



La lettre de l'Odas

Février 2005

5^{èmes} Rencontres nationales de Marseille :
Le nouveau paysage de la solidarité
7 et 8 juillet 2005
Pré-programme : www.odas.net

L'acte II de la décentralisation

En matière d'insertion

De soutien à l'autonomie

Et de soutien à l'enfance et à la famille

Éléments de débat

C'est admis par tout le monde, l'acte II de la décentralisation a consacré le rôle leader du conseil général en matière d'action sociale. Ce choix n'a guère surpris car le bilan de la départementalisation est globalement positif et aucune autre catégorie de collectivité locale n'était prête à accueillir de nouvelles compétences sur ce terrain. D'ailleurs chacun s'accorde à reconnaître que la clarification qui en résulte peut être fort utile, à condition toutefois de renforcer la transparence des choix départementaux. Il est notamment nécessaire de mieux connaître les stratégies départementales pour faciliter l'indispensable partenariat dans la lutte contre les diverses formes d'exclusion.

En effet, pour que les communes puissent se positionner en matière d'insertion et de soutien à la famille (enfants et aînés) notamment, il importe de savoir si les départements souhaitent s'inscrire dans une dynamique de subsidiarité ou non.

De même, pour que les organismes de protection sociale puissent définir leurs modes d'organisation et orienter leurs ressources humaines, il est nécessaire de connaître les grandes orientations départementales sur les poids respectifs de la stratégie et de la gestion en matière d'insertion, de soutien à l'autonomie et de soutien à la famille.

Enfin, du côté des départements, l'observation macroscopique des évolutions dans ces trois domaines est prioritaire car ils ont acquis une égale importance du point de vue de leur poids financier mais aussi politique. Alors que l'action sociale se caractérisait principalement jusqu'en 2002 par son rapport à l'enfance et à la famille, les années 2002-2003 ont marqué une mutation profonde avec l'installation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et l'année 2004 en marque une seconde avec la décentralisation du Revenu Minimum d'Insertion (RMI).

Ce rapport entend donc apporter une contribution sur les premiers pas de l'acte II. Il s'appuie sur les résultats de la dernière enquête de l'Odas réalisée auprès de l'ensemble des départements en 2004 sur leurs stratégies et leurs organisations¹, mais se nourrit également d'autres enquêtes réalisées au cours des deux dernières années pour apporter des compléments sur des points précis (sur les CLIC, les relations avec les villes, sur les premières pistes de mise en place du RMI décentralisé...).

I - L'insertion et la lutte contre l'exclusion

Depuis la mise en œuvre de la loi du 17 décembre 2003 qui leur a transféré la gestion du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et qui a créé le Revenu Minimum d'Activité (RMA), les départements considèrent le domaine de l'insertion comme un enjeu majeur de leurs stratégies d'action sociale.

Toutefois, cette évolution a lieu dans un contexte d'incertitudes, liées notamment à la mise en œuvre des nouvelles orientations contenues dans la loi de cohésion sociale, voire d'inquiétudes liées aux conséquences financières du transfert du RMI.

En effet, l'année même où leur est confiée la pleine gestion du dispositif d'insertion, les conseils généraux sont confrontés à une augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI de l'ordre de 10% au cours des douze derniers mois. Or rien n'indique que l'Etat compensera intégralement les nouvelles charges.

L'insertion devenant le premier poste de dépenses d'action sociale départementale, on peut comprendre le souci des départements d'être pragmatiques dans la mise en œuvre de cette nouvelle compétence, en espérant toutefois que cette prudence ne réduise pas le champ de l'expérimentation et du partenariat.

I. 1. Gestion du dispositif : une redéfinition partenariale difficile

Les rapports entre départements et organismes de protection sociale

Une « enquête-flash » réalisée par l'ODAS en avril 2004² avait déjà permis de repérer les premières tendances après un

trimestre d'application de la loi : les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) mais aussi les caisses locales de Mutualité Sociale Agricole (MSA), y apparaissent comme des partenaires incontournables, la quasi-totalité des départements envisageant de continuer à leur confier la gestion de l'allocation.

Cette tendance semble se confirmer même si quelques difficultés apparaissent sur le plan financier. En ce qui concerne l'instruction administrative des dossiers, la situation varie selon la taille des départements. Si la majorité des grands départements souhaite la confier aux CAF, ils ne sont que 30% parmi les départements de taille moyenne. Ces réticences sont en partie liées au débat qui reste entier sur la gratuité ou non de l'instruction administrative mais elles reflètent aussi la difficulté à faire du RMI une prestation ordinaire délivrée par des organismes de droit commun.

Les rapports entre départements et villes

Ce sont donc encore aujourd'hui les conseils généraux qui réalisent la majorité des instructions administratives pour les demandes de RMI. On peut même relever que dans la moitié des départements, plus des deux tiers des instructions sont réalisées par le conseil général. Précisons que lorsque l'instruction administrative est réalisée par le conseil général, dans 70% des départements elle est exclusivement assurée par des travailleurs sociaux³.

Les CCAS quant à eux continuent d'être sollicités. Dans un tiers des départements, ils instruisent administrativement plus de la moitié des dossiers de RMI. Il faut signaler qu'il s'agit surtout de départements peuplés et urbanisés (comme le Nord, les Hauts de Seine, la Seine-Saint-Denis, la Seine et Marne), et de quelques départements moyens dans lesquels un partenariat local s'est établi avec les communes les plus importantes (comme la Haute-Savoie, le Morbihan ou l'Ille et Vilaine)⁴.

Cependant, le nouveau contexte institutionnel semble avoir fait naître sur cette question une certaine tension entre villes et départements. En effet, prenant appui sur les négociations en cours entre CAF et départements, un certain nombre de CCAS souhaitent aujourd'hui renégocier les conditions financières dans lesquelles ils effectuent l'instruction administrative des demandes de RMI, mais aussi le suivi des contrats⁵.

¹ Pour cette enquête, les questionnaires ont été envoyés aux départements en juillet 2004 et les retours se sont effectués essentiellement en septembre et octobre 2004. L'analyse a porté sur 83 questionnaires exploitables et les résultats ont été interprétés avec le groupe de travail animé par l'ODAS sur les stratégies et organisations départementales. Les départements ont été catégorisés selon leur poids démographique : petits (inférieurs ou égaux à 350 000 habitants), moyens (entre 350 000 et 750 000 habitants), grands (supérieurs à 750 000habitants).

² Lettre ODAS , *La décentralisation du dispositif RMI et la mise en œuvre du RMA dans les départements*, mai 2004.

³ Ils ne partagent cette tâche avec du personnel administratif que dans 1 cas sur 4, et seuls 5% des départements indiquent avoir clairement confié l'instruction à du personnel administratif. D'autres départements l'envisagent mais les résistances sont importantes, les travailleurs sociaux restant massivement attachés à l'instruction administrative du RMI même lorsqu'ils se disent surchargés de travail.

⁴ Il convient de préciser que l'enquête ne permet pas de mesurer les écarts infra départementaux, qui peuvent être forts entre zones rurales où les instructions sont quasi exclusivement le fait du conseil général et les zones urbaines où le partage peut s'opérer avec les CCAS les plus structurés.

⁵ Actuellement les départements ayant massivement confié l'instruction administrative aux CCAS leur ont confié également l'élaboration et le suivi des contrats d'insertion.

I.2. Mise en œuvre du volet insertion : des départements entre volontarisme et incertitudes

Ce n'est pas à travers la mise en œuvre du RMA que l'on peut mesurer la capacité de mobilisation des départements. Au 30 septembre 2004, seulement 300 dossiers RMA avaient été mis en place localement mais ce sont pour l'essentiel les insuffisances de ce dispositif qui expliquent ce résultat⁶. En effet les départements semblent prêts à s'engager dans l'insertion, mais à condition d'avoir des outils mieux adaptés.

Des relations tendues avec l'ANPE

On peut d'ailleurs noter qu'ils ont déjà pris de nouvelles dispositions pour faire face à leur responsabilité accrue en matière d'insertion. Ainsi les trois quarts d'entre eux ont ou envisagent de différencier suivi social et suivi professionnel des bénéficiaires. Pour l'essentiel, les travailleurs sociaux du conseil général (ceux de la polyvalence notamment mais pas seulement⁷) seront les référents des bénéficiaires et assureront l'ensemble du suivi social ; le suivi professionnel sera majoritairement pris en charge par des agents ANPE conventionnés (diagnostics d'employabilité, relations avec le monde économique). Mais les négociations financières difficiles avec l'ANPE ouvrent la voie à une diversification des intervenants.

Les incertitudes du partenariat villes-départements

Il reste que les départements devront nécessairement assumer leur rôle de chef de file tout en s'appuyant davantage sur les villes pour construire une offre d'insertion plus large et plus diversifiée. En 2002, on avait pu repérer des évolutions encourageantes : 80% des départements indiquaient qu'il existait une articulation entre les politiques d'insertion départementale et communale (via les contrats de ville ou contrats de pays, via des cofinancements, etc.) et insistaient en particulier sur les efforts menés en commun en matière d'insertion professionnelle⁸.

Or l'avenir du partenariat entre villes et départements paraît aujourd'hui moins serein, pour deux raisons. Tout d'abord il faut espérer que les difficultés relevées à propos de l'instruction administrative du RMI, et plus

globalement les bouleversements institutionnels en cours, ne freineront pas cette coopération. Mais surtout, compte-tenu des difficultés financières qu'elles connaissent et de l'expérience des « emplois-jeunes » qu'elles doivent aujourd'hui en partie pérenniser, les villes semblent réservées sur « les contrats d'avenir ». C'est donc avec beaucoup d'attention qu'il faudra suivre les évolutions qui, sur le terrain, naîtront des réformes successives dans le domaine de l'insertion.

I. 3. Une meilleure coordination des dispositifs de lutte contre l'exclusion

La décentralisation du RMI et le transfert aux conseils généraux des dispositifs anciennement co-pilotés avec l'Etat (Fonds Solidarité Logement, Fonds énergies, Fonds d'Aide aux Jeunes) représentent une véritable opportunité de coordonner au sein d'un même service les mesures d'insertion, de lutte contre les exclusions et contre la précarité.

Après le demi-échec des commissions d'aide et secours d'urgence (CASU), qui avaient tenté de ressusciter les anciennes commissions locales et départementales de coordination des aides financières, un certain nombre de départements ont opéré un rapprochement entre le domaine de l'insertion et les autres dispositifs de lutte contre l'exclusion : 57% d'entre eux ont déjà adopté ce type d'organisation, et si l'on y ajoute ceux qui envisagent de le faire, ce sont trois quarts des départements qui devraient être concernés à terme.

C'est donc là une évolution particulièrement forte et encourageante, qui pourrait permettre de mieux adapter nos réponses en passant d'une logique de dispositifs à une logique de territoire, axée sur la mobilisation des atouts de l'environnement⁹.

II - Le soutien à l'autonomie

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales conforte les conseils généraux comme chefs de file et principaux coordonnateurs des politiques gérontologiques, ce qui devrait renforcer encore la place du soutien à l'autonomie qui était déjà devenu, avec la création de l'APA, l'un des axes majeurs des politiques sociales départementales.

⁶ En effet de nombreuses critiques ont été émises sur l'attractivité du dispositif, pour les bénéficiaires mais aussi pour les employeurs. D'autres facteurs se sont en outre conjugués pour enrayer le démarrage du dispositif : le ralentissement de la croissance économique qui a dégradé le contexte d'intervention des employeurs potentiels, le transfert du dispositif RMI deux semaines seulement après le vote de la loi qui a fait passer au second plan l'application du RMA, l'annonce du « plan de cohésion sociale », qui s'engageait vers d'autres priorités.

⁷ Dans plus de 83% des départements ce sont les travailleurs sociaux de polyvalence qui continueront d'assurer le suivi et l'évaluation des contrats, le plus fréquemment en complémentarité avec d'autres agents spécialisés en insertion ou des travailleurs sociaux spécialisés en insertion. 13% des départements entendent confier cette fonction exclusivement à des agents spécialisés en insertion et à peine 4% à des travailleurs sociaux spécialisés.

⁸ Enquête réalisée par l'ODAS en 2002 auprès de l'ensemble des départements (85 réponses) et de 295 grandes villes (206 réponses).

⁹ En 2002 l'Odas avait réuni une commission ad hoc pluri-institutionnelle qui avait permis de dégager plusieurs propositions concernant aussi bien l'organisation du dispositif RMI que la construction de l'offre d'insertion, avec comme perspective l'ouverture sur la lutte contre les exclusions. Ces propositions sont réunies dans le rapport de l'Odas : *Quel acte II pour le RMI ?*, mars 2003.

Par ailleurs, l'implication des collectivités départementales dans le financement des aides en direction des personnes handicapées ne s'est jamais démentie depuis une quinzaine d'années, encourageant même une amplification et une diversification de la réponse en direction de ce public.

Une nouvelle étape reste à franchir : assurer une plus grande convergence effective des politiques de soutien à l'autonomie, qu'elles concernent le vieillissement ou le handicap. En effet, non seulement les problématiques de la dépendance et du handicap sont pour une part comparables, mais en outre l'espérance de vie des personnes handicapées grandissant, on doit désormais dans ce domaine faire face aux défis spécifiques du vieillissement (vieillesse des personnes, vieillissement des aidants...). Le rapport de MM. Raoul Briet et Pierre Jamet sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie préconise d'ailleurs cette articulation.

Comment les départements se positionnent-ils par rapport à cette perspective en matière d'organisation, alors que l'APA atteint enfin son rythme de croisière après la forte croissance d'activité enregistrée en 2002 et 2003 ?

II. 1. La prise en charge réussie de la dépendance

La mise en œuvre de l'APA

Toutes les études le démontrent, les conseils généraux ont bien assumé la responsabilité de l'APA. L'élément nouveau a trait aux évolutions des équipes médico-sociales (EMS). Après les premières années de mise en route de l'APA qui justifiaient une gestion centralisée, le mouvement semble s'orienter nettement vers une gestion par territoires des problématiques gériatologiques. Ainsi neuf départements sur dix ont aujourd'hui des équipes médico-sociales intervenant par territoires, et six sur dix ont même leurs équipes basées sur les territoires¹⁰. Cette évolution est d'autant plus prometteuse que l'adéquation entre le territoire d'action du service social et celui de la mission APA est aujourd'hui réalisée dans 56% des départements, ce qui peut favoriser la mise en œuvre de politiques de développement social local.

Par ailleurs, on relève que les équipes médico-sociales, après la montée en charge initiale du dispositif, réorientent leurs tâches vers la mise en œuvre progressive du contrôle d'effectivité de l'aide, ce qui semble bousculer les pratiques de certains travailleurs sociaux. Dans les départements où les protocoles d'élaboration des plans d'aide avaient été structurés en étroite concertation

avec les membres des équipes, les évolutions dans le contenu des missions sont mieux acceptées.

La coordination des réponses

Les départements n'ont pas attendu la création des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour faire de la coordination. Une dizaine de départements ont depuis plusieurs années un dispositif de coordination très efficace. Toutefois le développement des CLIC oblige les départements à s'y investir de plus en plus. En effet, si seul un département sur cinq est couvert en totalité par des CLIC (le plus souvent des petits départements), la progression du maillage est très nette partout.

S'agissant du fonctionnement de ces CLIC, il faut d'abord relever que 80% des conseils généraux ne gèrent directement aucun CLIC. Et même si inversement 10% les gèrent tous, il ressort clairement que les départements dans l'ensemble ne souhaitent pas les gérer en direct pour être davantage dans un rôle de pilotage et de coordination (chef de file).

En revanche, il existe une réelle volonté de partenariat : les équipes APA sont dans 70% des cas associées aux CLIC (réunions, échanges...) et dans 10% des cas intégrées aux CLIC. D'une façon plus générale, un sondage réalisé par l'Odas en 2004 auprès d'une quarantaine de CLIC avait permis de relever que les CLIC peuvent contribuer à dynamiser le partenariat s'ils sont soutenus par le conseil général. Ainsi, dans cette hypothèse on peut repérer un premier cercle de partenaires composé des équipes médico-sociales, des services d'aide à domicile, des services sociaux des centres hospitaliers et des services du CCAS. Dans un second cercle de partenaires, moins proches, on trouve les responsables d'établissements et les acteurs du domaine sanitaire, en particulier les professionnels libéraux. En revanche on voit très rarement apparaître des partenariats plus innovants, axés sur la société civile et la vie de la cité (commerces, transports...).

Il semble donc que les CLIC restent encore très marqués par une culture essentiellement sociale¹¹, qui ne favorise ni l'articulation entre le sanitaire et le social, ni l'approche globale du vieillissement. Or cette vision transversale est au fondement même de la légitimité des CLIC, qu'il s'agisse de leur mission d'information et d'orientation (niveau 1) ou de la mise en place d'interventions coordonnées autour de chaque personne (niveau 3).

¹⁰ Plus précisément, 28% des départements ont des équipes territorialisées placées sous l'autorité d'un responsable territorial ; 33% ont des équipes territorialisées avec une autorité hiérarchique assurée au siège ; 28% ont des équipes centralisées mais dont les interventions sont réparties par territoires ; seuls 11% des départements ont des équipes basées au siège et dépendant d'une autorité centrale.

¹¹ C'est déjà ce qu'avait montré l'évaluation faite par l'INSERM en 2002-2003 sur les 25 sites expérimentaux.

II. 2. La faible articulation des politiques personnes âgées/personnes handicapées

Lors d'un sondage réalisé par l'Odas en 2003 auprès des directeurs des départements sur les rapprochements possibles entre les politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, on avait pu relever trois types d'actions envisageables :

- **Au niveau de l'information et de l'orientation des personnes**, il paraissait possible de combiner un lieu d'accueil et d'information commun pour les questions relatives au vieillissement et celles relatives au handicap. Ici se pose bien-entendu la question du rôle des futures maisons du handicap, de leur pilotage et de leur articulation avec les CLIC.
- **Au niveau de l'évaluation des besoins individuels**, il était suggéré notamment que les équipes médico-sociales APA soient agréées par l'Etat en qualité d'équipes techniques COTOREP pour assurer l'évaluation, le plan d'aide, le suivi de l'ACTP, mais aussi pour les demandes d'orientation vers les foyers occupationnels. Cela posait bien évidemment la question de l'adaptation des grilles d'évaluation.
- **Au niveau des prises en charge des personnes**, il était également apparu comme positif de rechercher des pistes de complémentarité, tant dans la prise en charge en collectivité (établissements spécialisés et accueil en maison de retraite classique) qu'à domicile (aides techniques habitat, aides à la vie sociale, aménagement de la cité, garde de nuit itinérante...).

L'enquête réalisée auprès de l'ensemble des départements en 2004 complète ce sondage en permettant de mesurer l'ampleur du mouvement en cours. On constate que l'articulation des prises en charge entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées reste très minoritaire, cependant des projets et des réflexions sont en cours dans la moitié des départements.

Articulation des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées selon le type d'actions (en pourcentage de départements concernés)

	Déjà en place	En projet	Pas envisagée	TOTAL
Lieux d'information et d'accueil communs	12%	61%	27%	100%
Plans d'aide harmonisés	6%	57%	37%	100%
Observations partagées et schémas communs	16%	53%	31%	100%

Lecture : 12 % des départements ont déjà mis en place des lieux d'information et d'accueil communs

Il faut préciser que si les observations partagées commencent à progresser, du moins sur des thématiques précises (accessibilité des lieux publics par exemple), il existe encore fort peu de schémas communs.

S'agissant de l'harmonisation des lieux d'information et des plans d'aide, les réflexions actuelles des départements devraient pouvoir s'accélérer avec la stabilisation du contexte législatif, même si les freins à ces types de rapprochements ne doivent pas être négligés. On peut relever par exemple que les durées de prises en charge sont différentes, que les moyens actuels des personnes concernées ne sont pas les mêmes (les personnes handicapées ont peu de ressources issues de pensions de retraites) et que certains handicaps exigent des réponses spécifiques. Par ailleurs, pour réussir pleinement cette mise en convergence, il sera nécessaire de multiplier les efforts pour sensibiliser les professionnels (formations pluridisciplinaires etc.).

III - Aide à l'enfance et à la famille

III.1. Le rapprochement de l'ASE et de la PMI

L'aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection maternelle et infantile (PMI) font partie des compétences emblématiques des départements en matière d'action sociale. Les organisations respectives de l'ASE et de la PMI ont largement conservé les structures de fonctionnement héritées des DDASS.

Cette grande stabilité d'organisation s'explique notamment par le fait que ces activités mobilisent des dispositifs particulièrement réglementés, qui nécessitent des processus de mise en œuvre très précis et favorisent la forte prégnance d'une identité de métier (aussi bien chez les éducateurs spécialisés que chez les médecins et dans une moindre mesure chez les infirmières puéricultrices).

Toutefois les rapprochements entre ces deux services s'amplifient. Si les recommandations du rapport Bianco-Lamy visant à la création d'un service unifié de l'enfance sont pour l'essentiel restées sans suite, on constate que les rapprochements entre l'ASE et la PMI sont maintenant courants. Dans un département sur deux ces services sont regroupés sous une autorité commune (direction ou sous direction de l'enfance et de la famille). Cependant, le poids démographique du département est déterminant : la majorité des grands et moyens départements ont effectué ce rapprochement ASE-PMI, contre seulement 36% des petits départements.

Regroupement de l'ASE et de la PMI au sein d'une même direction, selon la taille du département

(en pourcentage de départements concernés)

Département	Moins de 350 000 hbts	350 000-750 000 hbts	Plus de 750 000 hbts	Moyenne pour l'ensemble des départements
(sous) Direction commune	36%	58%	60%	51%
Pas de regroupement	64%	42%	40%	49%
Total	100%	100%	100%	100%

Ce constat s'explique notamment par le fait que dans les départements les moins peuplés, les personnels de l'ASE ont été plus récemment territorialisés¹², alors que les personnels PMI sont dans les circonscriptions depuis leur origine. Les grands départements ont dû veiller à assurer, à partir du siège, une application homogène et coordonnée de leurs dispositifs à des équipes plus nombreuses et placées pour une grande partie d'entre elles (75% pour les personnels de l'ASE), sous une autorité hiérarchique territoriale¹³.

III.2. La poursuite de la déconcentration de l'ASE et de la PMI

Une des conséquences les plus visibles de cette forme de territorialisation est la progression constante depuis une dizaine d'années de la déconcentration des décisions de l'ASE dans les territoires.

Evolution de la déconcentration des décisions d'ASE

(en pourcentage de départements concernés)

Décisions déconcentrées	Enquête 95-96	Enquête 1998	Enquête 2004
Allocations mensuelles et secours	39%	42%	72%
Prises en charge et suivis	34%	34%	48%
Signalements justice	NR	NR	38%

La déconcentration des enveloppes financières des aides est maintenant une réalité pour 3 départements sur 4. Plus délicate, la déconcentration des décisions de prise en charge et de suivis concerne désormais un département sur deux. S'il n'est pas possible de mesurer dans le temps l'évolution de la déconcentration des signalements, les territoires l'assurent actuelle-

ment dans près de 4 départements sur 10. La progression des systèmes informatiques favorise à l'évidence cette tendance.

L'organisation des services de PMI évolue vers une ouverture aux problématiques de santé publique : 32% des départements confient d'autres fonctions de prévention à leurs médecins de PMI. Là aussi la taille des départements s'avère déterminante : en Ile de France ils sont une majorité à le faire ; cela concerne la moitié des médecins de PMI dans les grands départements, mais à peine le quart dans les moyens et petits départements.

Par ailleurs, si dans 80% des cas les médecins de PMI sont placés sous l'autorité hiérarchique directe du médecin coordonnateur¹⁴, les personnels de PMI sont dans 54% des cas placés sous l'autorité hiérarchique du responsable territorial (sauf les sages-femmes), ce qui confirme cette recherche de transversalité dans l'action de terrain. Les années à venir pourraient se révéler délicates à gérer pour les départements compte tenu de l'évolution de la démographie médicale : 85% disent rencontrer des difficultés de recrutement des médecins et 60% des départements ont des difficultés comparables pour le recrutement statutaire des infirmières puéricultrices.

Enfin, alors que la polémique sur l'éventuel transfert de la prévention spécialisée aux villes ou agglomérations semble provisoirement apaisée, les départements continuent de la rattacher à l'ASE dans 64% des cas (et dans 16% des cas aux services en charge de la politique de la ville). Le débat n'est cependant pas achevé sur le rôle et l'évolution de la prévention spécialisée, la place des villes et des intercommunalités dans ce domaine, les avantages et inconvénients d'une gestion directe...

Le paysage de la décentralisation continue donc d'évoluer. C'est pourquoi il est urgent maintenant de préciser le projet politique de chaque domaine d'intervention pour pouvoir impliquer tous les partenaires concernés. Mais cela ne sera possible que si l'Etat parvient à clarifier rapidement les contours et les objectifs des réformes en cours, sous peine de briser l'élan volontariste des acteurs locaux.

¹²Désormais, le phénomène de territorialisation des personnels ASE est massif : 90% des départements ont adopté cette organisation.

¹³Selon l'enquête, dans l'ensemble des départements, le rattachement hiérarchique des travailleurs sociaux à une autorité territoriale plus large est de 55%.

¹⁴Une minorité (20%) de départements continue de faire assurer l'encadrement hiérarchique des médecins de PMI par les responsables territoriaux : ces situations reposent sur un consensus avec les médecins, la juridiction administrative sanctionnant en principe les collectivités lorsqu'un recours contentieux est déposé. La jurisprudence est plus ambiguë pour le rattachement hiérarchiques des personnels médico-sociaux.

(Toutes nos études sont disponibles sur notre site internet www.odas.net)



La lettre de l'Odas est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas). Ce numéro spécial est tiré à 10 000 exemplaires - ISSN 1265-74-76

La lettre est disponible sur demande à l'Odas : 250 Bis, Boulevard Saint-Germain, 75007 Paris
Tél. : 01 44 07 02 52 - Fax : 01 44 07 02 62 - Site internet : www.odas.net