

**Rapport de
l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée
Sur l'acte II de la décentralisation**

La décentralisation de l'action sociale

Bilan et perspectives

La décentralisation de l'action sociale :

Bilan et perspectives

Il y a vingt ans, s'engageait avec la décentralisation de l'action sociale l'une des démarches de restructuration administrative les plus importantes de ces cinquante dernières années.

Le choix du législateur était à l'époque audacieux. Face à une société de plus en plus complexe, on faisait tout à la fois le pari de la cohérence et de la diversification : tout en conservant les grands principes de la solidarité nationale, on espérait obtenir une meilleure adaptation des réponses aux besoins, en fonction des territoires.

Aujourd'hui, la poursuite de la décentralisation est envisagée avec d'autant plus de conviction qu'elle est aussi perçue par tous les acteurs publics comme un moyen privilégié pour réformer l'Etat, en contournant les obstacles multiples auxquels se sont heurtés tous ceux qui ont fait le pari du changement. Elle apparaît également de plus en plus comme un moyen de réconcilier les citoyens et la République.

Dans cette perspective, sa légitimité se fonde sur une obligation permanente de résultats, qu'il convient d'évaluer et de faire connaître. Il est notamment essentiel de rechercher si les départements ont su relever le défi de la lutte contre l'exclusion dans ses formes nouvelles résultant de la précarisation de l'emploi et du lien social.

C'est d'autant plus nécessaire que la décentralisation continue à susciter des craintes quant au respect de la cohésion sociale. C'est pourquoi l'une des priorités de l'Odas a été de se servir de son positionnement original, à égale distance des différents courants institutionnels, pour analyser la décentralisation de l'action sociale.

Or le bilan global de vingt ans de décentralisation montre que les dérives que l'on craignait en 1982 n'ont pas eu lieu, et que le social et le local ne sont pas antinomiques (1^{ère} partie). On peut donc envisager " l'acte II " de la décentralisation avec confiance, à condition toutefois de s'y engager en partant d'une définition préalable des objectifs (2^{ème} partie).

QUEL BILAN ?

On attendait de la décentralisation une optimisation de la gestion des compétences légales transférées aux départements grâce au rapprochement entre décideurs et usagers qui devait permettre une meilleure adéquation des réponses aux besoins locaux. Mais on attendait aussi que la décentralisation favorise le passage d'une action sociale réparatrice à une action sociale de prévention.

L'observation des dépenses, des activités et des organisations des départements montre que si le premier objectif a été atteint, la mise en œuvre de politiques territorialisées visant à prévenir l'exclusion (pauvreté, âge, handicap) reste très inégale.

I • Sur la gestion des compétences légales décentralisées

Certains craignaient de la départementalisation trois dérives : un repli frileux, la prégnance de l'électoratisme, le développement des inégalités. Or l'observation montre que, au niveau " macro ", ces risques ne se sont pas concrétisés.

Des budgets départementaux façonnés par la prégnance de l'action sociale

Au lieu d'un repli frileux, on constate que les départements ont su suivre la progression des nouveaux besoins sociaux engendrés par la précarisation de l'emploi et du lien social. Leur dépense nette d'action sociale a progressé de 145 % entre 1984 et 2002¹, alors que durant cette même période l'indice des prix à la consommation n'a progressé que de 52 % environ.

On peut donc dire que les budgets départementaux sont façonnés par la prégnance de l'action sociale. L'action sociale représentait en 1999 54 % (contre 48 % en 1984) d'un budget de fonctionnement représentant lui-même 68 % du budget total des départements.

Des priorités d'intervention déterminées par l'évolution des besoins sociaux

Concernant le risque électoraliste, il faut relever que la dépense nette a surtout progressé dans deux domaines peu sensibles aux pressions électorales : le soutien aux personnes précarisées et le soutien aux personnes handicapées.

La part de l'insertion et de l'accompagnement social dans la dépense nette d'action sociale (hors aide médicale) est passée, entre 1984 et 2002, de 18 à 26 % (dont l'accompagnement social de 18 à 22 %). Celle du soutien aux personnes handicapées est passée, durant la même période, de 16 à 22 %.

En revanche, toujours entre 1984 et 2002, la dépense concernant les personnes âgées (électeurs très disponibles) est passée de 24 à 16 %, car les personnes âgées sont de moins en moins précarisées, même si la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie commence à entraîner une inversion de cette tendance.

Des budgets d'action sociale en convergence

Parmi les préoccupations concernant le processus de décentralisation, celle de l'accroissement des inégalités dans l'offre de service a toujours été très importante. Or il faut relever, avec l'Odas mais aussi la DREES, que les budgets d'action sociale des départements sont de moins en moins divergents. Cela traduit une réduction des

¹ Hors aide médicale (qui disparaît en 2000, remplacée par la couverture maladie universelle), la dépense est passée de 5,5 Milliards d'euros en 1984 à 13,5 Milliards d'euros en 2002.

inégalités inter-départementales, visible notamment dans le secteur du soutien aux personnes handicapées.

Dans ce secteur en effet, la dispersion a régressé d'environ 25 % entre 1984 et 1995². Les départements qui connaissaient un déficit d'équipement pour la prise en charge des personnes handicapées ont en effet investi plus que les autres et ont comblé en partie leur retard.

II • Sur le développement des démarches de prévention

Toutes les études et rapports effectués ces dernières années sur l'action sociale insistent sur la faiblesse des démarches de prévention en dehors de celles explicitement organisées par la loi (Protection Maternelle et Infantile par exemple). Et même si leur développement est maintenant perçu comme nécessaire par la plupart des départements, il tarde à s'inscrire dans les faits. On le constate dans les deux axes structurants d'une démarche de développement social que sont la transversalité et la territorialisation.

Sortir d'une logique de gestion de dispositifs au profit d'une logique globale de prévention

D'une part, on observe que la mise en œuvre de politiques sociales transversales est rare et limitée à des catégories de publics. Si de nombreux départements ont réorganisé leur action sociale autour du concept de mission (protection de l'enfance, soutien au vieillissement, insertion par exemple), peu ont fixé des objectifs de prévention primaire. Les schémas d'action et d'intervention sociale restent majoritairement marqués par une approche essentiellement assistantielle et sectorisée.

D'autre part, l'organisation transversale du travail social est en expérimentation. De plus en plus de départements procèdent à une déssectorisation du travail social au profit de la création d'équipes pluridisciplinaires sur des territoires de 15 à 20 000 habitants. **Mais là encore la volonté de repositionnement du travail social sur le développement social et de décloisonnement n'est pas suffisamment affichée.**

² L'indicateur de dispersion, basé sur la dépense par habitant, traduit une progression des inégalités entre départements s'il augmente et une réduction de ces inégalités s'il diminue.

Adapter la réponse sociale aux spécificités territoriales en partant d'une identification des attentes et des besoins

En ce qui concerne l'approche territorialisée de la réponse sociale, on note que les départements s'efforcent de réorganiser leurs services en créant de nouveaux bassins d'intervention du travail social et en déconcentrant les responsabilités des services centraux vers ces nouveaux territoires.

Toutefois, cette territorialisation n'a pu aboutir jusqu'à présent qu'à une meilleure répartition des moyens d'intervention. Elle n'a que très exceptionnellement abouti à la mise en œuvre de politiques de prévention spécifiques, en raison notamment de la faible implication des départements dans l'établissement de diagnostics sociaux territorialisés (approche qualitative et prospective). Or l'élaboration de ces diagnostics sociaux apparaît comme une condition nécessaire si l'on veut mettre en œuvre une logique ascendante dans l'élaboration des réponses, si l'on veut placer les usagers, et plus largement les habitants, au cœur des politiques locales.

Il est donc urgent de s'interroger sur les conditions qui faciliteraient une implication plus ambitieuse dans les démarches de développement social, sachant que parmi les obstacles repérés se trouve notamment la complexité du paysage institutionnel. Faute de clarification et de hiérarchisation des responsabilités, on constate une dispersion des efforts, des moyens et des savoir-faire. **Le partenariat s'avère difficile à mettre en œuvre quand il n'y pas un chef de file reconnu par grand type d'intervention. On constate d'ailleurs une stagnation du partenariat avec les villes et une régression du partenariat avec les organismes de protection sociale. C'est d'autant plus regrettable que le partenariat d'observation est particulièrement prometteur lorsqu'il est mis en œuvre.**

Au-delà, ce qui freine l'impact de la décentralisation, c'est la complexité de la réglementation et la superposition de dispositifs et des territoires d'action. L'acte II de la décentralisation ne réussira que par la recherche permanente d'une simplification des règles, fondée sur le respect des acteurs locaux dans leur diversité.

QUELLES PERSPECTIVES ?

On l'a vu, si l'évaluation de la décentralisation de l'action sociale montre que les départements ont bien réussi l'épreuve de la gestion des compétences légales, elle montre aussi les limites de leur action. **La poursuite du processus de décentralisation peut donc être envisagée sans crainte, mais avec le souci d'en clarifier les fondements et les objectifs.**

Le principe d'autonomie nécessite de mettre fin aux systèmes de co-pilotage et de limiter les financements croisés. Le principe de subsidiarité repose sur le développement de complémentarités entre des partenaires aux rôles clairement définis. Le principe de responsabilité nécessite une lisibilité des actions, et donc la simplification des réglementations, ainsi qu'une évaluation de leur impact.

Sur ces bases, la décentralisation pourrait être poursuivie avec d'autant plus d'ambition que la prise en compte effective des nouveaux besoins sociaux appelle de plus en plus de proximité.

I • Quelle action sociale pour les prochaines années?

Notre société est aujourd'hui confrontée au flux croissant de la marginalité sociale non seulement dans ses expressions les plus perceptibles - la pauvreté et la précarité - mais aussi dans ses formes moins médiatisées : l'isolement et le mal de vivre.

La rapidité des mutations socio-économiques et démographiques ainsi que l'évolution excessivement individualiste et consumériste des modes de vie brisent ses repères et ses perspectives.

La question sociale a donc changé de nature. L'urgence d'une nouvelle réponse sociale se précise alors avec la nécessité de déplacer la réponse sociale du curatif vers le préventif. C'est possible, car si l'action publique a un impact de plus en plus limité sur le contexte économique avec l'intégration européenne, elle peut en revanche jouer un rôle déterminant sur le lien social. Autrement dit, le centre de gravité de la réponse sociale doit désormais se situer davantage dans le développement social, avec l'ambition de favoriser l'épanouissement de chaque individu grâce à la revitalisation sociale (éducative, relationnelle, civique...) de son environnement.

Le discours est connu, tout particulièrement à propos de la politique de la ville. Mais alors que le développement des territoires en difficulté appelle un mouvement ascendant, partant de la mobilisation des habitants et forces vives d'un territoire (élus, professionnels, institutions, entreprises...), c'est souvent l'inverse qui s'est produit. On a instrumentalisé le développement social (DSQ, DSU ou contrats de ville) en faisant transiter les soutiens financiers de l'Etat aux initiatives locales par le biais de dispositifs normatifs et stigmatisants, qu'ils soient propres à la politique de la ville ou au secteur social. Ce faisant, le développement social a été privé de ses principaux atouts : le global et le local.

De même en ce qui concerne le soutien aux publics fragilisés, on apporte trop souvent une réponse sectorielle coûteuse et parfois stigmatisante à une demande polymorphe orientée vers le maintien de l'accessibilité à tous les services pour préserver ses liens à la vie sociale. Ainsi on peut relever que les études réalisées sur les besoins des publics fragilisés par le handicap ou la dépendance montrent que la première demande des personnes fragilisées porte sur l'aménagement des services disponibles pour toute la population (mobilité urbaine, transport, logement social...), tandis que le recours à des services spécialisés n'est évoqué qu'en cas de nécessité absolue.

La question centrale aujourd'hui est donc bien celle de la réussite d'une approche interdisciplinaire et interinstitutionnelle de la cohésion sociale. Le développement social doit maintenant s'affirmer non pas comme un mode de traitement social, mais comme un mode de traitement territorial visant au maintien actif dans notre société des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap, l'isolement, etc. C'est à ce prix qu'on pourra s'éloigner d'une logique de dispositifs au profit d'une logique de développement, s'analysant avant tout comme un processus de mobilisation des potentialités locales.

II • Quelle décentralisation ?

Si la réflexion parvient à se déplacer de préoccupations essentiellement gestionnaires vers la question de la finalité de l'action publique, l'ouverture sur le développement social pourrait alors s'affirmer et conduire à se détourner d'une logique de blocs de compétences par publics au profit d'une logique de complémentarité des responsabilités.

C'était d'ailleurs l'axe principal de la réflexion menée par le groupe de travail présidé par Jean-Paul Delevoye sur le thème " Cohésion sociale et territoires ". Un consensus s'était opéré autour du principe de " subsidiarité active " donnant toute sa place au local dans " l'élaboration des stratégies et dans l'énoncé des finalités de l'action ". Et on recommandait pour y parvenir de veiller à ce que les démarches engagées autour de la décentralisation se placent moins dans une logique d'éclatement des compétences que dans la recherche d'une articulation plus étroite des responsabilités³. C'est dans la continuité de ce rapport que s'inscrivent nos propositions.

La répartition des compétences entre l'Etat et les départements

On pense souvent qu'une répartition rationnelle des compétences doit être une répartition par publics. Dans cette perspective, on pourrait alors décider que le soutien aux personnes âgées reste de compétence locale alors que le soutien aux personnes handicapées serait entièrement de compétence étatique. On est bien loin des réflexions engagées sur le développement social local qui cherche à intégrer, non à diviser les publics.

Dans une logique de la complémentarité des fonctions, on fait prévaloir le concept de subsidiarité. On cherche donc à décentraliser toutes les fonctions qui peuvent ainsi produire un gain de lisibilité, de transparence et d'efficacité de la réponse, ce quel que soit le domaine. La seule limite au processus se trouve dans le maintien des fonctions régaliennes et régulatrices de l'Etat.

Dans ce scénario, l'Etat doit pouvoir garantir un minimum de droits communs à tous les citoyens, tout particulièrement en ce qui concerne les minima sociaux, afin de respecter trois principes : l'égalité des droits, le financement de l'allocation quelles que soient les inégalités de situation des territoires, et l'autonomie financière des collectivités locales (le principe "qui décide paie" est respecté). **Les départements quant à eux s'orientent principalement sur la construction d'une offre de service adaptée aux spécificités locales et la dynamisation du tissu social.**

C'est le scénario le plus proche d'une conception dynamique de la lutte contre l'exclusion sociale. **Il fait le pari du travail collectif, partenarial, mais en définissant**

³ Commissariat Général du Plan, *Cohésion sociale et territoires*, Rapport du groupe de réflexion prospective présidé par Jean-Paul DELEVOYE, La Documentation Française, Paris, 1997, p.134.

clairement pour chaque type de responsabilité un “chef de file” afin d’éviter les travers de la cogestion, aujourd’hui unanimement condamnée à cause de l’opacité et de l’inefficacité qu’elle engendre. La voie de l’expérimentation peut permettre de s’y engager sans provoquer trop de turbulences.

La répartition des compétences entre les collectivités locales

On l’a vu, les départements ont bien réussi la mise en œuvre de leurs compétences légales mais n’ont pas encore pas su sortir d’une logique de gestion des dispositifs au profit d’une logique globale de prévention. Inversement les villes, qui disposent des leviers de la prévention primaire (culture, sport, habitat, transport etc), s’appliquent à concrétiser une vision transversale de leur rôle, mais tous les observateurs s’accordent pour y reconnaître souvent un déficit d’ingénierie sociale. Il est vrai que la définition et la mise en œuvre d’un projet social nécessitent l’implication de tous les acteurs de terrain, et tout particulièrement des professionnels du social, qui relèvent de la responsabilité départementale.

Il apparaît donc clairement qu’une collaboration plus étroite entre les départements et les villes est indispensable pour le développement de la prévention et notamment de la prévention primaire. Elle passe par une mise en œuvre pragmatique du principe de subsidiarité, tenant compte des réalités actuelles.

La dispersion entre 35000 lieux de décision (à défaut d’intercommunalité), avec de toutes petites communes, justifie qu’un rôle prépondérant soit donné aux départements en zone rurale. En zone urbaine, la France pourrait opter pour le scénario anglo-saxon dans lequel les communes urbaines ont toutes les compétences sociales, malgré l’existence des comtés. Mais la plupart des communes, même les plus grandes, n’y sont pas prêtes. C’est pourquoi il est préférable d’envisager une démarche dans laquelle le département serait “ chef de file ” sur les compétences strictement sociales, mais avec un souci de coopération forte avec les villes et les agglomérations, qui pourrait aller jusqu’à la délégation de certaines compétences.

Cette coopération est aujourd’hui à la fois nécessaire et possible car chacun reconnaît enfin que les communes détiennent les principaux leviers susceptibles de concourir au rétablissement du lien social. Il reste à se donner les moyens d’une analyse partagée des besoins sociaux, car partout où se sont engagés des partenariats d’observation, on a pu constater l’émergence de partenariats de conviction.

III • Quelles hypothèses concrètes ?

Pour être plus concret, on peut proposer quelques hypothèses s'appuyant sur les principes évoqués ci-dessus. **Ces hypothèses n'ont vocation qu'à alimenter le débat, à soulever des interrogations en prenant en compte le long terme.** Il est évident qu'elles nécessiteraient l'établissement d'un climat de confiance, en raison des enjeux financiers qu'elles contiennent.

Ces quelques propositions, qui n'épuisent pas le champ du domaine social⁴, peuvent être classées en quatre grands domaines : celui de l'enfance et de la famille, celui du soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées, celui de l'insertion et de la lutte contre la précarité, et celui de la prévention sanitaire.

L'enfance et la famille

En matière de protection de l'enfance, la loi du 10 juillet 1989 a clairement défini le département comme acteur principal, la Justice n'intervenant que dans des situations pénalement répréhensibles ou lorsque la collaboration des familles n'a pu être établie. C'est donc bien le département qui a la responsabilité de la prévention et l'aide aux familles, et qui détient à cet effet des moyens importants. Il reste, dans un but de cohérence et d'efficacité, à achever le processus de décentralisation.

Proposition 1 : Sur le service de santé scolaire et le service social en faveur des élèves.

Actuellement, la Protection Maternelle Infantile intervient en matière de santé et de soutien aux familles pour les enfants de 0 à 6 ans. L'Education Nationale assure une responsabilité comparable dans les écoles primaires et dans les collèges. Le transfert de la responsabilité du service de santé scolaire et du service social en faveur des élèves au département pourrait permettre, à condition que des moyens suffisants soient mobilisés, un meilleur suivi global des élèves tout au long de leur scolarité.

Proposition 2 : Sur les compétences de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), hors mesures pénales.

Les départements assurant déjà l'essentiel du financement et de l'exécution des mesures d'assistance éducative (en milieu ouvert et en établissement), il semble logique d'ouvrir le débat sur la possibilité de leur confier la pleine responsabilité de ce domaine. Cela se justifierait d'autant plus que la différence entre les mineurs pris en charge par l'une ou l'autre de ces institutions est de plus en plus ténue. En outre, ce transfert permettrait une simplification de la tarification dans les structures "habilitées Justice". Dans cette hypothèse, la PJJ conserverait ses prérogatives pour l'exécution des mesures pénales.

Outre ces propositions, il conviendrait d'une part d'encourager les démarches d'ob-

⁴ A titre d'exemple, la prise en charge de la santé mentale et des enfants handicapés n'a pas été abordée : la complexité de ces questions invite à la prudence.

servation partagée (observation des signalements, observation des parcours), d'autre part de réaffirmer l'importance de la prévention spécialisée en s'appuyant sur le partenariat avec les villes.

Le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Proposition 3 : Sur la mise en place de démarches communes d'évaluation de la dépendance et du handicap.

La notion d'âge est et sera de moins en moins pertinente dans notre société. Les aides en faveur des personnes âgées sont aujourd'hui attribuées moins en fonction de l'âge qu'en fonction d'un niveau de dépendance. Or, la problématique de la dépendance et celle du handicap sont largement comparables.

Dès lors, on pourrait envisager que des démarches communes d'évaluation de la dépendance et du handicap soient mises en place, grâce à des équipes pluri-disciplinaires et peut être à une grille commune d'évaluation (adaptée à partir de l'actuelle grille AGGIR, utilisée pour l'attribution de l'APA). On pourrait ainsi établir des plans d'aide comparables en ce qui concerne les gestes et les relations quotidiennes, tout en prévoyant conjointement des prises en charge spécifiques pour répondre à d'autres besoins (éducatifs, culturels, professionnels...).

Proposition 4 : Sur les Centres d'Aide par le Travail (CAT).

Le transfert de cette responsabilité au département lui permettrait de maîtriser les deux versants des politiques de soutien aux personnes handicapées : l'activité et l'hébergement. Cela devrait entraîner une meilleure connaissance des situations des personnes, donc une meilleure prise en charge socio-éducative individuelle (projet de vie) et collective (anticipation des besoins sur un territoire).

L'insertion et lutte contre la précarité

Proposition 5 : Sur le pilotage par le département du volet insertion du Revenu Minimum d'Insertion (RMI).

Les difficultés de mise en oeuvre du volet insertion du RMI sont en grande partie imputables à la complexité engendrée par le co-pilotage du dispositif. Le département, par sa connaissance des publics et des territoires, semble mieux placé que l'Etat pour produire une offre d'insertion locale diversifiée et assurer un accompagnement social adapté. Les Conseils Départementaux d'Insertion (CDI) et les Commissions Locales d'Insertion (CLI) seraient alors sous la responsabilité des présidents de conseils généraux, qui pourraient, en fonction du contexte local, déléguer cette mission aux villes ou aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Pour optimiser cette réforme, il conviendrait, toujours dans une logique de proximité, de modifier le rôle que les CLI tiennent aujourd'hui : on pourrait leur confier plus

explicitement la responsabilité de la construction de l'offre d'insertion, en les libérant du suivi des contrats individuels. Les CDI auraient alors un rôle de mise en cohérence des Plans Locaux d'Insertion (PLI).

Cette proposition se limite au volet insertion du RMI. Certains préconisent de confier également au département la gestion de l'allocation. Dans cette perspective, il serait utile d'évaluer la pertinence de cette mesure par le biais d'une expérimentation.

Proposition 6 : Sur la mutualisation des fonds d'aide individualisée et leur pilotage.

Actuellement, il existe plusieurs fonds d'aide individualisée qui ont chacun leurs spécificités et leur critères d'attribution, mais qui s'adressent souvent aux mêmes personnes. Les Commissions d'Aide Sociale d'Urgence (CASU) ont été mises en place pour coordonner ces différentes aides mais globalement, il semble qu'elles n'aient pas réussi à remplir ce rôle de manière satisfaisante. C'est pourquoi la mutualisation de ces différents fonds apparaît aujourd'hui souhaitable.

En outre, parmi ces aides, le Fonds Solidarité Logement (FSL), le Fonds d'Aide aux Jeunes (FAJ) et les fonds énergies sont co-pilotés et co-financés. Dans un souci de simplification et de cohérence, on pourrait confier le pilotage unique au département, sans que cela ne fasse obstacle à la poursuite des partenariats existants.

Proposition 7 : Sur la clarification, par voie conventionnelle, des interventions respectives des services sociaux des départements et des villes.

Dans la plupart des grandes villes, on constate que, de fait, les services sociaux départementaux et communaux se partagent les publics. Cette situation, parce qu'elle manque de lisibilité, peut être préjudiciable aux usagers. Elle est par ailleurs souvent inconfortable pour les travailleurs sociaux eux-mêmes. Il conviendrait de clarifier localement les rôles respectifs des uns et des autres, en formalisant systématiquement ces relations par des conventions.

La prévention sanitaire

Proposition 8 : Sur le transfert à l'Etat des compétences départementales en matière de prévention sanitaire.

L'Etat dispose d'une compétence générale en matière de santé publique. Il doit pouvoir assumer cette fonction de manière globale ; il semble donc logique que lui soient transférées les compétences de prévention sanitaire qui sont actuellement confiées au département (prophylaxie de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles et de certains cancers, vaccinations).

Il est important de rappeler que toutes ces propositions s'inscrivent dans une réflexion globale sur l'évolution des enjeux sociaux : la précarisation de l'emploi et du lien social ont contribué à l'émergence d'une crise relationnelle et identitaire s'a-

joutant aux difficultés économiques. Il est donc nécessaire que le développement social s'affiche davantage comme une préoccupation essentielle de l'action sociale et, au-delà, de l'action publique. Dans la mesure où souvent le vocabulaire accompagne voire contribue à l'évolution des cultures et des pratiques, il pourrait être utile de préconiser dans la loi le recours à la notion de " développement social ", en lieu et place de celle, plus réductrice, d'"action sociale".

CONCLUSION

“L’acte II” de la décentralisation offre donc l’occasion de rendre la réponse publique plus efficace et plus cohérente, à condition de partir d’une conception non manichéenne du jeu des institutions, qui privilégie l’articulation des responsabilités sur l’homogénéisation des blocs de compétences, le partenariat du connaître sur celui du paraître.

Et pour que ces préconisations s’enracinent dans l’action, on ne pourra éviter de s’engager dans une démarche préalable d’identification du sens même de l’action, en d’autres termes, de l’éthique du projet.

ANNEXE

Bilan de la décentralisation par secteurs d'action sociale Elements qualitatifs

Le soutien à l'enfance et à la famille

Si la décentralisation a bien passé deux épreuves importantes – celle de la capacité à mobiliser ses ressources pour améliorer qualitativement l'offre de service et celle du respect des orientations nationales concernant le maintien à domicile de l'enfant -, elle n'a pas encore réussi à convaincre sur sa capacité à produire des réponses préventives collectives pour l'enfance en danger.

C'est maintenant indispensable car il faut rappeler que, si le nombre d'enfants en danger progresse, c'est essentiellement parce que le nombre d'enfants en risque augmente . C'est en d'autres termes le nombre de familles précarisées qui progresse et non point la maltraitance.

Les réponses doivent donc tendre avant tout à aider ces familles à trouver leurs repères et du soutien dans leur environnement immédiat. C'est bien dans cette capacité à se repositionner plus activement de l'aide sociale au développement social que se joue en dernière analyse la crédibilité du processus de décentralisation en matière de protection de l'enfance. C'est vrai pour l'ASE mais aussi globalement pour l'ensemble de l'intervention sociale départementale.

Le soutien aux personnes âgées

Si des progrès importants ont été faits sous l'impulsion des Conseils généraux pour rénover les établissements et harmoniser l'offre de service et d'équipement, beaucoup reste à faire en ce qui concerne l'aide à domicile. L'observation des attentes des personnes âgées montre en effet que le principal enjeu du soutien à la dépendance est maintenant celui du maintien d'une forte autonomie personnelle.

Les départements ont donc tout intérêt à investir davantage dans le champ de la prévention et du soutien à la vie sociale, notamment en accompagnant la recomposition du secteur d'aide à domicile. Tel est l'enjeu de l'ouverture de l'APA au GIR 4.

Pour atteindre ces objectifs, les départements disposent d'un crédit plus important qu'il n'y paraît. Les communes et le monde associatif reconnaissent l'intérêt de l'échelon départemental dans la coordination et l'animation des politiques gérontologiques.

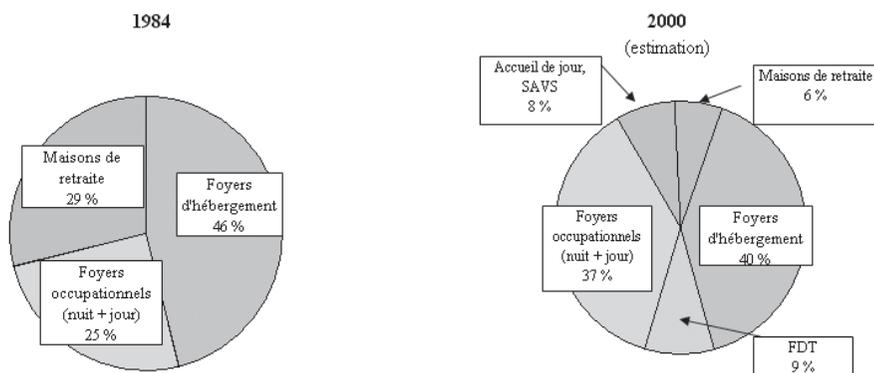
Or le déficit de vision stratégique relevé par la cour des comptes dans son rapport sur la décentralisation est toujours d'actualité (de nombreux départements n'ont toujours pas de schéma sur l'aide à domicile). En outre, malgré l'intérêt aujourd'hui démontré des dispositifs d'observation partagée, rares sont les départements à s'y être engagés. Il est donc urgent de s'attacher par ce biais là à renforcer la qualité du partenariat entre le Conseil général, les villes, les associations et l'Etat.

Le soutien aux personnes handicapées

On peut relever que les départements ont non seulement déployé des efforts considérables pour répondre à l'accroissement des besoins, mais aussi largement diversifié la réponse. On note ainsi que la dépense de ce secteur, tout en augmentant, a profondément changé de structure en quinze ans (*voir graphiques*).

Tous les départements doivent toutefois, avec les progrès permanents d'espérance de vie des personnes handicapées, poursuivre encore leurs efforts d'adaptation de la réponse en envisageant de plus en plus souvent l'ouverture de passerelles entre le soutien aux personnes handicapées et le soutien aux personnes âgées dépendantes. C'est vrai pour les établissements, mais c'est également vrai pour le soutien à domicile et l'aménagement du cadre de vie.

Structure de la dépense d'aide sociale à l'hébergement des adultes handicapés en 1984 et 2000 (France métropolitaine)



L'insertion des bénéficiaires du RMI

L'échec du volet insertion du RMI s'explique en grande partie par la complexité de la co-gestion et l'organisation hiérarchisée du dispositif. Alors que l'on aurait dû s'appuyer sur les Commissions Locales d'Insertion (CLI), proches du terrain, pour créer une offre d'insertion plus large et plus diversifiée, c'est le Comité Départemental d'Insertion (CDI), organisme généralement formel, qui de fait en est chargé.

Concrètement la plupart des CLI font aujourd'hui du contrôle individuel de dossiers et s'impliquent peu sur la définition de nouvelles politiques. C'est probablement pour cette raison que peu de départements ont déconcentré la gestion de leurs crédits au niveau de ces commissions.

C'est pourtant l'un des effets importants du RMI d'avoir contribué à sensibiliser davantage les équipes départementales à l'intérêt de la territorialisation, en démontrant que la réussite de la décentralisation repose sur sa capacité à adapter l'offre de service aux spécificités de chaque territoire.

TABLE DES MATIÈRES

La décentralisation de l'action sociale : Bilan et perspectives

QUEL BILAN ?

I • Sur la gestion des compétences légales décentralisées

- Des budgets départementaux façonnés par la prégnance de l'action sociale
- Des priorités d'intervention déterminées par l'évolution des besoins sociaux
- Des budgets d'action sociale en convergence

II • Sur le développement des démarches de prévention

- Sortir d'une logique de gestion de dispositifs au profit d'une logique globale de prévention
- Adapter la réponse sociale aux spécificités territoriales en partant d'une identification des attentes et des besoins

QUELLES PERSPECTIVES ?

I • Quelle action sociale pour les prochaines années?

II • Quelle décentralisation ?

- La répartition des compétences entre l'Etat et les départements
- La répartition des compétences entre les collectivités locales

III • Quelles hypothèses concrètes ?

- L'enfance et la famille
- Le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- L'insertion et la lutte contre la précarité
- La prévention sanitaire

Annexe

Bilan de la décentralisation par secteurs d'action sociale (éléments qualitatifs)

Le soutien à l'enfance et à la famille

Le soutien aux personnes âgées

Le soutien aux personnes handicapées

L'insertion des bénéficiaires du RMI

