



HAL
open science

De la pauvreté (multidimensionnelle) à la santé. Le territoire comme cadre, support, enjeu pour le bien être

Raymonde Séchet

► To cite this version:

Raymonde Séchet. De la pauvreté (multidimensionnelle) à la santé. Le territoire comme cadre, support, enjeu pour le bien être. 3th International Conference of Territorial Intelligence "Territory, well-being and social inclusion" REIT, October 19th-21th 2005, Liège, Oct 2005, Liège, Belgique. halshs-01019555

HAL Id: halshs-01019555

<https://shs.hal.science/halshs-01019555>

Submitted on 7 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*DE LA PAUVRETÉ (MULTIDIMENSIONNELLE) À LA SANTÉ.
LE TERRITOIRE COMME CADRE, SUPPORT, ENJEU POUR LE BIEN-ÊTRE*

Raymonde SECHET,
Professeure de géographie
Université Rennes 2, UMR CNRS 6590
Raymonde.sechet@uhb.fr

Résumé : Le texte s'appuie sur nos analyses de la territorialisation des politiques de lutte contre la pauvreté dans les années 1990 pour réinterpréter une expérience menée en Bretagne en 2004 en matière d'inscription territoriale des politiques d'organisation de l'offre de soins. La prééminence est donnée aux territoires de projets politiques au détriment des territoires vécus.

Mots clés : pauvreté, santé, territoire, équité, offre de soin, Bretagne

Keywords : deprivation, wellbeing, territory, equity, medical care supply, Brittany

Summary: The text lies on our readings of territorialisation of policies against poverty in the 90's. With this, we propose coming back on an experience managed in Brittany in 2004 which try to improve the territorial inscription of medical care supply for a greater equity. The pre-eminence was given to the territories for political projects rather than to people'ones.

DE LA PAUVRETÉ (MULTIDIMENSIONNELLE) À LA SANTÉ.

LE TERRITOIRE COMME CADRE, SUPPORT, ENJEU POUR LE BIEN-ÊTRE

Cette intervention a été suggérée par la rencontre entre l'intitulé de la thématique du colloque et mon parcours de recherche. J'ai en effet, à partir du début des années 1980, développé des travaux, à la fois empiriques et théoriques, sur les relations entre espaces et pauvreté. Il s'agissait moins de s'intéresser à des populations désignées comme pauvres qu'à la pauvreté comme composante des sociétés. Cette pauvreté pouvait être une pauvreté-condition inhérente à la production de richesse, ou une pauvreté-sanction reposant sur la désignation de situations et positions, celles des assistés. L'appréhension du caractère multidimensionnel de la pauvreté a contribué à l'élargissement de mes objets de recherche vers d'autres thématiques, avec toujours la même question présente : en quoi l'espace est-il une dimension de cette question sociale, c'est-à-dire en quoi peut-il contribuer à l'émergence des situations de pauvreté ou d'exclusion, à leur reproduction, à leur gestion et leur réduction ? Aujourd'hui, la santé domine dans mes activités de recherche.

Au regard des objectifs du colloque – contribuer au développement d'instruments accessibles aux acteurs du développement durable des territoires –, il pourra être pertinent de revenir sur l'évolution des politiques de lutte contre la pauvreté en France dans les années 1990, c'est-à-dire sur l'émergence de la gestion territorialisée de l'exclusion (on ne parle pas encore de gouvernance). En 1998, soit dix ans après l'adoption du revenu minimum d'insertion, la loi de lutte contre l'exclusion fait de l'accès aux soins et à la santé une priorité. En conséquence, des dispositifs relevant de la lutte contre la pauvreté concernent plus spécifiquement la prévention (PRAPS, ateliers santé-ville et leurs animateurs territoriaux de santé). Dans le même temps, en ce qui concerne l'offre de soins, est affichée la volonté d'accorder une place croissante aux territoires. La seconde partie de l'intervention présentera une expérience en matière de réflexion sur les territoires du soin hospitalier en Bretagne. Ensuite, dans une démarche réflexive, cette expérience sera relue sous l'angle des questions posées ci-dessus afin d'en montrer les apports et les limites, pour mettre en évidence, ce que, selon moi, devraient être les différentes conceptions du territoire à prendre en considération pour parvenir à une politique de santé qui soit une politique du bien-être.

1. RETOUR SUR LA GESTION TERRITORIALISÉE DE LA PAUVRETÉ DANS LES ANNÉES 1990 ...

C'est vraiment au début des années 1990 que les acteurs politiques font se rencontrer la pauvreté et les territoires. Le RMI coïncide à la fois avec un renoncement à une lecture de la pauvreté en termes d'inégalités et avec l'extension des politiques transversales territorialisées dans lesquelles, en agissant sur le territoire et en s'appuyant sur ses ressources, ce sont des populations localisées que l'on veut traiter. La notion de « gestion territorialisée de l'exclusion » a désigné un nouveau mode d'intervention favorisé par la diversification des situations de pauvreté, l'accroissement du nombre des usagers de l'action sociale, les insuffisances des modes d'intervention trop segmentés, le contexte de décentralisation. Le recours au territoire résulterait de la nécessité pour l'État d'obtenir la mobilisation des élus locaux, des entreprises (?), du tissu associatif (développement d'une nouvelle économie solidaire qui a partie liée avec le local).

Parce ce que la géographie du RMI est ce qu'elle est et a toujours été et que, d'autre part, la plupart des dispositifs sociaux territorialisés sont mis en œuvre dans des quartiers urbains déqualifiés, l'un et l'autre visent de fait les mêmes populations. De complément des politiques de réduction des inégalités et des écarts de développement sur le territoire national, l'intervention sociale est passée à un rôle de remède dans le traitement des fractures. Les dispositifs d'intervention décidés dans ce contexte ont répondu à une logique d'action transversale, établie sur des bases territoriales et partenariales, dans le cadre d'une gestion décentralisée qui élargit le champ des compétences des collectivités locales, avec souvent discrimination positive. La prise en compte de la diversité de l'espace n'a fait qu'entériner l'échec de la régulation macro-sociale et le retour à la proximité qui, seule, apparaît susceptible de produire à la fois du sens, de l'identité, et donc de l'efficacité.

Cadres d'inscription de la pauvreté, les territoires sont aussi un enjeu. L'État a recours au territoire local pour mobiliser les acteurs locaux mais aussi pour inscrire la lutte contre l'exclusion dans des territoires supposés générer, à partir de leurs ressources propres, du lien social. Cette gestion du découplage entre la société et ses composantes sociales et territoriales décrochées ne ressortit pas

de la lutte contre la pauvreté telle que définie ci-dessus mais seulement de la gestion de ses effets.

Le risque principal de cet investissement du territoire par l'action sociale, du moins le plus souligné, est le risque de stigmatisation, de marquage négatif des territoires d'intervention spécifiques pouvant renforcer l'exclusion et le sentiment d'abandon. D'où la nécessité d'un accompagnement au plus près des populations, dans un réel esprit de développement des personnes et d'équité sociale. Ce qui suppose la prise en compte des distances sociales et culturelles, des comportements sociaux et des pratiques spatiales, afin de prendre la mesure des disparités dans la capacité à se saisir des possibilités de l'aide sociale et des ressources du milieu, et donc à prendre en considération la diversité des formes de l'habiter, et pas seulement celle des territoires d'intervention.

2. DES TERRITOIRES DE L'OFFRE DE SOINS POUR L'ÉQUITÉ : UNE EXPÉRIENCE EN BRETAGNE

Au printemps, 2004, l'agence régionale de l'hospitalisation a confié à un groupe de travail dénommé « approche territoriale » le soin de mener une réflexion sur un découpage en territoires imbriqués devant servir de support à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins. Les relations entre santé et territoire ne se résument évidemment pas à des questions de maillage et de découpages relatifs à l'offre de soins hospitaliers. Malgré tout, ce rapport se présente volontiers comme le reflet d'un changement d'état d'esprit dans la manière d'appréhender ces questions de maillage et de découpages. Les territoires de santé sont posés comme des cadres pour l'organisation des soins et l'orientation des flux, et comme les espaces de concertation pour la construction des partenariats et la régulation. Sous l'influence du Président du groupe, les territoires ont aussi été posés comme les cadres pour la mobilisation des élus et l'expression citoyenne. Le nouveau SROS doit en effet impliquer, au-delà des professionnels, les services sociaux, les élus locaux, les citoyens, en l'occurrence avant tout le tissu associatif.

Dans un pays où le patient dispose du libre choix de son établissement de soins, les espaces d'accès aux soins sont observés à partir des flux vers les offreurs de soins. Le constat est celui d'une logique de polarisation avec deux niveaux, selon les champs disciplinaires, et donc selon l'inégale rareté des ressources. Le rapport ne manque pas d'insister sur l'intérêt de la proximité (proximité géographique et proximité relationnelle), tant pour la concertation institutionnelle que pour la concertation entre les différentes catégories d'offeurs de soins (questions de prise en charge globale, de permanence des

soins, de soins de suite et de continuité des soins). Les territoires sont alors les lieux de la construction de réseaux formels et informels, de partenariats entre établissements et professionnels.

Le groupe a été invité à travailler à l'élaboration d'un modèle pour la construction des territoires de santé. Trois niveaux territoriaux, de la petite proximité, de la moyenne proximité, de l'organisation, ont été caractérisés à partir des trois fonctions de rencontre de la demande et de l'offre, de la concertation, de l'expression citoyenne. Ce modèle ne peut prendre sens que si des articulations existent réellement, c'est-à-dire si des réseaux fonctionnent effectivement. Le modèle a ensuite été confronté aux espaces d'accès aux soins et aux espaces de citoyenneté. Le croisement des formes territoriales a permis de constater que, au niveau de la « petite proximité » qui est le niveau 1 du modèle d'analyse, la superposition des communautés de communes et des bassins hospitaliers est fréquente. Les communautés de communes sont identifiées comme le niveau du premier recours, de la permanence des soins, de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, voire de l'hôpital local. Au niveau 2, celui des pays, la principale difficulté concerne le Centre Ouest Bretagne qui ne joue que partiellement son rôle de territoire de soins de deuxième niveau. Le problème se répercute au niveau 3, défini à partir de l'attraction des plateaux techniques, et qui est celui de l'organisation et de la régulation et sera celui des conférences sanitaires. La question est alors politique : faut-il éclater le Centre Ouest Bretagne entre plusieurs secteurs sanitaires, au risque de contrecarrer tous les volontarismes en faveur de ce pays ? La place donnée aux territoires de projet politique a été telle que la conclusion du rapport est sans surprise — « Tout en ayant une approche pragmatique des questions de découpage, il apparaît opportun de rapprocher au maximum les territoires d'accès aux soins (offre et flux) des territoires projet (pays et agglomérations prenant en compte la dimension santé) dans un souci de cohérence territoriale et de bonne gouvernance » — et que rien ne devrait changer dans l'organisation sanitaire en Bretagne.

3. ... RETOUR SUR EXPÉRIENCE

L'expérience menée en Bretagne au printemps 2004 entendait rompre avec les logiques de découpages guidées par l'offre. Malgré ses apports, la démarche se heurte aux traditions nationales dans les manières de penser la santé et les politiques de santé, et donc dans les manières de concevoir les territoires. La démarche a reposé sur une distinction, largement inspirée par le rapport Polton et Mauss, entre territoires d'études, territoires d'action et d'organisation, territoires de projet.

Le fait que les mots « espaces » et « territoires » aient été utilisés assez indifféremment indique clairement qu'il n'a pas été prêté attention à toute l'épaisseur des territoires. Les territoires d'action ont avant tout été ceux des acteurs politiques (« afin d'inscrire les projets de santé dans une vision globale de l'aménagement du territoire ») et la citoyenneté, celle de l'élu. Les espaces de citoyenneté sont alors les territoires administrés, qui sont aussi territoires de projet dans une région où la couverture en communautés de communes et pays est généralisée.

Les membres du groupe en position institutionnelle ont tous clairement pris position contre le caractère intolérable d'injustices liées à localisation, c'est-à-dire à d'éventuelles difficultés d'accès à l'offre pour cause d'éloignement ou de discontinuité temporelle de l'offre de soins. Par ailleurs, le modèle proposé comme cadre d'analyse a fait référence à des partenariats élargis aux acteurs de la santé publique. La nécessité d'un décloisonnement entre les différents temps de l'acte médical, la prévention, le soin lui-même, la continuité et le suivi, a également été clairement énoncée à travers l'affirmation du souci d'intégrer toutes les dimensions du soin dont la prévention, les déterminants de la santé, l'articulation avec l'action sociale. La base territoriale peut dès lors être posée comme cadre d'organisation de la relation ville/hôpital, des réseaux de médecins et professionnels de santé libéraux, de la permanence des soins, des articulations entre santé et action sociale et entre santé et services aux personnes.

Or, faire comme s'il y avait rétroaction simple entre besoins et offre de soins, et c'est ce qui a été fait en privilégiant le seul acteur politique, revient à n'accorder qu'un rôle mineur aux effets de contexte social et environnemental. Passer à une analyse en termes d'interactions complexes, et donc intégrer dans l'analyse les réseaux sociaux au même titre que les réseaux hospitaliers et les réseaux de proximité, nécessite de reconsidérer la conception de l'équité en matière de santé. A une conception rawlsienne de l'équité qui promeut un égal accès au système de soins en prenant acte des inégalités mais en ne proposant qu'une action sur l'offre de soins, il s'agirait de substituer une conception plus égalitariste. Ce qui suppose à la fois une volonté politique et une attention portée aux personnes et pas seulement aux patients.

Bibliographie

Even, A. & Tardif, L. (2005), *Territoires et santé en Bretagne. Rapport à l'ARH*, 38 p.

Ion, J. (1990), *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Toulouse, Éditions Privat.

Polton, D. & Mauss H. (2003), *Territoires et accès aux soins. Rapport du groupe de travail*, janvier 2003, Paris, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 104 p.

Séchet, R. (1996), *Espaces et pauvretés. La géographie interrogée*, Paris, L'Harmattan.