

Les territoires à la rencontre des politiques sociales et de santé

par *Isabelle GERARDIN*, conseillère technique du CREAL

La DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) de Bourgogne développe, à l'instar des autres régions, un programme d'actions portant sur le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions : le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Dans ce contexte, elle a sollicité le CREAL pour mener une étude portant plus largement sur les échelons pertinents de développement de politiques sociales mettant en œuvre des actions de santé.

Ce texte synthétique retrace la démarche adoptée par le CREAL pour y répondre, et les principaux résultats des investigations menées.

I - Territorialisation et découpages territoriaux

Les politiques sociales, mettant en œuvre des actions de santé, s'inscrivent dans le cadre plus large des politiques publiques, qui elles-mêmes se territorialisent. Qu'est-ce que la territorialisation ? En quoi consiste-t-elle ? Quelles formes prend-elle ?

A - Quelques définitions préalables

- Le territoire

Pour le géographe, la notion de territoire n'est pas synonyme de celle d'espace : elle ajoute une dimension sociale et culturelle à ce dernier :

- Le territoire est « *une forme objectivée et consciente de l'espace* » (R. Brunet [1992])
- « *Le territoire témoigne d'une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace, par des groupes qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur singularité* » (Di Méo [1998]).

Pour les sciences sociales, le territoire « *articule un espace physique et un pouvoir politique (au sens large du terme)* » (Dictionnaire critique d'action sociale [1995]) :

- Il y a d'abord le territoire au sens d'espace national (où la défense du territoire, l'aménagement du territoire... renvoient à l'entité nationale) ;
- Ensuite, dans un sens plus récent, le territoire est reconnu comme étant ce qui est capable de fonder des appartenances et des identités (décentralisation, mouvements régionalistes) ;
- Enfin, dans les politiques sociales récentes, des territoires peuvent être définis à partir d'espaces désignés et délimités comme devant faire l'objet d'interventions spécifiques coordonnées (logique de zonage par exemple).

- La territorialisation des politiques publiques

La territorialisation des politiques publiques désigne l'ajustement de celles-ci aux nouveaux territoires qui se dessinent. Plusieurs événements ont conduit à cette territorialisation :

- La décentralisation/déconcentration a contribué à rapprocher la décision politique du citoyen, et a généré des territoires administratifs nouveaux, comme les circonscriptions d'action médico-sociale (appelées avant circonscriptions sociales - 1966),
- La crise socio-économique, a amené l'Etat-social à déléguer du pouvoir, des compétences et des moyens financiers à d'autres acteurs, qui ont construit leurs propres découpages : Zones d'Education Prioritaire (ZEP), Zones à Urbaniser en Priorité (ZUP), découpage en Commissions Locales d'Insertion (CLI)...
- La logique de construction européenne, qui invite au regroupement de certains échelons territoriaux, et dont certaines décisions prises à l'échelle européenne désignent des territoires prioritaires pour l'obtention d'aides.

Cette prise en compte du territoire par les politiques publiques peut prendre une forme plutôt « descendante » (déclinaison locale de politiques nationales) ou plutôt « ascendante » (mobilisation des ressources locales pour traiter au plus près d'un problème). Dans le premier cas, on parlera de politiques territorialisées, dans le second cas, de politiques territoriales.

B – Découpages territoriaux et leur logique

Au cours de cette étude, nous avons recensé de multiples découpages territoriaux relevant de logiques différentes, dont nous donnons ici quelques exemples illustrés par des cartes.

- Les zonages : un exemple de politique territorialisée

Les zonages viennent marquer une logique de discrimination positive, définie à partir d'un diagnostic qui met l'accent sur les manques d'un territoire. Ils s'appliquent notamment à des territoires en crise (anciennes zones de reconversion, développement social du quartier¹,

contrat de ville², pacte de relance pour la ville³...), et à des territoires relégués (territoires ruraux de développement prioritaire, zones de revitalisation rurale).

(Voir la carte n° 1 en annexe) : les 22 quartiers du Pacte de relance de Bourgogne

¹ Après le programme Habitat et Vie Sociale (HVS), le Développement Social des Quartiers (DSQ) est créé en Octobre 1981. Il fait suite aux assises de l'Union Nationale des Fédérations des Organismes HLM qui réunit des représentants des organismes HLM, l'association des maires de France, la Caisse Nationale des Allocations Familiales, le commissariat général au Plan, des fédérations d'agences d'urbanisme et des sociétés d'économie mixte. Le 28 Octobre 1981, le Premier Ministre y annonce la création d'une Commission nationale pour le développement social des quartiers, qui traitera des grandes questions relatives à l'habitat social. C'est de là que vient l'appellation « DSQ », qui désignera aussi bien les quartiers traités que la procédure elle-même. Elle sera remplacée par le « Développement social urbain » (DSU en 1989). Les actions menées concernent des champs de la vie sociale, économique, scolaire, culturelle et en matière de justice.

² Le contrat de ville (créé en 1992) constitue le cadre contractuel de la politique de la ville. Conclu pour 7 ans entre l'Etat et les collectivités territoriales, il comporte :

- des programmes d'actions à l'échelle du périmètre intercommunal et de la commune, sur les thèmes des transports, de l'habitat, de la sécurité, de l'éducation, de la prévention...
- des programmes d'actions de proximité, sur des territoires prioritaires, pour apporter des réponses aux problèmes de vie quotidienne des habitants.

Il associe également des partenaires comme les organismes d'HLM.

³ Ce plan de soutien aux villes en difficulté, décidé en 1996 et effectif depuis le 1^{er} Janvier 1997, s'applique aux quartiers en difficulté (ZUS, ZRU et ZFU), et a pour but de lutter contre les phénomènes d'exclusion dans l'espace urbain et de favoriser l'insertion professionnelle, sociale et culturelle des habitants des quartiers défavorisés.

Ce type de découpage, s'il permet de réduire les inégalités entre les territoires, comporte néanmoins des limites :

- Il relève d'une logique de guichet qui peut être porteuse d'effets d'aubaine : les aides et les exonérations accordées s'effectuent sur la base de critères d'éligibilité qu'il suffit de satisfaire pour bénéficier du dispositif, indépendamment de la pertinence du projet bénéficiaire au regard des besoins réels du territoire ;
 - Les zonages sont trop nombreux : zonages institutionnels, zonages d'intervention économique, zonages de projet, zonages d'étude,... rendant le découpage du territoire national complexe ;
 - Par ailleurs, les zonages peuvent induire des effets de stigmatisation du territoire.
- Les territoires de vie : un découpage administratif prenant en compte les mobilités sociales

Le territoire de vie correspond à l'espace des pratiques sociales de chaque individu. Il est un espace structuré par les mobilités quotidiennes. On peut distinguer, par exemple, les espaces à dominante urbaine (conçus par l'INSEE, à partir des migrations alternantes observées lors du recensement de la population de 1990, et actualisé à partir de celles observées lors du recensement de 1999), et les espaces à dominante rurale (conçus conjointement par l'INSEE et l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) en 1997).

- Les territoires de projet : des découpages définis dans le cadre d'une politique territoriale

Depuis les années 80, les pouvoirs publics font le pari que les possibilités de développement et de sortie de la crise résident dans les initiatives et les solidarités locales. Les politiques qu'ils mettent en œuvre valorisent dès lors les ressources du territoire et leur mobilisation autour de projets de développement pour le territoire. Les pays et les communautés d'agglomération, par exemple, sont des territoires de projet.

Les pays

(voir la carte n° 2 en annexe) : la politique des pays en Bourgogne

La loi n° 95-115 du 4 Février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (loi PASQUA)⁴ et la loi n° 99-533 du 25 Juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (loi VOYNET) préconisent la mise en place de pays comme organisations nécessaires au développement et à la réorganisation du territoire français dans le cadre de la construction européenne⁵. D. VOYNET, définit ce territoire comme « *un espace de projet [...], ce n'est pas un territoire défini par la géographie, ses zones d'emploi, les mouvements de sa population : c'est d'abord un périmètre pertinent dessiné par des communes qui ont passé un contrat autour d'un objectif de développement économique* » (Le Monde du 17 Juin 99, p 17).

Le pays cherche à faire une synthèse de différentes unités de référence, comme les zones d'emploi, les arrondissements administratifs, les pôles urbains, les espaces ruraux, les contraintes géographiques, et regroupent plu-sieurs bassins de vie, ce qui explique qu'il soit difficile de comparer la carte des pays avec celle des autres découpages précités. Le pays a sa propre logique, qui tente de prendre en compte

⁴ Cette loi a été la première grande loi d'aménagement du territoire depuis la décentralisation. Avant, l'aménagement du territoire était plutôt géré en direct par les gouvernements, via la DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale). Cette nouvelle loi inscrit pour la première fois la notion de « pays de préfiguration » qu'elle définit comme un espace cohérent, choisi et proposé par les acteurs locaux, qui traduit une « *cohésion géographique, économique, culturelle et sociale* », et « *exprime une communauté d'intérêts économiques et sociaux* » (LOADT du 4 Février 1995). Parmi les 42 pays de préfiguration figuraient en Bourgogne : le pays de la Bresse Louhannaise (Saône et Loire), le pays d'Auxois (Côte d'Or) et le pays de l'Avallonnais (Yonne).

⁵ L'intégration européenne oblige à repenser le maillage actuel. Deux conceptions d'un territoire émergent dans cette logique : l'une républicaine, issue de la révolution et fondée sur les communes, les départements et la Nation ; l'autre fédérative, fondée sur le pays ou la communauté d'agglomération, les régions et l'union européenne.

les autres logiques (celle de l'emploi, de la solidarité, de la quotidienneté...)⁶. Les aides accordées dans le cadre d'une charte de pays le sont principalement sur une logique de projet.

Le pays introduit une **démocratie participative**⁷ des acteurs déjà réellement impliqués locale-ment dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques dans une **logique ascendante**, négociée et contractualisée. Cette participation passe par l'existence de lieux d'information, de débats, d'écoute et d'aide à la mise en œuvre des projets.

Dans la réalité, les périmètres observés pour les pays sont souvent la reconduction, l'évolution ou l'agrégation d'Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ou d'organisations spatiales préexistantes telles que :

- D'anciens périmètres de programmes LEADER⁸ (c'est le cas du pays de l'Avallonnais qui a engagé depuis 1994 un important travail dans le domaine éducatif, sportif et culturel. Les associations de ce secteur se sont fédérées pour développer des activités répondant aux besoins de la population),
- Des périmètres définis lors de procédures régionales comme les « cœurs de territoires » en Bourgogne⁹. Ce dispositif a été lancé par le Conseil Régional de Bourgogne en Octobre 2000 dans le cadre de sa politique d'aménagement du territoire. Il aide les territoires (constitués d'au moins 15 000 habitants et 4 cantons), caractérisés par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale, à se développer économique-ment, à améliorer les services aux personnes et aux entreprises ainsi que l'offre de logements.

Dans cette logique de pays, la santé ne constitue pas un axe en soi : il découle des champs d'intervention plus larges du pays (aménagement durable, présence de services publics, cohésion sociale, formation, insertion, organisation du territoire...). Chacun de ces champs peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

(voir la carte n° 2 en annexe) : la politique des pays en Bourgogne

Les agglomérations

Dans la loi VOYNET, l'**agglomération** désigne une fédération de collectivités locales qui s'associent pour élaborer de manière volontaire un projet d'agglomération.

La politique d'agglomération se donne notamment pour objectif de renforcer les solidarités entre les communes centre et leur couronne périurbaine, d'assurer un développement durable des agglomérations au plan de la qualité et de la gestion des ressources naturelles, proposer des stratégies cohérentes de développement... Ces objectifs trouvent une traduction en terme d'intervention dans les champs du développement économique, de la mixité sociale et urbaine, de la maîtrise de l'étalement urbain...

Selon le contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, pour la Bourgogne, 7 agglomérations de la région ont vocation à établir un contrat d'agglomération avant fin 2003. Il s'agit des agglomérations suivantes :

⁶ Lorsqu'un pays chevauche, comme c'est le cas en Bourgogne, un parc naturel régional (le parc du Morvan), une convention doit préciser les champs d'intervention respectifs des deux entités sur leurs parties communes, et identifier qui est le chef de file sur les différents chapitres d'un projet contractualisé.

⁷ Par opposition à une démocratie délégative et représentative fondée sur la consultation de l'ensemble des électeurs (suffrage universel).

⁸ Le programme LEADER (Liaisons Entre Actions de Développement Economique Rural) est une initiative européenne entamée en 1991, qui soutient les initiatives locales de développement dans le monde rural. Il s'applique dans les zones rurales fragiles (« objectif 5b ») et dans les zones rurales des régions en retard de développement (« objectif 1 »). Ce programme est financé par le Fonds Social Européen (FSE), le FEDER (Fonds Européen de Développement Régional) et le FEOGA (Fonds Européen d'Orientation et de Garantie Agricole). L'idée consiste à rassembler dans un « groupe d'action locale » toutes les énergies présentes sur un espace géographique cohérent et homogène. Chaque territoire compte au maximum 100 000 habitants ayant une situation historique, socio-économique et culturelle semblable. Ensemble, sur cette zone précise, ils font un diagnostic de leur situation, définissent leurs atouts, et créent leur propre dynamique de développement.

⁹ L'Avallonnais a également bénéficié de cette procédure.

- En Côte d'Or : Dijon
- Dans la Nièvre : Nevers
- En Saône et Loire : Chalon sur Saône, le Creusot-Monceau les Mines, Mâcon
- Dans l'Yonne : Auxerre, Sens

Dans la pratique, au travers de l'analyse des pays et des agglomérations, on note que les lois du 25 Juin (loi VOYNET) et du 12 Juillet 1999 (relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale) marquent une volonté de se détacher du principe des blocs de compétences des collectivités territoriales par :

- **La globalisation de l'action à chaque niveau territorial** : chaque niveau constitue une entité autonome, à l'image des « poupées russes » (selon l'expression de D. BEHAR [2000]) qui doit être à même d'adapter les politiques sectorielles de l'Etat aux situations locales, de contractualiser avec l'Etat et d'assurer son propre développement (par la mobilisation des habitants et le partenariat des acteurs locaux).
- **L'emboîtement des procédures et des contrats** : le contrat de plan Etat-Région intègre le contrat de pays et le contrat d'agglomération. Ce dernier insère lui-même le contrat de ville qu'il considère comme son volet « cohésion sociale », lequel coordonne d'un point de vue territorial, le contrat éducatif local¹⁰ pour le volet « éducation » du contrat de ville, et le contrat local de sécurité¹¹ pour son volet « prévention et sécurité ».

Dans l'ensemble de ces découpages territoriaux, nous avons cherché à identifier ceux des politiques de santé et des politiques de lutte contre les exclusions, au croisement desquels se joue la question du périmètre pertinent pour la mise en œuvre de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), puisque ces derniers constituent le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions.

II – Les territoires des politiques de santé

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé par un « *état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition large de la santé est multidimensionnelle, dynamique et subjective.

A – Instruments de déclinaison territoriale des politiques de santé

Depuis le milieu des années 90, deux idées majeures guident les politiques de santé :

- Définir des priorités dans les problèmes à traiter, dans un contexte où les moyens budgétaires sont limités,

¹⁰ Le contrat éducatif local, fondé par la circulaire du 9 Juillet 1998, est un dispositif conclu pour une durée de 3 ans renouvelables, entre l'Etat, la ou les collectivités locales, et s'il y a lieu, les établissements et les associations concernées. Il invite « *tous les partenaires qui, à divers titres, sont responsables de l'éducation des jeunes (...) à participer à la définition d'un projet éducatif, (...) à coordonner leurs moyens et à mettre en commun leurs compétences pour élaborer des contrats éducatifs locaux* ». Ces contrats déterminent l'organisation et la localisation des activités sur le temps péri-scolaire. Ils peuvent également inclure des activités extra-scolaires proposées par des collectivités territoriales ou des associations. Lorsqu'il existe un contrat de ville, le contrat éducatif local constitue l'un des éléments essentiels du volet éducation ou du volet culture de celui-ci.

¹¹ Ces contrats, mis en place par la circulaire interministérielle du 28/10/1997, visent à organiser un partenariat plus efficace entre tous ceux qui, au plan local, sont en mesure d'apporter une contribution à la sécurité. Ils sont élaborés conjointement par le préfet, le procureur de la République, le maire, l'inspecteur d'Académie, et s'il y a lieu, le président du Conseil Régional et celui du Conseil Général.

- Partir des besoins (le problème de santé) et envisager des solutions transversales permettant de prendre en charge ce problème dans sa globalité.

Ces évolutions se traduisent par un élargissement et un développement des instruments de déclinaison territoriale des politiques de santé : la carte sanitaire ne suffit plus à définir l'offre de santé nécessaire sur un territoire. Elle doit être complétée par d'autres outils (par exemple : des pôles sanitaires de coopération¹², le schéma des services collectifs¹³, les réseaux de soins et de santé...) permettant une prise en charge plus globale et davantage continue des problèmes de santé.

Le territoire des politiques de santé, tant pour les soins qu'en matière de prévention, se décline à différentes échelles :

- Les soins généraux se déclinent principalement à une échelle locale (correspondant aux territoires vécus), selon un critère de proximité et d'accessibilité,
- Les soins spécialisés se développeraient plutôt à une échelle régionale, dans une logique de complémentarité des offres pour une continuité des services (réseaux de collaboration). Elle correspondrait à la fois à un territoire vécu et à un territoire organisationnel (réseau, planification),
- Les soins de pointe se développent à l'échelon plus global de la nation, pour répondre à des contraintes financières et de compétences (pôle d'excellence). Cet échelon peut être assimilé à un territoire organisationnel (planification).

Au-delà des soins, la mise en place des Programmes Régionaux de Santé (PRS, PRAPS) et des déclinaisons départementales et infra-départementales de ces derniers traduit une volonté d'associer les échelons locaux à l'élaboration des politiques de santé, et de territorialiser la gestion des questions de santé (volet santé des contrats de ville, association des intéressés à la conception des projets dans le cadre des Plans Départementaux d'Accès à la Prévention et aux Soins...).

Les communes, le Conseil Régional et le Conseil Général, dont la santé n'est pas le principal domaine de compétence, interviennent néanmoins dans une logique de promotion de la santé. C'est pourquoi, leur intervention se fait généralement au gré des demandes qui leur sont adressées, et non selon une véritable logique territoriale, contrairement à ce qu'ils font habituellement dans le cadre des politiques sociales, qui relèvent de leurs compétences.

Le PRAPS étant un programme du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions, nous nous sommes intéressés à l'existence des territoires construits par les autres volets de cette loi, afin d'identifier les échelons pris en compte dans la mise en œuvre de cette loi, et d'interroger leur éventuelle pertinence pour la mise en œuvre des PRAPS.

¹² Ces pôles regroupent les établissements de santé publics et privés de la région, en fonction de coopérations existantes entre plusieurs établissements hospitaliers et de réseaux de soins. Cette organisation répond à la volonté, à la fois de mutualiser les moyens existants, et d'assurer une continuité et une complémentarité de la prise en charge des usagers. L'objectif consiste à faire en sorte qu'à terme dans chacun de ces pôles, se mette en place une filière de soins associant l'ambulatoire, l'hospitalier, le médico-social et le social.

¹³ La LOADDT du 29 Juin 1999 institue 9 **schémas de services collectifs** (dont un schéma santé), correspondant aux grandes politiques sectorielles, qui contribuent à la structuration des territoires. Le schéma exprime les orientations que l'Etat se fixe en matière d'organisation institutionnelle et de régulation du système de santé sur une durée de 20 ans.

B – Les territoires des politiques de lutte contre les exclusions

- Le périmètre des CLI : un découpage administratif basé sur des unités de vie

Le périmètre des Commissions Locales d'Insertion (CLI) constitue le cadre territorial d'intervention pour l'évaluation des besoins d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), le recensement de l'offre disponible d'insertion et l'élaboration d'un plan local d'insertion.

Ces périmètres sont, dans la majorité des départements de Bourgogne, ceux des circonscriptions d'action médico-sociale du Conseil Général, ce qui se conçoit lorsque l'on sait que le RMI est une compétence partagée par l'Etat et le Département. Cependant, ce découpage risque de voir ses frontières évoluer dans les années à venir, dans la mesure où des Conseils Généraux et des DDASS cherchent maintenant à prendre en compte les « pays » en voie de préfiguration.

(voir la carte n° 3 en annexe) : Commissions Locales d'Insertion (CLI) en Bourgogne

- L'accès à l'emploi et les zones d'emploi : un découpage administratif prenant en compte les mobilités sociales

Pour les jeunes qui rencontrent de grandes difficultés d'insertion sociale et professionnelle, la loi de lutte contre les exclusions a mis en place le programme TRACE (Trajet d'ACcès à l'Emploi). L'organisme pilote de ce programme, désigné par le préfet de région, est une mission locale, une Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation (PAIO)¹⁴ ou une agence locale pour l'emploi.

En Bourgogne, le territoire d'intervention des missions locales est calqué sur les zones d'emploi¹⁵, à l'exception de la Nièvre où le territoire d'intervention est l'arrondissement.

- L'accès au logement et les bassins d'habitat : territoire de vie

Le logement est un déterminant majeur de l'insertion de l'individu dans la vie sociale et professionnelle et de son autonomie. La loi relative au logement des plus démunis (loi BESSON du 31 Mai 1990), réformée par la loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre l'exclusion, avait déjà reconnu cette nécessité en affirmant dès son article 1^{er} le droit au logement pour tous, et notamment pour les personnes défavorisées. Elle a fait du maintien et de l'accès au logement une de ses priorités à travers la mise en œuvre d'un dispositif départemental : le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Démunies (PDALPD), mis en œuvre et évalué par le Conseil Général et les préfets (les autres collectivités territoriales, les associations dont l'objet est l'insertion ou le logement de personnes défavorisées, les CAF, les bailleurs... sont associés à son élaboration et à sa mise en œuvre).

Ces plans sont établis à l'échelle du bassin d'habitat, à partir des besoins évalués pour une durée minimale de 3 ans, et intègrent les plans d'hébergement d'urgence et la notion de mixité sociale. Le bassin d'habitat est une aire géographique, définie par la Direction Régionale de l'Équipement à partir d'un ensemble de critères démographiques et économiques, à l'intérieur de laquelle se font des migrations alternantes entre les lieux de résidence, de travail et les équipements urbains.

¹⁴ Elles ont été créées par l'ordonnance n°82-273 du 26 Mars 1982 relative aux mesures destinées à « assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale », et sont conçues comme un dispositif d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes de 16 à 18 ans vers des actions de formation, alors que les missions locales ont davantage une vocation globale d'aide aux jeunes en difficulté avec un soutien des institutions déjà existantes (Education nationale, AFPA, ANPE, travailleurs sociaux...)

¹⁵ Pour la Côte d'Or, zones d'emploi, territoire d'intervention des missions locales et arrondissements, coïncident.

- L'accès à l'éducation et à la culture : un fonctionnement en réseau

La lutte contre l'illettrisme a été déclarée priorité nationale par la loi de lutte contre les exclusions. Une agence nationale de lutte contre l'illettrisme a été mise en place pour fédérer et optimiser les moyens affectés par l'Etat, les collectivités territoriales et les entreprises, à la lutte contre l'illettrisme. Elle succède au Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme depuis Octobre 2000. Dans chaque région, un chargé de mission sera le relais territorial et opérationnel de cette agence. Il a pour mission de coordonner l'intervention des acteurs de la lutte contre l'illettrisme sur le territoire régional. Il s'appuie sur des personnes relais identifiées dans les différentes administrations au niveau départemental, et assure le lien avec les comités départementaux de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions.

Les acteurs, qui participent à ce volet de la loi, fonctionnent en réseau : les personnes en difficulté sont détectées au niveau des missions locales, PAIO, ALE, circonscriptions d'action médico-sociale, centres sociaux, par des travail-leurs sociaux, des opérateurs d'insertion... qui les orientent vers la formation.

- L'accès aux soins

La loi de lutte contre les exclusions a prévu la prise en compte de la précarité par le système de santé, en confiant à l'hôpital une mission sociale de lutte contre l'exclusion sociale, au travers de la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Il s'agit de dispositifs d'accueil médico-social implantés dans les hôpitaux. Ces permanences ont vocation à accueillir, organiser les soins et le suivi de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en difficulté sociale, en coordination avec les partenaires extérieurs. Les PASS des hôpitaux devraient à ce titre pouvoir être utilisés comme moyen privilégié pour organiser de nouveaux types de relations entre l'hôpital, les associations, les élus et les CCAS.

Les PASS assurent des consultations de médecine générale à horaires élargis, des consultations sociales visant à la récupération des droits sociaux, des actions de dépistage et de prévention, ainsi que, le cas échéant, la prescription et la délivrance gratuite d'examens et de médicaments. Elles ont également comme objectif la réintégration au plus tôt des personnes en difficulté dans le système de soins de droit commun.

Une telle mise en œuvre ne peut se réaliser que par un travail en réseau.



- La création des territoires suit par conséquent deux types de logiques

Certains découpages des territoires de l'action sanitaire et sociale, comme les bassins d'emploi, les découpages en CLI, les territoires d'action médico-sociale..., sont issus d'une **logique administrative et descendante**. Cette approche du territoire est une approche essentiellement basée sur des critères techniques (nombre d'habitants, de bénéficiaires du RMI, ...). Elle procède d'une déclinaison de décisions prises au plus haut niveau, qui s'opérationnalisent au plan local par des institutions et organismes traditionnellement identifiés dans le champ des politiques sociales et selon des procédures administratives. A l'intérieur de ce type de découpage, on peut opérer une seconde distinction : certains découpages relèvent de politiques de zonages selon une logique d'équité (Zones d'Education Priori-taire, Zones Urbaines Sensibles, Zones d'Aménagement Concerté, zonages européens...), alors que d'autres adoptent un principe d'égalité (planification, bassins de formation, zones d'emploi, circonscriptions d'action médico-sociale).

Une autre approche du territoire est davantage fondée sur des **logiques d'acteurs**, porteurs de projets. Il s'agit de territoires que l'on qualifie de « territoires de projet », porteurs de projets communs de développement du territoire. Leurs délimitations sont plus floues, parce qu'elles ne sont pas déterminées par une logique de péri-mètre défini en terme de zonage, mais reposent sur l'existence de forces de propositions et de mobilisations locales. Il s'agit ici de prendre en compte et de s'appuyer sur la richesse du tissu associatif local, et d'accompagner l'initiative de porteurs de projets qui réalisent un

maillage d'actions au plus proche des usagers (réseau). L'appui des décideurs aux projets existants dépend fortement de la présence et de la densité de ressources repérées sur le territoire.

Mais, dans cette logique, la question du développement se pose lorsqu'aucun porteur de projet n'est présent pour mettre en œuvre des actions. Dans ce cas, la question du développement d'actions repose préalablement sur l'identification des besoins (ici en matière de santé), afin d'implanter une logique d'acteur au sein de ce territoire, pour garantir l'égalité de l'offre de santé.

Notons enfin que les acteurs intervenant dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions ne suivent pas tous nécessairement une logique territoriale proprement dite. Certains répondent à des appels d'offre et ne cherchent pas à couvrir l'intégralité d'un territoire. Ils n'interviennent que sur ceux où des acteurs les ont sollicités.

- Conclusion : sur quels critères un découpage territorial doit-il être mis en œuvre dans le cadre d'une politique sociale et de santé comme le PRAPS ?

Au regard des logiques attachées aux différents découpages existants, et compte tenu de la conception large de la santé adoptée dans le cadre du PRAPS, trois critères pertinents nous semblent devoir être pris en compte : la proximité, la densité de porteurs de projets sur le territoire considéré, et l'organisation en réseau pour une transversalité des actions. A ces critères s'ajoute également une approche centrée sur l'utilisateur lui-même comme élément constitutif de la dynamique de développement du territoire.

La proximité et la densité des porteurs de projets présents sur un territoire

La proximité est bien évidemment un des premiers critères à prendre en compte dans les découpages territoriaux liés à la politique de santé : il est nécessaire de trouver des réponses adaptées aux besoins lorsque le problème de santé est repéré, même si ce n'est pas la quantité de structures de soins qui influe directement sur la baisse du risque de tomber malade (ces réponses doivent par ailleurs être proches en terme de distance, et surtout de temps en cas d'urgence). Avant de déterminer les actions à mener, une phase de diagnostic basé sur une observation territoriale s'avère nécessaire. Cette observation doit reposer sur des méthodes qui associent l'ensemble des acteurs afin de partager l'information et les analyses qui en découlent.

La proximité est également un facteur important dans les pratiques préventives et dans le domaine des politiques sociales liées à l'insertion. La dimension locale permet en effet la proximité physique nécessaire entre les usagers, les prestataires de service (porteurs de projets) et les intermédiaires (type mission locale, agents de santé, centres sociaux...). Il permet à ces acteurs de se constituer en partenaires autour d'un projet d'insertion ou de développement économique local commun.

Un second critère émerge ici : celui de la densité des acteurs présents. Les politiques territoriales récentes en matière de santé reposent en effet, on l'a vu, sur la mobilisation d'acteurs dans le cadre d'appels d'offre, que ce soit au niveau des PRAPS ou des politiques d'éducation à la santé. Ces politiques nécessitent par conséquent qu'existent localement les ressources nécessaires pour mettre en place ces actions. Ainsi, la pertinence du « pays », par exemple, s'apprécie au regard des difficultés que rencontre la population de ce territoire, et par rapport aux ressources locales qui devront être mobilisées lorsqu'elles existent. Lorsque ces ressources n'existent pas ou sont insuffisantes, la question est de savoir comment des moyens peuvent être injectés afin de faire émerger des projets.

Comme D. BEHAR [1999], on peut par conséquent émettre l'hypothèse que la proximité est un critère :

- Pour l'accès de l'utilisateur aux ressources (ici de soins/santé)¹⁶ : elle permet une identification plus aisée des besoins et l'élaboration de réponses adaptées à chaque situation de terrain,

¹⁶ La proximité se mesure alors en distance parcourue et/ou en temps.

- Pour les porteurs de projet dans leur capacité d'élaboration collective de solutions, leur dynamique à créer des réseaux¹⁷... (le territoire est alors déterminé par le réseau des acteurs qui travaillent ensemble à un projet global de service).

Il est nécessaire toutefois de trouver le juste équilibre, entre une proximité qui permet de mieux connaître les besoins et de mieux les satisfaire, et une distance nécessaire pour éviter la stigmatisation (les divers travaux d'évaluation de la politique de la ville ont pointé ces effets). Par ailleurs, la mobilisation des acteurs et leur collaboration ne peut produire un effet en terme de développement, que si est visée une permanence dans la logique d'action mise en œuvre. Il s'agit d'implanter, d'enraciner ces actions dans la durée, afin de donner le temps au projet de s'évaluer et de se réorienter afin de répondre aux besoins du territoire.

Outre l'accès aux soins, la proximité est à prendre en compte dans la reconnaissance de l'usager lui-même comme acteur de (sa) santé (au sens de l'OMS). A ce titre, l'usager est une composante même de la définition du projet santé du territoire. L'association de l'usager à la conception et aux actions de promotion du « *projet santé de territoire* » constitue un levier de développement territorial. Une dynamique de travail en partenariat (qui peut articuler la santé à d'autres thématiques) trouve un relais dans la mobilisation des usagers. Cette **méthodologie d'action qui associe l'usager à la définition du projet** est possible lorsque des forces et des porteurs de projet sont présents sur le territoire. Dans le cas contraire, en l'absence de porteurs de projets identifiés, l'implantation d'acteurs de santé (correspondant santé, médiateur santé,...) devrait se penser dans le cadre d'une co-construction d'objectifs avec les usagers/citoyens du territoire concerné (par exemple, l'échelon local inscrit dans un territoire de projet). Cette démarche de participation active s'inscrit dans la logique fondatrice du développement local (ou social) durable (P. MONDOLFO [2001])¹⁸ qui préside à la mise en place des Pays et Agglomérations. Cette approche (cf. la notion de « santé communautaire » développée dans la sphère québécoise) nécessite la mise en œuvre sur le territoire d'une dynamique de travail, reposant sur une phase préalable de diagnostic réalisée auprès des divers acteurs en présence (divers décideurs et financeurs, acteurs sociaux, associations locales, habitants, ...). Cette logique de travail crée les conditions de l'émergence des projets de développement durable dans lesquels la santé est inscrite.

La dimension transversale des actions, le territoire de projet et l'organisation en réseau

La santé, abordée dans le PRAPS, dans une approche globale telle que la définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), induit une dimension transversale des actions qui a des conséquences en matière de choix d'un échelon pertinent pour leur mise en œuvre. Ainsi, le critère d'implantation et de développement des actions peut être lié à la présence de projets, qui sont susceptibles d'introduire la question de la santé, sans pour cela être identifiés principalement comme tels.

Cette définition large de la santé renvoie, nous l'avons évoqué ci-dessus, à la logique de réseau et de projet. Le territoire pertinent serait dès lors celui dans lequel un ensemble d'acteurs (et d'usagers), quels que soient leurs propres périmètres de références, se retrouvent dans une observation partagée, la formulation de problématiques communes et dans l'élaboration conjointe de réponses. Par la logique de projet qui le définit et l'installe, le pays pourrait être un échelon pertinent de développement des actions du PRAPS. Les découpages liés aux Comités Locaux de lutte contre les Exclusions (CLE), actuellement au stade de l'expérimentation, qui cherchent à fédérer les territoires d'intervention des politiques liés à la lutte contre les exclusions, pourraient également être un échelon pertinent. De même, une telle logique peut se concevoir sur les territoires définis pour les commissions locales d'insertion.

Pour conclure, nous voulons insister sur le fait qu'il n'y a pas de périmètre pertinent en soi : il ne peut l'être que par rapport à la dynamique de l'organisme ou du dispositif qui le définit. La prise en compte du territoire en tant que tel n'est qu'un élément qui intègre d'autres facteurs devant répondre à deux impératifs dans la mise en œuvre de politiques de santé :

¹⁷ La proximité est vue sous l'angle de la densité qualitative des projets.

¹⁸ P. MONDOLFO [2001], *Travail social et développement*. Dunod.

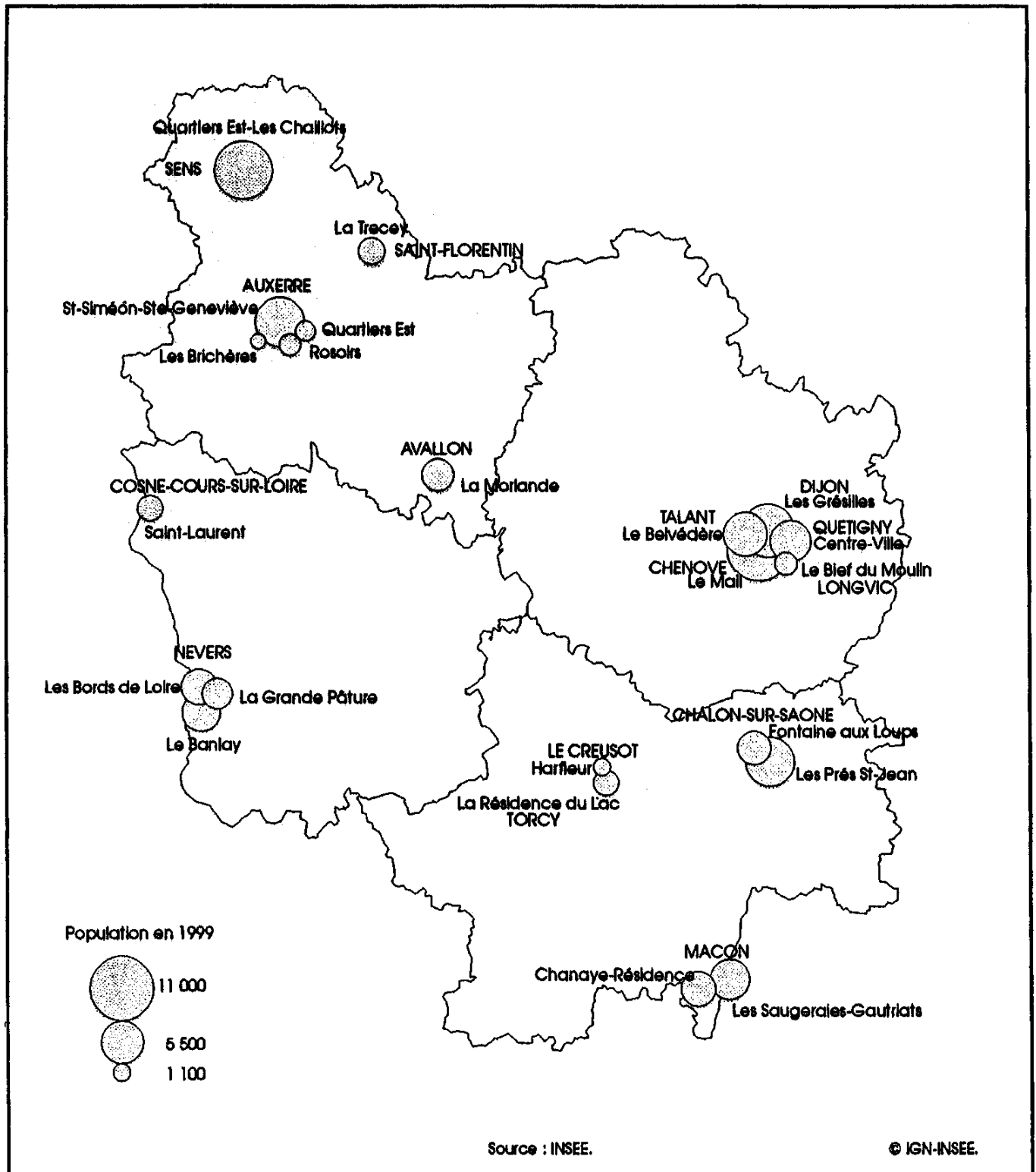
- Apporter la garantie d'égalité d'accès aux ressources de santé (d'éducation et de soins) sur l'ensemble des territoires formant par agrégation le territoire national. Cette garantie est apportée par la fonction régulatrice des Services de l'Etat et des collectivités locales.
- Prendre en compte des réalités locales, par l'appui apporté aux porteurs de projets présents sur ces territoires, qui par leur connaissance sont à même de formuler et de mettre en œuvre des projets d'action. Les usagers devront de plus en plus être associés à la définition et à la mise en œuvre des réponses.

Il s'agit donc de prendre en compte et de se faire rencontrer les deux principales logiques mises en évidence dans cette étude (logique de projet ascendante et logique administrative descendante), qui ne s'opposent pas, mais se complètent.

La dynamique présente au sein des territoires de projet comme les Pays révèle en effet, nous semble-t-il, cette condition, mais elle peut également être au cœur de la définition des territoires CLI : le découpage de l'espace dans un mouvement descendant de l'Etat vers le territoire doit rencontrer le territoire déterminé par le mouvement ascendant de l'ensemble des acteurs locaux du développement qui cherchent une reconnaissance et les financements des politiques publiques.

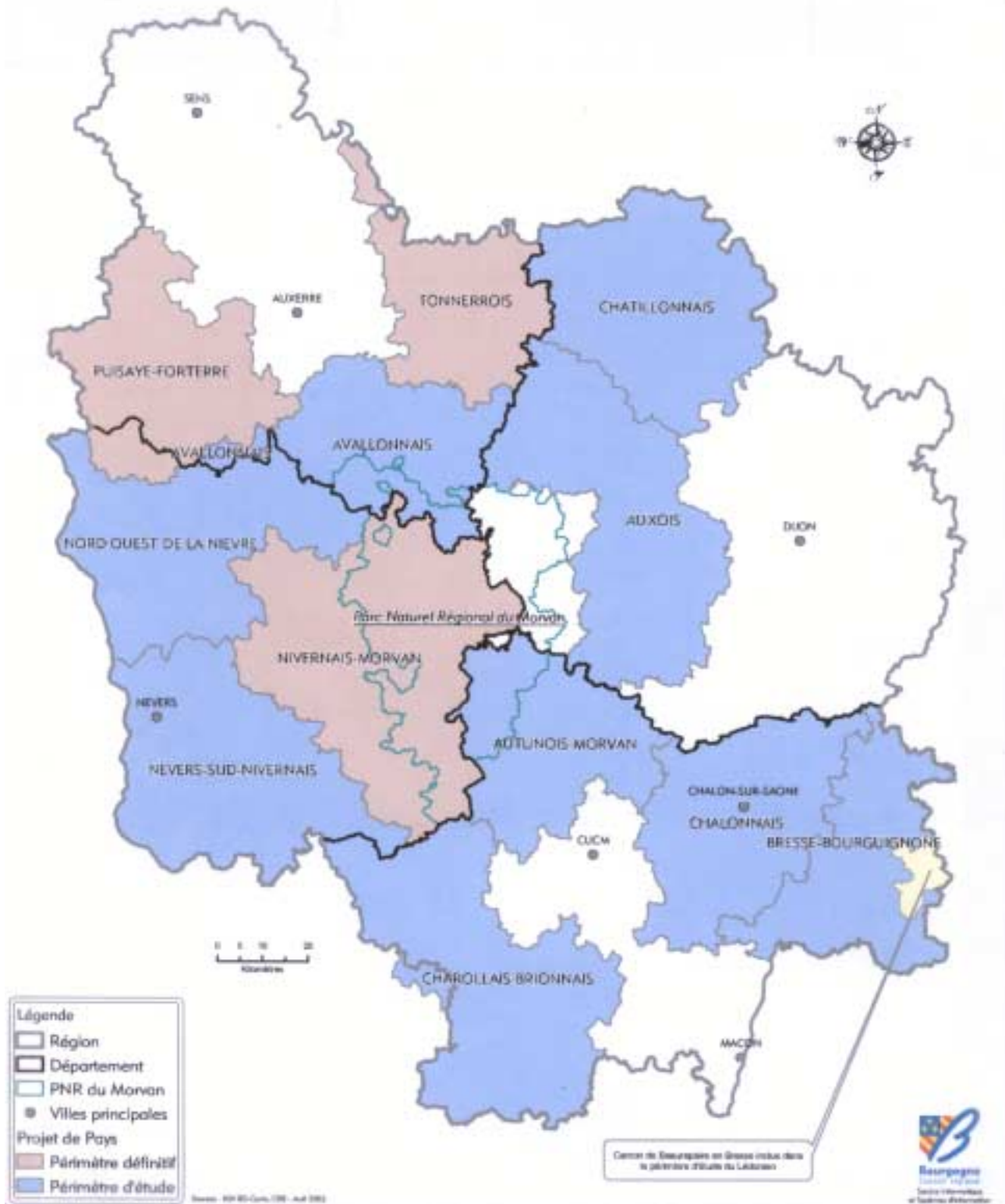
Carte n° 1

Les 22 quartiers du Pacte de relance de Bourgogne



Carte n° 2

La politique des Pays en Bourgogne après la CRADT
(Conférence Régionale d'Aménagement et de Développement du Territoire)
du 3/4/2002



Carte n° 3
Commissions locales d'insertion en Bourgogne



(carte réalisée à partir des données fournies par les 4 Conseils Généraux)