

EXPERIENCE D'UN RESEAU DE SANTE SOCIAL : « MOSAÏQUE », VERS UN NOUVEAU MODE D'INTERVENTION POUR L'ACTION SOCIALE TERRITORIALE.

Corinne MIGNON

Chargée de mission

CCAS de la ville de Riom, France

corinne.mignon@wanadoo.fr

Les travaux proposés sont soumis à la lumière d'un triple éclairage : celui du travailleur social, corps professionnel dont je suis issue, celui de formateur où j'exerce toujours ponctuellement et celui d'apprenti chercheur puisque mes travaux de recherche en DEA ont porté sur l'articulation travail social et bénévolat.

J'articule d'abord ma réflexion autour de la présentation de l'action sociale et de la collectivité territoriale en France, par le biais d'un « outil », de sa mise en œuvre : le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). L'action sociale interroge aujourd'hui une articulation qui n'est pas nouvelle en soit, celle de la santé et du social. Un nouveau concept prédomine de plus en plus le champ de la santé publique : la « santé sociale ».

J'aborderai ensuite plus concrètement le réseau de santé social mis en place dans une zone semi-urbaine et coordonné aujourd'hui par le CCAS de la ville. Cette action met en jeu la notion de territoire, la place de l'intervention sociale dans le champ du politique et le processus de professionnalisation à travers des implications nouvelles d'acteurs de terrain.

Le CCAS au carrefour de la santé et du social

Sa caractéristique essentielle est celle du passage de l'assistance à l'intervention. On le retrouve dans sa terminologie, puis dans sa construction administrative. Progressivement, on passe du bureau d'aide sociale à l'action sociale¹ en 1986. Dix ans après, la notion de diagnostic des besoins de la population apparaît. Et en 1998, les CCAS sont associés comme promoteur de la lutte contre les exclusions via les grandes lois sociales (CMU, RMI...). Leur action est reconnue comme complémentaire à celle des départements et cible les publics en grande précarité. Aujourd'hui, ils sont soumis à un double enjeu. D'une part, les nouvelles lois de décentralisation, accentuent la place prépondérante et le pouvoir des élus locaux. D'autre part, le concept de territoire amène les CCAS à devoir tenir une place prépondérante en matière de développement social local. Il anime désormais une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.²

Dans ce contexte le CCAS qui nous occupe intègre ce cadre général, avec la particularité de n'employer aucun travailleur social, si ce n'est le poste que j'occupe actuellement en qualité d'expert. On retrouve les publics ciblés en grande précarité : gens du voyage, personnes isolées, sans domicile fixe, bénéficiaires du RMI...

¹ Art 55 loi n°86-17 du 06.01.1986- code de l'action sociale et des familles

² Art L.123-5 du code de l'action sociale et des familles/Ordonnance n°2000-1249 du 21 Décembre 2000

D'un côté, la santé relève en priorité du médical. Elle est garantie par l'Etat et les Régions. On note d'ailleurs la création de réseaux de santé orientés sur du curatif, dans le cadre de la Loi Soubie.³ En face, le social. Il peine à satisfaire une demande individuelle d'urgence. Il éprouve des difficultés à faire évoluer ses pratiques et ses modes d'intervention. Je situerai le réseau de santé social à la croisée de ces deux pôles. Lieu de coordination locale d'acteurs du champ médico-social et social (assistants sociaux, animateurs, directeurs de structures associatives), il concilie la prévention, l'éducation, l'intégration et l'accompagnement des personnes.

Le contexte de notre CCAS est singulier. Il est animé dans la partie qui nous concerne, par une élue issue du milieu médical (cadre infirmier), déléguée aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la santé. Elle impulse de nouvelles dynamiques, bouscule un CCAS à peine sorti des pratiques d'assistance publique. Sa place interroge plus globalement la nouvelle place et le pouvoir attribué aux élus depuis la décentralisation. D'où de fortes incidences sur le pilotage de l'action. Le réseau de santé possède en son sein une pluralité d'acteurs : travailleurs sociaux, cadres dirigeants, bénévoles et élus politiques locaux.

Le réseau « Mosaïque » : enjeux de territoire et implication nouvelle d'acteurs

Il s'est construit localement autour de trois axes. Il est avant tout marqué identitairement par une intention fondatrice. Il s'agit de donner du sens à une démarche partenariale. Entre 2001 et 2002, le choix de sa création est motivé par une volonté d'alléger les sollicitations partenariales. Les acteurs prennent conscience de leur intelligence collective et souhaitent s'associer dans la prise en charge des problèmes sociaux ayant des répercussions sur la santé publique. Ensuite, dès 2004 il se fédère autour d'une représentation commune de la santé. Ils se forment ensemble, partagent leurs expériences et leurs pratiques professionnelles avec l'aide du CODES. Ils se construisent un langage commun autour de la notion de santé et de social. Enfin, ils prennent conscience de leurs richesses en acceptant dans le réseau des membres dirigeants, des agents de terrain, des politiques. Et ils se heurtent à une logique de territoire particulière, celle d'une commune en crise identitaire face à la communauté de commune. La compétence sociale n'étant pas une compétence communautaire, le territoire participe à la confusion de sens de la démarche.

Ainsi entre 2004 et 2006, le réseau nommé « Mosaïque », du fait de sa diversité d'acteurs et d'actions devient une instance de réflexion, un lieu de mutualisation partenariale. Il développe un volet aînés, un volet éducation à la sexualité et un volet addiction. Il met en place une lettre d'information répertoriant les actions de chacun et aboutit à la création d'un poste de coordonnateur du réseau mi 2006. Poste qui se révèle être un détonateur, puisque la personne recrutée est chargée d'auditer la structure. En effet, le réseau « s'essouffle » et se heurte à sa propre richesse, celle de sa diversité partenariale.

Sa légitimité et sa lisibilité sont très vite posées par « l'audit ». Ses membres clament une « tête de réseau » mal identifiée. La crainte de l'instrumentalisation est sous-jacente. Certains travailleurs sociaux verbalisent leurs difficultés à travailler avec les élus municipaux. La mixité des statuts leur semble « utopiste », alors qu'elle semblait avant-gardiste à sa création. La formation initiée n'a pas suffi à désamorcer certaines craintes. Craintes alimentées par des actions du réseau mal identifiées et que certains partenaires se sont appropriées à tort ou à raison.

³ Code de la santé publique, 1996

Dans ce contexte, deux nouveaux objectifs ont été clarifiés : identifier et légitimer le pilotage du réseau. Le CCAS devient maître d'œuvre et s'alloue le soutien de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) via la commune qui adhère au groupement régional de santé publique (GRSP). Les rôles sont redistribués. Les dirigeants seront porteurs des réflexions et des constats de terrain dans une instance de réflexion. Enfin, le réseau ancre ses missions dans la veille sociale, en conservant ses rôles fédérateur et mutualiste. On assiste à une reconfiguration de l'action mise en place autour d'une nouvelle stratégie intersectorielle.

En conclusion

Si la conjugaison du sanitaire et du social semble être porteur d'un mieux être de la population, les rôles de coordination et de médiation sont à étayer dans le champ de la formation en travail social. Ils constituent une nouvelle façon d'intervenir et sont accentués par les jeux de pouvoirs et la place essentielle tenues par les politiques territoriales. Comment apprendre à travailler ensemble en se respectant et sans crainte d'instrumentalisation par les uns ou par les autres ?

Il s'agit sans doute d'un des enjeux forts dans la formation des futurs travailleurs sociaux comme dans la formation continue des plus anciens. En effet, les nouveaux dispositifs de type « réseau de santé social » obligent à développer de nouvelles habiletés en communication orale et écrites. Mais si la médiation des langages devient urgente à maîtriser, un travail aussi pressant sur les compromis entre politique et travail social restent à trouver.