

Les politiques sociales et de santé publique



EHESP

MODULE RÉALISÉ PAR PATRICIA LONCLE
ENSEIGNANTE-CHERCHEURE EN SCIENCES POLITIQUES
DÉPARTEMENT SHSC - EHESP
EN COLLABORATION AVEC LE SERVICE MULTIMÉDIA

FÉVRIER 2010

Table des matières

Introduction	5
I - De la fin 19ème siècle à 1945	7
A. Contexte.....	7
B. Le poids des idées dans l'émergence des politiques locales.....	11
C. L'organisation des intérêts.....	13
D. Les institutions dans les politiques locales sociales et de santé.....	15
II - Politiques sociales locales à Rennes au cours des années 1960	19
A. Croissance de l'État et sectorisation de l'action publique.....	19
B. Les mises en œuvre locales comme illustration de l'expertise acquise par les territoires.....	22
C. Débat politique et formulation des problèmes publics.....	27
D. Les productions spécifiques de la Municipalité rennaise.....	28
E. L'inscription territoriale des politiques locales.....	30
III - Politiques de la ville et intervention sociale et sanitaire locale, les années 80	35
A. Partie introductive.....	35
B. Politiques de la ville et intervention sociale et sanitaire locale : expérimentations à Lille, Rennes, Mantes-la-Jolie et Metz (années 1980).....	38
C. La succession des différents dispositifs.....	39
D. Degré de changement introduit par les politiques de la ville dans les territoires.....	41
1. Exemple de la ville de Rennes.....	42
2. Exemple de la ville de Metz.....	42
3. Exemple de la ville de Lille.....	43
4. Exemple de la ville de Mantes-la-Jolie.....	43
5. Synthèse.....	44
E. Définition progressive des domaines d'intervention.....	44
1. Exemple à Rennes.....	45
2. Exemple à Metz.....	46

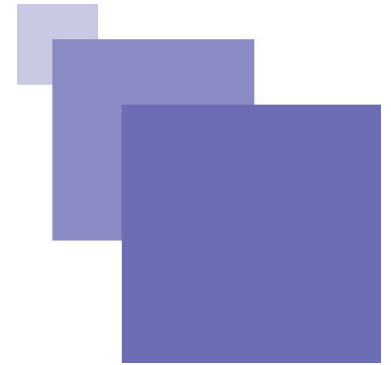
3. Exemple à Lille.....	46
4. Exemple à Mantes-la-Jolie.....	47

IV - L'individualisation et la "sanitarisation du sociale", les années 90 **49**

A. Les années 1990 et la montée en puissance des préoccupations liées aux questions de santé.....	49
B. Les trois tendances.....	51
1. Première tendance.....	51
2. Deuxième tendance.....	52
3. Troisième tendance.....	53
4. Synthèse.....	53
C. Influence de la lutte contre le sida : l'émergence de politiques locales dans le Nord, l'Ille-et-Vilaine et les Alpes-Maritimes.....	54
1. L'État.....	55
2. Les collectivités locales.....	56
3. Les services hospitaliers.....	56
4. Les associations.....	57
D. Exemples d'actions en direction de la lutte contre le sida.....	57
1. Dans le Nord.....	57
2. En Ille-et-Vilaine.....	58
3. Dans les Alpes-Maritimes.....	58
4. Synthèse.....	58
E. Traitement sanitaire des problèmes sociaux : exemples de la santé des « exclus ».....	59
F. Individualisation sanitaire des questions sociales : exemple des questions relatives à la parentalité, à la santé des jeunes et à la souffrance psychique en Nord Pas-de-Calais et en Bretagne.....	62
G. Exemple d'actions d'accompagnement de la parentalité par la Ville de Rennes	63
H. Exemple du Plan Régional de Santé "enfants et des jeunes".....	65
I. Exemple d'animation territoriale en santé en Bretagne.....	66

Conclusion **69**

Introduction



Les politiques sociales et de santé publique connaissent depuis leur émergence au 19^{ème} siècle des rapports évolutifs aux territoires.

Aujourd'hui, il existe un mouvement convergent favorable à la territorialisation dans les deux champs. Ce mouvement a été amorcé avec les premières lois de décentralisation en 1982-1983 et ne fait que s'accroître depuis.

Cependant, on peut souligner que les politiques sociales et les politiques de santé connaissent des traditions d'approche différentes de la notion de territoire. Ceci est vrai aussi bien pour les niveaux de mise en œuvre des politiques que pour les modes opératoires afférents.

- niveaux de mise en œuvre
Ainsi, les politiques de santé sont-elles plutôt régionalisées alors que les politiques sociales sont plutôt départementalisées.
 - régionalisation
 - départementalisation
- modes opératoires
 - déconcentration
 - décentralisation

Il est possible de mettre l'accent sur le fait que les politiques sociales sont plutôt décentralisées (cf. Décentralisation) alors que les politiques de santé font l'objet généralement de processus de déconcentration.

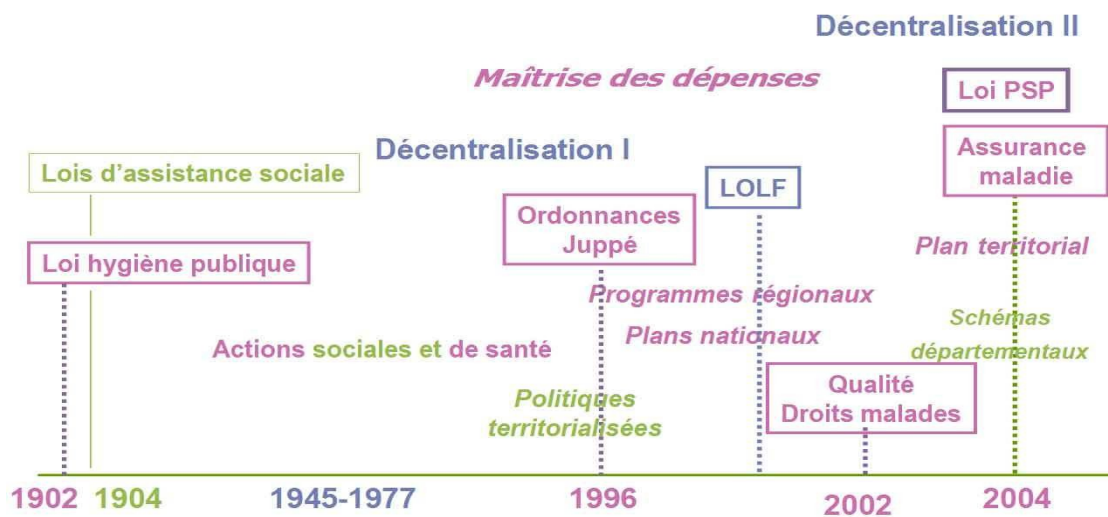
Questionnement :

Comment en est-on arrivé à la coexistence de ces deux mouvements?

Comment éviter un éclatement des modes d'intervention? Entre logiques ascendantes et descendantes, modes de pensée et méthodes différentes alors que les déterminants sociaux de la santé, alors que les inégalités sociales et territoriales de santé apparaissent comme des éléments centraux pour une mise en œuvre adéquate des politiques sociales et de santé.

Tout en tenant compte des spécificités territoriales : multiplicité des acteurs et de leurs interactions, plus ou moins grandes capacités d'innovation.

Si nous nous essayons à un rappel des principales étapes qui jalonnent l'évolution des politiques sociales et de santé, nous pouvons dégager les points suivants : **les grandes étapes chronologiques**



Les grandes étapes chronologiques

De la fin 19ème siècle à 1945

Contexte	7
Le poids des idées dans l'émergence des politiques locales	11
L'organisation des intérêts	13
Les institutions dans les politiques locales sociales et de santé	15

Cette période, antérieure à la sectorisation forte de l'État qui se met en place en 1945, est marquée par l'existence d'implantations essentiellement territoriales et locales des actions sanitaires et sociales et par l'émergence de secteurs sociaux et de santé publique peu cloisonnés. Cette période est également caractérisée par des implantations inégales, très liées aux situations sanitaire et sociale des territoires mais également à la présence d'acteurs notabiliars.

A. Contexte

Les philanthropes, figures engagées dans la production des actions sociales et de santé locales



Philanthropes



Fondamental

La fin du XIX^e siècle peut être caractérisée par la montée en charge progressive des territoires locaux dans les domaines des politiques sanitaires et sociales. Cependant, ce phénomène, bien qu'indéniable, est également marqué par la diversité des formes et des modalités d'intervention. Malgré les difficultés d'analyse dues à cet éparpillement des expériences, la période de la genèse des politiques locales sanitaires et sociales apparaît centrale pour comprendre la manière dont, ensuite, se structurent les enjeux d'intervention de l'État.



Méthode

Du point de vue de l'analyse sectorielle, cette période échappe à une réflexion en termes de sous-systèmes d'action ou en terme de découpage du réel. A cet égard, on peut souligner que la quasi-absence de l'État tout comme le caractère aléatoire des politiques locales fait que nous avons essentiellement affaire à des actions anté-sectorielles ou transversales et territoriales.



Exemple

Jacques-Guy Petit et **Yannick Marec**, dans leur ouvrage consacré au social dans la ville en France et en Europe, ont ainsi sélectionnés des expériences dont la variété révèle bien le caractère composite des premières expérimentations : il s'agit ainsi tour à tour de protection sociale des marins, d'une politique d'aide sociale en faveur des ruraux, des relations entre ville et hôpital, de discipline sociale, d'enfermement des vénériens, d'hygiène sociale, de politique de l'enfance... il s'agit aussi de place de la noblesse, d'élites urbaines, de concurrences philanthropiques et des débuts de la professionnalisation ; enfin, d'un point de vue territorial, il s'agit de Rochefort, des Pays de la Loire, de Genève, du Valais, de Bordeaux, de Nantes, de Concarneau, de Rouen, de Lyon, Londres et Amsterdam... Les initiatives semblent correspondre à l'acuité des problèmes liés à la pauvreté, à l'exposition à certains risques (les marins, les malades, les ruraux déracinés...), sans discrimination entre le social et le sanitaire (malgré le titre de l'ouvrage) et à la mobilisation des acteurs publics et privés locaux.



Dispensaire

Bien que la nature publique ou privée des actions soit difficile à circonscrire, que les liens entre social et santé ne soient pas bâtis sur une démarche sectorielle, que les parts de l'initiative locale et de l'application des normes nationales s'entremêlent largement, la fin du XIX^e siècle apparaît largement ponctuée d'initiatives locales qui laissent peu à peu entrevoir « l'ancrage premier du bien-être » :

Un certain nombre d'analyses historiques ont, en effet, permis de montrer à quel point l'action locale peut être considérée comme un laboratoire d'expérimentation et devance le niveau central dans les domaines social et sanitaire, même si de nombreuses questions restent en suspens sur le caractère « public » des actions menées localement. De ce point de vue, il faut souligner les interpénétrations entre niveau national et niveau local, entre acteurs privés et acteurs publics, l'importance du système notabiliaire, l'influence massive des organisations philanthropiques et, plus largement, de ce qui deviendra rapidement le secteur associatif.



Exemple

Lucie Paquy dans ses travaux sur l'organisation sanitaire de l'Isère montre bien à quel point les politiques publiques se développent par touches successives :

« Dans les années 1880-1890, les pouvoirs publics isérois et grenoblois font donc preuve d'un indéniable dynamisme en matière sanitaire. Pour autant, si les initiatives sont nombreuses, elles n'innovent que faiblement sur le plan gestionnaire. Les autorités locales restent en effet tributaires des modes d'administration définis au cours de la première moitié du XIX^e siècle, et notamment de celui de la délégation. Tout d'abord, l'action sanitaire municipale et départementale s'appuie très fortement sur la médecine libérale, à qui elle confie des tâches particulières. Elle mobilise également des organismes plus ou moins périphériques, dont l'hygiène n'est pas la vocation première. La désinfection départementale est ainsi assurée par le service vicinal. »

Le laboratoire grenoblois est installé dans un établissement d'enseignement professionnel et ce sont les enseignants qui effectuent les analyses. La statistique des décès est confiée à la Société de médecine et de pharmacie de l'Isère, tandis que l'hôpital de Grenoble gère la désinfection municipale. La création du bureau d'hygiène marque une nette rupture. Pour la première fois, s'autonomise au sein de l'administration municipale un service spécifiquement chargé des questions d'hygiène et de santé publiques »

Comme l'ont montré **Bruno Dumons** et **Gilles Pollet** (1999 et 2001), la période d'instauration de la III^e République se révèle particulièrement stimulante dans la mesure où :

d'une part, les lois de 1871 et de 1884 relatives à l'organisation administrative des départements et des communes conduisent à :

« Une paradoxale complémentarité entre un État centralisé et une haute fonction publique en voie de constitution d'un côté et de l'autre des pouvoirs locaux forts et relativement indépendants et autonomes quant à leurs capacités d'innovation en matière d'action publique » ;



Fondamental

D'autre part, on peut constater, au niveau local, la coexistence des élites traditionnelles, issues notamment de la sphère catholique avec les partisans de la République sociale. Didier Renard (1999), quant à lui, insiste sur la concurrence tout à fait acerbe qui s'organise entre ces différents protagonistes autour des questions sociales et de la laïcisation des pratiques d'assistance.

Dans la mesure où l'un de nos objectifs est de nous intéresser au caractère construit des frontières entre sanitaire et social, nous avons choisi dans ce paragraphe consacré à la genèse des politiques locales, de nous intéresser à l'apparition d'un problème public transversal à ces deux domaines : **la structuration de la prise en charge locale de l'enfance et de la jeunesse.**

En effet, en comparant les actions locales qui prennent corps dans ce domaine à Rennes et à Lille (et dans une certaine proportion dans le département du Nord) à la fin du XIX^e siècle, la perméabilité des préoccupations sanitaires et sociales peut être largement dévoilée.

- Sur le versant santé, cette démarche permet de passer outre les réserves qui ont été formulées sur l'immobilisme voire l'incurie de l'État à cette époque et de rechercher au niveau local les premiers signes d'action, au-delà des seules actions des bureaux d'hygiène municipaux dont on sait qu'ils étaient pris dans des législations peu appliquées (Murard et Zylberman, 1996).
- Sur le versant social, elle présente l'avantage de comprendre la portée des actions menées hors des bureaux de bienfaisance et de mesurer l'importance des acteurs privés et des initiatives municipales non obligatoires.

Pour le dire autrement, la démarche comparative concernant les interventions locales en direction de l'enfance et la jeunesse permet de partir à la quête d'un « modèle urbain de protection sociale ».



Exemple

L'exercice de comparaison entre ces deux villes à cette époque apparaît fructueux dans la mesure où il permet de révéler des situations différenciées du point de vue : des situations sociales et sanitaires des villes ; de l'investissement des acteurs publics et privés, des profils des élites observées ; de la nature de l'action publique locale.

Avec Lille on a, en effet, affaire à une ville industrielle connaissant de grandes difficultés sanitaires et sociales, largement dominée par les élites laïques, même si les catholiques continuent d'agir, et dotée d'instruments d'intervention directe dans l'action publique ;

avec Rennes, il s'agit d'une ville administrative, moins soumise aux phénomènes de pauvreté, dans laquelle les élites laïques et catholiques luttent féroce ment parfois et où l'intervention est déléguée au secteur privé.

Il en découle une multiplicité d'interventions à Lille avec des préoccupations hygiénistes et sociales fortes alors qu'à Rennes la prise en charge se fait sur un mode idéologique, moins guidé par les questions de pauvreté.



Fondamental

Plusieurs éléments permettent de décrire la naissance de cette prise en charge, d'analyser la nature de plus en plus publique des initiatives et d'envisager le caractère tout à fait transversal des questionnements relatifs à la santé et à la situation sociale des enfants et des jeunes. Ces éléments sont : le rôle d'aiguillon des débats philanthropiques sur les conditions de vie des familles ouvrières, l'hygiène et la moralité de ces populations ; l'influence des acteurs caritatifs ; des degrés d'implication des collectivités locales dépendant d'un ensemble de variables spécifiques.

Pour étudier ces facteurs, nous nous référerons à la grille d'analyse des « trois i » : les idées, les intérêts et les institutions seront tour à tour étudiés.

B. Le poids des idées dans l'émergence des politiques locales

Lorsque l'on essaie de comprendre comment se formalisent les interventions publiques dans les domaines social et sanitaire, les actions en direction des enfants et des jeunes se révèlent intéressantes dans la mesure où ces domaines n'apparaissent en aucun cas séparés. Une des raisons à cela tient aux courants d'idées qui dominent les initiatives de prise en charge.

Ces courants d'idées qui pourraient être qualifiés de « **cadres d'interprétation du monde** », même s'ils ne trouvent que peu de matérialité dans le domaine de l'intervention publique, sont le fait des philanthropes qui s'intéressent simultanément aux questions sociales et de santé.

Les formes d'encadrement de l'enfance et de la jeunesse au niveau local s'inscrivent dans un mouvement plus vaste animé par les philanthropes sociaux, préoccupés des conditions de vie des populations ouvrières, et, en particulier, de leur morale et de leur hygiène. Ces actions sont construites sur des oppositions idéologiques vives, sur des soucis patriotiques de préservation de la population et de la santé des jeunes hommes susceptibles de défendre leur Patrie, sur l'opportunité de développer ou non une assistance sociale, sur les limites dans lesquelles il convient de situer la charité privée par rapport aux politiques sociales nationales naissantes. Elles sont également alimentées par un ensemble d'enquêtes et de tentatives de classification des populations pauvres qui prennent corps dans les centres urbains en France mais également en Angleterre et aux États-Unis.

A cet égard, **Michelle Perrot** souligne bien la teneur des transformations, spécialisations, rationalisations en cours à la fin du XIX^e siècle et qui vont construire les idées légitimes et les contours des interventions :



« Des questions centrales apparaissent, dessinant des figures de l'imaginaire social. Trois l'emportent ici :

1. L'Enfant (...)
2. le Criminel qui hante le discours savant comme les faits divers des journaux, sans qu'on puisse néanmoins parler d'une véritable psychose d'insécurité ;
3. L'Assisté, avec l'interrogation constante : qui doit assister qui ? Le secteur privé semble s'attacher aux récupérables, aux potentiellement utiles, aux valides ; l'État, au contraire, au résidu, aux incurables, au déchet en somme. (...)

A travers cette activité de congrès ou autre, on perçoit une double volonté : celle de sérier les problèmes, en se spécialisant, avec professionnalisation par catégories. Celle aussi de tout couvrir et de tout résoudre par la science organisatrice. D'où la formalisation de "problèmes" qui se transforment en champs d'action »



Exemple

Dans le Nord, le développement du travail industriel, les conditions de vie et de logement des familles, les atteintes supposées à la moralité, inquiètent édiles et notables. C'est autour de ces préoccupations que le sort de l'enfance et de la jeunesse va progressivement être constitué en problème public local. Les responsables des Sociétés lilloises de jeunesse, qui se situent dans la lignée des philanthropes comme Kolb Bernard, fondateur de la Société Saint-Vincent de Paul, relaient ces inquiétudes pour justifier leurs actions en direction de l'enfance et de la jeunesse de la ville. Les activités proposées par les patronages prennent des contenus très sociaux (sauf ceux qui, comme l'Oeuvre de jeunesse, s'adressent spécifiquement à « l'élite de la classe ouvrière » et à la petite bourgeoisie et qui opèrent une sélection parmi les jeunes gens admis à participer).

A Rennes, bien que le mouvement d'industrialisation soit plus tardif et moins important, l'influence des philanthropes est également sensible. L'abbé Ménard, l'historiographe du patronage de la Sainte-Famille, témoigne ainsi :

« Tandis que les novateurs s'épuisent en théories stériles, ces écoliers (Ozanam et ses disciples), tous à la fleur de l'âge, décident la fondation d'un mouvement charitable qui relèverait l'insolent défi. On les surprend bientôt à monter des escaliers branlants, à visiter des galetas, des taudis abjects où ils apportaient la vision de la vraie charité »

Les dirigeants des Œuvres mènent des actions qui tiennent compte des réalités de leurs lieux d'implantation. Ainsi, le patronage de la Sainte-Famille, qui s'implante au sud de Rennes, reflète par les activités qu'il met en œuvre les problèmes particuliers de son quartier : la population y est plus modeste que celle qui fréquente son homologue Notre-Dame-de-Toutes Grâces, les œuvres sociales y sont plus nombreuses. La ville de Rennes est, dès cette époque, marquée par les emplois administratifs et commerçants : les conférences et les cours qui sont réservés aux apprentis correspondent à ces débouchés potentiels.

A Lille, la Société Saint-Vincent-de-Paul s'auto-désigne comme

« *Une véritable conquête dans une localité où sont accumulées bien des misères physiques et morales à raison de la nature de la population qui ne se compose guère que d'ouvriers* ».

Elle se propose par conséquent de :

« *Se prêter à toutes sortes d'œuvres charitables, de protéger le jeune ouvrier dès l'école, de lui assurer ensuite un refuge ou patronage, l'accompagner dans le foyer qu'il fondera, lui apprendre l'épargne, lui fournir des lectures* ».

Les préoccupations liées aux mauvaises conditions de logement de la population locale sont également présentes :

« *Le problème du logement n'a jamais été de tout repos pour les Rennais : l'incessant accroissement de la population, favorisé par la désertion des campagnes au profit de la ville, où l'on s'imagine trouver avec les faciles distractions du jour l'accès de carrières mieux rémunérées que le rude travail des champs, amenaient déjà au patronage tout un flot de jeunes ménages en quête de logement* ».

Dans les deux villes, l'action des philanthropes permet de révéler les situations sociales et de santé très critiques dans lesquelles se trouvent placés les enfants et les jeunes en cette période d'industrialisation. Ces situations contribuent, à partir du socle d'idées qui circulent chez les philanthropes, de bâtir des principes d'action, de « découper le réel », même si nous ne sommes pas complètement dans le cadre de l'action publique.

C. L'organisation des intérêts

En effet, les acteurs locaux et nationaux s'affrontent et tentent d'imposer leurs intérêts comme les intérêts légitimes, notamment dans l'influence exercée à l'égard des enfants et des jeunes mais également à l'égard des municipalités. Il s'agit ici de mobiliser des indications pratiques, des instruments, des éléments de méthode (Palier et Surel, 2005) pour intervenir en direction des enfants et des jeunes.

En ce sens, l'influence grandissante des organisations catholiques et laïques qui se spécialisent en direction de ces publics peut être rappelée (Loncle, 2003). Parmi celles-ci, on peut souligner l'émergence des patronages, des colonies de vacances, de l'Association catholique de la jeunesse française, de la Ligue de l'enseignement et de son florilège d'amicales laïques et autres « sous des écoles ». Si ces organisations se structurent dans des logiques d'opposition confessionnels-laïcs, elles relaient aussi largement les préoccupations hygiénistes et sociales mais d'un point de vue plus instrumental, moins idéologique en apparence que les discours des philanthropes.

Pour illustrer la prégnance des préoccupations hygiénistes, nous pouvons évoquer la question de la prise de poids, centrale dans les colonies de vacances du Nord. Les bulletins du Cercle Paul Bert, quant à eux, insistent sur les mérites de la bonne santé physique, sur le thème « *si les enfants chétifs sont nombreux, c'est faute d'éducation physique* ». Ces orientations conduisent, pour partie, au développement rapide du sport dans la plupart des organisations.

Les positions des organisations de jeunesse se construisent également sur des tensions vives autour du conflit scolaire. Les organisations locales reprennent souvent les termes des débats nationaux pour mieux les ancrer dans leurs propres logiques d'affrontement.

Au-delà des structures scolaires elles-mêmes, les enjeux locaux relatifs à la diffusion des connaissances, apparaissent en miroir de ce qui se passe au niveau national.



Exemple

Ainsi, à Rennes, l'Amicale laïque, le Cercle Paul Bert, se charge de l'organisation de cette éducation populaire. A Lille, des initiatives sont menées en propre. C'est le cas des institutions appelées « sous des écoles » ou bien des sociétés dites protectrices des écoles laïques. Dans cette logique, les statuts de la Société protectrice des écoles laïques de Saint-Maurice Lille définissent les missions suivantes :

« Le but de la Société est de travailler de toutes les manières possibles au développement de l'instruction ; d'encourager pécuniairement et moralement les élèves de l'école laïque du quartier ; de donner des récompenses à ceux qui se seront signalés par le travail et la bonne conduite ; de procurer des emplois à ceux qui s'en seront rendus dignes ; enfin, de venir en aide aux parents nécessiteux. »



Exemple

Les militants de l'éducation populaire se révèlent très mobilisés à Lille. C'est ainsi qu'est créée en 1885, une section lilloise de l'Union française de la jeunesse dont la mission est la promotion de la formation continue des jeunes lillois. Elle programme ainsi des cours chaque jour de la semaine, en soirée, et le dimanche matin. Ils sont dispensés par des professeurs des facultés, de lycée, de l'école primaire supérieure de garçons, du conservatoire, mais aussi par des associations particulières telles la Société industrielle.

Pour bien comprendre l'influence de ces organisations, soulignons à quel point elles appartiennent au système notabiliaire et disposent de leviers auprès des pouvoirs publics pour organiser leurs actions.



Exemple

A Rennes, sous la III^e République, les rapports entre la Municipalité et les organisations privées se structurent essentiellement en faveur de l'amicale laïque, le Cercle Paul Bert, qui bénéficie d'une sorte de délégation de mission concernant cette population. Les patronages catholiques détiennent également une large influence du fait de leurs relations avec les notables locaux.

Les organismes locaux appartiennent aussi parfois à des structures nationales qui assurent à la fois une certaine similitude d'action des différents types d'intervention et une capacité de mobilisation des intérêts du secteur, voire la possibilité d'exercer une réelle pression sur les décisions nationales. Ces groupements nationaux des instances locales sont constitués par des fédérations d'associations (Fédération des patronages de jeunes détenus, par exemple) ou une structure centrale (la Ligue de l'enseignement ou l'Action catholique de la jeunesse française). Beaucoup d'informations circulent grâce à l'existence de journaux spécialisés, même lorsque, comme dans le cas des patronages, aucune fédération n'a réussi à s'organiser. Enfin, les congrès thématiques nationaux et internationaux, qui regroupent les œuvres et sociétés, représentent des lieux d'échanges de points de vue et d'exercice d'influence sur les pouvoirs publics.



Fondamental

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en perspective la mobilisation des intérêts qui conduit peu à peu à l'émergence d'actions plus ou moins publiques en matière sanitaire et sociale. A cet égard, Colette Bec voit dans la confrontation entre philanthropes et responsables d'administration à la toute fin du XIX^e siècle, la constitution progressive « d'espaces de compromis » :

« Malgré cela, je fais l'hypothèse que la stratégie républicaine ne vise pas du tout la répétition de 1789 : nationalisation de l'assistance, exclusion du privé...

Elle me paraît être, au contraire, l'expression d'une recherche de collaboration

devant se traduire par la définition de deux secteurs privé-public, de deux modes d'intervention charitable-assistantiel, soumis aux mêmes règles et ayant des territoires d'intervention soit clairement différenciés, soit communs et dans ce cas nécessitant une discipline de coordination. Dès lors, les nombreux conflits qui se développeront dans ce champ, et ils seront importants au moins jusqu'à l'entre-deux-guerres, ne seraient pas l'indice d'une publicisation et d'une résistance du privé, mais plutôt l'indice de la constitution "d'espaces de compromis" au sein desquels l'Administration cherche à légitimer l'intervention de son autorité et l'exercice d'une tutelle plus rigoureuse sur l'ensemble du champ »

D. Les institutions dans les politiques locales sociales et de santé

On peut en effet souligner l'existence d'un **mouvement d'institutionnalisation progressif** des actions en direction des enfants et des jeunes dans les domaines sanitaire et social.

Cependant, les éléments qui pèsent sur le caractère plus ou moins public des actions sont nombreux et variables en fonction des acteurs en présence et des territoires. En effet, ce sont les liens noués entre acteurs qui déterminent progressivement le champ d'intervention publique. Les modalités de mise à l'agenda de l'action publique locale en direction de la jeunesse sont à rechercher essentiellement dans les espaces de rencontre, les « forums » que constituent les congrès internationaux et nationaux, les lieux de débat locaux, les organisations, les œuvres...



Fondamental

Néanmoins, en fonction des municipalités, on observe des degrés d'intervention publique tout à fait contrastés.

Les interventions publiques locales en direction de la jeunesse présentent des intensités différentes. Assez peu d'actions sont menées directement par les municipalités. En revanche, tout en entretenant des relations plus ou moins étroites avec les initiatives privées, elles s'investissent largement de manière indirecte. Les réseaux qui se constituent autour de la prise en charge de la jeunesse consacrent une place centrale aux acteurs issus des organisations privées et une place périphérique, quoique très symbolique aux acteurs publics locaux.

Une définition assez « lâche » de l'intervention publique prédomine à cette époque. En effet, les acteurs des organisations privées paraissent vouloir garder le contrôle des actions menées et ne compter sur les collectivités locales que comme « relais » de leur action. Les mêmes tendances ont pu être soulignées concernant, par exemple, la santé des enfants :

« "Dans notre pays où règne une forte centralisation on se demande à chaque instant : Que font les municipalités ? Que font les départements ? Que fait l'État ? Personnellement je suis convaincu que c'est aux initiatives privées qu'il appartient d'abord d'agir (Waldeck Rousseau lors de la séance inaugurale de la Ligue contre la mortalité infantile, 15 février 1902) ". C'est donc bien pour pallier les carences de la politique publique que le mouvement philanthropique cherche à engager l'initiative privée " pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge " »

La fonction des autorités publiques est, cependant, envisagée différemment selon les organisations. Pour les courants libéraux et catholiques, l'action publique ne devrait jamais empiéter sur ces domaines autrement que par l'octroi de subventions, aucune intervention directe n'est envisagée.

Pour les courants laïques, l'initiative privée est prépondérante, au nom d'une

certaine résignation selon laquelle « l'État ne peut pas tout ».

Colette Bec éclaire la manière dont la séparation entre interventions publique et privée s'établit en écho des législations en cours de formalisation à la fin du XIX^e siècle :

« Dans les domaines où la législation était satisfaisante, l'initiative privée devait, selon Strauss, s'exercer "en communication harmonique avec les administrations officielles" et apporter son concours à l'exécution des lois. Elle présentait en effet "l'énorme avantage d'être à la fois moins dispendieuse et plus alerte, de se mieux prêter à l'intervention personnelle" »

Intervention des autorités publiques

Ces visions de l'intervention publique évoluent néanmoins progressivement, à mesure que l'importance de l'action publique nationale s'accroît et que le système de protection sociale nationale s'organise.

Trois degrés d'intervention des autorités publiques en direction de l'enfance et de la jeunesse peuvent être mis en évidence :

- **Le contrôle de l'action privée**

Le contrôle de l'action privée représente à la fois le degré le plus fréquent et le niveau minimal d'intervention. Ces contrôles sont de nature différente en fonction des domaines.

Dans le domaine sanitaire, le contrôle s'exerce sur le respect des règles législatives et réglementaires. Ils n'impliquent qu'une faible intervention des différentes instances territoriales. Ce sont les inspecteurs de l'assistance publique et de l'hygiène publiques qui officient. Cependant, ce faisant, ils apparaissent très proches des collectivités locales et des préoccupations qui émergent dans les territoires. La logique de contrôle, très prégnante sous le Second Empire a tendance à s'infléchir à partir des années 1880.

A titre d'exemple, voici un extrait du rapport d'enquête de l'inspecteur du service des enfants assistés de la crèche municipale de Moulins, en 1903 :

« J'ai visité cet établissement qui m'a paru tenu d'une manière peu convenable... Je suis entré, en attendant Madame la Directrice, dans une pièce du rez-de-chaussée qui sert de promenoir aux bébés, qui n'était pas tenue proprement... Cette salle avait déjà une mauvaise odeur et il n'était pas encore 9 heures du matin... »

Christophe Boussemart cite, quant à lui, dans les années 1930, l'exemple du Comité départemental de coordination sanitaire et sociale du Nord dont la fonction consiste à examiner les dossiers de demandes de subvention. Ce comité, composé d'hommes politiques et de personnalités des secteurs médical et scolaire fixe les règles sanitaires de fonctionnement des colonies de vacances et des garderies d'enfants. Leur respect est déterminant pour l'octroi de subventions.

Dans le domaine du maintien de l'ordre, le contrôle des dissidents ou opposants politiques, et parmi eux des jeunes « meneurs », est assuré par les préfets de département, tenus étroitement informés par les commissariats des villes. Ainsi, cette lettre du Commissariat spécial de Cambrai au Ministère de l'Intérieur concernant l'Association de la jeunesse catholique et la création de comités ruraux et cantonaux de la jeunesse catholique.

« Les cléricaux saisissent toutes occasions pour faire montre de leurs puissances, stimuler l'action des militants (...) Sous couleur de soulager l'infortune, cette association se livre à une propagande des plus actives parmi les ouvriers, dans un but purement politique. »

- **Intervention financière ou symbolique**

Le degré suivant consiste en une intervention financière ou symbolique visant à soutenir les initiatives privées en direction de la jeunesse.

Dans ce cadre, les représentants locaux entretiennent parfois des rapports étroits et pérennes avec les structures d'enfance et de jeunesse, parfois, au contraire, ils les soutiennent seulement de manière ponctuelle. Ce type de relations dépend en grande partie, semble-t-il, de l'intérêt porté soit par les élus soit par les techniciens des collectivités locales aux questions que pose l'encadrement de ces populations. C'est ainsi que les initiatives de la section lilloise de l'Union française de la jeunesse reçoivent les soutiens de la Municipalité à la fin du XIX^e siècle. En 1889, cette dernière accorde une subvention annuelle à la nouvelle section qui se crée à Lille-Fives.

• Organisation des structures par les municipalités et les départements

Enfin, les municipalités et les départements organisent parfois directement des structures, bien que ce mode d'action reste le plus marginal à cette époque.

L'antériorité, dans ce cadre, des expériences lilloises peut s'expliquer du fait d'au moins deux éléments.

D'un côté, à Rennes, un certain monopole est accordé au Cercle Paul Bert, ce qui évite à la Municipalité d'organiser directement des équipements.

D'un autre côté, la Ville de Lille et sa région connaissent des difficultés sociales plus grandes, ce qui entraîne de la part de la Municipalité lilloise, mais également de la part d'autres communes du département, des investissements importants en direction de la protection de l'enfance et de la jeunesse, de l'éducation populaire et des loisirs. C'est ainsi que, dès le début du siècle, une crèche et une colonie de vacances sont organisées directement par la Municipalité de Lille. Celle-ci gère également, à partir des années 1920, deux établissements spécialisés dans l'accueil des enfants déficients. Des initiatives parallèles sont menées à Roubaix, par exemple.

Ces différents éléments évoluent bien sûr au cours des décennies qui suivent mais peuvent servir à la mise en perspective de la situation des années 1960. En effet, ils éclairent l'analyse des mouvements de balancier qui existent dans la répartition des pouvoirs entre État et collectivités locales et dans la séparation entre secteurs social et de santé.

Ainsi que le montrent Bruno Dumons et Gilles Pollet, cette analyse permet d'ouvrir « la boîte noire » de l'État :

« Saisir la réalité de "l'État républicain en action", et plus largement du système politico-administratif qui l'incarne, revient donc à analyser la dynamique complexe des interactions entre ces acteurs, tant locaux que nationaux, tant centraux que territoriaux, voire tant publics que privés si l'on élargit la recherche à une dimension d'analyse de l'action publique. Il s'agit donc de décrypter les rapports qui s'instaurent entre le centre parisien et les périphéries provinciales, mais également de cerner les relations entre ses organes déconcentrés et les différentes collectivités territoriales, les départements et surtout les communes, bases même de l'édifice institutionnel républicain. »

Une mise en perspective historique à partir de la fin du XIX^e siècle permet ainsi, dans une certaine mesure, de mieux comprendre l'influence des acteurs tant publics que privés au fil des décennies et la manière dont sont formulées les idées, dont sont mobilisés les intérêts, dont sont façonnées les institutions.

Politiques sociales locales à Rennes au cours des années 1960

Croissance de l'État et sectorisation de l'action publique	19
Les mises en œuvre locales comme illustration de l'expertise acquise par les territoires	23
Partie A - Débat politique et formulation des problèmes publics	27
Partie B - Les productions spécifiques de la Municipalité rennaise	28
Partie C - L'inscription territoriale des politiques locales	31

Politiques sociales locales à Rennes au cours des années 1960 : structuration d'un champ d'intervention locale très lié aux besoins urbanistiques

La période des années 1960 se présente en contrepoint de ce que nous venons d'examiner concernant la structuration des politiques sociales et de santé à la fin du XIX^e siècle, qu'il s'agisse :

- de l'équilibre des pouvoirs entre national et local,
- des logiques de division social/santé
- ou de la répartition des attributions et des compétences.

A. Croissance de l'État et sectorisation de l'action publique



Fondamental

Tout d'abord, nous avons affaire à une époque pendant laquelle l'État croît et se spécialise massivement.

Nous nous trouvons dans la situation de différenciation fonctionnelle des sociétés complexes analysée par Luhman et reprise par Yannis Papadopoulos :

« *Luhman insiste autant sur la fermeture des systèmes, qui est constitutive de leur identité, que sur leur ouverture (manifestée par des flux d'inputs et d'outputs). Son approche a donc le mérite d'éclairer les contraintes qui pèsent sur l'action étatique dans des sociétés composées de sous-systèmes puissants et structurés, fermés les uns par rapport aux autres, imperméables aux argumentations externes. Un système selon Luhman ne reconnaît que les opérations compatibles avec son propre code et assume même la reconnaissance de toutes ces opérations. Il rejette par contre toutes les autres opérations comme non pertinentes.* »

Cette situation est bien différente de la période précédente, précisément caractérisée par l'ouverture des systèmes.

Entre les deux périodes, l'avènement du système d'État-providence a été consacré ainsi que l'acceptation de l'intervention publique dans de nombreux domaines comme le domaine social qui faisait pourtant débat.

La sectorisation est progressivement organisée :

« C'est qu'en réalité le traitement des problèmes sociaux devient un enjeu de pouvoir pour les différents groupes d'intellectuels qui contrôlent tel ou tel secteur de l'action de l'État. Dans la plupart des cas, les conflits d'attribution sont résolus conformément à la logique bureaucratique, qui consiste à éviter au maximum les interférences. Les problèmes sociaux seront découpés en champs d'intervention sur lesquels chaque groupe d'intellectuels possédera une quasi-exclusivité d'intervention. Il s'ensuit la mise en place dans les bureaucraties sociales d'un mode spécifique de définition des tâches, par lequel un segment de l'appareil d'État dominé par une élite professionnelle particulière s'identifie à une demande sociale, à un domaine d'intervention particulier et prétend s'assurer l'exclusivité de la tutelle »



Remarque

Bien sûr, les secteurs social et sanitaire ne sont peut être pas les mieux placés pour ce type d'analyse. Non seulement, il est difficile d'établir un minimum d'harmonie des principes entre les deux sphères mais encore l'une comme l'autre, bien que pour des raisons différentes, apparaissent singulièrement démunies. En effet, les analystes n'ont eu de cesse de pointer la relative faiblesse des ministères sociaux dans les années 1960 et au-delà, ces derniers apparaissant largement dominés par d'autres instances comme le Commissariat général au Plan ou encore par l'espèce de dénuement du ministère de la santé qui ne dispose, pour ainsi dire, que d'une administration déconcentrée réduite à la portion congrue et qui, en outre, doit faire face à la domination des hospitaliers (Jobert , 1981 ; Morelle , 1996).

Cela dit, si les effectifs de fonctionnaires restent pour le moins réduits, si le dialogue est difficile à organiser entre domaines social et de santé, si les idées n'apparaissent pas comme convergentes, cette période apparaît tout de même comme :

la plus révélatrice de **la construction des secteurs de politiques publiques**.

En effet, l'État bénéficie d'une manière générale d'une forte expansion, rendue possible par la croissance économique ; les politiques sociales se développent et se rationalisent fortement, qu'il s'agisse des types d'aides attribuées ; des populations concernées ; des instruments utilisés.

Bruno Palier éclaire les « ficelles » de ce processus :

« Le processus de sectorisation du domaine de la protection sociale va être porté par le développement de professions spécialisées, avec leurs propres centres ou filières de formation. Des experts vont se spécialiser selon les problèmes : membres de la haute fonction publique, administrateurs des caisses et/ou spécialistes d'une discipline particulière (médecine, économie de la santé, épidémiologie, etc., pour le secteur de la santé : démographie ou calculs actuariels pour le secteur vieillesse). L'existence de secteurs spécifiques va peu à peu être sanctionnée par le vocabulaire du droit et de l'administration sociale, où l'on différencie entre les secteurs de la santé, des accidents du travail, de la famille, de la vieillesse. »



Attention

Ce mouvement n'est, évidemment, pas limité à la France et touche la plupart des pays occidentaux.

En outre, il est fondé sur la croyance largement partagée par les responsables nationaux que les politiques sociales sont à même de lutter contre les formes d'inadaptation sociale et, de ce fait, de participer efficacement à la marche du pays vers le progrès.

Cette croyance en amène une autre qui pèse lourdement sur le façonnement des politiques sociales et sanitaires : le quadrillage du pays en équipements collectifs de tous ordres représente un moyen puissant d'intégration des populations « inadaptées ».



Equipements collectifs

Dans ce contexte, les politiques sociales reviennent largement à l'État, les communes n'étant responsables que de la mise en œuvre de l'action sociale et pouvant déployer une aide sociale facultative.

Comme l'a montré **Pierre Rosanvallon** (1990), il s'agit de faire coïncider l'assistance avec une « procédure résiduelle » de la protection sociale. Dans les communes, ce sont les règles d'intervention en matière d'aide sociale qui conduisent à organiser la plupart des services sociaux en direction de l'enfance et de la jeunesse comme les crèches, les garderies et centres aérés, les foyers de jeunes travailleurs...



Fondamental

Un élément semble, cependant, spécifique à la période, c'est le fort **cloisonnement** qui s'organise au niveau national entre domaines social et de santé.

- Le social émerge progressivement comme un secteur de politiques publiques à part entière, fortement allié au Commissariat général du plan,
- tandis que la santé demeure pendant plusieurs décennies une sorte de maillon faible de l'administration centrale comme cela a été mis clairement en évidence par plusieurs ouvrages.

Comme le synthétise Bruno Jobert :

« L'histoire de la politique sanitaire coïncide très largement avec l'histoire de la profession médicale. Aussi est-il souhaitable de prendre la mesure de l'évolution de

la division du travail dans le secteur avant d'aborder la question du rôle éventuel de l'Etat dans ce domaine (...). Dans cet ensemble [d'activités situées entre 1950 et 1980], la prévention ne représente qu'une activité marginale et archaïque. Elle représentait seulement 3 % des dépenses publiques de santé en 1976 et elle ne s'appuyait, aux dires des experts, que sur des recherches épidémiologiques tout à fait insuffisantes. (...) Si cette domination de la profession [médicale] a pu prévaloir parfois sur la décision du politique, c'est qu'il existait en fait un large consensus pour s'en remettre aux médecins en la matière ; de plus, il s'agit là de domaines où la difficulté technique d'évaluer la pertinence des actions est grande. Dans la phase d'expansion de l'État-providence, le problème de la santé est identifié clairement aux problèmes de l'accès aux soins. La capacité de la profession à affirmer son influence est encore renforcée par la faiblesse des administrations chargées de les contrôler. L'administration sanitaire et sociale occupe l'un des premiers rangs dans la hiérarchie administrative et le contraste est devenu chaque année plus grand entre les sommes considérables qui sont manipulées dans le secteur et le nombre et le prestige des administrateurs qui sont censés les gérer. »

De ce point de vue, les communes résonnent avec ces cloisonnements et s'organisent généralement autour de leur Centre communal d'action sociale et de quelques Directions ou Offices à prédominance sociale qui vont tenter de répondre aux problèmes sociaux des populations « inadaptées ».

La santé, pour un temps, semble se trouver écartée des politiques locales et n'émerge guère au titre de l'action sociale facultative des communes.

On pourrait déduire de cette forte affirmation des missions de l'État social (si ce n'est de ses effectifs) que l'implantation des politiques sociales ainsi que l'organisation de l'aide et de l'action sociales conduisent à des mises en œuvre locales assez similaires, calquées sur le quadrillage territorial que représentent, notamment, les grilles d'équipements.

Or, il n'en est rien, au contraire. Une large autonomie des collectivités locales se dégage autour, précisément, des nécessités d'urbanisation et d'équipement. Si les problématiques sociales et de santé semblent secondaires par rapport aux nécessités d'aménagement territorial, nous faisons l'hypothèse que ce phénomène renvoie, bien sûr, aux nécessités de reconstruction de la plupart des villes, à la grande confiance accordée aux équipements collectifs pour intégrer les « inadaptés » mais aussi au fait que ces problématiques permettent aux municipalités d'asseoir une plus grande autorité. Faisant jouer leur capacité d'intégration verticale, les députés maires usent de leur influence pour affirmer leur légitimité politique et administrative.

Pierre Grémion l'a montré pour cette période :

« L'exigence d'intégration organisationnelle de l'appareil administratif entre de plein fouet en contradiction avec la dynamique de la territorialité qui régule le système politico-administratif local. La territorialité en effet repose non sur l'intégration sociale bilatérale entre les organisations administratives et leur environnement, le contrôle social périphérique compensant la centralisation juridique. Derrière une unité de façade, l'appareil administratif est constitué en fait de pièces non jointives. »

B. Les mises en œuvre locales comme illustration de l'expertise acquise par les territoires

Or, l'analyse des mises en œuvre locales montre que les villes s'insèrent dans les interstices de l'intervention étatique et s'approprient les instruments nationaux, les

façonnent en fonction : des types d'acteurs mobilisés et des relations établies entre eux ; des problèmes spécifiques à chacune d'elles ; de leur plus ou moins grande volonté politique de s'approprier tel ou tel problème et de l'intégrer dans le champ de son aide sociale facultative.

La question, posée pour la période précédente, sur la nature « publique » des politiques locales est désormais levée et dévoile l'importance prise par les municipalités en termes d'impulsion et d'appropriation de l'action publique dans leur territoire.

La ville de Rennes

Nous porterons ici notre attention à la seule Ville de Rennes dans la mesure où, à partir des années 1960, l'administration municipale se spécialisant davantage, il est possible désormais de parler avec Dominique Lorrain de « voies silencieuses du changement » (1991).

Dans ce contexte, nous focalisons l'attention sur les politiques locales de jeunesse et sur les valeurs dominantes qui sous-tendent leur formulation. En reprenant la grille d'analyse développée par cet auteur, on peut observer, du fait d'un glissement des préoccupations de jeunesse vers les problèmes d'équipements collectifs et d'aménagement du territoire, que celles-ci se détachent peu à peu de la prise en charge de l'enfance tout en fournissant l'occasion d'une formalisation issue des interconnexions entre :

la politique, la production, le territoire.



Rennes quartier Colombier



Rennes Place de Bretagne



Rennes quartier Colombier



Rennes lors de la fête de la Jeunesse

Rennes dans les années 60



Fondamental

En effet, on voit se dessiner au niveau local, une sorte d' « **intersecteur** » entre :

- d'une part, ce que les acteurs locaux appellent le social « lourd », largement contraint par le niveau central,
- et la culture, rationalisée aussi par la naissance du Ministère de la Culture,

en 1959.

Cet « intersecteur », qualifié tantôt de socioculturel, tantôt de politique de jeunesse, présente l'intérêt d'être assez peu marqué par les impulsions centrales et d'être largement façonné par les acteurs locaux et leurs interrelations. En termes de préoccupations, ce secteur apparaît dominé par les problématiques spécifiques à la vague d'urbanisation de cette époque.

Pour bien comprendre ce glissement, nous analysons les débats politiques qui se développent autour de la définition de la politique locale et de ses frontières ; nous étudions également les modalités de production dans ce domaine spécifique qu'il s'agisse d'instances ou d'équipements dédiés ; enfin, nous envisageons la façon dont est pensé le maillage territorial de la prise en charge de ces publics. L'exercice monographique, en ce qu'il permet de situer le changement dans toutes les dimensions de son contexte, se révèle ici pertinent pour comprendre la nature des interrelations entre acteurs et enjeux ainsi que la capacité de la Municipalité à construire un domaine d'intervention territorial transversal et intégré au gouvernement local de la ville.

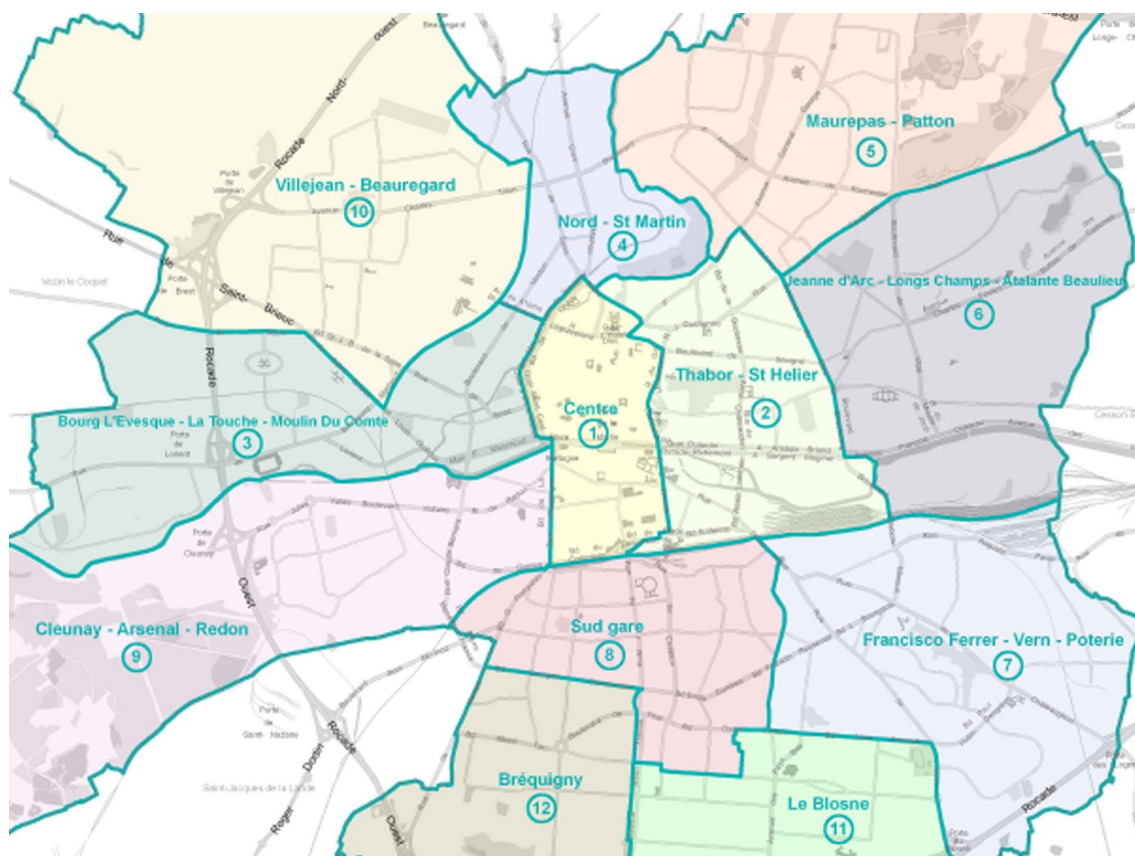
Le contexte socio-économique

Examinons rapidement, le contexte socio-économique dans lequel se développent les politiques locales.

Tout d'abord, par rapport à la période précédente, la situation sociale des habitants progresse doucement après la Seconde guerre mondiale.

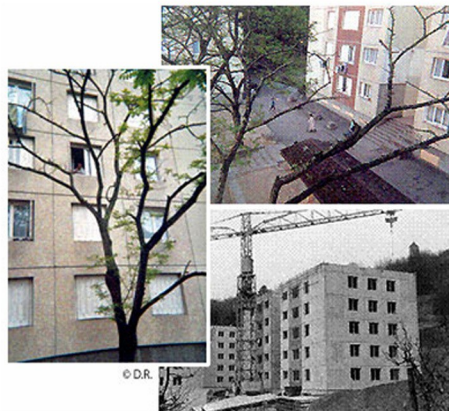
On peut constater une amélioration de la santé, une baisse de la mortalité infantile, de l'alcoolisme et de la tuberculose. Pour l'ensemble du département, les secteurs secondaire et tertiaire, en pleine expansion dans le reste du pays, n'augmentent que progressivement, le secteur primaire demeure important.

Pourtant, à Rennes, les services continuent de se développer, de même que les transports. Enfin, le parc de logements, avec les reconstructions et l'implantation des HLM, tend à se moderniser considérablement. Il faut souligner qu'à de nombreux égards la situation du parc de logements rennais se révélait épineuse :



Quartiers Rennais

certaines zones du centre-ville (le quartier Bourg-Lévêque) constituées de taudis venaient d'être détruites, une autre partie était vétuste (le quartier de l'Arsenal, notamment) ; le quartier de Cleunay abritait une Cité d'urgence et un premier grand ensemble ; les quartiers de Villejean et de Maurepas étaient en cours de construction.



Quartiers Bourg-Lévêque et Cleunay

Cette situation produit d'autant plus de tensions sur le marché immobilier que la ville connaît une expansion considérable avec l'implantation de l'usine Citroën en 1953 qui entraîne le doublement des emplois pour l'ensemble de la zone urbaine. L'ouverture de l'usine consacre le début d'un mouvement de modernisation important pour Rennes, marqué notamment par le secteur de l'électronique. Par ailleurs, le secteur du bâtiment, du fait des constructions et reconstructions, le secteur de l'industrie agroalimentaire, se renouvèlent.



Usines Citroën

Cette phase d'expansion, liée à l'arrivée d'Henri Fréville au pouvoir en 1953, permet une refonte de la ville sous le signe de la planification urbaine et du développement de l'éducation et de l'enseignement supérieur. Les enjeux d'aménagement apparaissent très forts .

Dans cette perspective, Rennes œuvre pour la constitution d'un District qui voit le jour, après trois années de négociation, dès 1970. Ainsi que le souligne Patrick Le Galès :

« Rennes et Grenoble ont été à l'époque reconnues comme les deux villes qui avaient le mieux contrôlé l'expansion urbaine. En 1958, ces deux villes furent les premières villes françaises à établir un plan d'urbanisme en collaborant avec les services de l'État »

C. Débat politique et formulation des problèmes publics

Le débat politique (et de fait la formulation des problèmes publics), qui constitue le premier élément d'analyse de Dominique Lorrain, est placé sous la houlette du maire MRP Henri Fréville (1953 à 1977). Ce dernier, en devenant député en 1958 et sénateur d'Ille-et-Vilaine en 1970, renforce progressivement son influence et ses capacités de négociation avec l'État. Il est très largement soutenu par le quotidien Ouest France. Les discussions sur la politique locale de jeunesse sont orchestrées à partir de la Mairie et du journal régional. L'examen des archives publiques et privées met en évidence la grande vivacité des échanges, les désaccords entre les places respectives que doivent occuper l'équipe municipale et les associations.

Dans ce domaine, alors que le secteur associatif redoute toute forme de « municipalisation », la Municipalité considère qu'elle doit montrer sa légitimité à diriger un domaine qui, par ailleurs, est largement financé par l'État, via les équipements collectifs. Il faut souligner que la part d'autonomie des politiques locales rennaises est d'autant plus grande que les acteurs politiques et associatifs sont organisés en réseaux d'interconnaissance et bénéficient d'une influence certaine au niveau national. C'est le cas du Maire, mais plus largement de nombreux personnages issus essentiellement des milieux catholiques sociaux, ayant fondé des associations d'audience nationale et ayant des responsabilités à la fois locales et nationales.

En outre, ces acteurs à forte influence présentent la particularité d'avoir bénéficié d'une grande longévité dans leurs fonctions : on peut citer à ce titre Jean Verpraët, Guy Houist, Robert Rême, Jacques Guyomarch, Jean Le Mesle...

Au cours des années 1960, la Municipalité prend davantage de pouvoir dans l'élaboration d'actions et refuse assez largement la contestation dans un secteur qui s'avère particulièrement sensible. Ces relations révèlent :

- d'une part, la capacité des municipalités à articuler intervention de l'État et intervention locale dans des domaines spécifiques et par là même à imprimer leur marque à leur territoire ;
- d'autre part, l'appui des élus locaux sur les instruments nationaux pour à la fois légitimer leur action et se protéger en transférant les débats locaux au niveau national.

Le passage suivant dont Michel Le Roux, adjoint d'Henri Fréville de 1959 à 1971, est l'auteur, peut servir d'exemple de cette attitude :

« Le socioculturel est la première étape vers la création culturelle proprement dite. Un jeune découvre d'abord sa propre créativité dans une maison de jeunes avant d'aller dans la Maison de la Culture. Le socioculturel est une des découvertes importantes de notre génération. C'est le phénomène d'urbanisation qui nous a fait sentir la nécessité de créer de nouvelles communautés urbaines.

Nous avons dû trouver un certain nombre de techniques, qui sont celles de l'animation ou du socioculturel, celui-ci correspond à une prise de conscience de l'individu au sein du groupe et une prise de conscience de sa place de création à l'intérieur du groupe. Cela me paraît un enrichissement par rapport au culturel traditionnel, et non pas un secteur pauvre à l'intention des petites villes »

Pour autant, la formulation des problèmes publics qui découle de ces éléments de débat possède peu ou prou les mêmes défaillances, les mêmes lacunes que celles de l'appareil d'État. En effet, si ce sont les plus éloignés du système qui sont visés – ici les jeunes en difficulté aisément qualifiés de blousons noirs – ils sont en fait mal connus des services et des organes de décision.

D. Les productions spécifiques de la Municipalité rennaise

Deuxième élément des « voies silencieuses du changement » : les productions spécifiques de la Municipalité rennaise en matière de prise en charge de la jeunesse.

A Rennes, les politiques menées en direction des jeunes ne sont pas principalement issues du Centre communal d'action sociale mais d'un Office spécialisé dans la mise en œuvre et l'implantation de l'intervention sociale et socioculturelle.

Elles présentent des aspects révélateurs d'investissements spécifiques de la part d'une pluralité d'acteurs : l'État pourvoie de nombreux équipements et définit des actions-cadres ; l'équipe municipale est elle-même engagée via le Maire et quelques techniciens, issus des mêmes cercles de réflexion et tous dotés de capacités d'intégration verticale indéniable ; un certain nombre d'acteurs parapublics (en particulier, la Caisse d'allocations familiale et les bailleurs HLM) sont fortement investis ainsi que de nombreux protagonistes du secteur associatif. Cette présence d'acteurs variés, promoteurs au niveau local de ce qui a été désigné comme la « cogestion » au niveau central, révèle la capacité d'une municipalité à produire des politiques propres sur un sujet aussi transversal que la jeunesse.

L'Office Social et Culturel

L'Office Social et Culturel est un bon exemple d'instrument local permettant l'orchestration et le fonctionnement d'actions concrètes en matière de jeunesse.

Cette institution vise, notamment, à prendre en charge le problème public émergeant que constituent les « blousons noirs ».

Par l'articulation des thématiques sociales, culturelles et jeunesse, la Municipalité façonne ses politiques locales et leur donne une orientation clairement généraliste ancrée avant tout dans les problématiques globales de l'aménagement du territoire.



Fondamental

L'Office social et culturel des années 1960-1977 représente un instrument si central et si original pour le monde socioculturel rennais que Michel Le Roux n'hésite pas à affirmer que « le modèle rennais de gouvernement c'est l'Office social et culturel ».

Henri Fréville, pour sa part, estime que l'Office social et culturel :

« Fut un lieu de rencontre primordial pour la coordination des interventions, pour la prise de décision ensuite ; et surtout, pour la connaissance réciproque des « responsables » à des titres divers, la définition progressive et consciente de leurs places et missions respectives, l'élaboration, par approches successives, d'une politique d'ensemble à laquelle tous s'associaient. Ce devait être une institution permettant à toutes les forces vives de la cité de co-élaborer et, pour partie, de co-gérer l'animation de celle-ci »

La création de l'Office social et culturel est présentée comme le résultat de la convergence de plusieurs besoins : la Municipalité cherchait à définir une politique d'équipements pour une ville en pleine expansion, la Caisse d'allocations familiales était en quête de nouvelles formes de subventions de ses centres sociaux, les promoteurs HLM des quartiers en construction réfléchissaient à une gestion

A l'origine de ce système, on trouve le problème, plus ou moins amplifié et médiatisé, des blousons noirs.



Le directeur de l'OSC estime que la solution pour les bandes de jeunes consiste à leur confier des locaux et des subventions de fonctionnement. Dans cette optique, il provoque des entretiens avec les responsables du Cercle Paul Bert et des Patros rennais pour qu'ils prennent en charge des clubs de jeunes. Aucune entente ne se dégage avec ces institutions. C'est pourquoi l'OSC fonde, en gestion directe, grâce à une enveloppe municipale, les clubs de jeunes de la rue d'Ouradour sur Glane et

de la rue de Turmel. Pour Cleunay, c'est le club de prévention le Relais qui officie. Une conviction préside à ces implantations : le fait de proposer des équipements collectifs permettra aux jeunes de s'organiser et de sortir de l'inadaptation et, par conséquent, garantira la paix sociale dans les nouveaux quartiers.

A partir de 1965, l'OSC prend de l'envergure et est doté de moyens et de personnels salariés. Dans cette logique, la prise en charge de la jeunesse occupe une place de choix, favorisée par l'existence de multiples associations spécialisées en direction de cette population.

Le directeur de l'OSC est le maître d'œuvre d'une répartition et d'un équilibre entre les institutions traditionnelles comme les Patros et l'amicale laïque, les structures nouvelles comme les clubs Léo Lagrange, le foyer de jeunes travailleurs les Amitiés sociales, les Maisons de Jeunes et de la Culture et le Club de prévention le Relais.



Fondamental

La politique locale ainsi développée par la Municipalité rennaise, s'appuyant sur un problème public formulé au niveau national « les blousons noirs » illustre la part d'autonomie qui peut se développer au niveau local, autonomie largement due à la faible sectorisation des politiques publiques à cet échelon.

L'intégration de la politique jeunesse aux objectifs globaux fixés par l'Office social et culturel ne fait que renforcer cet aspect.

Pour synthétiser, on peut souligner avec Guy Saez (1983) que ce type d'initiative permet d'affirmer une certaine capacité des villes à constituer des politiques locales en se servant des injonctions de l'État mais surtout en élaborant leurs propres modalités d'intervention, fondées sur la rencontre des éléments propres à leur territoire.

E. L'inscription territoriale des politiques locales

L'inscription territoriale des politiques locales constitue le troisième élément du triptyque de Dominique Lorrain :

A Rennes, la Municipalité, s'appuyant sur l'Office social et culturel, ancre ses politiques locales, et notamment sa politique d'équipements en faveur des jeunes, dans les quartiers par le biais d'un outil appelé **Locaux collectifs résidentiels** ou bien encore **mètres carrés sociaux**.

Cet outil concrétise, en quelque sorte, la traduction des politiques de jeunesse en politiques d'aménagement du territoire. Dans les débats qui se jouent autour des locaux collectifs résidentiels, il n'est, en effet, que très peu question d'animation, de projet pédagogique, d'accès à l'autonomie des jeunes mais plutôt de quadrillage territorial, de vie des quartiers, de lutte contre les dégradations...



Texte légal

Les locaux collectifs résidentiels ont été créés par une circulaire ministérielle de 1960, qui oblige les constructeurs bâtissant plus de 100 logements à fournir 30 mètres carrés pour des usages collectifs. Cette obligation est portée progressivement à un mètre carré par logement. Si cette circulaire est appliquée assez irrégulièrement en France, elle fait l'objet d'un traitement systématique à Rennes du fait des liens entre les responsables de l'Office public d'HLM et du ministère de la Construction.

Au niveau local, la gestion des locaux collectifs résidentiels est confiée à l'Office social et culturel. Elle est à l'origine du partenariat institué à l'OSC avec les organismes HLM locaux et départementaux. Cette modalité permet de répartir les associations et les groupes utilisateurs de locaux à partir d'une gestion unique, dans un souci d'équité.

Le Ministère de la construction recommandera d'ailleurs ce procédé rennais aux Préfets et Directeurs départementaux .

C'est, en partie, la petitesse et le sous-emploi des locaux qui conduit l'OSC à confier régulièrement les locaux collectifs résidentiels à des associations socioculturelles ou à des institutions plutôt qu'aux habitants et parmi ceux-ci aux jeunes. Cela a incontestablement permis à des associations rennaises de se décentraliser dans les quartiers neufs (Cercle Paul Bert, Union des patros rennais, Relais...) et à des institutions telles que les commissariats de quartier de trouver une implantation répondant parfaitement à leur mission.

Par ailleurs, étant donné le retard pris dans certains quartiers pour l'aménagement des équipements collectifs, sportifs et socio-éducatifs, les locaux collectifs résidentiels ont permis de développer une vie associative plusieurs années avant l'achèvement des structures permanentes. Cet instrument d'ancrage local de la politique de jeunesse ou « socioculturelle » apparaît tout à fait puissant quand on sait les difficultés pour les acteurs locaux à trouver des lieux d'implantation qui correspondent aux besoins et demandes de leurs publics, des lieux de rencontres et de réunions, des lieux qui font l'objet de luttes parfois féroces. En outre, le recours à cet instrument et ses modalités présente la particularité de marquer durablement la répartition des rapports de force entre acteurs dans la ville.

Conclusion sur cette période

Pour conclure sur cette période, on peut donc dire qu'elle constitue une tentative de « **rationalisation déssectorisée** » des politiques municipales.

En effet, l'exemple de la prise en charge de la jeunesse permet de montrer à quel point un domaine d'intervention marqué, à la fois, par un organe ministériel peu influent mais grand fournisseur de projets collectifs et par des acteurs associatifs multiples aux positionnements politiques affirmés peut être déplacé, reformulé par une équipe municipale. En effet, alors que l'État et les associations affirment leur intention de délimiter les contours de l'intervention publique locale maintenant la Municipalité dans le rôle de pourvoyeur d'équipements et en déployant des actions essentiellement socioculturelles, celle-ci, en s'appuyant sur un problème public pourtant circonscrit – les bandes de jeunes – et en s'appropriant les règles nationales – les locaux collectifs résidentiels- dicte sa volonté de leadership, crée les institutions correspondantes et le quadrillage territorial idoine.

La politique menée en direction des jeunes prend dès lors une allure beaucoup plus transversale à la fois sociale, socioculturelle et urbaine puisqu'il s'agit à la fois de canaliser les voix des associations, de les aider à produire un projet collectif à l'échelle de la ville et de les répartir dans les différents quartiers.

Nous sommes bien dans cette phase décrite par Dominique Lorrain qui précède et prépare les réformes de décentralisation des années 1980 :

« Ce modèle urbain contractuel et décentralisé qui prend forme au cours des années 70 et s'impose au cours des années 80 repose sur des facteurs qui touchent tant à sa structure qu'aux racines de la légitimité de l'action. Il ne couvre pas tout le pays. Une différence existe entre l'administration des villes et celle de la France rurale.

La médiation entre société locale et Etat s'établit de manière directe par des relations entre grandes villes et les groupes de services urbains multisecteurs se développent. Ce qui veut dire que des pans entiers de l'action publique locale dans les services urbains s'élaborent en-dehors d'une intervention directe de l'État. Les hommes politiques locaux ne sont plus seulement des hommes de réseaux et des intermédiaires à qui on demande de réagir. Ils doivent agir en propre, mener des stratégies. De cette capacité d'action réside la source de leur légitimité »



Fondamental

Du point de vue de l'analyse de la structuration sectorielle des politiques sociales et sanitaires, on peut tirer un certain nombre d'enseignements des exemples tirés de ces deux périodes. En effet, si dans le passage d'une période à l'autre, on assiste à la complexification et à la différenciation fonctionnelle de l'État, si on constate la forte croissante de l'appareil d'État et son influence décisive sur la formulation de la plupart des enjeux sociaux, on peut souligner à quel point les collectivités locales ne se laissent pas réduire à un rôle de second rang.

En effet, au cours de la première période, elles montent en charge très largement sur les questions sanitaires et sociales et on peut dire que ce sont elles, dans une large mesure, qui contribuent à façonner les problèmes relatifs à la pauvreté et aux questions de santé. De plus, leurs interventions, pour être parfois limitées du point de vue des moyens accordés aux initiatives privées, apparaissent très ancrées dans les contextes sociaux et de santé des territoires et s'articulent avec des réseaux d'acteurs particulièrement influents.

Au cours de la seconde période, bien que leurs actions soient beaucoup plus circonscrites du fait de la croissance de l'intervention de l'État en matière sanitaire et sociale, les collectivités locales apparaissant tout à fait novatrices et développent des actions dans les interstices des secteurs étatiques.

De ce fait, elles préparent en quelque sorte les acteurs locaux à penser ce que seront les démarches transversales des décennies suivantes. En outre, elles échappent pour partie à la réflexion sectorielle et, par conséquent, aux fermetures « binaires » qui caractérisent les codages des secteurs.

Du fait de ces différents éléments, si on s'attarde ici quelque peu sur l'analyse des relations centre-périphérie, on peut souligner les conséquences suivantes : certes, le processus assez linéaire de sectorisation relève de l'État et est très étroitement articulé à sa montée en charge et à sa capacité à se doter d'une expertise indéniable.

Il n'en demeure pas moins que les capacités d'innovation des territoires apparaissent largement échapper à ce processus. Il ne s'agit pas pour nous de dire que les collectivités locales développent leurs actions de manière complètement détachée des processus qui touchent l'action étatique. Cela dit, il apparaît que l'influence de ces dernières reste considérable tout au long de la période, ce qui permet non seulement de relativiser l'analyse qui a été faite de la centralité de l'État mais également de mettre en évidence le fait que le développement des actions publiques les plus pertinentes ne passe pas nécessairement par une sectorisation importante.

A la fin de la période, les collectivités locales apparaissent stabilisées alors que l'intervention sociale et sanitaire de l'État commence à présenter des failles.

En fait, on peut sans doute dire, avec Patrick Le Galès que les territoires, loin d'avoir été bridés dans le développement de leurs initiatives, ont même été renforcés par le développement de la sectorisation et de l'État-providence :

« Les villes européennes ne restent pas inchangées. Cependant, la relative stabilité de leur situation sur la longue durée, combinée avec leur diversité interne et leurs groupes sociaux de consommation, et avec la protection de l'État-providence, contribue à leur donner une certaine robustesse. Une caractéristique des villes est la concentration des services collectifs de consommation, liés traditionnellement au développement de l'État-providence et organisés et managés collectivement ; largement connus en tant que services publics, ils sont mis en œuvre dans un contexte non-marchand et au moins partiellement financés par l'impôt (Dunleavy, 1981), ce sont : les services de santé - en particulier les hôpitaux - les services sociaux, les écoles, les établissements d'enseignement supérieur ainsi qu'une offre de services diversifiés comme le loisir, l'aménagement, les activités socioculturelles, parfois également, l'eau, l'énergie et le transport. »

Politiques de la ville et intervention sociale et sanitaire locale, les années 80



Partie introductive	35
Politiques de la ville et intervention sociale et sanitaire locale : expérimentations à Lille, Rennes, Mantes-la-Jolie et Metz (années 1980)	38
A. La succession des différents dispositifs	39
B. Degré de changement introduit par les politiques de la ville dans les territoires	41
C. Définition progressive des domaines d'intervention	44

Les politiques sociales et sanitaires des décennies 1980 et 1990 conduisent à une analyse très différente du point de vue des mouvements de sectorisation de l'action publique.

En effet, alors que depuis la seconde guerre mondiale on assistait au développement continu de l'État-providence et à la croissance soutenue des services de l'État, à la multiplication des politiques publiques, la période qui s'amorce introduit des bouleversements majeurs.

A. Partie introductive



Fondamental

Tout d'abord, la prise de conscience de « la crise de l'État-providence » prend de l'envergure : qu'il s'agisse de l'importance croissante des discours néolibéraux ; des inquiétudes liées aux déficits de la Sécurité sociale ; des discours décentralisateurs ; de la prise de conscience de l'échec des politiques d'éradication de la pauvreté... de nombreuses voix se font entendre pour souligner les limites du modèle keynésien.

Jacques Donzelot rappelle quels sont, pour partie, les termes du débat :

« Au centre de la crise de l'État-providence, on retrouve donc bien le fameux vide social entre l'individu et l'État qui constitue, depuis le milieu du 19^{ème} siècle, le fond de la question sociale. (...) Par sa prise en charge technocratique du progrès, l'État a vidé de toute substance les organismes représentatifs, les assemblées centrales et, plus gravement encore, les échelons intermédiaires qui donnaient corps à la société. Il n'a laissé en face de lui que des mécanismes revendicatifs traditionnels, exclusivement soucieux de satisfactions catégorielles, tandis que se développait dans la société un sourd ressentiment envers cet État qui cherche visiblement plus à conjurer son expression qu'à la solliciter. »

Du point de vue des rapports santé/social, des inflexions sont ébauchées : le mouvement de décentralisation du social est engagé avec la première vague de décentralisation ; les réflexions en matière de santé publique (programmation par objectifs avec des déclinaisons pluriannuelles alliée à une croissance des effectifs des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales) prennent une certaine consistance. Dans cette double perspective, l'État s'ouvre aux autres institutions qu'il s'agisse des collectivités locales, des associations et même des usagers ; les collectivités locales, quant à elles, renforcent rapidement leurs positionnements : soit à titre principal en devenant porteuses de politiques locales ; soit à titre contractuel en se liant officiellement à l'État ; soit enfin à titre secondaire en participant à des partenariats plus ou moins formalisés.

Concernant les conceptions de l'action publique, on peut dire que l'introduction de nouveaux principes revient à questionner la pertinence de l'idée de secteur. En effet, de nouvelles terminologies font leur apparition et deviennent progressivement dominantes : il s'agit de contrats, de partenariats, d'action publique transversale et territoriale, d'approche globale, de discrimination positive... Ces terminologies ont toutes en commun de préconiser une ouverture de l'action publique sectorielle en direction des collectivités territoriales qui, à la faveur des premières lois de décentralisation, voient se reconnaître un certain nombre de compétences qu'elles avaient d'ailleurs largement commencé à exercer. De plus, elles préconisent une réflexion en termes de spécificités territoriales, de difficultés sociales situées. Enfin, elles soutiennent des mises en œuvre plus larges, s'appuyant sur la société civile et les réseaux d'acteurs locaux.

Certes, le changement de majorité politique en 1981, en ce qu'il permet l'adoption de principes nouveaux, peut expliquer pour partie l'évolution de ces conceptions. D'ailleurs les rapports commandés par le gouvernement Mauroy et qui vont préconiser l'adoption de ces principes dans les domaines des politiques de la ville, de l'emploi des jeunes et de la lutte contre la délinquance (rapports Bonnemaïson, Schwatz et Dubedout) peuvent apparaître comme un tournant dans l'analyse de l'action publique. Cependant, ces constats ne doivent pas masquer le fait que la décennie 1970 avait été l'occasion de mettre en lumière de nombreuses difficultés de l'action publique sectorielle, en particulier dans le domaine social.

Expérimentations

Plus largement, s'il y a indéniablement rupture de rhétorique, de nombreuses expérimentations avaient déjà été mises en œuvre au niveau local et même au niveau central ; là encore, nous avons beaucoup affaire aux processus de transcodage décrits par Pierre Lascoumes (1996). Ainsi, par exemple, le **partenariat**, terminologie très en vogue à partir du début des années 1980, peut être considéré comme le nouveau label pour des pratiques qui étaient désignées précédemment sous le terme de cogestion. De même, les expérimentations conduites dans le cadre de la **procédure HVS** du Commissariat général du Plan préfiguraient largement les procédures territorialisées de la politique de la ville. En outre, certains groupes de professionnels du social, notamment les **assistantes sociales**, préconisaient déjà depuis plusieurs années l'adoption de l'approche globale en matière de prise en charge des populations (Ion, 1992). Néanmoins, les décennies 1980 et 1990 introduisent des bouleversements tout à fait importants du point de vue de la place qui est désormais reconnue aux collectivités locales et du point de vue de la reconnaissance par l'État de son incapacité partielle à régler les problèmes sociaux, au moins dans une logique de traitement sectoriel.

S'il n'y a pas de changement radical, la réflexion en matière de découpage sectoriel s'infléchit. Les exemples utilisés dans ce chapitre révèlent largement leur caractère construit. Ainsi, qu'il s'agisse, pour la décennie 1980, **des politiques de la ville**, dont on peut souligner qu'elles échappent largement à une classification sectorielle

et ont tendance à produire des actions dans les domaines où les difficultés locales sont les plus grandes (tour à tour aménagement, social, santé, intégration des populations étrangères, actions d'éducation et de formation...) et là où les acteurs locaux sont les plus mobilisés (élus et techniciens des collectivités locales ; représentants de l'État au niveau local ; acteurs associatifs).

De même, au cours de la décennie 1990, on voit à quel point de nombreuses initiatives qui auraient été conduites précédemment dans **le domaine social** sont de plus en plus systématiquement traitées dans **le domaine de la santé**. Certes, l'épidémie de sida et ses conséquences sur la structuration d'un État en santé tourné vers la gestion des crises sanitaires joue un rôle important dans ce glissement d'un secteur à l'autre. Si on peut souligner la tendance massive à une **sanitarisation** des questions sociales avec une attention toujours portée vers les plus éloignés du système de prise en charge, il faut souligner à quel point celle-ci est doublée d'une approche moraliste et tendant à la sortie des bénéficiaires d'une possible dépendance à l'égard des politiques sociales et de santé.



Remarque

Cependant, cet argument n'épuise pas le sujet. On assiste à une montée en puissance de mouvements de fond tels que :

- le référentiel néolibéral,
- la nécessaire réduction des dépenses de santé ;
- l'individualisation et la responsabilisation sur les questions sociales et sanitaires.

Par ailleurs, les collectivités territoriales des différents échelons (et même des « territoires de projet ») s'organisent de manière de plus en plus systématique pour développer des actions en santé dans un cadre plus général de promotion des territoires, d'affirmation du dynamisme des acteurs locaux face à un domaine présenté comme relevant de la responsabilité de l'État. D'un point de vue global, avec ces nouvelles tendances de l'action publique, on assiste à la systématisation d'un traitement pluraliste des questions sociales et de santé. Si nous ne pouvons pas affirmer que l'État se retire ou n'existe plus, il s'ancre désormais dans un contexte de diffusion et de multiplication des lieux de décision qui renforcent la complexité de l'action publique.

A cet égard, nous pouvons reprendre les observations de Bruno Jobert : « *Le polycentrisme ouvre des marges stratégiques nouvelles pour les acteurs du jeu politique. A l'inverse des thèses qui évoquent sans nuance un processus d'évidement des États nationaux, il est possible d'affirmer que le polycentrisme a permis de consolider la capacité des groupes dominants, par le relâchement des liens qui les unissaient à d'autres acteurs sociaux. (...) Cette stratégie du mistigri se retrouve dans les politiques sociales où l'État tend à reporter la gestion de l'exclusion sur des niveaux territorialisés (RMI, politique de la ville) et institutionnaliser ainsi la frontière entre la sécurité sociale et l'action sociale. Reste à savoir si ces habilités stratégiques consistant à faire des autorités locales ou européennes les boucs émissaires du changement peuvent suffire pour préserver la légitimité des gouvernements nationaux* »

Avec l'adoption de ces principes, un certain nombre de questions peuvent être soulevées :

- Que devient l'action publique sectorielle ?
- Quelles sont les évolutions majeures pour les rôles respectifs de l'État et des collectivités locales ?
- Comment évoluent les conceptions, les frontières des politiques publiques ?
- Dès lors, comment les problèmes publics sont-ils formulés ?
- Quels sont les impacts sur les mises en œuvre locales ?

B. Politiques de la ville et intervention sociale et sanitaire locale : expérimentations à Lille, Rennes, Mantes-la-Jolie et Metz (années 1980)

- Les politiques de la ville introduisent-elles un nouveau secteur de politiques publiques ou bien annoncent-elles le lent déclin des dynamiques sectorielles ?
- Sont-elles le résultat de la transformation des problèmes sociaux au cours des années 1970 ?
- Ou bien sont-elles l'expression d'une volonté de renouvellement des interventions de l'État ?

François Dubet souligne deux choses à leur propos. Tout d'abord, elles sont l'occasion d'une forme de retour de la ville : « *Le retour de la ville, tel que nous l'entendons, renvoie à un univers social et politique plus ancien, plus enfoui dans les représentations collectives, et dans lequel la ville est considérée comme une catégorie générique des problèmes sociaux. C'est la redécouverte de la ville « dangereuse », des quartiers abandonnés, des émeutes urbaines. Ici, la notion de problème urbain évoque moins la gestion rationnelle d'un espace qu'une sorte d'équivalent général des problèmes sociaux* »

Ensuite, les politiques de la ville constituent l'amorce d'un changement de perception des problèmes sociaux. « *La société française redécouvre la ville comme figure des problèmes sociaux, de la ségrégation, des inégalités et de l'exclusion. Aucun de ces problèmes n'est vraiment nouveau, mais cette représentation urbaine est l'indicateur d'un changement profond : la structure sociale est traversée par une sorte de frontière intérieure qui sépare les groupes intégrés des groupes exclus. Cette frontière sociale est aussi spatiale. Le fait de vivre dans tel ou tel quartier n'est pas seulement un handicap, il devient un véritable stigmate* »

En cela, ces politiques remettent incontestablement en cause les limites sectorielles antérieures, du moins du point de vue des éléments cognitifs, des valeurs dominantes et des institutions chargées d'intervenir dans la prise en charge de ces problèmes. Notre propos dans ce paragraphe est de montrer à quel point l'introduction des politiques de la ville bouleverse l'appréhension des problèmes publics liés à la pauvreté, conduit à des reformulations des mises à l'agenda et à l'effacement des frontières santé/social dans la mise en œuvre des actions publiques locales.



Fondamental

Les politiques sociales et sanitaires locales connaissent incontestablement un tournant à partir de 1977, et surtout de 1982, avec l'introduction des **procédures politiques de la ville** et la première vague de **décentralisation**.

En effet, ces dispositifs et transferts, en introduisant le principe d'action publique contractuelle, consacrent la légitimité des maires à définir leurs propres modalités d'intervention dans les quartiers. De plus, en établissant de nouvelles méthodes de mise en œuvre comme **l'approche globale, territoriale et partenariale**, ils constituent des bouleversements du point de vue des administrations locales et déconcentrées, et de leurs interrelations.

Ces modalités influent également sur le poids des différents **métiers du social** concernés par ces initiatives, sur le rôle attendu des associations locales dans la rénovation sociale des quartiers. Ce faisant, qu'il s'agisse des étapes de la décision ou de la mise en œuvre, les politiques de la ville, en elles-mêmes, introduisent une rupture notable dans notre analyse de l'importance des territoires.

Alors que, au cours des périodes précédentes, les collectivités locales développaient

des initiatives en l'absence ou presque de l'État (fin du 19ème siècle) ou dans les interstices de l'action de l'Etat (années 1960), avec la création des politiques de la ville, on a affaire à la reconnaissance par l'État de la légitimité et de la capacité des collectivités locales à déterminer leurs propres priorités et modalités d'intervention. En outre, par rapport aux périodes antérieures, on peut affirmer que, si les politiques de la ville introduisent des principes assez flous de prise en charge, leur appropriation locale conduit à la définition progressive d'une catégorie de population qui, désormais, constitue un cœur de cible : les habitants pauvres, les plus éloignés de la prise en charge classique, via les CCAS ou les dispositifs sanitaires.



Remarque

Certes, cette reconnaissance " officielle " fait suite à une progressive montée en charge et en expertise des **collectivités locales** dans de nombreux secteurs urbanistiques et sociaux au cours des années 1970.

Certes aussi, cette légitimation des politiques locales vient répondre aux critiques croissantes sur la "**crise de l'Etat-providence**" sur la faible efficacité des politiques sectorielles, sur le maintien des pauvres dans une attitude de dépendance, sur la nécessité de rapprocher les citoyens des procédures de décision.

Certes, encore, devant la "métamorphose de la question sociale", devant la montée des phénomènes de dégradation sociale et urbanistique des quartiers, l'avènement de ces réformes est sans doute rendu nécessaire et renvoie à un certain pragmatisme de l'État en matière sociale .

C. La succession des différents dispositifs

De ce point de vue, **l'introduction de la procédure Habitat et Vie sociale, en 1977**, représente une reconnaissance partielle des évolutions suscitées.

Ce dispositif, s'il reconnaît la spécificité des difficultés des quartiers périphériques, ne laisse pas encore toute leur place aux maires pour « prendre la main » dans ces domaines. Il est, en effet, le résultat d'une concertation entre, d'une part, quelques fonctionnaires de l'État central (des Ministères de l'aménagement et des affaires sociales, du Commissariat général au plan, de la Caisse des dépôts et consignations) et, d'autre part, un groupe de travailleurs sociaux et de représentants des Offices d'HLM. Ils tentent de mobiliser des forces vives, en passant souvent outre l'autorité des élus. Cette procédure est placée dans la continuité de la « conspiration moderniste des années soixante » , dans la mesure où les techniciens éclairés de l'État envisagent de constituer des groupes locaux d'acteurs pour faire prendre conscience aux élus des problèmes rencontrés dans certains quartiers périphériques.

Le dispositif **Développement social des quartiers**, sur fond de réformes liées à la décentralisation, apporte une nouvelle envergure à la tentative d'intervention dans les quartiers en difficulté.

Il se situe dans la continuité de l'« idéologie delorienne » et du slogan « changer la vie, changer la ville ».

Ses principes d'approche sont inspirés de la série de rapports commandée, suite aux assises du logement social, par le pouvoir socialiste nouvellement élu en 1981 :

- le rapport Bertrand Schwartz, « L'insertion sociale et professionnelle des jeunes », rédigé en septembre 1981 ;
- le rapport Gilbert Bonnemaïson, maire d'Epinay, « Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité », de 1982 ;
- le rapport Hubert Dubedout, maire de Grenoble, « Ensemble, refaire la ville », de 1983.

Pour un certain nombre d'analystes, la politique de la ville, qui s'amorce alors, constitue une sorte de compromis entre continuité et changement :

« La politique de la ville ne prétend pas inventer de nouvelles actions d'urgence pour les quartiers ni changer les stratégies d'intervention publique, elle se limite à un nouveau mode de faire, au point que celui-ci sera érigé en modèle : « l'État animateur. Ce sont les innovations méthodologiques suscitées par la politique de la ville (la démarche contractuelle, l'action globale de proximité et l'implication des habitants) qui donnent le sentiment à la fois de transformer le fonctionnement de l'action publique et de répondre à l'urgence apparue dans les quartiers d'habitat social. Contractualiser entre acteurs publics, agir transversalement entre administrations sectorielles, impliquer massivement les associations dans la gestion urbaine... la nouveauté de ces modes de faire est telle qu'on peut miser et sur leur impact immédiat et sur leur capacité de changement durable ».

Selon Donzelot et Estèbe, avec la politique de la ville, il s'agit avant tout de transformer la question sociale, en organisant la projection au sol du traitement de la pauvreté:

« Ce changement de perspective alimente des initiatives dans tous les domaines où se fait justement sentir la carence du modèle classique d'intégration : l'école, la justice, la police, le logement, l'aide sociale. »



Fondamental

Pour ce qui nous concerne, dans une perspective d'analyse des politiques locales sociales et sanitaires le mouvement est plus profond.

Si, du côté de l'État, il s'agit avant tout de pragmatisme, du côté des territoires, les politiques de la ville sont l'occasion d'expérimentations nombreuses, de mises à l'agenda local de problèmes publics émergents, de tentatives d'organisation de réponses à des questions locales que l'État ignore, se refuse ou ne sait pas traiter, d'essais de stimulations de nouveaux acteurs locaux.

Que ces initiatives viennent des municipalités ou bien du secteur associatif, qu'elles soient soutenues par l'État, ses services déconcentrés ou bien encore l'Union européenne, l'attention nouvelle qui est portée aux problèmes locaux et à leur spécificité constitue une rupture inédite pour l'observateur des politiques territoriales.

Du point de vue de la définition des domaines d'intervention, les mises à l'agenda des problèmes publics apparaissent un peu « flottantes ». En effet, on a le sentiment qu'avec la focalisation sur les territoires, la question du domaine d'intervention devient assez secondaire ou au moins émerge « chemin faisant ». D'une certaine façon, c'est ce qui confère tout son intérêt à l'observation. Ce que l'on peut percevoir, c'est qu'un peu partout émergent des initiatives, des actions publiques et associatives locales qui tendent davantage à repérer les populations les plus éloignées de la prise en charge sociale et sanitaire « classique » qu'à classer les problèmes d'un point de vue sectoriel.

Bien sûr, selon les villes, les changements se révèlent de plus ou moins grande envergure en fonction des expérimentations précédemment introduites, en fonction des traditions d'intervention sociale et en fonction des domaines d'action publique ciblés suite à l'introduction de ces nouveaux dispositifs.

Pour bien comprendre la diversité à l'œuvre nous nous référerons à quatre cas très contrastés d'influence des politiques de la ville sur la structuration des politiques locales sociales et sanitaires : **Lille, Rennes, Mantes-la-Jolie et Metz.**

Afin de systématiser notre comparaison, nous avons dressé une typologie autour de deux critères principaux : le degré de changement introduit par les politiques de la ville par rapport aux politiques locales menées antérieurement dans les territoires ; la définition progressive des domaines d'actions locales des procédures politiques de la ville.

D. Degré de changement introduit par les politiques de la ville dans les territoires

Examiner la manière dont les politiques de la ville influent sur les politiques locales revient à réfléchir sur ce qui reste, avec l'introduction des politiques de la ville, des politiques sectorielles antérieures. En effet, si l'on considère que, non seulement les politiques de la ville sont transversales mais que la confrontation entre secteurs et territoires conduit à une réinterprétation des découpages du réel, notre examen conduit à la mise en évidence d'un double processus de changement.



Méthode

S'agissant du premier point : le degré de changement provoqué par les politiques de la ville dans les quatre sites étudiés, nous avons affaire à un continuum qui peut être schématisé de la façon suivante :



Au niveau local, nous l'avons déjà vu dans le premier chapitre, les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets :

- alors que Rennes connaît peu de changements mais menait déjà de nombreuses politiques locales ;
- Metz est caractérisée par un certain immobilisme et un faible intérêt porté aux questions sociales ;
- Lille bénéficie de l'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité » avec l'introduction des politiques de la ville ;
- Mantes-la-Jolie profite de cette procédure comme d'une rupture permettant de penser la prise en charge locale des questions sociales.

Cette diversité des degrés de changement permet d'illustrer la part jouée par les territoires dans la mise en œuvre des politiques nationales, leur influence sur la place accordée à de nouvelles procédures, les frottements qui naissent entre la nécessité de traiter les problèmes publics locaux et la perception du caractère obligatoire des impositions nationales.

1. Exemple de la ville de Rennes

Rennes, au moins au cours des années 1980, intègre les politiques de la ville avec une grande continuité par rapport aux politiques locales menées précédemment.

Comme nous l'avons vu en début de chapitre, Rennes bénéficie en matière de politiques sociales locales d'une certaine antériorité. Cette municipalité déploie des initiatives dès la fin du 19^{ème} siècle pour combattre la pauvreté de sa population, ces initiatives sont développées et systématisées au cours des années 1960 avec le déploiement d'instruments locaux destinés à assurer la maîtrise du pouvoir municipal sur un certain nombre de domaines d'intervention (urbanisme et questions sociales notamment).

De fait les procédures politiques de la ville sont gérées à partir d'instances locales qui leur préexistent : l'agence d'urbanisme de l'agglomération rennaise (l'AUDIAR) et l'Association pour la promotion de l'action sociale (l'APRAS), successeur de l'OSC des années 1960.

De ce point de vue, si les politiques de la ville ont la faveur de l'équipe d'Edmond Hervé, elles ne provoquent pas de rupture, au contraire, dans une ville, par ailleurs peu touchée par les phénomènes de dégradation de ses quartiers. Du point de vue de l'analyse sectorielle et de la confrontation avec les politiques locales, on peut donc dire que l'introduction des politiques de la ville ne conduit pas à des bouleversements majeurs : le secteur social traditionnel demeure jusqu'au début du XII^{ème} Plan.

2. Exemple de la ville de Metz

Metz, quant à elle, implante les politiques de la ville sous leur forme la plus minimaliste.

Le maire, Jean-Marie Rausch est peu porté sur les principes mêmes des politiques de la ville : les questions relatives à la prévention, à la territorialisation, au partenariat apparaissent très éloignées de ses rhétoriques tendant davantage à ancrer la ville dans une tradition, dans un semblant de dynamisme économique, urbanistique et culturel.

En matière sociale, sa faveur va plutôt au libéralisme. En matière de traitement des troubles qui se font jour dans les quartiers, ses réponses vont plutôt dans le sens de la répression que dans celui de la prévention, pourtant plus largement légitime au niveau national à cette époque.

De fait, il a plutôt tendance à refuser de constituer la situation des banlieues messines en problème public. Il n'est jamais question dans ses interventions publiques des grands quartiers périphériques pourtant très dégradés que sont Metz-Borny ou Woippy. Cette attitude se ressent fortement dans le rythme d'introduction des politiques de la ville. Ainsi, la procédure HVS traîne en longueur (jusqu'au milieu des années 1980), le DSQ, tardivement mis en œuvre, est peu mobilisé. De ce fait, on ne constate pas de rupture dans la manière d'aborder les secteurs au niveau local : le social est peu abordé et les problèmes publics sont essentiellement pensés en termes d'aménagement du territoire et de culture.

3. Exemple de la ville de Lille

Lille, dans la même veine que Rennes, a développé une tradition d'intervention publique et associative locale, depuis la fin du 19^{ème} siècle.

Ceci est vrai aussi bien pour le secteur social où, nous l'avons vu, un certain nombre de villes du département du Nord avaient développé de nombreuses initiatives relevant du socialisme municipal que pour le secteur sanitaire où l'état de santé des populations ouvrières avait donné lieu à des expérimentations innovantes dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et à des prises en charge importantes dans le cadre du bureau d'hygiène municipal.

Les années 1960 ont été l'occasion, quant à elles, d'organiser la prise en charge sociale des populations des quartiers en rénovation, essentiellement à partir de la Caisse d'allocations familiales et des services déconcentrés de l'État. La Municipalité semble s'être concentrée sur les questions d'aménagement du territoire et avoir placé l'animation des quartiers entre les mains d'un secteur associatif ancien mais vieillissant. Pourtant, là aussi, les procédures politiques de la ville viennent rencontrer des structures locales prêtes à accueillir des instruments d'envergure : c'est le cas de l'Agence d'urbanisme et de la Communauté urbaine de Lille.

Cela étant, les problèmes sociaux et sanitaires connaissent une telle ampleur dans ce territoire, les états des lieux sont si alarmants que les politiques de la ville apparaissent comme de véritables leviers du changement.

Cet aspect des choses est renforcé par deux éléments : Michel Delebarre, futur

maire de Dunkerque, est l'un des promoteurs du DSQ et pousse à la sélection du quartier Lille-Sud comme site expérimental ; le premier ministre Pierre Mauroy, alors maire de Lille, soutient la systématisation de cette procédure, envisagée comme instrument de modernisation de l'action publique.

Dans ce contexte, la sectorisation des politiques sociales et sanitaires est remise largement en cause et on assiste à des réflexions, d'une part, sur les inégalités sociales de santé et les phénomènes de reproduction sociale et, d'autre part, au développement, soutenu par les administrations traditionnelles de l'État (DDASS, DRASS) de nouvelles formes d'intervention territoriales et transversales.

4. Exemple de la ville de Mantes-la-Jolie

Mantes-la-Jolie, sous la municipalité de Paul Picard, a introduit très vite les dispositifs politiques de la ville.

Le maire, dès le début de son mandat en 1977, avait bâti son image politique sur le traitement intensif des problèmes sociaux du quartier du Val Fourré. Pourtant, la persistance et la gravité de ces derniers contribuent à atteindre largement l'équilibre de cette ville de taille modeste. D'autre part, une certaine désillusion se fait jour dans la population sur la croyance en la capacité de l'équipe municipale à résoudre ces difficultés.

Les dispositifs politiques de la ville contribuent à introduire des réflexions nouvelles sur le fonctionnement de ce territoire.

Ainsi en témoigne Paul Picard lui-même : « *La répartition de la population dans la ville de Mantes-la-Jolie est disproportionnée et paradoxale. 60 % des habitants vivent dans 8 300 logements de la Zup du Val-Fourré sur un cinquième du territoire. A ce qui n'était qu'un problème de logement s'ajoute aujourd'hui un problème d'emploi. (...) Etant donné ce déséquilibre, cette ville est aussi un véritable laboratoire de recherche sur les difficultés, une plate-forme de débats pour trouver des solutions* »

Comme à Lille, le traitement sectoriel traditionnel ne semble plus convenir. Les questions relatives à l'immigration, au traitement par les Municipalités de gauche de ces populations apparaissent ici centrales.

Toutefois, les administrations traditionnelles sont peu mobilisées : c'est ici la sous-préfecture qui pousse à la transversalité.

Pourtant, à Mantes-la-Jolie, l'originalité des ruptures introduites par les politiques de la ville vient surtout du fait qu'elles sont l'occasion de l'émergence de nouveaux acteurs et de nouvelles légitimités locales.

5. Synthèse

Si nous faisons le point sur la manière dont les secteurs se trouvent ou non mis en cause par **l'introduction des politiques de la ville**, nous pouvons dire que s'il y a un changement il est aléatoire (seules Lille et Mantes-la-Jolie sont concernées) et d'assez faible envergure (seule Lille connaît des inflexions importantes en matière d'action publique).

On constate, par conséquent, une assez bonne résistance des prises en charges traditionnelles et sectorielles : résistance qui s'explique sans doute par le fait que l'administration déconcentrée a tendance, dans le même temps, à s'organiser pour répondre davantage aux spécificités territoriales.

Ces éléments étant posés, il nous paraît intéressant d'analyser la façon dont les acteurs locaux, se saisissant de l'opportunité que peut représenter l'introduction des politiques de la ville, ont défini « chemin faisant » les domaines locaux d'intervention publique ou associative.

E. Définition progressive des domaines d'intervention



Fondamental

Nous l'avons dit, les politiques de la ville, en fixant au cours de leur première génération, des objectifs assez larges de **rénovation/réhabilitation** des quartiers, représentent l'occasion de déployer ou de prolonger des actions dans des directions plus ou moins inexplorées.

De ce fait, elles représentent, dans certains cas, l'occasion de bouleverser les frontières sectorielles établies au niveau national et plus ou moins reprises au niveau local. En fonction des difficultés des territoires et des acteurs locaux, ces initiatives prennent corps dans des domaines qui oscillent entre le socioculturel, le social et le sanitaire.

L'analyse comparée des quatre situations permet de mettre en évidence trois éléments déterminants :

- d'une part, la situation des populations et l'état des quartiers influent sur les profils des actions mises en œuvre ;
- d'autre part, les traditions d'intervention propres aux territoires et acteurs considérés conduisent à la formulation de cadres cognitifs et normatifs localisés et à des mises à l'agenda différenciées des problèmes publics locaux ;
- enfin, la capacité des acteurs locaux à formuler des problèmes publics locaux est centrale pour comprendre le façonnement des actions issues des politiques de la ville.

A cet égard, les relations entretenues entre acteurs publics et acteurs associatifs sont fréquemment déterminantes pour comprendre l'émergence de tel ou tel problème public local. Si nous traitons cette question plus particulièrement dans la deuxième partie, nous donnons tout de même ici quelques indications pour éclairer l'état de ces relations et leur influence sur le contour des interventions.



Méthode

Pour opérer la synthèse des définitions progressives des domaines d'intervention résultant de la mise en œuvre des politiques de la ville dans les quatre sites étudiés, nous pouvons recourir au schéma suivant :

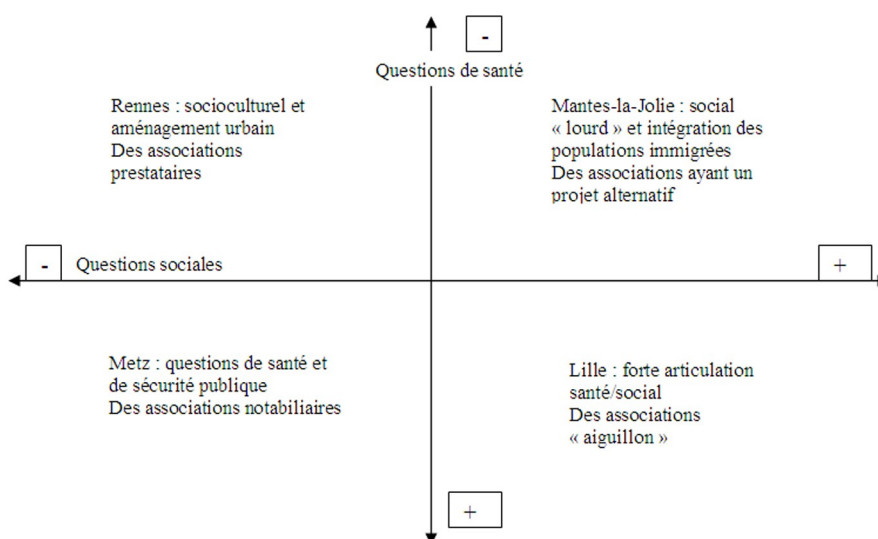


Schéma : Définition progressive des domaines d'intervention

1. Exemple à Rennes

A Rennes, les quartiers ciblés par la politique de la ville ne connaissant pas des situations particulièrement alarmantes, la mise en œuvre des dispositifs se fait dans la continuité des actions déployées précédemment. Les domaines de référence des acteurs rennais demeurent par conséquent le socioculturel et l'aménagement urbain. Certes, les politiques de la ville sont l'occasion de déployer de nouvelles actions, mais ces dernières se déroulent dans les champs d'intervention qui sont déjà privilégiés par la Municipalité.

Ainsi, les lieux d'accueil du Blosne, qui sont l'occasion de tester de **nouvelles modalités de prise en charge des jeunes** dans un des quartiers expérimentaux, se basent sur les partenariats locaux traditionnels (Ville, CAF, bailleurs HLM). S'ils sont basés sur les associations du quartier (Cercle Paul Bert, Union des patros rennais, Maison des squares) pour la mise en œuvre, c'est sur la base des principes de prestation de service.

Ils reposent également sur une adaptation des principes de **l'intervention socioculturelle** préconisée par les initiateurs nationaux des politiques de la ville (notamment à travers la procédures OPE)

- ouverture la plus large et la plus souple possible des équipements
- accent mis sur l'autogestion par les jeunes de leurs activités
- faveur accordée aux structures de proximité par rapport aux équipements polyvalents.

Les questions de santé commencent à être considérées par la Municipalité mais pendant la période des années 1980, ce sont d'autres biais qui permettent cette émergence : l'élue chargée de la santé à cette époque, Madame Saboureau, promeut en effet l'adhésion de Rennes au **réseau des villes santé OMS** et introduit des réflexions sur la part que peut jouer la Ville dans ce domaine. D'une certaine manière, on peut dire qu'il y a une rencontre entre les idées qui circulent au niveau national et celles du niveau local pour donner naissance à un cadre d'interprétation convergent des problèmes publics.

2. Exemple à Metz

A Metz, les politiques de la ville ne constituent pas l'occasion de formuler de nouveaux problèmes publics ou de nouvelles mises à l'agenda.

Bien que les difficultés sociales soient très aiguës dans certains quartiers, les acteurs locaux fonctionnent sur des modes très conflictuels et ne semblent présenter aucune prédisposition au travail partenarial.

Si nous reprenons l'exemple du quartier de Metz-Borny, nous pouvons affirmer que les quelques changements qui surviennent sont le fait des notables du quartier (en particulier, un médecin généraliste et un responsable de structure de prévention) plus que d'associations locales qui demeurent pendant une décennie en dehors des processus de décision. Les figures notabilières s'organisent pour réfléchir aux moyens d'améliorer la santé des habitants et de contenir les débordements des jeunes du quartier (notamment en termes de dégradation et de trafic de drogue).

Ainsi, l'initiative **Forum santé**, qui correspond à la mise en œuvre de la procédure DSQ, propose sur un mode très peu opérationnel de réfléchir à une organisation plus performante des professionnels des secteurs social et sanitaire du quartier. En tout et pour tout, du point de vue de la mise en œuvre, elle sera à l'origine de l'organisation d'une kermesse et de la mise en circulation de quelques bulletins de prévention dans les structures collectives du quartier. En revanche, en permettant l'échange d'informations sur les modes de vie et les difficultés des habitants du quartier, en soutenant l'élaboration de diagnostics locaux, elle conduit à la prise de conscience largement partagée de la très importante dégradation sociale et

sanitaire à laquelle doivent faire face les habitants du quartier.

De ce fait, on peut dire que si les idées qui circulent dans le Quartier de Borny préparent le changement qui sera introduit à la fin des années 1990, les acteurs qui les portent ne sont pas dominants et ne parviennent pas à faire suffisamment valoir leurs intérêts pour infléchir les définitions locales préalables des problèmes publics qu'il convient de mettre à l'agenda.

Dans les cas de Rennes et de Metz, il faut attendre la fin de la période DSQ et la mise en œuvre des Contrats de ville pour que de nouveaux problèmes publics soient formulés et aboutissent à des évolutions dans les domaines d'intervention des acteurs publics locaux. C'est seulement à partir de cette période que l'organisation sectorielle des politiques sociales et sanitaires sera soumise au changement.

3. Exemple à Lille

A Lille, les politiques de la ville sont l'occasion de reformuler ou de faire émerger de nouveaux problèmes publics.

L'attention est désormais portée, par le biais des mairies de quartier et des chargés de mission, sur les spécificités des quartiers et des problèmes sociaux et de santé des habitants. Assez vite, les actions engagées concernent, à la fois

- le soutien à l'intégration sociale des populations immigrées,
- l'organisation de la lutte contre le chômage et l'exclusion des habitants
- mais également la mise en œuvre de nombreuses actions de lutte contre l'alcool et la toxicomanie, de prévention de l'obésité...

Dans cette ville, marquée de longue date par le traitement conjoint des questions sociales et de santé, l'intensité des problèmes donne lieu à une sorte de renforcement du système local d'action publique. Les innovations viennent à la fois de l'émergence de nouveaux acteurs associatifs locaux et de l'ampleur des actions engagées. Elles viennent aussi des acteurs déconcentrés de l'État qui prennent les reines des premiers programmes pluriannuels de promotion de la santé (en particulier par le biais de la périnatalité, de l'alcool, de la santé au travail, à l'école, au domicile).

Ainsi, dans tous les quartiers ciblés par la politique de la ville, apparaissent des associations à vocation d'intégration, des coopératives, des clubs de prévention et autres structures de prise en charge des toxicomanes. Avec le soutien de la Municipalité mais aussi assez rapidement du Conseil général et du Conseil régional, on voit naître dans le territoire lillois une convergence des acteurs publics et associatifs en faveur d'un traitement assez systématique et transversal de lutte contre la pauvreté.

Dans ce territoire particulièrement défavorisé, possédant des indicateurs de santé particulièrement mauvais, **la lutte contre les inégalités sociales de santé** apparaît comme un problème public local recevant l'adhésion de l'ensemble des échelons d'intervention publique. De ce fait, la congruence des idées et des intérêts au niveau local semble pouvoir conduire à un **effacement des frontières sociales traditionnelles et à une reformulation territoriale des problèmes publics**.

4. Exemple à Mantes-la-Jolie

A Mantes-la-Jolie, les mises à l'agenda consécutives à l'implantation des politiques de la ville font également apparaître des préoccupations considérables par rapport aux difficultés que traversent les habitants du quartier du Val Fourré. Cependant, les pistes d'action qui sont élaborées se distinguent assez nettement du cas lillois.

En effet, si l'ampleur des problèmes conduit à des réactions importantes des

autorités locales et des acteurs associatifs, des lignes de partage profondes naissent.

La Municipalité tente, avec une efficacité toute relative et un certain isolement, d'agir sur **les leviers économiques du chômage**. En tâchant d'articuler les procédures politiques de la ville et le programme européen Pauvreté 3, elle cherche à agir à différents stades et à **endiguer l'exclusion sociale des habitants**.

Les acteurs associatifs du Val Fourré connaissent, quant à eux, davantage de succès dans la mesure où leurs actions, pour être plus pragmatiques, sont mieux ancrées dans le quartier et rencontrent un large écho auprès de la population.

- Alors que les premiers essaient d'agir avec assez peu de succès sur les déterminants économiques de la lutte contre l'exclusion,
- les seconds mettent en avant la lutte contre l'illettrisme, l'intégration des populations immigrées, la valorisation des initiatives communautaires. C'est donc autour de l'affrontement de deux types de mise à l'agenda (mobilisation interne et mobilisation externe) que se nouent les tensions sur la formulation des problèmes publics locaux. On ne peut donc guère constater d'évolution des frontières sectorielles : certes des idées nouvelles apparaissent mais elles ne parviennent pas à s'affirmer suffisamment pour faire évoluer les institutions.

A Lille et à Mantes-la-Jolie, l'implantation des politiques de la ville représente donc une opportunité importante pour agir sur les problématiques sociales et de santé que rencontrent les populations.

- Dans un cas, celui de Lille, la formulation des problèmes publics provient d'une convergence entre acteurs publics et acteurs associatifs,
- alors que dans l'autre, celui de Mantes-la-Jolie, elle résulte de l'affrontement entre ces différents acteurs.

Toutefois, dans les deux cas, on peut souligner le fait que, si les contours des interventions locales se distinguent, les actions développées ciblent très nettement les populations les plus éloignées des prises en charge sectorielles de l'État. Cette sorte de tâtonnement nous apparaît tout à fait exemplaire de la période d'expérimentation qui caractérise les années 1980 et **les premières formes de territorialisation des politiques nationales**. Elle aura tendance à s'atténuer au cours de la décennie suivante, très largement marquée par un mouvement d'**individualisation et de « sanitarisation » des politiques locales**.

L'individualisation et la "sanitarisation du sociale", les années 90

IV

Les années 1990 et la montée en puissance des préoccupations liées aux questions de santé	50
A. Les trois tendances	51
B. Influence de la lutte contre le sida : l'émergence de politiques locales dans le Nord, l'Ille-et-Vilaine et les Alpes-Maritimes	54
Exemples d'actions en direction de la lutte contre le sida	57
C. Traitement sanitaire des problèmes sociaux : exemples de la santé des « exclus »	60
D. Individualisation sanitaire des questions sociales : exemple des questions relatives à la parentalité, à la santé des jeunes et à la souffrance psychique en Nord Pas-de-Calais et en Bretagne.	62
Exemple d'actions d'accompagnement de la parentalité par la Ville de Rennes	64
Exemple du Plan Régional de Santé "enfants et des jeunes"	65
Exemple d'animation territoriale en santé en Bretagne	66

A partir de la fin des années 1980 et jusqu'à aujourd'hui, une autre évolution se fait progressivement jour au niveau local : **l'émergence d'un processus d'individualisation et de « sanitarisation du social »**.

Au moins trois éléments jouent une influence sur cette évolution.

A. Les années 1990 et la montée en puissance des préoccupations liées aux questions de santé



Fondamental

D'une part, un mouvement de fond agit en faveur du **néolibéralisme et de l'individualisation**. Bruno Jobert et Bruno Théret montrent comment, au cours de la décennie 1980, les élites françaises de droite puis de gauche ont été progressivement touchées par ce courant.



Définition

Cette adoption des principes néolibéraux en France possède des particularités, au nombre desquelles une certaine invisibilité :

« La rencontre entre le néo-libéralisme dominant et les institutions de l'État-providence à la française ne se traduit en fait ni par l'élimination du second ni par la simple juxtaposition de deux réseaux de politique publique construits autour de référentiels différents. Elle aboutit plutôt à une réinterprétation de cet État-providence qui joue sur la complexité de son organisation et la polysémie de ses principes fondateurs et permet ainsi des reconstructions marquantes à l'abri d'une façade inchangée ».



Définition

Ulrich Beck a largement révélé combien l'individualisation constituait un élément marquant de nos sociétés au cours des deux dernières décennies :

« Dans le contexte de l'individualisation, le chômage de masse est vécu comme un destin personnel. Les gens ne sont plus touchés par le chômage de façon collective et socialement visible, ils en sont victimes dans certaines phases spécifiques de l'existence. Les personnes touchées doivent aujourd'hui supporter seules des situations pour lesquelles on disposait autrefois de contre-modèles, de stratégies de défense et de soutien, dans un contexte où l'on était armé contre la pauvreté parce que marqué par la culture de classe. Dans ces existences individualisées et privées de leurs référents de classe, le destin collectif se transforme d'emblée en destin personnel, en destin individuel qui s'inscrit dans une société que l'on n'aborde plus que de façon statistique »

Or, cette évolution de la perception de la pauvreté rejaillit largement sur l'évolution des politiques sociales et de santé où on voit poindre à la fois une « marchandisation de la protection sociale » et « une privatisation rampante du risque maladie » ainsi que les dépeignent Bruno Palier (2002) et Patrick Hassenteufel (1999).

Ce mouvement touche bien sûr de nombreux secteurs de l'action publique et entraîne l'introduction de nouveaux instruments tels que, dans les secteurs sanitaire et social : l'évaluation, la quantification des objectifs, l'éducation du patient, le workfare...



Fondamental

D'autre part, l'apparition de l'épidémie de sida joue un rôle de déclencheur dans la **production locale d'actions de santé publique** et aboutit à l'émergence d'une culture de la crise sanitaire qui infléchit les modèles classiques de la santé publique française.

Olivier Borraz souligne ainsi : « Son objectif [celui de l'ouvrage présenté] est de rendre compte des actions qui ont été menées dans trois départements métropolitains en matière de lutte contre le sida et le VIH. Il s'agit de montrer que ces actions ne peuvent être réduites au simple rang de déclinaisons de politiques nationales à l'échelle territoriale, mais qu'elles témoignent au contraire de capacités de mobilisation autour des problèmes du sida et du VIH qui s'avèrent déterminantes, tant pour comprendre la manière dont ces territoires ont répondu à l'avènement d'un nouveau problème, que mieux pour mieux appréhender l'ensemble de la politique de lutte contre le sida en France. L'éclairage par le local apporte en effet des éléments d'information essentiels sur les transformations intervenues dans le système sanitaire à l'occasion de la lutte contre le sida, qu'il s'agisse des capacités de résistance et d'adaptation du système hospitalier à une pathologie initialement caractérisée par nombreuses incertitudes, ou du lent avènement d'une démarche de santé publique en France »



Fondamental

Enfin, la prise de conscience progressive de l'étendue et de la gravité des inégalités sociales et territoriales de santé dans notre pays débouche à la fois sur un mouvement de **régionalisation des outils de santé publique** et sur une **réflexion plus avancée sur les difficultés sociales d'accès au système de prise en charge**.

Virginie Halley des Fontaines et Françoise Jabot opèrent une synthèse de ces évolutions : « *Bien que les structures de santé aient été les dernières à entrer dans le champ de la territorialisation des politiques publiques, on peut encore s'étonner de la nouvelle carrière accordée aux formules « territoires de santé » et santé dans les « territoires ».* (...) *Si les institutions de santé sont organisées, structurées, hiérarchisées dans leur quête d'informations, le constat de la persistance d'inégalités dans la qualité des soins, dans l'accessibilité aux structures et face aux risques encourus se fait à l'échelon local.* (...) *A l'instar d'autres pays d'Europe, le paysage de la santé en France s'est organisé autour de la région : durant près de vingt années de mises au point successives, des instances régionales compétentes en matière de santé ont été installées ; comités régionaux des politiques de santé, conférences régionales de santé, agences régionales d'hospitalisation, unions régionales des caisses d'assurance maladie, unions régionales des médecins libéraux, et jusqu'à la toute récente loi du 9 août 2004 qui prévoit, en appui des plans régionaux, des groupements régionaux de santé »*

Ces trois éléments contextuels conduisent à la mise en évidence d'un volet santé de plus en plus présent dans la prise en charge sociale des personnes et aboutissent à la formulation d'actions prenant en compte cette dimension.

Alors que le domaine de la santé publique, nous l'avons vu, était resté un peu à l'écart de la territorialisation des questions sociales au cours des années 1980, on peut observer un développement régulier des initiatives allant en ce sens.

B. Les trois tendances

A cet égard, trois tendances concrètes touchant l'équilibre entre secteurs social et de santé peuvent être soulignées.

1. Première tendance

Premièrement, le domaine de la santé croît sur l'agenda des collectivités locales qui mènent fréquemment leurs propres actions en les intégrant parfois aux politiques de la ville ou aux programmes Ville-OMS. Ces actions relèvent essentiellement de **la prévention et de la promotion de la santé**. Elles lient aisément questions sociales et questions de santé et visent à sensibiliser les populations vulnérables questions de santé : on voit ainsi émerger des réflexions en termes de nutrition, de lutte contre l'alcoolisme... dans les actions politiques de la ville.

De plus, l'État local en santé tend à se renforcer avec un **accroissement de ses effectifs de fonctionnaires** (médecins inspecteurs de santé publique dans une faible mesure mais surtout équipes de santé publique comptant également des infirmières et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales), et avec des programmations plus systématiques en faveur de **la cohésion sociale ou des crises sanitaires** (l'épidémie à VIH en sera un puis l'ESB, la grippe aviaire, la canicule, les menaces de terrorisme chimique, les catastrophes naturelles...).

Du point de vue de l'évolution des techniques, des savoir-faire, des « **partenariats** », les enquêtes menées par François-Xavier Schweyer révèlent les perceptions des fonctionnaires eux-mêmes, leurs atouts et leurs faiblesses face aux nouvelles exigences de l'action publique :

« Ce que les IASS disent des « savoir-faire » utilisés, illustre les modes d'action administratifs décrits en sociologie de l'administration : l'arrangement négocié, le mode de gouvernement local. 68 % d'entre eux revendiquent « la connaissance des enjeux et des stratégies », 62 % les « interfaces entre politique et réalité de terrain », 55 % « la mise en synergie des logiques et des savoir-faire ». On pourrait s'étonner que seulement 39 % évoquent « l'observation des processus sociaux », qui permet pourtant de diagnostiquer les demandes sociales. Ce serait oublier qu'en matière sanitaire, les besoins sont évalués par la planification régionale et centrale ; que, par ailleurs, l'observation semble surtout nécessaire pour ce qui a trait à l'action sociale, mais il faut qu'elle soit articulée à une politique et qu'il y ait accord sur les protocoles d'observation. Or, c'est l'hétérogénéité qui prévaut en la matière comme le prouve la difficulté de mise en place « d'observatoires du social ». Les « savoir-faire utilisés » relèvent a priori du registre des compétences élaborées par expérience, autodidaxie, développées à partir de qualités professionnelles, c'est-à-dire largement subjectives (par opposition aux qualifications) ».

Pour ce qui concerne les collectivités locales, il semble qu'un certain éparpillement domine, au moins au début de la période et que le nombre de territoires concernés aille croissant au cours de la dernière décennie.

Du point de vue étatique, ce mouvement se confirme avec la régionalisation formelle des politiques de santé publique à partir de 1996 et jusqu'au vote de la loi de santé publique d'août 2004. Nous sommes donc ici face à un mouvement inverse de celui observé dans le cadre des politiques de la ville : il n'y a pas systématisation d'une action publique contractuelle initiée par l'État et concernant l'ensemble des quartiers prioritaires, au contraire, les protagonistes de ces actions locales de santé cheminent séparément et parfois seulement se rencontrent. En fonction des cas, tantôt les territoires locaux servent de creuset pour l'expérimentation d'actions locales de santé publique et alimentent les réflexions nationales, tantôt le renforcement de l'action étatique conduit à la mise en œuvre locale d'actions coproduites par l'État local et les acteurs publics et associatifs locaux.

Il faut attendre les toutes dernières années pour voir émerger des tentatives de contractualisation État-collectivités locales dans ce domaine.

2. Deuxième tendance

Deuxièmement, ce mouvement s'accompagne de l'émergence d'une logique duelle et d'un affaiblissement de la prise en charge étatique du secteur social.

Face à la rémanence du chômage de longue durée, aux difficultés d'insertion sociale et professionnelle des jeunes, à l'accroissement du phénomène de dépendance des personnes âgées, au maintien d'un certain nombre de territoires dans des situations d'exclusion profondes... se développe, en parallèle de la protection sociale classique contre les risques sociaux et symbolisée par la **Sécurité sociale**, une multitude d'initiatives visant à garantir les citoyens devant de nouvelles incertitudes ou même devant des évolutions sociales inéluctables.

Pourtant, ce déploiement de compétences n'est pas suivi d'un renforcement des moyens de l'administration déconcentrée en matière sanitaire et sociale. Ces initiatives qui ont pu être classifiées sous le terme de solidarité nationale ont pendant un temps relevé de l'État, puis d'une cogestion État-collectivités locales (RMI, PSD puis APA, fonds d'aide aux jeunes, missions locales pour l'emploi des jeunes...).

Si Jobert et Théret pouvaient affirmer en 1994 : « *Mais la démultiplication du concept de solidarité en plusieurs ensembles conceptuels permet d'obtenir une réorientation de l'État-providence compatible avec la perspective néo-libérale. Un partage des rôles s'esquisse ; la solidarité professionnelle, celle qu'incarne la Sécurité sociale est de plus en plus interprétée en termes d'assurances, les partenaires sociaux se posent en défenseurs des intérêts de leurs cotisants, c'est-à-dire de la population en activité. Quant aux exclus du marché du travail, c'est à la solidarité nationale de les prendre en charge. L'État républicain a une dette sociale envers ces victimes du progrès et se doit d'assurer à tous un minimum décent d'existence. L'État incarne le philanthrope moderne qui jette un regard compatissant sur les pauvres (...). Il impose aux nantis un devoir d'assistance : l'impôt de solidarité sur les fortunes permettra de financer le RMI, la dotation de solidarité urbaine fera contribuer les habitants des beaux quartiers au développement social des quartiers défavorisés* »

- Que pourrait-on dire aujourd'hui alors que la très grande majorité des actions relevant de la solidarité nationale a été transférée aux collectivités locales avec l'Acte II de la décentralisation ?
- L'État est-il encore le garant de cette solidarité en matière sociale et si oui dans quelle mesure ?

3. Troisième tendance

Troisièmement, la focalisation sur les questions de santé connaît une montée en charge assez inédite par rapport au traitement des questions sociales.

Rappelons que notre pays est particulièrement marqué par une approche individualiste de la santé et ne reconnaît que peu la question des inégalités sociales de santé.

Ce problème du traitement et même de la connaissance des dimensions sociales et de leur influence sur l'état de santé de la population n'émerge que tardivement et partiellement en tant que problème public. Alors qu'au cours des années 1990, les acteurs locaux abordent les questions de santé parce qu'ils font le constat que les difficultés sociales des personnes ne peuvent être traitées et a fortiori résolues isolément des questions de santé (état de santé mais également, par exemple, accès aux soins et soutien aux malades chroniques), plus récemment, les questions de santé apparaissent premières au point qu'un certain nombre d'analystes pointent l'existence **d'un mouvement d'individualisation et sanitarisation de la prise en charge** qui tend à masquer les difficultés sociales.

Pour le dire autrement, si les premières actions locales de santé pouvaient passer pour une sorte d'« extension » du traitement des questions sociales, les politiques plus récentes tendent à se réduire au traitement sanitaire de cas individuels et, par extension, à passer sous silence les dimensions sociales des pathologies présentées par les personnes.

4. Synthèse

Ainsi, en matière de répartition des domaines respectifs des secteurs santé et social, on peut dire que la tendance s'inverse par rapport aux périodes précédentes : alors que le secteur social apparaissait central pour l'État avec un certain nombre de limites (en termes d'effectifs, de budget et de légitimité), il devient secondaire pour ce dernier.

Les collectivités locales quant à elles prennent de l'importance, d'abord en matière sociale puis en matière de santé. Reste à savoir si la mise en œuvre des **lois d'août 2004** vont permettre aux collectivités locales de rester investies en matière de santé. S'il est probable que oui pour les Municipalités, les Régions et mêmes les territoires de projet comme les agglomérations ou les pays, cela est moins sûr pour

les Départements alors que de très lourds segments de la prise en charge sociale leur ont été transférés (personnes âgées, personnes handicapées, RMI, fonds d'aides aux jeunes, notamment).

Afin d'illustrer notre propos, nous aborderons **l'analyse des mouvements d'individualisation et de « sanitarisation » du social** en trois points.

Ainsi, nous étudierons tour à tour :

- la question de l'influence de la lutte contre le sida sur l'émergence des politiques locales de santé (1995-1999) ;
- la prise en compte progressive des questions relatives à la santé des exclus (1996-1998) ;
- le mouvement d'individualisation qui touche les questions de santé, parfois au détriment du traitement des questions sociales (2002-2005).

Pour ce faire, nos terrains d'observation seront :

- le Nord, les Alpes-Maritimes et l'Ille-et-Vilaine pour la lutte contre le sida et la toxicomanie ;
- le territoire rennais pour la santé des exclus ;
- enfin, le Nord Pas-de-Calais et la Bretagne pour l'individualisation des questions de santé, à travers, notamment, la santé des jeunes et les questions de souffrance psychique.

C. Influence de la lutte contre le sida : l'émergence de politiques locales dans le Nord, l'Ille-et-Vilaine et les Alpes-Maritimes

Lorsque l'on considère l'évolution de l'action locale de l'État en santé, **le domaine de la lutte contre le sida** apparaît tout à fait exemplaire.

En effet, l'irruption de cette épidémie marque la mise en œuvre généralisée des programmes pluriannuels d'intervention au niveau inter-départemental.



Fondamental

Elle marque aussi du côté des collectivités locales des mobilisations parfois sans précédent dans le champ de la santé.

Bien sûr, on peut souligner le temps d'attente assez long entre l'irruption des premiers cas de sida et les réactions de l'administration centrale en terme d'implantation de politiques publiques :

« Enfin, il importe d'énumérer tous les domaines où, en se plaçant au terme de la période d'émergence, en 1988, l'Administration n'a pas encore pris de décision dans des domaines qui sont pourtant de sa compétence. Sur le droit à l'emploi des séropositifs ou les conditions d'emploi des malades dans la fonction publique, sur la prise en charge des malades non assurés, sur les règles à suivre concernant le dépistage en dehors des cas prévus concernant les dons de sang et d'organes et le milieu hospitalier, sur la qualification pénale des comportements à risque, sur la levée éventuelle de l'anonymat à des fins d'étude épidémiologique, sur la possibilité ou non pour les assurances de demander un test avant d'assurer un client, sur les conditions d'hospitalisation des malades en services ou non spécialisés – dans tous ces domaines, en 1988, l'Administration n'a pas tranché. Elle a souvent préparé des textes dans le cadre de sa « fonction » de vigilance administrative, mais ne s'est pas résolue à aller plus loin. Il ne s'agit pas de retard, mais d'incapacité à agir ».

Ces temps d'attente expliquent d'ailleurs pourquoi certains départements ou certaines villes s'organisent rapidement pour implanter des actions, notamment de

distribution de préservatifs auprès de certains groupes reconnus comme à risque au niveau local et non ciblés par les pouvoirs publics centraux.

Pierre Favre le montre aussi :

« Enfin, il est peu contestable que l'Administration a réagi avec une rapidité différente selon les groupes sociaux menacés : les professions de santé, les homosexuels, les hémophiles ou les femmes enceintes ont été – pour des raisons sociales qu'on développerait aisément – au cœur des préoccupations de la Direction générale de la santé, alors que les groupes semblant aussi en première ligne comme les toxicomanes et les prostituées et d'autres affrontés à des problèmes plus spécifiques (assujettis à la médecine du travail, accédant à la propriété demandant un prêt bancaire) échappaient à sa vigilance. Une autre raison, plus centrale, de ce traitement différentiel, tient à la constante volonté qu'à l'Administration d'éviter l'intervention du champ politique dans la gestion des problèmes dont elle a la charge ».

Pour autant, ainsi que le rappelle Claude Thiaudière dans un entretien récent (2005), l'épidémie de sida a donné une impulsion d'envergure à la réflexion en santé publique même si cette dernière a pris, par ailleurs de l'ampleur, dès le début des années 1980 : *« Au début des années 1980, la santé publique était assise sur de vieilles victoires, comme l'antibiothérapie et la vaccination. Le sida a alors mis à l'épreuve les pratiques de santé et les théories médicales, et a entraîné une réorganisation du système. L'une des conséquences de cette crise que l'on ressent encore aujourd'hui est la place qu'a prise la santé publique ».*

Pour comprendre l'influence jouée par la lutte contre le sida sur la formulation de politiques locales de santé, il faut procéder à l'analyse conjointe et comparée d'au moins deux types d'éléments : se rappeler qui ont été les acteurs de ce domaine au niveau local ; procéder à une **analyse des interrelations entre ces protagonistes et les actions qui en découlent**.

En effet, cette analyse des différents intérêts en présence éclaire d'un jour nouveau la manière dont sont alors conduites les actions locales de santé.

Pour ce faire, nous nous appuyons sur du matériel récolté entre 1996 et 1998 dans trois départements se distinguant à de nombreux égards (la situation épidémiologique, les profils des malades, le caractère plus ou moins prestigieux des services hospitaliers mobilisés, les réseaux associatifs qui se structurent autour de la maladie, l'antériorité des politiques locales sociales et de santé...). Nous avons à l'époque considéré l'échelon départemental comme l'échelon pertinent d'analyse dans la mesure où un certain nombre de structures et de financements émanant de l'État et des Conseils généraux opéraient à ce niveau territorial. Cela dit, dans les trois cas, les initiatives publiques ou associatives menées dans la ville-centre occupent une place de choix.

Qui sont les protagonistes de la lutte contre le sida dans les trois départements étudiés ?

Avant toutes choses, il faut souligner que l'émergence de cette épidémie provoque, dans presque tous les cas, les premières rencontres ou des rapprochements inédits entre les différents acteurs. Elle conduit même à la naissance de nouvelles mobilisations, qu'il s'agisse des associations de défense des malades ou bien des postes de Médecins inspecteurs spécialement chargés de la lutte contre cette pathologie.

1. L'État

L'État s'impose au titre de ses Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

En son sein et dans les trois départements considérés, un Médecin inspecteur de

santé publique est plus particulièrement affecté à la mise en œuvre d'une programmation triennale en direction de la lutte contre le sida, assortie d'une enveloppe financière afférente.

Au-delà de la similitude des fonctions, cette programmation se fait de manière très différenciée dans les trois départements :

- alors que le MISP du Nord se positionne comme l'interlocuteur légitime de l'ensemble des acteurs locaux et fait émerger des projets coordonnés ;
- celui d'Ille-et-Vilaine parvient mal à asseoir son autorité et ses propositions de programmation restent un peu isolées ;
- enfin, celui des Alpes-Maritimes se place au centre du système mais sur un mode très dirigiste selon lequel les acteurs locaux doivent se plier à sa programmation.

2. Les collectivités locales

Les collectivités locales sont diversement positionnées en direction de la lutte contre le sida.

Rappelons tout d'abord que les Conseils généraux ont des compétences obligatoires à exercer dans le cadre des Centres de dépistage anonyme et gratuit. Au-delà de ces dispositifs imposés, quelles sont les attitudes des collectivités locales ? Là encore, il faut distinguer selon les territoires.

- Ainsi, dans le département du Nord, nous pouvons souligner la mobilisation de l'ensemble des échelons décisionnels : la Communauté urbaine de Lille participe au financement de nombreuses structures, c'est également le cas d'autres grandes villes du territoire comme Boulogne, Villeneuve d'Ascq ou Douai. Le Conseil général mène des actions volontaristes dans le cadre de sa politique de lutte contre les exclusions sociales et soutient de nombreuses initiatives associatives. Le Conseil régional, plus étonnamment, est également mobilisé par le biais de sa politique de solidarité et par l'investissement de la Maison régionale de promotion de la santé, fondée en 1983.
- En Ille-et-Vilaine, seules Rennes et Saint-Malo déploient des actions de soutien aux malades du sida.
- Dans les Alpes-Maritimes, les collectivités locales sont singulièrement absentes malgré la situation épidémiologique du territoire, à l'exception notable du Conseil régional qui finance quelques initiatives.

3. Les services hospitaliers

Les services hospitaliers répondent à la prise en charge des patients atteints du VIH. De nombreux médecins généralistes et des personnels paramédicaux s'organisent également, notamment par le biais des Réseaux ville-hôpital émergents. Là encore, les situations locales apparaissent diversifiées.

- Dans le Nord, un service conduit par un PUPH prestigieux se mobilise dans un des sites du CHRU. Cependant, pour faire face à l'étendue du territoire départemental et éviter de trop nombreux déplacements aux malades, des unités sont ouvertes dans plusieurs hôpitaux locaux du territoire.
- En Ille-et-Vilaine, un seul service, de petite taille, est concerné. Du fait du petit nombre de malades, aucune autre unité n'est ouverte. En revanche, le Réseau ville hôpital fonctionne réellement et un certain nombre de médecins généralistes très actifs se mobilisent.
- Dans les Alpes-Maritimes, deux services, conduits par des professeurs très renommés, se positionnent au sein du CHU. Ces deux services s'affrontent du point de vue de leur influence – notamment en termes de publications-

mais aussi pour le nombre de lits consacrés à la maladie. En outre, ces deux services sont montrés du doigt par les associations pour leur façon de sélectionner des malades et ne pas prendre en charge les plus exclus (notamment les malades pauvres et/ou toxicomanes d'origine étrangère).

4. Les associations

Sont également mobilisées des associations d'aide aux malades. Ces associations, sur lesquelles nous reviendrons plus longuement (chapitre 2), apparaissent diversifiées, notamment, en fonction : des publics ciblés ; des territoires d'implantation ; de leur appartenance ou non à des fédérations nationales.

Si, dans les trois territoires, des associations de soutien aux malades émergent comme Aides, les autres types de mobilisation associative ne sont pas présents partout.

- Ainsi, l'Ille-et-Vilaine apparaît peu dotée en associations de soutien aux toxicomanes, la prise en charge s'organisant surtout à partir d'une association relevant de l'hôpital, en partenariat avec Aides.
- Dans le Nord, de nombreuses associations locales de soutien aux toxicomanes sont présentes et l'accent est mis sur le lien entre sida et précarité sociale.
- Dans les Alpes-Maritimes, les associations nationales type Aides, Act up et Sol en si sont mobilisées ainsi que de nombreuses associations locales. Une attention particulière est portée aux personnes exclues, notamment d'origine étrangère. L'idée de prise en charge « bas seuil » se développe largement.

D. Exemples d'actions en direction de la lutte contre le sida

Si nous étudions à présent l'état des échanges à l'intérieur de ces différents groupes et entre eux ainsi que les productions locales d'actions en direction de la lutte contre le sida, que pouvons-nous observer ?

1. Dans le Nord

Dans le Nord, non seulement un grand nombre d'acteurs sont mobilisés mais ils entretiennent entre eux de bonnes ou relativement bonnes relations. Qu'il s'agisse de l'État et des collectivités locales ou bien encore du secteur hospitalier ou de secteur associatif, on ne peut que souligner la qualité des échanges entre les acteurs.

Sous la houlette de l'État, les différentes organisations participent à la mise en évidence de l'existence d'un problème public local : la nécessité d'organiser la lutte contre le sida, qu'il s'agisse de la prévention et de la prise en charge, et de tenir compte pour ce faire des situations profondes d'exclusion sociale qui touchent le département.

Il est intéressant de souligner que la politique de lutte contre le sida n'est pas envisagée par les différents protagonistes (à l'exception peut-être de quelques acteurs hospitaliers et de quelques représentants associatifs plus particulièrement attachés à la défense de l'identité homosexuelle) comme un problème isolé. Au contraire, l'infection à VIH est envisagée dans son **contexte social** et relève d'un panel d'actions mises en œuvre pour lutter contre les multiples formes d'exclusion qui touchent la population.

On peut dire, du fait des nombreuses références qui y sont faites, notamment par les acteurs des collectivités locales et du secteur associatif, que **la politique de la**

ville a servi d'espace d'expérimentation des pratiques de collaboration et de lieu de formulation d'actions collectives au niveau local.

2. En Ile-et-Vilaine

En Ile-et-Vilaine, peu d'acteurs sont mobilisés mais l'organisation de la lutte contre le sida se fait sur un mode assez consensuel.

Du fait de l'action conjointe d'une association (Aides en l'occurrence), d'un service hospitalier, d'un certain nombre de médecins généralistes et avec l'appui de deux municipalités et des services de l'État, la lutte contre le sida est progressivement perçue comme un **problème public local**.

Quelques différences sont à souligner par rapport au département du Nord :

- le représentant de l'État n'apparaît pas comme une figure centrale mais comme un acteur parmi d'autres ;
- la lutte contre la maladie n'est pas intégrée dans une logique plus globale de lutte contre les exclusions sociales ;
- le secteur de la santé n'est pas relié au secteur social dans cette perspective.

Il n'est pas fait référence, dans les entretiens, à d'autres modalités d'expérimentation territoriale comme c'est le cas pour les politiques de la ville dans le Nord.

3. Dans les Alpes-Maritimes

Dans les Alpes-Maritimes, la situation est toute différente.

En effet, l'État domine très largement le secteur mais contribue à une formulation isolée du problème public que constitue la lutte contre le sida dans le département. A de nombreux égards, on peut dire que la formulation de ce problème public n'est pas locale mais **territorialisée**.

Le médecin inspecteur de santé public entend définir seul sa programmation triennale et ne laisse guère la place à la contestation. Ceci retentit largement sur les relations avec les autres protagonistes de la lutte contre le sida, eux-mêmes assez fortement divisés.

Ainsi, les seules associations qui bénéficient de financements publics sont les associations ayant accepté l'ensemble des termes de la programmation triennale. Les autres, curieusement les associations à représentation nationale, sont contraintes au bricolage financier.

Pour autant, la mobilisation collective locale est forte autour de la lutte contre le sida qui, comme dans le Nord, est perçue comme une action plus large de lutte contre les différentes formes d'exclusion sociale.

4. Synthèse

Pour synthétiser notre propos, nous pouvons donc affirmer que la lutte contre le sida conduit à l'émergence de politiques locales de santé dans les trois départements considérés.

- Dans le Nord, cette politique portée par l'État et les collectivités locales présente une certaine envergure et une grande transversalité.
- En Ile-et-Vilaine, la politique publique est également conjointe mais présente un caractère plus circonscrit.
- Dans les Alpes-Maritimes, la politique publique est portée par l'État seul ou presque mais dans un contexte de mobilisation collective forte et sur fond de débat social important.

Dans deux départements sur trois (Nord et Alpes-Maritimes), de nombreux liens sont établis entre la maladie et les situations sociales des personnes atteintes ou les plus exposées. Dans un département sur trois (le Nord), cette attitude a été notamment préparée par les nombreuses expérimentations dans le domaine des politiques de la ville qui avaient permis le développement d'une prise de conscience des inégalités sociales de santé dans la Région.

Cependant, à des degrés divers, l'émergence de ces politiques locales conduit, dans les territoires, à une systématisation progressive des liens entre **questions sociales et questions de santé**. Le lien entre infection à VIH et situation sociale des personnes atteintes se fait progressivement parmi les acteurs de terrain. Les modes de transmission de la maladie évoluant avec les années, on passe de la lutte militante contre une épidémie touchant principalement les homosexuels, à la prise de conscience de divers degrés d'exposition en fonction des facteurs sociaux :

« Jusque vers 1985 et la diffusion des pratiques de prévention, la contamination touche massivement des réseaux d'échange sexuels ou de seringues, ce qui se traduit par une séroprévalence importante là où le virus accède à des réseaux étendus. Par la suite, les conduites de protection modifient cette diffusion. Les travaux de Pollak ou Schiltz chez les homosexuels conduisent à penser que ce tournant se traduit par un déplacement de l'épidémie vers les classes populaires et les personnes sans profession. Les travaux d'Ingold (1996) suggèrent une plus grande vulnérabilité chez les usagers de drogue par injection en situation précaire ».

Cette systématisation va aboutir avec la formulation d'un problème public : **la question de la santé des « exclus »**.

De ce fait, les opérations de découpage du réel, propres aux processus de sectorisation se trouvent remis en question, à la fois au niveau local où ils ne correspondent plus que partiellement à la réalité des situations et au niveau national où l'Etat peine à garder sa légitimité face à la croissance continue des problèmes.

E. Traitement sanitaire des problèmes sociaux : exemples de la santé des « exclus »

Ainsi que nous le soulignons en 1998, au cours des années 1990, nous assistons à un mouvement de « **transversalisation** » des politiques locales qui conduit notamment à une articulation plus étroite entre le sanitaire et le social. Cette évolution est liée à la mise à l'agenda politique de la question de l'« exclusion sociale ».

Le traitement de cette « nouvelle question sociale » se caractérise par une volonté de prise en charge à la fois globale (intégrant notamment la dimension de l'accès aux soins), individualisée (traitement au « cas par cas ») et territorialisée (forte inscription dans un espace donné).

Les politiques du RMI ou de prise en charge des personnes âgées dépendantes traduisaient alors le plus nettement ce changement d'approche. Nous pouvons ajouter que la réforme de l'État de 1994, le vote de la loi de lutte contre les exclusions en 1998 ainsi que les débats parlementaires préparatoires au vote de la loi sur l'Assurance maladie universelle entraient également pour partie dans cette évolution.



Définition

A certains égards, une tendance à la « médicalisation du social », au « glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap » étaient déjà pointé par les observateurs comme une évolution préoccupante de la prise en

charge sociale.

Pourtant, cette reconnaissance se fait avec peine. Comme le souligne Marcel Druhle : « *Au cours de vingt-cinq dernières années, les enjeux liés à la maîtrise des dépenses de santé, à l'apparition de l'épidémie du sida et aux séquelles sanitaires du développement d'une extrême pauvreté remettent pourtant en cause une pareille étroitesse de vue [la polarisation sur le curatif] : la démocratisation de la consommation médicale est impuissante à réduire les écarts sociaux de santé ; de meilleurs traitements thérapeutiques pour les séropositifs et les sidéens n'enrayent pas la diffusion de l'épidémie chez les plus mal instruits et les plus pauvres ; soigner les chômeurs chroniques n'empêche pas le stress et l'anxiété liés à une quête sans fin d'emploi de faire leur œuvre délétère. (...) En dépit des résultats multiples et convergents de la recherche scientifique qui établissent les inégalités sociales de santé, leur persistance et leur accroissement, et qui en explicitent au moins partiellement les mécanismes sous-jacents, ce phénomène n'est pas encore véritablement reconnu sur la scène publique comme problème majeur de santé publique* »

Au niveau local, la préoccupation relative à la production locale d'actions de santé en direction des « **exclus** » émerge pourtant de manière pragmatique.

Dans certaines villes, du fait des expérimentations en termes de politiques de la ville et de lutte contre le sida, les acteurs publics et associatifs intègrent très précocement les questions de santé : c'est le cas, nous l'avons vu, dès le début des années 1980 à Lille et plus largement dans le département du Nord.

Dans d'autres villes, si ces expérimentations servent de « creuset » aux actions en direction de la santé des exclus, il faut attendre les années 1990 et la prise de conscience de la montée inéluctable des phénomènes d'exclusion sociale pour que les questions sociales et sanitaires apparaissent liées.



Exemple : Le territoire rennais

A cet égard, le territoire rennais apparaît comme exemplaire. Au moment de l'enquête (1995-1997), les acteurs interrogés faisaient le constat suivant : **le phénomène d'exclusion sociale touche directement le secteur sanitaire.**

Il existe, en effet, une frange de la population qui n'est pas accueillie par l'hôpital et qui ne peut être prise en charge par les seuls services sociaux dans la mesure où elle présente des pathologies avérées. La santé s'impose alors comme un élément de réinsertion sociale des personnes.

Les acteurs qui se saisissent de cette question sont à la fois issus du secteur associatif et de la Municipalité. Ces deux types de protagonistes agissent de manière plus ou moins parallèle au départ puis se rejoignent à certains moments pour constituer des « coalitions de projet » autour de la santé publique. Tous vont dans le sens d'une socialisation des problèmes de santé en s'attachant à donner une réponse sanitaire aux phénomènes d'exclusion sociale.

Les associations qui s'emparent de cette question sont :

- d'une part, des associations du secteur social (en direction des adultes mais aussi des jeunes) qui, après une décennie d'actions territorialisées dans le cadre des politiques de la ville, font le constat de la permanence des questions de santé dans les problèmes d'insertion sociale des personnes en difficulté
- et d'autre part, des associations du secteur sanitaire (notamment du champ de la toxicomanie) qui, dans la suite de la lutte contre le sida, souhaitent articuler questions sociales et questions sanitaires.

Au titre des premières associations, on peut citer **la cantine sociale et les centres d'hébergement et de réadaptation sociale** (CHRS) qui, implantés de longue date dans le territoire rennais et spécialisés dans l'accueil des populations

en situation de marginalité sociale, développent des actions de santé (embauche d'un infirmier à mi-temps pour la première, étude sur la santé des marginaux et recherche de partenaires santé pour les seconds). De manière peut-être encore plus exemplaire, **le club de prévention le Relais**, œuvrant dans les quartiers rennais depuis 1962 et partenaire de toutes les opérations politiques de la ville, ouvre une antenne en centre-ville, dans les locaux jouxtant ceux de la Mission locale pour l'emploi des jeunes, et propose des actions de santé en direction des jeunes exclus et/ou en errance. Pour ce faire, il élabore des relations avec les étudiants de l'école dentaire ainsi qu'avec les médecins des centres sociaux.

Du côté du secteur sanitaire, on peut relever l'exemple de l'association **l'Envol**, spécialisée dans la lutte contre la toxicomanie, qui initie progressivement des actions hors les murs de l'hôpital. Elle établit les premières actions partenariales au titre de la lutte contre le sida (après avoir fait le constat en 1987 que la moitié des toxicomanes suivis étaient concernés par l'infection à VIH). Dans ce cadre, elle participe notamment au réseau ville hôpital sida et travaille étroitement avec le service des maladies infectieuses prenant en charge les malades. En direction du secteur social, elle propose des actions conjointes avec le Relais, Aides et Jeunesse et Sports, en promouvant, par exemple, l'opération « sid-coz café » pendant le festival des Transmusicales (opération de prévention et d'information sur le sida et les conduites de consommation à risques).

Du côté de la Municipalité, il faut signaler le fait que la Ville de Rennes s'appuie sur la charte de 1987 portant création du Réseau européen des villes santé OMS. Cette appartenance explique, pour partie, la multiplication des initiatives municipales en matière de santé. Elle justifie la mise à l'agenda municipal des questions de santé publique et la réalisation des objectifs de « **santé pour tous** ». **Un comité Ville-Santé** composé de personnalités des champs associatifs des secteurs sanitaire et social fonctionne depuis 1987. Son organisation est rationalisée, en 1995, à la faveur du changement d'élue à la santé qui crée un comité consultatif composé des groupes de travail suivants : santé enfance, femmes, MST-sida, alcool-toxicomanie, environnement, santé mentale-solitude-précarité. Plus concrètement, la Ville de Rennes initie des partenariats avec le secteur associatif pour mettre en œuvre des opérations de santé dans les quartiers. Ainsi, la Municipalité est-elle engagée avec le CODES dans le quartier du Blosne au titre du Contrat de ville pour conduire des actions de lutte contre la toxicomanie en direction des jeunes. Cependant, au moment de l'enquête et à l'exception de ce travail avec le CODES, la plupart des acteurs rencontrés soulignaient la faveur accordée par la Ville aux opérations ponctuelles au détriment du travail de terrain avec les habitants. Cette tendance conduisait à une certaine méfiance des militants vis-à-vis de ce qui était ressenti comme une tentative de mainmise ou de municipalisation des actions.

Somme toute, nous concluons notre travail en faisant le constat que, si les Municipalités tendaient à promouvoir une certaine autonomisation de leurs actions en matière de santé, celles-ci reposaient essentiellement sur des pratiques symboliques et sur un discours volontariste. L'expertise en santé demeurait largement entre les mains des services déconcentrés de l'État et du secteur hospitalier.

Cela dit, le caractère aléatoire de ce que nous nommions alors « **la nouvelle santé publique** » a eu tendance à se dissiper avec le temps et la présence des municipalités et autres collectivités locales dans ce secteur s'est nettement confirmée. L'exemple des actions locales entreprises en direction de la santé des exclus à partir du milieu des années 1990 permet de relever un certain nombre d'enseignements : les acteurs locaux ont tiré partie des expérimentations conduites dans les cadres des politiques de la ville et de la lutte contre le sida aussi bien en termes d'apprentissage des pratiques partenariales qu'en termes de transversalisation des prises en charge santé/social. A cette occasion, ils ont mis en œuvre des actions locales innovantes permettant de pallier la sectorisation des

politiques publiques et de faire face aux « angles morts » de la prise en charge étatique traditionnelle. Cela dit, la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 en ce qu'elle crée les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) et les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) permettent de répondre pour partie à ces angles morts. Cependant, si nous pouvions nous réjouir de la prise de conscience du caractère profondément transversal de ces questions, nous assistons plus récemment à la montée en puissance d'un **mouvement d'individualisation sanitaire des questions sociales**.

F. Individualisation sanitaire des questions sociales : exemple des questions relatives à la parentalité, à la santé des jeunes et à la souffrance psychique en Nord Pas-de-Calais et en Bretagne.



Définition

La tendance à **l'individualisation** de la prise en charge d'un certain nombre de publics cibles au premier rang desquels on trouve les « exclus », les jeunes, les parents...a été précisément mise à jour par Didier Fassin :

« C'est parce qu'il [l'État] fait peu dans ce domaine [la lutte contre les inégalités] au plan national, avec pour conséquence que la France est l'un des pays d'Europe où les disparités de salaires sont les plus profondes et, où les écarts de mortalité des hommes sont les plus importants, ainsi que l'a établi Anton Kunst, que des aménagements locaux rendant ces inégalités un peu plus supportables apparaissent nécessaires. Intervenir auprès des classes sociales et des catégories populationnelles les plus dominées en faisant appel hier aux travailleurs sociaux, aujourd'hui de surcroît aux psychologues, permet d'afficher une préoccupation publique qui relève toutefois de la sollicitude plutôt que de la solidarité. (...) En se situant du point de vue des individus, le processus de psychologisation à l'œuvre, particulier en ce qu'il rabat le social sur la psyché, leur [aux personnes faisant l'expérience des inégalités] impose une manière de se présenter devant les autres dans un double registre pathétique et individuel : d'une part, les affects liés au malheur sont mis en avant ; d'autre part, les discours sont constitués sur le mode biographique. Il n'y a guère d'espace pour dire la violence des interactions dans lesquelles on se trouve pris (à l'école, dans son travail, avec la police, etc.) ou l'injustice des situations auxquelles on est confronté (en tant que jeune de milieu pauvre ou d'origine étrangère, en tant que demandeur d'emploi, etc.). Il n'y a pas beaucoup de place non plus pour une interprétation et des solutions d'ordre général (mettant précisément en cause l'ordre des choses), mais seulement pour des explications particulières renvoyant à des histoires singulières et à une capacité personnelle à faire face »

Pour comprendre le succès de cette tendance à l'individualisation, insistons sur les difficultés pérennes à penser la question des inégalités sociales de santé en France, ainsi que l'a montré notamment Marcel Druhle :

« Cette constance dans l'"invisibilisation" des inégalités sociales de santé sur la scène publique prolonge des processus de même nature concernant plus généralement les inégalités sociales dans des domaines divers comme l'école ou le logement : la "nouvelle question sociale", très largement abordée en termes d'exclusion et de pauvreté en témoigne »



Fondamental

Il apparaît également indispensable de souligner à quel point ces difficultés sont renforcées par une tendance générale au « déclin des institutions » et au fractionnement de la relation construite par les dispositifs institutionnels « classiques » en trois composantes :

- le contrôle social,
- la relation de service
- et la relation intersubjective.

Plus globalement, elles s'ancrent dans des mouvements supranationaux favorisant la libéralisation du système social et de santé.

De ce fait, nous assistons, notamment depuis 1998 et la loi de lutte contre l'exclusion sociale, à un développement des dispositifs d'accompagnement, des lieux d'accueil et d'écoute prônant une démarche de prise en charge individualisée des usagers.

Au niveau local, des réponses sont proposées soit par les acteurs locaux publics et associatifs, soit par les représentants de l'État déconcentré, soit de manière conjointe, pour répondre à des besoins des usagers en matière d'appui, d'écoute, de conseils.

Si ces expérimentations présentent l'avantage de tenter de prendre en considération des problèmes spécifiques et des demandes d'aide des usagers, elles comprennent également des inconvénients dans la mesure où la systématisation de la relation individualisée, le cantonnement des problèmes sociaux dans la sphère sanitaire, tend à circonscrire les difficultés des individus à des questions individuelles et à faire disparaître les questions collectives, la violence ou les problèmes sociaux qui s'exerce sur ces derniers (en termes de logement, d'emploi, de structure éducative...).

Afin d'illustrer notre propos, nous avons recours à des exemples dans le domaine de la santé des jeunes et de la parentalité, à plusieurs niveaux de mise en œuvre :

- les actions conduites en matière d'accompagnement de la parentalité par la Ville de Rennes,
- les actions en direction de la santé des jeunes dans le Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes » dans le Nord Pas-de-Calais
- et dans la démarche d'animation territoriale en santé en Bretagne.

Qu'il s'agisse de la parentalité ou de la santé des jeunes, ces modes d'entrée sont intéressants dans la mesure où ils partagent une rhétorique propre au renforcement de l'autonomie et de la responsabilité des usagers. Ne relevant ni exactement de la prise en charge en santé (ils traitent de souffrance psychique, de mal être mais mobilisent peu les soignants), ni exactement du travail social (ils relèvent beaucoup d'associations plus ou moins informelles, de montages peu pérennes découlant du travail social classique), ils systématisent des méthodes d'approche qui favorisent la mise en réseau des professionnels et une intervention individualisée en direction des usagers.

G. Exemple d'actions d'accompagnement de la parentalité par la Ville de Rennes

- Chronologiquement, notre premier exemple est issu d'une étude sur « **les problématiques des accompagnements éducatifs et pédagogiques au métier de parent à Rennes sur le Quartier 12 Champs Manceaux-Bréguigny** », en mars 1999.

Cette étude avait pour **objectif**, à la fois,

- d'appréhender la réalité d'expérimentations conduites dans le quartier 12 en matière d'accompagnement parents-enfants (une expérience dans un groupe scolaire, une expérience dans un centre social et une dans une maison de jeunes et de la culture, ciblant plus particulièrement des familles bénéficiaires du RMI)
- et de cerner les besoins des professionnels et des familles en matière d'accompagnement.

Les expérimentations avaient ceci d'intéressant qu'elles étaient nées de l'initiative des professionnels des structures qui, faisant le constat de difficultés éducatives croissantes des parents, proposaient des lieux / des espaces de rencontre. Pour animer ces structures, la Ville de Rennes apportait un support financier.

Pour ce qui nous concerne, deux éléments peuvent être retenus ici :

- d'une part, les discours tenus, lors des entretiens, par les professionnels rencontrés ;
- d'autre part, la manière dont la Ville et le Groupe santé se positionnent par rapport à ces expérimentations.

Les professionnels développaient un discours assez négatif, dénonciateur, vis-à-vis des parents, parlant d'une dérive, de manques de repères mais ne plaçaient jamais ces propos dans une problématique plus générale d'exclusion ou de précarité. Ainsi, il ressortait des propos recueillis que les comportements des parents et ceux des enfants avaient changé depuis environ quatre à cinq ans : un nombre de plus en plus important d'enfants jeunes présentaient une hyperactivité motrice ; les institutrices pensaient que ces comportements pourraient traduire une certaine forme d'insécurité et une demande de règles et de repères, ces insuffisances étant attribuées, selon elles, aux « négligences » parentales. Les enfants étaient sensés exprimer par leurs comportements hyperactifs les « malaises » de leurs parents.

Selon les professionnels, les parents répondaient de moins en moins aux sollicitations à caractère formel (notamment les réunions proposées par l'École). De plus, un certain nombre de familles peu connues des services sociaux se trouvaient en demande de soutien à la fonction parentale mais sous un aspect non formel, la formalisation s'apparentant trop à l'action sociale traditionnelle.

L'élue chargée du suivi de l'étude (élue en charge des affaires culturelles, par ailleurs présidente du groupe « Santé et enfance » au Comité consultatif pour la santé dans la Ville), présentait le contexte de l'étude de la manière suivante : « *Aujourd'hui, il n'est pas un jour où l'on n'évoque le mal-être des jeunes voire leur violence, la question de l'autorité parentale. La mise en cause des parents a fait apparaître des notions telles que 'Parents coupables' ou 'Parents à risques'. Les membres du groupe 'Santé et enfance' désirent prendre cette question comme terrain de réflexion dans une perspective constructive de prévention de la santé de l'enfant et de soutien aux parents. (...) Ce qui se pose comme question contemporaine, c'est la difficulté aujourd'hui, face à ce désarroi parental, à trouver des réponses adaptées. (...) D'emblée, est affiché le souhait de chacun de ne pas stigmatiser un type de famille et de prendre le problème dans sa globalité (complexification, voire décomposition des familles, mutations sociologiques accompagnant des bouleversements sociaux, économiques).* »

Par conséquent, si l'élue tente d'éviter toute stigmatisation et rappelle le contexte social dans lequel se trouvent les familles, les professionnels n'hésitent pas à pointer du doigt les responsabilités parentales, leurs défaillances, leurs manquements à l'égard des enfants. Cependant, les expérimentations conduites le

- Vient ensuite l'exemple du PRS "Santé des enfants et des jeunes", étudié en juin 2003.

Ici, notre regard porte sur un dispositif initié par l'État mais fortement co-piloté par le Conseil régional Nord Pas de Calais.

- « Favoriser le bien-être des enfants et des jeunes » ;
- « Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque » ;
- « Soutenir les parents isolés ou en difficultés ».

- ainsi, en 2000, la moitié des projets concernait le développement et le bien-être des jeunes et un tiers la parentalité ;
- cette tendance s'accroît encore, en 2001, où deux tiers des projets s'adressait au développement et bien-être des jeunes.

Sur le caractère individualisé des démarches, deux catégories principales de bénéficiaires pouvaient être distinguées :

- les personnes à titre individuel (sont ciblés, par exemple : enfant, père, femme enceinte, jeune, personne seule, parent, etc...)
- ou bien les personnes dans leur environnement (par exemple : famille, le couple, les parents).

De plus, les entretiens collectifs menés avec les porteurs de projet renforçaient l'impression de tâtonnement dans le développement des actions, ce qui renforce à la fois **la tendance à l'individualisation** et la difficulté à placer les situations des personnes **dans un contexte social plus global** :

« Moi, je vois l'exemple d'un établissement scolaire où il y a eu trois filles qui ont accouché cette année, quand j'entends ma voisine [la personne placée à côté d'elle pendant l'entretien] parler de parentalité, ça m'intéresse, parce que qu'est-ce qui

se fait sur le plan associatif ? Qu'est-ce que nous, dans la structure, on peut mettre en place ? Et je n'ai pas la possibilité de contacts en dehors d'aujourd'hui, par exemple. Et on est tous, malgré notre charge de travail, on est tous isolés et peut-être à cause de cette charge de travail ». Ou encore : « Je me suis rendu compte que les actions menées dans le cadre de l'aide à la parentalité plus précisément, qu'on faisait un travail de santé. Au départ, c'est pas ça en premier qu'on avait dans la tête. C'était les réseaux d'écoute, l'accompagnement, enfin, du social. Mais la priorité santé, si je peux le dire comme ça, on s'est aperçu un petit peu comme l'autre, là, qui disait qu'il faisait de la prose, qu'on faisait vraiment un travail de santé. Depuis nous y prêtons une attention plus particulière. Cette dimension est devenue aussi importante... santé sociale, santé psychique, santé de parents isolés. »

I. Exemple d'animation territoriale en santé en Bretagne

- Les mêmes tendances, encore plus affirmées, se retrouvent en 2005 dans le cadre de la démarche d'animation territoriale en santé en Bretagne.

L'expérimentation bretonne d'animation territoriale en santé a été mise en œuvre en 2002 par le comité régional des politiques de santé sur proposition du comité des directeurs des affaires sanitaires de Bretagne.

L'objectif général était de : « *Mettre en place à titre expérimental, des points d'appui locaux pour la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique dans le champ de la promotion de la santé, assurant une meilleure coordination entre institutions, professionnels sanitaires, médico-sociaux, en s'appuyant sur les dispositifs existants en matière d'organisation et régulation du système de santé au service d'un projet territorial de promotion de la santé. Cette expérimentation vise à renforcer la dynamique locale à partir de l'existant et avec la participation de la population (élus, usagers).* »

Là encore, notre analyse porte sur un **dispositif plutôt étatique**, au moins dans sa phase de gestation.

Néanmoins, les diagnostics locaux auxquels nous nous référons sont tout autant les témoins des idées qui circulent auprès des financeurs que des préoccupations des élus locaux et des usagers.

Afin de définir leurs actions, les animateurs territoriaux de santé étaient tenus de produire **des diagnostics locaux « partagés »**, c'est-à-dire élaborés avec les professionnels, les élus locaux et des groupes issus de la population.

Le tableau récapitulatif des **axes d'intervention** ainsi développés dans les six pays bretons étudiés permet de mettre en évidence la place centrale occupée par les questions de « souffrance psychique » et de « mal être ».

Une question qui pointait dans le PRS santé des enfants et des jeunes du NPC mais qui était traitée plus spécifiquement dans un PRS connexe – **le PRS conduites de consommations à risques** – devient également importante : la question de la consommation de produits (drogues illicites et licites mais également alcool). Dans ce contexte, les jeunes et les personnes âgées sont les premiers publics ciblés.

Pays	Axes d'intervention par pays
Guingamp	Parentalité Mieux-être Lien social Sensibilisation/information
Saint-Malo	Sécurité routière Consommation de produits et conduites à risques Alcool et précarité Nutrition et précarité
Centre Ouest Bretagne	Souffrance psychique Consommation de produits Accès aux soins /isolement Mise en réseau /communication
Vitré	Mal-être Consommation de produits Equilibre alimentaire Violences conjugales
Rennes	Souffrance psychique et troubles de la vie sociale Fragilité psychique et éducation Santé/bien-être
Ploërmel	Accès aux soins /isolement des personnes âgées Consommation de produits

Les axes d'intervention des animateurs territoriaux de santé

Pour comprendre la nature des actions développées par les animateurs territoriaux, on peut également observer le tableau suivant qui détaille la démarche initiée dans le Pays de Guingamp.

Thème	Fiche	Objet	Objectif de travail Février-juin 2005	Responsables
Parentalité	1.1	Groupe d'échange pour les parents	Diffusion	Maternité CSD CAF
	1.2	Lieux d'échange sur la parentalité	Repérer les besoins	Centre social CAP Jeunes
	1.3	Formation à l'animation de groupes de paroles	Mettre en place pour les professionnels du Pays une formation décentralisée	ATS
	1.4	Promotion des compétences psychosociales	Favoriser la promotion de deux outils : Léo et l'eau et Calypso	Médecine scolaire ATS
	1.5	Privilégier une cohérence dans les actions de prévention des conduites à risque	Elaboration d'une formation à destination des services jeunesse	ATS
Lien social	2.1	Renforcer les liens entre voisins	Organiser une réflexion : lutter contre l'isolement des personnes	Santé et vie Pontrieux ATS
	2.2	Offrir des lieux d'échange	Formation à destination des élus et bénévoles sur la souffrance psychique	Conseil citoyen CDC Lanvollon Plouha AFPE ATS
	2.3	Accompagner les personnes dans leur vie quotidienne	Mise en œuvre d'un groupe d'échanges pour les personnes bénéficiant de l'aide alimentaire 1 ^{ère} étape : mobilisation des bénévoles	CODES ATS
Information Sensibilisation des élus	3.1	Sensibilisation des élus	Intervention en Conseil communautaire	
	3.2	Information des élus et techniciens	Offrir une information sur des thématiques importantes pour le Pays de Guingamp	

Mise en place des fiches actions élaborées dans le cadre du diagnostic partagé 2004 dans le Pays de Guingamp

Dans l'exemple de la mise en œuvre de l'animation territoriale en santé, on peut repérer les thématiques qui deviennent des préoccupations premières dans les territoires. Cette mise en exergue permet de pointer la systématisation du lien fait entre souffrance psychique et consommation de produits, ce qui entre parfaitement en concordance avec les préférences de l'État local en matière de santé.



Remarque

Pour résumer notre propos, à travers ces exemples, nous souhaitons montrer de quelle manière la formulation des questions sociales et de santé, au cours des dernières années, subit des tensions qui la font à la fois tendre vers une **définition plus teintée par la santé que par le social** (souffrance psychique, accompagnement à la parentalité, conduites de consommation à risques) mais aussi vers une **prise en charge individualisée**, peu systématisée par les professionnels du soin et ne clarifiant pas "le statut fait au social dans l'étiologie de la pathologie".

Par ailleurs, la tendance à l'incorporation des questions relatives **aux conduites de consommation à risques** comprend un risque répressif qui a été clairement souligné par Didier Fassin. Il montre comment l'augmentation du nombre de lieux d'écoute, sans garantir les réflexions sur les facteurs sociaux des pathologies, se fait dans un contexte plus global de dénonciation des fauteurs de troubles, de la délinquance. Enfin, un certain nombre d'analyses pointent combien l'attitude de l'État en matière de développement des lieux d'écoute et des dispositifs d'accompagnement est parfois teintée d'opportunisme ou au moins de soucis d'économie.

A propos des REAAP, Benoît Bastard et Laura Cardia-Vonèche notent : « *On hésite entre la représentation d'un État "accompagnateur" – qui comprend l'intérêt des changements en cours et vient à l'appui des actions engagées dans un champ professionnel et dans la société civile – et celle d'un État opportuniste, qui 'surfe' sur la vague de la parentalité tout en limitant sa participation. Une dernière représentation serait celle d'un État qui, surpris par les innovations proposées, cherche à se prémunir contre les dérives possibles en introduisant des garde-fous, au risque de paraître aller à l'encontre de l'esprit même des actions engagées.* »

Si, pour notre part, nous n'avons pas observé les mêmes attitudes dans les PRS et programmes d'animation territoriale, nous devons tout de même souligner les faiblesses des ressources financières et humaines de l'État lorsqu'il s'agit de territorialiser ces dispositifs et de donner un sens commun à des actions éparées.

Conclusion

Pour conclure ce cours, au moins trois tendances de fond peuvent être soulignées :

Tout d'abord, du point de vue des définitions sectorielles et de l'évolution des idées, nous venons de montrer l'ampleur prise par le mouvement récent **d'individualisation et de sanitarisation du social**. Ce mouvement apparaît d'autant plus vaste et irréductible qu'il s'ancre dans un contexte plus large de montée du libéralisme, de volonté de réduction des dépenses et de responsabilisation des individus.

Les collectivités locales quant à elles, n'ont cessé de systématiser leur prise en charge en reprenant ou en infléchissant, en fonction des territoires et des domaines, les normes nationales. Dans tous les cas, elles semblent toujours déployer des actions allant dans le sens de la prise en charge des plus fragiles.

De ce fait, il semble que les frontières sectorielles aillent s'amointrissant au cours des décennies et à mesure que les décideurs tentent de renouveler les formes d'intervention publique.

Cela dit, les réflexions en termes de **territorialisation, de contractualisation, d'incitation au développement des politiques locales** apparaissent comme autant de nouvelles manières de découper le réel et de le situer dans un monde complexe, très loin de toute conception binaire des problèmes.

Dans le même ordre d'idée, le mouvement de sanitarisation des questions sociales ne renvoie pas à une déstructuration de la sectorisation mais bien plutôt à un déplacement des frontières et à une montée en puissance du **secteur sanitaire au détriment du secteur social**.

Ensuite, si l'on considère les répartitions des compétences en matière sanitaire et sociale, nous devons souligner le net retrait de l'État en matière sociale en faveur des départements qui apparaissent aujourd'hui comme les lieux d'organisation de la solidarité nationale au point qu'on les qualifie parfois de « **départements providence** » (Lafore, 2004).

A contrario, l'État, depuis plus d'une décennie, n'a cessé de renforcer son organisation en matière de santé publique. Les collectivités locales, quant à elles, sont investies dans les deux domaines même si les lois d'août 2004 tentent d'organiser une recentralisation des compétences en matière de santé. On sait, néanmoins, que les ressources de l'État sont tellement faibles qu'il lui sera difficile de se passer des collectivités locales en santé.

Le paysage actuel de la répartition des compétences, paré de rationalité, laisse entrevoir avant tout **la complémentarité des différents échelons de décision** dans l'ensemble des domaines. L'enjeu est plutôt de savoir comment les collectivités locales, et en particulier les départements, peuvent continuer d'intervenir alors qu'elles sont submergées par le coût actuel et à venir de leurs compétences sociales.

Enfin, et ce dernier élément constitue notre transition, à travers les exemples utilisés pour montrer comment les secteurs se confrontent aux territoires, on saisit combien on ne peut se passer d'une analyse en termes de styles locaux d'action publique pour comprendre l'influence que ces derniers peuvent vraiment jouer dans le « modelage » de l'action publique en fonction des spécificités locales, des pratiques des acteurs, des relations entre acteurs publics et actions collectives, des normes propres à chaque territoire.