



La décentralisation, 30 ans après **L'heure du bilan**

Rapport de l'ODAS

présenté à l'occasion du symposium de l'ODAS
organisé le 13 novembre 2014 à Paris
"Trente ans de décentralisation – Bilan et perspectives.
Quel avenir pour l'action sociale et médico-sociale ?"

Sommaire

Introduction

Première partie : Action sociale : un développement maîtrisé

I – Analyse globale de l'évolution des dépenses

1. Des budgets départementaux façonnés par la prégnance de l'action sociale
2. Des budgets d'action sociale déterminés par l'évolution des besoins sociaux
3. Des budgets d'action sociale en convergence
4. Des budgets d'action sociale détournés de leur vocation première

II – Analyse sectorielle de l'évolution des dépenses

1. L'aide sociale à l'enfance
2. L'aide aux personnes âgées
3. L'aide aux personnes handicapées
4. L'insertion

Deuxième partie : Développement social : un repositionnement difficile

I – Des choix organisationnels prometteurs

1. L'approche transversale des services centraux s'enracine
2. Les territoires d'intervention sociale s'harmonisent

II – Des choix fonctionnels contradictoires

1. Le difficile repositionnement des services
2. Une dynamique d'observation en quête de sens
3. Les attermoissements du partenariat

La décentralisation, 30 ans après

L'heure du bilan

Il y a trente 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. En confiant aux départements, confortés dans leur autonomie, la responsabilité de l'action sociale, on décidait de faire prévaloir dans un domaine particulièrement stratégique, celui du soutien à la cohésion sociale, une logique d'action sur une logique de normes. Face à une société de plus en plus complexe, le pari de la réussite de la diversification de la réponse publique était fait, sans craindre de mettre en cause son homogénéité au nom de l'efficacité.

Dans cette perspective, la légitimité ne peut se décréter. Elle se mesure à travers la capacité de mobilisation de l'ensemble des institutions et des acteurs concernés par la réalisation de projets collectifs ancrés sur les réalités propres à chaque territoire. Le processus décentralisateur doit donc trouver ses limites dans une obligation permanente de résultats qu'il convient de connaître et d'analyser. D'ailleurs, très tôt, la question de l'évaluation de la décentralisation était posée par divers auteurs qui exprimaient leur doute sur son avenir en évoquant tout à la fois la répercussion sur les collectivités locales des difficultés structurelles et durables de la protection sociale et la permanence d'une concurrence institutionnelle aggravée par l'enchevêtrement et l'imbrication du nombre toujours plus grand de niveaux de décision.

Cette problématique trouve aujourd'hui une actualité nouvelle en raison de l'accélération des mutations économiques et sociales qui ont conduit les pouvoirs publics à se pencher à nouveau sur leur organisation et l'impact des propositions qui s'en dégage concerne tout particulièrement l'action sociale dont il convient de rappeler la finalité.

De la transformation de la question sociale...

L'action sociale est fondée sur un scénario qui, pendant les trente glorieuses, s'est avéré particulièrement cohérent. Durant cette période, les personnes en marge de la société étaient principalement des personnes fragilisées par leur histoire personnelle, familiale. Il fallait les aider à « se reconstruire » pour qu'elles puissent réintégrer une société forte de ses certitudes et de ses perspectives et tout à fait apte à les accueillir à nouveau.

Les temps ont bien changé ; les personnes précarisées sont de plus en plus nombreuses et les difficultés trouvent majoritairement leur origine dans un contexte qui s'avère de plus en plus incertain et imprévisible, non seulement sur le plan de l'emploi mais aussi de la vie sociale, alors que toute la société est aujourd'hui confrontée à une crise identitaire qui fragilise ses capacités d'intégration.

La tendance est particulièrement visible en ce qui concerne la protection de l'enfance. On peut ainsi constater, malgré l'instauration de filets de protection contre l'extrême pauvreté (RMI-RSA notamment), une progression régulière du nombre d'enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ainsi que du nombre de jeunes précipités dans un processus de désaffiliation. Or, qu'il s'agisse des enfants ou des jeunes, le même type de dangers semble à l'origine de cette progression du risque : celui de l'absence de repères et de perspectives souvent issue d'un déficit de lien social (isolement de la famille). Même constat du côté des personnes âgées : alors que chacun sait dorénavant que l'absence de vie sociale accroît le risque de dépendance psychique, le développement de dynamiques intergénérationnelles reste désespérément anecdotique. Quant au risque d'exclusion des adultes privés d'emploi, il s'aggrave considérablement lorsque l'environnement familial et humain s'avère déficient.

Le risque est alors grand de voir s'amplifier partout une tendance au repli sur soi et sur des micro-sociétés de type clanique. C'est pourquoi, en amont et en aval de l'accompagnement social, se dessine une aspiration de plus en plus fortement ressentie comme vitale : agir sur l'ensemble de la société.

Les pouvoirs publics vont donc devoir non seulement participer à la construction d'un cadre juridique d'expression des droits, mais aussi s'attacher à libérer les énergies susceptibles de construire de nouvelles conditions d'expression de la sociabilité et de la citoyenneté.

Dans cette démarche, l'action sociale a toute sa place car, si elle n'a que peu d'influence sur le contexte économique, elle peut en revanche jouer un rôle déterminant sur la restructuration du lien social. On sait que le développement de projets collectifs dans les domaines les plus divers de la vie nécessite de l'ingénierie et une forte motivation que les acteurs du social possèdent souvent.

... au nécessaire bilan de la décentralisation

Il faut alors s'interroger sur les territoires pertinents pour traduire une telle ambition en projet. Car si la norme nationale permet de garantir l'égalité de traitement, elle ne peut décréter la mobilisation des acteurs. Dans une société de plus en plus complexe et incertaine, c'est dans le rapport de proximité entre l'habitant et son environnement immédiat que se vérifie pour l'essentiel la performance du vivre ensemble.

C'est pourquoi l'observation qualitative de la « nouvelle question sociale » invite à repenser le rôle des collectivités locales pour promouvoir leur implication dans la revitalisation des solidarités spontanées et la construction de nouvelles formes de sociabilité.

Or on sait que la tradition républicaine a longtemps été attachée à la promotion d'un citoyen abstrait qu'il faut arracher à ses appartenances singulières et étroites en combattant notamment les particularismes locaux. Et la nostalgie d'un Etat centralisé se renforce souvent en période de crise.

La relation dialectique entre le national et le local n'est donc jamais très simple et le risque est grand de voir privilégier la transformation des organisations sur la rationalisation des fonctionnements, la redéfinition des compétences sur la mise en synergie des efforts. C'est le choix qui semble avoir prévalu dans la nouvelle réforme territoriale qui se caractérise notamment par la remise en cause du processus de départementalisation.

Or, même si cette réforme semble déjà très engagée, il paraît encore possible d'en redéfinir les contours. Et à un moment où l'on admet partout que le principal rôle du Conseil général porte sur le maintien de la solidarité entre les habitants, on peut donc penser que l'analyse de trente ans de décentralisation de l'action sociale peut contribuer utilement à éclairer le débat.

C'est l'ambition de ce rapport, qui intègre les données les plus récentes relatives aux activités et au financement de l'action sociale départementale. Il s'appuie aussi sur des enquêtes de terrain qui portent sur l'évolution départementale des stratégies et des organisations, afin de mesurer la portée du processus de redéfinition des modes d'interventions sociale vers des actions de prévention.

À l'aide de ces informations, il s'avère en effet possible de vérifier l'efficience du processus de décentralisation au regard des nouveaux contours de la question sociale mais aussi des objectifs assignés par le législateur en 1984. On cherchait déjà à mieux répondre aux nouveaux besoins d'une société en mouvement, par un développement et une adaptation correspondante de l'aide sociale et de l'offre de services. Mais on entendait aussi dynamiser les politiques de prévention à travers la multiplication de démarches collectives et participatives, en s'inspirant notamment des réflexions à l'origine de la politique de la ville ; en d'autres termes, prévenir l'émergence des risques sociaux en faisant le pari du développement social.

Si le premier objectif semble aujourd'hui atteint, les départements ayant réussi très majoritairement à maîtriser le développement et l'adaptation du champ de l'action sociale légale (1^{re} partie), leur avenir se joue maintenant sur leur capacité à achever la restructuration de leurs modes d'intervention en direction du développement social (2^e partie).

Première partie

Action sociale : un développement maîtrisé

Dorénavant chacun en convient, notre société est bien plus fragile qu'il n'y paraît. La précarisation de l'emploi s'accompagne de la généralisation d'une crise de confiance provoquée par le bouleversement des modes de vie et l'éclatement des repères traditionnels. Les acteurs sociaux vont donc devoir non seulement adapter leurs réponses à l'évolution des besoins sociaux engendrée par la crise conjuguée de l'emploi et du lien social. Ils vont en outre devoir prendre de plus en plus souvent le relais des solidarités primaires défaillantes, tout en s'efforçant de construire les conditions de leur revitalisation.

Mais les deux perspectives ne doivent pas s'opposer. S'il faut s'attacher à appréhender le social dans sa dimension sociétale, il convient de ne pas le faire au détriment du suivi des problématiques posées par les publics en difficulté.

C'est l'objet principal de l'action sociale et donc de l'action départementale. Or malgré les craintes souvent exprimées lors de la mise en œuvre de la départementalisation, celle-ci n'a pas entraîné de repli des efforts engagés en faveur des publics fragilisés. Il reste que pour pouvoir apprécier la performance de cet engagement, on ne peut se satisfaire de la seule observation de l'évolution globale de la dépense (I), il convient d'analyser plus précisément l'évolution de l'activité et des coûts dans la progression de la dépense, dans chaque grand secteur d'intervention (II).

I – Analyse globale de l'évolution des dépenses

Parmi les diverses compétences transférées en 1983 aux départements officiellement reconnus comme collectivités territoriales de plein exercice, ce sont celles concernant l'action sociale qui donnèrent lieu au plus grand nombre de controverses. Convenait-il de décentraliser des missions qui impliquent une certaine uniformité des prestations offertes, alors que la logique de la décentralisation favorise la diversification des réponses ? Plus précisément, les craintes portaient sur l'intérêt des élus sur les questions sociales, le maintien d'un lien entre besoins et réponses, la préservation du principe d'égalité et la reconfiguration des priorités d'intervention.

Ces interrogations étaient d'autant plus redoutables qu'elles reposaient sur la consolidation d'un risque : celui d'une mise en concurrence du social et de l'économique au détriment du premier. En effet, le budget de l'action sociale pèse lourd dans le budget global du département, par ailleurs essentiellement orienté vers le maintien et le développement de services et d'équipements indispensables à l'épanouissement économique du territoire. L'établissement du bilan de la décentralisation passe donc par la réponse à ces interrogations.

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

Alors que les budgets des Régions sont principalement affectés à l'investissement, les budgets des Départements ont une structure comparable à celle des Communes, avec une section de fonctionnement prépondérante : plus de 60% dans les deux cas.

Or, de façon constante depuis 1995, les dépenses d'action sociale représentent plus de 60 % des dépenses totales de fonctionnement des départements. Toute évolution dans les dépenses d'action sociale a donc une répercussion importante sur l'ensemble du budget départemental, tant pour ce qui concerne la section de fonctionnement que la section d'investissement.

C'est cet impact important sur le reste du budget qui a longtemps fait craindre que les Départements acceptent mal les contraintes financières de l'action sociale au motif qu'elles ne pouvaient s'accroître qu'au détriment de la capacité d'équipement et donc du développement économique (les autres dépenses de fonctionnement des départements, ainsi que les dépenses d'investissement, portent principalement sur l'aide économique, la voirie et les équipements scolaires). Or l'analyse rétrospective de ces trente dernières années montre que ces craintes étaient excessives. En effet, les dépenses sociales ont progressé au même rythme que l'ensemble des dépenses pour passer de 5,5 milliards d'euros en 1984 à 33,6 milliards en 2013 (voir graphique n°1). Et ce malgré les difficultés financières des Départements. On peut donc dire que la mobilisation des ressources départementales en faveur de l'action sociale n'a pas été sacrifiée contrairement à tous ceux qui pensaient que les élus locaux s'en désintéresseraient faute d'impact électoral. Et d'ailleurs ce sont les dépenses les moins « électoralistes » qui ont le plus progressé.

2. Des budgets d'action sociale déterminés par l'évolution des besoins sociaux

La forte évolution de la dépense d'action sociale s'explique par une succession d'évènements majeurs liés tant à l'évolution des besoins sociaux qu'à l'évolution de la réglementation qui en découle souvent.

- En 1989, la création du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) par le gouvernement Rocard instaure l'obligation pour les Départements de consacrer un budget minimum équivalent à 14% puis à 17% de cette somme à des actions d'insertion, ainsi que de construire des contrats d'insertion. En 2004, les Départements se voient transférer le versement de l'allocation, financée par un apport de l'Etat couvrant une part décroissante avec le temps. En 2009, le RMI est remplacé par le RSA.
- Entre 1990 et 1993, un ensemble d'accords de salaires dans les établissements sont signés. En 2000 sont instaurées les 35 heures en établissement.
- En 1997 est créée la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) pour les personnes âgées, tant en institution qu'à domicile, tandis que l'accès à l'allocation compensatrice est supprimée. En 2002, la PSD est remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- Dès la décentralisation, certains départements et certaines villes expérimentent des cartes santé. En 2000, l'aide médicale est transférée à l'Etat et la Couverture Médicale Universelle (CMU, loi du 27 juillet 1999) est rendue effective.
- La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale redéfinit les règles de ces deux secteurs.
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instaure le devoir de compensation du handicap par la société. Par ailleurs, la loi du 27 juin 2005 réforme le statut des assistants familiaux, visant un renforcement de leur qualification et de leur professionnalisation.
- La loi du 5 mars 2007 inclut la prévention dans le champ de la protection de l'enfance.

Mais, les orientations des élus départementaux ont aussi pesé sur l'évolution des dépenses dans des domaines où les choix n'étaient pas contraints. C'est pourquoi, il n'est pas sans intérêt de relever que lorsque l'on analyse la restructuration des budgets d'action sociale départementale on est frappé par la concordance entre l'évolution des dépenses et l'émergence de nouveaux besoins.

Ainsi, sous l'effet conjugué de la forte progression des besoins de la population handicapée, mais aussi des nouvelles attentes des familles concernées bien relayées par

le monde associatif, les Conseils généraux ont autorisé dans ce domaine la création de nombreuses structures et services. Voilà une dépense dont la part dans le budget départemental passe entre 1984 et 2013 de 16 à 19% et une charge réelle (dépense nette dont on déduit les concours de l'État) qui passe de 16 à 23%, sans que les Départements n'aient eu d'autres contraintes pour accroître leurs efforts que le souci de répondre à des attentes considérées comme prioritaires.

Il a alors fallu effectuer des choix plus contraignants pour d'autres publics, ce qui n'est jamais facile, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de publics influents sur le plan électoral. C'est le cas notamment pour la dépense concernant les personnes âgées qui est passée, entre 1984 et 2013, de 24 à 20 % de la dépense d'action sociale départementale. Et si divers facteurs ont bien évidemment influencé cette évolution, dont l'accroissement des revenus des personnes âgées, il n'en demeure pas moins vrai que les départements y ont largement contribué par la mise en œuvre de mesures souvent contraignantes en matière de participation des familles et d'effectivité des prestations versées. On peut discuter de l'opportunité politique de ces choix mais il faut admettre qu'ils ont tout au moins le mérite de s'inspirer d'un souci de redéploiement des crédits au profit d'autres priorités.

Enfin il faut observer que les départements consacrent proportionnellement moins de moyens aujourd'hui à la protection de l'enfance qu'en 1984, bien que cette compétence soit toujours considérée par les Départements comme la plus sensible. La dépense d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est en effet passée de 35 % à 21 % aujourd'hui. Et cette évolution s'explique principalement par des choix politiques. En effet, les dispositions prises ces dernières années pour lutter contre l'exclusion permettent aujourd'hui plus facilement de maintenir dans leurs familles des enfants en risque qui auraient été placés il y a trente ans. Avec l'évolution des pratiques professionnelles, c'est en effet la principale explication de cette restructuration, qui ne traduit donc pas un repli des efforts des Conseils généraux en la matière, mais le souci de préserver le lien de l'enfant et la famille, même si on peut penser qu'il ne doit pas restreindre pour autant l'obligation de vigilance absolue qui s'impose dans ce domaine.

3. Des budgets d'action sociale en convergence

Alors que l'on pouvait craindre que la progression des budgets sociaux dans le cadre de la décentralisation ne s'accompagne d'un renforcement des inégalités d'offre de services entre Départements, c'est l'inverse qui se produit. Indiscutablement, l'analyse de l'évolution des dépenses de l'ensemble des Départements permet de constater l'existence d'une tendance à la convergence des dépenses d'autant plus significative qu'elle concerne notamment des secteurs assez peu encadrés par la réglementation nationale (personnes handicapées, personnes âgées).

Ainsi, c'est dans le secteur de l'hébergement des personnes handicapées, où la croissance des dépenses a été la plus forte, que cette réduction des inégalités est la plus significative. L'indicateur de dispersion des dépenses passe en effet de 2,2 en 1984 à 1,7 en 2012. La dispersion a donc régressé de 25 % environ. Cette évolution s'explique par deux types d'actions volontaristes : les Départements qui connaissaient un déficit d'équipement ont comblé en partie leur retard qualitatif en remplaçant des lits d'hospices vétustes par des équipements mieux adaptés et plus confortables. Par ailleurs, les Départements dont le parc d'établissements était le plus déficitaire ont accompagné l'effort de l'État, quand celui-ci a créé des places de Centres d'Aide par le Travail (CAT), aujourd'hui dénommés Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT).

On peut donc relever face aux détracteurs de la décentralisation que le système décentralisé peut comme le système centralisé produire ou réduire les inégalités. La norme n'y est pour rien, en l'occurrence c'est la proximité des décideurs et la prégnance des besoins qui expliquent le renforcement de l'unité malgré la reconnaissance de la diversité.

4. Des budgets d'action sociale détournés de leur vocation première

Il reste que la capacité de choix des Départements est fortement ébranlée aujourd'hui par les transferts de compétences qui ont eu lieu ces dernières années. En effet, les Départements ont été chargés de gérer et de financer des prestations dont les règles de délivrance sont fixées par le législateur. Ce qui revient à leur confier des compétences sans leur confier les pouvoirs correspondant, tout en les contraignant à financer ces prestations.

La création de l'APA en 2002 et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en 2005 traduit cette évolution dans le domaine du soutien à l'autonomie. Mais en la matière, les Départements conservent des marges d'autonomie quant à la mise en œuvre de ces deux compétences. C'est pourquoi l'on peut considérer que c'est surtout le transfert du financement du RMI-RSA en 2004 qui restreint la liberté d'initiative des Départements.

II – Analyse sectorielle de l'évolution des dépenses

Alors que l'on aurait pu espérer avec la loi du 11 février 2005 qu'en quelques années la problématique du soutien à l'autonomie aurait trouvé son unité, la dissociation entre le soutien aux personnes âgées dépendantes et le soutien aux personnes handicapées demeure la règle. L'analyse sectorielle de l'évolution des dépenses portera donc sur 4 chapitre : l'aide sociale à l'enfance, l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'insertion.

1. L'aide sociale à l'enfance

Parmi toutes les compétences transférées aux Conseils généraux en 1983 l'aide sociale à l'enfance (ASE) occupe une place particulière, non seulement en raison du public qu'elle concerne, mais aussi en raison des enjeux partenariaux qu'elle soulève. Avec la décentralisation, les départements prenaient la responsabilité d'un secteur hautement sensible sur le plan symbolique et devaient démontrer leur capacité à en assumer la gestion, dans le respect des équilibres institutionnels du secteur. L'étude de l'impact de la départementalisation sur la protection de l'enfance devra donc tenir compte de l'effectivité de cette collaboration.

Mais les départements devaient aussi répondre à deux autres objectifs :

- poursuivre la diversification des formes d'intervention, en privilégiant les actions de soutien dans le milieu familial sur le recours à la réponse traditionnelle du placement, tout en multipliant les actions préventives ;
- accompagner ce redéploiement des actions d'un rééquilibrage des financements au profit de la prévention.

Ces deux défis s'avéraient d'autant plus ardues que la société française allait être confrontée dans les années qui ont suivi la décentralisation à une crise sociétale importante qui s'est traduite par une hausse très significative du nombre d'enfants en risque.

Trente ans après, on peut constater que, si le premier objectif a été en grande partie atteint, le second ne l'est pas encore, faute d'un redéploiement conséquent des moyens.

En effet, sur les 257 000 enfants protégés en 1984, 159 000 enfants étaient accueillis en établissements ou en familles d'accueil et 98 000 étaient suivis en milieu ouvert. Dorénavant sur les 300 000 enfants pris en charge par les Départements en 2013, 153 000 sont accueillis et 154 000 sont suivis en milieu ouvert. On peut donc considérer que les orientations du rapport Bianco-Lamy, notamment sur la priorité donnée au maintien du lien avec les parents, restent encore d'actualité.

En revanche, la structure de la dépense est restée stable depuis une dizaine d'années. Elle est constituée à 80% de la dépense de placements. 54% des enfants sont placés en familles d'accueil, 38% en établissements et 8% bénéficient d'autres types d'accueil (tiers dignes de confiance, foyers jeunes travailleurs, internats scolaires ou médico-sociaux, etc.). Les types de réponses proposés dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance ont peu évolué dans le temps.

2. L'aide aux personnes âgées

Comme pour la protection de l'enfance, les Départements sont aussi, à l'autre bout de la chaîne des âges de la vie, les premiers acteurs du soutien aux personnes âgées en difficulté. Ils sont en effet chargés de veiller à la cohérence et à la qualité de l'offre d'hébergement et de services offerts aux personnes âgées, mais aussi de distribuer les aides correspondant à leurs besoins prioritaires. Or ceux-ci ont évolué depuis le début de la décentralisation.

En effet, l'hébergement des personnes âgées concerne aujourd'hui une population très différente de celle des hospices d'autrefois. Ce n'est plus l'absence de ressources qui est à l'origine du placement. On entre de plus en plus tardivement en maison de retraite et c'est désormais la perte d'autonomie ou la crainte de ne pouvoir y faire face qui fonde généralement la demande. Les aides au maintien à domicile sont généralement sollicitées pour des raisons similaires.

De plus en plus fréquemment, comme pour les personnes handicapées, l'intervention des Départements en faveur des personnes âgées va donc s'effectuer autour du problème de la dépendance que celui-ci soit traité sous la forme d'actions de soutien ou de prévention.

Concernant l'aide à l'hébergement

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui était de 160 000 en 1984, ne se réduit plus qu'à 117 000 en 2001. Cette chute du recours à l'ASH s'explique par l'arrivée à la retraite de générations de personnes âgées ayant eu des parcours professionnels plus complets et disposant donc de davantage de ressources. Ce chiffre s'est maintenu jusqu'à présent, après une très légère baisse lors de la mise en œuvre de l'APA.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement, qui était de 303 000 dès 2002 et s'élevait à 394 000 un an plus tard, atteint 502 000 personnes en 2013. Cette allocation résulte d'une triple tarification très complexe entre les parties « hébergement », « soins » et « dépendance » des établissements. En effet, tandis que le tarif « soins » est entièrement financé par l'Assurance Maladie, le tarif

« hébergement » est à la charge de l'utilisateur ou de l'ASH et le tarif « dépendance » est à la fois supporté par l'utilisateur et de l'APA. L'APA en établissement sert donc d'une part à diminuer le reste à charge pour les personnes hébergées et d'autre part à soutenir financièrement les établissements dans leur recherche de qualité. Comme auparavant pour l'ACTP, il ne s'agit donc pas réellement d'une allocation individuelle pour le bénéficiaire de l'APA, mais plutôt d'une dotation aux établissements. Elle permet ainsi de figer la participation de l'Assurance Maladie à hauteur de 70% des salaires des aides soignantes pour la partie soins tandis que l'APA en établissement en finance 30% pour la partie dépendance. Cette répartition financière est cependant artificielle, sans correspondance avec la réalité des tâches affiliées aux « soins » ou à la « dépendance » du personnel des établissements.

Le coût moyen de l'APA en établissement ne cesse d'augmenter : alors qu'il était de 3930€ en 2008, il se hausse à 4350€ en 2013, notamment en raison d'une dépendance de plus en plus lourde des personnes accueillies.

Concernant l'aide à domicile

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a lui aussi augmenté au fil du temps : cette allocation concernait 294 000 personnes en 2002, 494 000 en 2003 et 716 000 en 2013. A l'inverse, son coût moyen par personne a baissé. Le passage d'un coût moyen de 4790€ en 2008 à un coût moyen de 4520€ en 2013 s'explique aussi bien par des progrès de gestion (développement de l'utilisation de la télégestion et de la télétransmission, paiement direct au service, ...) que par des contrôles financiers de plus en plus stricts sur l'affectation des aides. Les graves difficultés financières connues par les services sont souvent au cœur du débat dans leurs relations avec les départements. Certains services prestataires en particulier sont accompagnés par les départements pour effectuer des progrès de gestion, un travail sur la qualité de la prestation rendue et éventuellement signer des CPOM. A titre d'information, les heures de soutien à domicile, qui sont utilisées quasi-exclusivement pour financer de l'aide humaine, sont réalisées à 70% par des services prestataires. Pour le reste, 20% sont accomplies en emploi direct et 10% par des services mandataires.

Dans ce secteur, une des grandes réussites de l'action départementale porte sur l'évaluation à domicile des besoins. Elle a été mise en place en seulement deux ans avec les équipes médico-sociales d'évaluation.

Mais d'importantes difficultés législatives et réglementaires subsistent, puisque des règles du jeu disparates sont appliquées aux mêmes services selon qu'ils découlent de l'APA, de la PCH ou bien (en complément du financement des caisses de retraite) des aides ménagères ou des aides aux sorties d'hôpital. Malgré les intentions affirmées par la quasi-totalité des Départements, la convergence entre soutien aux personnes âgées et soutien aux personnes handicapées est donc encore loin... D'autant plus loin que contrairement à la PCH, l'APA reste plafonnée par niveau de GIR.

Si l'on analyse de façon conjointe l'action sociale en faveur des personnes âgées et celle en direction des personnes porteuses de handicap, un des seuls éléments stabilisés est celui du taux de couverture des trois prestations de soutien à la perte d'autonomie par le concours de la CNSA. Ce dernier couvre depuis des années 30% des dépenses nettes d'APA, de PCH et d'ACTP.

3. L'aide aux personnes handicapées

Ce domaine est caractérisé, depuis la décentralisation, par d'importantes créations de places en établissements, qui ont fait passer sa part dans la dépense d'action sociale départementale de 16% en 1984 à 22% en 2001. Depuis lors, cette part est restée stable jusqu'à l'instauration de la PCH, qui la fait légèrement augmenter.

La dépense nette a été multipliée par 6,9 en 30 ans ; passant de 1 Md€ en 1984 à près de 7 Mds€ en 2013. Cette croissance forte est due pour moitié aux créations de places, pour moitié aux coûts.

La dépense par personne accueillie a été multipliée par 3,5 (de 9700€ en 1985 à 33900€ en 2012). Mais on note depuis trois ans un infléchissement à la baisse pour les coûts.

Concernant l'accueil-hébergement

Il représente les deux tiers de la dépense. Le nombre de personnes accueillies a doublé : 66 000 personnes en 1984, 133 000 en 2013. Ce mouvement s'est accompagné d'une importante adaptation à l'évolution des besoins :

- Pour favoriser l'autonomie et l'intégration sociale des personnes handicapées, les travailleurs des établissements d'aide par le travail ont été aidés à s'installer en logements autonomes ou partagés, avec l'aide financière de la CAF (allocation-logement) mais aussi par la création de services d'accompagnement à la vie sociale : inexistantes en 1990, ils suivaient en 2010 environ 40 000 personnes. Parallèlement, l'hébergement complet est progressivement remplacé par de l'accueil de jour.
- Mais la perte d'autonomie et le vieillissement ont entraîné la création de places occupationnelles, tant par transformation de places d'hébergement simple que par création complémentaire. Alors que les places de foyer simple augmentaient de 1% par an (entre 1990 et 2010), les places occupationnelles, en foyer ou en accueil de jour, suivaient un rythme de 5%.
- Enfin, pour accueillir des personnes porteuses d'un lourd handicap qui jusqu'alors restaient chez leurs parents ou à l'hôpital, le nombre de places de foyers d'accueil

médicalisé (en double tarification du département et de l'assurance maladie) s'est accru au rythme de 17% par an, tandis que les maisons d'accueil spécialisé (financement de l'assurance maladie) continuaient leur croissance de 6% par an.

- Ces transformations et créations sont accompagnées d'une grande souplesse, avec la mise en place de formules intermédiaires : des foyers assurant à temps partiel des activités occupationnelles pour des travailleurs d'ESAT fatigués, des foyers ou centres de jour occupationnels ayant un certain nombre de places médicalisées. En revanche, l'accueil familial, pourtant bien adapté à de nombreuses situations, a de la peine à se développer.

Concernant les allocations

L'Allocation Compensatrice pour l'aide d'une Tierce Personne a été utilisée, au fil des années, par un nombre croissant de personnes âgées perdant leur autonomie. C'est ce qui a conduit à créer la PSD puis l'APA. Mais les personnes de moins de 60 ans étaient néanmoins 45 000 en 1984 et encore 53 000 en 2013.

La Prestation de Compensation du Handicap touche 216 000 personnes en 2013 (7000 en 2006, 39 000 en 2007). Sa montée en charge a été moins rapide que pour l'APA : en 2012, elle n'est pas encore totalement terminée. Les règles d'attribution posent problème par rapport à l'APA, en particulier dans les liens avec les services prestataires : l'aide technique représente 13% de la dépense contre une somme minime pour l'APA. Les aidants familiaux, non indemnisés dans le cas de l'APA, pèsent pour la PCH un quart de la dépense d'aide humaine et 64Mheures contre 47Mheures pour les salariés. Les modalités d'attribution et les montants tarifaires sont différents. Enfin, pour cette prestation, le passage par la MDPH allourdit considérablement les circuits et rend presque inexistant le suivi du contenu de l'aide.

4. L'insertion (limitée au RMI-RSA)

Ce domaine est particulièrement dépendant de la situation économique. Ainsi, alors qu'à la création du RMI, on espérait que ce dispositif se stabiliserait autour de 400 000 bénéficiaires comme en 1990, ils sont passés à 1 million en 2004 et 1,6 millions en 2013, sans que l'on perçoive encore le moindre espoir de diminution.

De plus, le rôle des Départements a profondément évolué avec le transfert du financement en 2002 et la création du RSA. Le transfert de l'allocation en 2004 bouleverse ce paysage. La dépense d'allocation est de 4,63 milliards d'euros. Bien que remboursée par l'Etat à hauteur de 4,27 milliards ; elle contribue à renforcer le rôle des Départements, dorénavant en gestionnaires automatiques d'une allocation nationale. De plus, avant le RSA, un tiers des départements avaient su monter des parcours d'insertion efficaces. L'utilisation de la clause sociale d'insertion dans les marchés publics s'était largement généralisée et certains avaient construit des binômes avec

l'ANPE pour mettre en place un accompagnement conjoint socio-professionnel. L'instauration du RSA casse cette dynamique fragile, en dissociant le social du professionnel et en instaurant des procédures encore plus lourdes qu'auparavant. Même si la charge de gestion est largement transférée aux CAF, le découragement accompagne l'augmentation du nombre de chômeurs, donc du nombre de bénéficiaires du RSA et de la dépense d'allocation.

Chaque année, la charge résiduelle augmente. En 2013, une étape supplémentaire est franchie : la charge nette d'allocation bondit à 2,25 milliards d'euros. Le concours de l'Etat, qui couvrait 92% de l'allocation en 2004, est passé à 80% en 2012 et 71% en 2013 et le cumul de la charge depuis 2004 s'élève à 8,4 milliards d'euros.

Deuxième partie

Développement social : un repositionnement difficile

Plus personne n'en doute aujourd'hui, les réponses actuelles ne semblent plus contenir le flux croissant de la marginalité sociale, 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. Il va falloir non seulement repenser le rapport à des publics plus nombreux et aux attentes nouvelles, mais aussi s'attacher au développement de politiques de prévention des exclusions sociales sous toutes leurs formes.

C'est un des enjeux du développement social dont le concept n'est pas nouveau. Il est depuis longtemps usité à propos de la politique de la ville et l'enseignement du travail social y fait souvent référence. Mais alors que, dans la plupart des pays qui le pratiquent, le développement social a pour finalité de dynamiser l'ensemble de la société, il a longtemps été principalement assimilé en France à une politique sociale de soutien aux seuls quartiers en difficulté.

Le développement social doit donc maintenant s'affirmer non pas comme un mode de traitement spécifique, mais comme un mode de traitement global 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.

Or, c'est un fait, le développement social est dorénavant perçu par une majorité des départements comme une nouvelle pratique sociale axée sur l'implication de tous les acteurs locaux dans le développement d'initiatives aptes à renforcer les solidarités de proximité à travers la vie associative, les réseaux d'écoute et d'entraide ou encore les dynamiques intergénérationnelles. Il ne s'agit donc pas seulement d'accompagner les familles en situation de précarité par la voie d'actions collectives, mais bien de s'appuyer sur l'ensemble des forces vives d'un territoire pour en renforcer la cohésion.

La dynamique peut alors paraître excessivement ambitieuse, lorsque l'on sait que l'évolution de l'action sociale vers le développement social passe par la réalisation de conditions organisationnelles et fonctionnelles exigeantes. Or si les premières

semblent de plus en plus satisfaites (I), les secondes peinent à s'inscrire dans l'action avec un environnement de plus en plus défavorable (II).

I – Des choix organisationnels prometteurs

Le fil conducteur du développement social est celui de l'affirmation de la transversalité et du territoire comme clés de voûte de l'organisation de l'action sociale départementale. Dans la hiérarchie des normes d'organisation on entend dorénavant privilégier une démarche globale de prévention et de soutien à la personne dépassant les logiques dominantes de services, voire d'institutions. On cherche à optimiser l'action en définissant une réponse sociale territoire par territoire, en fonction des besoins propres à chaque bassin de vie, des dynamismes locaux potentiels et des possibilités spécifiques d'intervention concertée.

C'est pourquoi il n'est pas sans intérêt de noter que dans une enquête récente, deux tiers des départements manifestaient leur conviction de l'utilité du développement social et 50% d'entre eux se déclaraient déjà engagés dans cette démarche. Ce qui peut se vérifier dans l'évolution de leurs organisations. On retrouve ainsi au niveau des départements ce qu'on a souvent observé au niveau des communes : un phénomène spontané de diffusion et de reproduction des modèles d'organisation. Les acteurs locaux, élus et professionnels, dans une quête légitime de performance et de reconnaissance, ont tendance à se caler sur des normes implicites selon un mécanisme proche de celui du marché.

1. L'approche transversale des services centraux s'enracine

Cette évolution vers une plus grande transversalité des missions du Conseil général est toutefois peu perceptible en ce qui concerne les organigrammes de l'ensemble des services départementaux. En effet, le schéma hérité de l'État d'un regroupement des principaux volets de l'action sociale sous une autorité commune (Direction générale adjointe des solidarités) reste très majoritaire. Soixante quatorze Départements ont en effet ce type d'organisation.

Seuls quelques départements ont opté pour la création d'un pôle plus large intégrant non seulement des compétences dites sociales mais aussi d'autres politiques contribuant à la cohésion sociale : jeunesse, éducation, sports, culture, etc. Le recours à des intitulés tels que « Solidarité et cohésion sociale », « Vivre ensemble », « Solidarité et vie sociale » montre l'ambition élevée de ces regroupements. Ce schéma concerne aujourd'hui quatorze Départements, mais il est difficile de se prononcer sur les effets de ce type d'organisation sur la transversalité effective des actions engagées.

Enfin, dans douze Départements, on a opté pour l'éclatement de l'action sociale entre plusieurs directions générales, avec le souci d'identifier le bloc autonomie, le bloc enfance-famille, le bloc insertion. Mais avec le risque de briser les interférences permanentes entre les différentes actions de solidarité comme par exemple entre l'insertion et le soutien à l'enfance et à la famille.

C'est davantage dans l'organisation des directions thématiques de l'action sociale que se vérifie la recherche de transversalité des Départements. En effet, très majoritairement, les Départements cherchent à regrouper concrètement les services autour des axes suivants : soutien à l'autonomie, soutien à l'enfance et à la famille, insertion et lutte contre les exclusions. Et il s'agit d'un constat important, à un moment où la complexité des mesures réglementaires ne joue pas toujours en faveur de l'opérationnalité d'une approche par mission.

Ainsi le regroupement entre soutien aux personnes âgées et soutien aux personnes handicapées dans une direction du soutien à l'autonomie a été adopté par la quasi-totalité des Départements qui s'efforcent de rendre effective cette dénomination. Pour les deux tiers des Départements, les missions d'autorisation et de tarification des établissements et services pour les personnes âgées et handicapées sont communes, ce qui est l'indice d'un rapprochement réel puisque la tarification de l'aide à domicile est alors réalisée de manière cohérente pour les deux publics. De plus, la collaboration réussie entre les divers services PA/PH concernés et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) entretient l'idée de convergence des politiques de soutien à l'autonomie, alors que celle-là s'essouffle actuellement au niveau national. Dans les cas les plus avancés, des maisons départementales de l'autonomie sont créées et intègrent même parfois en leur sein la direction de l'autonomie.

En ce qui concerne le soutien à l'enfance et à la famille, les deux tiers des Départements ont désormais une direction commune à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et à la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Si ce processus est moins avancé que pour l'autonomie, c'est principalement en raison d'une conception stratégique différente des Départements quant au positionnement de la PMI. En effet, les stratégies oscillent entre le rôle traditionnel de la PMI, centré sur la prévention sanitaire, et des missions contribuant davantage au soutien à la parentalité.

Le troisième volet, celui de la lutte contre les exclusions, révèle une situation encore plus hétérogène en matière de transversalité. Si dans soixante-quatre Départements la plupart des dispositifs concernés (RSA, Fonds de Solidarité Logement, Fonds d'aide aux jeunes, etc.) sont gérés au sein de la direction d'action sociale, l'ensemble n'est pas systématiquement intégré dans la direction de l'insertion. Cette dernière, lorsqu'elle existe, se limite parfois au RSA, les autres dispositifs se trouvant alors directement pris en charge au niveau des unités territoriales.

2. Les territoires d'intervention sociale s'harmonisent

Le souci de territorialisation infra départementale de l'action sociale n'est pas né avec le processus de décentralisation initié en 1983. Dès 1975, les services de l'État recommandaient une évolution des circonscriptions d'intervention sociale dans deux directions : leur redéfinition géographique pour tenir compte de la réalité des bassins de vie et leur redéfinition fonctionnelle. Dans sa forme la plus aboutie, la territorialisation consiste en effet à regrouper sous une même autorité l'ensemble des services concernés par la problématique sociale et à déconcentrer à cet échelon infra départemental un pouvoir de décision, pour adapter les actions engagées aux spécificités de chaque territoire.

C'est la voie suivie par les Départements dans leur ensemble. En effet, plus des deux tiers des Départements ont remodelé leurs territoires d'action sociale depuis 1990 et certains continuent leurs efforts d'adaptation aux réalités locales. Ainsi depuis 2005, quatre Départements sur dix ont effectué un second découpage de leurs territoires d'intervention pour renforcer l'impact opérationnel de la territorialisation.

En effet, si le critère d'adaptation des actions aux spécificités socio-économiques de chaque territoire reste encore prépondérant, une nouvelle priorité se renforce : le décloisonnement des actions du Département. On peut y voir le souci des Départements de faire de la territorialisation l'affaire de tous les services ayant un lien avec le social. Ce qui reflète une perception plus globale du concept de développement social, longtemps rattaché essentiellement à l'accompagnement social.

Ce souci affiché de transversalité se vérifie lorsqu'on analyse l'évolution des organisations des divers services d'action sociale du Département, qui montre une recherche d'harmonisation toujours plus poussée au sein des unités territoriales d'action sociale (UTAS).

Les services de protection maternelle et infantile (PMI), d'aide sociale à l'enfance (ASE) et d'insertion sont désormais massivement déconcentrés, sur la base d'un découpage harmonisé avec celui des UTAS. Seule exception, le dispositif relatif à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : bien que l'harmonisation ait légèrement progressé depuis 2004, la centralisation totale est encore une réalité dans un tiers des cas. Cela contribue probablement au fait que les assistantes sociales chargées de la polyvalence de secteur ne participent que très rarement aux évaluations APA réalisées par les équipes médico-sociales.

Ce développement de l'organisation territoriale des Départements n'est pas sans conséquences sur le fonctionnement hiérarchique des services (PMI, SSD, ASE...). Face à une approche locale plus globale et transversale, l'organisation du siège doit trouver des formules adaptées. C'est ce qui s'est produit ou ce qui est envisagé dans les deux tiers des Départements, à travers une distinction entre autorité hiérarchique chargée de l'organisation quotidienne des missions de chaque collaborateur et autorité fonctionnelle qui contrôle les actes techniques et garantit leur cohérence déontologique

et l'équilibre entre central et local. Cette organisation dite « matricielle » place tout le personnel déconcentré, à l'exception dans un grand nombre de Départements des médecins de PMI, sous la responsabilité hiérarchique du responsable de territoire tout en maintenant au siège une responsabilité fonctionnelle au profit des divers responsables thématiques.

Cette structure matricielle permet d'établir un certain équilibre entre deux impératifs : garantir la cohérence de la politique départementale sur l'ensemble du territoire, tout en libérant des marges de manœuvre suffisantes pour l'adaptation de la réponse aux spécificités de chaque territoire infra départemental.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter qu'un quart des Départements conçoivent la territorialisation comme pouvant favoriser le regroupement avec leurs autres domaines d'intervention (équipement, collèges...) au sein de « maisons du Département ». Mais, jusqu'à présent cette hypothèse n'a débouché au mieux que sur un guichet commun de premier accueil.

II – Des choix fonctionnels contradictoires

Alors qu'un Département sur deux se déclare déjà engagé dans le développement social, c'est bien dans le passage à la mise en œuvre stratégique que les difficultés se révèlent. Les acteurs départementaux se trouvent d'abord confrontés à la nécessité de prendre en compte des injonctions contradictoires. Ils doivent notamment gérer de plus en plus de dispositifs (APA, RMI-RSA, MDPH, PCH, informations préoccupantes, majeurs protégés...) au moment où l'extension de la vulnérabilité dans ces divers aspects incite à la multiplication des actions préventives (1). De même, les Départements sont incités à accroître leur approche prospective par le renforcement des démarches d'observation partagée mais, dans le même temps, leur capacité d'initiative est de plus en plus encadrée par la réglementation (2). Dans ces conditions, il n'est guère facile d'animer une démarche globale impliquant toutes les institutions (3).

1. Le difficile repositionnement des services

Lors de l'évaluation par l'ODAS en 2001 des 15 premières années de décentralisation, l'accent était mis sur les promesses que faisait naître pour l'avenir des départements, l'engouement de leurs services pour le développement social. Mais depuis, l'Acte II de la décentralisation et sa dérive gestionnaire (voir supra), mais aussi l'inflation réglementaire, contribuent à renforcer les pesanteurs institutionnelles au détriment de l'innovation et de la créativité locale. Ce constat se vérifie tout particulièrement en ce qui concerne le service social.

Les résultats d'une enquête en 2004 avaient déjà mis en avant les difficultés du repositionnement du service social. Une enquête plus récente permet d'aller plus loin dans l'analyse de cette problématique, en permettant d'évaluer la répartition de la charge de travail des assistants de service social de polyvalence.

Tout d'abord, la charge de travail dédiée à l'accueil et à l'accès aux droits représente en moyenne un quart du temps de travail des assistants de service social, bien que de nombreux Départements affectent également du personnel administratif à la fonction d'accueil. Le travail social est par ailleurs profondément touché par l'obligation d'évaluation liée aux dispositifs (RSA et protection de l'enfance – informations préoccupantes – notamment). En moyenne, un tiers du temps des assistants de service social est consacré à ce travail de diagnostic et d'évaluation. Il ne reste donc qu'un tiers du temps de travail pour la fonction d'accompagnement, alors qu'il s'agit de leur toute première responsabilité, à savoir contribuer à l'insertion des personnes précarisées par l'absence de ressources, de liens ou de repères.

Ce constat est d'autant plus regrettable que l'organisation des missions du service social tend de nouveau à privilégier une vision généraliste de l'intervention sociale, plus favorable au développement social que l'option de la spécialisation. En effet, la polyvalence de secteur est dorénavant stabilisée comme mode d'organisation du service départemental d'action sociale (dans neuf Départements sur dix), alors qu'en 1998 une tendance à la spécialisation avait été observée dans deux tiers des Départements. Pourtant, la consécration de la polyvalence de secteur ne s'est pas accompagnée de la progression de l'intervention collective. Les actions collectives ne représentent qu'environ 6 % du temps de travail des assistants de service social, alors que six Départements sur dix se déclarent favorables à leur progression.

Ce faible développement des actions collectives peut aussi trouver son origine dans les difficultés éprouvées à positionner le service social dans un ancrage partenarial fort, pourtant nécessaire au développement social. C'est notamment le cas de la collaboration entre le service social départemental (SSD) et les centres communaux d'action sociale (CCAS). Celle-là n'est effective que dans 30 % des Départements. Et il s'agit dans ces cas principalement d'une répartition des populations pour l'accueil et éventuellement l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, à partir d'un scénario établi depuis la création du RMI et selon lequel le CCAS s'occuperait des personnes isolées et le Département des familles. Ce partage est cependant de plus en plus discuté car la frontière entre ces deux statuts est souvent artificielle. Quant aux conventions de polyvalence avec les organismes de protection sociale, elles ont presque totalement disparu, pour être parfois remplacées par des conventions sur des missions particulières.

Enfin, le nombre de lieux d'accueil commun des usagers avec d'autres partenaires régresse. Alors qu'on trouvait ce type de plateforme en 2004 dans plus d'un Département sur deux, la proportion aujourd'hui n'est plus que d'un tiers. Le recul de ce type d'organisation est à mettre en lien avec la progression des contraintes financières qui entraîne un mouvement de repli des institutions sur elles-mêmes. Cela est d'autant plus regrettable que l'enjeu de performance sociale nécessite de plus en

plus de complémentarité entre les acteurs, non seulement en termes de moyens d'intervention mais aussi en matière d'ingénierie, afin de permettre la réalisation d'analyses par territoire des besoins sociaux, première étape indispensable au développement social.

2. Une dynamique d'observation en quête de sens

C'est d'autant plus nécessaire que l'observation sociale se développe. Plus d'un Département sur deux déclarent avoir mis en place une démarche d'observation permanente concernant la totalité du champ des solidarités, voire l'ensemble des compétences départementales. De plus, 95% des Départements affirment avoir mis en place au moins une démarche d'observation, qu'elle soit sectorielle, territoriale ou plus large. Et il est vrai que les enquêtes de terrain montrent une prise de conscience de l'importance de l'observation pour construire de nouvelles réponses.

Plusieurs facteurs convergent pour expliquer ces progrès de l'observation. Aux orientations récurrentes des différentes lois, s'ajoutent les enjeux financiers actuels renforçant l'utilité de la démarche. On peut également évoquer les progrès de l'informatisation qui facilite la mise en œuvre du processus.

Mais, l'existence d'une démarche d'observation ne signifie pas nécessairement que le travail effectué porte sur le repérage à la fois des besoins, des réponses et de l'adéquation entre besoins et réponses. Ainsi, parmi les démarches d'observation sectorielles, on peut citer les observatoires départementaux de la protection de l'enfance, rendus obligatoires par la loi de 2007. Plus d'un Département sur deux en a créé un, mais ces démarches recouvrent des réalités très inégales (du simple recueil des informations préoccupantes à des travaux fouillés et participatifs sur la situation des familles). Et l'on peut même affirmer que l'observation des publics a régressé puisque les Départements ne sont plus en capacité de favoriser l'établissement de données nationales sur l'évolution de l'enfance en danger.

Quant au partenariat d'observation, s'il se développe, il se limite très souvent à de simples échanges de données : les diagnostics sont encore peu partagés et l'appropriation de la démarche par la définition partagée des objectifs est encore plus rare. Sur ce point, il semble nécessaire de stabiliser les règles déontologiques, afin que le partage d'information ne soit pas une source de tension mais bien un tremplin pour une réflexion commune utile à l'action.

3. Les attermoissements du partenariat

Alors que la loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales positionnait explicitement le Département comme « chef de file » de l'action

sociale sur son territoire, les diverses évolutions de contexte ont plutôt contribué à déstabiliser le Département dans sa fonction prospective et sa mission d'animation du territoire. C'est d'abord le cas de celles qui ont renforcé la responsabilité gestionnaire des Départements et donc leur fragilité financière. Mais c'est aussi le cas de celles qui ont restructuré l'administration de l'État, comme la création des Agences régionales de santé (ARS).

C'est pourquoi l'analyse des relations entre le Département et ses partenaires est utile, même si elle n'est abordée ici qu'à travers la perception qu'ont les Départements et les Villes du partenariat.

Il faut d'abord relever l'impact positif de l'enracinement des Départements dans l'action sociale et la mise en œuvre de réformes importantes sur la protection de l'enfance et le soutien à l'autonomie. D'après trois quarts des Départements, la qualité des relations se serait maintenue voire légèrement améliorée avec la Justice et les organismes de protection sociale.

En revanche, alors que la collaboration avec les Villes s'avère décisive pour concrétiser un repositionnement stratégique sur le développement social, celle-ci s'avère particulièrement perfectible. C'est d'abord le point de vue des Villes : si près de deux tiers des Communes considèrent que leurs relations avec les Départements sont bonnes, le satisfecit est beaucoup plus nuancé si l'on affine ce constat. En effet, ce score n'est plus que de 50% lorsqu'il s'agit des grandes Villes. En outre, sur la mise en œuvre concrète du partenariat, les attentes sont encore plus visibles, puisque seul un tiers des Villes trouvent suffisantes l'articulation entre les politiques municipales et départementales en matière d'insertion et de soutien à l'autonomie par exemple. Un constat partagé dans les Départements : seul un tiers d'entre eux considèrent qu'ils ont de bons rapports avec les Villes et moins de 10% déclarent des partenariats formalisés que ce soit sur les politiques d'insertion, de soutien à l'autonomie ou enfance-famille.

On est donc encore très éloigné de la construction d'un partenariat stratégique qui ne peut naître que d'une observation partagée, clé de voûte du partenariat d'action. C'est en effet la voie la plus prometteuse car le partenariat d'action sous forme de délégation ne cesse de régresser.

Conclusion

Trente ans après la mise en œuvre d'une première vague de décentralisation initiée par Gaston Deferre, dix ans après le second acte lancé par Jean-Pierre Raffarin, s'ouvre aujourd'hui la perspective d'un nouveau bouleversement de l'architecture des pouvoirs publics. On pourrait s'en réjouir car l'évolution sans précédent de la société française appelle une adaptation constante des pouvoirs publics et le développement d'un lien de plus en plus étroit avec les acteurs de terrain.

Mais, il faut alors veiller à ce que les propositions ne partent exclusivement d'une vision économique de l'avenir de notre pays. Car les éléments constitutifs de notre modèle républicain ne sont pas seulement d'ordre économique. La cohésion sociale repose sur une multitude de facteurs et ses aspects relationnels (fragilité des liens sociaux) et identitaires (perte des repères et valeurs) pèsent autant que ses aspects strictement sociaux (précarité des revenus). Or, si la définition des droits et des dispositifs sociaux, qui doivent être identiques sur l'ensemble du territoire, est indiscutablement l'affaire de l'État, c'est avant tout dans la proximité que le changement de mentalité et de comportement peut être encouragé.

En d'autres termes, loin de fragiliser le pacte républicain, la décentralisation a pour vocation de le renforcer en s'attachant à préserver le « vouloir vivre ensemble ». C'est pourquoi il est indispensable de ne pas perdre de vue que la légitimité des pouvoirs locaux, réside principalement dans leur capacité à entretenir l'éthique d'altérité sans laquelle une société ne peut que s'émietter. Et au moment où s'amplifie de façon inquiétante la défiance entre habitants et entre habitants et institutions, cette reconnaissance s'avère plus nécessaire que jamais tant en ce qui concerne les communes que les départements. D'autant plus que ces collectivités ne cessent d'affirmer leur attachement à la préservation du vivre-ensemble et donc du pacte républicain, comme le confirment les enquêtes d'opinion faites auprès des maires. Mais aussi, comme le montre le bilan, bien trop méconnu, des départements, chargés depuis trente ans de la responsabilité de l'action sociale.

En effet, ce bilan montre que depuis une trentaine d'années les départements n'ont cessé d'investir des ressources considérables dans le domaine social, tout en réussissant à diversifier l'offre sociale et médico-sociale, sans accroître pour autant les inégalités de réponses entre territoires. Bien au contraire, sous la pression des besoins sociaux, ceux qui avaient fait beaucoup ont réduit leur effort, ceux qui avaient fait moins, l'ont accentué. Il n'en reste pas moins que la réussite de la décentralisation de l'action sociale ne peut reposer sur sa seule capacité à préserver l'égalité des chances. Elle repose aussi sur sa capacité à exprimer la diversité territoriale française. Or les risques qui accompagnent tout processus important de restructuration d'administrations sont bien connus. On provoque souvent d'importantes résistances engendrées par le changement des habitudes, le réajustement des procédures, le repositionnement des hommes. Avec la territorialisation, on prend en outre le risque d'une certaine dilution du pouvoir qui peut donner le sentiment d'une rupture de

l'unité et de l'efficacité de l'action départementale. C'est pourquoi l'ampleur du mouvement de territorialisation de l'action sociale peut surprendre, d'autant plus qu'il s'accompagne d'une volonté de dépasser le cadre strict de l'action sociale à connotation essentiellement réparatrice pour s'engager dans le développement social à connotation principalement préventive.

Il faut donc espérer que le débat qui s'engage aboutisse à une profonde évolution du projet actuel de réforme, en partant d'une vision mieux définie de la finalité de la démarche et en s'appuyant sur une évaluation approfondie des forces et faiblesses de chaque type de collectivité. Un troisième acte de la décentralisation ne peut se justifier que s'il aboutit à renforcer l'efficacité économique des pouvoirs publics sans pour autant affaiblir les mécanismes de la solidarité. C'est seulement avec cette perspective que l'avenir des départements pourrait être moins sombre qu'il n'y paraît aujourd'hui.