OUEST
usages et non-usages
des droits
et des services sociaux

Le non-recours en débat

Expériences et usages des droits et des services socia

parmi les professionnels et les ayants droit

Université d'Angers - SFR Confluences

6 décembre 2013

Toutes les informations sur ***http://ouest.hypotheses.org***

Région Pays de la Loire
Confluences
Recherches pluridisciplinaires en lettres, langues, sciences humaines et sociales
MSH Ange-Guépin
université angers
UNIVERSITÉ DE NANTES
cens
ESO Espaces et Sociétés UMR 6590
iut Angers Cholet
FNARS Pays de la Loire
Anjou Conseil Général de Maine-et-Loire
Angers
Ville de Nantes
Rezé
Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Le non-recours une conséquence de la focalisation sur les besoins sociaux ?

Marc FOURDRIGNIER[1]

Nous souhaitons analyser le lien entre deux phénomènes qui, a priori, n'ont pas grand-chose à voir : le développement du non-recours aux droits et aux services et la focalisation croissante sur les besoins sociaux. En effet, si l'on part du principe qu'une politique publique est censée répondre aux besoins des personnes concernées, une meilleure prise en compte de ces besoins devrait développer le recours aux droits et services dans la mesure où ils seront mieux adaptés. D'une autre manière, nous voulons examiner le paradoxe suivant : en quoi la référence croissante aux besoins sociaux contribue, ou non, au développement du non-recours aux droits ? Elle s'inscrit dans l'axe qui interroge la relation entre l'offre et la demande.

Pour répondre à cette question il faut d'abord établir le fait qu'il y a dans les politiques publiques (sociales mais aussi sanitaires) une référence croissante aux besoins sociaux. Dès la décentralisation des années 1980, elle a été associée à la proximité des collectivités locales: « *Par le transfert d'une compétence de droit commun à un échelon de décision proche des usagers, le législateur a souhaité favoriser la définition d'une véritable politique d'aide sociale et de santé assise sur une connaissance précise des besoins* » *(*Cour des Comptes, 1995). Dans le champ sanitaire, d'une autre manière, la référence aux besoins est aussi présente, à partir des ordonnances de 1996 : « *la Loi et les déclarations politiques (…) définissent sans cesse la recherche de la meilleure satisfaction des besoins comme objectif fondamental du système de santé* » (Vigneron, 1999). Dans les deux cas, cela signifie que ces besoins sont censés constituer la base des politiques sanitaires et sociales locales. Contribuent-ils à introduire une nouvelle forme de régulation dans l'élaboration des politiques publiques ?

Ensuite il faut faire le point sur les analyses possibles du non-recours aux droits et aux services : est-ce d'abord une question d'information ou alors une question de pertinence de l'offre ?

Ces deux points permettent ensuite de revenir à la question posée et de proposer trois hypothèses relatives à la définition, la construction et l'utilisation des besoins sociaux.

1 Une référence croissante aux besoins sociaux

Depuis le milieu des années 1980, la référence aux besoins sociaux ou aux besoins de santé est de plus en plus utilisée dans des domaines divers et variés de l'action sanitaire et sociale. Elle concerne d'abord tous les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ; elle s'est aussi développée dans la plupart des dispositifs territoriaux ; elle s'est enfin généralisée à l'action sanitaire et sociale.

Une référence réglementaire pour les Centres Communaux d'Action Sociale

[1]Maître de Conférences, Centre d'Etudes et de Recherche sur les Emplois et la Professionnalisation (CEREP), EA 4692, Université de Reims Champagne-Ardenne. Mail : marc.fourdrignier@univ-reims.fr. Site personnel : http://marc-fourdrignier.fr/

Cette référence concerne d'abord tous les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) par l'obligation, dans un décret de 1995, de réaliser annuellement une analyse des besoins sociaux. Créés en France, en 1986, après la mise en place de la décentralisation[2], ils ont vu leurs missions et leurs modalités de fonctionnement précisées par un décret du 6 mai 1995. L'article 1 et le début de l'article 2 (voir encadré 1) introduisent une quadruple obligation :

Encadré 1 : L'analyse des besoins sociaux pour les CCAS

Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale procèdent annuellement à une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population qui relève d'eux, et notamment de ceux des familles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficulté. Cette analyse fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration.

Les centres d'action sociale mettent en œuvre, sur la base du rapport mentionné à l'article R. 123-1, une action sociale générale, telle qu'elle est définie par l'article L. 123-5 et des actions spécifiques. (…)(Article R 123-1 et 123-2 du CASF[3])

- la réalisation annuelle d'une analyse des besoins sociaux (ABS) sur leur territoire ;
- cette analyse doit être complète et doit concerner les différentes catégories de populations de l'action sociale ;
- ce rapport doit être présenté au conseil d'administration ;
- l'action sociale générale doit être basée sur ce rapport.

Ce texte crée une obligation spécifique et particulière pour ces acteurs de l'action sociale ; en effet les CCAS sont les seuls à devoir faire ce travail annuellement. L'obligation est à la fois précise sur le principe et en même temps très imprécise sur sa déclinaison. Il est également à noter que, comme souvent, nous avons une norme sans sanction, puisque rien n'est prévu en cas de non réalisation. Cela interroge alors sur la nature même de cette norme juridique.

Cette imprécision peut être en partie clarifiée par l'analyse des lettres des chambres régionales des comptes. En effet elles ont aussi pour mission d'examiner la gestion des collectivités territoriales et de leurs établissements publics. C'est sur cette base que la réalisation effective de l'ABS est prise en compte[4]. Les chambres régionales des comptes sont très vigilantes sur cette mise en œuvre et ne manquent pas de fustiger les CCAS, qui ne sont pas en règle. Ainsi dans certains cas, il est indiqué que « l'analyse des besoins sociaux doit logiquement précéder la mise en place et, éventuellement, la suppression d'actions sociales, conformément à la prescription de l'article R 123-1 du CASF » (Autun, 2006). Pour les juges « il s'agit là d'une des rares compétences obligatoires exclusives explicitement confiées aux CCAS » (Epinal, 2008). Dans la plupart des lettres d'observation ils rappellent l'obligation annuelle en demandant le respect par les CCAS. Pour eux cela dépasse la seule obligation formelle car ils y attribuent souvent des objectifs en lien avec la définition de l'action sociale. L'ABS est un préalable nécessaire. « Il constitue, en outre, un outil d'analyse particulièrement utile pour dresser un état des lieux et mener une réflexion prospective, dépassant le simple examen de dossiers individuels et permettant d'apprécier l'adéquation de l'offre de services proposée (et notamment des critères d'accès) aux besoins des administrés » (Lavelanet, 2006) ; « l'analyse annuelle des besoins

[2]Il vaudrait mieux dire renommer car ils sont les héritiers des bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance.

[3]CASF : Code l'Action Sociale et des Familles.

[4]En référence aux articles L 211-1 et L 211-5 du code des juridictions financières. Ces lettres sont consultables sur le site internet de la Cour des Comptes.

sociaux est indispensable pour définir l'action sociale à mettre en œuvre par l'établissement, fixer les priorités et optimiser l'utilisation des moyens » (Epernay, 2006). On pourrait, sur cette base, retenir la définition suivante : un document qui objective la situation du territoire, prend en compte les besoins sociaux des populations définies dans le texte et s'efforce d'en tirer des conclusions en termes d'action sociale. Néanmoins les CCAS ne sont pas, en France, les seules institutions à se trouver devant cette injonction.

Une référence classique dans les dispositifs territoriaux

Dans les dispositifs territoriaux, il est aussi largement question des besoins des territoires. Cela vaut aussi bien pour ceux qui sont liés à la politique de la ville que pour ceux qui s'inscrivent dans les démarches de développement territorial, les pays notamment.
Pour la politique de la ville, dans les nombreux textes relatifs aux dispositifs territoriaux, la même référence revient : le contrat éducatif local est censé « satisfaire aux besoins éducatifs repérés par un diagnostic territorial ». Dans les diagnostics santé ville, on cherche à mettre en lumière « les atouts et les faiblesses de cette politique au regard des besoins réels des populations… ». Cela devient même un outil politique. Dans sa circulaire du 31 décembre 1998, Lionel JOSPIN, Premier ministre de l'époque, donnait les orientations pour les contrats de ville (2000-2006). Il disait notamment qu'il fallait moderniser les services publics pour qu'ils soient plus adaptés aux besoins sociaux.
Pour les démarches territoriales, comme le contrat de développement social territorialisé, initié par la Mutualité Sociale Agricole, la référence aux besoins est présente notamment dans le diagnostic social qui a pour but « la connaissance approfondie de la situation locale afin de mettre à jour des besoins plus que de révéler des demandes, mais également de dégager des potentialités tout autant que des faiblesses. » (Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, 1999)

Une référence générale pour l'action sanitaire et sociale

La référence aux besoins sociaux dans l'énoncé des politiques sociales trouve son origine dans la décentralisation appliquée au secteur social. C'est en effet dans la loi « particulière » du 6 janvier 1986, qui vient compléter la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, que l'on trouve la première référence en lien avec l'élaboration des schémas : « un schéma précise dans chaque département : la nature des besoins sociaux et notamment de ceux nécessitant des interventions sous la forme de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ou par une autre voie »[5]. Dans un autre registre, mais qui a largement concerné le champ social, une référence analogue est utilisée dans la loi de 1997 sur les emplois jeunes : « Afin de promouvoir le développement d'activités créatrices d'emplois pour les jeunes répondant à des besoins émergents ou non satisfaits et présentant un caractère d'utilité sociale notamment dans les domaines des activités sportives, culturelles, éducatives, d'environnement et de proximité, l'Etat peut, (…) conclure avec les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les autres personnes morales de droit public, les organismes de droit privé à but non lucratif et les personnes morales chargées de la gestion d'un service public des conventions pluriannuelles (…)[6]. Ici ce sont les besoins émergents ou non satisfaits qui sont ciblés, en prenant appui - nous y reviendrons - sur la notion d'utilité sociale.

[5] - Art 2-2 de la loi 86-17 du 16 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
[6]Art. L. 322-4-18 du Code du travail. Abrogé par l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale va consacrer cette référence. Elle est utilisée dans trois registres différents :

- pour définir l'action sociale : « L'action sociale et médico-sociale (…) repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté (art L 116-1 du CASF),
- pour définir les schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui « apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ». art. L. 312-4,
- et pour accorder les autorisations aux porteurs de projets : si le projet proposé « est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève ».

Dans le champ sanitaire, la référence aux besoins est, elle aussi, ancienne mais dans un sens très différent. En effet, dès la loi hospitalière de 1970, on va mettre en place la carte sanitaire qui fixait des indices de besoins par secteur et région sanitaires. Il s'agissait là d'un processus descendant, le ministère de la santé établissait la carte sanitaire et des normes nationales d'équipement en termes de lits par population (...) Il visait davantage les principes d'égalité que d'équité.
Ce mouvement de fond est largement confirmé par la dernière loi d'organisation du secteur sanitaire et médico-social. En effet la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009 multiplie les références aux besoins, puisque citée vingt-deux fois dans la loi.
Nous pourrions multiplier les exemples et faire référence à d'autres secteurs de l'action sociale, le constat est le même : la référence institutionnelle aux besoins sociaux (locaux), voire aux besoins de santé est aujourd'hui transversale aux différents champs de l'action sanitaire et sociale.

Cette émergence peut sembler ne pas être originale. En effet la prise en compte des besoins est un fondement historique des pratiques d'assistance et d'aide sociale : c'est bien l'état de besoin qui justifie le recours à l'assistance. On peut rappeler, à ce propos, que dès la Révolution française : « le premier soin des bureaux de bienfaisance consiste à constater l'état des besoins »[7]. Lorsque l'on passera de la bienfaisance à l'assistance publique on restera sur le même registre : « L'Assistance publique est due, à défaut d'autre assistance, à l'indigent qui se trouve, temporairement ou définitivement, dans l'impossibilité physique de pourvoir à ses besoins » (Monod, 1895). Il y a donc une continuité et une logique à demander aux CCAS de s'intéresser aux besoins sociaux dans la mesure où c'était déjà la mission des organisations qui les ont précédés les bureaux de bienfaisance et les bureaux d'aide sociale. Cependant cette continuité est formelle : en effet l'élément nouveau réside dans le passage des besoins individuels aux besoins sociaux. Nous y reviendrons.
Ce mouvement que nous venons de retracer, dans le détail, fait émerger un paradoxe fort. Alors que l'on est censé de plus en plus prendre en compte les besoins sociaux des populations comment se fait-il que se développe symétriquement un mouvement de non-recours aux droits ?

2 Quels sens pour le non-recours ?

La mise en évidence du phénomène de non-recours aux droits et services s'est largement développée ces dernières années (ODENORE ; Warin, Comité d'évaluation du RSA,...). Récemment le rapport

[7]« Instruction concernant l'organisation et l'établissement des bureaux de bienfaisance ». Préfet Victor Colchen, 25 janvier 1802. Archives Municipales de Metz *in* CCAS de Metz. Analyse des besoins sociaux, novembre 1996, p.1.

Archimbaud fait état d'un taux de non-recours de 15% pour la CMU[8] ; « pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) le taux de non-recours est compris, selon la dernière estimation de la DREES, entre 62% et 73% en référence au nombre d'attestations délivrées » (Archimbaud, p.20). Quelle lecture, quelle analyse peut-on en faire ?
A un premier niveau, classique, le non-recours ne discute pas le bien fondé des actions proposées. On va se plus focaliser sur la manière dont l'offre va pouvoir rencontrer les besoins. C'est notamment la question de l'information, qui est souvent évoquée. A un second niveau, et dans une perspective plus compréhensive, c'est la question de l'action publique et des institutions qui est posée. A un troisième, celle de l'offre et de la demande.

Une question d'information ou de simplification

La plupart des auteurs qui réfléchissent sur cette question du non-recours font référence à l'information. Certains le font de manière principale, considérant qu'il est nécessaire de « mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours » (Warin, 2013). D'autres ne sont pas vraiment convaincus. C'est le cas de B. Gomel lorsqu'il reprend les conclusions des rapporteurs du comité d'évaluation du RSA (Gomel, 2013). L'idée que « le défaut d'information expliquerait le non-recours est juste mais pas suffisante et, prise isolément, elle évite de questionner la pertinence de l'offre elle-même et passe ainsi à côté de la demande contenue dans les autres explications du phénomène » (Mazet, 2010).

C'est ce que souligne également E. Maurel en indiquant que « la seule logique du chiffrage conduit souvent à des analyses trop immédiatement fonctionnelles, opérationnelles, managériales. Les perspectives issues des analyses du non-recours visent alors à améliorer l'information, les circuits de traitement, réduire la complexité, améliorer la qualité du service rendu, et plus largement, outiller l'action publique » (Maurel, 2012). C'est, par exemple, ce qui est en cours de discussion en proposant un dossier unique sur la base d'une étude du secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP) sur le non-recours[9]. Cette dimension de l'accès aux droits est importante mais l'on sait bien également qu'elle n'aborde qu'une partie du phénomène.

La question de l'action publique et des institutions

Le non-recours recouvre des enjeux démocratiques. Cela se traduit notamment en termes de citoyenneté sociale « résultant de l'instauration d'un système de protection sociale et de la

[8]Sur une population potentiellement éligible de 4,7 millions de personnes en métropole à fin 2012, seuls 4millions ont fait valoir leurs droits à la CMU-c (Archimbaud, p.18).
[9]Le SGMAP a en effet animé une expérimentation ("recherche-action") sur deux départements, la Loire-Atlantique et la Seine-et-Marne, visant à mieux comprendre les motifs de non-recours aux prestations sociales (RSA, mais aussi CMUC, ASPA, et aides au logement) et à tester certaines réponses opérationnelles pour infléchir le phénomène. Marie-Arlette Carlotti indique d'ailleurs que ces "expériences" en Seine-et-Marne et en Loire-Atlantique ont par exemple "amélioré le taux de recours à l'aide à la complémentaire santé (ACS) chez ceux percevant le minimum vieillesse de 40%."
http://www.localtis.info/cs/ContentServer?
pagename=Localtis/LOCActu/ArticleActualite&jid=1250266200923&cid=1250266199658&np=ex3403989.

reconnaissance de droits sociaux. Dans cette perspective, le non-recours aux prestations sociales est à la démocratie sociale ce que l'abstention est à la démocratie politique » (Roman, 2012). Cela rejoint ce qu'exprime P. Rosanvallon : « la citoyenneté politique progresse en même temps que régresse la citoyenneté sociale » (Rosanvallon, 2011, p.11). D'une autre manière, l'action publique serait de plus en plus l'affaire d'initiés ayant pour corollaire « un repli individuel et une désillusion à l'égard du collectif dont les conséquences sur l'attachement au pacte social républicain sont insuffisamment tirées » (Roman, 2012). Cela déboucherait sur le fait que la lutte contre la pauvreté et l'exclusion aboutirait non pas à réduire ces phénomènes, mais d'une certaine manière à les renforcer.
Cela se traduit également par une défiance à l'égard des institutions, attitude qui tend à se développer. Elle est constatée dans les travaux sur la participation des personnes précaires et dans les travaux sur la pauvreté. Le rapport 2012 de l'ONPES pointe le fait que « les personnes rencontrées déplorent une forme d'impuissance des institutions, y compris associatives, à pallier les effets de la crise. Elles déclarent se trouver face à un manque de réponses adaptées et développent le sentiment d'être abandonnée des institutions » (ONPES, p.92). Tout cela se traduit par un rapport aux institutions de plus en plus tendu.
Cela va pouvoir se retraduire en termes de manque de reconnaissance sociale : « si l'on considère l'offre publique de droits comme l'un des facteurs de reconnaissance sociale, (...) ce comportement atteste d'une soustraction des processus de reconnaissance portés et produits par les politiques sociales (Mazet, 2010).

La pertinence de l'offre

Pour aller plus loin, il est nécessaire de « sortir d'une approche fonctionnelle pour développer une approche compréhensive » (Maurel, 2012). Le non-recours serait alors « une expression critique de la manière dont l'offre publique s'adresse à ses bénéficiaires » (Mazet, 2010). Il est alors nécessaire de voir comment s'élabore l'offre publique, puis d'envisager « les coûts sociaux et symboliques de la demande ».
L'élaboration de l'offre a profondément été transformée ces dernières années. Prenons l'exemple de l'action sociale familiale des CAF (Fourdrignier, 2013). Elle repose dorénavant sur une offre de service nationale qui brouille la frontière historique entre prestations et action sociale, qui repose sur un socle national défini à partir du fichier allocataires et des faits générateurs de droits à prestations ainsi que sur les diagnostics territoriaux réalisés soit par les Caf seules, soit en collaboration avec leurs partenaires. En complément une offre locale de services est mise en œuvre. La référence au territoire qui était un constituant historique de l'action sociale des CAF se transforme : le territoire de contenu devient cadre : il n'a plus de consistance propre et l'organisme social n'en est « un acteur qui lui reconnaît une identité tout en contribuant par là même à lui conférer » (Lafore, 2012, p.15).
L'élaboration de l'offre publique se décline aussi dans des modes de catégorisation : de quel registre relève l'offre proposée ? Le fait d'avoir inscrit le RSA activité dans le champ de l'aide sociale est considéré comme un obstacle :
« Les personnes en emploi qui demandent à bénéficier du dispositif doivent entreprendre une démarche qui leur donne le statut d'allocataire de l'aide sociale (...). Cette exigence est très mal vécue par les intéressés » (Gomel, 2013).

Cela se traduit dans les coûts sociaux et symboliques de la demande (Maurel, 2012) : « la demande, l'accès au droit, a un coût qui s'énonce le plus souvent en termes de dégradation de l'image de soi et en un sentiment d'invalidation de ses capacités » (Ibid.). Les techniques de l'activation par la

responsabilisation et l'injonction à l'autonomie se traduisent souvent en représentation critique et culpabilisante des personnes : « tous les jours, on se sent coupable » ; « il faut sans cesse se justifier ».

Le non-recours peut être éclairé à la fois par les difficultés d'accès à l'information et aux dispositifs, mais aussi par une action publique qui peine à contribuer au développement de la démocratie sociale et à des institutions qui, faute de générer de la reconnaissance des personnes, produisent de la défiance à leur égard. Il peut aussi trouver son origine dans la manière de plus en en plus déterritorialisée de construire l'offre de service.

3. Prise en compte des besoins sociaux et développement du non-recours

Si l'on revient à la question initialement posée, en quoi la référence croissante aux besoins sociaux contribue, ou non, au développement du non-recours aux droits, Nicole Maestracci apporte une première réponse : « on se préoccupe plus de ranger les gens dans des cases que de répondre à leurs besoins. Et tous ceux qui ne rentrent pas dans les cases viennent grossir les rangs des « non-recourants » (Maestracci, 2012). Pour aller plus loin nous proposons trois hypothèses. La première porte sur la définition des besoins sociaux ; la seconde sur la réalisation de ces diagnostics ; la troisième sur la prise en compte de ces analyses dans la définition des politiques publiques.

Une définition complexe

Faire référence, formellement, aux besoins sociaux ne peut être suffisant. Il est alors nécessaire de tenter d'en faire une clarification. Comme nous l'avons déjà indiqué, l'élément nouveau réside dans le passage des besoins individuels aux besoins sociaux. Ce passage se fait tant d'un point de vue socio-historique, sociologique que méthodologique. En effet « la prise en compte du besoin ne relève pas de l'évidence (…) ce n'est que très progressivement que le manque a produit des effets de droit » (Moutouh, 2000, p.40). Pour ce même auteur « si le besoin social n'est devenu que tardivement une source de droit, c'est surtout parce que pendant longtemps, les républicains se sont montrés incapables de lui trouver une assise théorique convaincante » (ibidem, p.43). La réponse sera trouvée avec la découverte de la solidarité sociale à la fin du XIX^{ème} siècle. Cependant cette explication n'est pas suffisante. En effet, ces dernières années deux autres éléments sont apparus. C'est tout d'abord l'apparition d'un nouveau fondement : on passe alors de la solidarité sociale au principe de dignité de la personne humaine[10] qui joue « le rôle d'un nouveau correcteur magique des inégalités, davantage compatible avec l'individualisme croissant de nos sociétés modernes » (Moutouh, 2000, p.44)… et que les besoins ont pu être référés à des droits sociaux.
D'un point de vue sociologique, la question du passage de l'un à l'autre nous interroge sur le besoin social comme la somme de besoins individuels. Le passage se fait aussi d'un point de vue méthodologique. Un triple déplacement est alors nécessaire. Le besoin ne relève plus ici de l'individu X, il a une dimension plus collective et on parlera de besoins de la population, de besoins collectifs… ; par suite il ne peut plus se repérer de la même manière et les techniques mobilisées changent. En effet la constitution d'un dossier pour justifier de l'état de besoin, son examen par des personnels administratifs en fonction d'un barème ou d'autres critères n'est plus ici d'actualité ; enfin il ne relève plus tant de l'action du salarié au guichet ou dans son bureau que de celle du politique qui doit proposer une action en réponse aux besoins sociaux.

[10]C'est ce qu'affirme l'une des définitions de l'action sociale : " *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* " (art L116-2 CASF).

Le passage de la notion de besoin individuel à la notion de besoins sociaux pose une autre question : que recouvre la notion de besoins sociaux ? Pour répondre à cette question il faut introduire trois distinctions :

- Tout d'abord il faut considérer que les besoins sociaux peuvent concerner des populations, des publics et des usagers. Dans le premier cas, il s'agit d'un ensemble de personnes qui résident sur un territoire et qui expriment – ou non – des besoins collectifs. Dans le second cas, il s'agit d'une sous population ciblée sur la base de certains critères qui peuvent être l'âge, les revenus, la situation familiale, le handicap, la vulnérabilité… Dans le troisième cas, il s'agit des personnes, appartenant à un public, effectivement touchées par un dispositif, une aide, une institution.
- Ensuite, il faut considérer que la notion de besoin social incorpore non seulement l'identification du besoin collectif mais aussi la capacité de la personne à y répondre. Trois modes de réponse sont classiquement distingués : le marché, le service public et le service public d'action sociale ou le tiers secteur non marchand[11].
- Enfin, et par suite, il faut considérer qu'il y a plusieurs définitions possibles des besoins sociaux qui peuvent aller d'une définition large à une définition restreinte.

Cela permet alors de construire le tableau suivant qui distingue plusieurs sens de la notion de besoins sociaux. Dans le sens large les besoins sociaux correspondent aux besoins collectifs de tous les groupes sociaux, indépendamment des modes et des capacités de réponse. Dans un sens intermédiaire ils correspondent aux besoins collectifs de publics spécifiques, là encore indépendamment des modes et des capacités de réponse. Dans un sens restreint ils correspondent à des besoins collectifs, spécifiques ou non, pour lesquels les personnes ne trouvent de réponse ni par le marché ni par le service public.

Tableau : Besoins collectifs et besoins sociaux

Personnes / Réponses	POPULATIONS	PUBLICS/USAGERS
Toutes réponses	Besoins collectifs généraux (mobilité) besoins sociaux au sens large	Besoins collectifs spécifiques (garde d'enfants) besoins sociaux au sens intermédiaire
Marché	Réponse marchande sur la base	Réponse marchande spécifique sur la base

[11]Cette expression est synonyme d'économie sociale. Cela recouvre les organismes non lucratifs qui ressortent - a priori - d'un des trois statuts suivants : associations, mutuelles et coopératives.

	d'une demande solvable ou solvabilisée. (transport individuel)	d'une demande solvable ou solvabilisée (garde d'enfants à domicile)
Service public	Réponse publique sur la base de l'intérêt général avec un coût socialisé et une participation des populations (transport collectif)	Réponse publique spécifique sur la base de l'intérêt général avec un coût socialisé et une participation des populations (crèche, halte-garderie…)
Service public d'action sociale ou Tiers Secteur non Marchand	Réponse sociale sur la base de l'utilité sociale (carte de transport) besoins sociaux au sens restreint	Réponse sociale spécifique sur la base de l'utilité sociale (mode de garde adapté) besoins sociaux au sens restreint

La distinction proposée ici fait écho à celle qui est proposée par Alexandra Euillet entre l'intérêt général et l'utilité sociale. Pour elle, « la notion d'intérêt général ne peut être confondue avec celle d'utilité sociale qui vise un champ plus étroit celui couvert par certaines activités destinées à satisfaire les besoins d'individus fragilisés en manque d'autonomie ». Plus largement ce débat pose la question du mode de réponse à privilégier : « la notion d'utilité sociale a vocation à qualifier une catégories d'organismes de droit privé, voire de droit public qui a pour objet de répondre aux besoins peu ou pas satisfaits par le secteurs publics et marchands de personnes fragilisées en manque d'autonomie »[12]. Est-ce que tous les secteurs d'activité ont vocation à répondre aux besoins sociaux ? Ou alors est-ce l'apanage d'une partie du secteur public et du tiers secteur ?

Une réalisation partielle

Dans quelle mesure cette identification des besoins sociaux est réalisée par les différents acteurs ? Elle est doublement partielle.
Elle l'est d'abord parce que la démarche même est plus ou moins réalisée. Il y a longtemps déjà la Cour des Comptes avait souligné les difficultés rencontrées : « du fait de l'absence d'outils d'observation locaux et faute d'avoir établi, en matière d'études, une véritable stratégie d'appréhension des besoins sociaux, ceux-ci n'apparaissent pas encore bien connus des décideurs » (Cour des Comptes, 1995). Dans le même ordre d'idée, Bauduret et Jaeger parlent d'un échec patent de la loi de 1975 dans le champ de la planification et soulignent le fait que si l'élaboration de ces schémas était obligatoire, cette obligation demeurait très théorique dès lors que la loi ne prévoyait aucun délai de réalisation, ni aucune sanction dans l'hypothèse où ils n'auraient pas été mis en œuvre. Ils citaient également le rapport de l'IGAS de 1995, indiquant la réticence absolue de certains conseils généraux à élaborer un schéma, leur attitude se limitant à prendre des délibérations pour définir les grands axes de leurs politiques, sans concertation avec leurs partenaires ».

Pour les CCAS une enquête ancienne de la SOFRES faisait état, en 2002, du fait que les CCAS ne sont qu'à peine 30 % à pratiquer cette analyse. Sans que cela ait la même représentativité, l'analyse des observations des Chambres Régionales des Comptes va tout à fait dans le même sens. Soit il est relevé

[12]EUILLET A., ibidem, p.210. Il est à noter que cette notion d'utilité sociale connaît une certaine reconnaissance institutionnelle qu'il s'agisse des associations d'utilité sociale ou de l'introduction du critère d'utilité sociale dans les procédures d'agrément des SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif) .

que le rapport d'ABS n'est pas fait, soit que celui qui est présenté n'est qu'un rapport d'activité, soit encore il n'a pas été réalisé avec les autres partenaires. Pour résumer l'injonction réglementaire n'est qu'en partie mise en œuvre dans la mesure où elle se heurte à plusieurs difficultés :
- politiques : les élus ne voient pas forcément l'intérêt de ce type de démarche ou alors sont en désaccord avec la démarche qui risque de les engager à devoir répondre à de nouveaux besoins ;
- méthodologiques : le texte, nous l'avons vu, ne précise pas la démarche ; elle est donc laissée à l'initiative de chaque organisme ;
- partenariales : la démarche qui se veut territoriale suppose de pouvoir mobiliser les partenaires locaux et de mener l'analyse ensemble.

Pour les autres démarches, elles sont souvent réalisées dans la mesure où elles conditionnent d'autres démarches ou procédures. Elles peuvent cependant être réalisées avec plus ou moins de scientificité ou de pragmatisme. Tout ceci débouche sur « le constat aujourd'hui, partagé par les acteurs politiques et de l'action sociale, est celui d'une défaillance dans l'observation des besoins sociaux ». (Demoustier, 2013)

Elles sont aussi partielles parce qu'elles ne prennent en compte qu'une partie des personnes concernées. Reprenons la distinction entre publics et usagers. On pourrait dire que souvent les analyses des besoins sociaux se font en direction des usagers, ceux avec lesquels les organisations sont en contact. D'une autre manière, les usagers constitueraient la face visible de l'iceberg des publics. Toute la partie invisible serait alors peu ou pas prise en compte. C'est aussi ce que dit la présidente de la FNARS : « les institutions ont tendance à n'appréhender que ce qu'elles voient. Et, dès lors que les structures d'accueil avaient déjà du mal à accueillir toutes les personnes qui en faisaient la demande, qu'elles étaient saturées du début à la fin de l'année, sans discontinuer, elles ne faisaient pas de la prise en compte des « invisibles » une priorité. » (Maestracci, 2012). Elle complète en identifiant ces publics invisibles : « plus largement, de nombreuses populations en difficulté sont invisibles au regard des pouvoirs publics : d'abord, les jeunes de 18 à 25 ans dont il faut rappeler que 14% d'entre eux ne sont ni en formation, ni en emploi, c'est-à-dire nulle part, mais aussi, bien sûr, les personnes sans domicile personnel ou les étrangers en situation irrégulière, dont certains ne sont pourtant pas expulsables mais ne peuvent faire régulariser leur situation » (Ibid.).

Une prise en compte variable

Quand bien même les besoins sociaux ont été définis et identifiés, comment sont-ils pris en compte ? Cela amène à s'interroger sur les modes de régulation du social. Peut-on parler de régulation par les besoins sociaux ? Le recours aux besoins sociaux peut avoir, a priori, une fonction de régulation du social.
Serge Paugam distingue trois types de rationalités dans la régulation du social : « Cette régulation du social semble obéir à trois types de rationalités selon le champ auquel appartiennent les acteurs et les modes d'intervention qui y sont privilégiés :

- la régulation administrative qui opère par la réglementation
- la régulation de marché privilégie la comparaison par les prix et la qualité des produits
- la régulation politique valorise les actions décidées par les élus », (Paugam, 1994).

Il nous semble que deux autres régulations peuvent être avancées : la régulation technique se baserait sur l'expertise et sur la connaissance objective : les démarches d'observatoire en sont très caractéristiques. La régulation sociale reposerait sur une forme d'élaboration collective, associant les usagers, en dépassant les injonctions aux droits des usagers et à la « participation citoyenne », les techniciens et les politiques. Nous serions là dans les démarches de co-construction.

Les réformes des politiques publiques et sociales de ces dernières années se caractérisent par les éléments suivants :
- une forte reprise en main par les acteurs publics qui ont à la fois la main sur les diagnostics, via les schémas, et le choix des opérateurs par la généralisation des appels à projets ;
- une préoccupation dominante de réduction des coûts ;
- une remise en cause des systèmes antérieurs de représentation au profit des expertises valorisées dans les agences, tout en affichant un souci démocratique, que ce soit dans les offres de participation ou dans les modalités de la démocratie participative ou sanitaire ;
- une perte de légitimité des acteurs associatifs qui voient remis en cause leur fonction de repérage des besoins non couverts et d'innovation et leur spécificité.

Tous ces éléments contribuent à réduire la place des besoins sociaux dans la régulation du social aujourd'hui. De plus, s'ils gardent une place, demeure la question sur la manière dont ils sont été identifiés et notamment sur leur capacité à prendre en compte les besoins sociaux des « invisibles ».

D'une autre manière on pourrait dire que les difficultés du repérage des besoins sociaux et le faible usage qui en est fait dans la construction de l'offre publique contribuent au développement des phénomènes de non-recours.

BIBLIOGRAPHIE

ARCHIMBAUD A., (2013), « L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité », Rapport au Premier Ministre, Septembre.

BARON A., (2010), « Action sociale : la dérive des continents », *La lettre du cadre territorial*, n°406, 1er septembre, p.20-22.

BAUDURET J-F., JAEGER M., (2005), *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*, Paris, Dunod.

BORGETTO M., (2010), « Sur quels principes bâtir une politique sociale ? Petit inventaire des choix possibles », *Informations Sociales*, n° 157, p10-16.

CASTEL R., (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, coll. « L'espace du politique ».

Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, (1999), *Le contrat de développement social territorialisé*.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., (2008), *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, IRDES, document de travail, DT, n° 10.

COUR DES COMPTES, (1995), « La décentralisation en matière d'aide sociale », Rapport au Président de la République, Décembre.

DEMOUSTIER S., (2013). « Quelques constats sur les difficultés à construire une observation partagée des besoins sociaux », *Repolitiser l'action sociale,* 29 avril.
http://www.repolitiserlactionsociale.org

EUILLET A., (2002), « L'utilité sociale, une notion dérivée de celle d'intérêt général », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 38(2), avril-juin, p.207-228.

FOURDRIGNIER M., (2009), « L'analyse des besoins sociaux », *in* Gueguen J-Y. (dir), *Guide pratique du CCAS*, Paris, Editions Weka.

FOURDRIGNIER M., (2014), « Changements sociaux et transformations du secteur social » *in* Fourdrignier M., Molina Y., Tschopp F., (dir), *Dynamiques du travail social en pays francophones*. Genève, éditions IES (à paraître).

FOURDRIGNIER M., (2013), « Territoires, intervention sociale et offre de service », *Colloque Les territoires vécus de l'intervention sociale. Institutions, professionnels et usagers à l'épreuve de l'incertitude territoriale*, 25 et 26 mars, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

FOURDRIGNIER M., (2008), La prise en compte des besoins sociaux dans les politiques sociales. Colloque « Politiques sociales : des besoins sociaux à l'évaluation des politiques. Paris, Janvier.

FOURDRIGNIER M., (2004), « Les besoins sociaux : un moyen de la régulation sociale ? », *XVIIe Congrès international des sociologues de langue française*, AISLF, Tours, 5 au 9 Jjuillet.

FOURNIER J., QUESTIAUX N.; (1984), « Les besoins et leur mode de satisfaction », *Traité du social*, 4e édition, p.735-761.

GAUDIN J.P., (2004), *L'action publique. Sociologie et politique*. Presses de Sciences Po et Dalloz.

GOMEL B., MEDA D., SERVERIN E., (2013), « Le pari perdu de la réduction de la pauvreté par le RSA », *Connaissance de l'emploi,* n°105, Juin.

IGAS, (2006), *Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ?*

Informations sociales, (2013), *Gérer les droits sociaux*, n°178, p.4.

KESTEMAN N., (2004), « Lutter contre le non-recours aux droits sociaux », *Informations sociales*, n° 120, Décembre, p.78-87.

LACOSTE O., (1999), « Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? », *Actualités de la santé publique*, n°29, Décembre, p.43-46.

LAFORE R., (2012), « Les territoires de la protection sociale », *Regards*, EN3S, n° 41, p.9-25.

LEVY M., (1998), « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ? », *Revue de Droit Sanitaire et social*, 34(4), Octobre-Décembre, p.717-739.

LEVY M., (2000), « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : que reste-t-il de la loi sociale du 30 juin 1975 ? De la réforme d'ensemble aux modifications parcellisées », *Revue de Droit Sanitaire et social*, 36(4), Octobre-Décembre, p.667-696.

LEVY M., (2002), « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : changement et/ou continuité », *Revue de Droit Sanitaire et social*, n°38 (3), Juillet-Septembre.

MAESTRACCI N., (2012), « Le non-recours : un enjeu qui doit obliger les acteurs à changer leurs pratiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, p.630.

MAUREL E., (2012), « Le non-recours aux prestations sociales : les enjeux révélés par le vécu des usagers », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, p.622.

MAZET P., (2010), « La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible », *La vie des idées*, 01 Juin.

MONOD H., *1er Congrès international d'assistance publique*, Paris, 1889, (Castel, 1995, p.286-287).

MOUTOUH H., (2000), « La notion de besoin et le droit », *Informations Sociales*, n°86, p.40-47.

NOGUES H., (1998), « L'analyse des besoins sociaux » , *in* MARTIN G. (dir), *La Dynamique des politiques sociales*, L'Harmattan, Paris-Montréal, p.163-188.

NOGUES H., (1997), « La production de l'action sociale : entre le besoin, la demande et l'offre », *Informations sociales*, n°57, p.4-15.

PALIER B., (2002), « L'évolution des cadres de l'intervention sociale en France » , *Informations sociales*, n°104, p.30-32.

PAUGAM S., INSTITUT DE LA DECENTRALISATION, (1994), *Inégalités et exclusion : les pouvoirs locaux à l'épreuve du "social"*, Rapport de synthèse du groupe d'étude de l'institut de la décentralisation, Mars.

PRIOU J., (2007), « Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale », *Projet de vie et participation sociale*, Dunod.

Revue de droit sanitaire et social, (2012), *Le non-recours aux droits*, n°4, Juillet.

ROMAN D., (2012), « Les enjeux juridiques du non-recours aux droits », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, Juillet, p.603- 613.

VACHEY L., JEANNET A. *et al.,* (2012), *Etablissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), Octobre.

VIGNERON E., (1999), « les bassins de santé ; concept et construction » , *Actualités de la santé publique*, n°29, Décembre, p.38-43.

WARIN P., (2013), « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales*, 4, n° 178, p.52-62.

WARIN P., (2010), « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, mis en ligne le 27 décembre 2010, Consulté le 30 janvier 2011.
http://sociologies.revues.org/index3338.html