis d'un phénomène dont l'ampleur lui échappe.

Mais ces questions de fond, sur le sens de l'action publique, sur l'émergence d'une démocratie locale ou l'égalité des citoyens, s'effacent devant la nécessité d'agir dans l'urgence. La territorialisation est aussi cette volonté d'agir en commun qui ne sera optimale que lorsque les mentalités auront évolué et les cultures professionnelles se seront rapprochées.