

**2012**  
**2017**

**Préoccupations prioritaires  
et demandes de l'Uniopss**

# Réforme de l'État et des collectivités territoriales



[www.uniopss.asso.fr](http://www.uniopss.asso.fr)

UNIOPSS - 15, rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris Cedex 13 - Tél. 01 53 36 35 00 - [uniopss@uniopss.asso.fr](mailto:uniopss@uniopss.asso.fr)



# Réforme de l'État et des collectivités territoriales

Après un premier bilan de la décentralisation, la révision constitutionnelle de 2003 a conforté la république décentralisée. Cette relance, qui axe le transfert de compétences aux conseils généraux, a vite été contrariée, dans un premier temps par l'absence de financement pour assurer les nouvelles compétences transférées, puis par la révision générale des politiques publiques (RGPP) et la réforme des collectivités territoriales.

La réforme de l'État avec la RGPP (Révision générale des politiques publiques) et celle des collectivités locales ont pris forme en 2010. Si la réforme des collectivités locales n'a été qu'amorcée pour être effective avec les « conseillers territoriaux » en 2014, la réforme de l'État pour le secteur des associations de solidarité a commencé en avril 2009 pour aboutir à la constitution le 1<sup>er</sup> avril 2011 des Agences régionales de santé (ARS). Les autres cadres institutionnels ont également été réorganisés : justice, ASSEDIC, ANPE... Un mouvement de fond s'opère : fusion et regroupement d'administrations d'un côté, affirmation de l'échelon régional comme principal niveau de décision dans le champ sanitaire, médico-social et social.

La création du « conseiller territorial » met en perspective la réorganisation des collectivités territoriales. Cette nouvelle dénomination du conseiller régional/conseiller général incarnerait le processus de régionalisation des politiques sociales portées jusqu'à ce jour par le conseil général. La réforme des collectivités territoriales est en cours. Elle a également été lancée par le volet fiscal avec la création de la contribution économique territoriale mettant en cause l'autonomie financière des collectivités locales.

La remise à plat des politiques publiques a été amorcée par une forte volonté politique de réformer l'État. Elle a pris pour cadre la révision générale des politiques publiques (RGPP) et a abouti à une nouvelle structuration des administrations déconcentrées : DIRECCTE<sup>1</sup>, DRPJJ<sup>2</sup>, DREAL<sup>3</sup>, DRJSCS<sup>4</sup>. Dans le champ des associations de santé et du médico-social ont été créées les ARS.

Le paysage institutionnel est éclaté et ne permet pas de relever le défi de la citoyenneté et de la proximité. Le paysage redessiné aboutit, faute d'approche globale, à davantage de complexités.

## Les priorités de l'Uniopss

1. Faire le bilan de la réforme de la loi du 21 juillet 2009 portant création des ARS
2. Mesurer l'impact prévisible de la réforme des collectivités territoriales du 10 décembre 2010
3. Conforter la décentralisation de l'action sociale, les coordinations et les articulations entre les décideurs
4. Analyser les ratés de la décentralisation et améliorer le partenariat avec les associations
5. Constituer une plateforme politique concertée sur la décentralisation et la réforme de l'État.

**Fiche 1** – La RGPP et la réforme de l'État : réarticuler la santé, le médico-social et le social

**Fiche 2** – Les collectivités territoriales

**Contact : Bruno Delaval – [b.delaval@uriopss-npdc.asso.fr](mailto:b.delaval@uriopss-npdc.asso.fr)**

<sup>1</sup> Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

<sup>2</sup> Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse

<sup>3</sup> Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

<sup>4</sup> Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

# Fiche 1 – La RGPP et la réforme de l'État : réarticuler la santé, le médico-social et le social

## Situation actuelle

L'idée de constituer des ARS s'est rapidement décidée. De fait, le processus était en marche. Les arguments en faveur de l'ARS – mettre fin « aux tuyaux d'orgue des politiques publiques » et rendre effective leur coordination – passaient certes par le regroupement de services de l'État mais également par celui des organismes de Sécurité sociale. Les arguments de rationalité ne manquaient pas pour mettre sous un même toit la médecine de ville, les établissements de santé, le médico-social, et la santé publique avec la politique de prévention. L'attachement des acteurs locaux à une meilleure coordination invitait à adhérer à ce processus. Pourtant, cela modifiait fortement l'organisation entre les CRAM<sup>5</sup>, les URCAM<sup>6</sup>, les DRASS<sup>7</sup>... Sept organismes étaient unifiés, les lignes bougeaient par voie de conséquence avec les autres administrations et avec les collectivités territoriales.

Les ARS créées par la loi du 21 juillet 2009 apportent à l'organisation du système de santé un nouveau pilotage : « elles renforcent la capacité d'action collective du champ de la santé en dépassant les cloisonnements sectoriels, en garantissant une conduite cohérente et efficace des politiques de santé ». Le pouvoir détenu par une seule entité régionale est fort : « décliner au niveau régional la politique de santé ». Le directeur général de l'ARS dispose des pouvoirs les plus étendus : un large périmètre d'intervention, une autorité régionale peu contestable et reliée à un pilotage national (le comité national de pilotage), à des financements nationaux, à la CNSA<sup>8</sup> et, enfin, rattaché au Premier ministre.

Le DG-ARS dispose des supports de la planification et des outils de la régulation de l'offre. L'ARS va au-delà de l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation). Ses pouvoirs sont plus aboutis même si en son sein et à côté se sont institués des processus de démocratie participative. Les acteurs s'interrogent sur l'efficacité et la pertinence des instances de concertation. Un double défi est posé : garantir le rôle et la place des usagers concernés par la palette d'offres ; assurer la promotion de la transversalité des politiques publiques par un processus de décloisonnement.

## Problèmes posés

Si la profonde restructuration des administrations déconcentrées bouleversait le paysage, elle venait surtout perturber le lien avec les conseils généraux et en particulier l'acte II de la décentralisation. La loi HPST du 21 juillet 2009 a redessiné le partage des compétences au sein de l'État ; elle interroge la gouvernance du social. La DRJSCS assure les compétences sociales des ex-DRASS et DDASS. Ce double « bloc » pose question d'autant que la DRJSCS reste une administration « mutilée » par cette réorganisation. De nombreux fonctionnaires ont en effet été aspirés par l'ARS.

Face à ces réformes, des garanties étaient attendues par les associations. Pour l'Uniopss, l'intégration du médico-social à l'ARS et donc de son pilotage par l'ARS semblait prématurée. La coordination entre médecine de ville et hospitalier était la priorité. Comment le médico-social allait-il prendre sa place dans

---

<sup>5</sup> Caisse Régionale d'Assurance Maladie

<sup>6</sup> Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

<sup>7</sup> Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales

<sup>8</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

une administration avec un large périmètre de compétences ? N'allait-il pas à nouveau entrer dans une agence « hospitalo-centrée » ? Le principe de « fongibilité asymétrique » garantissant les crédits du médico-social et de la prévention apportait une garantie à l'élargissement du périmètre de l'ARS. Le décloisonnement des décideurs et des financeurs devrait faciliter le parcours des personnes dans le « bloc » sanitaire et le « bloc » médico-social. La continuité du parcours a été un point important dans la position de l'Uniopss quant à la « réforme ARS ».

Toutefois, l'Uniopss considérait que la création des ARS ne constituait qu'une partie de la problématique posée par les populations accompagnées. La question ouvre le débat sur le rôle de l'État, son organisation, ses relations avec les associations de solidarité. Bien des déterminants de santé sont d'ordre social. C'est à partir de ce constat qu'il faut mesurer l'impact de la réforme :

- La décentralisation de la santé attendue s'est en fait concrétisée par une double reconcentration : des services déconcentrés au niveau départemental vers une agence organisée au niveau régional, une agence régionale reliée à l'État central coordonnée et animée par un comité de pilotage national. La mission de l'ARS est de décliner en région les politiques de l'État. Les orientations politiques des ARS découlent de leur CPOM<sup>9</sup> signé avec l'État. Ces indicateurs sont gardés pour analyser et évaluer les schémas.
- L'organisation de l'État au niveau du local – départements et arrondissement avec sous-préfectures – reste à analyser. Ce mouvement est analysé comme le retour de l'État. Ce d'autant plus que les unités territoriales de certaines directions régionales, la création de la direction départementale de la population, ou de directions départementales de la cohésion sociale et de délégations départementales de l'ARS, créent un nouvel ordonnancement départemental et local complexe. Ces redécoupages des territoires de santé instaurent des modèles différents selon les régions, selon les départements. La loi HPST appréhende mal les territoires : un seul interlocuteur dans le champ sanitaire et médico-social et un seul interlocuteur régional.

La loi HPST a tiré les conclusions de cet « agencement » en mettant fin à une logique d'élaboration ou d'approbation « conjointe » des schémas, des autorisations et des financements. C'est une nouvelle histoire qui s'est écrite en 2009, faisant monter les incertitudes sur les conseils généraux.

Cette réorganisation ne règle pas la gouvernance du social. De nombreuses situations sociales sont à la frontière entre le bloc « social » et le bloc « sanitaire ». De plus, le soutien à l'action sociale nécessite des financements provenant du bloc « sanitaire » via les crédits prévention ou via des structures de santé. Telle est la situation de personnes en situation très précaire souffrant de troubles psychiques, de personnes allocataires du RSA ou de familles en difficulté.

Des personnes en situation de vulnérabilité avec des problématiques santé se retrouvent dans les CHR<sup>10</sup> qui disposent ou non de lits halte soins santé, dans les CADA<sup>11</sup>, dans les CSAPA<sup>12</sup>, dans les structures de l'IAE. Beaucoup de personnes sont concernées par ces actions collectives financées par la politique de la ville qui a ouvert un volet santé, par les actions collectives liées au RSA...

La complexité demeure pour les acteurs de l'action sociale qui accompagnent les « populations spécifiques ». Certaines ARS en ont tenu compte et ont créé un « bureau » ad-hoc. Pour certaines ARS, cette population n'est pas identifiée. Même les compétences sont éclatées entre l'ARS, la DRJSCS, la DIRECCTE, les conseils généraux et la DRPJ. Cette dernière s'est dotée d'un cadre interrégional mais cela n'est pas organisé.

<sup>9</sup> Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

<sup>10</sup> Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

<sup>11</sup> Centre d'accueil des demandeurs d'asile

<sup>12</sup> Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Cette réorganisation ouvre un « nouveau cycle » de l'organisation de l'État avec la région comme échelon pivot. Autour de cette administration devenue « centrale », gravitent les autres entités administratives.

L'organisation partenariale entre les décideurs repose sur la coopération volontaire des décideurs :

- L'ARS et la DRJSCS ont reçu instruction de « mettre en place des partenariats pour élaborer les politiques communes ». Si au niveau des instances de l'ARS (Conseil de surveillance, comité de coordination des politiques publiques), la coordination peut exister au plan territorial, elle reste à construire pour l'élaboration de la politique à mener, sa mise en œuvre ou son évaluation.
- Il y a un vrai débat de responsabilité entre les décideurs publics qui aboutit à un manque de lisibilité. Cela entraîne des ruptures de prise en charge. À ce jour, des projets ne sont plus financés.
- Les conseils généraux récemment nommés « chef de file » sont en porte-à-faux par rapport aux compétences de l'ARS. Les liens se sont distendus et chacun « porte » son schéma.

Il faut donc analyser ce nouvel équilibre « étatique », qui se construit sur la complémentarité des acteurs et se heurte aux compétences du conseil général.

La coupure « sanitaire »/social et la coupure État/Conseil général font que chacun construit ses dispositifs et ses modes de concertation. Cette situation nuit à l'action globale des acteurs de terrain.

L'Uniopss a déjà attiré l'attention des pouvoirs publics sur les imperfections qui sont préjudiciables aux politiques publiques.

Aujourd'hui, se pose la pertinence d'une « administration sociale » relevant de l'État, puis dans un même mouvement, celui de l'articulation des services de l'État avec le département « chef de file » de l'action sociale, enfin également avec le conseil régional, les intercommunalités et les communes. La place des Caisses d'Allocations Familiales ou des caisses vieillesse est à regarder à la lumière des compétences Assurance maladie (ex. CRAM, URCAM, CPAM).

Dans tous les cas, il reste à construire une politique ARS/Conseil général, ARS/État, DRJSCS et même, ministère de l'Intérieur.

Une coordination transparente de l'ensemble des acteurs publics reste une priorité. À défaut, des problématiques sociales sont négligées. Une meilleure structuration des acteurs et des décideurs doit éviter que chacun « se renvoie la balle ».

La composition et le rôle du Conseil de surveillance est interrogé. Les usagers ne disposant que de 3 voix sur 33, les représentants des associations n'y sont pas présents.

La CRSA<sup>13</sup> est d'une composition complexe. Les membres présents se sont réjouis de l'organisation de la démocratie sanitaire mais ils s'interrogent sur l'utilisation par l'ARS de l'apport de la CRSA et sur son éventuelle instrumentalisation. Les défauts et les insuffisances de la démocratie sanitaire sont montrés du doigt. Cela ne résulte pas uniquement d'un calendrier serré pour l'élaboration et l'approbation des programmes.

Après deux ans de fonctionnement des ARS, il est important d'analyser la portée de la réforme, en particulier à l'égard de la démocratie sanitaire. Les politiques publiques ont-elles gagné en lisibilité, en transparence, en participation des usagers ? Le constat est fait que l'ARS, malgré la CRSA, s'est éloignée des réalités de terrain. Si le découplage est perçu positivement, il reste à respecter la

---

<sup>13</sup> Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

spécificité des acteurs, l'ouverture vers la société civile, et à écrire dans les territoires. La collaboration avec les acteurs associatifs, permettant l'émergence de projets, d'initiatives, de nouvelles pratiques pour répondre à des difficultés régionales spécifiques, reste un défi. Les attentes demeurent fortes, les doutes subsistent. La démocratie sanitaire reste à construire.

Les interrogations viennent principalement des conférences de territoire qui sont rattachées directement à l'ARS et à la personne qui a reçu délégation de compétences pour animer le territoire de santé. L'apport des conférences sanitaires (1996) a été peu efficient, les conférences n'ayant jamais le quorum pour se réunir.

Quel bilan tirer des conférences de territoire ? On retiendra deux points : lisibilité des politiques à mener à partir d'une construction partenariale ; transparence de l'octroi des financements des politiques de santé, en particulier en matière de prévention et de création de réseau.

## Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss attend un renforcement de la démocratie sanitaire. Pour ce faire, il ne faut pas considérer les associations uniquement comme des offreurs de services ni comme de « simples opérateurs », mais comme des porteurs des besoins de la population dont elles expriment les attentes légitimes.

Pour l'Uniopss, les procédures actuelles d'appels à projets, y compris pour les politiques de prévention, sont antinomiques avec la démocratie sanitaire et le rôle dévolu aux acteurs de santé. Le processus est moins impliquant pour les associations. Les zonages « territoires d'action », les montages de dossier ainsi que les processus sont complexes ; ils favorisent les acteurs à dominante hospitalo-centrée, toujours orientés vers le curatif.

Le législateur doit reconnaître l'expertise profane et inscrire l'action dans une politique de santé communautaire. Il doit renforcer la transparence financière et veiller d'une part à une péréquation interrégionale et d'autre part aux « règles de la non fongibilité ».

La contractualisation posée par le législateur, en particulier avec les contrats locaux de santé (CLS), fait passer en partie la compétence de santé de l'ARS aux collectivités territoriales. Les associations se trouvent quant à elle exclues du processus d'élaboration des CLS.

Le travail inter-administrations, qui favorise une politique transversale, est à développer. Cela exige de clarifier les responsabilités du « bloc » santé/médico-social/prévention, du « bloc » social et du « bloc » collectivités territoriales, ce dernier ayant été retenu comme chef de file des politiques d'action sociale.

L'Uniopss souhaite un premier bilan du fonctionnement des ARS et de leur articulation avec les autres décideurs. Elle attend un renforcement de la démocratie sanitaire dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques quel qu'en soit le décideur : administrations d'État ou collectivités territoriales.



## Fiche 2 – Les collectivités territoriales

### Situation actuelle

Dans un contexte où les enjeux financiers ne sont pas des moindres, les collectivités territoriales exercent des compétences qu'elles ne peuvent plus assumer, qu'il s'agisse de l'APA<sup>14</sup>, de la PCH<sup>15</sup>, du RSA... La non compensation des charges porte atteinte au principe de libre administration ; un quart des départements français ont saisi les juridictions administratives. Le Conseil Constitutionnel a reconnu la fragilité du financement de la « décentralisation sociale » : elles sont « financièrement asphyxiées » (décision n°2011-143). Il reconnaît par ses réserves que le reste à charge incombant aux collectivités territoriales est insupportable. Les collectivités territoriales ont dès lors tendance à se réfugier dans leurs compétences obligatoires. De ce fait, elles amorcent la suppression de la clause de compétence générale. Ainsi, certains conseils généraux réduisent drastiquement la prise en charge des mineurs isolés étrangers, des jeunes majeurs, ou ne s'impliquent plus financièrement dans le champ de la petite enfance.

Enfin, la réforme s'engage dans un recentrage des compétences des collectivités locales. Pour faire face à l'émiettement des collectivités, à l'enchevêtrement des compétences, la loi du 10 décembre 2010 réorganise les collectivités territoriales et accorde une place aux intercommunalités en prévoyant un schéma départemental

### Problèmes posés

Si elle doit être adaptée à l'autonomie des collectivités territoriales, la réforme doit également s'inscrire dans de nouvelles perspectives à l'égard des citoyens de la société civile. Le renversement du sablier, c'est-à-dire une meilleure répartition des compétences ne suffit pas. Il est urgent de définir les principes d'action des collectivités territoriales afin de décentraliser les politiques publiques et de conforter le « vivre ensemble ». C'est donc une décentralisation « adaptée » qui est attendue.

La réforme engagée des collectivités territoriales ne permet pas de voir clair dans le paysage politico-administratif dans lequel les associations et les citoyens vont se mouvoir.

La compétence sur des sujets communs entre les échelons territoriaux risque de se renforcer. Pour les associations d'action sociale et médico-sociale, l'impact des ARS et de l'État, de la réorganisation des services publics et de la combinaison des compétences, reste complexe. Dès lors, la constitution de métropoles portant l'action sociale, situées dans un même département, renforce le flou.

Il importe donc de vérifier si les objectifs des réformes qui se sont succédées pour promouvoir l'intercommunalité ont été atteints. Le bilan de la nouvelle carte des intercommunalités est prioritaire. Tout est conçu à partir d'une rationalisation économique. Ainsi, la notion de pays avec des conseils de développement souvent pertinents et incitatifs qui ont lancé l'intercommunalité de projet, a été abrogée. L'intercommunalité proposée est avant tout une intercommunalité de gestion et non plus de projets. L'intercommunalité aura à gérer des compétences transférées par les communes ou déléguées par le conseil général ou le conseil régional. Il y a donc changement de nature dans l'intervention des intercommunalités. Le schéma départemental de la coopération intercommunale qui étend l'intercommunalité à l'ensemble des territoires, le schéma des services qui renforce la mise en commun de moyens, modifient le sens et l'organisation des intercommunalités.

---

<sup>14</sup> Aide personnalisée d'autonomie

<sup>15</sup> Prestation de compensation du handicap



Pour l'Uniopss, il ne faut pas que ces réformes aboutissent à un recul des solidarités. À ce jour, la politique d'investissement des établissements a reculé ; il pourrait en être de même pour les projets associatifs dans le champ de la solidarité.

Il en résulte que le soutien attendu des associations par les collectivités locales se réduit faute de marge de manœuvre. La création des métropoles, le développement des logiques de délégation de compétences, automatiques ou non, complexifie « le qui est responsable de quoi ». Le processus de décentralisation ayant été entravé en 2010, une nouvelle page de la décentralisation est à écrire.

Les inégalités territoriales sont au cœur des préoccupations du citoyen. À défaut de prise en compte des besoins locaux, l'Hexagone peut être le lieu d'inégalités importantes pour les actions de solidarité. Il importe de mesurer l'écart entre les départements au sein d'une même politique publique. L'équité territoriale est en jeu avec les nouvelles collectivités territoriales dont l'installation est prévue en 2014, avec le « nouvel État territorial » conçu en 2010-2011 et installé en 2013. Il est indispensable de prendre le temps de la réflexion et de l'analyse.

### **Les questions restent nombreuses :**

- Comment, au sein d'un conseil général, éviter les disparités entre les habitants de la métropole et ceux d'un territoire ? L'attractivité économique n'est pas identique. Le département conservera-t-il les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ses compétences ? Il demeurerait le pilote de territoires « davantage ruraux que de territoire attractifs ». La base départementale serait alors étroite pour assurer cette mission de péréquation au bénéfice des intercommunalités non intégrées dans des métropoles. Quelle est la portée de la clause générale de compétence ?
- Comment assurer la péréquation entre les départements et renforcer l'équité territoriale ? Cette question repose la question de l'État, certes garant de l'équité mais également garant d'une péréquation à renforcer. À l'extrême, le conseil général se contenterait de gérer des prestations au nom de l'État.
- Comment concilier pilotage national des politiques publiques, imposant un cadre réglementaire ou législatif, et la libre administration des collectivités territoriales ? Comment rendre effectif le respect des engagements réciproques ?
- En quoi le paysage administratif des collectivités locales simplifierait-il la répartition des compétences ? La réforme des intercommunalités assurant des compétences de l'action sociale, le pilotage du secteur social rend le dispositif plus complexe. Aux trois décideurs actuels – ARS, conseil général et Direction départementale de la cohésion sociale – s'ajouterait un quatrième décideur : l'intercommunalité.
- Quelle est la place de l'État dans les territoires ? Au-delà de la détermination des politiques publiques, la présence de l'État est affirmée au plan régional et départemental ; comment l'État serait-il présent au niveau des territoires ? Y a-t-il une implication possible de l'administration d'État dans les territoires ? Sur quelles bases ? Quelle articulation entre les politiques déconcentrées de l'État et les politiques décentralisées ? À titre d'exemple, sur le champ de l'enfance et de la jeunesse, comment articuler les politiques de protection de l'enfance portées par les conseils généraux avec les politiques de santé des ARS, avec la politique de la ville et la prévention de la délinquance dévolues aux collectivités locales, avec les politiques portées par l'État telles que la justice des mineurs ?
- Comment favoriser une autre citoyenneté reconnue et la place de la société civile ? La décentralisation doit favoriser l'émergence d'une nouvelle citoyenneté, d'un développement social local ; elle doit permettre le développement de nouvelles solidarités. La société civile doit prendre pleinement sa place dans l'élaboration des politiques publiques. Quel devenir des conseils de développement ? Quelle effectivité dans la concertation ?

- L'acte III de la décentralisation doit-il faire évoluer la répartition des les compétences actuelles et affecter de nouvelles attributions à des collectivités ?
- Ainsi, quelle gouvernance territoriale dans le champ de la petite enfance ? Dans la perspective d'un service public de la petite enfance, il est essentiel d'identifier l'échelon le plus pertinent pour lui attribuer une compétence obligatoire, et non facultative comme aujourd'hui.
- Concernant les jeunes adultes de 18-21 ans les plus fragilisés, quelle articulation entre les compétences d'action sociale et de protection de l'enfance des départements et le rôle de l'État notamment à travers le dispositif « Jeunes majeurs » ?
- Comment les collectivités locales exercent-elles leurs responsabilités ? Les exercent-elles directement en région ? Quel devenir pour les conseils de développement ? Quelle effectivité dans la concertation ? Les collectivités locales font-elles confiance aux associations en passant par la voie de la subvention ? Quel est leur mode de gestion ? Quel sens donnent-elles à l'intervention publique ?

Il est impensable de dissocier le contenu de la décentralisation du processus de décentralisation. La réforme de 1982 n'est pas close, elle a pris une nouvelle dimension avec la réorganisation de l'État.

## Demandes de l'Uniopss

Pour l'Uniopss, la réduction des inégalités territoriales doit constituer la priorité des pouvoirs publics pour les années à venir. L'État doit assurer son rôle de garant et de juste répartiteur des financements. Les collectivités, élus locaux et citoyens, ont à définir des politiques adaptées aux besoins locaux et à la situation des citoyens.

L'Uniopss défend une coordination des différentes collectivités publiques afin de déployer des politiques cohérentes sur les territoires. Les départements doivent articuler leur action avec les communes et les intercommunalités. De cet espace de coordination, dépend la possibilité d'apporter aux citoyens une réponse globale à leurs différents besoins. Ceux ci ne doivent pas être victimes de la complexité administrative.

Il est indispensable de permettre aux associations d'exprimer leur conception dans les réponses à apporter aux besoins identifiés et de faciliter la mise en œuvre de ces réponses. Les politiques sociales sont au cœur de la décentralisation, de la nouvelle organisation des communes. Si cela conduit à préciser les partages de responsabilités entre les pouvoirs publics, il est urgent de clarifier les responsabilités et le rôle des associations. Face aux nouvelles demandes sociales, la décentralisation doit donner la capacité de construire des réponses nouvelles aux « nouveaux risques » et aux attentes des populations. Le renouveau des services publics locaux est urgent.

L'émergence de territoires pertinents est une priorité et oblige à construire une cohérence entre aménagement du territoire, action économique et action sociale. Le millefeuille des territoires, leur enchevêtrement de compétences et de responsabilités ne pourra jamais être simple, surtout si la politique publique approche les citoyens de façon globale. Il faut donc rechercher une cohérence dans la répartition des compétences.

1. Clarifier les relations entre les collectivités territoriales en matière de financement pour sortir de l'impasse. Garantir l'autonomie financière des collectivités locales.
2. Clarifier les compétences en les répartissant avec cohérence afin de mettre en synergie les réponses. Construire des logiques d'accompagnement des politiques publiques ; garder une dimension volontariste des compétences, mieux répondre aux besoins des personnes.

3. Renforcer l'ancrage territorial des politiques publiques et définir leurs modalités d'octroi de subventions.
4. Garantir la démocratie sociale locale.
5. Réduire les instances d'accès aux droits sociaux quel que soit le décideur ou le financeur public, et garantir la continuité des politiques publiques.
6. Simplifier le pilotage et rendre plus lisibles les politiques publiques pour les citoyens.
7. Reconnaître l'expertise profane et faciliter la démocratie participative.

Pour l'Uniopss, la décentralisation repose sur la reconnaissance du fait associatif et du rôle de la documentation civile dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques. Il faut donc inscrire la décentralisation dans une démarche de développement social local. Cela exige la recherche de territoires pertinents pour mettre en œuvre les projets ainsi qu'une répartition cohérente des compétences entre les décideurs publics.