

Travail en réseau et logiques de territoire

Le travail en réseau renvoie d'emblée à une pluralité d'acteurs, d'instances, d'institutions qui, jusqu'à sa mise en place, s'ignorent, voire relèvent de logiques contradictoires. Cette banale observation repose sur un premier constat autour duquel se dégage un certain consensus : une situation de désordre faite d'émiettement des législations et des réglementations, de cloisonnement des modes d'organisation, d'incapacité à penser des réponses croisées à des difficultés polymorphes, comme c'est déjà le cas avec la bipolarisation de la psychiatrie et de l'action sociale. En effet, de manière globale, les clivages des formes d'aide à autrui concernent tout aussi bien les rapports souvent difficiles entre le soin, l'accompagnement social, l'éducation spécialisée, l'éducation tout court, la justice... Partout, usagers et professionnels ont l'occasion de se heurter à des démarcations structurelles entre plusieurs types de prise en charge : des législations séparées, des dispositifs et des institutions particulières, des catégories professionnelles avec des statuts et des identités distinctes. L'ensemble se présente comme une juxtaposition d'empilements et repose sur le pari de profils de populations bien identifiables, avec des besoins spécifiques, sans lien ni comparaison possible entre les uns et les autres.

Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons historiques qui expliquent cette situation. Nous nous interrogerons plutôt sur une deuxième idée qu'il importe de soumettre à la discussion avant de faire du travail en réseau un nouvel impératif catégorique : celle de la possibilité de fonder une nouvelle cohérence à un échelon local, en attendant une cohérence plus large qui tarde à venir. En cela, il existe un lien entre deux thématiques fortement investies, ne serait-ce que dans les publications professionnelles : le territoire et le travail en réseau. Or, la seule référence géographique à une relation de proximité dans un territoire donné n'est pas une garantie absolue pour l'émergence d'un travail en réseau. Car si la mosaïque prime dans le paysage institutionnel, il en est de même lorsque nous parlons de territorialisation.

Marcel Jaeger
IRTS Montrouge

Directeur de l'IRTS Montrouge / Neuilly-sur-Marne, auteur de : « L'articulation du sanitaire et du social », Dunod, 2000, co-auteur avec Jean-François Bauduret de « Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation », Dunod, 2002.

I - L'ENCHEVÊTREMENT DES TERRITOIRES

En premier lieu, sur le plan politique et administratif, l'action sociale connaît une complexité accrue par deux formes de répartition des compétences :

- **un découpage politique** entre l'État et les collectivités territoriales : communes, départements, régions, sans oublier les perspectives à venir de l'intercommunalité et les incertitudes, à l'heure de l'Europe, sur le formatage de cette répartition. Ce découpage lui-même n'est pas complètement opératoire, puisque l'action relève, outre de compétences distinctes, de compétences « conjointes » (maisons d'enfants à caractère social accueillant des jeunes placés par les juges, par exemple) et compétences « mixtes » (maisons de retraite avec section de cure médicale, par exemple).
- **un découpage administratif**, par champs d'intervention, qui affine, décline le découpage politique, mais introduit aussi des logiques propres. C'est ainsi que nous pouvons recenser différentes modalités de zonages qui ne se superposent pas : ceux de la psychiatrie publique, de la politique de la ville, de l'insertion (missions locales, permanences d'accueil, d'information et d'orientation, commissions locales d'insertion...), de l'Éducation nationale, de la protection judiciaire de la jeunesse, de la prévention spécialisée, de l'action sociale (circonscriptions d'action sociale, centres communaux d'action sociale, centres sociaux...), du handicap (dont une partie relève de l'État, l'autre des Conseils généraux)...

“L'imbroglia atteint son comble et démobilise les acteurs de l'insertion”

J.P. Hardy

Plusieurs schémas et instances sont censés donner des cohérences à l'action publique ; mais du fait qu'ils se sont empilés historiquement avec des logiques spécifiques, leur multitude rend difficile leur coordination :

Schémas

- ⇒ schémas départementaux de l'organisation sanitaire pour la psychiatrie,
- ⇒ schémas départementaux, régionaux, nationaux d'organisation sociale et médico-sociale prévus par les articles 18 et 19 de la loi du 2 janvier 2002,
- ⇒ schémas des CHRS (loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions)
- ⇒ schémas gérontologiques...

Instances

- ⇒ conseil départemental de santé mentale,
- ⇒ conseil départemental d'insertion,
- ⇒ commission locale d'insertion,
- ⇒ conseil départemental de l'insertion par l'activité économique,
- ⇒ commission de l'action sociale d'urgence,

- ⇒ commission départementale de l'éducation spéciale
- ⇒ commission technique d'orientation et de reclassement professionnel,
- ⇒ conseil communal et départemental de prévention de la délinquance,
- ⇒ comité départemental de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi,
- ⇒ conseil départemental de l'insertion par l'activité économique,
- ⇒ comité responsable du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées,
- ⇒ conseil départemental d'hygiène...

Cette construction fait dire à Jean-Pierre Hardy, à juste titre, que « l'imbroglio atteint son comble et démobilise les acteurs de l'insertion ».¹

Il existe bien une plate-forme de régulation à travers les autorisations de création ou de transformation des institutions : le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) et, depuis la loi du 4 mars 2002, les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Ces instances préparent les décisions d'ouverture, d'extension importante et de transformation des équipements privés ou publics, sous compétence de l'État et/ou des Conseils généraux. Cependant, il ne s'agit que d'une régulation de l'offre, en partant des « promoteurs » censés avoir analysé les besoins, non de la construction d'une planification fondée sur la définition d'une même unité d'œuvre.

En effet, les décisions politiques et administratives relèvent de plusieurs logiques :

- **un partage égalitaire, sectoriel, « au cordeau »**, soit un découpage sur l'ensemble du territoire départemental, surtout pour le secteur public (CCAS, unités territoriales d'action sociale, circonscriptions d'action sociale, CLI, PMI, PJJ...) ; valorisé au nom de l'accès pour tous en tous points du territoire d'une même qualité de service², ce principe se heurte souvent, faute de moyens toujours conséquents, à des réalités locales inégales ;
- **un partage inégalitaire par le zonage et la définition de priorités** (politique de la ville, prévention spécialisée, zones d'éducation prioritaires, missions locales...), mais avec des espaces vides, comme le montre le problème de la ruralité et une absence de limites à la discrimination positive ;
- **une planification a posteriori** par le CROSMS, réactivée seulement par des extensions ou des créations d'établissements pour s'ajuster à la demande et corriger les insuffisances trop criantes.

1. Jean-Pierre Hardy, « Guide de l'action sociale contre les exclusions », Dunod, 1999, p. 370.

2. Principe au cœur du schéma des services collectifs validé le 9 juillet 2001 par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT).

II - LES COHÉRENCES SECTORIELLES ET LE PARI DE LA COORDINATION GÉNÉRALISÉE

Selon les politiques ciblées sur telle ou telle problématique, le travail en réseau est donné comme le ciment indispensable à une meilleure coordination de l'action. Ainsi, deux dispositions ont été prévues par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions :

- « La coordination des interventions de tous les acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre les exclusions est assurée par la conclusion de conventions entre les collectivités territoriales et organismes dont ils relèvent » ; ces conventions portent sur « la recherche de la cohérence de l'accompagnement personnalisé, par la mise en réseau des différents intervenants permettant une orientation de la personne vers l'organisme le plus à même de traiter sa demande » (article 156) ;
- « Dans chaque département est mis en place, à l'initiative du représentant de l'État dans le département, un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficulté, fonctionnant en permanence tous les jours de l'année et pouvant être saisi par toute personne, organisme ou collectivité » (article 157). Ce dispositif doit avoir un rôle d'évaluation de l'urgence des situations et de proposition de « réponse immédiate », avec, par exemple, une orientation vers un établissement ou un service d'accueil. Il concerne surtout le circuit des CHRS, mais pourrait avoir une compétence élargie.

“L'un des points aveugles de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale est l'interministérialité”

Mais cette recherche de cohérence reste sectorielle. Même si on s'accordera à dire que l'exclusion renvoie à un champ très large, la loi en question ne couvre pas l'ensemble du secteur social et médico-social. Martine Aubry avait été claire sur ce point, en déclarant, par exemple, devant le Comité national consultatif des personnes handicapées, début 1998, que les personnes handicapées relèvent toujours d'une politique spécifique et qu'il n'était pas question qu'elles soient « prises en charge par les dispositifs de droit commun de lutte contre les exclusions ». Ce fut là, d'ailleurs, une des déceptions qui a accompagné l'adoption de la loi de lutte contre les exclusions.

Pour une grande part, la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale a eu l'ambition d'aller plus loin dans le maillage des dispositifs. En effet, outre le renforcement du droit des usagers et l'extension de son champ d'application, elle prévoit :

- une amélioration de la planification : création d'un Conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, ainsi que des schémas d'organisation.

Mais ces derniers restent déconnectés de la planification sanitaire (SROS, SDO), ce qui supposera d'avancer plus tard sur les ajustements nécessaires entre le secteur social et médico-social, la psychiatrie publique, sans parler de la PJJ ou de l'Éducation nationale ;

- une meilleure coordination des décideurs et des acteurs, avec des procédures formalisées de concertation et de partenariats : analyse concertée des besoins, conventions, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, système d'information commun à l'État, aux Conseils généraux et aux organismes d'assurance maladie...

Nous y verrons une volonté de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé du secteur social et médico-social. Cependant l'un des points aveugles de cette réforme est l'interministérialité : cette loi rénove l'action sociale et médico-sociale, mais reste muette sur l'implication de l'Education Nationale, peu bavarde sur la Justice et succincte quand il s'agit de l'accès aux soins ou de la place de la psychiatrie. Il ne s'agit donc pas d'une loi transversale sur les personnes en difficulté. Si les logiques de réseaux sont soulignées, nous en restons fondamentalement à une structuration de la législation autour de filières séparées.

Dans ce contexte, quelle coordination est-elle possible lorsqu'une même personne traverse plusieurs dispositifs, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ? Quelle tête de réseau ? Faut-il confier cette mission à une nouvelle catégorie professionnelle qu'il reste à inventer, au même titre que l'on parle des « nouveaux métiers du social » ? Ou bien attribuer cette fonction de coordination aux professionnels qui ont le premier contact ou qui mettent en place un projet sur un long terme ? Et dans les deux cas, quelle sera la capacité d'expertise de ce « référent coordonnateur » et dans quel espace pourra-t-il déployer son action ?

III - LE TERRITOIRE EST-IL VRAIMENT UN BON PLAN ?

Si, comme nous venons de le voir, l'heure est à une meilleure coordination, deux analyses, au moins, doivent inciter à la prudence dès lors que l'on se réfère à la notion de territoire :

- Le rapport du groupe présidé par Jean-Paul Delevoye pour le Commissariat Général du Plan, « *Cohésion sociale et territoires* ». Plusieurs formulations de ce rapport alertent sur les dangers d'un dogme de la territorialisation : « Les risques d'essouffement de ces dynamiques sont réels », d'autant que la territorialisation de l'action publique peut s'accompagner d'une « survalorisation du local » et d'un « repli identitaire » des personnes³. L'enjeu d'un découpage administratif est d'abord politique : quel sens peut avoir un découpage supposé rationnel et au plus proche des populations par rapport à un projet global de société, à plus forte raison lorsque l'unité nationale et l'égalité de traitement des citoyens sont mis en avant ?

3. « *Cohésion sociale et territoires* », *La Documentation française*, 1997, p. 89.

- Le rapport des députés Geneviève Perrin-Gaillard et Philippe Duron, « *Du zonage au contrat* », une stratégie pour l'avenir, remis au Premier Ministre le 17 mai 2001. Tout en proposant des aides aux territoires dans le cadre des contrats de Plan, ce texte souligne la redondance et l'inefficacité des dispositifs ZUS et ZRU.⁴

Par ailleurs, il peut être utile de reprendre une distinction éclairante, avancée par Michel Autès⁵, même si elle se fait à partir de définitions non stabilisées, entre des « politiques territorialisées » et des « politiques territoriales » :

“Vers un nouveau handicap : le handicap territorial”

- **politiques sociales territorialisées** : celles qui s'appliquent à un territoire, dans une logique de déconcentration circonscrivant des paramètres d'autant plus maîtrisables qu'ils ont été préalablement définis au niveau central. C'est le cas du découpage par secteurs en psychiatrie ou des schémas qui répartissent les moyens en fonction d'une distribution qui se veut rationnelle.
- **politiques sociales territoriales** : celles-ci mobilisent les ressources locales, dans une logique de décentralisation, et vont au-delà de l'aménagement de politiques catégorielles. Plus sur le registre de l'instituant que de l'institué, elles ont été valorisées par la politique de la ville et sont le plus à même, selon certains auteurs, à répondre à l'urgence de la demande sociale. Elles correspondent plutôt à ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui « l'économie solidaire », en donnant comme exemple parmi d'autres les régies de quartier. Le risque de ces politiques est celui d'un enfermement dans une logique de décrochage des politiques publiques nationales, pour ne par dire de ghettoïsation des publics et des dispositifs, mais elles peuvent aussi être données en modèle d'un vrai fonctionnement démocratique.

La distinction proposée par Michel Autès est reprise par Robert Castel pour souligner « l'ambiguïté » des politiques centrées sur le développement local tout en étant menacées par l'étroitesse, voire la « fermeture » de l'espace d'intervention : une politique territoriale « casse la relation d'instrumentalisation du local par le central, mais risque de se dégrader en entreprise de maintenance locale des con-its »⁶, quand ce n'est pas, finalement, pour se limiter à la « gestion du non-emploi » dans des zones assistées. Nous retrouvons cela dans une formule choc de Philippe Estèbe : « Vers un nouveau handicap : le handicap territorial ».⁷

4. ZUS : zones urbaines sensibles ; ZRU : zones de redynamisation urbaine.

5. Michel Autès, « Travail social et pauvreté », Syros, 1992, pp. 287-288.

6. Robert Castel, « La métamorphose de la question sociale », Fayard, 1995, p. 428.

7 Philippe Estèbe, « Instruments et fondements de la géographie prioritaire de la politique de la ville », in « Les territoires de la politique de la ville et le droit », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 2001, p. 33.

D'autre part, quel intérêt présente pour les usagers une superposition complète des territoires administratifs et la suppression des espaces interstitiels ? Chaque sujet peut avoir plus à gagner d'une diversité d'interlocuteurs dans des endroits différents, voire en étant à l'intersection de plusieurs dispositifs, de façon à préserver son droit à la mobilité ou sa liberté de choix de ses interlocuteurs. Il importe ici de distinguer la territorialisation des moyens et le droit du citoyen à échapper à son affectation à tel ou tel découpage géographique ou administratif. Il peut y avoir ici une antinomie radicale entre la commande publique et la demande sociale, étant entendu que la marge de manœuvre est plus grande quand il s'agit de choisir librement son médecin, alors que les prestations sociales sont souvent conditionnées par la référence à une localisation géographique (par exemple le « domicile de secours »).

Dans tous les cas, le point important est que ces politiques sociales ne s'adressent plus à des populations cibles, ce qui conduit d'emblée à abandonner des logiques de filières déclinées du niveau national au niveau local, puis à poser le problème du rapport entre la territorialisation de l'action sanitaire et sociale et des logiques de réseau qui peuvent impulser des dynamiques plus souples et moins enfermées dans une volonté planificatrice.

IV - LE TRAVAIL EN RÉSEAU AU-DELÀ DES TERRITOIRES

En se concentrant sur les réseaux dits secondaires, structurés par des mises en relation de dispositifs ou d'institutions, il importe de rappeler que la notion de travail en réseau ne regroupe pas toute forme de coopération, de collaboration, de coordination avec des partenaires. On remarquera aussi que l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002 oblige à intégrer dans tout projet d'établissement ou de service « ses objectifs, notamment en matière de coordination et de coopération ». Mais l'expression « travail en réseau » n'est pas utilisée ici et il faut attendre l'article 21 pour voir apparaître la notion de « réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés », avec un éventail de possibilités juridiques qui ouvre la voie à une certaine créativité. C'est d'ailleurs le sens de la volonté du législateur : aider au développement des réseaux, mais ne pas en faire une formule exclusive. Ainsi, il est possible de signer des conventions, de créer des GIE ou des GIP, des syndicats interétablissements, de procéder à des fusions... Ces formules sont d'une autre nature que ce qu'il est convenu d'appeler des réseaux, au sens où la réglementation existante les a déjà ébauchés. Mais surtout, le travail en réseau a des potentialités qui peuvent excéder les limites de partenariats locaux.

Parce qu'il s'agit d'être en prise permanente avec les personnes susceptibles de bénéficier d'une aide, le réseau se veut d'abord une alternative aux structures figées. Le réseau est par essence réactif, mobile, sans prétention à une maîtrise complète des problèmes traités. Il implique un cadre, des règles du jeu et des régulations, ne

serait-ce que pour éviter d'être soumis aux aléas des individualités (« le promoteur charismatique du réseau »...), dont on sait, au demeurant, qu'elles sont souvent déterminantes dès qu'il s'agit d'innover. Il est donc un mixte entre une nouvelle conception de l'organisation, par intégration de la complexité et de l'incomplétude des systèmes existant, et un « tissage relationnel » en prise directe avec une demande sociale non satisfaite, sans que celle-ci ne se manifeste que dans un territoire bien délimité.

L'essentiel est que les réseaux, quel que soit leur degré de formalisation, ne laissent pas place à de nouvelles constructions bureaucratiques, qui privilégient l'unité à la diversité. Pierre Vidal-Naquet a rappelé que ce serait une erreur de penser que le réseau constitue une solution idéale si l'on vise une réponse définitive aux problèmes posés : « Une organisation classique se fixe des objectifs précis et définit un certain nombre de normes ; le réseau, lui, rassemble des gens dont les buts ne sont pas nécessairement convergents et peuvent même être opposés. En y entrant, on accepte donc le jeu du con it, car le but n'est pas de sécuriser ses membres, mais de mettre à jour les problèmes et les dysfonctionnements de toutes sortes qui bloquent l'accès au système de santé de personnes en difficulté ».⁸

“L'évolution des pratiques ne se résume pas à des figures connues et stabilisées”

De ce point de vue, on n'a pu que s'inquiéter du degré de formalisation requis par la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Ce texte définit les grandes règles auxquelles les réseaux de toute nature doivent se conformer, en particulier lorsqu'ils bénéficient d'un financement de l'État : réseaux « monopathologiques » (VIH, hépatite C, pratiques addictives, maladies rares...), réseaux « polypathologiques » (gériatrie - douleur-cancer, infections virales chroniques - pratiques addictives-précarité...), réseaux « populationnels » (personnes âgées, nouveau-nés, personnes précarisées...). Les responsables de tous ces réseaux devaient remplir, à partir du 1er janvier 2000, un dossier unique répondant à un cahier des charges commun. Cette procédure était censée permettre une instruction plus rapide des demandes de financement et un traitement « plus homogène » des dossiers. Les réseaux sont également astreints à une auto-évaluation accompagnée d'une évaluation externe. Cela dit, les auteurs de cette circulaire prenaient soin de préciser que « les évolutions réglementaires engagées ne doivent pas mettre en péril les réseaux qu'elles visent à développer ».

Pour autant, si la tendance est à la formalisation des relations partenariales et des réseaux parce que c'est là le moyen d'assurer la continuité de l'action au profit des usagers, on n'insistera jamais assez sur le fait que l'évolution des pratiques

8. Pierre Vidal-Naquet, « Le réseau médico-social de Béziers », *Centre d'étude et de recherche sur les pratiques de l'espace*, Lyon, 1998. Interview dans *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2072, 22 mai 1998, p. 23.

ne se résume pas à des figures connues et stabilisées. Une dynamique de réseau a besoin d'un cadre, notamment réglementaire. Cependant, pour rester vivante par-delà son moment fondateur et par-delà les empathies entre les différents intervenants, elle doit sans cesse être réinterrogée, faire l'objet d'un travail critique, d'un questionnement permanent sur ses limites, sur les représentations véhiculées par les acteurs, sur les enjeux éthiques, sociaux et politiques des actions menées. On retiendra enfin que l'article 31 de la loi du 2 janvier 2002 a ouvert le champ des possibles en donnant un statut aux expérimentations qui peuvent déroger, sous conditions, à toutes sortes de normes et principes dans lesquels les professionnels se croient, souvent et à tort, enfermés par l'imposition d'un ordre transcendant. On pourra donc même s'évader des territoires !