

L'échelon communal

Un échelon pertinent, sollicité mais non reconnu

Les communes sont aujourd'hui très sollicitées dans le domaine social, médico-social et sanitaire, il n'en a pas toujours été ainsi et, pour autant, il n'est pas sûr que les communes se satisfassent pleinement de la situation nouvelle.

Un débat escamoté

Longtemps les communes ont été cantonnées dans le rôle d'auxiliaire de l'aide sociale légale avec un zeste de personnes âgées, deux doigts de mode d'accueil de la petite enfance et d'aide facultative.

L'État était tout puissant avec vocation à réparer les quelques ratés du progrès économique à l'aide de politiques sectorielles.

La décentralisation aurait pu donner l'occasion de remettre en jeu l'échelon communal, il n'en fut rien, le législateur a choisi la facilité en opérant un léger glissement des services déconcentrés de l'État (DDASS) vers le conseil général, déjà sensibilisé par ces mêmes services aux politiques sociales menées de façon soutenues à l'échelle départementale. Il s'est par ailleurs évité le douloureux dossier d'une réforme communale ayant pour objet de regrouper les 36 000 communes françaises en un plus petit nombre d'unités moins disparates.

Les lois de décentralisation n'ont fait qu'effleurer l'échelon communal sans qu'aucun vrai débat ne soit engagé sur la

pertinence de l'échelon départemental, sur la redéfinition des missions de l'État, sur l'évolution de l'action sociale... que l'on sentait pourtant poindre puisque cette inquiétude par rapport à la maîtrise des dépenses a précisément été l'une des raisons du désengagement marqué de l'État dans ce secteur.

Le grand bazar institutionnel

Malgré les sollicitations dont elle est l'objet, la commune ne peut se satisfaire de la situation actuelle compte tenu de la totale désagrégation du cadre dans lequel elle évolue.

Le champ de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire est en effet totalement désorganisé sur le plan institutionnel :

- absence de leader véritable, le département étant fréquemment enclin à ne point trop s'investir par peur de trop dépenser ;
- l'État est exsangue dans les DDASS, les DRASS sont encore loin géographiquement et fort peu marquées par la culture sociale ou médico-sociale.

Les répartitions des compétences sont on ne peut plus contestables et surtout elles sont restées figées dans un partage du champ qui date de 10 ans. Toutes les réformes ultérieures ont consciencieusement mélangé les responsabilités sous couvert de partenariat.

Les textes sont tellement contradictoi-

res et dépassés qu'ils ne constituent plus un cadre pour le fonctionnement.

À titre d'exemple, on peut se demander s'il existe encore des responsables de CCAS suffisamment masochistes pour créer et gérer un établissement social ou médico-social, où il leur sera imposé la composition du conseil d'administration, un directeur dont la carrière est gérée directement par le ministère des Affaires Sociales et dont le personnel relèvera du statut de la fonction publique hospitalière.

Les missions des institutions clefs n'ont pas été redéfinies. Plus grave, c'est la panne politique des principaux acteurs et on voit bien comment le blocage de dossiers aussi cruciaux que celui sur la dépendance ou sur le service social, illustre tout ce qui a été dit plus haut.

Il n'y a donc plus de repère, plus de règle de jeu, ce qui conduit à prêter d'autant plus facilement toutes les vertus au « local », au « terrain » ; ce qui conduit aussi à réclamer à l'échelon de proximité réel que constitue la commune une contribution financière accrue et la participation de ses moyens humains.

Beaucoup de sollicitations donc, tous azimuts : logement social, insertion, emploi, prévention de la délinquance, lutte contre toutes les formes d'exclusion, mais dans des logiques verticales, pilotées par des institutions qui raisonnent en politiques sectorielles et qui, à coup d'incitations financières dont les effets pervers sont patents, essaient de s'attirer le concours des communes.

Vers une reconnaissance des communes...

Il est temps de reconnaître la commune comme un échelon pertinent de conduite des politiques sociales et comme partenaire à part entière.

L'État en premier lieu, les conseils généraux et les organismes de Sécurité sociale ne peuvent solliciter les villes de façon croissante sans leur accorder corrélativement une vraie reconnaissance.

Celle-ci devrait passer par une réelle prise en compte des communes dans des

textes enfin actualisés, par des compensations financières à l'instar de ce qui s'est produit pour les départements lors du transfert de compétences, par un partenariat plus équilibré, plus systématique, sur les grands dossiers.

Il faut affirmer clairement que les politiques sociales et médico-sociales ne peuvent plus s'élaborer, ni se conduire en dehors des communes, il en va de l'efficacité et de la pertinence même de celles-ci.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler deux ou trois évidences fortes qui viennent étayer ce propos :

- nous sommes dans une société essentiellement urbaine — et qui le devient de plus en plus — ou les problèmes sociaux se manifestent de façon criante — voire violente — dans les villes.

- les problèmes sont devenus à ce point complexes et spécifiques que seule une observation très fine — donc très rapprochée — peut permettre d'analyser les phénomènes et tenter ensuite d'apporter des réponses.

- les handicaps sociaux liés à l'exclusion sont cumulatifs tant au niveau individuel qu'au niveau collectif (quartiers relégués).

Face à cela l'échelon central continue à considérer benoîtement :

- que les conseils généraux, qui sont d'abord les représentants de la ruralité, sont les mieux placés pour s'occuper des questions sociales.

- qu'il convient de déconcentrer au compte-gouttes car il faut bien laisser toutes leurs prérogatives aux administrations centrales.

- que par voie de conséquence, les logiques prioritaires sont verticales et de préférence cloisonnées plutôt qu'horizontales.

... et une valorisation de la citoyenneté

Les villes n'ont certes pas toutes les vertus, toutes les réponses et encore moins toutes les solutions. Elles sont toutefois capables — elles l'ont déjà prouvé à maintes reprises — d'innover et d'expé-

rimer pour répondre à un problème qu'elles ont vu poindre.

Elles sont en train de transformer leurs organisations pour un fonctionnement plus transversal qui conjugue si possible intelligemment les moyens et les compétences. En un mot, elles tentent de s'adapter à la situation sociale nouvelle avec une vitesse de réaction qui mérite peut-être quelque considération.

Bien entendu, il y a encore la place pour des réponses curatives aux problèmes sociaux, mais à l'évidence cela devient de plus en plus insuffisant. L'action sociale ou médico-sociale doit s'orienter avec détermination vers la fabrication de relations sociales, de tissu social, vers ce qui conduit à une meilleure reconnaissance sociale de tous ceux, de plus en plus nombreux, qui sont en dehors du marché du travail et dont l'insertion sociale ne passe plus par la sphère professionnelle.

Ce qui est en jeu, c'est la capacité à favoriser la citoyenneté, la participation à la vie publique, au moins autant que de gérer de façon plus ou moins cohérente toutes les formes d'aide.

Si ce diagnostic est partagé par nos décideurs nationaux, alors il faut qu'ils aient le courage de réformer radicalement afin de clarifier le champ sanitaire et social, d'adapter les missions des acteurs, et d'accepter l'échelon communal comme un interlocuteur, partenaire à part entière des politiques sociales... serait-ce trop demander, serait-ce trop ambitieux ? ■

Jean Laour

Secrétaire général adjoint, chargé de la solidarité et de la vie sociale, Laval