

P. P. A. U. D.

TEL 92 92 10 07 90 - Fax 92 92 10 02 92

13391 Marseille Cedex 3
3, Place Victor Hugo - Case 75
Université de Provence

Les politiques sociales de la vieillesse au détour de la décentralisation

Philippe PITAUD*, Brigitte DHERBEY**, Daïba LAZREUG*

Le programme de recherche "Services urbains et personnes âgées dépendantes" au travers de l'exploration de douze sites urbains distribués sur six départements a offert l'opportunité de rassembler un certain nombre de données sur la décentralisation, ses effets induits ainsi que sur les dysfonctionnements observables. Ce chapitre se nourrit des travaux des six équipes de recherche, des pratiques et connaissances des auteurs dans les départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, enfin de la réflexion générale de l'équipe sur le thème des politiques sociales.

Dans le cadre de la recherche, le thème de la décentralisation et de ses effets induits sur la construction des politiques en direction des personnes âgées comme de leur exercice est apparu incontournable dans la mesure où il constitue le cadre de l'action elle-même¹.

Une politique d'action sociale est une suite réglée de mesures et de décisions politico-administratives visant à orienter l'action en direction d'un groupe déterminé dans un domaine ciblé, afin d'en modifier la situation et ce, dans le cadre de la recherche de l'intérêt général de la communauté. Elle se traduit donc dans des discours, des prises de position et passe par

* Institut de gérontologie sociale, Marseille.

** ALFA, Ingénierie sociale, Marseille.

1. Rapport de recherche de référence, *Politiques sociales et personnes âgées ; l'offre et les processus de recours aux services dans le contexte de la décentralisation*, IGS-ALFA/Plan urbain, MIRE, Marseille, 1991, 275 p.

les acteurs de sa mise en oeuvre. Elle suppose, au préalable, la définition d'une "cible".

Les politiques d'action sociale ont des "cibles" multiples dont l'ordre de priorité évolue : les jeunes, les femmes, les immigrés, les chômeurs, les pauvres, les personnes âgées, qu'il s'agisse des retraités ou des "dépendants". Une politique en direction des personnes âgées suppose : l'identification de ce groupe de population comme ayant des caractéristiques propres ; la reconnaissance d'une situation susceptible d'être modifiée au travers de l'exercice des solidarités formelles avec, en préalable, la reconnaissance d'un cadre à améliorer (besoins non couverts). Il n'y a ainsi pas de politique sociale sans analyse des rapports sociaux entretenus par les divers groupes sociaux, sans une volonté d'agir sur ces rapports, sans des représentations de ces catégories de population qui sous-tendent l'action et son développement.

Ceci étant, une analyse des politiques sociales passe donc nécessairement par : une analyse des représentations des âges et de la place concédée aux groupes d'âges au sein de la société ; une analyse des discours et mesures produits ; une approche historique des conditions d'émergence des politiques, objet de la réflexion, conditions elles-mêmes en interaction permanente avec les pratiques sociales dont on rappellera avec M. Godelier² qu'elles sont des idéologies en acte.

Aperçu historique des politiques sociales de la vieillesse

Les politiques dites de la vieillesse en France ont connu, depuis les années soixante, un développement spécifique qui a été accompagné par une tentative d'homogénéisation voire de planification avec le VI^{ème} Plan et le VII^{ème} Plan et les Plans gérontologiques départementaux, puis, plus récemment, avec la décentralisation, d'une programmation locale avec les Schémas départementaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux³. Un ensemble de mesures sociales et médico-sociales à l'adresse des retraités et personnes âgées s'est peu à peu développé.

-
2. M. Godelier, *L'idéal et le réel*, Paris, Fayard, 1984.
 3. P. Pitaud, F. Le Merlus, "Du plan gérontologique au schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux", in *Revue Echange et santé*, Paris, ministère des Affaires sociales n° 54, 1988, pp. 57-61.

Pour saisir quels sont, aujourd'hui, les débats et les enjeux de la politique vieillesse en France, nous en examinerons d'abord les origines⁴ à travers un bref recentrage historique. Après la Deuxième Guerre mondiale, la création de la Sécurité sociale avait comme objectif "la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité"⁵. Si le système des retraites s'est peu à peu généralisé à toutes les catégories de la population, cela s'est fait au détriment de l'unification. Le droit à la retraite est segmenté professionnellement. Il existe une mosaïque de régimes et de caisses complémentaires qui conduit à une situation inégalitaire des retraités vis-à-vis de certaines prestations sociales (l'aide ménagère à domicile par exemple).

Par ailleurs, la généralisation des retraites a eu, comme conséquence sociale, de dessiner les contours d'une population identifiable. Cette population clairement délimitée va devenir l'objet d'une politique sociale portant sur les modes de vie. Cette politique va être définie au début des années soixante. A ce moment-là, la situation de pauvreté relative des personnes âgées, eu égard à l'élévation du niveau de vie des ménages actifs, devient une préoccupation de l'opinion publique.

Une commission d'étude est mise en place par le gouvernement. Elle publie en 1962 un rapport⁶ qui propose un nouvel angle d'approche des problèmes de la vieillesse : sortir du schéma assistanciel pour mettre en oeuvre un projet global d'insertion sociale de cette population. Sur le fond, le contenu de ce rapport ne sera jamais remis en cause. Il préconisait un ensemble de mesures qui, aujourd'hui encore, constituent l'ossature de notre politique vieillesse et en traduit les enjeux. Le rapport, après avoir diagnostiqué le problème majeur dont souffrent les personnes âgées, à savoir l'exclusion sociale, affirme "le droit pour les personnes âgées d'avoir leur place dans la société. La vieillesse ne doit plus être exclusion, passivité, dépendance, mais elle devient active, intégrée, autonome"⁷.

4. L'analyse historique qui va suivre s'appuie très largement sur les travaux d'Anne-Marie Guillemard et notamment, *La retraite : une mort sociale*, Ed. Mouton 1970 ; *La vieillesse et l'Etat*, PUF, 1980, 225p.; *Le déclin du social*, PUF, 1987.

5. Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la Sécurité sociale, cité par Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, Collection Espace social, 1971, 344p.

6. Rapport dit rapport Laroque du nom du président de la Commission, *Politique Vieillesse*, la Documentation française, 1962.

7. Dherbey, Cadenat, *A propos de la politique vieillesse*, université de Grenoble, 1981, 98p. ronéotées.

Ainsi le rapport faisait-il plusieurs propositions. Il préconisait de mettre en place une politique préventive en amont de la retraite, en agissant sur l'emploi. Il recommandait en second lieu de donner la priorité au maintien à domicile : solution plus humaine qui évite la ségrégation en permettant aux personnes âgées de rester en contact avec leur environnement familial et affectif et, par là même, de poursuivre une vie sociale. Pour cela, une offre en logements bien implantés et en services à domicile est reconnue comme nécessaire. Elle doit s'adresser à toute la population sans conditions de ressources. Les services nécessitent une coordination réfléchie et suivie, ainsi qu'une formation des personnels. L'aspect sanitaire était présenté comme un corollaire essentiel aux services et logements offerts ; la prévention et l'aide médicale à domicile étaient à développer.

Il était préconisé de faire évoluer l'hébergement collectif des personnes âgées, le seul critère d'entrée en établissement devant être l'état de santé. Les hospices devaient être transformés⁸ et la qualité des établissements améliorée : ils ne devaient pas excéder quatre-vingts lits, permettre l'accueil des couples, offrir des chambres individuelles aménageables par les pensionnaires. L'offre d'hébergement devait être élargie à l'accueil pour des périodes courtes, par exemple, de malades ne nécessitant pas de soins médicaux lourds.

Le rapport Laroque proposait enfin de développer une politique d'information et d'éducation à l'intention de l'opinion publique afin de permettre une meilleure cohabitation entre les générations et le développement de la solidarité.

Après le rapport Laroque, il faudra attendre le VI^{ème} Plan⁹ pour qu'un programme soit mis en oeuvre. Il est précédé par la réflexion d'un groupe préparatoire¹⁰ qui réaffirme les priorités du rapport Laroque et dénonce la séparation entre le secteur social et le secteur sanitaire comme étant arbitraire en ce qui concerne les personnes âgées.

Un programme d'action expérimental et incitatif, retenant trois priorités, va être mis en place. Il s'agit de favoriser le maintien à domicile, de mettre l'accent sur la prévention et d'adapter au maximum les formules de soins aux personnes âgées. Un principe est retenu pour la mise en oeuvre opérationnelle : la création de secteurs géographiques qui doivent

-
8. Une loi en 1975 a prévu la disparition des lits d'hospice et leur transformation en dix ans. Or, en 1990, il reste environ 33% de lits à transformer.
 9. A l'occasion du VIème Plan, un programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées va être mis en oeuvre, J.O. du 17 février 1972.
 10. Rapport de l'intergroupe "Personnes âgées", *Problèmes relatifs aux personnes âgées*, Commissariat général du Plan, Paris, la Documentation française, 1971.

promouvoir chacun un ensemble d'actions¹¹ pour être financés. Le programme devait éviter le placement en maison de retraite de cent mille personnes âgées. Le nombre de secteurs prévus ne sera pas atteint, la totalité des crédits ne sera pas engagée. Les centres de jour se développeront très peu. Cet échec s'explique, en partie, par un manque de coordination et par le fait que les services de maintien à domicile se limitent souvent à l'aide ménagère.

Le VII^{ème} Plan consacre un programme d'actions prioritaires aux personnes âgées¹². Il se veut plus ambitieux que le programme finalisé et poursuit quatre objectifs : permettre le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel ; favoriser le retour rapide à domicile après une hospitalisation ; préserver la vie sociale des personnes âgées ; favoriser la participation des personnes âgées à la conception et à la gestion des équipements et services les concernant. Le principe de sectorisation est maintenu (l'objectif est de créer quatre cent quarante secteurs comprenant chacun cinq services et/ou actions). Les services d'accompagnement doivent être multipliés : amélioration de l'habitat, information, prévention, restauration, animation. L'aspect sanitaire doit être développé au travers notamment des services de soins à domicile. Peu de services seront créés. Ce sont essentiellement des professionnels libéraux qui signeront les conventions de secteurs. Ce dernier point repose avant tout sur une coordination entre les équipements sanitaires et les équipements sociaux.

Les résultats ne seront pas à la hauteur des espérances suscitées par le Plan. Les services les plus nécessaires au maintien à domicile (mais aussi les plus coûteux), comme les services de soins, seront rarement choisis par les secteurs ; le caractère incitatif des financements fait renoncer certaines municipalités ou associations. La prise en charge parcellisée est accentuée, la coordination peu développée, de même que la politique du logement. Les équipements médico-sociaux sont peu nombreux. La participation des personnes âgées est balbutiante.

Parallèlement au développement d'une politique d'intégration des personnes âgées, des établissements d'hébergement sanitaire ont été créés (1970). Les longs séjours sont destinés à l'accueil des personnes âgées invalides. Ils comprennent un plateau technique et offrent une sur-

11. L'objectif est modeste : création de 337 secteurs (soit environ un secteur par an et par département) desservant chacun environ trois cents personnes âgées et comprenant au moins un club, un foyer-restaurant et un centre d'accueil de jour.

12. Programme d'action prioritaire n°15 (un des vingt-cinq PAP du Plan).

veille médicale constante. Ils sont, le plus souvent, gérés par les établissements hospitaliers. La Sécurité sociale prend en charge le coût sanitaire. L'hébergement est à la charge de la personne âgée, de sa famille ou de l'aide sociale. Les maisons de retraite publiques comme privées peuvent solliciter depuis 1977 la création d'une section de cure médicale, c'est-à-dire l'emploi de personnel soignant. Cet aspect du prix de journée est également pris en charge par la Sécurité sociale. Les sections de cure médicale permettent aux établissements sociaux de maintenir leurs résidents en perte d'autonomie et d'éviter ainsi leur transfert, souvent traumatisant, vers un établissement médicalisé.

Au début des années quatre-vingt, le maintien à domicile est peu développé proportionnellement à l'hébergement. Dans ce domaine, un important effort qualitatif a été entrepris. Cependant, l'environnement socio-économique a connu des bouleversements importants.

La situation économique des retraités s'est très nettement améliorée. "On ne peut plus parler globalement de la population âgée comme d'une population pauvre. La croissance économique et la hausse rapide des transferts sociaux pour la vieillesse expliquent l'amélioration certaine des conditions de vie que l'on observe au cours des dernières décennies"¹³. Entre 1970 et 1978, on observe, selon l'INSEE, une progression du pouvoir d'achat de l'ouvrier retraité de 69%, et celui du bénéficiaire du minimum vieillesse de 122%¹⁴.

Le groupe préparatoire du VIIIème Plan réalise, en 1980, un travail intéressant¹⁵ : il essaie d'évaluer les deux premiers Plans ; il a une vision prospective en s'appuyant sur les données socio-démographiques et économiques ; il dénonce le cycle ternaire de la vie (formation, activité professionnelle, retraite) ; il estime nécessaire de réaliser enfin une véritable politique d'insertion sociale des personnes âgées ; il s'inquiète des conséquences sociales de la politique de pré-retraite qui se développe massivement en France depuis 1972, dans un contexte de crise économique.

Le VIIIème Plan ne sera jamais mis en oeuvre. Le gouvernement socialiste, élu en 1981, préparera dès 1982 le IXème Plan. Dans l'intervalle, une circulaire est publiée le 7 avril 1982, énumérant un ensemble de mesures. Une première innovation consiste à créer des services de soins

13. Rapport *Viellir demain*, Groupe préparatoire au VIIIème Plan, Paris, la Documentation française, 1980.

14. Données rapportées par P. Pitaud et R. Vercauteren in *Description of National Situation ; French Contribution*, Montréal, 15-19 mai 1990, Séminaire international. Centre européen de recherche en politiques sociales affilié aux Nations-Unies, Programme "Shifts in the Welfare Mix".

15. *Viellir demain*, op.cit., p.7.

infirmiers à domicile, spécifiques pour personnes âgées. Elle favorise aussi la création de postes de coordonnateur assurant "la liaison entre les services et les établissements à l'échelon local et au niveau collectif". Cinq cents postes seront créés sur crédits incitatifs de l'Etat qui se désengage en quatre ans. Cette mesure pourtant essentielle sera un échec. Deux causes peuvent être avancées : à terme du financement de l'Etat, les relais locaux n'ont pas toujours pu être trouvés ; mais surtout, les coordonnateurs, souvent employés par des associations prestataires de services ou par des communes, n'ont pu bâtir la légitimité de leur fonction de coordination qu'ils n'ont alors pu exercer. Ils sont ainsi venus renforcer les équipes professionnelles existantes.

Le nouveau gouvernement abaisse, en 1982, l'âge de la retraite de soixante-cinq à soixante ans (compte tenu de la politique des pré-retraites, seulement 25% de cette tranche d'âge étaient encore en activité). Il crée pour la première fois un secrétariat d'Etat chargé des problèmes des personnes âgées et retraitées qui va chercher à promouvoir la participation de cette population aux décisions qui la concernent.

En 1983, se tiendront les Assises nationales des personnes retraitées et âgées qui seront l'occasion d'un travail important de réflexion et de débats sur tous les aspects de la vie des seniors. Dans cette même logique, des instances départementales (les CODERPA, Commissions départementales des retraités et personnes âgées) vont être mises en place. Leur rôle reste aujourd'hui à affirmer et à promouvoir.

Le IXème Plan (1984-1989) ne consacrera pas de "programme d'exécution prioritaire" aux personnes âgées. D'autres problèmes sociaux sont désormais sur le devant de la scène : le chômage, la formation des jeunes, l'insertion. Par contre, l'augmentation progressive du nombre de personnes très âgées amène peu à peu à déplacer l'axe central des préoccupations de la politique gérontologique vers la prise en compte de la dépendance. Le IXème Plan consacre un Programme d'exécution prioritaire (PEP) à la santé qui concerne essentiellement les personnes âgées. En effet, la population âgée (et notamment très âgée) représente la majorité de la population hospitalisée pour des raisons autres que médicales. Sont motivées par des raisons sociales 20% des hospitalisations de personnes âgées en services aigus. Cependant, les temps sont aux resserrements budgétaires : les alternatives à l'hospitalisation vont se développer dans le cadre du redéploiement des postes de soignants, c'est-à-dire sans création de postes nouveaux.

Ainsi, la politique vieillesse, depuis 1962, a été fortement marquée dans ses fondements par l'empreinte de l'Etat qui, cependant, n'est pas seul maître du jeu et doit compter avec les organismes de Sécurité socia-

le. Bien que l'objectif de la politique vieillesse ait toujours été l'intégration sociale des personnes âgées, le maintien à domicile s'est insuffisamment développé. Le seul service existant réellement sur l'ensemble du territoire est l'aide ménagère. Or, le nombre d'heures moyen attribué à une personne âgée n'a cessé de diminuer. Quand d'autres professionnels interviennent auprès d'une personne âgée, il n'y a que rarement des liaisons organisées entre eux. Il en est de même avec le médecin, le voisinage, la famille. L'hébergement collectif reste souvent une solution irréversible, non choisie par la personne âgée.

Le processus de décentralisation de l'action sociale

Le cadre général

Dans ce contexte général va intervenir un bouleversement profond : la décentralisation. L'action sociale va être décentralisée au niveau des départements, ce qui présente l'avantage d'avoir un niveau de proximité important avec les usagers et de constituer l'échelon territorial de déconcentration de l'action sociale de l'Etat.

Il y a lieu de noter que dans la perspective de rapprocher les centres de décision des citoyens, il s'agissait pour l'action sociale de trouver un bon niveau d'intervention au plan local. On a certes pensé aux communes, mais si le niveau de proximité était excellent, leur morcellement apparaissait insurmontable. Le département présentait l'avantage d'avoir des acquis (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale, DDASS), de régler le problème de l'émiettement des communes, enfin d'être, ni trop éloigné, ni trop proche des préoccupations des populations. La décentralisation donne donc aux élus départementaux le pouvoir d'établir et de gérer l'aide et l'action sociale.

Avant de développer une réflexion sur la décentralisation et ses effets induits, on soulignera que, depuis quelques années, la dépendance est au centre des préoccupations de la politique vieillesse, elle a fait d'ailleurs l'objet d'un rapport officiel. La question de l'intégration disparaît, il s'agit de mettre en place une politique de prise en charge forte et coûteuse. Ce décentrage de l'objectif prioritaire de la politique vieillesse se produit dans le contexte de la décentralisation, donc de modifications des rapports entre les différentes institutions intervenantes, de changement de niveau de décision, de séparation du sanitaire et du social.

Dans les faits, cette séparation entérinée par la décentralisation amène une recomposition des rapports entre les différentes institutions, entre la Caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM) et le département par exemple, ou entre l'Etat et le département pour la médicalisation des établissements, etc. Ainsi la décentralisation, qui consacre d'une certaine manière la césure entre le sanitaire et le social, nécessite-t-elle, en particulier dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, une coordination indispensable entre les représentants de l'Etat, les départements et les organismes de sécurité sociale.

D'une manière générale, on rappellera¹⁶ que les débats initiaux sur la décentralisation et sa nécessité avaient, entre autres, trois objectifs.

Il s'agissait d'assurer l'adéquation de l'offre aux besoins, la proximité des responsables politiques à l'égard des populations concernées devant favoriser une évaluation correcte des besoins.

La recherche de l'efficacité était un deuxième objectif : une plus grande efficacité dans la mise en oeuvre des politiques sociales étant attendue. Des institutions comme le département ou les communes, de par leur vocation généraliste, sont mieux à même de favoriser le décloisonnement des politiques sociales éclatées entre administrations sectorialisées.

Troisième retombée souhaitée : la maîtrise du coût des politiques sociales : dans une vraie décentralisation, celui qui décide paie et, réciproquement, celui qui paie décide. La décentralisation de l'aide sociale a semble-t-il, incité les départements à freiner la croissance des dépenses depuis 1984, bien que la tendance ait été déjà amorcée antérieurement.

Dans ces perspectives, on admettra en 1992, ce que J. Tymen et H. Noguès notaient déjà en 1988¹⁷ : "*près de quatre ans après le transfert de compétence en matière d'aide sociale, de l'Etat vers les départements, le but de la décentralisation demeure toujours le même : offrir au citoyen une administration plus proche de lui, plus accessible, plus humaine, lui permettant le meilleur développement aux plans personnel et professionnel et au moindre coût pour la collectivité.*" (déclaration de P. Salvi, président de l'Assemblée des présidents de conseils généraux, *La Gazette*, septembre 1987).

Avec la décentralisation, les départements jusque-là absents de la politique vieillesse se voient investis de compétences importantes en la matière et "héritent" des outils qui étaient ceux de l'Etat. Ils héritent également d'une histoire de la politique vieillesse où les communes ont joué un

16. Cf. Dupuis, op.cit. 1990.

17. J. Tymen, H. Noguès, *Action sociale et décentralisation*, L'Harmattan, 1988.

rôle déterminant¹⁸. En effet, l'Etat a essentiellement produit un discours fort, à rendement idéologique important. La mise en oeuvre, l'action ont été quant à elles, le fait des communes, des associations locales.

Aujourd'hui encore, les communes demeurent au centre de l'offre. Ce sont elles qui agissent sur le quotidien des personnes âgées, elles qui sont interpellées dans l'urgence. Avec la décentralisation, les communes continuent de présenter des caractéristiques incontournables. Comme le note le rapport présenté par J.C. Jacquet au Conseil économique et social, elles restent via les CCAS, "le guichet unique et centralisateur de dépôt de la demande d'aide sociale"¹⁹ et ce, quelle que soit la collectivité compétente.

Ainsi, une demande d'Allocation compensatrice d'handicaps (ACH) ou encore d'aide sociale pour payer un hébergement en maison de retraite passe par la commune. Beaucoup de communes importantes sont dotées d'un service social. Traditionnellement, ce service social prend en compte plutôt les personnes âgées et plus récemment l'insertion avec le dispositif du Revenu minimum d'insertion (RMI).

Le département, quant à lui, a hérité du service social départemental dont la tâche est la polyvalence ; "la polyvalence est actuellement dans une phase de turbulence" (J.O. n°10, 1988, p.53). De fait, en particulier dans le département des Bouches-du-Rhône, le service social de polyvalence s'adresse plutôt à une population de familles, de personnes en situation de précarité. Les personnes âgées restent du domaine des CCAS, voire en l'absence des services sociaux spécialisés tels que les caisses de retraite, etc. ; c'est en tout cas vrai dans les départements où il n'y a pas de convention de coordination de secteur entre les différents services sociaux. La Caisse d'allocations familiales quant à elle prend en charge les familles (problème de l'enfance et de la petite enfance) et les problèmes liés à l'habitat.

Cette pratique qui s'enracine dans l'histoire de la gestion des services aux personnes âgées n'est que rarement reconnue dans les faits. Pourtant, la décentralisation offre aux départements la possibilité de se "des-saisir" par convention de certaines de leurs compétences au profit des communes.

18. Anne-Marie Guillemard note à ce propos dans *La vieillesse et l'Etat* que "la définition d'une nouvelle forme d'action en faveur de la vieillesse qui privilégie l'intervention sur le cadre de vie, place les institutions municipales au centre du procès de production de la politique vieillesse".

19. *Journal officiel* du 22.07.1988 avis et rapport du CES, "Les conséquences de la décentralisation en matière d'aide sociale", 65 p.

La décentralisation et ses effets induits

Les instruments de la décentralisation : importance d'une élaboration concertée. *"Bien qu'étant appelés à devenir un des pôles des politiques sociales menées dans le département, le conseil général et ses services ne sont pas, loin de là, les seuls acteurs de l'action sociale. Là aussi, une concertation s'avère indispensable pour mobiliser au mieux les moyens éparpillés. Pour ces raisons, les lois de décentralisation et plus particulièrement les lois du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986, ont mis en place des instruments de nature à régulariser et à maîtriser les effets de la décentralisation"* ²⁰. Ainsi le règlement d'aide sociale et le Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont-ils des outils d'information, de régulation et de concertation entre les différents acteurs.

En ce qui concerne les rapports entre collectivités territoriales (ici le département et la commune), le principe de la décentralisation est celui de l'absence de tutelle d'une collectivité territoriale sur l'autre. Or, dans le domaine des personnes âgées, les communes jouent un rôle déterminant²¹ à plusieurs titres au travers des CCAS qui assurent le recueil des demandes d'aide sociale ; la gestion de services pour personnes âgées ; un service social traditionnellement tourné vers les populations âgées pour les communes moyennes et importantes.

Ainsi, on arrive au paradoxe suivant : les départements qui ont en charge de définir la politique vieillesse n'ont par ailleurs, au travers de leur service social, pas connaissance de la population âgée, de ses difficultés, de ses besoins, des demandes et de leurs évolutions. Dans ce contexte, *"quelle marge d'autonomie existe-t-il, en effet, pour une commune ou un groupement de communes désirant compléter sa politique de maintien à domicile des personnes âgées par une structure d'hébergement temporaire, voire à l'échelle du canton, par une maison de retraite médicalisée si le département refuse d'habiliter ces équipements pour de simples raisons d'inadéquation avec sa propre politique d'hébergement des personnes âgées ?"* ²².

20. J.O., op.cit., p.36.

21. Les rapports des six équipes concernant la première étape du programme de recherche font une large place à la politique des communes en matière d'action sociale en direction des personnes âgées. Elles sont souvent gestionnaires de services spécifiques mais aussi, quelquefois, elles impulsent la politique locale en direction des personnes âgées.

22. J.O., op.cit., p.43.

Deux aspects sont donc déterminants : la connaissance de la politique du département et la concertation quant à l'élaboration de cette politique. Les schémas départementaux²³ et règlements d'aide sociale²⁴ sont des outils importants pour définir en concertation la politique départementale et en élaborer les règles. Or, bien souvent, le règlement d'aide sociale n'est pas encore élaboré ou mal connu. "La première génération" des schémas ne constitue pas, en général, un véritable cadre prospectif et ne met pas en oeuvre de véritable dispositif d'évaluation des besoins.

Les communes ont rarement été associées dans une concertation pour leur élaboration. Comme le signalait un maire, toutes les communes, même importantes, n'ont pas forcément un élu du conseil municipal qui soit également conseiller général (ceci d'autant plus depuis la loi de non-cumul des mandats). Ainsi, il n'existe pas d'espace formé de collaboration entre les communes et le département. Pourtant, les communes occupent une place déterminante dans l'action sociale en faveur des personnes âgées. Le même maire proposait la mise en place, au sein du conseil général et à titre consultatif, d'une "conférence des maires".

23. Le schéma départemental répond à un double objet : définition des besoins et des réponses que peuvent apporter les établissements et services sociaux (...); mise en place d'une méthodologie par la fixation de critères d'évaluation et par la détermination de modalités de coordination avec les différents intervenants concernés" (p.38). Il n'est opposable ni aux départements, ni aux gestionnaires, ni aux usagers. "Le schéma départemental est un document d'orientation et de planification. A ce titre, il représente un avantage attendu de la décentralisation : l'incitation du déclassement des politiques sociales" (p.46).

"Dans les quelques départements qui ont élaboré et adapté ce document, on constate que dans certains cas, le schéma départemental se rapproche plus d'un inventaire des établissements et services existants que d'une véritable programmation. Par ailleurs, dans un même département, il existe parfois plusieurs schémas : schéma relatif à l'enfance, schéma relatif aux personnes handicapées..." (p. 46). Or la décentralisation est une occasion unique "pour donner un contenu concret aux concepts d'action sociale globale" ou "de développement social" (p. 46).

24. Le règlement d'aide sociale apparaît comme un document constituant "la référence unique pour toutes les prestations d'aides sociales légales et facultatives attribuées par le département". Il est à la fois un "document d'information et une règle du jeu", circulaire du ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale du 18/02/86, J.O. du 9/03/1986, p.37. Il donne par l'intermédiaire des prestations légales "bonifiées" et des prestations "facultatives" des éléments d'appréciation de la politique sociale qu'entend mener le Conseil général (p.37).

Décentralisation et relations entre les différents partenaires : des rapports non encore stabilisés. L'Etat et les organismes de Sécurité sociale continuent à jouer un rôle déterminant dans la politique en faveur des personnes âgées au travers de l'aspect sanitaire. Ainsi les points de conflits, réels ou potentiels, entre l'Etat et le département prennent-ils forme autour du contrôle de l'allocation compensatrice et de la volonté du département de contenir le volume des bénéficiaires de l'action sociale ; de la médicalisation -domaine ultrasensible du fait du partage des compétences- ; l'Etat et le département sont "obligés" de s'accorder.

Les conseils généraux, au travers des schémas, souhaitent une médicalisation des établissements. Cependant, ce n'est pas pour autant qu'une réflexion commune (planification, analyse des besoins...) est engagée entre DDASS et département. Les deux institutions, le plus souvent, soit se renvoient les responsabilités, soit discordent sur l'analyse, soit, encore, s'ignorent.

La décentralisation a renforcé les oppositions partisans et il n'y a plus de réel régulateur local. Les CODERPA auraient pu jouer ce rôle, mais leur origine préfectorale les rend suspectes. Leur vocation d'instance d'analyse et de proposition semble peu encouragée. D'une manière générale et en fonction des colorations politiques locales, des oppositions se structurent entre départements et communes, départements et Etat.

Quant aux communes, elles gèrent la vie quotidienne des populations âgées. L'action en direction des personnes âgées est (ou a été jusqu'à la mise en place du RMI) l'essentiel de l'activité des CCAS. Les collaborations intercommunales sont peu développées, chaque commune tient à son hégémonie et à sa maîtrise d'oeuvre dans le domaine de l'action en direction des personnes âgées. Le rapport des communes avec le département est très lié à l'aspect politique, d'une part, et à l'histoire de l'offre sur leur territoire, d'autre part. La place des communes est mal définie. Les départements ne se sont que rarement dessaisés de leurs compétences au profit des communes comme la loi en laisse la possibilité. Il existe ainsi un certain nombre de situations conflictuelles entre une grande cité et un conseil général qui n'est pas forcément reconnu au plan politico-historique : c'est le cas de Marseille, Lyon, etc.

D'une manière générale, les rapports entre l'Etat, les départements et les communes depuis la décentralisation ne se sont pas stabilisés. Les relations et collaborations s'effectuent de manière contractuelle (contrat de Plan par exemple) sur des objets strictement définis. Là encore, l'élaboration des schémas départementaux constitue un bon indicateur : ils n'ont que rarement été l'occasion d'une concertation et d'une analyse des

besoins entre le département, l'Etat et les organismes de Sécurité sociale. Ils ne sont pas souvent des outils permettant d'ajuster et de planifier l'utilisation des moyens et compétences de chacun. On retrouve ici les mêmes freins et les mêmes manques que ceux observés pour les plans gérontologiques départementaux²⁵.

On remarquera que les collaborations entre les départements et les CRAM sont peu développées alors que ces dernières ont un programme important en ce qui concerne le maintien à domicile des grands dépendants. La même observation peut être faite en ce qui concerne les départements et les mutualités sociales agricoles qui développent des programmes de luttés contre la dépendance. Cette situation s'observe, y compris dans le secteur social : depuis janvier 1990, une personne âgée ressortissante du régime général peut bénéficier jusqu'à quatre-vingt-dix heures d'aide ménagère par mois. Or, les règlements d'aide sociale quand ils existent ou encore en leur absence, les pratiques des services départementaux d'action sociale octroient un nombre maximum d'heures mensuelles bien inférieur pour les personnes âgées ressortissantes de l'aide sociale. Ainsi l'ajustement des programmes est-il souvent difficile parce que les priorités ne sont pas communes.

La maîtrise des dépenses : un enjeu important pour les départements. Le souci d'une maîtrise de l'augmentation du budget départemental d'aide et d'action sociale est certainement un élément important des stratégies développées par les départements dans leurs relations avec l'Etat : refus du transfert de charge de fait (exemple : la demande de création de section de cure médicale dans les établissements pour personnes âgées), maîtrise du développement et de l'orientation des dépenses pour le payeur ("qui paie décide").

En ce qui concerne les dépenses nettes d'aide sociale (c'est-à-dire après déductions des récupérations, notamment les biens de la personne âgée), les seules à être réellement supportées par les budgets départementaux, on remarque : *"une progression modérée du poste de dépenses le plus important : aide sociale à la mère et à l'enfant + 3,6%...; une diminution de l'aide sociale aux personnes âgées (-1,8%) et plus particuliè-*

25. Lire sur ce sujet : M. Cuhot, P. Pitaud, *"Contribution à une évaluation d'une politique de la vieillesse ; analyse des plans gérontologiques départementaux"*, CRGS, université d'Aix-Marseille II, 1987, 27p., ainsi que : M. Cuhot, P. Pitaud, *"La contribution du plan gérontologique départemental à la définition d'une politique sociale : limites et réalités de la planification"*, in *Gérontologie et société*, n°40, 1987, pp.31-40.

rement des aides et services ménagers ; une augmentation (+11,2%) sensible de l'aide sociale aux personnes handicapées due aux dépenses d'allocations (allocation compensatrice principalement ²⁶) qui représentent environ 44% de l'ensemble" ²⁷.

Comme le note Dupuis²⁸, la décentralisation s'accompagne d'une volonté expresse de maîtriser les dépenses. Ainsi, pour J. Tymen et H. Noguès²⁹, "différents selon les départements, des ajustements à la marge sont entrepris en fonction des contextes et des réactions des autres acteurs du système. Centrées sur les moyens (limitation des budgets, réduction des personnels...), la plupart des décisions s'inscrivent plutôt dans une rationalité à court terme. Sans une réflexion complémentaire sur les variables-clés et sur les enjeux stratégiques, il est difficile de préciser les rapports existant entre cette logique du court terme et les modes de financement à plus long terme".

Pourtant, "certains observateurs subodorent que les économies obtenues, avec une dotation globale de décentralisation qui continue de progresser, dégagent un excédent non négligeable. A la limite, le social ne coûterait pas plus mais dégagerait un bénéfice pour les départements. Il est vrai que pour appuyer cette thèse, certains responsables départementaux reconnaissent l'existence d'économies, leur permettant de voir venir avec une plus grande sérénité l'accélération prévisible des dépenses sociales dans les années à venir".

Pratiques et ajustements : les enseignements d'un programme de recherche

Ajustement pour le recueil des données. Les équipes de recherche ont toutes constaté la difficulté de rassembler des éléments homogènes (date, mode de calcul...) et fiables en ce qui concerne l'offre de service aux personnes âgées dans le département.

L'écart entre les données "Etat" d'un côté et "département" de l'autre, s'il peut s'expliquer en matière de maintien au domicile (l'Etat a peu de moyen d'approcher ce domaine) est plus problématique en matière d'hébergement. Les choix de mode de calcul différent, les désaccords quantitatifs sont importants. Cet état de fait renvoie aux logiques parallèles déve-

26. Dont les bénéficiaires âgés de soixante ans et plus représentent 60%.

27. J.O. du 22 juillet 1988, "Les conséquences de la décentralisation en matière d'Aide sociale", p.56.

28. Op.cit., 1990.

29. Op.cit., 1988.

loppées par chacun des protagonistes. Il révèle l'absence de concertation et *a fortiori* d'accord entre les institutions sur un cadre général à l'intérieur duquel se définit la politique d'action sociale en faveur des personnes âgées. Ainsi, il n'y a pas forcément analyse commune de l'offre existante.

Les données sur le maintien à domicile sont peu nombreuses, éparpillées. Les prestataires sont multiples, parfois éphémères. Les services ne faisant pas l'objet d'une autorisation d'ouverture ou d'une demande d'agrément tels que les services dits de garde, les services de télé-alarme ou portage de repas ne sont pas toujours recensés. Le nombre et la qualité des bénéficiaires ne sont pas connus.

Les gestionnaires privés à caractère commercial commencent à développer ces services à domicile sans qu'un recensement de l'offre n'existe. En ce qui concerne les structures d'hébergement, l'ensemble des rapports du programme de recherche aborde le problème des hébergements de personnes âgées fonctionnant sans autorisation, donc sans contrôle, sans maîtrise de leur développement (sinon au niveau communal par la délivrance de permis de construire). Cette situation résulte soit d'un laisser-faire des départements (gestion libérale, interprétation de la loi de 1975), soit de rapports tels entre les acteurs que le département n'a plus de maîtrise de la situation.

L'approche qualitative de l'offre est encore rare. Lorsqu'elle existe, elle concerne essentiellement les établissements d'accueil. A titre d'exemple, citons le département du Vaucluse qui a réalisé un travail de connaissance de la qualité de vie dans les établissements. Parfois, ce travail est réalisé à l'initiative du CODERPA. En ce qui concerne la demande, elle est peu, voire pas du tout recensée, notamment à domicile où les aspects liés au logement par exemple ne sont pas connus, sinon au niveau micro-local à l'occasion de la rénovation d'un quartier ancien ou d'un ensemble de logements sociaux.

Du niveau départemental à la prise en compte des spécificités micro-locales. La politique en faveur des personnes âgées si elle est conduite à l'échelle du département, peut se traduire, au niveau local, de manière différenciée. L'ensemble des équipes de recherche montre bien qu'il existe des spécificités locales qui tiennent à l'histoire de l'offre sur un territoire, à des pratiques socio-culturelles... A Gardanne par exemple, on note l'existence des réseaux de solidarités (amicales ou familiales) extrêmement forts qui favorisent très nettement le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. L'intervention des services s'appuie sur ces réseaux. Par ailleurs, il n'y a jamais eu historiquement de lieux d'hébergement des personnes âgées. La dépendance est désor-

mais au centre de la structuration de l'offre. Le partage des compétences comme le redéploiement renvoient "dos à dos" département et Etat et ce, quelles que soient les tendances politiques.

La dépendance est abordée essentiellement sous l'angle médical. Cependant, il apparaît sur des territoires limités, souvent à l'échelle communale, une autre approche (exemples : résidence intégrée à Toulouse, résidence Marguerite à Roanne³⁰). Cette approche plus sociale se veut globale et pose en principe la recherche du maintien de l'intégration dans la vie sociale des personnes âgées dépendantes. Il s'agit, non de soigner d'abord, mais de donner les moyens d'une autonomie de vie aux personnes handicapées.

Nous nous situons là dans le champ de la proximité des services avec les usagers. Ce domaine encore en friche est celui où s'exercent un certain nombre d'actions expérimentales et innovantes. Ces actions novatrices ont des caractéristiques communes qui situent bien les enjeux actuels et à venir de la prise en compte des personnes âgées en France : elles sont très insérées dans le tissu social local, adaptées aux particularismes. Elles s'appuient sur une démarche de développement social et font appel à un partenariat large ; elles privilégient le maintien de la personne âgée dans son environnement familial et s'appuient sur ses réseaux de sociabilité (famille, voisinage...) ; elles développent une coordination des interventions autour de la personne âgée (ajustement au cas par cas) ; elles dépassent l'opposition entre maintien à domicile et hébergement et conjuguent les aspects sociaux et sanitaires ; elles sont le fait d'équipes locales : professionnels des associations, équipes hospitalières, centres communaux d'action sociale.

Pour être innovante, l'action doit notamment être de proximité et, face à la nécessité aujourd'hui impérieuse de mailler le secteur formel et informel, les innovations ne peuvent venir que des acteurs locaux dans une dynamique de partenariat.

Sur ce sujet, on aurait pu penser que la décentralisation faciliterait un tel développement, mais l'absence de déconcentration, les rapports entretenus entre les différents niveaux et institutions et les enjeux de la politique sociale locale (lutte d'influence, rendement idéologique, coûts...) n'ont pas drainé, pour l'instant, l'évolution dans ce sens. En effet, on se trouve souvent confronté à une "décentralisation centralisatrice" au

30. Exemples d'actions développées dans des sites retenus par le programme de recherche, mais d'une manière générale, on pourrait évoquer toutes les "petites structures" qui se développent localement, ou encore les expériences de coordination, de proximité.

travers de l'outil technique du département. Les techniciens départementaux affichent une volonté de mettre en place des systèmes uniformes d'intervention dans le département, refusant par là l'adaptation aux particularismes locaux, renvoyant aux communes et à d'autres financeurs (CRAM) le financement des actions innovantes.

Ces financements sont le plus souvent incitatifs. La question qui se pose alors est celle de la pérennisation de ces actions, donc le dépassement de leur statut d'expériences. Ainsi, les acteurs locaux, promoteurs d'innovations ou parfois les communes, peuvent se sentir freinés, jugulés dans leur action face à une volonté d'uniformisation émanant des fonctionnaires départementaux. Les promoteurs d'actions nouvelles doivent être reconnus par le département et donc perdre leur caractère expérimental, imaginer et proposer les méthodes et moyens de leur généralisation, à l'échelle du département. Enfin, ils doivent rechercher un ajustement et un accord entre les différents partenaires financeurs (CRAM, Etat, département, caisse de retraite...).

Décloisonnements et partenariat. La décentralisation visait à inciter au décloisonnement des politiques sociales et notamment *"à surmonter les cloisonnements... qui découpent le champ même du social en politiques sectorielles dominées par la notion de "population-cible" : personnes âgées, handicapés, jeunes... La démarche décentralisatrice apparaît, à cet égard, comme une occasion unique pour donner un contenu concret aux concepts "d'action sociale globale" ou "de développement social"*³¹.

En ce qui concerne les personnes âgées, ce décloisonnement passe par la reconnaissance d'un certain nombre de difficultés communes entre les personnes âgées et d'autres populations (handicapés par exemple). Il nécessite le développement de partenariats opérationnels entre les différents acteurs concernés. Or, nous l'avons observé avec les schémas départementaux, l'approche reste encore très cloisonnée entre les différentes populations (plusieurs schémas par exemple), mais aussi entre l'aspect sanitaire et social ou encore entre les différents prestataires (aides familiales, auxiliaires de vie, aide ménagère par exemple).

Un des instruments de ces décloisonnements est certainement la mise en place de procédures contractuelles pluri-annuelles telles que celles qui se sont développées ces dernières années, en milieu urbain (développement social urbain) ou rural (programme de développement local). Ces procédures développent un partenariat entre les institutions concer-

31. J.O., op.cit., p.46.

nées (services de l'Etat, des communes...) et une approche globale des problèmes sur un territoire. Cependant, les actions en direction des personnes âgées ont peu souvent été retenues dans le cadre de ces procédures (malgré plusieurs exemples à Marseille, L'Argentière, La Bessée...). Il est vrai que la place du département dans ces programmes est mal définie.

Le nécessaire ajustement des approches. Le développement à partir du département d'une action concertée et cohérente en faveur des personnes âgées repose aussi sur un ajustement des approches de la dépendance et de la place des personnes âgées, entre les différents partenaires. Bien souvent au-delà des débats techniques, financiers et administratifs qui s'affrontent : la vieillesse, maladie ou étape de la vie ?

La décentralisation, en redistribuant les compétences, provoque une résurgence de ces débats au moment où le problème des réponses à la dépendance est au centre des préoccupations. Dans certains départements où les acteurs avaient une longue pratique commune, parfois informelle³² (réseau de professionnels reconnus comme compétents et légitimes), on observe une approche cohérente dans le développement de la logique de l'offre. C'est de cette dynamique que relèvent un certain nombre d'expériences aujourd'hui recensées en France, telle que "la Passerelle" à Lorient, ou encore "les domiciles collectifs" de Grenoble.

Aujourd'hui en France, la décentralisation a apporté de nouvelles compétences aux départements, en même temps qu'elle a considérablement accru leur domaine d'intervention. Mais les départements, les représentants de l'Etat dans les départements, les organismes de la Sécurité sociale ne peuvent pas tout faire. Il y a une nécessité de développer un partenariat avec l'ensemble des acteurs formels et informels du champ des solidarités. Ceci passe nécessairement par une évolution des mentalités, et par une éducation des solidarités qui, comme le souligne Anne-Marie Guillemard, "*constitue, actuellement, la clef du problème*".

Confronté à la nécessité de limiter la croissance de ses dépenses, l'Etat ne cesse de diversifier ses modalités d'interventions. Pour cela, il va développer les différentes formes d'économie mixte, déléguer des missions de services publics à des mandataires privés, etc. Ainsi, en matière

32. Ainsi, l'équipe de Nancy relève l'élaboration d'une "culture commune" dans l'approche des problèmes de la vieillesse au sein d'un réseau informel, ORSAS Lorraine associé à l'université de Nancy II.

de développement économique local, les procédures contractuelles et le partenariat prennent une importance croissante. Dans cette dynamique de désengagement de l'Etat, on perçoit une volonté de réduire les coûts en partant de l'idée de réanimation d'une société civile³³ qui prendrait plus en charge les siens avec, à l'arrière-plan, une idée de substitution. Ceci pose de manière centrale le problème de l'articulation, voire des interactions, entre les contributions formelles et informelles dans l'aide et les soins aux personnes âgées.

Historiquement, en France, la politique de la vieillesse s'est construite sur le formel (ce que montre principalement la première partie de notre recherche sur l'analyse de l'offre de services en direction des populations âgées) ; or, on est actuellement en train de découvrir que si le secteur informel n'existait pas, cela rendrait caduques les politiques vieillesse. A l'analyse, il apparaît que ces politiques se sont construites plutôt sous la forme d'une stratification successive de nombreuses initiatives émanant d'acteurs divers, et sans réellement s'appuyer sur le secteur informel.

Actuellement, on commence à parler de ce secteur informel, de la place des familles, des acteurs bénévoles. Mais au contraire des pays anglo-saxons où ces solidarités revêtent un caractère plus naturel, en France, on ne sait pas comment organiser, voire renforcer ce secteur informel qui reste encore très marginalisé au niveau micro-local.

Ici se pose la question du rôle de l'Etat dans un système de multipartenariat. Les pouvoirs publics peuvent intervenir soit comme pourvoyeur d'une part des ressources financières, soit comme dynamiseur de l'action formelle avec une démarche de contrôle social. Mais l'Etat dans un système comme le nôtre, même décentralisé, peut et doit être producteur de sociabilité en encourageant du dehors le secteur informel et en aidant l'émergence, par le biais de ce dernier, d'autres représentations de la vieillesse et des personnes âgées.

Notre comparaison inter-sites fait apparaître qu'au sein des politiques de la vieillesse, l'offre de services en direction des personnes âgées relève d'une mise en pratique conditionnée par les intérêts d'acteurs dans leur contexte local et historique. Comme nous l'avons indiqué³⁴, ce programme montre non seulement que dans des situations politiques similaires, les intérêts d'acteurs diffèrent, mais aussi que leur négociation ne reposait pas sur les mêmes groupes intermédiaires, les uns favorisant

33. Ici la société civile, c'est tout ce qui n'est pas organisé par la force publique.

34. P. Pitaud, R. Vercauteren, communication colloque Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé, *Espaces urbains et géographie des soins*, Paris, 23-25 janvier 1991.

le monde associatif, les autres s'appuyant sur un exercice formalisé des responsabilités. Ces choix posent la question du poids interactif de la société civile dans le jeu des acteurs qui déterminent les politiques sociales locales.

Ce poids interactif n'apparaissant pas homogène, pose en exergue la construction des politiques sociales locales au lendemain des lois sur la décentralisation, sur la base d'une double problématique. En premier lieu, la décentralisation doit de plus en plus être différenciée de la déconcentration que nous vivons depuis quelques années. En terme de déconcentration, nous assistons à l'application, sur le plan local, du jeu interactif des acteurs nationaux. Si nous raisonnons en terme de décentralisation, nous avons affaire à un double jeu d'acteurs : celui du niveau national et celui du niveau local. En second lieu, la construction des modèles passe par une prise en compte par les collectivités territoriales d'une responsabilisation se fondant sur la notion d'autonomie, tant vis-à-vis du pouvoir de l'Etat ou décentralisé que des valeurs portées par les acteurs. Mais autonomie ne saurait ici signifier indépendance, sous peine de voir s'établir une construction sociale fragmentée et éclatée sur le territoire national.

Pour ce faire, nous concevons pour l'Etat un rôle de régulateur car les contraintes découlant du rationnement des financements ne suffisent pas à nous convaincre de l'intérêt du modèle rationaliste en la matière. Les politiques sociales ne sont pas, de par la complexité des problèmes et des situations couvertes, des réponses rationnelles à des transformations du système ou de la demande sociale.

A la suite de Foucault, on considérera³⁵ que la politique sociale est une technologie du pouvoir, c'est-à-dire une stratégie de contrôle, d'assujettissement, de normalisation d'une population. D'ailleurs, les pouvoirs du président du conseil général sont, faut-il le rappeler, "par le jeu du pouvoir d'habilitation, par les autorisations de création ou d'extension des établissements et des services... un véritable "droit de vie ou de mort" sur les activités sociales"³⁶.

La décentralisation avait également pour objectif l'établissement, la production d'une plus grande démocratie locale. Or, pour le moment, on assiste à une reproduction du même fonctionnement technocratique existant du temps de l'Etat centralisateur. La seule différence est que "l'Etat local", parfois figé dans un exercice du pouvoir qui l'a constitué en

35. Avec les réserves faites par A.M. Guillemard, 1980, op.cit. En fait, le degré de surveillance et de contrôle varie beaucoup.

36. J. Tymen, H. Nogues, 1988, op.cit.

seigneur de la guerre, s'est rapproché des acteurs locaux. Le regard sur l'établissement des schémas départementaux³⁷ montre que ceux-ci n'ont pas été bâtis en cherchant à intégrer les logiques des acteurs dans leur totalité. Il n'y a pas eu encore de réel fonctionnement de la démocratie locale. Pour cela, il aurait fallu en premier lieu changer les pratiques, mais c'est là tout un programme, dans la mesure où là, on se heurte aux idéologies et que dans ce domaine plus que dans n'importe quel autre, elles modèlent l'édification des politiques.

37. Et au-delà des quelques efforts louables, CCDD dans les Bouches-du-Rhône entre autres.