



HAL
open science

Pour un programme de recherche sur les activités sanitaires et sociales

Raymonde Séchet, Olivier David, Sebastien Fleuret, Christian Pihet, Benoît
Raoulx, V. Jousseau, Jean Renard

► **To cite this version:**

Raymonde Séchet, Olivier David, Sebastien Fleuret, Christian Pihet, Benoît Raoulx, et al.. Pour un programme de recherche sur les activités sanitaires et sociales. ESO Travaux et Documents, 2001, 15, pp.37-50. halshs-01449383

HAL Id: halshs-01449383

<https://shs.hal.science/halshs-01449383>

Submitted on 3 Feb 2017

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.

POUR UN PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LES ACTIVITÉS SANITAIRES ET SOCIALES

RAYMONDE SÉCHET

RÉSO - UNIVERSITÉ DE RENNES

ESO - UMR 6590

AVEC LA PARTICIPATION DE OLIVIER DAVID, SÉBASTIEN FLEURET, CHRISTIAN PIHET,
BENOÎT RAOULX, VALÉRIE JOUSSEAUME ET JEAN RENARD

Proposer la constitution au sein de l'UMR ESO d'un groupe de recherche sur les activités sanitaires et sociales relève du défi, et cela pour au moins deux raisons. Régulièrement inscrite dans le programme scientifique de notre équipe, l'étude des activités a pu donner lieu à des recherches importantes à certains moments et dans certains sites universitaires (notamment à Nantes, Angers et Caen) mais elle n'a pas, avant 1999, donné lieu à des dynamiques de recherche multisites. Or, par l'importance de ces activités en termes économiques, sociaux, spatiaux, politiques, symboliques, etc., cette étude est tout aussi légitime que celle des recompositions des systèmes de productions agricoles, industriels ou commerciaux. La lacune constatée ne réfère-t-elle donc pas à la très classique question du renouvellement des objets de la recherche en géographie? Le défi tient aussi de la diversité des activités concernées. Les limites du champ "sanitaire et social" sont d'ailleurs difficiles à établir. Les chiffres retenus par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour son *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales* portent sur le secteur dont le ministère a la charge; ce qui ne correspond ni à l'ensemble des activités liées aux secteurs sanitaire et social (qui inclut par exemple l'industrie pharmaceutique ou la prévoyance et la sécurité sociale) ni aux activités sanitaires et sociales telles que les définit l'INSEE (cf. annexe). Pour notre part, nous retiendrons une définition très large qui part de la demande et des réponses apportées à des besoins sanitaires et sociaux, ce qui revient à exclure les industries pharmaceutiques et les services de type administratif de la sécurité sociale, pour retenir la totalité des services fournissant des soins et des prestations d'action sociale à des clients aussi variées que des patients, des personnes dépendantes (jeunes enfants, personnes âgées ou handicapées) ou des individus dont on veut éviter ou réduire l'exclusion (SDF, chômeurs de longue durée, jeunes marginaux, etc.). Cette diversité est d'ailleurs telle que beaucoup de chercheurs de ESO sont susceptibles d'être directement concernés et que ce grand nombre est d'une certaine manière contradictoire avec l'idée de programme

de recherche telle qu'elle a été définie par le Conseil de laboratoire de ESO.

L'enjeu est de taille puisque ces activités occupent une place centrale dans les politiques publiques d'aujourd'hui, qu'il s'agisse, par exemple, de réorganiser l'offre de soins hospitaliers de manière à gagner en sécurité tout en réduisant les coûts, ou de maintenir la cohésion sociale par l'essor de services de proximité. De plus en plus pourvoyeuses d'emplois, ces activités sont aussi de plus en plus variées et difficiles à catégoriser. Les exemples des activités liées à la prise en charge des personnes âgées ou des actions de lutte contre l'exclusion dans les quartiers HLM des grandes villes illustrent clairement la réduction de la coupure entre le sanitaire et le social.

La constitution d'un groupe de travail interne à l'unité de recherche¹ est l'occasion de valoriser toute la richesse de notre équipe: bien que loin d'être exhaustif, un rapide tour d'horizon des recherches en cours portant sur tout ou partie des activités sanitaires et sociales dans nos différents sites révèle un foisonnement de travaux. Des thèses sont en cours à Caen, à Angers, à Rennes. Peut-être aussi à Nantes et au Mans. La diversité des manières de parler du sanitaire et du social (pour lui-même ou comme grille de lecture des espaces), des thématiques de recherche, de leurs problématiques et objectifs, renvoie aux débats qui traversent notre unité sur les manières de faire de la géographie sociale. Plus encore, sans doute, du moins plus explicitement, que dans les autres programmes par la nature même des objets d'étude d'un groupe de travail pour lequel l'adjectif social désigne ce qui a trait à la société mais aussi ce qui relève du travail de l'assistante sociale.

Un premier recensement des travaux de notre équipe, la lecture de textes issus d'autres disciplines et la confrontation avec des professionnels de la santé publique invitent à organiser le propos selon trois axes:

- un premier ensemble de travaux relève d'une démarche classique en géographie puisqu'il s'intéresse à

1- Ce texte reprend les débats qui ont eu lieu lors de la première réunion du programme (Le Mans, 17 mai 1999) ainsi que les réflexions issues de réponses à des appels à propositions de recherche de la MIRE et de la DATAR

la place des activités sanitaires et sociales dans l'économie et l'emploi des espaces et catégories d'espaces observés;

- l'hôpital joue, pour des raisons historiques, économiques, politiques, symboliques, un rôle important dans les constructions territoriales: comment les restructurations hospitalières en cours, d'abord motivées par des impératifs médicaux d'efficacité technique et économiques d'efficience, intègrent-elles aussi les préoccupations d'aménagement du territoire?

- Bien que tenant compte des spécificités locales, l'offre de soins hospitaliers de qualité doit s'organiser selon un principe d'égalité d'accès à des réseaux hiérarchisés. La prise en compte des distances culturelles impose d'introduire le principe d'équité dans la construction de la proximité médicale. Les formes de la rencontre entre la santé publique et le local sont renouvelées par le fait que le sanitaire est aujourd'hui un des moyens privilégiés de parler du social.

ACTIVITÉS SANITAIRES ET SOCIALES ET DYNAMIQUES TERRITORIALES

Les localisations des activités sanitaires et sociales peuvent être analysées selon la nature des activités et le statut de ceux qui les exercent. Alors que les travailleurs indépendants peuvent être soit uniquement présents dans les grandes villes pour des spécialités médicales très rares, soit très dispersés, au plus près des populations, pour des services quasi quotidiens à la personne (les assistantes maternelles par exemple), le travail salarié en établissement répond à une logique de regroupement dans l'espace, le plus souvent urbain, mais aussi rural pour certaines activités médico-sociales.

Les activités médicales

L'hôpital est fréquemment le premier employeur de la ville dans lequel il est implanté. Du centre hospitalo-universitaire dont le bassin est régional à l'hôpital local, la carte de l'emploi hospitalier est largement le reflet des réseaux urbains.

Deux types d'établissements viennent cependant perturber ce schéma. Il s'agit d'une part des hôpitaux militaires qui peuvent répondre aux besoins de soins des populations civiles et que l'on ne peut ignorer notamment quand les structures hospitalières civiles, publiques ou privées, doivent faire face à l'augmentation de la demande de

L'emploi dans les principaux hôpitaux publics de Bretagne

VILLE	ETABLISSEMENT	EFFECTIF
Rennes	CHU Pontchaillou	6 425
Brest	CHU Brest	4 569
Saint-Brieuc	Centre hospitalier La Beauchée	2 177
Quimper	Centre hosp. intercommunal de Cornouaille	2 162
Morlaix	Centre hospitalier des Pays de Morlaix	2 077
Lorient	Centre hospitalier de Bretagne Sud	1 943
Rennes	CHS Guillaume Rénier	1 916
Vannes	Centre hospitalier P. Chubert	1 754
Saint-Malo	Centre hospitalier de Saint-Malo	1 345
Saint-Avé	CHS de Saint-Avé	1 285
Lannion	Centre hospitalier Kergomar	990
Quimper	CHS Gourmelen	948
Dinan	Centre hospitalier de Dinan	755
Quimperlé	Centre hospitalier de Quimperlé	744
Pontivy	Centre hospitalier du Docteur Jegourel	727
Caudan	CHS Charcot	648
Auray	Centre hospitalier Le Pratel	564
Guingamp	Centre hospitalier de Guingamp	545
Fougères	Hôpital de Fougères	529
Ploërmel	Centre hospitalier du Docteur Guillois	521
Loudéac	Centre hosp. intercommunal Plémet-Loudéac	497
Redon	Centre hospitalier de Redon	470
Paimpol	Centre hospitalier de Paimpol	463

Source : DRASS de Bretagne, *Statistique annuelle des établissements*, 1998.
Effectifs en équivalents temps plein. Internes compris.

soins provoquée par la fermeture de ces établissements. Héritée d'une époque où les périphéries rurales accueillent les populations qui n'avaient pas place dans la société, la carte des établissements spécialisés en psychiatrie présente elle aussi de profonds décalages avec les réseaux urbains. C'est le cas en Bretagne où la création au dix-neuvième siècle de plusieurs établissements à l'initiative de communautés religieuses (Association hospitalière de Bretagne à Plouguernevel dans le Centre-Bretagne, Fondation Bon Sauveur à Bégard près de Lannion, Saint-Jean-de-Dieu à Léhon près de Dinan) a été suivie du recrutement de nombreux patients hors de la région, et tout particulièrement en région parisienne (ces trois établissements offrent aujourd'hui respectivement 846, 609, 597 emplois²). C'est la même logique de transfert vers les périphéries rurales qui a présidé à la déconcentration vers le domaine de Pont-Piétin sur la commune de Blain du service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes lorsque celui-ci est arrivé à saturation (les travaux ont commencé en 1957 et l'établissement a ouvert en 1960)³.

La répartition de l'offre de médecine libérale fait ressortir plusieurs niveaux d'organisation spatiale. Malgré des

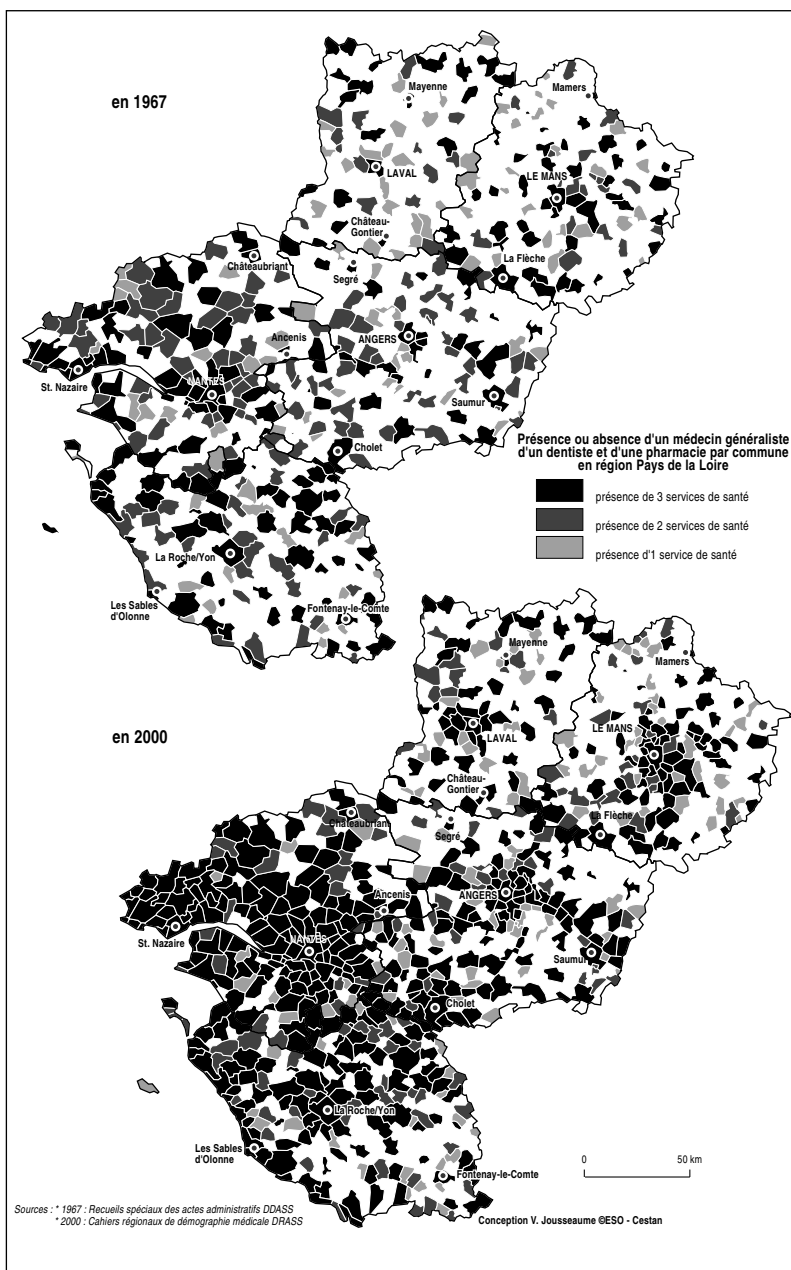
2- Source: DRASS de Bretagne, *Statistique annuelle des établissements 1998. Emplois en ETP.*

3- V. JOUSSEAUME, *L'ombre d'une métropole? Les bourgs-centres de Loire-Atlantique*, Presses universitaires de Rennes, 1998, 209 p.

disparités de localisation en fonction des densités de population, les médecins généralistes sont devenus, même en milieu rural, un service de santé de proximité: la structure de peuplement associant fortes densités et large découpage communal favorise un meilleur équipement de la partie ouest des Pays-de-la-Loire (carte 1); en Ille-et-Vilaine, seules les communes rurales éloignées de Rennes et des axes routiers principaux ne possèdent pas de généraliste. À un niveau de concentration légèrement supérieur, les cabinets de chirurgie dentaire, service de santé qui a connu un vif essor et une réelle banalisation au cours des dernières décennies, sont localisés selon une polarisation qui dessine clairement les bassins de vie d'échelle cantonale. Les dynamiques démographiques bousculent ce schéma de polarités élémentaires: au sous-équipement en soins dentaires des communes en déclin de l'extrême ouest et encore plus du nord-est de l'Ille-et-Vilaine s'oppose la densité de l'offre dans tout le bassin d'habitat périurbain de Rennes.

Pour l'offre de services de santé spécialisés, les effets d'agglomération l'emportent. En Ille-et-Vilaine, par exemple, les médecins spécialistes sont installés de manière écrasante à Rennes, avec, pour certaines spécialités rares, des zones d'attraction qui s'analysent d'emblée à l'échelle départementale, voire plus. Même pour des spécialités d'usage plus fréquent (cardiologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, O.R.L., pédiatrie, radiologie), le desserrement s'avère assez faible et le choix du praticien limité pour les populations locales. En dehors de Saint-Malo et Fougères, les autres villes du département n'offrent pas toutes les spécialités et chacune de celles-ci n'est représentée que par un seul praticien. Des polarités secondaires se dessinent toutefois dans la première couronne périurbaine de Rennes où la présence de populations jeunes est également favorable à la diffusion de certaines spécialités, dentaire (orthodontie) et paramédicales (orthophonie, orthoptie).

4- Données exploitées dans le cadre de l'étude *Territoires d'Ille-et-Vilaine. Diagnostic cartographique*, réalisée en 1998 pour le Conseil général d'Ille-et-Vilaine sous la direction de A. Even, G. Baudelle, R. Séchet.



Les activités sociales et médico-sociales

La fonction d'accueil des périphéries rurales a évolué dans son contenu mais demeure une réalité. Les pestiférés ont été remplacés par les tuberculeux puis par les personnes âgées, les fous par les alcooliques et les drogués (accueillis en établissement de postcure) ou des jeunes délinquants à qui la société veut éviter le piège de la prison. Bien que les nourrices d'autrefois n'existent plus depuis longtemps, l'accueil familial n'a pas disparu: les services départementaux d'aide sociale encouragent l'agrément pour l'accueil de personnes âgées.

L'évolution de l'offre de services et hébergements pour la prise en charge des personnes âgées et des jeunes enfants est le résultat de la combinaison entre les évolutions démographiques, y compris dans leurs variations spa-

tiales, et celles des modes de vie et des comportements. La demande, qui évolue sur le temps long en fonction des données démographiques et sociologiques, peut changer de formes selon des temporalités plus courtes dictées par les mesures de soutien à la famille décidées au niveau national. Dans sa thèse, *La petite enfance, politique d'accueil, aménagement du territoire. Le cas de l'Ille-et-Vilaine*, Olivier David a bien montré comment ces combinaisons aboutissent à des situations contrastées en matière de satisfaction de la demande selon trois types d'espaces:

- C'est à Rennes que l'offre de places en structures collectives, c'est-à-dire en crèches, est la plus importante mais la demande est telle que, au total, les capacités d'accueil sont insuffisantes.

- Dans les couronnes périurbaines qui attirent de nombreux jeunes ménages, la demande, en très forte croissance, est surtout satisfaite par les assistantes maternelles car les communes n'ont que rarement investi dans la construction de crèches.

- En milieu rural, la demande, bien que faible, est difficilement satisfaite par un nombre très limité d'assistantes maternelles. Cependant, de plus en plus de communautés de communes se donnent les moyens de construire des structures collectives que les communes seules ne pourraient pas financer.

La prise en charge de la petite enfance implique au total des acteurs multiples: familles, communes et groupements de communes, départements et caisses d'allocations familiales, état. Ceux-ci sont encore plus nombreux à intervenir dans la prise en charge des personnes âgées. De moins en moins assurée au sein des familles, celle-ci constitue un enjeu social et économique majeur en raison du vieillissement des populations. Les personnes âgées, qui sont beaucoup plus qu'il y a quelques décennies propriétaires de logements confortables, aspirent de plus en plus à rester à leur domicile. Quand elles doivent quitter leur logement parce que leur état de santé est trop dégradé, beaucoup d'entre elles ne peuvent plus être accueillies en foyers-logements. Ces structures collectives dans lesquelles beaucoup de communes ont investi sont de plus en plus inadaptées aux besoins⁵ alors qu'au contraire les structures médicalisées n'offrent pas suffisamment de place.

Au total, tant en matière d'hébergement que de services et de soins sanitaires, les personnes âgées consti-

5- cf. le dossier Crèches et foyers-logements: les friches sociales de demain?, *Lettre du cadre*, 15 mai 1998.

tuent un marché en plein essor. Le processus de marchandisation de l'offre de services et d'hébergement pour les personnes âgées est inégalement amorcé (cf. les travaux de Christian Pihet sur la France et la Nouvelle-Angleterre). En France, cette marchandisation, qui n'existe que dans les grandes villes ou dans les stations balnéaires attractives pour les personnes âgées, est spatialement et socialement très discriminante. En Nouvelle-Angleterre, le secteur privé, très présent, est largement organisé sur des bases communautaires. Il est donc moins socialement discriminant, ce qui ne veut pas dire qu'il ne soit pas à l'origine de formes d'exclusion et de ségrégation: selon qu'elles se trouvent à proximité des ghettos ou dans les périphéries urbaines et sur le littoral, les maisons de retraite accueillent des clientèles très différentes par leurs niveaux de richesse. Certaines villes, comme Boston, proposent des programmes supplémentaires. Suivant le lieu, les niveaux de l'offre d'hébergement et des aides aux personnes sont donc très variables. La politique d'équité spatiale aboutit de fait à aider les plus pauvres et à exclure les personnes des classes moyennes inférieures. Celles-ci sont alors contraintes à vendre leurs biens pour avoir une place dans une structure privée coûteuse.

Avec les politiques de prévention, d'insertion par l'économique, de lutte contre l'exclusion sous toutes ses formes, l'idée de prise en charge sociale a gagné des pans entiers de la population (jeunes, chômeurs de longue durée, SDF ou personnes risquant de le devenir). Il est de plus en plus difficile de dire où commence et où finit l'action sociale: l'accompagnement social, l'animation, la lutte contre les violences urbaines et l'insécurité mobilisent les services de police, les bailleurs HLM, les animateurs sportifs et culturels, etc. Difficiles à mettre en œuvre en milieu rural où les populations-cibles sont dispersées et les moyens des collectivités trop limités, ces activités ont connu un essor important en milieu urbain, notamment là où les besoins sont les plus prégnants, c'est-à-dire dans les quartiers d'habitat social.

La croissance des emplois

L'augmentation et la diversification des besoins et de la demande ont favorisé la croissance des emplois dans les secteurs sanitaire et social: de 1982 à 1997, la croissance annuelle moyenne a été de 1,1 % pour les services relatifs à la santé humaine et de 5,6 % pour les services de l'action sociale. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité estime qu'en 1997 un peu plus d'un actif sur dix a en

France une activité économique liée à la santé (1445360 actifs) et au social (865425 actifs). La géographie de l'emploi sanitaire et social résulte d'une combinaison entre réseaux urbains, jeux d'acteurs hérités et actuels, dynamiques démographiques, évolutions des pratiques, donc de la demande et de la diffusion spatiale de celle-ci.

Par son importance quantitative, l'emploi dans les secteurs sanitaire et social contribue aux dynamiques territoriales, qui, elles-mêmes, contribuent à la croissance de cet emploi. Valérie Jousseau a bien montré comment les activités sanitaires et sociales ont été une des composantes essentielles de l'évolution des centralités en milieu rural et comment elles participent encore plus ou moins fortement au maintien du rôle d'encadrement des chefs-lieux de canton. Les hôpitaux ruraux, et notamment les maternités qui ont surtout été le fait d'une génération — celle comprise entre l'accouchement à domicile et l'accès aux centres hospitaliers urbains offrant des compétences pointues —, ne subsistent que par leur transformation en centres de convalescence et maisons de retraite pour longs séjours. La présence d'équipements médicaux, et tout particulièrement d'hôpitaux publics, a, avec celle des lycées, guidé les réflexions de la DATAR sur la définition des pays. L'hôpital qui joue un rôle majeur dans l'économie locale par les emplois offerts compte surtout par sa dimension symbolique: sa fermeture ne signifie-t-elle pas le déclassement de la ville dans laquelle il est implanté? Bien qu'ils n'aient pour leur création fait appel à aucune centralité rurale, les gros établissements psychiatriques en milieu rural ont, par le volume et la nature des emplois offerts, favorisé l'émergence de sociétés bourgadiennes spécifiques et, en conséquence, de pôles d'équipements scolaires, sportifs, sociaux, culturels⁶.

À un échelon inférieur, le canton ou la communauté de communes jouent aujourd'hui un rôle important dans la croissance de l'offre de services de proximité pour la petite enfance, la jeunesse, les personnes âgées. Les maires de beaucoup de communes restent très attachés à "leurs" maisons de retraite. C'est pourtant à un niveau supérieur, sur la base d'un découpage à double niveau, qu'est organisée la politique départementale d'aide aux personnes âgées:

- les secteurs gérontologiques qui, dans le cas de l'Ille-et-Vilaine⁷, épousent parfaitement les limites des circons-

criptions d'action sociale (et correspondent de fait à des regroupements de cantons) sont suffisamment vastes pour offrir toute la gamme des équipements et services d'aide à domicile.

- le dispositif de prestation spécifique dépendance (PSD) a valorisé un niveau intermédiaire entre le secteur gérontologique et la commune. Cet échelon de proximité, qui correspond au canton, permet de mobiliser les moyens et de coordonner les interventions auprès de l'ensemble des personnes âgées.

Le renforcement des structures intercommunales qui peuvent mettre la qualité de vie des populations au cœur de leur projet de territoire est donc favorable à l'adaptation des structures d'hébergement aux besoins actuels et à la mise en place d'une offre de services plus équitablement répartie. D'autant plus que le maintien à domicile des personnes âgées est souvent considéré par les acteurs politiques comme une opportunité de création d'emplois et donc comme un vecteur de revitalisation du tissu économique et social. Les CCAS en milieu urbain, les associations (notamment l'ADMR) et la Mutualité sociale agricole en milieu rural ont la charge de répondre à une demande croissante de services (aide-ménagère, repas à domicile, téléalarme, etc.). Cette demande, renforcée par diverses mesures de solvabilisation (aide sociale départementale, politiques fiscales), a offert de nombreuses opportunités de créations d'emplois.

L'évolution qualitative des emplois

L'importance des secteurs sanitaire et social dans les dynamiques territoriales est telle que nos recherches doivent accorder une grande attention aux aspects qualitatifs de l'évolution des emplois. L'appel à projet de recherche sur les restructurations hospitalières lancé par la MIRE (Mission Recherche du ministère de l'emploi et de la solidarité) en septembre 1999 indique d'ailleurs que "la question de l'emploi, aujourd'hui largement occultée, sera vraisemblablement, et dans un proche avenir, au cœur des mutations du système hospitalier".

Certains aspects de cette question de l'emploi dans les hôpitaux ont été fortement médiatisés. Il s'agit par exemple de la difficulté pour les petits établissements implantés hors des grandes villes dans des espaces sans qualité à trouver les personnels médicaux dont ils peuvent avoir besoin (c'est le cas avec la fermeture de la maternité de la clinique Saint-Jean à Saint-Lô annoncée pour le début de l'an 2000 faute d'avoir réussi à recruter deux gynéco-

6- V. Jousseau, op. cit., p. 43 et 164.

7- S. HERVÉ, *L'aide aux personnes âgées. Le cas de l'Ille-et-Vilaine*, mémoire de DEA de géographie sous la direction de R. Séchet, Rennes, juin 1998.

logues obstétriciens — *Ouest-France*, 29 septembre 1999) ou bien de la mobilisation des médecins étrangers hors-statut, nombreux dans certains services et souhaitant que leur contribution au bon fonctionnement du système de soin hospitalier soit reconnue par un salaire à la hauteur de leurs compétences.

Cependant, les personnels médicaux sont minoritaires dans les hôpitaux et la précarité du statut d'une minorité d'entre eux ne doit pas occulter celle d'un grand nombre d'autres catégories de salariés. Partant du constat de la diversité des situations ne relevant pas des statuts de la fonction publique hospitalière — Développement de la sous-traitance, recours massif aux personnels contractuels ou aux Contrats à durée déterminée (CDD), multiplication, puis stagnation des Contrat Emploi Solidarité (CES), usage du temps partiel. À cette liste indicative s'ajoutent sans doute, l'émergence des associations et le recours à l'expertise. Autant d'évolutions que l'on ne saurait considérer comme indépendantes les unes des autres et qui s'inscrivent dans une transformation radicale du rapport à l'emploi dans les hôpitaux; la MIRE, toujours dans le même appel à projet, se demande dans quelle mesure les spécificités de l'hôpital constituent un frein à la précarisation du travail et dans quelle mesure elles offrent un terrain propice au développement de formes particulières de flexibilité.

La croissance très rapide de l'emploi dans le champ de l'action sociale s'est accompagnée d'une redéfinition des métiers, tout particulièrement dans les domaines où l'action s'est mise en place sur des bases plus territoriales que sectorielles. C'est le cas dans toutes les fonctions d'animation et d'accompagnement social qui, par bien des aspects, se rapprochent de la prévention menée par les polices de proximité. Sous des formes évidemment très différentes, le même processus de réduction des frontières s'observe dans les activités liées à la prise en charge des personnes. Le vieillissement de la population contribue au rapprochement entre le social et le sanitaire: l'aide ménagère est un peu aide-soignante, l'infirmière est aussi confidente; le décroisement est encore plus net pour les auxiliaires de vie qui interviennent pour les soins de maternage auprès des personnes dépendantes.

Les emplois créés pour venir en aide aux personnes ont largement été aidés dans le cadre des politiques de l'emploi. La prise en charge des personnes âgées, tant à domicile que dans les structures d'hébergement collectif, a rencontré les politiques de lutte contre le chô-

mage de longue durée qui mobilisent l'échelon politique local sur des bases territoriales. Les contrats emploi-solidarité dans les maisons de retraite ont été une aubaine pour des femmes non qualifiées, tout particulièrement en milieu rural où les possibilités offertes par l'insertion par l'économique sont fort peu nombreuses. L'essor du maintien à domicile ouvre aujourd'hui d'autres opportunités. La contrepartie en est la diffusion de la précarité du travail. Cependant, évolution normale pour des activités qui relèvent de moins en moins de la logique des besoins nouveaux, les besoins de prise en charge des personnes sont aujourd'hui tels que les acteurs politiques posent de plus en plus la double question de la pérennisation et de la professionnalisation de ces emplois.

LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIÈRES

L'importance économique actuelle des activités sanitaires et sociales découle des évolutions sur le temps long de la demande et de l'offre. Cependant, les contraintes techniques et économiques se sont progressivement imposées au système de santé pour ne faire des évolutions de la demande que le facteur second par rapport à l'offre. Guidée par l'impératif de qualité des soins hospitaliers, la construction d'une nouvelle carte sanitaire, qui se fait par injonctions sur un temps court, ne pourra aller dans le sens des dynamiques de constructions territoriales qu'en intégrant la totalité du système de santé.

Une nouvelle problématique de l'offre imposée par de nouvelles contraintes

Le choix fait pendant les années soixante et soixante-dix dans le cadre d'un système de santé très centralisé d'une dispersion des technologies et spécialités médicales qui aille dans le sens d'un comblement des inégalités géographiques (en tant que réduction des distances-temps) a fait la preuve de ses limites (plutôt que de son inefficacité car il a répondu aux besoins et aux logiques d'aménagement sanitaire d'une époque): le maintien des inégalités dans l'accès aux soins dans un système de plus en plus coûteux, voire dispendieux, est devenu économiquement et politiquement intolérable. Le système de santé n'échappe plus au souci d'efficacité qui a gagné l'ensemble des politiques publiques, de sorte que la maîtrise des dépenses de santé est devenue un enjeu majeur et que l'encadrement de la

pratique médicale par des critères économiques entraîne une érosion du pouvoir médical⁸. Surtout, ce choix de la diffusion dans des établissements hospitaliers omnidisciplinaires est aujourd'hui en inadéquation de plus en plus profonde avec les nécessités qu'imposent les mutations technologiques. La sophistication croissante des outils de diagnostic, leur coût et les compétences qu'exige leur utilisation, celle aussi du geste chirurgical, sont-ils encore compatibles avec une offre de proximité? Les spécialistes du système de santé s'accordent à dire qu'un seuil démographique de 150000 à 200000 habitants est nécessaire pour exercer une activité chirurgicale dans de bonnes conditions (ce seuil permet en effet la compétence médicale par un volume d'activité suffisant et par la pluridisciplinarité). Dans le même temps, cependant, les NTIC et la télémédecine ouvrent la possibilité de construire une nouvelle proximité pour le patient, le praticien, l'établissement hospitalier quelle que soit sa taille.

Les lois de décentralisation ont progressivement introduit l'idée de déconcentration dans le domaine sanitaire. La mise en œuvre de nouveaux outils de régulation a impliqué un transfert de tâches du centre vers la périphérie dont le symbole est l'évolution du rôle des DDASS et DRASS face aux nouvelles et puissantes Agences régionales d'hospitalisation (ARH) prévues par les ordonnances de 1996. La réalisation et la mise en œuvre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la création des ARH induisent des remaniements dans les localisations de l'offre. L'élaboration de schémas régionaux fait du cadre régional le niveau de référence en matière d'organisation sanitaire, avec en interne, une hiérarchisation instaurée entre pôles de référence, pôles d'appui, hôpitaux locaux.

La construction d'une nouvelle géographie des soins hospitaliers repose sur une problématique susceptible de répondre au triple objectif d'adaptation à la demande, de réduction des coûts, d'amélioration qualitative. Il ne s'agit plus d'étendre mais de restructurer l'offre dans sa diversité et dans la globalité du système de santé, c'est-à-dire de limiter les capacités de production tout en assurant une meilleure couverture sur le plan qualitatif. Or il semble bien que, jusqu'à présent, le contenu donné par les ARH à l'idée de géographie sanitaire se soit surtout limité à des propositions sur les lieux d'implantations des spécialités hospitalières:

1- Alors même que le maintien de l'offre de proximité est

8- P. HASSENTEUFEL, "Vers le déclin du "pouvoir médical" ? Un éclairage européen: France, Allemagne, Grande-Bretagne", *Pouvoirs. Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n° 89, 1999, pp. 51-64.

affiché de manière récurrente comme une volonté politique forte, les modalités d'articulation entre les différents niveaux de l'offre de soins, ses composantes et ses acteurs, ne sont-elles pas d'abord pensées selon un schéma descendant à partir des plus grands établissements que sont les CHU et non de manière remontante à partir des acteurs locaux, selon un principe de subsidiarité (qui signifie ne confier au niveau supérieur que la résolution des solutions que le niveau inférieur ne peut traiter)?

2- N'y-a-t-il pas alors intrinsèquement une contradiction entre le principe de proximité et la prise en compte des logiques de coût et d'efficacité qui risque, du fait de la concentration/spécialisation qu'elle impose, de mettre à mal ce souci de proximité, ou du moins de réduire la proximité (au sens de l'offre locale) à une offre élémentaire en dehors des métropoles, une contradiction aussi, et de même nature, entre priorité à la qualité des soins et aménagement du territoire?

3- Les restructurations en cours ne s'inscrivent-elles pas dans une stricte démarche de localisation, qui prend en compte les caractéristiques de l'espace d'action, et où les décisions nationales s'appuient sur les échelons administratifs inférieurs? Les principes de territorialisation, c'est-à-dire le fait que les dynamiques locales puissent s'imposer au système politico-administratif, le système sanitaire en l'occurrence, ne sont en effet pas exprimés. La mise en œuvre actuelle des Programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) est traversée par les mêmes débats que ceux qui ont animé la mise en œuvre des Plans départementaux pour le logement des populations défavorisées ou celle du RMI autour des choix entre localisation et territorialisation.

La localisation de l'offre hospitalière

Parce qu'elle peut remettre en cause des traditions et des pouvoirs acquis (celui de maires sur leur hôpital notamment), la conception d'une nouvelle carte hospitalière est un exercice difficile. Comment réorganiser l'offre de soin face à l'inertie et au poids du passé, des pratiques et des représentations, des réseaux préexistants?

Les restructurations récentes et en cours de l'offre hospitalière passent par le préalable de la délimitation de zones sanitaires organisées autour d'un établissement hospitalier jouant le rôle de tête de réseau. Elles tiennent alors compte des caractéristiques des populations qui vivent dans l'aire d'attraction de l'établissement hospitalier placé au centre de chacune des zones sanitaires (structures par âges, pathologies spécifiques quelle qu'en soit l'origine) et de celles de

l'offre et de ses effets sur les pratiques de recours aux soins ainsi d'ailleurs que sur les pathologies diagnostiquées (les médecins savent bien que l'absence de certains services rares aboutit souvent à sous-estimer des pathologies: les insuffisants rénaux ont été anormalement peu nombreux dans le sud-est du département de l'Orne jusqu'à ce qu'un service de néphrologie soit ouvert à l'hôpital d'Alençon...).

La régionalisation de l'organisation des régulations laisse une plus grande initiative aux acteurs locaux: villes, départements, régions peuvent s'impliquer dans le domaine sanitaire au-delà des compétences qui leur sont dévolues. Sur ce point, le cas de Rennes⁹, où une délégation à la santé est créée dès 1983 et confiée à une conseillère municipale proche des milieux médicaux et issue des réseaux politiques du maire, Edmond Hervé, apparaît comme exemplaire. Dès lors se pose pour la santé, de la même manière que pour la lutte contre l'exclusion ou pour la prise en charge de la petite enfance ou pour bien d'autres domaines encore, la question de la différenciation locale des politiques. Cette différenciation vient bousculer le principe d'égalité des citoyens devant le service public.

Pour concilier proximité et priorité à la qualité des soins, les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les ARH accordent une place prééminente à l'idée de réseaux d'établissements, qu'ils s'agissent de réseaux hiérarchisés plaçant des établissements modestes sous la tutelle d'établissements plus importants ou de réseaux entre établissements de même rang (que ces établissements soient publics ou privés puisque hôpitaux et cliniques ont été invités à collaborer) dans une ville ou des villes voisines. Les réseaux hospitaliers sont pensés comme des combinaisons de territoires: il faut assurer une couverture totale (et donc éviter les effets de frontières régionales) en s'appuyant, pour l'élaboration des protocoles de coopération entre établissements, sur les territoires institués. Puisque l'impératif technique s'impose, les réseaux varient selon les spécialités médicales ou médico-chirurgicales: la conception des réseaux de cancérologie, d'obstétrique ou de psychiatrie ne repose pas sur les mêmes schémas spatiaux.

Les réseaux des urgences et de l'obstétrique illustrent clairement cette variation dans le souci de privilégier la

qualité et la sécurité tout en accordant une place aussi grande que possible à la proximité, au sens des commodités de voisinage puisqu'il ne s'agit que d'une proximité en tant que distance-temps.

- l'exemple de l'obstétrique: maintenir la proximité par la coopération

La dimension symbolique de la fermeture d'une maternité est encore plus forte que celle d'un service d'urgences. Le seuil de 150000 à 200000 habitants dans la zone sanitaire s'exprime ici par un nombre minimal d'accouchements d'environ 500 par an. Le schéma obstétrique repose sur une distinction entre le suivi de la grossesse, pour lequel la proximité est une nécessité, et l'accouchement, moment unique qui, lui, ne l'exige pas. Pourtant le souci de préserver des petites maternités a été clairement exprimé par les populations et les élus locaux, non sans contradictions avec les pratiques des parturientes qui préfèrent accoucher dans les grosses structures où elles savent trouver des moyens et équipements de qualité. La réponse proposée pour la Bretagne a été une carte qui repose sur:

- la hiérarchisation entre des maternités à part entière et des centres périnataux de proximité (Douarnenez avec maternité à Quimper, Auray avec maternité à Vannes par exemple);

- l'incitation ou l'imposition de regroupement d'établissements (à Guingamp, Dinan, Saint-Malo: arrêt de l'activité maternité des cliniques au profit des centres hospitaliers par exemple);

- des fermetures pour les plus petites structures (Landerneau).

- l'exemple des urgences hospitalières: la priorité à la hiérarchisation des établissements

Organiser un réseau des urgences suppose que soient préalablement définies les fonctions des services d'urgence. Ces services d'urgence hospitalière sont les pôles structurants majeurs de la carte des établissements hospitaliers. Pour une raison tout d'abord technique puisque leur niveau précise celui de la gravité de l'état des patients qui peuvent être traités, et donc conditionne le recrutement des services de cet hôpital. La deuxième raison est d'ordre psychologique et symbolique puisque la fermeture d'un service d'urgences est très vivement ressentie comme dévalorisant l'ensemble du site hospitalier.

Le dossier des urgences est donc un des plus délicats

9- On en trouvera les grandes lignes dans P. HASSENTEUFFEL, B. LE BIHAN-YOUIYOU, P. LONCLE-MORICEAU, A. VION, L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et Brest, in D. FASSIN (Dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, 1998, p. 84-109.

dans l'élaboration des cartes sanitaires par les Agences régionales de l'hospitalisation. Dans le cas de la Bretagne, par exemple, l'ARH a retenu l'hypothèse de :

- sept sites susceptibles de constituer des "pôles de référence" à partir desquels serait organisé tout le système. Ces sept sites (les CHU de Brest et Rennes ainsi que les établissements publics de Quimper, Lorient, Vannes, Saint-Malo et Saint-Brieuc) seraient dotés d'un service d'accueil et de traitement des urgences ouvert jour et nuit et offrant des garanties en hommes et en moyens;

- les établissements plus petits dont le service d'urgences n'est adossé qu'à un nombre restreint de services n'auront à disposition que des unités de proximité d'accueil et de traitement, unités elles aussi opérationnelles 24 heures sur 24. Le secteur privé aurait sa place dans la carte des unités de proximité;

- un petit établissement (l'hôpital de Loudéac) n'aurait qu'une simple antenne et serait en liaison avec le site de Pontivy.

Le dispositif repose sur la constitution de réseaux incluant à la base les médecins libéraux. Ceux-ci sont invités à gérer les urgences à leur niveau par l'organisation de gardes et par l'établissement de diagnostics orientant d'emblée le malade vers le bon niveau d'urgences. Le SAMU et les transports sanitaires constituent la clé de voûte du dispositif. En ce qui concerne les transports, le partenariat avec la Sécurité civile serait complété par un recours à des hélicoptères privés (notamment sur le littoral des Côtes-d'Armor qui n'est pas couvert par les bases de secours hélicoptères de Lorient, Quimper, Granville). Illustration de l'implication croissante des collectivités locales dans le domaine sanitaire, sur ce point des transports rapides, le Conseil général de l'Orne, dominé par des élus ruraux confrontés à l'éloignement des services, n'a pas hésité à financer lui-même un hélicoptère.

Vivre et soigner au pays ?

Comment concilier les intérêts des habitants et ceux des patients, les impératifs sanitaires de qualité et sécurité avec les préoccupations d'aménagement des territoires? Le fait que de nouveaux espaces de projet se dessinent en même temps que sont formulées des hypothèses sur les formes des réseaux de soins est une chance à saisir: les projets des territoires doivent tenir compte des impératifs sanitaires et les SROS ne peuvent ignorer les projets territoriaux qui se construisent. La transversalité est nécessaire mais difficile pour des administrations — celles de la

santé et celles de l'aménagement et de l'intérieur — qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et qui ont des cultures bien différentes: la première est par tradition fortement centralisatrice alors que les secondes sont rodées au contact permanent avec les collectivités locales. Cela est facile, et déjà fait, pour certains aspects de l'offre de soins: les dispositifs de prise en charge, sanitaire et autre, des personnes âgées organisés dans le cadre des schémas gérontologiques s'articulent bien avec les projets des communautés de communes rurales pour assurer un suivi de proximité en coordination avec les équipements hospitaliers des pôles d'appui.

Il y a beaucoup plus à inventer en ce qui concerne les pays, surtout quand ceux-ci ne sont pas organisés autour d'une ville moyenne. C'est le cas du Pays de Brocéliande en Ille-et-Vilaine. Sans doute faut-il repenser la fonction des hôpitaux locaux pour leur donner une place plus large que celle initialement prévue dans la hiérarchisation descendante: pôle de référence - pôle d'appui - hôpital local.

Tentons une comparaison avec certaines des logiques qui ont présidé à l'essor des antennes universitaires. Pourquoi ne pas imaginer une double implication: celle du pays qui contribuerait en partie au financement des équipements nécessaires et, d'autre part, celle des équipes médicales du pôle d'appui qui pourraient assurer une partie de leur activité dans l'hôpital local et en étroite collaboration avec celui-ci, les ressources offertes par la télémédecine permettant une prise en charge de qualité du patient? Ce renouvellement de la manière de penser la subsidiarité permettrait de lever l'obstacle de la logique de concentration qu'impose la qualité par la quantité et le cumul des compétences. La réponse donnée à la question de l'équilibre à trouver entre respect des conditions de sécurité et exigences de l'aménagement du territoire ne serait pas exprimée en terme de point d'équilibre mais de complémentarités et d'emboîtements entre un établissement-mère (comme il y a des universités-mères) et son antenne.

Redéfinir la place de l'hôpital

D'abord créés par des initiatives locales, qu'elles aient été d'origine ecclésiastique, seigneuriale ou communale, pour protéger les exclus (pauvres, invalides, vieillards), les hôpitaux se sont développés de manière autarcique, cultivant le mépris pour les établissements privés (bien que, d'ailleurs, beaucoup de médecins interviennent dans les deux catégories d'établissements). Cet hospitalocentrisme¹⁰, qui rend délicat sur le plan politique

la mise en œuvre des SROS, est à repenser au regard des exigences de la territorialisation.

L'hôpital ne doit pas être pensé seulement comme le lieu d'exercice des actes médicaux et chirurgicaux les plus sophistiqués et exigeant le plus de compétences mais comme l'un des acteurs du système de santé dans sa globalité, c'est-à-dire prévoyant les formes de ses articulations avec le secteur ambulatoire et avec les autres établissements, ayant aussi sa place dans l'analyse de l'état de santé des populations, dans la prévention et le dépistage systématique, dans la réadaptation et la réinsertion, dans l'information et l'éducation à la santé, etc.

Une attention toute particulière doit être portée aux têtes de réseaux des SROS que sont les centres hospitalo-universitaires régionaux. Leur rôle structurant dans l'offre de soins hospitaliers ne serait-il pas contrebalancé par des effets déstructurants en matière d'aménagement du territoire, tant au niveau local qu'au niveau régional? Les chiffres sont nombreux qui le suggèrent. D'abord parce que les CHU fonctionnent comme des pompes aspirantes: ainsi, par exemple, 70 des 130 anesthésistes de Basse-Normandie exercent au CHU de Caen. Les petits établissements ne doivent-ils pas leurs difficultés à recruter les personnels dont ils ont besoin à l'organisation d'ensemble d'un système de soins qui organise une polarisation maximale? Cette hypothèse mériterait d'être validée à l'aune des réseaux urbains régionaux. L'effet déstructurant est-il aussi fort dans des régions où l'existence d'un réseau urbain moins polarisé que le réseau urbain bas-normand par une seule grande ville réduirait le poids du CHU dans la hiérarchie hospitalière régionale? Des comparaisons interrégionales sont ici justifiées.

À une échelle plus fine, celle de la ville d'implantation, les CHU et leurs services d'urgence semblent aller à l'encontre de la construction d'une véritable proximité sanitaire. La présence de leurs services d'urgences rodés à tout drame et situation extrême semble désinciter les généralistes à s'impliquer et se mobiliser dans la construction de réseaux de base. Les services d'urgences ont une fonction de premier secours difficile à intégrer et maintenir dans les dispositifs réticulés tels qu'ils sont proposés. En effet, ces services jouent un rôle

fondamental pour beaucoup de personnes qui s'y rendent directement, pour des soins et des pathologies plus ou moins mineurs. Agir dans le sens d'une modification des pratiques pour réduire le nombre de recours directs inutiles aux services d'urgences est légitime, à condition que soient maintenus ou créés des services de grande proximité pour les populations exclues, et tout particulièrement les SDF dans l'impossibilité de s'adresser au secteur libéral: "le service d'accueil et d'urgence est le lieu par lequel l'hôpital moderne, sûr de sa réponse technique en termes de soins, redécouvre, par la force des choses, sa fonction ancestrale d'assistance et de traitement du social¹¹".

SANTÉ PUBLIQUE ET GESTION SANITAIRE DU SOCIAL

L'affirmation du souci d'une inscription territoriale du système de santé est le fruit d'une double dynamique: le renouvellement des objets, des pratiques de la santé publique, et donc des modalités d'intervention dans le domaine de la santé, d'une part; et, d'autre part, alors que l'action publique est fortement guidée par le principe de géographie prioritaire, le déploiement de l'action sociale sur le terrain sanitaire pour y traiter des problèmes sociaux plus généraux. La rencontre de la santé publique et de l'espace local apparaît donc comme "un analyseur fécond des transformations en cours dans les sociétés contemporaines, et singulièrement dans le monde urbain¹²".

La production locale de la santé publique

Territorialiser le système de santé veut dire l'ancrer dans le tissu socio-économique, l'appuyer sur les réseaux, les dynamiques, les projets des territoires (quartiers, communes ou communautés de communes, pays, etc.), et donc, au total, passer du maillage de l'espace, tel que celui opéré par les secteurs sanitaires, à un réel tissage territorial. Cette territorialisation du système de santé implique de réfléchir à une redéfinition de la place qu'y occupe l'hôpital mais aussi de formuler des hypothèses quant à ce que pourrait être une "invention du local" en matière de santé, c'est-à-dire les agencements spécifiques d'acteurs

11- M. BESSIN, Ouvertures et résistances de l'hôpital face à la question sociale. Les enjeux de l'accueil et de la prise en charge des désaffiliés à l'hôpital, *Prévenir*, n° 32, 1997, p. 15-22.

12- D. FASSIN, Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in D. FASSIN (Dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit., pp. 7-46.

10- On en trouvera une analyse dans B. MARROT, Territoire de l'hôpital, territoires de la santé, *Projet*, n° 254, 1998, p. 49-57.

et les procédures répondant à un principe d'équité et non plus d'égalité. Comment, face à l'affrontement entre les logiques économiques de réduction des coûts et de maîtrise des dépenses et les impératifs hospitaliers d'efficacité technique imposer la priorité à la réponse aux besoins des populations localisées?

La santé publique est une réalité sociologique qui ne peut s'analyser uniquement à partir d'une définition préétablie et bornée des domaines d'intervention de l'Administration en faveur de la protection et de la promotion de la santé des citoyens. En effet, les formes et la part relative des différents volets de l'action sanitaire locale évoluent dans le temps, selon les préoccupations et les nécessités du moment, et dans l'espace, selon les choix et les modalités locales de sa construction politico-administrative. Le domaine le plus traditionnel et le plus ancien qu'est celui de l'hygiène publique a connu ses temps forts lors de périodes de transformations rapides des sociétés et des espaces (cf. la crainte du choléra dans les villes en pleine croissance au dix-neuvième siècle). L'affirmation croissante du droit à un environnement sain et le souci de sauvegarder le capital planétaire par un développement durable sont favorables à l'implication des collectivités locales (pour préserver ou rétablir la qualité des eaux et de l'air par exemple). Second grand registre d'intervention, la prévention médicale a, elle aussi, connu un élargissement de ses missions bien au-delà de la lutte contre les épidémies et les pandémies par la vaccination systématique, vers la réduction des "fléaux sociaux" (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) et le maintien de la santé individuelle (prévention des caries, dépistage des cancers). L'application locale de programmes nationaux peut prendre des formes différentes, voire générer des inégalités selon le niveau de mobilisation des départements (l'organisation par certains de campagnes de dépistage du cancer du sein illustre clairement l'introduction du principe de localisation dans la santé publique). Le troisième grand domaine, celui de l'action socio-sanitaire, prend une importance sociale et politique croissante. La compassion pour les familles en grande pauvreté et la volonté de contrôler des marginalités qui s'affichent, notamment en milieu urbain, contribuent au gonflement d'une nébuleuse d'actions qui se situent à la frontière des domaines traditionnellement définis comme sanitaire et social.

La définition de la santé publique est donc un enjeu social, et, à cet égard, la toxicomanie est exemplaire: pour Didier Fassin, la politique de réduction des risques qui fait pleinement entrer la toxicomanie dans le domaine de la

santé publique "transforme le drogué de délinquant en patient" et "place au-dessus de la logique individuelle de sevrage défendue par l'institution psychiatrique un principe supérieur de prévention collective ordonné par les pouvoirs publics" ¹³. Dès lors qu'elles ressortissent au champ de la santé publique, les politiques locales à l'égard de la toxicomanie se situent au croisement du sanitaire et du social et peuvent échapper à l' élu chargé de la sécurité pour être transférées à celui qui a en charge la santé. Dans un contexte de décentralisation, et par la force des choses, la santé publique a, comme d'autres domaines de l'action publique, découvert les vertus de la territorialisation et, en conséquence, a réhabilité le local.

L'échelle micro est celle des médiations spatiales mais aussi celle où se déclinent les modèles, tendant ainsi à l'uniformisation des principes d'action. Dans quelle mesure la production locale de la santé publique combine-t-elle l'euro-péanisation progressive des formes de l'action sociale avec, en matière d'intervention sanitaire, la diffusion des normes de l'OMS qui définit la santé comme "bien être physique, mental et social"? Cette définition sous-tend le projet de la Ville de Rennes d'ouverture d'un lieu-passerelle, c'est-à-dire d'un accueil de jour, en centre-ville pour les SDF afin de les aider à retrouver leur dignité en leur permettant de se retrouver, se soigner, reprendre confiance, réapprendre à gérer leur temps. Lorsque l'OMS a lancé son projet "Ville-Santé", Rennes a très vite trouvé des convergences avec les principes qui guidaient son action en matière de santé. Elle fut une des premières villes françaises à s'engager dans le projet et à participer activement au lancement du réseau européen de "Villes-Santé". Les priorités, d'ordre général, inscrites dans le plan "Agir ensemble pour la santé de chacun" qui n'en est actuellement qu'à la phase de diagnostic, devraient être déclinées au plus près des habitants par des programmes d'actions visant à traiter les problèmes de fond. Le niveau local est donc aussi, sur le plan de la démarche scientifique, celui où peuvent être saisis les décalages entre les discours et les pratiques, entre l'ambition des programmes et la modestie des résultats.

Inventer la proximité médicale: la santé publique à l'épreuve du local

Le contexte politique paraît favorable à la relance des réflexions - réflexions qui ont connu un temps fort après mai 1968 - sur les modalités de rapprochement entre les populations et la santé: l'enjeu est de lutter contre les

¹³- Idem, p. 16.

situations d'exclusion du système de soins, c'est-à-dire contre la non-demande médicale et pour l'accès de tous à une médecine de qualité, pour une généralisation du droit à la santé. L'ambition affichée de lutter contre les inégalités d'accès à la santé et contre toutes les formes d'exclusion mobilise l'ensemble des échelons politico-administratifs: les régions et départements autour de la question de l'accès aux droits et aux soins, mais aussi les Villes qui composent avec les dynamiques associatives pour gérer au quotidien l'exclusion.

La couverture médicale universelle (CMU) devrait élargir l'accès aux soins. Mais, comme tout dispositif soumis à condition de ressources, elle aura des effets de seuil et générera des allers et retours qu'il faudra gérer par un suivi des sorties du dispositif. Surtout, dans la mesure où toutes les populations n'ont pas la même capacité à se saisir des possibilités offertes par l'aide sociale, il faudra s'assurer que tous les bénéficiaires potentiels aient recours au dispositif. La réussite suppose donc des mesures complémentaires. Celles-ci relèvent de l'accompagnement social, et, en cela, les débats autour de la CMU prennent une dimension spatiale. Il s'agira en effet d'identifier les besoins non exprimés, tant en milieu rural qu'urbain, pour ensuite imaginer des stratégies territorialisées mobilisant tous les acteurs concernés. Les travaux menés au CRESO sur les *besoins et nouveaux services* dans les quartiers HLM de l'agglomération caennaise établissent clairement la nécessité de croiser les entrées territoriale, sociale, sanitaire, pour imaginer une proximité médicale qui ne se résume pas à une absence de distance physique entre les patients et les médecins (absence de distance qui peut être stigmatisante pour les praticiens et leurs clients). Il s'agit bien de réduire les distances sociales et culturelles pour favoriser l'accès aux équipements et aux praticiens, quelle que soit leur implantation, dans le quartier ou en dehors, et notamment, dans les beaux quartiers où sont fréquemment installés les spécialistes.

Pour cela, en conformité avec la définition de la santé proposée par l'OMS, il faut imaginer des réseaux de santé primaire qui procèdent du renouvellement des formes de l'intervention sociale et privilégient le partenariat et l'expérimentation, avec les conséquences que l'on imagine sur les clivages traditionnels entre soins et prévention, entre secteur hospitalier et médecine de ville, entre le sanitaire et le médico-social. C'est tout le sens de l'action menée par le Réseau des Villes-Santé précisément piloté en France par la Ville de Rennes.

Les dispositifs mis en œuvre à Caen et étudiés par

B. Raoulx, mais aussi l'expérience de réseaux de soins coordonnés en cours dans le quartier de Maurepas à Rennes s'inscrivent déjà dans ce schéma de réseau primaire. L'expérience rennaise a été lancée autour de l'idée de traitement global des personnes par la CPAM d'Ille-et-Vilaine en partenariat avec l'Union Mutualiste d'Ille-et-Vilaine (qui dispose d'un centre de soins infirmiers dans le quartier), le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, la Ville de Rennes. Elle mobilise également les médecins généralistes, regroupés, tous syndicats confondus, au sein de l'association des généralistes de Rennes-nord, ainsi que les travailleurs sociaux. Grâce à elle, 330 habitants du quartier bénéficient, sur la base d'une démarche volontaire, d'une prise en charge médicale et sociale.

Ces "miracles locaux"¹⁴ ne doivent pas faire oublier que le cloisonnement entre sanitaire et social reste fort. Alors que la santé est une des composantes majeures du lien social et de la lutte contre l'exclusion dans les "espaces de pauvreté", comment envisager leur généralisation?

La santé publique comme langage du social

Les problèmes sociaux sont de plus en plus exprimés, et ainsi largement occultés, selon le registre de la santé, ou plus précisément de la maladie et des handicaps, non des hommes mais des espaces. Les trois niveaux de géographie prioritaire du Pacte de relance pour la ville de 1996 sont hiérarchisés selon un indice qui prend en compte des données démographiques d'ensemble (population totale du quartier et part des moins de 25 ans dans cette population) et des données sociales qui expriment le regroupement spatial de situations individuelles porteuses d'exclusion (proportion de chômeurs et de sans diplômes dans cette population). Le travestissement en termes de handicaps spatiaux de problèmes sociaux permet de définir les périmètres d'une intervention publique qui se veut plus efficace par un ciblage sur les espaces qui en ont le plus besoin.

Déjà présente dans l'hygiénisme du dix-neuvième siècle, cette problématique de la responsabilité des caractéristiques des espaces dans l'émergence de situations sociales extrêmes appelant un traitement dans l'urgence a toujours été au cœur de la définition d'espaces de pauvreté, qu'il s'agisse des poches de pauvreté de l'"Autre

14- Expression employée par F.-X. Schewer dans sa communication « L'hôpital public et les populations précaires: un retour aux sources? » au colloque *Dimensions de la précarité*, organisé à Rennes par le laboratoire LESSOR les 28 et 29 octobre 1999.

Amérique” des années soixante ou des zones d’extrême pauvreté et d’*urban underclass* des années quatre-vingt¹⁵. La nouveauté est dans la manière d’en parler: alors que les espaces de la relégation¹⁶ faisaient redouter révoltes et violences urbaines en raison de leur écart et leur distance symbolique avec l’ensemble de la ville et de la société urbaine, alimentant ainsi le vote d’extrême-droite, les territoires de la politique de la ville de 1996 — territoires qui sont largement les mêmes qu’avant — sont à traiter pour eux-mêmes, en fonction de leurs “pathologies spatiales” spécifiques, des maux qui les rongent, sans rien dire de ceux qui les habitent (jeunes, délinquants, étrangers, familles nombreuses ou monoparentales, etc.). De la même manière, que la toxicomanie ne soit plus le fait de délinquants mais de malades repose sur la traduction d’une déviance en risque sanitaire, traduction qui autorise l’attention portée par le politique aux patients et justifie la mise en place de dispositifs permettant l’accès à du matériel stérile et des centres de substitution¹⁷. Le saturnisme qui sévit dans les quartiers centraux et les faubourgs aux immeubles vétustes a apporté un “signifiant dicible” aux conditions de vie et d’habitat de familles pauvres immigrées et ainsi permis d’apporter une réponse politique: “là où l’autorité municipale se serait mise en difficulté en proposant un programme de réhabilitation ou de relogement pour les familles immigrées, elle se sent non seulement autorisée, mais obligée à le faire dès lors que l’argument de l’insalubrité dangereuse peut être invoqué”¹⁸. Les Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 ne présentent la résurgence du saturnisme infantile qu’à partir des conditions d’habitat: “Il faut souligner que le traitement du saturnisme infantile est souvent complexe, car il comporte trois dimensions: médicale, sociale et environnementale; ce dernier volet est le seul à pouvoir supprimer la source d’exposition au plomb, et nécessite une réhabilitation de l’habitat ancien”¹⁹. Au total, utiliser le vocabulaire de la santé publique permet de parler de

manière consensuelle de ce qui fait socialement problème (les SDF, les toxicomanes, les immigrés en situation irrégulière, les jeunes et leurs difficultés d’accès au marché du travail, etc.), c’est-à-dire de la “nouvelle question sociale”.

Cette modalité d’inscription du sanitaire dans l’espace public contribue, plus encore que les évolutions de la demande d’origines démographique et individuelles, à l’émergence de nouvelles formes de relations entre les agents du sanitaire et ceux du secteur social. Le social s’impose au sanitaire pour favoriser la construction de réseaux locaux de santé qui devraient mobiliser des acteurs bien au-delà du domaine sanitaire s’il n’y avait la résistance d’un monde médical, et tout particulièrement du secteur libéral, peu enclin à ne plus être le pilote et à subir la concurrence des nombreux intervenants, politiques, institutionnels, associatifs, du champ de l’insertion.

Conclusion

Malgré l’essor de la précarité qui n’est pas sans effets néfastes sur la santé, l’espérance de vie à la naissance en France (estimée à 74,2 ans pour les hommes et 82,1 pour les femmes) est devenue l’une des plus longues au monde et les années gagnées sont des années de vie en bonne santé²⁰. Cette situation doit beaucoup à l’élargissement de l’accès à un système de soins qui a gagné en efficacité. L’adoption du Revenu minimum d’insertion, l’évolution des formes de pauvreté (davantage liées aux difficultés d’accès et de maintien sur le marché du travail) ont entraîné un accroissement des aides sociales et une diversification des actions sociales. Les secteurs sanitaire et social contribuent donc de plus en plus au fonctionnement du marché du travail, à la production de richesses et aux dynamiques territoriales.

Pourtant ces réalités sont occultées par le quasi-consensus sur la nécessité de contrôler les dépenses de santé (dont la croissance s’expliquerait par des excès de consommation et de prescriptions, par le vieillissement des populations et par les progrès des techniques médicales), sur les déséquilibres que risque d’entraîner l’explosion des dépenses d’aide sociale (de 1990 à 1995, les dépenses par habitant sont passées de 784 à 1 142 francs pour ce qui relève de la compétence des départements et de 127 à 154 francs pour la compétence de l’État²¹), sans parler de leurs éventuels effets désincitatifs (cette manière de

15- J.-K. GALBRAITH, 1961, *L’ère de l’opulence*, Calmann-Lévy, 332 p.; W. J. WILSON, 1987, *The Truly Disadvantaged: The Inner City, The Underclass and Public Policy*, Chicago, University of Chicago Press, 254 p.

16- J.-M. DELARUE, 1991, *Banlieues en difficultés: la relégation, Rapport au ministre d’Etat, ministre de la Ville et de l’Aménagement du territoire*, Syros-Alternatives, 224 p.

17- A. LOVELL & I. FÉRONI, Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille, in D. FASSIN (Dir.), *op. Cit.*, p. 203-238.

18- D. Fassin, *Politique des corps et gouvernement des villes*, texte cité, p. 14.

19- Ministère de l’Emploi et de la Solidarité, DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France*. 1999, La Documentation Française, coll. Études et Statistiques, 1999, 316 p.

20- *Idem*, p. 16.

21- *Ibid.*, p. 283.

remettre en cause le welfare a été particulièrement virulente aux États-Unis). N'y-a-t-il pas paradoxe à poser comme un problème des évolutions qui relèvent du progrès social (élargissement de l'accès aux soins) et culturel (recourir aux médecins pour être bien dans son corps et sa tête et pas seulement en cas de maladie), ainsi que de la solidarité (l'aide sociale)? Dans un article récent, Jean de Kervasdoué a rappelé que, depuis 1960, les principales causes de croissance des dépenses sont le remplacement des ordres religieux par des personnels laïcs rémunérés à la hauteur de leur formation ainsi que l'affaiblissement de la compassion familiale ou de voisinage ("aujourd'hui on a le "droit" de faire héberger ses proches dans des institutions sanitaires et sociales quand leur état l'exige")²². Soumises à la tension entre pression gestionnaire et préoccupation technique de qualité par regroupement, les restructurations hospitalières pourraient bien se faire au détriment des territoires.

Plus paradoxal encore, la santé n'a jamais mobilisé autant d'acteurs politiques, administratifs, professionnels, médiatiques qu'aujourd'hui, et n'a jamais été aussi présente dans les politiques publiques. Le décalage entre la place du sanitaire dans les discours et l'ampleur des tâches imparties d'une part, et, de l'autre, les moyens budgétaires, les rythmes de mise en œuvre des programmes, les résultats, invite à une nécessaire interrogation sur les finalités de la santé publique. Comme d'autres politiques sectorielles, et tout particulièrement les politiques de l'habitat qui, dans la gestion des immigrés, seraient passées de la stigmatisation à la scotomisation²³, la santé publique permet de parler et de tenter d'innover autour de questions socialement douloureuses (la difficile intégration de populations perçues comme trop différentes, le décrochage d'une partie de la jeunesse, l'invalidation sociale des surnuméraires d'aujourd'hui²⁴).

22- J. DE KERVASDOUÉ, Progrès de la médecine et économie de la santé: faut-il limiter les dépenses de santé?, *Pouvoirs. Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n° 89, 1999, p. 79-100.

23- T. KIRSZBAUM, Les immigrés dans les politiques locales de l'habitat: variations locales sur le thème de la diversité, *Sociétés contemporaines*, n° 33-34, janvier 1999, pp. 87-110.

24- R. CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995, 490 p. (coll. L'espace du politique).

LE CHAMP SANITAIRE ET SOCIAL

A- D'après le ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Le champ sanitaire et social peut être défini de façon différente selon que l'on raisonne en termes de compétence politique, de tutelle administrative et réglementaire, de gestion des structures ou des personnels. Il renvoie alors à des activités, des budgets, des statuts, des formations, des emplois, des clientèles...

De nombreux acteurs œuvrent dans ce champ: l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, des associations...

Le ministère chargé de la santé et du social définit la politique sanitaire et sociale, a la tutelle réglementaire et administrative sur l'ensemble des structures (établissements ou services) et des personnels (sociaux, médicaux ou auxiliaires médicaux...); il exerce également une tutelle directe, parfois conjointement avec un autre ministère, sur les établissements et personnels du champ.

Pour les structures d'accueil (établissements ou services), la tutelle s'applique aux activités, aux équipements, aux personnels, aux financements, aux formations, à la sécurité, aux clientèles accueillies.

Sur les professionnels de santé ou du social, le Ministère a compétence quant à la déontologie des différents métiers, les formations requises et les modes d'exercice.

S'agissant du volet "clientèle", le ministère s'intéresse aux bénéficiaires de soins, de prestations sociales et d'actions sociales, à la qualité des services fournis, aux conditions d'accès à ces services, etc.

Les limites précises de ce champ sont difficiles à établir. Les frontières dépendent de la conception plus ou moins large que l'on donne au terme "social". Nous avons choisi ici le cadre retenu par le répertoire FINESS, et les nomenclatures qui l'accompagnent. Il correspond à la définition de fait retenue par le ministère en charge de ce secteur.

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998*, p. 39.

B- D'après l'INSEE : La santé et l'action sociale dans la nomenclature des activités

85	Santé et action sociale
85.1	Activités pour la santé humaine
85.1A	Activités hospitalières
85.1C	Pratique médicale
85.1E	Pratique dentaire
85.1G	Activités des auxiliaires médicaux
85.1H	Soins hors d'un cadre réglementé
85.1K	Laboratoires d'analyses médicales
85.1L	Centres de collecte et banques d'organes
85.2	Activités vétérinaires
85.3	Action sociale
85.3A	Accueil des enfants handicapés
85.3B	Accueil des enfants en difficulté
85.3C	Accueil des adultes handicapés
85.3D	Accueil des personnes âgées
85.3E	Autres hébergements sociaux
85.3G	Crèches et garderies d'enfants
85.3H	Aide par le travail, ateliers protégés
85.3J	Aide à domicile
85.3K	Autres formes d'action sociale

Source : INSEE, *Nomenclature d'Activités Française*