

L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA REPUBLIQUE EN MATIERE D'ACTION SOCIALE A L'HEURE DES METROPOLES

(PARTIE 1)

RAPPORT
D'ETUDE

INET

Élèves administrateurs
Promotion Nina Simone

Etude commandée par

L'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)

L'association nationale des cadres communaux de l'action sociale (ANCCAS)

Référente

Madame Maud RENON, Directrice des solidarités et de la santé
Ville et Eurométropole de Strasbourg

Rapport rédigé par

Monsieur Vincent GALIBERT

vincent.galibert@administrateur-inet.org

Monsieur Christian GRANGEON

christian.grangeon@administrateur-inet.org

Madame Claire MARTINEAU

claire.martineau@administrateur-inet.org

Monsieur Sylvain ROCHE

sylvain.roche@administrateur-inet.org

Monsieur Stéphane ROCHON

stephane.rochon@administrateur-inet.org

Le 26 juin 2018



Le
INET

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SYNTHESE GENERALE.....	4
INTRODUCTION GENERALE.....	8
PREMIERE PARTIE : L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'ACTION SOCIALE EVOLUE EN RAISON DE FACTEURS AUSSI BIEN ENDOGENES QU'EXOGENES.....	23
1. La conception de l'action sociale se retrouve aujourd'hui profondément renouvelée.....	23
1.1. Les acteurs font le constat d'une approche cloisonnée et statique de l'action sociale.....	23
1.2. En réponse, une vision large et transversale de l'action sociale, intégrée avec les autres politiques publiques, est attendue	27
1.3. L'action sociale, confrontée à des enjeux nouveaux de connectivité et d'empowerment, se recentre parallèlement sur son accès et sa continuité	32
2. Le cadre normatif fixe une métropolisation de l'action sociale aux effets limités ...	36
2.1. Les dernières réformes territoriales se veulent plus incitatives et coercitives.....	36
2.2. A court terme, les effets des lois NOTRe et MAPTAM restent limités en termes de transformation de l'organisation territoriale de l'action sociale	40
2.3. Les objectifs des lois NOTRE et MAPTAM et les priorités en matière d'action sociale des collectivités divergent	43
SECONDE PARTIE : LES MUTATIONS DU MODELE SOCIAL, PARALLELEMENT A L'EVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE, ENTRAINENT UNE ADAPTATION DES REPONSES AFIN DE RENCONTRER AU MIEUX LES NOUVEAUX BESOINS EXPRIMÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES ET LES ACTEURS.....	47
1. L'organisation territoriale de l'action sociale relève d'une « anarchie organisée » .	47
1.1. Les modalités de transfert des compétences sociales aux métropoles renforcent la logique d'éclatement des actions et des acteurs	47
1.2. L'organisation territoriale impose une injonction paradoxale aux acteurs de l'action sociale, entre spécialisation, coopération et coordination	49
1.3. La volonté de s'outiller pour rééquilibrer l'offre de services répond encore largement à une réflexion en silos	54
2. Entre questionnement de l'avenir du « département-providence » et recentrement du social sur cet échelon territorial, la réforme du modèle d'action sociale peut prendre plusieurs formes	57
SCENARIO N°1 - Stabilisation : Vade-mecum d'une régulation de l'organisation actuelle de l'action sociale (à droit constant)	61
SCENARIO N°2 - Dévitalisation du conseil départemental.....	63

SCENARIO N°3 - Renforcement du conseil départemental.....	68
CONCLUSION GENERALE	76
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	80
1. Lettre de mission	80
2. Instances de suivi et de pilotage de l'étude	81
3. Grille d'entretien.....	82
4. Liste des personnalités entendues.....	83
5. Personnalités qualifiées entendues.....	85
6. Questionnaire.....	86
7. Structures ayant répondu au questionnaire	90
8. Tableau récapitulatif des transferts et/ou délégations de compétences sociales ...	91
9. Tableau des caractéristiques sociodémographiques des métropoles françaises ...	93
10. Tableau récapitulatif des acteurs publics intervenant dans le champ des politiques de l'enfance	94

REMERCIEMENTS

Tout au long de nos travaux, nous avons été amenés à rencontrer de nombreux interlocuteurs dont les apports nous ont été précieux.

Nous souhaitons ainsi adresser nos remerciements à tous nos contributeurs, en particulier les professionnels qui nous ont accordé de leur temps. A travers une quarantaine d'entretiens et 25 réponses aux questionnaires envoyés par courriel, les professionnels de l'action sociale locale présents dans les territoires couverts par les métropoles nous ont ainsi apporté une contribution décisive.

La contribution de cinq personnalités qualifiées à nos travaux est également à souligner et nous souhaitons ainsi adresser un remerciement tout particulier à M. Philippe ESTEBE, M. Mathieu KLEIN, M. Robert LAFORE, M. Claudy LEBRETON ou encore Mme Nadine LEVRATTO, dont les apports théoriques nous ont permis d'enrichir nos réflexions et de les mettre en perspective.

Nous souhaitons également saluer l'engagement des membres du comité technique qui a coordonné nos travaux et notamment Mme Maud RENON, M. Nans MOLLARET et Mme Catherine PAUL-HARDOUIN ainsi que les membres du comité de pilotage ayant suivi nos travaux, M. Roland GIRAUD, Mme Claudine PAILLARD, M. Jean DEYSSON et M. Denis GUIHOMAT.

Enfin, un grand merci à notre responsable de promotion, Mme Corinne KREMER-HEIN, pour son écoute et son soutien tout au long de cette étude.

SYNTHESE GENERALE

La présente étude est consacrée à l'organisation territoriale de la République en matière d'action sociale. Elle a été commanditée au printemps 2017 par l'ANDASS et l'ANCCAS, et s'est déroulée aux côtés de France Urbaine et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Son objectif principal était de rendre compte de la manière dont les territoires métropolitains ont mis en œuvre l'obligation prévue par la loi NOTRe de transférer ou de déléguer des compétences sociales, des conseils départementaux en matière d'action sociale aux métropoles. Cette modification dans la répartition des compétences sociales a également été considérée comme une occasion d'étudier la manière dont la notion de chef de filât de l'action sociale se renouvelle.

- **Du concept de solidarité à celui d'action sociale**

Les fondements théoriques et juridiques de l'action sociale sont les produits d'une longue sédimentation autour du concept de « solidarité ». Communautaire, religieuse puis étatique, la mise en œuvre des solidarités n'a cessé de se transformer en fonction des acteurs qui la portaient. Les travaux du sociologue Emile DURKHEIM, sur la division du travail, et du député de la Troisième République Léon BOURGEOIS, sur le solidarisme, font figure de recherches pionnières en la matière, à l'origine d'une production intellectuelle dont notre modèle d'action sociale s'est largement nourri. Ces jalons forment la première étape de la construction de notre système d'Etat-providence qui se fonde sur des dispositifs jouant la fonction de protection contre les accidents de la vie, tout en orientant les comportements des individus aux fins souhaitées par l'Etat. Protection sociale et contrôle social s'alimentent mutuellement et les deux premiers actes de la décentralisation en 1982 puis en 2003, correspondent à une réponse apportée aux critiques itératives d'un Etat devenu à la fois trop imposant et trop distant.

La recherche de proximité à l'égard des plus vulnérables se réalise à travers la constitution d'un couple historique département-communes. Le département devient le chef de file de l'action sociale, organisateur, coordinateur et planificateur, tandis que les communes constituent leurs relais publics privilégiés, en particulier *via* les centres communaux d'action sociale. Les lois de réformes territoriales entre 2007 et 2012 puis entre 2012 et 2017, le constituant et le législateur tendent à faire émerger de nouveaux acteurs publics. Se profilent ainsi deux dynamiques majeures de la décentralisation, toujours observables aujourd'hui, la spécialisation et la métropolisation. Les métropoles, les grandes régions, les intercommunalités et les communes fusionnées se voient confier de plus en plus de responsabilités dans le renouvellement de l'approche de l'action publique locale.

- **Le secteur public de l'action sociale fait face à des défis de plusieurs natures**

Parallèlement, l'Etat demande aux administrations locales de se transformer pour être plus stratégiques, moins dépensières, plus agiles. Sous la pression de la crise économique, des engagements communautaires de la France et de l'augmentation des dépenses d'aide et d'action sociale, l'exigence faite aux collectivités de gérer plus étroitement leurs budgets, critique indirecte d'une conduite jugée dispendieuse, se renforce. Ce contexte ne doit cependant pas faire oublier la situation particulièrement dégradée dans laquelle évoluent les acteurs de l'action sociale et médico-sociale, pris dans un effet tenaille entre la massification des publics et la complexification des parcours individuels et collectifs. Les effets conjugués des crises financières et migratoires tout comme l'évolution démographique, conduisent irrémédiablement à un « effet ciseau » où les dépenses augmentent tandis que les ressources s'amenuisent. Au-delà de ces aspects conjoncturels, les acteurs publics font face à des défis techniques, organisationnels et éthiques pour

faire en sorte de répondre aux enjeux paradoxaux d'inclusion des publics précaires et de réduction des moyens publics locaux.

L'entrée dans l'ère du numérique, les appels à davantage de transversalité et les revendications à plus de participation citoyenne constituent désormais la feuille de route des collectivités territoriales. En s'appuyant sur des entretiens semi-directifs menés dans cinq grandes métropoles et sur des questionnaires envoyés aux métropoles et aux conseils départementaux concernés par les transferts de compétences sociales, cette étude vise à présenter l'organisation actuelle de l'action sociale en France. Elle a également pour but de rendre compte des modalités de coordination des acteurs au sein des métropoles (à l'exception de celles à statut particulier) puis de proposer des *scenarii* de court et de moyen terme pouvant amener au renouvellement du cadre dans lequel exercent les acteurs de l'action sociale.

Une organisation territoriale de l'action sociale qui a fortement évolué en raison de facteurs aussi bien endogènes qu'exogènes

- **La conception de l'action sociale se retrouve aujourd'hui profondément renouvelée**

Dans le cadre des lois de décentralisation, le législateur a réalisé un partage des compétences sociales par bloc. Trente ans plus tard, le bilan de cette démarche est mitigé. Si cette spécialisation a permis d'être plus en proximité des publics et offre un maillage territorial fin, elle est toujours source de cloisonnement, d'éparpillement, de ralentissement et de morcellement. L'organisation en silos des champs de l'action sociale ne favorise pas le travail en transversalité et la profusion des acteurs déconcentrés de l'Etat multiplie les espaces de coordination sur des enjeux majeurs en alourdissant les processus de décision. La gouvernance partagée de l'action sociale souffre ainsi d'un manque de lisibilité pour les bénéficiaires. Les acteurs de terrain font donc part du caractère insatisfaisant de cette organisation des politiques sociales et appellent de leurs vœux l'évolution vers un système qui mise sur la prévention sociale plutôt que sur la production de réponses curatives.

Alors que l'échelon départemental a initialement été moteur sur le sujet, les grandes villes et leur bloc communal, par le biais des métropoles, semblent aujourd'hui en bonne position pour opérer ces changements. Pour mener cette mutation, de nouvelles approches conceptuelles sont mobilisables comme la distinction entre la solidarité des droits et la solidarité des engagements. Sur le terrain, les priorités d'action ressortent clairement autour de l'accès et de la continuité des droits, de l'assurance de la connectivité au sein des territoires et la reconnaissance des capacités par des processus d'*empowerment*. C'est au sein de ces trois axes de développement que se réalise, au sein des territoires métropolitains étudiés, une bonne partie des recherches, des projets et des innovations sociales.

- **Le cadre normatif fixe une métropolisation de l'action sociale aux effets limités**

Les transferts ou les délégations de compétences sociales des départements en direction des métropoles ont eu pour l'instant un impact limité, en raison de faibles montants humains et financiers en jeu. Ainsi, le poids financier des compétences transférées ou déléguées représente 127 millions d'euros soit seulement 0,3% des dépenses d'actions sociales, témoignant du caractère modeste de ce processus. Le redécoupage horizontal de compétences va certes dans le sens de l'émergence de métropoles inclusives. Néanmoins, la faiblesse de la volonté des métropoles quant à la récupération de prérogatives sociales interroge. L'observation des territoires a plutôt donné lieu à une stratégie formalisée de façon le plus souvent empirique, *a posteriori*, autour des compétences récupérées, plutôt qu'une orientation claire vers la création d'un espace de solidarité urbaine.

Si les lois de réforme territoriale constituent une rupture dans la façon de penser la décentralisation, le législateur a souhaité ne pas perturber trop fortement l'équilibre des pouvoirs et des organisations locales. Dans ce contexte, les enjeux de coordination entre les acteurs, d'accessibilité et de simplification pour les personnes en situation de vulnérabilité restent particulièrement prégnants.

Ces évolutions amènent le modèle social à se transformer afin de répondre au mieux aux nouveaux besoins exprimés par les bénéficiaires et les acteurs

- **L'étude du terrain montre que l'organisation territoriale de l'action sociale relève d'une « anarchie organisée »**

S'il est difficile de tirer un bilan exhaustif de la loi NOTRe trois ans après sa promulgation, il ressort qu'en matière d'action sociale les transferts ou les délégations de compétences ont une tendance à renforcer l'anarchie organisée préalablement constituée. Certains dispositifs ont vu leur gestion se complexifier en raison d'un partage de responsabilité entre différents acteurs, rendant le tout le plus souvent opaque pour le bénéficiaire.

Surtout, la réforme ne met pas spécifiquement un terme à la logique de spécialisation entretenue jusqu'alors. La gestion par le conseil départemental de blocs de compétences sociales demeure et perd de sa cohérence, alors que la fin de la clause générale de compétences était censée leur permettre de se reconcentrer sur leur cœur d'action. Le développement du couple région-intercommunalités, censé pallier l'effacement du couple département-communes, n'a pas été poussé à son bout. Les départements, bien que confirmés dans leur positionnement de chef de filât, se retrouvent alors dans la position de ne plus vraiment disposer des moyens d'organiser de la transversalité en leur sein.

Aussi, une multitude d'outils ont été créés afin de renforcer la coordination entre les acteurs afin de préciser à la fois le diagnostic, les objectifs partagés et les modalités de mise en œuvre des actions à décliner. En complémentarité, les décideurs publics tentent également d'interférer sur la fracture territoriale entre rural et urbain, soit en déconcentrant une large part de leur activité, soit en définissant une séparation plus nette de leurs prérogatives : à la métropole inclusive le soin de s'occuper des habitants des villes, au département le soin de s'occuper des habitants des territoires ruraux. Dans les faits la segmentation demeure puisque chaque acteur se dote de son observatoire, de son outil de recueil de besoins sans qu'un partage ne soit systématiquement ni recherché ni organisé.

- **Entre questionnement de l'avenir du « département-providence » et recentrement du social sur cet échelon territorial, la réforme du modèle d'action sociale peut prendre plusieurs formes**

Cette analyse critique invite à repenser l'organisation territoriale de l'action sociale. A l'appui des réflexions de l'ANDASS et de l'ANCCAS en 2015 en la matière, il a été possible de structurer trois *scenarii*.

Le premier *scenario* vise à stabiliser l'exercice actuel de l'action sociale en développant des outils complémentaires de coordination et à introduire quelques simplifications de gestion.

Il propose une solution intermédiaire dans l'attente d'une prise de position du Gouvernement et du Parlement vers l'un des deux autres *scenarii*. En raison du contexte politique et des débats liés à la suppression des départements, il a été décidé d'aborder deux hypothèses alternatives de leur dévitalisation ou de leur renforcement, elles même déclinées en deux variantes.

Le deuxième *scenario* s'appuie sur l'hypothèse d'une « dévitalisation du département » choisie par le législateur d'une montée en puissance du couple région et intercommunalité notamment sur les politiques d'insertion.

En raison des compétences déjà assurées en matière de formation professionnelle, de développement économique et de gestion des fonds européens, la région pourrait se positionner comme acteur de référence pour le pilotage de l'action sociale. La proximité serait ainsi assurée par les intercommunalités dotées des outils opérationnels.

La seconde variante vise à explorer l'approfondissement de la logique de la loi NOTRe visant à redéfinir le découpage des blocs de compétences. Les missions seraient ainsi réparties entre les acteurs qui en assurent actuellement la majorité du pilotage et qui désormais en assureraient autant la conceptualisation que la mise en œuvre. Ceci conduirait à transférer à terme l'ensemble des compétences du département aux autres échelons territoriaux et aux services déconcentrés de l'Etat, qui seraient ainsi renforcés.

Le troisième *scenario* s'appuie sur l'hypothèse d'un « renforcement du département » choisie par le législateur.

Il vise dans la première variante à faire de cet échelon territorial un chef de file pleinement abouti, en mettant fin à la déconcentration des politiques sociales et en lui redonnant un pouvoir d'agir sur l'établissement des droits et leur versement notamment en ce qui concerne le RSA et l'APA. Toutefois, cette approche très ambitieuse nécessiterait une prise de position très affirmée du gouvernement et des présidents de conseils départementaux.

Pour cette raison, la deuxième variante correspond à une situation plus intermédiaire de recentrage du département sur la solidarité des engagements. Dès lors, le département serait chargé d'assurer les missions d'accompagnement des bénéficiaires tandis que le versement des droits universels serait recentralisé. L'action départementale et les missions des travailleurs sociaux seraient ainsi dédiées plus largement à l'accompagnement humain et au parcours de réinsertion.

INTRODUCTION GENERALE

A l'été 2017, l'Association nationale des cadres communaux d'action sociale (ANCCAS) et l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et des métropoles (ANDASS) ont sollicité les élèves administrateurs territoriaux de la promotion Nina Simone afin de réfléchir à l'avenir de l'organisation territoriale de la République en matière d'action sociale. En lien avec l'association France urbaine et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), cinq élèves fonctionnaires territoriaux se sont alors portés volontaires pour mener cette étude et tenter d'apporter une vision globale de la situation.

Il leur a notamment été demandé d'apprécier les évolutions à l'œuvre dans l'univers des politiques sociales locales à l'aune de l'affirmation du conseil départemental comme chef de file de l'action sociale et de la montée en puissance des métropoles. Les interactions entre les différents acteurs intervenant dans le champ des politiques sociales, et notamment entre les conseils départementaux et les métropoles, se situent donc au cœur de ce travail. L'objectif est de montrer et d'expliquer l'infinité de modèles d'organisation, puis d'en tirer les enseignements profitables à l'évolution des méthodes de déploiement de l'action sociale dans les territoires.

Du concept de solidarité à celui d'action sociale

L'action sociale et médico-sociale est définie juridiquement dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) depuis 2002¹ comme toute action tendant à :

« promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature »².

L'action sociale et médico-sociale recouvre six missions d'intérêt général qui sont assurées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales³. Il existe également une distinction opérante entre l'aide sociale et l'action sociale :

- l'aide sociale correspond à « une obligation pour la collectivité publique compétente et à un droit pour le bénéficiaire sans contribution préalable » ;
- l'action sociale englobe les interventions librement entreprises par une pluralité d'acteurs en sus de l'aide sociale légale⁴.

Dans une perspective historique, le terme d'action sociale puise son origine dans le concept de « solidarité », rendu public par deux ouvrages majeurs de la fin du XIX^e siècle : *De la division du*

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles.

³ Les missions d'intérêts générales sont, selon l'article L. 311-1 du Code de l'action sociale et des familles :

« 1° L'évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

2° La protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;

3° Les actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

4° Les actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

5° Les actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

6° Les actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique. »

⁴ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 7^{ème} édition, Montchrestien, Paris, 2009, 740 pp.

travail social (1893) d'Emile DURKHEIM et *Solidarité* (1896) de Léon BOURGEOIS. Le premier décrit, entre autres, la transformation des pratiques sociales dans le contexte des révolutions industrielles, entraînant le passage d'une solidarité mécanique à une solidarité organique. Le second traduit politiquement et juridiquement « une théorie d'ensemble des droits et des devoirs de l'homme dans la société ». Léon BOURGEOIS y développe entre autres le concept de « dette sociale », soit le devoir qui oblige les individus à l'égard de la société, entre les générations et entre les contemporains. Par ses réflexions, le père de l'impôt sur le revenu ouvre un débat considérable sur le fonctionnement de la société française qui agite la III^{ème} République. Léon BOURGEOIS donne alors une place aux pouvoirs publics : celle de définir les termes et les modalités d'un vaste contrat fondé sur les acquis, en droits et libertés, de la Révolution française⁵.

La notion de solidarité irrigue la production législative et jurisprudentielle française dans le champ de la protection sociale. Celle-ci demeure longtemps une prérogative d'État. Le système de solidarité nationale naît sous la forme du droit du travail en se portant premièrement sur la sécurité des ouvriers au travail et dans leur grand âge. C'est ainsi que les premières lois sociales créent le concept « d'accident du travail » et les modalités de leur prise en charge par la collectivité. Elles concernent prioritairement l'encadrement du travail de nuit, la limitation du travail des enfants, la protection des travailleuses puis les premiers régimes de retraites en 1910. Après la Première guerre mondiale, la solidarité nationale se porte au chevet des victimes directes et indirectes des combats : blessés, infirmes, veuves et de guerre. Durant les années 1930, les assurances sociales et une extension des droits des travailleurs se développent en parallèle. Le modèle français se structure en 1945 lorsque le Conseil national de la résistance (CNR) crée la Sécurité sociale et ses trois branches : maladie, vieillesse et famille (l'assurance chômage correspondant à un ajout ultérieur, en 1958)⁶. Ce système devient l'illustration de la structure sous-tendue par le concept élaboré par le suédois ESPING ANDERSEN d'« Etat-providence » qui décrit une des formes de l'Etat social dans l'Europe d'après-guerre.

ENCADRE N°1

LES CONCEPTS DE SOLIDARITE MECANIQUE ET DE SOLIDARITE ORGANIQUE

Dans ses travaux, le père de la sociologie Emile Durkheim, considère la solidarité comme le fondement de l'ordre social.

Cet ordre social est plus facile à mettre en œuvre lorsque la communauté présente déjà une solidarité mécanique, c'est-à-dire fondée sur une solidarité de communautés resserrées (voisinage, famille ou de communautés religieuses). La solidarité mécanique s'exerce au sein de groupes manifestant une appartenance commune à une culture, à des mêmes mœurs et usages. Dans ce cadre, la conscience collective prime sur la conscience individuelle. Le développement de l'individualisme, accéléré prodigieusement par les révolutions industrielles, a provoqué au XIX^{ème} siècle le recul des solidarités mécaniques et l'affaiblissement des structures d'autorité traditionnelles. Les individus se sont alors retrouvés face à un risque important d'anomie⁷, livrés à eux-mêmes, en l'absence de cadres régulateurs.

En réponse, au sein des sociétés modernes, la solidarité a pris des formes plus organiques. A ce titre, elles sont socialement différenciées à travers des dispositifs créés, organisés et gérés par les pouvoirs publics, en particulier l'Etat sous ses différents aspects. Cette forme de solidarité, donnant le primat à l'individu sur le collectif, ne peut être garantie que par l'établissement de règles, de procédures, de normes que l'individu doit adopter pour faire partie du tout. L'enjeu de ce modèle de solidarité est de favoriser les liens d'interdépendance entre les membres d'une société.

⁵ Marie-Claude BLAIS, « Aux origines de la solidarité publique, l'œuvre de Léon Bourgeois », *Revue française des affaires sociales* 2014/1, p. 12-31.

⁶ François ESWALD, *Histoire de l'Etat-Providence*, Edition abrégée, Grasset, Paris, 1996, 317 pp.

⁷ L'anomie est, selon DURKHEIM, une forme de « désorganisation sociale résultant de l'absence de normes communes dans une société ».

Décentralisation et décentralisation sociale de 1982 à aujourd'hui

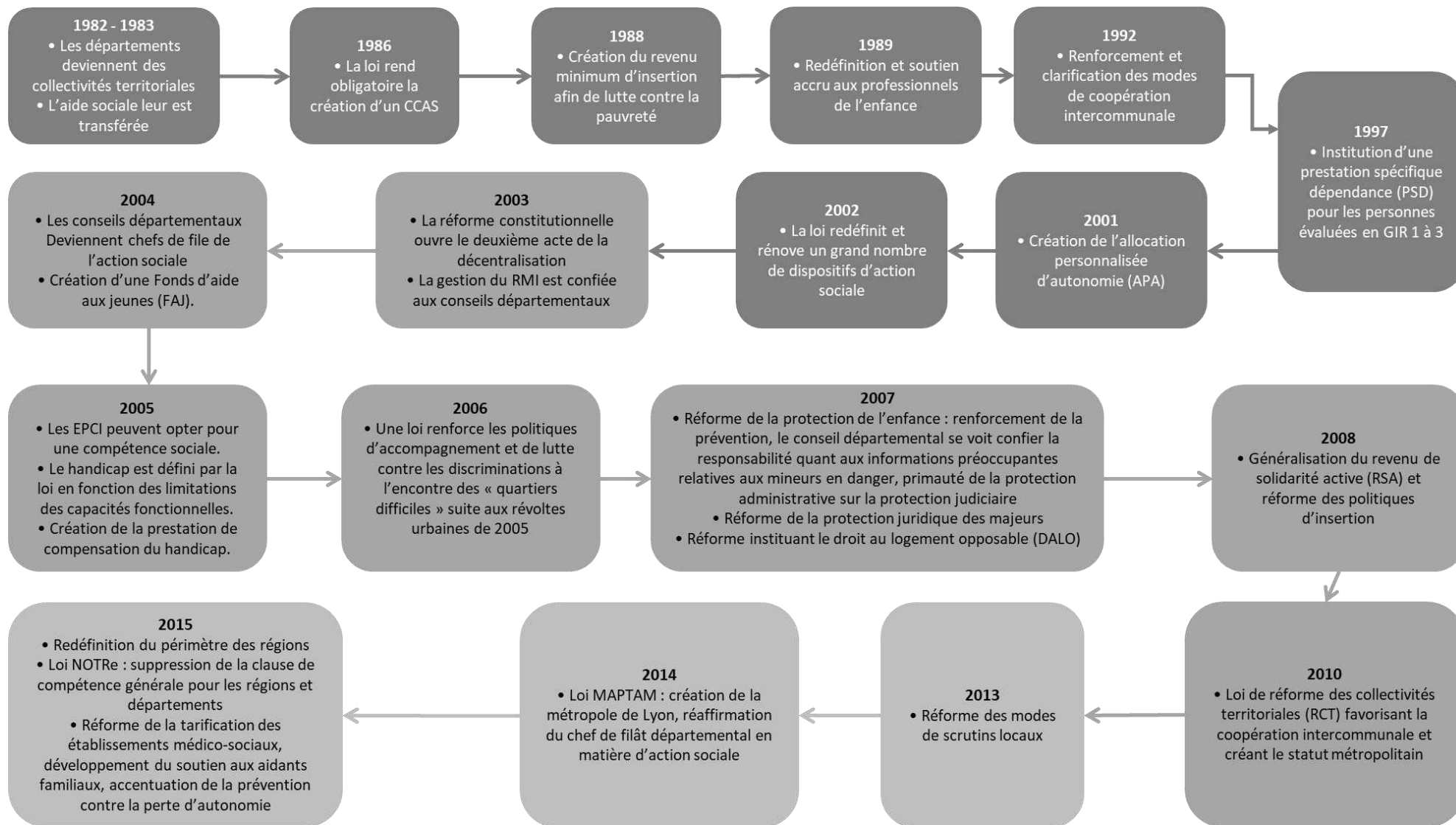
Avant le grand tournant de 1982, le processus de décentralisation prend peu en compte la question sociale, reposant sur des initiatives éparses. Avec le premier acte de la décentralisation, les conseils généraux quittent la tutelle de l'Etat dès lors que le préfet n'en assure plus la présidence. Dès 1983, l'échelon départemental se voit confier la compétence de droit commun en matière d'action sociale. La réforme constitutionnelle de 2003, qui introduit le caractère décentralisateur de la République à l'article premier de la Constitution, ouvre la voie à de nouveaux transferts de compétences aux collectivités territoriales et leur accorde le pouvoir d'expérimentation. En matière d'action sociale, le conseil général se voit reconnaître le statut de chef de file de l'action sociale qui se matérialise par la prise en charge de nombreuses prestations d'aide sociale⁸.

Le niveau départemental n'est toutefois pas seul à développer des actions sociales puisque les communes peuvent intervenir en la matière à la faveur de leur clause de compétence générale⁹. Suite au premier acte de la décentralisation, la création de centres communaux d'action sociale (CCAS) devient obligatoire¹⁰. Ces structures permettent aux communes de gérer des services et des établissements, mais également de distribuer des aides individuelles facultatives. Le processus d'intercommunalisation offre la possibilité de mutualiser les activités des différents CCAS par la création de centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) en intervenant en proximité à destination de publics tels que les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes en situation de handicap. Cette action communale se situe dans une perspective historique plus profonde puisque le CCAS s'inscrit dans la lignée des lieux d'accueil des publics fragiles en milieu urbain, symbolisés par les bureaux de bienfaisance (1796-1950) puis par les bureaux d'aide sociale (1950-1986).

⁸ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁹ « Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune » (alinéa premier de la loi municipale du 5 avril 1884)

¹⁰ Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de la santé



Chronologie de la décentralisation sociale

Les années 2010 et la montée en puissance des métropoles

Au tournant des années 2010, le développement urbain pousse le législateur à s'interroger sur les compétences des grands pôles urbains et le réaménagement des compétences entre collectivités. La loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales (RCT) prévoit d'ancrer les conseils généraux aux conseils régionaux en créant un nouvel élu local, le conseiller territorial, censé siéger dans les deux instances mais supprimé postérieurement. Cette loi vise également à renforcer les intercommunalités et prévoit la couverture de l'ensemble du territoire par ces établissements publics à l'horizon 2013. Dans les zones urbaines atteignant 500 000 habitants, le texte prévoit la création de « métropoles » absorbant les pouvoirs des communes, intercommunalités et conseils généraux. Le législateur enclenche également un mouvement vers la spécialisation des compétences, entre conseil régional et conseil général, en supprimant leur clause de compétence générale.

Candidat à la présidence de la République, François HOLLANDE affirme, dans un discours à Dijon le 2 mars 2012, sa volonté de poursuivre la décentralisation trente ans après les lois Defferre. L'« acte III de la décentralisation » était initialement envisagé comme un seul texte mais les désaccords au sein de la majorité parlementaire ont poussé l'exécutif à le décliner en quatre lois distinctes : la loi du 17 mai 2013 qui réforme les modes de scrutin locaux, la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles dite « MAPTAM », la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions et la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe). Initialement envisagée, la suppression des conseils départementaux à horizon 2020 est finalement abandonnée. Les réformes confirment les tendances de métropolisation et de spécialisation. L'article 90 de la loi NOTRe impose aux conseils départementaux de déléguer ou de transférer vers les métropoles plusieurs compétences, une grande partie ayant trait à l'action sociale. La création de la métropole lyonnaise, collectivité à statut particulier voit l'ancienne communauté urbaine absorber pleinement les compétences départementales sur son périmètre. Ce choix, pour l'heure unique en France, constitue une première en matière d'intercommunalisation des compétences départementales et laisse aujourd'hui en suspens la question de l'évolution des conseils départementaux sur le périmètre des autres métropoles françaises, tout comme celle de la place de l'action sociale communale volontariste et de l'articulation avec l'action obligatoire des CCAS.

Lors de la campagne présidentielle de 2017, la question de la décentralisation est peu évoquée. Dans son programme électoral, le candidat Emmanuel MACRON s'inscrit dans la dynamique de métropolisation et propose notamment de s'inspirer du modèle lyonnais en supprimant le conseil départemental sur le territoire des métropoles¹¹. Depuis son élection, ce projet n'a que peu été abordé. Il concerne uniquement deux métropoles à statut particulier que sont la métropole du Grand Paris, où les débats évoquent plusieurs hypothèses, dont la suppression des trois conseils départementaux de petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne)¹² et la métropole Aix-Marseille-Provence, susceptible d'absorber les compétences du conseil départemental des Bouches-du-Rhône¹³. Le sujet est certes évoqué sur plusieurs autres territoires (Rouen, Lille, Nantes, Nice) mais il se heurte à l'opposition des responsables locaux, départementaux et/ou métropolitains¹⁴. Plus largement, la réflexion du gouvernement sur l'évolution

¹¹ « Nous réduirons le millefeuille administratif. Nous supprimerons au moins un quart des départements », programme d'Emmanuel Macron (<https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme>)

¹² Béatrice JERÔME, « Grand Paris : les départements mettent Macron sous pression », *Le Monde*, mis à jour le 07 février 2018

¹³ François TONNEAU, « Macron prépare la fusion Métropole-Département », *La Provence*, mis à jour le 31 janvier 2018

¹⁴ Michel ABHERVE, « Des nouvelles de la fusion promise entre Métropoles et départements », *Alternatives économiques*, 04 février 2018

de l'article 72 de la Constitution, notamment pour y reconnaître la Corse comme collectivité à statut particulier, pourrait ouvrir la réflexion sur la prise en compte plus large des spécificités locales.

ENCADRE N°2

COMPARAISONS DE L'ETAT DE LA PAUVRETE DANS LES METROPOLES ET EN FRANCE

Les facteurs d'exposition à la pauvreté

En fonction de l'établissement du seuil de pauvreté à 50% ou 60% du revenu national médian, la France compte entre cinq (8% de taux de pauvreté) et neuf millions de personnes pauvres (14,2% de taux de pauvreté). Entre 2005 et 2015, le nombre de personnes en situation de pauvreté a augmenté de 600 000 individus pour le seuil à 50% et de près d'un million pour le seuil à 60% (INSEE, 2015).

La pauvreté frappe inégalement les catégories de la population et plusieurs facteurs se révèlent être aggravants dans l'exposition à la pauvreté. On peut ainsi relever que :

- deux tiers des personnes en situation de pauvreté vivent dans un ménage avec enfant ;
- les familles monoparentales représentent 25% des personnes pauvres (Observatoire des inégalités, 2017) ;
- un tiers des personnes pauvres sont des enfants et des adolescents, soit 1,8 million de personnes ;
- les jeunes adultes de 20 à 29 ans représentent 17% des personnes pauvres, en raison de difficultés d'insertion sur un marché du travail dual où les flux de recrutements se font en contrats courts ou précaires (Observatoire des inégalités, 2017) ;
- l'absence de diplôme et le milieu social expliquent l'essentiel des situations de pauvreté : le taux de pauvreté atteint 11% pour les personnes ne possédant pas de diplôme contre 3,7% pour les personnes ayant effectué deux années d'étude après le baccalauréat, principalement en raison d'une plus forte exposition au risque du chômage, aux emplois précaires et aux emplois à bas salaire (Observatoire des inégalités, 2017).

Concentrations de la pauvreté en milieu urbain

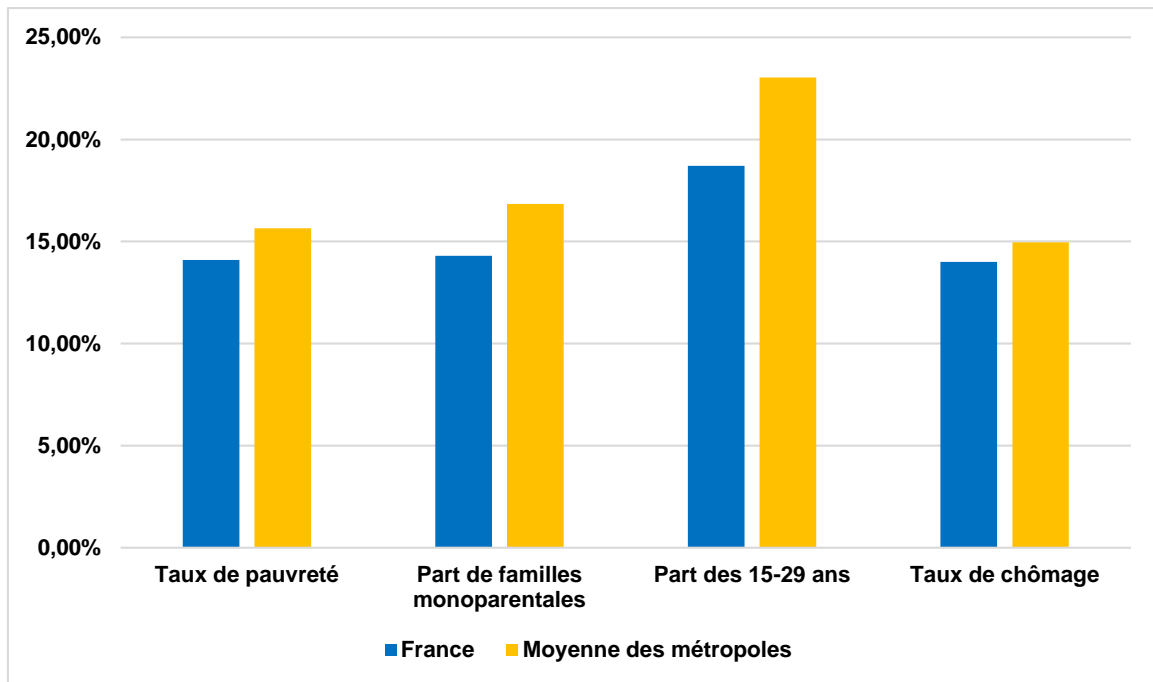
La recherche a plus récemment démontré la concentration des populations fragiles dans les grands pôles urbains. En prenant en compte le seuil de 60% du revenu médian, près des deux tiers des personnes se situant en situation de pauvreté vivent dans les grands pôles urbains alors qu'ils ne rassemblent que 57,8% de la population nationale. Les personnes en situation de pauvreté dans un grand pôle urbain se répartissent quasiment à égalité entre les villes-centres et leurs banlieues.

	Grands pôles urbains	Périurbain	Petits et moyens pôles	Rural non-isolé	Rural isolé	Ensemble
Répartition de la population pauvre	65,2%	16,6%	7,7%	5,1%	5,3%	100%

Répartition de la population pauvre en fonction du type de territoire
(Observatoire des inégalités, 2017)

Les métropoles cumulent les facteurs de vulnérabilité à la pauvreté

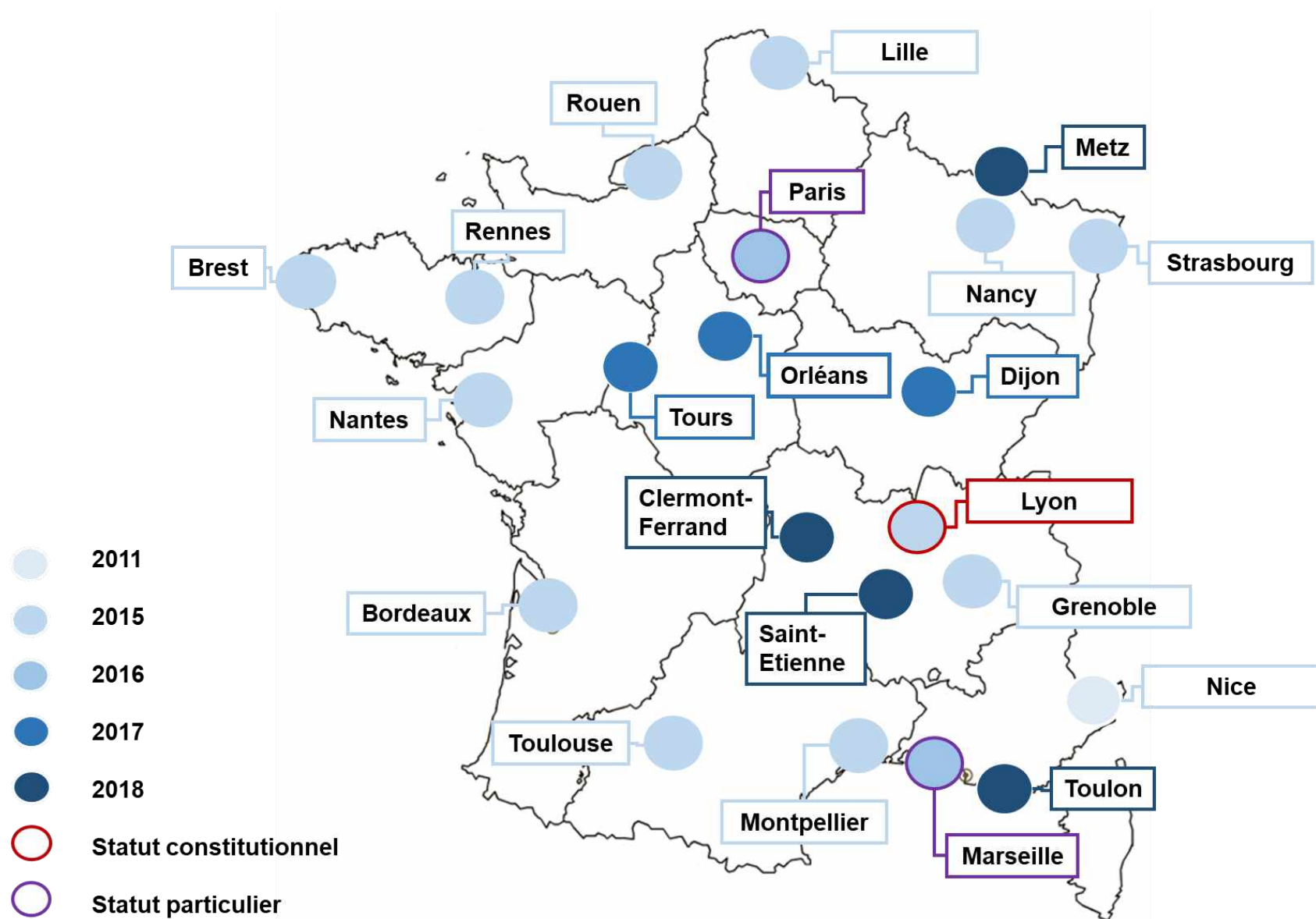
Les populations métropolitaines sont statistiquement plus exposées à la pauvreté que le reste du pays. De plus, les métropoles, en raison de leur attractivité, représentent aujourd'hui la principale porte d'entrée des populations migrantes (OCDE, « Perspectives migratoires », 2016), particulièrement victimes de la pauvreté et du non-recours aux droits¹⁵. Les métropoles ne concentrent cependant pas forcément tous les facteurs de pauvreté puisqu'elles comptent proportionnellement moins de familles avec enfant (52,4% au niveau national contre 51,5% dans les métropoles) et une plus faible part de personnes sans diplôme qu'au niveau national (31,6% au niveau national contre 27,4% dans les métropoles).



L'exposition à la pauvreté dans les métropoles¹⁶

¹⁵ Le taux de pauvreté des populations immigrées est de 40%, soit près du triple du niveau des populations indigènes (Observatoire des inégalités, 2017)

¹⁶ Voir ANNEXE 9 : Tableau des caractéristiques sociodémographiques des métropoles françaises



Carte du développement des métropoles françaises entre 2011 et 2018

L'action sociale : un secteur sensible dans un contexte budgétaire tendu

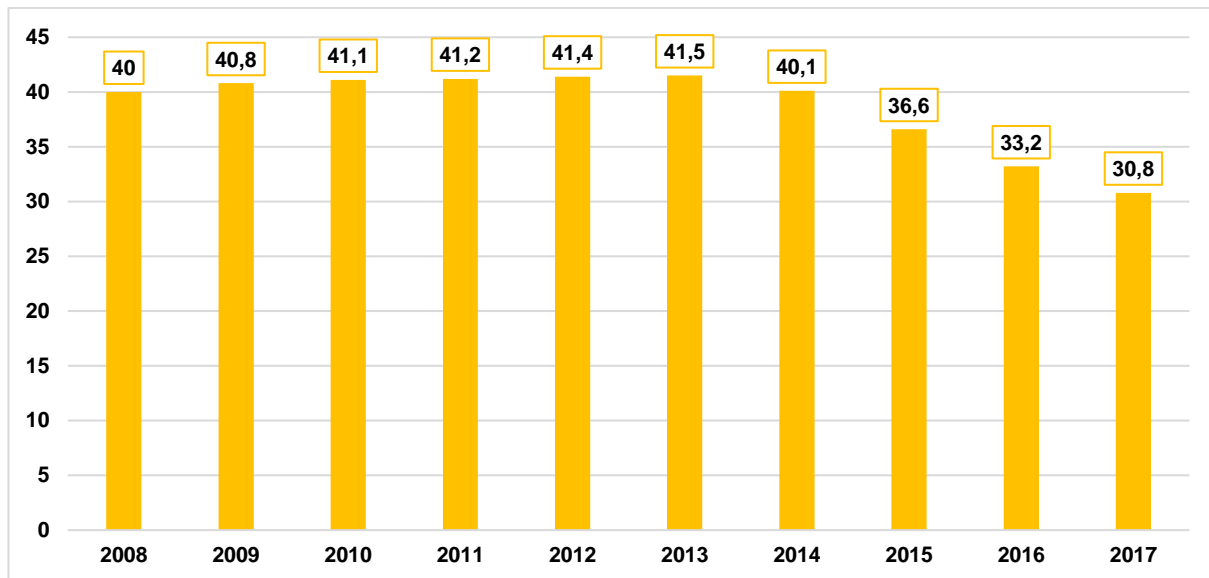
En parallèle des évolutions législatives et constitutionnelles, la gestion de l'action sociale par les collectivités territoriales est profondément bousculée par le contexte budgétaire et financier. La tension exercée sur les budgets des collectivités et, plus largement, des acteurs de l'action sociale, trouve son explication dans plusieurs causes : la croissance des dépenses d'action sociale, le contexte économique dégradé suite à la crise économique de 2008 et les mesures de maîtrise de la dépense publique dans le cadre des engagements européens de la France. En effet, dans tous les champs de l'action sociale, les dépenses publiques ont augmenté de manière considérable pour les collectivités territoriales et l'Etat pour atteindre 714 milliards d'euros (DREES, 2016). Pour autant, la décomposition des risques sociaux couverts indique que le risque vieillesse-survie a représenté 325 milliards d'euros en 2016 contre 249 milliards d'euros pour la santé. Les 20% de dépenses restantes se répartissant entre les risques maternité, emploi, pauvreté, exclusion sociale et logement.

Alors qu'elles ne représentaient qu'une part résiduelle de leurs dépenses, les dépenses d'insertion se sont fortement accrues à la faveur du transfert de la gestion du RMI de l'Etat vers les conseils généraux en 2004. En outre, le changement de philosophie quant à la prise en charge des personnes âgées a également eu des effets sur le financement des prestations et de l'accompagnement, en passant d'un soutien aux personnes en situation de pauvreté à un soutien des personnes en situation de perte d'autonomie. De même, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ont entraîné une augmentation rapide des dépenses (ODAS, 2016). Enfin, sur un autre champ des politiques sociales, la prise en charge des personnes en situation de handicap se révèle être celle dont la progression est la plus importante depuis 1984 : elle a été multipliée par plus de sept en trente ans, pour atteindre près de cinq milliards d'euros en 2016 (ODAS, 2016). Somme toute, entre 1984 et 2014, les dépenses sociales ont été multipliées par six au niveau départemental. Cette augmentation constitue en partie une réponse à des logiques interventionnistes, volontaristes et de promotion de l'accès aux droits pour les personnes fragiles.

La crise économique et financière de 2008 marque une étape difficile en matière de gouvernance locale de l'action sociale. Le ralentissement généralisé de l'activité économique démontre la fragilité des finances départementales face au cycle économique. En effet, les conseils départementaux font face depuis 2008 à un effet ciseau. Il s'explique par une croissance très forte des dépenses d'insertion et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion à l'égard des victimes de la montée du chômage, ainsi que par l'amenuisement des ressources collectées en raison de moindres recettes issues des droits de mutation à titre onéreux (DMTO). Les communes ne sont pas épargnées par les difficultés budgétaires, ce qui les encourage à réduire leur périmètre d'intervention ou à freiner les investissements publics. En plus de ce contexte difficile généralisé, les collectivités territoriales sont confrontées à partir de 2008 à une menace nouvelle, celle des emprunts toxiques. L'envolée des taux d'intérêts des emprunts de plusieurs centaines de collectivités a sérieusement mis en danger leur équilibre budgétaire et a poussé l'Etat à intervenir par des fonds de soutien.

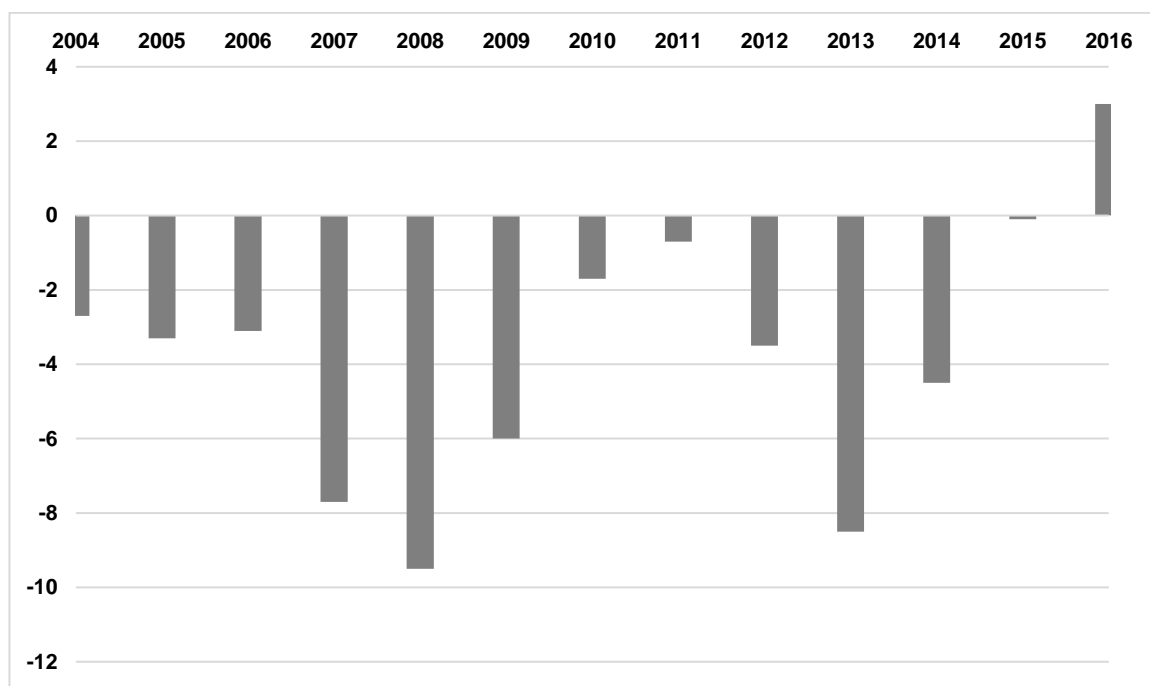
La situation dégradée des finances publiques, la pression exercée par les engagements communautaires de la France et plusieurs réformes orientent alors l'Etat dans la voie de la maîtrise des dépenses publiques. La fiscalité locale est ainsi revue en 2009 par une transformation de la taxe professionnelle avec de forts impacts en termes de ressources pour l'ensemble des collectivités. L'outil privilégié de maîtrise de la dépense publique locale reste cependant l'enveloppe accordée au titre de la dotation globale de fonctionnement (DGF). D'abord gelée entre

2011 et 2013, sa baisse de plus de dix milliards d'euros entre 2014 et 2017 est l'un des principaux leviers du plan d'économies de 50 milliards d'euros de dépenses publiques. Il convient aussi de recontextualiser les dépenses d'action sociale (714 milliards d'euros en 2016), par rapport aux dépenses publiques totales (1 257 milliards d'euros en 2017). En outre, le niveau de dépenses des administrations publiques locales était bien inférieur en 2016 (245 milliards d'euros) à celui de l'Etat et des ODAC qui atteignait 438 milliards d'euros.



Evolution de la dotation globale de fonctionnement entre 2008 et 2017 (en milliards d'euros)¹⁷

Par ailleurs, les collectivités se sont très largement engagées en faveur de la réduction de déficit public. A ce titre, alors qu'elles avaient un besoin de financement de 8,3 milliards d'euros en 2013, elles ont présenté un solde équilibré à -0,1 milliard d'euros en 2015 selon les données du ministère des finances et des comptes publics. Elles ont ainsi pu dégager en 2016 une capacité de financement de trois milliards d'euros.



Solde des administrations publiques locales (DGCL, 2017)

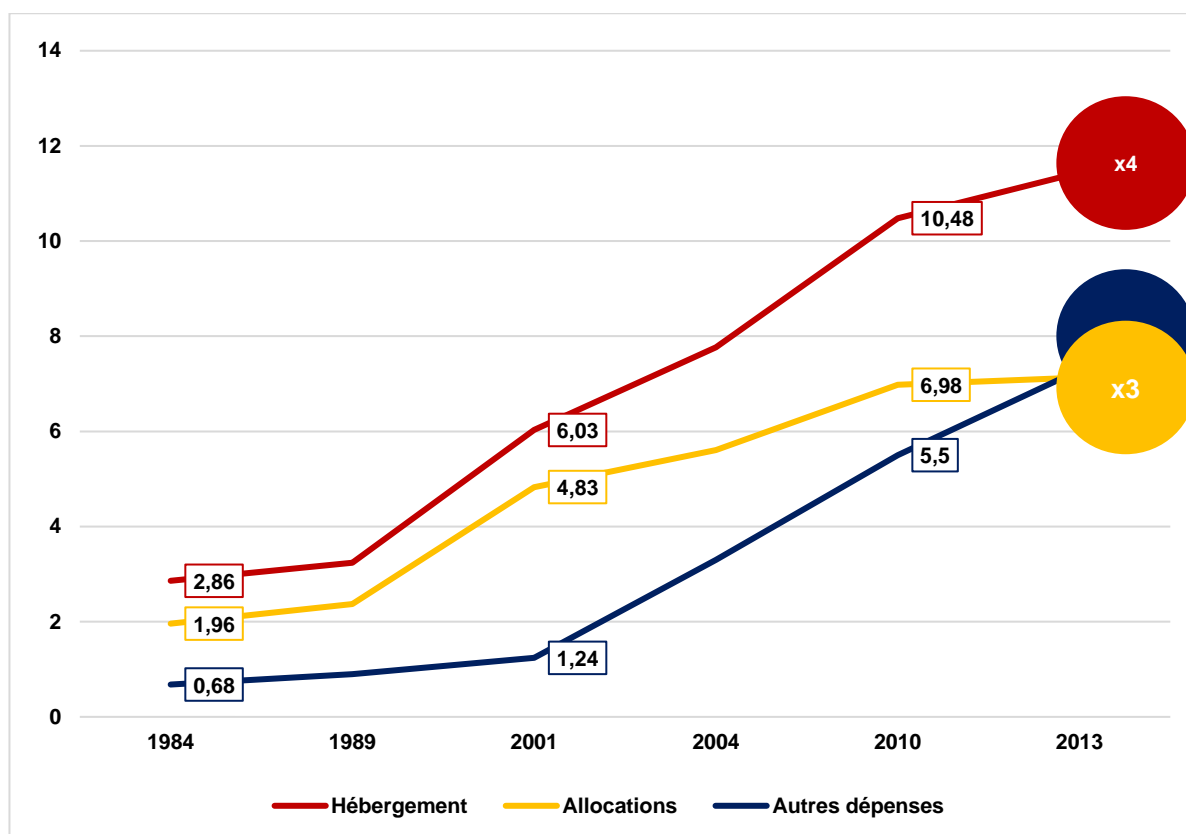
¹⁷ Annexes au projet de loi de finances pour 2018

Si une nouvelle baisse de la dotation globale de fonctionnement a été écartée par le nouveau gouvernement, ce dernier compte poursuivre les efforts de réduction de la dépense publique. Outre l'objectif de réduction de 70 000 postes dans la fonction publique territoriale et la suppression de la taxe d'habitation, le sénateur du Val-d'Oise Alain RICHARD et le préfet honoraire Dominique BUR ont été chargés de réfléchir à la « refonte de la fiscalité locale » et de développer les modalités concrètes de la contractualisation entre l'Etat et les grandes collectivités territoriales sur l'évolution de leurs dépenses de fonctionnement¹⁸.

Ces dynamiques contribuent à réduire la capacité des collectivités à piloter réellement leurs budgets. En effet, elles sont confrontées, et notamment les conseils départementaux, à un double défi. L'instruction ministérielle du 16 mars 2018, prévoit un retraitement des dépenses réelles de fonctionnement des conseils départementaux, visant à annuler l'effet d'une hausse de plus de 2% des allocations individuelles de solidarité (AIS). Cette approche conduit à assimiler les dépenses sociales à de simples dépenses de fonctionnement ce qui pénalise les conseils départementaux. En effet, ils sont contraints d'appliquer les critères d'attribution fixés par l'Etat et subissent la dynamique des dépenses liées aux allocations individuelles d'aide sociale.

Aussi, si nous évoquons plus tôt la croissance des dépenses en matière d'action sociale, il convient également de prendre en compte la charge nette, soit le montant des dépenses totales desquelles on déduit les participations de l'Etat. A cet effet, il est clair que les conseils départementaux, qui assurent la majeure partie des dépenses d'aide sociale, ont vu leur charge nette augmenter, ce qui traduit une dépendance de plus en plus forte à l'engagement de l'Etat en matière sociale et interroge donc le concept même de décentralisation sociale. En l'occurrence, en trente ans de décentralisation sociale, la charge nette correspondant aux allocations dont les modalités sont fixées par l'Etat, a été multipliée par trois alors que les autres dépenses sociales des conseils départementaux (hébergement et autres dépenses) ont été multipliées par quatre (ODAS, 2015).

¹⁸ Rapport intermédiaire de la Mission « Finances locales : les enjeux de maîtrise de la dépense locale et des charges résultant des normes », présidée M. Dominique BUR, Préfet de région honoraire et M. Alain RICHARD, ancien ministre et sénateur du Val-d'Oise, novembre 2017



Evolution de la charge nette des conseils départementaux par nature de prestation en milliards d'euros en France métropolitaine (ODAS, 2015)

Les défis de l'action sociale et médico-sociale moderne

Au-delà des considérations budgétaires, la conduite de l'action sociale rencontre aujourd'hui de multiples défis posés à l'organisation territoriale des politiques sociales. Le premier d'entre eux concerne l'évolution des publics bénéficiaires de l'action sociale qui dessine deux tendances profondes : la massification du public et la diversification des parcours¹⁹. Ces deux dynamiques placent alors les politiques sociales face à un effet tenaille qui leur intime de répondre à des parcours de plus en plus complexes et individualisés dans un volume autrement plus conséquent.

Le deuxième défi porte sur le décloisonnement des politiques publiques. Cette ambition transversale a vocation à s'exercer à deux niveaux : à l'intérieur d'une même collectivité, entre les politiques sociales et les autres politiques publiques, et entre les différentes collectivités, en particulier lorsqu'elles sont appelées à intervenir dans les mêmes champs. Ainsi, la récente étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre que

« plus de huit communes sur dix, représentant 98 % de la population, mettent en place au moins une forme d'action sociale » (notamment à destination des personnes âgées et de lutte contre la pauvreté)

et que

« près de la moitié des intercommunalités ont opté pour la compétence optionnelle d'action sociale d'intérêt communautaire et un tiers pour une compétence facultative

¹⁹ En 2016, les conseils départementaux ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale dont deux millions au titre de l'insertion, 1,4 million au titre des personnes âgées, plus de 519 000 au titre des personnes handicapées et 332 000 mesures au titre de l'aide sociale à l'enfance (Sarah ABDOUNI et Nadia AMROUS, « En 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale », *Études et Résultats*, n°1037, DREES, octobre 2017).

d'action sociale » (en particulier dans le secteur de la petite enfance, la jeunesse et famille et à destination des personnes âgées)²⁰.

Les appels à la simplification et au décloisonnement donnent lieu à des réponses variées de la part des acteurs. C'est ainsi que la question du revenu universel est revenue en force dans le débat social intellectuel français à la faveur de l'élection présidentielle de 2017²¹ ou que le concept de « métropole inclusive », par lequel l'échelon intercommunal aurait vocation à développer les politiques de solidarité au niveau local²².

Un troisième enjeu porte sur la place du bénéficiaire et du citoyen dans la conception et la conduite des politiques de solidarités. En effet, la plupart des acteurs souhaitent désormais impliquer le bénéficiaire dans la constitution de son propre parcours, dans une démarche de co-construction mais aussi de permettre aux citoyens de participer à l'action sociale en développant des initiatives solidaires. Le droit français commence à intégrer cette dimension et favorise le développement d'instances consultatives que les collectivités et les services déconcentrés ont la plus grande peine à faire fonctionner. Cette implication de plus en plus forte des bénéficiaires apparaît d'ailleurs comme une profonde transformation de l'action sociale, ce qui a notamment été le cas dans le système britannique avec la dernière réforme du *National health service* (NHS)²³.

ENCADRE N°3

LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES, ENTRE MASSIFICATION ET COMPLEXIFICATION

L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population en France

Phénomène touchant l'ensemble des sociétés occidentales, le vieillissement de la population est une réalité qui se poursuit en France. L'espérance de vie n'a cessé de croître et atteint aujourd'hui 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes²⁴. Il est prévu un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. Cette année-là, elle devrait être de 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes. Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Ces mouvements démographiques profonds ont provoqué une massification du public des personnes âgées dépendantes, dont le nombre est estimé à près de 1,5 million. Ainsi, en 2016, les prestations accordées aux personnes âgées représentent 35% du total des prestations sociales versées par les conseils départementaux²⁵. A horizon 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait augmenter de 53%.

²⁰ Sarah ABDOUNI, 2017, « En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO », *Études et Résultats*, n°995, DREES, Février 2017

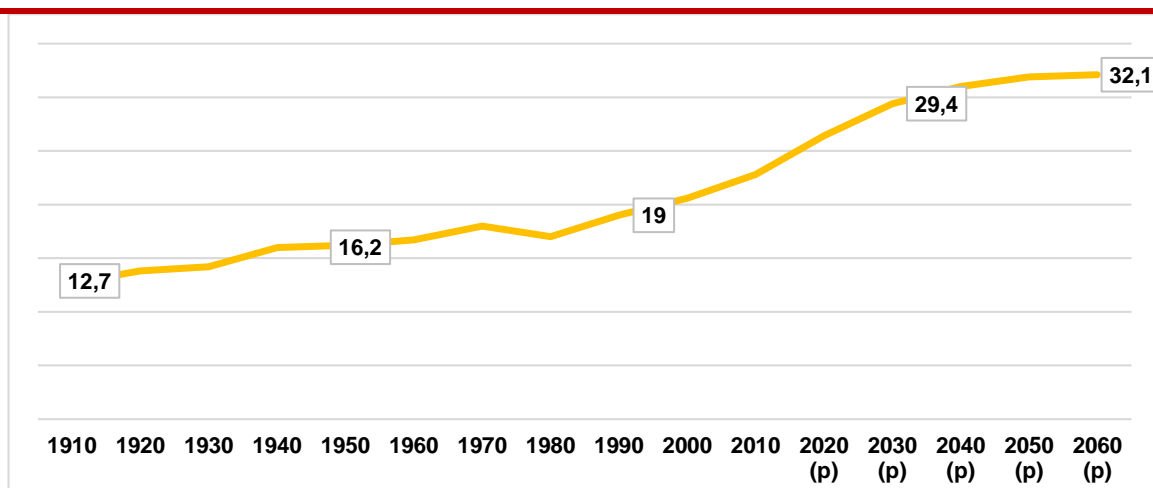
²¹ Brigitte LESTRADE, « Le revenu universel – un substitut aux minima sociaux ? », *Revue française des affaires sociales*, 2017/3, p. 129-141

²² Cyprien AVENEL, « Les enjeux et les impacts de la réforme territoriale sur la mise en œuvre des politiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 2017/2, p. 359-392

²³ Frédéric BOUSQUET et Véronique GHADI « La participation des usagers aux systèmes de santé : la politique du *National Health Service* d'implication des patients et du public en Angleterre », *Revue française des affaires sociales*, 2017/1, p. 128-134

²⁴ INSEE, Estimations de population et statistiques de l'état civil, 2018

²⁵ Sarah ABDOUNI et Nadia AMROUS, « En 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale », *Études et Résultats*, n°1037, DREES, Octobre 2017



Progression de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population française métropolitaine depuis 1910²⁶

Les conséquences de l’allongement de l’espérance de vie sur les personnes accompagnées au titre de l’action sociale et médico-sociale

Le vieillissement de la population a entraîné, au-delà de la massification du public à accompagner, une complexification des parcours individuels. Ainsi, si les seuils d’âge de 60 ou 65 ans sont usuellement utilisés pour désigner les « personnes âgées », les parcours sont plus complexes qu’il n’y paraît. En effet, c’est à partir de 75 ans que la santé des personnes se dégrade de manière plus durable, en raison de l’exposition aux maladies chroniques²⁷. Après 85 ans, les risques liés à la perte d’autonomie croissent fortement avec le développement de polyopathologies dont la prise en charge s’avère délicate pour les professionnels de santé et du secteur médico-social²⁸. Cette complexification ira d’ailleurs en s’accroissant puisque le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd’hui à 5 millions en 2060.

Cette complexification cache des disparités fortes parmi les personnes en perte d’autonomie. Ainsi, des écarts sont apparus entre hommes et femmes. Ces dernières déclarent ainsi en moyenne 1,2 fois plus souvent des limitations fonctionnelles que les hommes (DREES, 2017). De même, une proportion plus importante de femmes vit seule, ce qui les expose davantage aux risques de perte d’autonomie²⁹. D’autres publics nécessitant une prise en charge spécifique ont également fait leur apparition depuis trente ans, à l’image des immigrés âgés et les majeurs protégés. Enfin, la question des aidants familiaux devient de plus en plus prégnante en matière d’action sociale et médico-sociale. La caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) dénombre aujourd’hui 8,3 millions de proches aidants, dont une majorité de femmes (CNSA, 2015). La situation d’aidant proche expose ces personnes à des risques importants en matière de santé, ce à quoi les pouvoirs publics ont commencé à répondre³⁰.

Méthodologie employée

La présente étude vise donc à porter un regard sur l’ensemble des dynamiques précitées, qui agitent à la fois le processus de décentralisation et la conduite de l’action sociale. Il s’agira notamment de se pencher sur la consécration du conseil départemental comme chef de file de l’action sociale et de la montée en puissance des métropoles dans différents champs de l’action sociale. Nous avons souhaité montrer la diversité des modèles d’organisations locales, en mettant l’accent sur les expérimentations originales ou les pratiques inspirantes. Ce travail ambitionne à la fois de promouvoir des modalités d’organisation performantes et innovations tout en passant au

²⁶(p) = projection

²⁷ Selon la définition de l’Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques (pathologies neurologiques, cardio-respiratoires, ostéoarticulaires et déficiences neurosensorielles) sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles sont responsables de 63% des décès et représentent la première cause de mortalité dans le monde.

²⁸ Haute autorité de santé (HAS), Note méthodologique et de synthèse documentaire « Prendre en charge une personne âgée polyopathologique en soins primaires », mars 2015

²⁹ Fondation de France, *Rapport sur les solitudes*, 2016

³⁰ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement

crible les nombreux dysfonctionnements visibles au sein du système d'organisation territoriale de l'action sociale en France.

Pour analyser l'organisation territoriale de l'action sociale, en particulier au prisme de l'articulation des compétences entre le conseil départemental et les intercommunalités, nous avons adopté une démarche plurielle. Outre une revue de l'état de l'art en matière de politiques sociales, notre travail s'appuie sur un envoi de questionnaires à la première vague des territoires métropolitains, à l'exception des trois métropoles à statut particulier³¹. Ce mode de questionnement avait pour objet principal de dresser un panorama des transferts et délégations de compétences et de décrire les modes d'organisations locales. Puis, afin d'épouser au mieux les attentes et les modalités d'intervention des acteurs, nous avons fait le choix de conduire des entretiens semi-directifs dans cinq territoires (Bordeaux, Nantes, Nice, Strasbourg et Lille) en sollicitant les principaux acteurs locaux : centre communal d'action sociale (CCAS), métropole (élus et administration), conseil départemental (élus et administration), direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et agence régionale de santé (ARS). Pour approfondir l'analyse des grands enjeux en matière d'action sociale, nous avons également sollicité plusieurs chercheurs.es et personnalités qualifiées.

Le résultat de ces recherches interroge donc sur la nature de la gouvernance territoriale de l'action sociale vers laquelle les évolutions conceptuelles et organisationnelles de ces politiques publiques nous mènent.

Aussi, après avoir montré que l'organisation territoriale de l'action sociale a profondément évolué au contact de facteurs tant endogènes qu'exogènes (I), il convient de constater que ses évolutions réinterrogent fortement le modèle social et le poussent à se réinventer pour mieux répondre aux nouveaux besoins exprimés par les bénéficiaires et les acteurs (II).

³¹ Soit les métropoles de Nancy, Nice, Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Grenoble, Nantes, Rennes, Brest, Rouen, Lille et Strasbourg.

PREMIERE PARTIE

L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'ACTION SOCIALE EVOLUE EN RAISON DE FACTEURS AUSSI BIEN ENDOGÈNES QU'EXOGENES

1. La conception de l'action sociale se retrouve aujourd'hui profondément renouvelée

1.1. Les acteurs font le constat d'une approche cloisonnée et statique de l'action sociale

A la source des cloisonnements politiques et administratifs

L'organisation actuelle des compétences sociales est issue d'une histoire marquée par les actes I et II de la décentralisation et de la « décentralisation du social »³². Ces étapes ont successivement mis en place une nouvelle répartition des compétences ainsi que le « principe de subsidiarité »³³. Par ce principe, le législateur a cherché à clarifier le rôle de chaque acteur en confiant l'exercice de certaines compétences aux niveaux de collectivités les plus aptes à les exercer en raison de leur caractère soit de pilotage stratégique, soit de proximité. Cette réflexion sur la subsidiarité n'a toutefois pas permis de répondre aux problèmes de cloisonnements, qui apparaissent clairement dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) entre les publics, classés entre familles, enfants, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes immigrées ou issues de l'immigration. De la même manière, les dispositifs d'aide sont déclinés en fonction des publics, semblant exclure les logiques de complémentarité.

Ces constats issus de l'observation des textes et des rencontres avec les acteurs locaux, ont été confirmés par plusieurs de nos entretiens avec des chercheurs. A ce titre, Robert LAFORE indique que

« les cloisonnements voulus entre “blocs de compétences” n'incitent pas à la coopération et, surtout, les logiques de concurrence et de protection des champs d'action respectifs de chaque collectivité ou service rendent l'affirmation d'un “ leader ” tout à fait improbable. On se heurte ici à la limite d'une action publique qui associe de façon non assumée une chose et son contraire : les partages que l'on veut “clairs” d'attributions en même temps que la volonté de connecter celles-ci. »³⁴

Selon lui, il n'y a donc pas de doctrine particulière qui sous-tende l'organisation actuelle puisque

« la logique reste avant tout politico-administrative. Elle reste sectorielle et verticale bien que les acteurs reconnaissent l'intérêt d'une approche transversale et globale des problématiques. »

Les transferts de compétences ont été réalisés de manière mécanique, sans réflexion particulière sur les enjeux de l'action sociale. Cette absence de vision directrice est également partagée lors de nos entretiens par Nadine LEVRATTO, pour qui « le clivage reste sur le découpage des compétences », avec des « différences fortes en matière de compétence entre différents échelons ». L'ensemble de ces constats conduit, selon l'expression de Philippe ESTEBE, à « une atomisation du social ».

³² Michel BORGETTO, « La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ? », *Informations sociales*, 2010/6 (n° 162), p. 6-11

³³ Loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République

³⁴ Robert LAFORE, « Où en est-on du « département-providence ? », *Informations sociales*, 2013/5 (n°179), p. 12-27

Rendre intelligible les réalités sociales, en les qualifiant

Les récentes lois MAPTAM et NOTRe n'apportent pas de véritable clarification sur la façon d'exercer les compétences sociales confiées aux acteurs tant du côté des collectivités que de l'Etat. A ce titre, le découpage par public (principalement enfance et jeunesse ; bénéficiaires en insertion ; personnes âgées et personnes handicapées) apparaît comme une déclinaison pratique des champs sociaux recensés par Philippe ESTEBE qui sont respectivement le champ socio-juridique (enfance et jeunesse), le champ socio-économique (insertion) et le champ socio-médical (personnes âgées et handicapées).

Ainsi, la volonté du législateur à englober la complexité de l'action sociale se heurte à une réalité complexe puisque

« la cohérence de départ des blocs de l'action sociale n'est pas évidente. Elle est inscrite historiquement mais elle ne revêt pas d'unité fondamentale ».

Pour autant, si Nadine LEVRATTO souligne « une dimension pas assez intégrative des différents paramètres de l'insertion sociale », elle identifie une tension intéressante entre deux conceptions de l'action sociale. Elle oppose l'action sociale « réparatrice » à l'action sociale « préventive », offrant ainsi la possibilité de donner une ébauche de sens plus global :

- l'action sociale réparatrice, dont le coût est conséquent, vise à traiter les problèmes des populations laissées à la marge de l'économie ;
- l'action sociale préventive, dont le coût est plus limité, fait du social un facteur d'inclusion et du développement local.

Les acteurs de terrain font part du caractère insatisfaisant de cette organisation des politiques sociales

Du côté de l'Etat, la réforme des directions départementales interministérielles et la création des agences régionales de santé (ARS) et leurs délégations territoriales entre 2009 et 2010 sont parfois considérées comme un échec. En effet, alors que l'on confiait aux directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) un rôle social, les agences régionales de santé (ARS) récupéraient un rôle purement sanitaire, freinant ainsi les rapprochements opérationnels entre les services de l'Etat.

Dans les DDCS, les missions seraient trop nombreuses et trop diverses jusqu'à l'éparpillement. Au sein des ARS, la capacité de décision des délégations territoriales est bien souvent obérée par l'obligation de référer au siège régional, dans un système très centralisé. Par exemple, les installations et premières prises de décisions des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, dont les ARS sont vice-présidentes, ont parfois été ralenties par l'obligation des représentants de l'ARS de devoir référer au siège régional.

Cette segmentation se retrouve, sous une autre forme, au sein des collectivités, que ce soit dans les délégations thématiques des élus, l'absence d'élus référent « des politiques sociales » dans leur ensemble ou des organigrammes « en silos ». Si le fonctionnement et la structure d'une collectivité ne se résument pas à son organigramme, ces documents renseignent sur la vision la plus largement répandue, dans les collectivités, de la manière dont doit se conduire l'action sociale.

L'analyse d'organigrammes de conseils départementaux comportant une métropole sur leur territoire révèle ainsi plusieurs éléments, le plus souvent communs³⁵ :

³⁵ Il a été choisi de croiser l'analyse des organigrammes des conseils départementaux comprenant une métropole sur leur territoire suivants, soit : Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Côte d'Or, Finistère, Gironde, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Indre-et-

- quatre grands domaines d'action sociale sont représentés tels quels presque systématiquement dans les organigrammes : « enfance et/ou famille » (100%), « autonomie » (100%), « insertion » (85%) et « action sociale » (80%) ;
- les approches par secteur cohabitent avec les approches territoriales puisque tous les conseils départementaux étudiés disposent d'une organisation territorialisée, soit directement rattachée à la direction générale adjointe aux solidarités (70%), soit dans une direction générale aux territoires indépendante (30%) ;
- dans 30% des cas, des compétences « logement » ou « habitat » sont intégrées aux directions générales aux solidarités ;
- plusieurs items sont également présents directement dans les directions générales aux solidarités, à divers degrés comme la coordination (40%), prévention (20%), santé (15%), et innovation (10%).

ENCADRE N°4

LE MORCELLEMENT DES POLITIQUES D'INSERTION

Avec plus de 10 milliards d'euros versés en 2017 à 1,8 million de foyers (CNAF, 2017), le revenu de solidarité active (RSA) représente la première des trois allocations individuelles de solidarité allouées et/ou versées par les conseils départements et partiellement compensées par l'Etat (CNSA, 2016)³⁶. Le RSA constitue le volet financier d'une politique d'insertion qui vise à accompagner vers l'emploi les personnes sans ressources ou disposant de faibles revenus.

Des nombreuses initiatives partenariales départementales peuvent contribuer à une approche plus intégrée de cette politique

Le pilotage de ces politiques est du ressort départemental depuis la loi du 18 décembre 2003 qui leur a transféré le revenu minimum d'insertion (RMI) et mis fin au copilotage du volet insertion.

Pour la mise en œuvre de la politique d'insertion, le conseil départemental dispose de plusieurs outils :

- les conventions d'appui aux politiques d'insertion, signées avec l'Etat, qui définissent les priorités conjointes en matière de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale et professionnelle et de développement social, ainsi que des engagements des parties sur des actions ;
- le programme départemental d'insertion (PDI), qui définit la politique départementale d'accompagnement social et professionnel. Il recense également les besoins et l'offre locale d'insertion et planifie les actions correspondantes ;
- le pacte territorial pour l'insertion (PTI), qui réunit les acteurs indispensables au PDI.

Une place importante est laissée aux spécificités locales

De nombreuses institutions ont noué des partenariats afin de développer des approches intégrées, au-delà des accords financiers. Pour autant, il semble que ces nouvelles relations n'aient pas encore donné lieu à une convergence des pratiques départementales en la matière. A ce titre, l'Assemblée des départements de France (ADF), Pôle emploi et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) ont signé en 2014 un protocole d'« approche globale de l'accompagnement » en accordant une place importante aux initiatives et spécificités locales. En 2015, l'ADF recensait plus de 65 conseils départementaux engagés dans cette démarche.

Ce protocole prévoit trois axes de coopération :

- la constitution d'une base de ressources sociales ;
- la mise en place d'un double accompagnement effectué par un conseiller Pôle emploi et un professionnel du social ;
- la mise en œuvre d'un accompagnement social exclusif pour certains demandeurs d'emploi.

Loire, Isère, Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Nord, Puy-de-Dôme, Seine-Maritime et Var (seul l'organigramme du conseil départemental de l'Hérault est manquant car introuvé).

³⁶ Avec l'allocation personnalisée d'autonomie (5,7 milliards d'euros pour 1,26 million de bénéficiaires) et la prestation de compensation du handicap (1,9 milliard d'euros pour 184 000 personnes).

Les métropoles n'ont pas pris cette compétence notamment en raison de la dichotomie entre la cible de performance en matière d'insertion et les modalités de financement

La loi NOTRe a rendu possible le transfert du PDI aux métropoles mais aucune d'entre elles n'a souhaité reprendre cette compétence. A l'image du Grand Lyon, il semble pourtant que les métropoles auraient pu chercher à concilier développement économique et politique d'insertion.

A l'occasion d'une question au gouvernement, le député de l'Isère Pierre BARBIER indiquait en janvier 2016 que « de la performance du plan départemental d'insertion dépendent les sommes à verser par le département au titre du dispositif du RSA », qui reste une compétence départementale. De ce fait, « le département serait alors uniquement financeur sans aucune maîtrise des actions d'insertion par l'économie » ce qui laisse craindre une « dérive des dépenses du RSA ou d'une mauvaise évaluation des actions engagées, car celles-ci seront financées par une autre collectivité avec des budgets de plusieurs millions d'euros ».³⁷

³⁷ Jean-Noël ESCUDIE, *Insertion - Transfert du plan départemental d'insertion aux métropoles : ni automatique, ni irréversible*, Localtis, 21 janvier 2016.

1.2. En réponse, une vision large et transversale de l'action sociale, intégrée avec les autres politiques publiques, est attendue

En matière d'action sociale, les logiques sectorielles restent prédominantes malgré plusieurs appels à davantage de transversalité. Aussi, le passage d'une politique de guichet à une politique de projets nécessite de changer de référentiel, ce que les structures organisationnelles tentent, avec plus ou moins de résultats, de faire.

Les conseils départementaux ont initialement été moteurs sur ce sujet

En avril 2012, trois directeurs généraux des services (DGS) de conseils généraux³⁸ publient un manifeste signé par 34 de leurs homologues visant à orienter différemment l'action sociale. Partant du constat de la remise en question de l'Etat-providence et des contraintes financières qui pèsent lourdement, il y est souligné l'urgence de refonder le travail social en insistant sur la garantie des droits financés par la solidarité nationale, de mieux mobiliser la capacité des usagers et de favoriser les logiques de développement social.

Un organigramme transversal dans le conseil départemental du Bas-Rhin

Le projet d'administration du Conseil départemental du Bas-Rhin prévoit un partage des responsabilités pour que la transversalité ne soit plus seulement un « bonus » mais une condition de mise en place de ces politiques.

L'organigramme retravaillé après le renouvellement de mars 2015 a supprimé l'échelon « direction générale adjointe » et propose une organisation en quatre missions sociales (enfance et famille ; autonomie ; insertion et emploi ; action sociale de proximité).

La mission « action sociale de proximité » agit comme un pivot pour l'ensemble des projets d'action sociale et vise à reconnaître l'action sociale de proximité comme politique publique à part entière, à l'inscrire au cœur des politiques départementales et au centre d'un réseau partenarial et territorial et à incarner la notion de chef de file de l'action sociale.

Cette mission intervient directement dans certains domaines (précarité sanitaire, non-recours) et développe des actions ressources (tarification, versement des prestations, diagnostics territoriaux, ingénierie de projet). Cette organisation est adossée à un système d'information transversal avec des entrées communes afin d'assurer la continuité du suivi.

Pour répondre à ces défis, les directeurs généraux proposent que la solidarité des droits soit pleinement financée par l'Etat en fonction de la dépense réelle des conseils départementaux. De même, ils préconisent de redonner aux communautés de vie (voisinage, familiale, proximité) toute leur place et de permettre au pouvoir d'agir des citoyens de s'exprimer. En cela, les pratiques de développement social sont à privilégier : elles s'appuient sur la capacité des travailleurs sociaux à bien observer et à bien diagnostiquer les besoins sociaux d'un territoire donné, pour ensuite mobiliser l'ensemble des acteurs à agir en complémentarité et de façon coordonnée. Dès lors, les travailleurs sociaux et les acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS) sont à la fois les médiateurs et les développeurs de cette refondation, basée sur une volonté politique forte. Ce retour aux solidarités de proximité vient contrevenir à l'idée que toute forme d'entraide se matérialise par l'action publique et qu'il reviendrait à l'Etat ou aux collectivités de prendre en charge tous les nouveaux droits. Il convient ainsi de s'extraire d'une logique qui, outre son caractère déresponsabilisant pour les citoyens, amène les travailleurs sociaux à se focaliser davantage sur des tâches administratives au détriment de l'accompagnement social.

³⁸ Laurence QUINAUT, directrice générale des services du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, Denis VALLANCE, directeur général des services du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle et Philippe YVIN, directeur général des services du conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Six ans après ce texte, force est de constater que les politiques sociales départementales n'ont majoritairement pas basculé dans le sens escompté même si certains territoires développent des dynamiques probantes, par exemple la Meurthe-et-Moselle, la Gironde et la Loire-Atlantique. Les crises financières et migratoires maintiennent l'action sociale départementale essentiellement dans une fonction de guichet. Aussi, le temps pris pour l'accompagnement des publics par les assistants sociaux éducatifs départementaux se réduit encore davantage au profit de dispositifs administratifs, de gestion et d'évaluation.

Le renouvellement politique issu des dernières élections départementales n'ouvre pas la voie à une plus forte territorialisation de l'action sociale. Les territoires départementaux d'action sociale, reconfigurés pour s'adapter aux bassins de vie et/ou aux nouveaux découpages de l'intercommunalité, ne sont pas encore dotés d'une autonomie suffisante tant au niveau stratégique que financier.

Dans un souci de bonne gestion et de maîtrise du pouvoir, c'est parfois le contraire qui s'est produit, à savoir une recentralisation des décisions et des orientations de la stratégie infradépartementale. Ceci pose la question du rôle que les conseils départementaux doivent adopter, rôle qui peut aller du développeur, au médiateur, créateur, animateur, facilitateur et distributeur d'aides.

ENCADRE N°5

LA SOLIDARITE DES DROITS ET LA SOLIDARITE DES ENGAGEMENTS, UNE NOUVELLE LECTURE DE L'ANALYSE DURKHEIMIANNE

Dans le cadre de la concertation annoncée en octobre pour définir une stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé et Olivier NOBLECOURT, délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, ont confié à Joëlle MARTINAUX, présidente de l'UNCCAS, et Mathieu KLEIN, président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, la co-présidence d'un groupe de travail visant à piloter la lutte contre la pauvreté à partir des territoires.

La synthèse des réflexions menées le groupe de travail n°6 montre que le pacte social républicain doit être en mesure de mieux conjuguer solidarité des droits et solidarité des engagements. Ainsi :

« le nouvel horizon des politiques de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes doit conjuguer la reconnaissance et l'affirmation que la solidarité est constituée de droits, autant qu'elle constitue un investissement social, éducatif et financier. Cette double affirmation trouve sa traduction stratégique dans une articulation nouvelle à construire entre la solidarité des droits et la solidarité des engagements qui sont les deux faces de la même pièce, celle du pacte social républicain dans la République décentralisée. »

« Cette double solidarité poursuit désormais un nouvel objectif : celui non pas de réparer les difficultés intervenues à travers des politiques ciblées, mais celui bien plus ambitieux de prévenir la survenue de telles difficultés, dans une approche globale et qui reconnaisse la capacité d'agir des personnes. »

Les deux concepts sont définis comme tels :

- la **solidarité des droits** est garantie par l'Etat et permet l'égal accès aux droits sociaux pour les individus en situation de vulnérabilité sur l'ensemble du territoire. Cette solidarité est un droit inaliénable, ne dépendant pas, pour un bénéficiaire, de sa réussite à un des nombreux programmes de normalisation. Elle favorise la solidarité tout au long de sa vie et la responsabilité individuelle articulant, de façon juste et équilibrée, droits et devoirs ;
- la **solidarité des engagements** correspond à la capacité des individus et des collectifs, des structures privées et des administrations publiques, à créer les conditions favorisant les pratiques d'entraide, en encourageant les liens sociaux de proximité. Cette solidarité des engagements fait appel aux pratiques d'*empowerment* visant à renforcer le pouvoir d'agir des citoyens. C'est à

l'échelle territoriale et avec les leviers de proximité et d'expertise qu'elle s'exerce le mieux. Aussi, il est de la responsabilité des collectivités territoriales et de leurs groupements de l'assurer.

Lors d'un entretien réalisé avec Mathieu KLEIN, celui-ci souligne la fragilité de ce couple de solidarités. Cette fragilité se caractérise par une persistance des acteurs de l'action sociale à inscrire davantage l'action sociale dans une logique de réparation, donc de solidarité des droits, plutôt que dans une logique de prévention, portée par la solidarité des engagements.

Les villes-centre et les blocs communaux apparaissent plus enclins à agir

Aujourd'hui, il ressort de nos recherches que les villes-centre, *via* leurs centres communaux d'action sociale (CCAS), apparaissent plus enclines à rechercher une plus forte interpénétration des politiques publiques entre elles. L'action sociale des communes et des intercommunalités se révèle en réalité en plein développement comme le montre une étude récente menée par la direction de l'évaluation et des études statistiques (DREES)³⁹.

Il en ressort notamment, qu'en 2018, près de huit communes sur dix ont mis en place au moins une forme d'action sociale. Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'il n'existe que peu d'obligations légales applicables aux communes en la matière qui se fondent donc sur leur clause de compétence générale pour agir de manière facultative. Somme toute, seules 12% des communes, représentant autour de 2% de la population, ne mènent aucune action sociale, que ce soit au niveau des services municipaux, du centre communal d'action sociale (CCAS) ou de l'intercommunalité. La conduite de l'action sociale dans une commune est corrélée à sa taille puisque toutes les communes de plus de 5 000 habitants en mettent au moins une en œuvre. L'action sociale du bloc communal prend généralement trois formes d'intervention : l'offre de prestations, la gestion d'établissements spécialisés et la gestion de services à la personne.

Parmi les domaines d'action sociale, le secteur des personnes âgées est celui sur lequel les communes et intercommunalités sont les plus mobilisées. Viennent ensuite les actions en faveur des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion ainsi qu'en direction des familles et des jeunes. Plus la taille du bloc communal augmente, plus la diversité des actions mises en place est forte. En effet, les deux tiers des petites

Pour la Ville de Strasbourg, l'action sociale communale constitue une tradition historique

Les premières politiques sociales, telles que celles pour les enfants et les nourrissons, la nomination d'un directeur d'office municipal d'hygiène ou encore la construction des bains municipaux, se développent entre 1871 et 1914, temps où Strasbourg fait partie de l'empire allemand.

En 1945, le directeur régional de la santé et de l'assistance donne l'autorisation à la commune de Strasbourg de lutter contre les « fléaux sociaux » puis, deux ans plus tard, le préfet autorise la Ville à gérer une partie de l'action sociale, 30 ans avant l'acte I de la décentralisation.

Malgré la décentralisation sociale vers le conseil général en 1983, Strasbourg conserve plusieurs prérogatives et délègue, lors de la création de son CCAS en 1998, les actions historiquement menées en faveur des grands précaires. En 2005, une première convention de délégation est signée entre le conseil général du Bas-Rhin et la ville de Strasbourg. Elle précise les contours des politiques de solidarités exercées par la commune : le dispositif d'insertion relatif au revenu minimum d'insertion (RMI), l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile et le service social. La convention a été revue deux fois, en 2011 et 2018, afin d'actualiser cette relation entre les deux collectivités.

³⁹ Sarah ABDOUNI, « En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO », *Études et Résultats*, n°995, DREES, Février 2017

communes – soit moins de 1 500 habitants – organisent une action sociale dans un à six secteurs d'action sociale (personnes âgées, lutte contre la pauvreté, personnes en situation de handicap, hébergement et logement, petite enfance, jeunesse et famille, insertion professionnelle, accès aux soins) alors que les deux tiers des moyennes et grandes communes – soit une population supérieure à 1 500 habitants – agissent dans plus de sept secteurs.

De même, les moyennes et grandes communes sont quasiment toutes pourvues d'un centre communal d'action sociale contre les trois quarts au niveau national. Dans une commune sur trois, la totalité de l'action sociale est assurée par le CCAS, tandis que dans une sur cinq, seuls les services communaux la prennent en charge. Dans la moitié des communes, la gestion de cette politique est donc assurée conjointement par les services communaux et le CCAS. La taille de la commune a une influence sur la répartition des compétences entre les services communaux et le CCAS.

En dehors du secteur de la petite enfance, la part des communes où les actions sont uniquement portées par les services municipaux diminue avec la taille de la population.

L'importance du portage politique pour développer une politique sociale ambitieuse

La vision que les élus peuvent avoir de l'action sociale est fondamentale : elle donne du sens à des dispositifs principalement administratifs de versement d'aides et à l'institutionnalisation d'un accompagnement par les travailleurs sociaux. A ce niveau, l'exemple de la vision sociale adoptée sur le territoire bordelais est probant.

Alexandra SIARRI, adjointe au maire de Bordeaux chargée de la cohésion sociale et territoriale, indique que

« l'action sociale doit précisément ne pas être vue exclusivement comme une action de restauration et de réparation de trajectoires et d'individus ».

L'action sociale doit au contraire jouer le rôle d'outil de veille et de diagnostic, afin d'étayer l'ensemble des politiques publiques et éviter le renouvellement des situations de précarité et d'exclusion, qui nécessite encore une action curative. Selon Alexandra SIARRI, deux idées s'autoalimentent.

« La première, c'est qu'une personne ne peut pas être appréhendée exclusivement sous l'angle de sa vulnérabilité mais bien sous l'angle de sa citoyenneté. La seconde, c'est notre capacité à aller chercher chez les gens qui ne sont pas vulnérables de la compréhension, du désir et de la facilitation à créer une densité de relations sociales qui évitent que des gens ne basculent. »

La mise en cohérence des objectifs de la ville-centre et de la métropole est également une condition de réussite. Or, il existe une dichotomie certaine entre ces deux acteurs : la ville assure une action sociale très large en raison de la clause de compétence générale, alors que l'intervention de la métropole est limitée aux compétences sociales départementales qu'elle a choisi de porter. Cette segmentation et cette approche différenciées des politiques sociales sur deux échelons territoriaux pourtant avantagés par leur proximité aux usagers semblent inadaptées à l'enjeu d'intégration des politiques publiques. Ainsi, la mobilité des habitants doit conduire à des politiques plus intégrées et coopératives pour raisonner en termes de bassins de vie, au-delà donc des frontières administratives. Cela peut être favorisé par les progrès effectués en matière de mutualisation entre les métropoles et leurs communes membres, en particulier les villes centre.

Une déclinaison stratégique et opérationnelle qui se formalise dans un document partagé avec l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs

A Bordeaux, le champ d'action sociale s'est élargi en 2014, suite à l'élaboration d'un document d'orientation, le pacte de cohésion sociale et territoriale. Il composé de cinq axes et vise à embrasser tous les champs de la politique municipale voire métropolitaine en faisant de l'action sociale une politique transversale qui se retrouve dans tous les champs de la politique municipale (culture, sport, développement économique, l'habitat).

Véronique DELANNOY, directrice générale chargée des solidarités et de la cohésion sociale à la ville de Bordeaux, insiste sur le travail important de partage des orientations de ce document élaboré avec les partenaires institutionnels (Conseil départemental et Etat dans toutes ses composantes – ARS, préfecture, DDCS) et les acteurs associatifs

« c'est un document unilatéral, ils ne l'ont pas signé mais il a été co-construit avec des acteurs de terrain. La démarche a consisté à présenter une analyse des besoins sociaux que le CCAS a obligation de faire, d'abord dans les quartiers de Bordeaux, puis par des balades urbaines avec les institutionnels, les habitants et les partenaires associatifs pour observer ce qu'il se passait dans ces quartiers et ensuite avec des séances de brainstorming, de débriefing pour élaborer les axes du pacte. Enfin, le pacte a été décliné en 25 actions par quartiers sur huit quartiers de Bordeaux. Nous avons réalisé 70 % des actions du pacte. »

Un écosystème construit sur cette dynamique d'action sociale complémentaire et partagée

La caisse d'allocation familiale (CAF) de Gironde assure l'ensemble des compétences réglementaires, sur décision du conseil d'administration et de la branche famille qui définit les modalités de son intervention auprès de ses partenaires. Marie-France HOUILLON, directrice de l'action sociale à la CAF de Gironde souligne que

« les modalités d'intervention auprès de nos partenaires nous permettent à la fois de faire du développement ou de l'accompagnement de structures existantes, et d'assurer aux habitants un service de proximité accessible à tous. [...] A partir du moment où on travaille avec le territoire, notamment Bordeaux, ce n'est pas notre projet, c'est le projet du territoire que nous allons accompagner avec nos compétences et les dispositifs qu'on peut mettre à disposition. »

Pour Pascal GOUFLIER, directeur général adjoint aux solidarités du conseil départemental de la Gironde, l'action sociale

« s'incarne à la fois par une idée de proximité, de recherche de travail au plus près des habitants. Travailler avec l'habitant, cela signifie par exemple une politique volontaire, assumée et ambitieuse en matière de développement social, où les personnes elles-mêmes sont des acteurs des solutions qui les concernent. C'est le contraire d'une politique de guichet où on offre des prestations. »

Cette approche centrée sur l'habitant induit une nécessaire territorialisation des activités avec neuf antennes pour le conseil départemental de la Gironde.

1.3. L'action sociale, confrontée à des enjeux nouveaux de connectivité et d'empowerment, se recentre parallèlement sur son accès et sa continuité

Passer d'une organisation sectorielle à une organisation permettant une plus forte interpénétration des politiques publiques entre elles nécessite de reconsidérer les objectifs de l'action sociale. Les limites de la catégorisation des publics, d'une organisation de l'action sociale en silos et du caractère stigmatisant des prestations sociales sont aujourd'hui bien perçues par les acteurs. De nouveaux modèles de gouvernance et d'organisation sont proposés par les administrations pour mieux répondre aux besoins de la population, tout en renouvelant les modes de coopération avec le secteur privé.

Les experts et chercheurs persistent cependant à affirmer que les politiques sociales restent, dans leur ensemble, au milieu du gué. Ainsi, Nadine LEVRATTO, perçoit que « le changement de paradigme est amorcé

mais non abouti » tandis que d'autres comme Robert LAFORE ou Philippe ESTEBE pointent respectivement « le déficit de doctrine » de l'action sociale et « son explosion comme domaine d'actions en tant que tel ». A la lecture des entretiens, trois thèmes apparaissent dans la transition à opérer : l'accès et la continuité des droits, la connectivité et la reconnaissance des capacités.

L'accès et la continuité des droits sont au cœur de l'accueil social inconditionnel

Une majorité des acteurs des cinq territoires métropolitains d'enquête précise que la continuité des droits constitue pour eux une priorité. Cela passe en premier lieu, par l'accueil social inconditionnel. Initié par la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) dès 2011, l'accueil social inconditionnel s'intègre dans le « plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social » en octobre 2015. Il s'agit de garantir

« à toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social, une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée, dans le respect du principe de participation des personnes aux décisions qui les concernent. Cet accueil adapté peut se traduire soit par une information immédiate, soit par une ouverture immédiate de droits, et/ou encore par une orientation vers un accompagnement social ».

« Carte blanche » pour le Grand Cahors

Engagée depuis décembre 2017, cette expérimentation vise à « reconstruire un service public adapté et façonné aux besoins du territoire » en allégeant les contraintes juridiques et réglementaires. Si cette initiative ne relève pas de l'action sociale au sens strict, les enseignements à en tirer pourront profiter à l'organisation de l'action sociale à l'échelle d'une métropole.

Dans le cadre d'Action publique 2022, les acteurs de terrain sont appuyés par le ministère de l'action et des comptes publics, notamment *via* la direction interministérielle de la transformation publique (DITP). La méthode se veut participative et se fonde sur l'étude de cas pratiques. Cette démarche associe les habitants aux acteurs locaux afin d'identifier les problématiques spécifiques des usagers. Les questions soulevées par cette expérimentation recoupent largement celles que l'on retrouve dans le milieu de l'action sociale : l'accessibilité des services publics, la mobilité des personnes, la pertinence des réponses aux besoins spécifiques des usagers, la prise en charge de la situation des usagers les plus éloignés des services.

Le dispositif associe également d'autres acteurs de proximité comme Pôle Emploi et La Poste, structures elles-mêmes engagées dans des logiques d'accessibilité et d'évaluation des besoins.

Expérimentation du « référent.e de parcours » dans le Conseil départemental du Bas-Rhin

Visant à réunir tous les acteurs œuvrant auprès des plus fragiles, cette expérimentation s'inscrit dans la continuité de dispositifs prévoyant de développer le maillage partenarial sur le territoire départemental.

Le référent.e de parcours vise à ce que chaque usager bénéficie d'un interlocuteur unique en charge d'organiser et de coordonner les différentes formes d'intervention à son endroit. Il vise également à prévenir les ruptures de parcours qui risquent d'écartier durablement certaines personnes des dispositifs d'assistance. Un référent.e serait désigné pour tous les parcours engagés, par défaut le responsable de l'équipe territoriale dont dépend l'usager.

L'expérimentation concernera les personnes qui sollicitent les professionnels de l'action sociale et médico-sociale de ces territoires et qui réunissent plusieurs conditions : plusieurs intervenants mobilisés, inscription des interventions dans la durée, situations complexes, existence d'un projet et d'un plan d'action négocié avec la personne.

Le dispositif se développera en quatre étapes : le diagnostic de la situation qui permettra de déceler les potentialités de la personne, la désignation du référent.e par une instance technique partenariale, le suivi de la situation de la personne et le bilan des actions menées.

Envisagé comme une réponse au morcellement de l'accompagnement lié à la complexité des situations et à l'empilement des dispositifs, le premier accueil social inconditionnel permet de traiter la demande quelle que soit la domiciliation de la personne, sans prise de rendez-vous préalable. La notion de parcours est également largement plébiscitée par les acteurs interrogés. Introduite dans le droit français en 2002 dans le cadre de la loi de rénovation de l'action sociale, elle invite à penser l'accompagnement de la personne dans le cadre d'une action en chaîne où la complémentarité et la coordination constituent les conditions *sine qua none* de sa réussite auprès des personnes. Elle oblige à davantage structurer l'activité des services à partir du territoire, invitant les administrations à construire des règles et des procédures communes.

Pour Philippe METZ, directeur du CCAS de Lille, les CCAS et les unités territoriales des conseils départementaux constituent les derniers guichets d'accueil. Beaucoup d'administrations, notamment étatiques,

se sont en effet désengagées de certains territoires et mettent en place des systèmes informatiques pour compenser cette moindre présence locale dans un objectif d'accès aux droits. On retrouve cette analyse à Bordeaux où l'accueil s'organise y compris pour des citoyens résidant sur un autre territoire.

L'accès aux droits sociaux se traduit aussi pour bon nombre d'administrations par la lutte contre le non-recours⁴⁰ : la métropole de Nantes se montre sensible à ce problème et initie des actions pour limiter la stigmatisation des publics en partenariat avec le secteur public et privé. Cette action s'intègre dans un projet piloté par la mission « politique de la ville » de Nantes métropole. Les quatre villes de l'agglomération concernées par la politique de la ville (Nantes, Saint Herblain, Orvault et Rezé) ont participé à la réalisation d'un diagnostic sur le non-recours aux droits, et expérimenteront des actions dans les quartiers prioritaires dans les prochains mois. Le portage intercommunal est intéressant en ce qu'il permet de mobiliser des partenaires institutionnels (caisse primaire d'assurance maladie - CPAM -, caisse d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT-, CAF) en leur proposant un interlocuteur bien identifié. Ensuite, les expérimentations sont adaptées à chaque quartier en fonction de leur dynamique propre.

⁴⁰ L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) définit le non-recours comme « toute personne éligible à une prestation sociale [financière], qui, en tout état de cause, ne la perçoit pas ».

Entre le numérique absolu et l'objectif intermédiaire d'interconnexion des territoires, la notion de connectivité

Notre entretien avec Nadine LEVRATTO a mis en lumière le concept de connectique, ensemble des techniques employées dans le cadre de la transmission de données et de l'alimentation en électricité. Elle ajoute ainsi que

« souvent, ce qui pose problème dans les systèmes, c'est moins les éléments qui les constituent que la connectique entre les éléments. »

Cette analyse rencontre un certain écho chez les acteurs des différents territoires métropolitains étudiés. En effet, deux enjeux majeurs de la connectique se nouent dans les territoires : le premier lié à l'émergence du recours au numérique et l'autre lié à l'interconnexion des territoires, des partenaires et des champs d'actions.

Si l'accès à des guichets uniques dématérialisés constitue un élément de simplification et de facilitation dans les démarches d'accès aux droits⁴¹, il bouleverse la manière de rendre le service social à plusieurs titres. Il représente également un facteur d'inégalités et il convient de se saisir des défis posés aux administrations en matière de fracture numérique⁴².

De plus, le développement des réponses numériques modifie très fortement le contenu des métiers du travail social. Philippe METZ, directeur du CCAS de Lille, insiste par exemple sur la nécessité de prendre en compte les conséquences de la dématérialisation sur la relation entre les usagers et l'administration :

« plus les administrations fonctionnent de façon dématérialisée, plus il y aura besoin de personnes pour instruire les demandes ».

Le mouvement de dématérialisation des demandes d'accès aux droits auprès des organismes de sécurité sociale ou encore de Pôle emploi, entraîne ainsi une sur-sollicitation, voire une saturation, des travailleurs sociaux. Ces derniers se retrouvent ainsi en difficulté pour accompagner sereinement les personnes dans cette nouvelle transition. Dans ce contexte où des personnes ne disposent ni de l'outil numérique, ni des compétences pour s'en servir, la médiation numérique s'avère vitale pour assurer l'accès aux droits.

A la ville et à la métropole de Nantes, cette transition numérique à opérer est l'occasion de s'intégrer dans l'écosystème privé afférent. Nantes développe un des écosystèmes numériques parmi les plus dynamiques de France sous l'impulsion d'entreprises comme *Lego*, *iAdvizeou* encore *Matériel.net*. Tous les acteurs de cet écosystème sont liés par un maillage fort, concrétisé par une approche collective et solidaire du développement de nouveaux gisements économiques.

⁴¹ Par exemple, en matière d'administration fiscale, en France, seuls 4 500 contribuables avaient déclaré leurs impôts en ligne en 2000 alors que le tiers d'entre eux l'ont fait en 2014 (Yann ALGAN, Maya BACACHE et Anne PERROT, « Administration numérique », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 34, septembre 2016)

⁴² « "La fracture numérique" est un "outil" permettant de marquer, du moins sur le plan communicationnel, la distance entre le local et le global, c'est-à-dire, la difficulté pour certaines "localités", "individualités", voire "particularités", de s'insérer dans cette "globalité" qui serait la "société en réseau" » (Alain KIYINDOU, « Introduction. Réduire la fracture numérique, une question de justice sociale ? », *Les Cahiers du numérique*, 2009/1 (Volume 5), p. 11-17)

Evelyne SYLVAIN, directrice générale adjointe aux solidarités du Conseil départemental du Nord, approuve l'importance d'initier des relations différentes avec le monde économique aujourd'hui. L'interconnexion des champs d'actions, sur la question de l'emploi par exemple, peut favoriser un meilleur appariement de l'offre et de la demande.

Pour d'autres acteurs, la connectivité prend une dimension clinique dans le sens où il s'agit, face à des situations de plus en plus complexes, de relier les professionnels de l'action sociale et

La démarche AGILLE pour améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale

Lancée en 2014 dans 17 conseils départementaux volontaires, il s'agit d'une expérimentation sur les politiques sociales conduite par la DGCS en partenariat avec l'ADF. Selon, Michel DAGOBERT, président du conseil départemental du Pas-de-Calais, « elle repose sur la valorisation d'une approche plus ascendante de l'action publique fondée sur un projet de territoire et une confiance à l'initiative locale. Elle propose également d'explorer des modalités de simplification en donnant la possibilité de déroger dans certaines conditions à la norme afin de libérer l'initiative ».

Le club des expérimentateurs (aujourd'hui club des territoires) valorise plusieurs expérimentations à l'échelle nationale :

- le **pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020**, caractérisé par : la fusion commune-département simplifiant le jeu d'acteurs ; une gouvernance plurielle ; une itération entre niveau territorial et départemental permettant une adéquation entre stratégie et besoins ; la mobilisation du budget participatif ; une forte évaluation du dispositif ;
- la **rénovation de l'action sociale de proximité en Loire-Atlantique autour du projet stratégique 2015-2021**, caractérisée par une stratégie appuyée sur une organisation de proximité ; la mise en place d'un « accueil social universel » afin de remédier au non-recours et de recentrer le travail social sur l'accompagnement et le développement social ; une recherche sur le rôle de chef de file départemental ;
- la **commission d'action sociale locale (CLAS) de la Drôme-des-Collines-Royans-du-Vercors** dont l'objet est d'améliorer le service rendu aux usagers des services sociaux par un travail en réseau collaboratif entre acteurs locaux. Appuyée sur l'implication citoyenne, elle est caractérisée par des diagnostics des besoins élaborés avec les habitants et par une réponse aux besoins individuels et collectifs organisée sans redondance ;
- la **convention territoriale globale pour le développement social en Meurthe-et-Moselle** signée par plusieurs acteurs (CAF, Conseil départemental, DDCS, ARS et Mutualité sociale agricole – MSA), qui rassemble en un document unique l'ensemble des plans, schémas contrats afférents et fixe une feuille de route pour quatre ans. Elle vise à coordonner l'action sociale dans plusieurs domaines et s'appuie sur la mise en place d'un « conseil départemental du développement social » et de six conférences territoriales co-pilotées par le conseiller départemental au territoire et la sous-préfète ;
- le **schéma des Hautes-Pyrénées solidaires « Solid'action 65 »**, qui vise à intégrer des objectifs de développement social dans les toutes les politiques publiques et projets départementaux. Treize chantiers stratégiques ont été lancés sur les territoires ainsi qu'un projet d'administration incluant une charte de l'accueil des publics.

médico-sociale entre eux pour une meilleure interconnaissance, une plus forte coordination et complémentarité.

La reconnaissance des capacités des usagers comme forme de leur revalorisation

Le concept de capacité est défini par Paul RICŒUR comme la capacité, pour chaque être humain de formuler un « je peux ». Le parcours de la reconnaissance de soi passe en premier lieu par la

capacité de l'individu à se raconter. En second lieu, cette base fondatrice permet de pouvoir se tenir soi-même comme l'auteur de ses propres actes. L'ensemble des acteurs interrogés insiste sur l'importance de s'appuyer sur le pouvoir d'agir et les capacités des bénéficiaires et de leur environnement.

A Bordeaux, cela prend la forme de projets où les bénéficiaires sont considérés comme des acteurs à part entière. Véronique DELANNOY, directrice des solidarités et de la cohésion sociale à la ville de Bordeaux s'en fait le témoin.

« On travaille par exemple avec la métropole sur la gouvernance alimentaire. On a créé ce qu'on a appelé des "relais popote" c'est-à-dire qu'on récupère des denrées alimentaires et nous mettons à disposition des cuisines, les cuisines des centres sociaux par exemple, pour permettre à des parents, à des familles – qui sont le plus souvent en demande du droit d'asile – qui sont logés à l'hôtel donc dans l'impossibilité de faire la cuisine de préparer des repas pour leurs enfants. C'est d'abord dans une volonté d'une alimentation saine et équilibrée et aussi dans une valorisation de l'image de soi par rapport aux enfants, c'est important que des parents puissent cuisiner pour leurs enfants. C'est une action qui marche très bien et qui est très simple. Elle se situe dans un programme alimentaire territorialisé plus large puisque nous travaillons avec la métropole sur cette action. On a obtenu un prix nous permettant de mettre en place une cartographie de nos points de distribution alimentaire et des innovations : jardins partagés, fermes urbaines, culture de pleurotes dans les parkings de la ville. On est dans l'innovation sociale. »

2. Le cadre normatif fixe une métropolisation de l'action sociale aux effets limités

2.1. Les dernières réformes territoriales se veulent plus incitatives et coercitives

La réorganisation partielle des compétences sociales entre conseils départementaux et métropoles découle davantage d'une réalité pragmatique que d'une véritable réorganisation de la décentralisation

La réforme territoriale portée par les lois MAPTAM du 27 janvier 2014 et NOTRe du 7 août 2015 vient formaliser la montée en puissance des métropoles, déjà amorcée par la loi de réforme des collectivités territoriales de 2010.

Cependant, loin de constituer la poursuite d'une décentralisation verticale et descendante des compétences sociales, de l'Etat vers les collectivités, comme cela avait pu être constaté dans les actes précédents, cette nouvelle étape amorce un redécoupage horizontal des compétences, entre collectivités elles-mêmes et/ou vers les métropoles. La montée en puissance des métropoles vient donc se cristalliser dans les dispositions à l'article L. 5217-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), qui encadre le transfert ou la délégation de plusieurs compétences départementales aux métropoles. Ainsi, le titre IV de l'article prévoit :

« par convention passée avec le département, la métropole exerce à l'intérieur de son périmètre, par transfert, en lieu et place du département, ou par délégation, au nom et pour le compte du département, tout ou partie des groupes de compétences suivants :

1° Attribution des aides au titre du fonds de solidarité pour le logement, en application de l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement ;

2° Missions confiées au service public départemental d'action sociale en application de l'article L. 123-2 du code de l'action sociale et des familles ;

3° Adoption, adaptation et mise en œuvre du programme départemental d'insertion, dans les conditions prévues à l'article L. 263-1 du même code ;

4° Aide aux jeunes en difficulté, en application des articles L. 263-3 et L. 263-4 dudit code ;

5° Actions de prévention spécialisée auprès des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu, prévues au 2° de l'article L. 121-2 du même code ;

6° Personnes âgées et action sociale en application des articles L. 113-2, L. 121-1 et L. 121-2 dudit code ou une partie de ces compétences, à l'exclusion de la prise en charge des prestations légales d'aide sociale ;

7° Tourisme en application du chapitre II du titre III du livre Ier du code du tourisme, culture et construction, exploitation et entretien des équipements et infrastructures destinés à la pratique du sport, ou une partie de ces compétences ;

8° Construction, reconstruction, aménagement, entretien et fonctionnement des collèges. A ce titre, la métropole assure l'accueil, la restauration, l'hébergement ainsi que l'entretien général et technique, à l'exception des missions d'encadrement et de surveillance des élèves, dans les collèges dont elle a la charge ;

9° Gestion des routes classées dans le domaine public routier départemental ainsi que de leurs dépendances et accessoires. Ce transfert est constaté par arrêté du représentant de l'Etat dans le département. Cet arrêté emporte le transfert à la métropole des servitudes, droits et obligations correspondantes ainsi que le classement des routes transférées dans le domaine public de la métropole

ENCADRE N°6

DELEGATION ET TRANSFERT DE COMPETENCES

En matière de changement d'autorité pour les compétences citées, le législateur a laissé le choix entre transfert et délégation :

- **dans le cadre d'un transfert**, la métropole exerce l'ensemble de la compétence, et son titulaire initial ne peut plus être tenu pour responsable des actions décidées, ce qui implique également une mise à disposition de l'ensemble des biens et ressources nécessaires à l'exercice de la compétence (article L.1321-1 du CGCT) ;
- **dans le cadre d'une délégation**, la métropole exerce la compétence sur la base des orientations fixées par le conseil départemental, ce qui fait porter la responsabilité juridique et financière sur ce dernier (article L. 111-8 du CGCT).

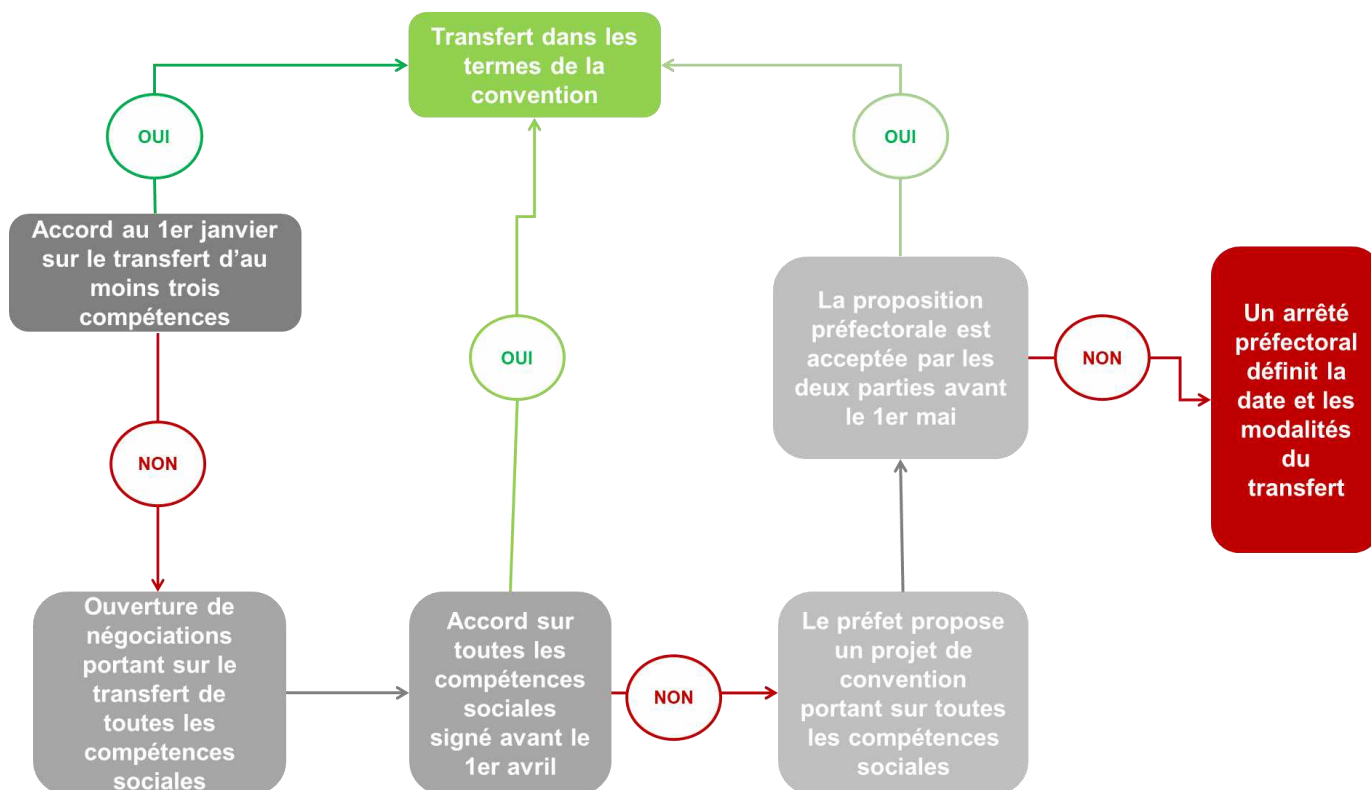
La modalité sélectionnée est d'autant plus importante, qu'il n'est pas prévu de clause de revoyure concernant les transferts de compétences réalisés comme le soulignait Frank PERINET, directeur général des services du Conseil départemental de Loire-Atlantique.

Parmi les neuf groupes de compétences citées par la loi, les six premiers concernent des politiques sociales. Les groupes de compétences sociales sont en réalité au nombre de sept puisque l'alinéa 6 mentionne à la fois les compétences « personnes âgées » et « action sociale ».

La loi vient également fixer le contenu des conventions de transfert ou de délégation :

- compétences ou groupes de compétences concernées ;
- conditions financières de transfert ;
- conditions de transfert en matière de ressources humaines.

La loi mentionne enfin la procédure d'élaboration de la convention, dans un délai de deux ans suivant la création de la métropole, comme décrit dans le schéma ci-dessous⁴³.



Selon la lecture qui en est faite, le choix du législateur reflète soit une volonté de contraindre les métropoles à prendre leurs responsabilités dans le domaine social, soit une remise en question de la gestion départementale des dispositifs concernés.

Le transfert concerne dans la plupart des cas l'aide aux jeunes, le fonds de solidarité logement ou encore la prévention spécialisée

Suite à l'obligation inscrite dans la loi et sous le coup d'un éventuel transfert de plein droit de l'ensemble des compétences pré-ciblées, conseils départementaux et métropoles sont parvenus en 2016 à établir des conventions de transferts assurant la transmission d'une autorité à l'autre d'au moins trois des neuf compétences concernées.

En ce qui concerne plus spécifiquement les compétences sociales et sur le périmètre des douze métropoles de droit commun, le bilan des conventions fait ressortir que :

- toutes ont pris en charge le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) ;
- plus de 80% d'entre elles (dix sur douze) ont pris en charge le fonds de solidarité logement (FSL) ;
- plus de 60% d'entre elles (huit sur douze) ont opté pour la prévention spécialisée ;

⁴³ L'année de référence prévue est calculée en n+2 par rapport à la date d'acquisition du statut de métropole.

- seule Nantes métropole a opté pour la compétence personnes âgées ;
- aucune n'a pris en charge les missions confiées au service public départemental d'action sociale, ni le plan départemental d'insertion (PDI).

	Fonds solidarité logement (FSL)	Missions du service public départemental d'action sociale	Fonds d'aide aux jeunes (FAJ)	Plan départemental d'insertion (PDI)	Prévention spécialisée	Personnes âgées
Bordeaux						
Brest						
Grenoble				*		
Lille						
Montpellier						
Nancy	*					
Nantes						*
Nice						
Rennes	*					
Rouen						
Strasbourg						
Toulouse					*	
Moyenne des ETP transférés	9,7		1,2		0,4 ⁴⁴	0,25
Moyenne du montant des dotations annuelles (en milliers d'euros)	2 700		440		2 400	530

Bilan des transferts/délégations de compétences sociales en application de la loi NOTRe⁴⁵

Si le transfert a globalement été le choix privilégié, certains conseils départementaux ont opté pour la délégation, voire parfois pour un mélange entre les deux, y compris au sein d'une même compétence :

- **le Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle** a par exemple préféré déléguer la compétence du fonds de solidarité logement (FSL) pour une durée de deux ans seulement. Les six équivalents temps plein (ETP) correspondants ont donc été mis à la disposition de la métropole du Grand Nancy ;
- **le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine** a scindé la compétence FSL en deux : la partie « accompagnement social des ménages », qui recouvre notamment les subventions aux associations, a fait l'objet d'un transfert à la métropole de Rennes alors que la partie « aides financières aux ménages », correspondant par exemple aux aides accordées aux ménages, a seulement fait l'objet d'une délégation.

En matière de prévention spécialisée, il est à noter l'important transfert de personnel du Conseil départemental de Haute-Garonne vers la métropole toulousaine en comparaison avec d'autres conseils départementaux ayant opté pour le transfert de cette compétence. Ce sont ainsi soixante postes et la gestion de huit clubs de prévention que le Conseil départemental de Haute-Garonne a transféré à Toulouse Métropole.

Il est à noter également que si certaines compétences n'ont fait l'objet d'aucun transfert comme le plan départemental d'insertion (PDI), conseils départementaux et métropoles ont pu traiter certains

⁴⁴ Hors métropole de Toulouse en raison de l'effet volume du transfert (soixante postes).

⁴⁵ Les (*) correspondent aux spécificités relevées

Voir ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif des transferts et/ou délégations de compétences sociales

de ces sujets par des rapprochements formalisés. A cette image, un pacte territorial pour l'insertion et l'emploi a été proposé pour la période 2017-2021 entre le Conseil départemental de l'Isère et la métropole grenobloise, faisant notamment suite à la mutualisation en 2015 de dispositifs d'accompagnement mis en œuvre au titre du plan local pluriannuel pour l'insertion et l'emploi (PLIE) ou du revenu de solidarité active sur le parcours emploi renforcé.

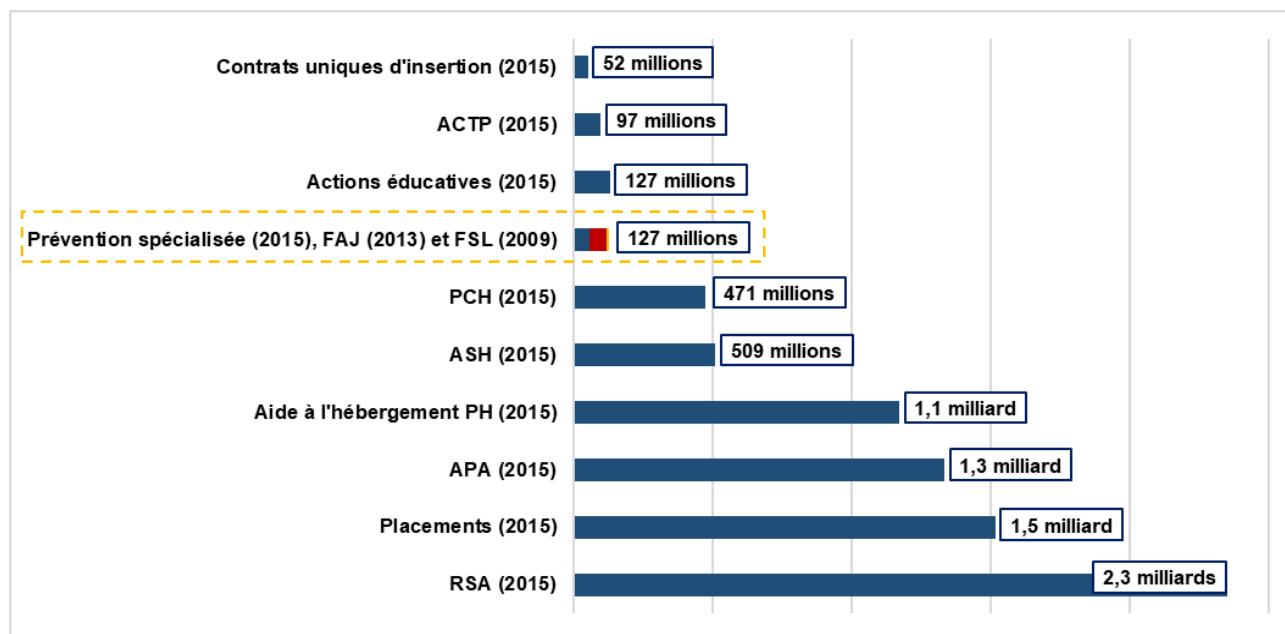
Soulignons enfin que le Conseil départemental de Loire-Atlantique est le seul à avoir fait le choix de transférer à sa métropole une partie de ses compétences personnes âgées. En l'occurrence, il a transféré la compétence relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) soit huit structures de niveau 3 présentes sur le périmètre de Nantes Métropole, sur vingt et un au total dans le département.

2.2. A court terme, les effets des lois NOTRe et MAPTAM restent limités en termes de transformation de l'organisation territoriale de l'action sociale

Des compétences aux volumes financiers limités

En observant de plus près les principales compétences sociales transférées des conseils départementaux aux métropoles, il apparaît que le volume financier concerné reste extrêmement limité. Le poids cumulé des dépenses sociales relatives à l'aide aux jeunes (FAJ), au fonds de solidarité logement (FSL) et à la prévention spécialisée des conseils départementaux représente à peine 5,5% des 2,3 milliards d'euros de dépenses relatives au RSA dans les départements comptant une métropole de droit commun. Pour donner un autre élément de comparaison, la compétence « collèges » transférable dans le cadre de la loi MAPTAM représentait en 2015 978,8 millions d'euros de dépenses totales⁴⁶.

Ainsi comme le souligne Evelyne SYLVAIN, directrice générale adjointe aux solidarités du Conseil départemental du Nord, les prises de compétences par la métropole sont extrêmement « cernées » et n'ont pas d'impact fondamental sur l'équilibre financier départemental.



Les grandes dépenses sociales des conseils départementaux comptant une métropole de droit commun sur leur territoire⁴⁷

⁴⁶ Direction générale des collectivités locales (DGCL), les budgets primitifs 2015 des conseils départementaux.

⁴⁷ Enquêtes DREES 2009, 2013 et 2015 LAQUELLE EXACTEMENT ? sur les dépenses des conseils généraux/départementaux des Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Finistère, Gironde, Haute-Garonne, Hérault, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle, Nord et Seine-Maritime

Un impact limité sur le contenu des politiques concernées par les transferts à court terme

Dans la démarche de transferts entre conseils départementaux et métropoles, la volonté de limiter au mieux les perturbations dans les politiques mises en œuvre a semble-t-il été très présente. Aussi bien le choix des compétences que leurs modalités de transfert ont été guidés par le souci de ne pas bouleverser la gouvernance locale.

Sur le fond des compétences transférées, il transparaît des conventions une volonté pour les collectivités de se prémunir de changements trop radicaux des dispositifs, à court terme en tout cas. Ainsi, malgré les transferts effectifs de compétences – avec des dotations de compensation et des moyens en équivalent temps plein à la clef⁴⁸ – des efforts ont été déployés afin de ne perturber et ne modifier qu'à la marge les dispositifs actuellement à l'œuvre.

Plusieurs exemples, observés lors de nos entretiens, montrent bien cette volonté de maintenir le *statu quo* malgré les transferts :

- Peggy BOURDIN, directrice relations usagers et citoyenneté à la Métropole européenne de Lille (MEL) rappelle que trois principes ont guidé les transferts de compétence au sein de la métropole lilloise : la dimension stratégique de la compétence, l'évaluation d'une plus-value métropolitaine et enfin, la perturbation limitée des politiques publiques en place. Ceci a notamment amené la métropole à ne pas se positionner trop fortement sur le transfert de la prévention spécialisée dont les enjeux financiers étaient très importants pour le Conseil départemental du Nord, quand bien même cela lui aurait permis de bâtir une politique jeunesse plus complète ;
- en ce qui concerne la métropole toulousaine, la convention de transfert liant le Conseil départemental de Haute-Garonne et Toulouse Métropole précise que pour le FSL, les règles de fonctionnement
 - « sont définies par un règlement intérieur départemental que Toulouse Métropole s'engage à adopter et mettre en application sur son territoire afin d'harmoniser les conditions d'éligibilité au dispositif et les conditions de la mise en œuvre des actions en relevant sur le territoire départemental. Le Conseil départemental et Toulouse Métropole conviennent que toute évolution ultérieure du règlement intérieur du FSL se fera de façon concertée entre eux » et que « le transfert du FSL à Toulouse Métropole est sans incidence sur les missions des services départementaux prescripteurs ».

Ainsi, les maisons des solidarités du Conseil départemental restent compétentes sur l'ensemble du département pour prescrire les demandes d'aides et constituer le dossier de demande avec les usagers ;

- de la même manière entre le Conseil départemental de la Gironde et Bordeaux Métropole, la convention précise que
 - « [pour] garantir une pleine équité départementale entre les jeunes en difficulté financière résidants sur le territoire de la Métropole et hors du territoire de la Métropole, les règlements d'intervention de ces collectivités devront veiller à une

⁴⁸ Voir ANNEXE N°8 : Tableau récapitulatif des transferts et/ou délégations de compétences sociales

certaine cohérence dans les critères d'éligibilité ayant les mêmes objectifs d'insertion. »

En parallèle, une volonté du législateur de renforcer le conseil départemental en matière de gouvernance locale de l'action sociale

Parallèlement à ce transfert imposé de compétences aux métropoles, des lois supplémentaires viennent renforcer le rôle et la position du conseil départemental déjà désigné « chef de file » en matière d'action et développement social, d'autonomie des personnes ou encore de solidarité des territoires par la loi MAPTAM. La loi d'accompagnement de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 ou encore la loi sur la protection de l'enfant du 14 mars 2016 viennent renforcer plus décisivement le rôle des conseils départementaux en matière de gouvernance de l'action sociale. L'impact financier, en particulier de la loi vieillissement, s'avère bien plus important, avec la revalorisation de l'APA annoncée à plus de 450 millions d'euros par an pour une allocation représentant 5,5 milliards d'euros par an.

Deux exemples illustrent ce renforcement relatif des conseils départementaux en matière de gouvernance :

- la présidence de la « conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » confiée aux conseils départementaux par la loi vieillissement, formalise le rôle de chef de file départemental en matière d'autonomie des personnes⁴⁹ ;
- la responsabilité de l'élaboration d'un protocole avec « les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention » (CAF, services de l'Etat, communes) confiée au président du conseil départemental par la loi de protection de l'enfant. Ce protocole, qui « définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées », s'ajoute à celui déjà prévu pour la centralisation du recueil des informations préoccupantes au sein de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations (CRIP).

Au final, pas de bouleversement mais une évolution de paradigme en cours

La réforme territoriale ne règle pas le problème majeur de l'insertion sociale à cause d'une interpénétration toujours trop faible des compétences économiques et sociales.

En comparaison, l'enjeu de la gestion de l'APA ou du RSA apparaissent bien plus déterminants que tous les transferts de compétences sociales induits par les lois MAPTAM ou NOTRe. Les montants financiers mis en jeu révèlent la faible ambition réformatrice et l'impact extrêmement relatif de ces lois sur la gouvernance de l'action sociale en France. L'évolution de l'APA, la mise en place d'un APA 2 pour les aidants ou encore la recentralisation du RSA pourraient avoir un impact financier bien plus important pour les conseils départementaux et l'Etat tout en réinterrogeant en profondeur la nature de la gouvernance de l'action sociale.

La loi MAPTAM complète des dispositifs qui offraient déjà une latitude importante en termes d'organisation et d'exercice des compétences sociales. Comme le souligne Claudy LEBRETON, ex-président de l'Assemblée des départements de France (ADF), les délégations de compétences étaient d'ores et déjà possibles par les conseils départementaux avant la loi MAPTAM et rien n'empêchait l'émergence de l'intercommunalité sociale, à l'image des CIAS. En revanche, la loi MAPTAM introduit une rupture en ce qu'elle permet une politique d'incitation et de coercition par voie législative.

⁴⁹ Décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Par ailleurs, cette loi ne propose pas de renouvellement de l'analyse politique de l'organisation de l'action sociale locale dont la clef d'entrée reste avant tout financière et la logique politico-administrative, sectorielle et verticale. Or, selon Robert LAFORE, les acteurs eux-mêmes reconnaissent l'intérêt d'une approche transversale et globale des problématiques. Ceci conduit principalement à un partage des rôles sans vision d'ensemble. L'action sociale n'est plus organisée selon une seule unité administrative et ne se conçoit plus comme une politique sectorielle à part. Elle irrigue désormais l'ensemble des politiques publiques.

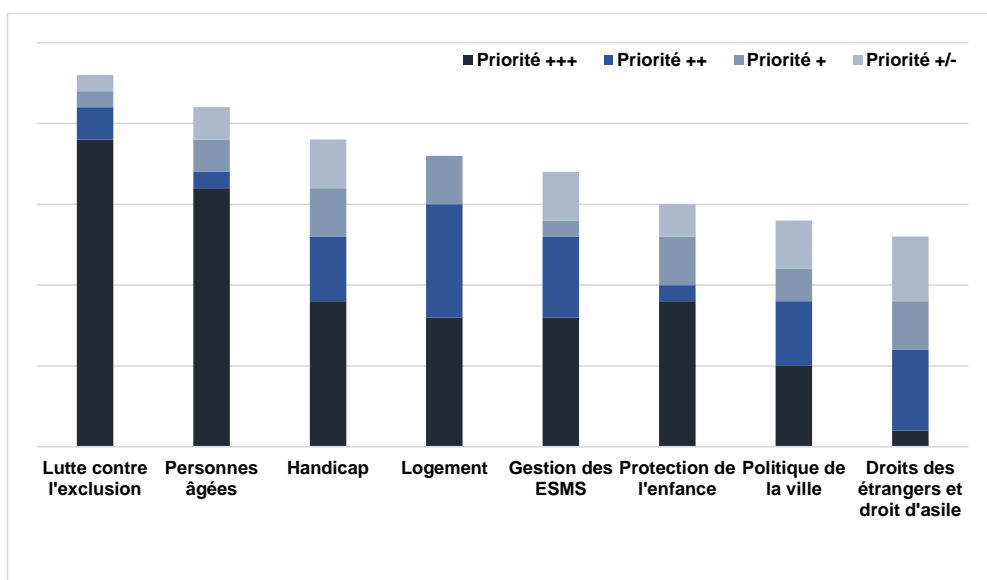
Notons également que l'évaluation de l'impact du transfert de compétences est difficile à établir sur une période aussi courte depuis son effectivité. Il s'agira d'analyser dans le temps l'impact réel de ces délégations ou transferts sur le dialogue inter-collectivités ou encore sur les dynamiques potentiellement créées entre acteurs autour de politiques partagées.

2.3. Les objectifs des lois NOTRE et MAPTAM et les priorités en matière d'action sociale des collectivités divergent

Un écart significatif entre les compétences transférées et les priorités annoncées par les collectivités

Avec l'affirmation du conseil départemental comme chef de file de l'action sociale et la montée en puissance des intercommunalités, se dessine désormais une concurrence d'initiatives sur les territoires.

Sur la base des questionnaires renseignés par le panel de collectivités interrogées, les réponses indiquent une prédominance des enjeux de lutte contre l'exclusion et l'accompagnement des personnes âgées. Ces politiques ont été classées avec le plus haut niveau de priorité par respectivement 19 et 16 collectivités sur un total de 26 interrogées. Or les compétences transférées dans la majorité des cas (FSL, FAJ et prévention spécialisée) n'ont que très peu d'interactions avec la compétence « personnes âgées » et de manière contingente avec la thématique de la « lutte contre l'exclusion et la pauvreté ». Ainsi, la mention avec le plus haut niveau de priorité des problématiques logement (8), protection de l'enfance (9) et politique de la ville (5), pourtant complémentaires avec les compétences transférées, montrent que les lois NOTRE et MAPTAM n'ont pas conduit à une convergence des initiatives. Les conseils départementaux restent ainsi les acteurs incontournables pour les trois champs d'action sociale arrivés en tête de nos réponses (lutte contre l'exclusion, personnes âgées et handicap).



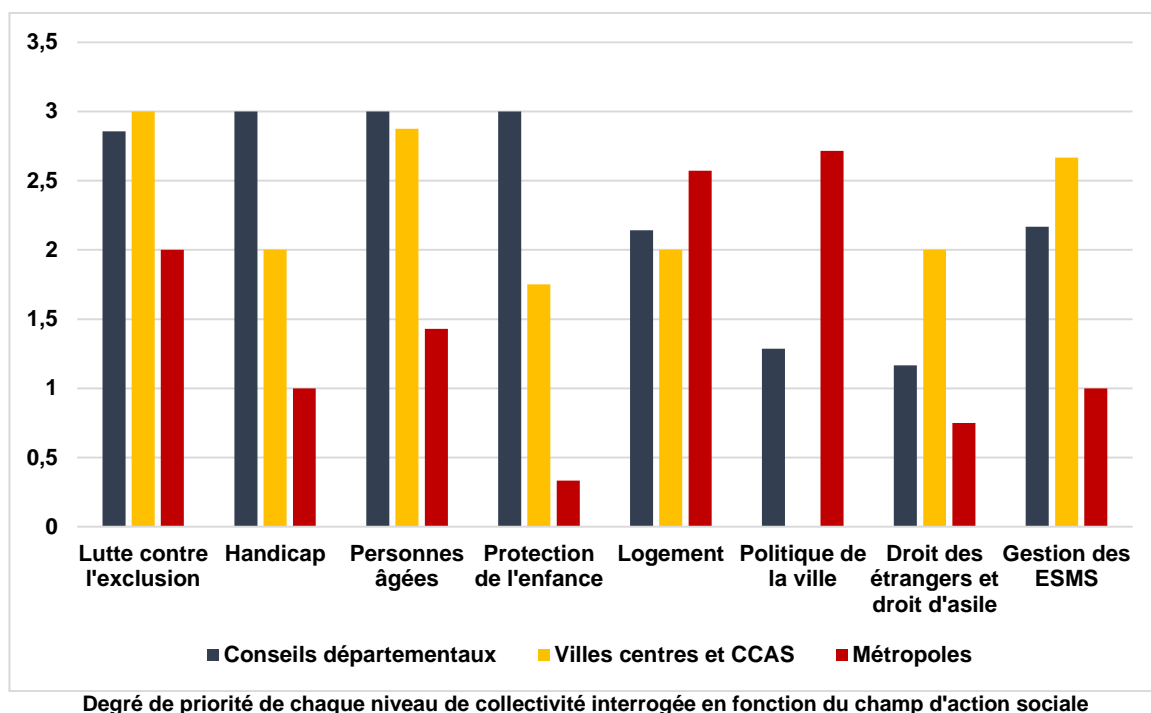
Degré de priorité des acteurs interrogés en fonction du champ d'action sociale

La difficulté de ces réformes est le cloisonnement qu'elles ont induit en n'incitant pas les acteurs à se saisir formellement de champs d'activité connexes ou complémentaires à leur cœur d'activité. La déclaration des priorités sociales par échelon territorial illustre ce phénomène repris dans le graphique suivant.

A ce titre, les conseils départementaux placent leur cœur de métier au sommet de leurs priorités : lutte contre l'exclusion, handicap, personnes âgées et protection de l'enfance. Dans ces quatre domaines, les métropoles sont davantage en retrait, dans une moindre mesure en ce qui concerne la lutte contre l'exclusion qui comporte un volet de politique économique.

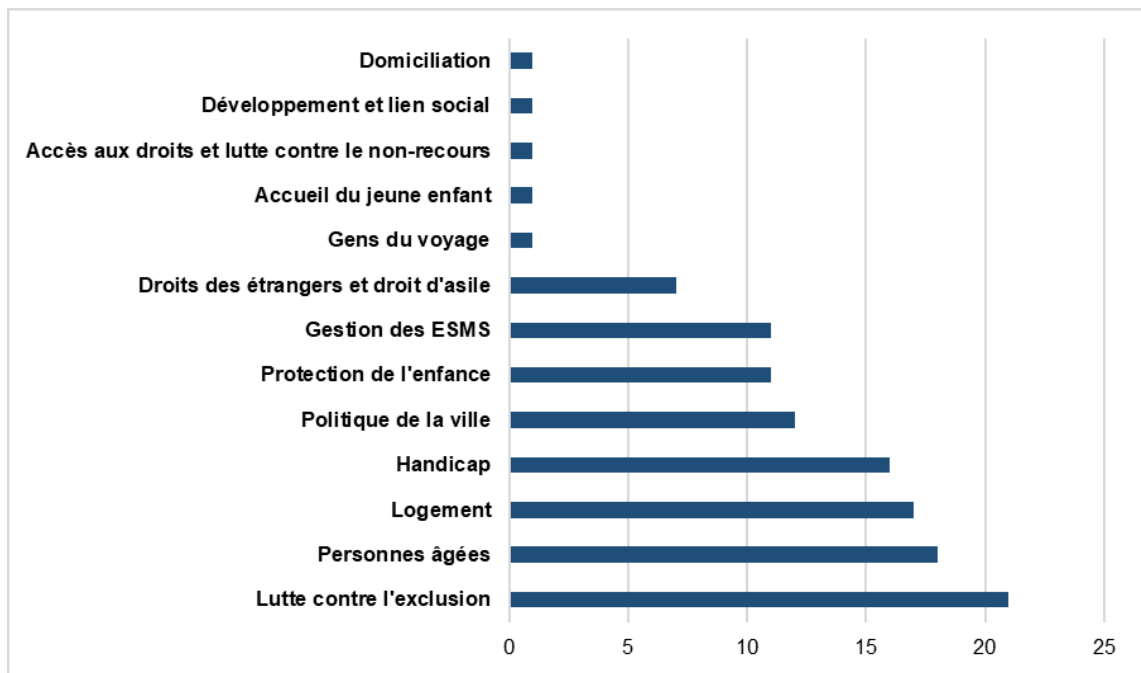
A l'inverse, les conseils départementaux sont relativement désinvestis en ce qui concerne le logement et la politique de la ville alors que les métropoles y déploient davantage d'efforts. En ce qui concerne les villes, elles semblent se positionner en soutien de l'un ou l'autre de ces deux

acteurs avec une priorisation systématiquement moyenne. Un champ de l'action sociale semble particulièrement désinvesti : celui relatif aux droits des étrangers et au droit d'asile⁵⁰.



Les communes et métropoles ont, en revanche, indiqué qu'elles exerçaient des compétences allant au-delà de celles qui avaient pu leur être transférées ou déléguées. A ce titre et en dehors de tout cadre spécifique, elles sont actives majoritairement en faveur de la lutte contre l'exclusion, de l'accompagnement des personnes âgées et de la politique du logement. Ceci est parfaitement concordant avec les priorités qu'elles ont affichées précédemment. Toutefois, ceci illustre une réelle dichotomie entre les transferts et délégués officiellement réalisés et les chantiers en matière d'action sociale effectivement mis en œuvre localement. La loi n'a donc pas permis l'établissement d'un cadre de coopération suffisant et a conduit à laisser se multiplier des actions non coordonnées et potentiellement concurrentes.

⁵⁰ Le score de zéro en ce qui concerne l'action des communes dans l'item « politique de la ville » s'explique par contre par des effets statistiques dus à l'absence de réponse de la part des communes sollicités sur ce domaine.



Actions entreprises par les acteurs locaux interrogés en dehors des transferts et délégations