



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES  
FAMILIALES ET SOCIALES

*MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE  
DES LOIS DE FINANCEMENT  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE*

Mardi 20 février 2007 à 9 h 30

## *RAPPORT D'INFORMATION*

*sur*

# **L'ACTION SOCIALE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE ET L'ACTION SOCIALE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES**

Présenté par

**MME MARTINE CARRILLON-COUVREUR**  
Députée.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I – L’ACTION SOCIALE : UN DOMAINE COMPLEXE DE L’ACTION PUBLIQUE</b> .....	10
<b>A - L’ACTION SOCIALE REGROUPE DES INTERVENTIONS SOCIALES     DIVERSIFIEES ET EN FORTE CROISSANCE</b> .....	10
1. La notion d’action sociale est mal définie et le cadre juridique est instable.....	10
<i>a) La notion d’action sociale est mal définie</i> .....	10
<i>b) Le cadre juridique de l’action sociale a été renouvelé mais reste instable</i> .....	12
2. Le champ des interventions d’action sociale est très vaste .....	13
<i>a) Les objectifs et les publics de l’action sociale sont divers</i> .....	13
<i>b) Les aides sociales légales sont nombreuses</i> .....	14
<i>c) Les actions sociales facultatives sont très diversifiées</i> .....	15
3. Les dépenses d’action sociale sont en forte croissance .....	18
<i>a) L’action sociale représente 13 % des dépenses de protection sociale</i> .....	18
<i>b) L’information sur l’action sociale des collectivités territoriales est             insuffisante</i> .....	19
<i>c) Les départements ont consacré, en 2005, 23,1 milliards d’euros à l’action             sociale</i> .....	19
<i>d) Les communes de plus de 10 000 habitants ont affecté près de 1,6 milliards             aux dépenses d’action sociale et de santé</i> .....	22
<i>e) Le régime général de sécurité sociale a affecté 4,3 milliards d’euros à son             action sociale facultative</i> .....	23
4. La décentralisation a entraîné une forte progression des personnels dédiés à l’action sanitaire et sociale .....	25
<b>B – L’ÉCLATEMENT DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE D’ACTION SOCIALE     REND SON PILOTAGE DIFFICILE</b> .....	26
1. Les compétences en matière d’action sociale sont éclatées et enchevêtrées : le principe de déspecialisation est poussé à l’extrême .....	26
<i>a) La compétence de droit commun du département est désormais clairement             affirmée</i> .....	26
<i>b) Les communes conservent des compétences d’action sociale importantes</i> .....	29

c) <i>La sécurité sociale continue à gérer ses compétences historiques</i> .....	30
2. La pluralité des réseaux entraîne des difficultés de pilotage et de mise en cohérence des actions sociales menées par les différents acteurs .....	34
a) <i>Le pilotage du réseau des collectivités territoriales n'est pas possible</i> .....	34
b) <i>Les branches du régime général de sécurité sociale éprouvent des difficultés pour repositionner leur action sociale et pour piloter le réseau des caisses locales</i> .....	35
c) <i>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'insère difficilement dans un dispositif institutionnel déjà très complexe</i> .....	40
d) <i>L'État est relativement peu actif au plan local</i> .....	41
e) <i>Les associations jouent un rôle important</i> .....	41
<b>II – AMÉLIORER LA COORDINATION ET DÉCLOISONNER LE SOCIAL ET LE MÉDICO-SOCIAL AVEC LE SANITAIRE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX NOUVEAUX BESOINS</b> .....	43
A ÉLARGIR LA MAITRISE D'ŒUVRE DU DÉPARTEMENT SUR L'ACTION SOCIALE ET COORDONNER CELLE-CI AVEC LE SANITAIRE .....	43
1. Le département s'affirme comme chef de file de l'action sociale .....	43
a) <i>Les départements poursuivent leur montée en charge</i> .....	43
b) <i>Les communes continuent de jouer un rôle important</i> .....	45
c) <i>La sécurité sociale souhaite demeurer un acteur de l'action sociale</i> .....	46
2. La coexistence de deux réseaux pose des problèmes de coordination .....	47
a) <i>Les légitimités et les logiques d'organisation sont différentes</i> .....	47
b) <i>Des tensions apparaissent et les arrangements passés entre les acteurs sont plus ou moins coopératifs</i> .....	48
c) <i>L'efficacité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est incertaine</i> .....	48
d) <i>Les dispositifs de coordination sont insuffisants</i> .....	49
e) <i>Des aménagements sont nécessaires pour affirmer la compétence du département et assurer les coordinations des actions</i> .....	50
f) <i>Renforcer la planification sociale et médico-sociale au vu d'un diagnostic partagé</i> .....	53
g) <i>Inciter au développement de l'action sociale communautaire</i> .....	53
3. Le cloisonnement avec le sanitaire est préjudiciable aux personnes et à l'efficience.....	54
a) <i>Décloisonner le sanitaire, le social et le médico-social afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie</i> .....	54
b) <i>Instaurer le réseau santé-social régional</i> .....	56
c) <i>Expérimenter le transfert des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au département</i> .....	58
d) <i>Organiser la sortie de l'hôpital</i> .....	58

e) <i>Prévoir une obligation de coordination dans les autorisations des établissements</i> .....	58
<b>B – DONNER UN NOUVEAU SENS À L’ACTION SOCIALE ET ADAPTER L’OFFRE AUX NOUVEAUX BESOINS</b> .....	59
1. De l’action sociale au développement social territorial.....	59
a) <i>Promouvoir une conception renouvelée et plus large de l’action sociale par le développement social territorial</i> .....	59
b) <i>Privilégier la réponse personnalisée et globale autour du projet de vie</i> .....	60
c) <i>Mobiliser les intervenants sociaux et anticiper les besoins de recrutement</i> .....	60
d) <i>Développer le partage de l’information</i> .....	62
e) <i>Favoriser la concertation, l’évaluation, les échanges de bonnes pratiques et la recherche</i> .....	64
2. Adapter les prestations d’action sociale aux nouvelles demandes et assurer la continuité de l’accompagnement des personnes dans leur projet de vie.....	65
a) <i>Définir une politique globale d’accompagnement de la perte d’autonomie</i> .....	65
b) <i>Maintenir l’effort d’insertion</i> .....	69
3. Prévoir les financements nécessaires et renforcer la péréquation.....	69
a) <i>Prendre la mesure des besoins de financements croissants de l’action sociale</i> .....	70
b) <i>Réfléchir à des solutions de financement</i> .....	71
c) <i>Renforcer la péréquation pour corriger les inégalités territoriales</i> .....	72
<b>PRINCIPALES ORIENTATIONS</b> .....	73
<b>PROPOSITIONS</b> .....	74



## INTRODUCTION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a demandé à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), sur sa proposition, de consacrer son dernier rapport thématique de la législature à « l'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales ». Le choix d'un sujet aussi large correspond à la volonté constante de la MECSS d'appréhender, autant que possible, les questions de protection sociale de manière décroisée. Cette approche est particulièrement justifiée s'agissant de l'évaluation de la politique d'action sociale, domaine de l'action publique qui a été fortement réformé depuis vingt ans et dans lequel les acteurs sont très nombreux. Le choix de ce thème s'inscrit aussi dans le souhait de la MECSS de prolonger et d'approfondir sa réflexion pour améliorer l'organisation de notre système de protection sociale, déjà abordé dans son premier rapport<sup>1</sup>, ou le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, qui a fait l'objet d'un rapport plus récent<sup>2</sup>.

Chaque jour, l'actualité nous rappelle l'impérieuse nécessité de l'action sociale, cet « ancêtre de la protection sociale ». Cela justifie amplement le choix de la MECSS.

Les problèmes sociaux auxquels il nous faut apporter une réponse satisfaisante pour les personnes concernées sont nombreux et même se multiplient. A côté des besoins permanents, de nouveaux besoins d'action sociale apparaissent liés à la pauvreté, à la précarité, à l'isolement et à la solitude, à la multiplication des ménages monoparentaux, au développement du travail des femmes, aux difficultés d'éducation et d'autorité, au développement des problèmes psychiques, au vieillissement de la population...

Les besoins nouveaux, individuels et sociétaux, en ce qu'ils nécessitent souvent un investissement humain important, prévenance et humanité, sont plus difficiles à satisfaire. Mais de la qualité des réponses apportées dépend l'insertion et, finalement, la cohésion nationale mais aussi territoriale. Cela nous oblige à questionner à nouveau le social pour l'adapter, sans cesse, à la demande de personnes qui sont souvent en situation de faiblesse et qu'il nous faut aider. Il s'agit au fond de revisiter la façon dont nous assurons notre devoir de solidarité. C'est aussi pour ces raisons que la MECSS a fait ce choix.

Pour mener ses investigations et son travail de réflexion sur l'action sociale, la MECSS a pu s'appuyer sur des expertises extérieures.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 2680, du 16 novembre 2005, de M. Jean-Pierre Door sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale

<sup>2</sup> Rapport n° 3091, du 17 mai 2006, de Mme Paulette Guinchard sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées

Elle a d'abord bénéficié de l'assistance de la Cour des comptes, désormais habituelle mais toujours aussi précieuse, et dont il convient de la remercier. La Cour, à la demande de la Mission, a effectué une enquête préalable sur l'action sociale du régime général de sécurité sociale, laquelle a fait l'objet d'une insertion dans son rapport annuel sur la sécurité sociale, publié au mois de septembre 2006.

Grâce à l'autorisation donnée par le ministre de la santé et des solidarités, la MECSS a également bénéficié, pour la première fois, du concours de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui s'est concrétisé par la remise à la MECSS de deux contributions écrites. La première, de portée générale, réalisée par deux inspecteurs, vise à établir une « cartographie de l'action sociale ». La seconde contribution, plus ciblée, concerne l'action sociale locale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées menée dans quatre départements représentatifs de la diversité des territoires : le Nord, le Lot-et-Garonne, le Rhône et le Val-de-Marne. Quatre inspecteurs se sont rendus sur le terrain pour rencontrer, pendant un mois et demi, entre début novembre et mi-décembre 2006, les principaux acteurs locaux concernés des collectivités territoriales, de la sécurité sociale, des services de l'État, des associations d'opérateurs et d'utilisateurs. Ce travail a fait l'objet d'un rapport d'étape puis d'un rapport final, qui sont publiés en annexe au présent rapport.

La MECSS remercie le ministre d'avoir autorisé cette collaboration ainsi que les chefs successifs de l'IGAS et les inspecteurs pour leur disponibilité : ils ont en effet réalisé ces travaux très instructifs et utiles à la Mission dans des délais brefs.

Grâce aux travaux préalables de la Cour des comptes et concomitants de l'IGAS, la MECSS a pu croiser les approches et approfondir ses analyses. Les investigations menées par l'IGAS ont notamment permis d'avoir « un retour » du terrain très utile.

La MECSS a, pour sa part, pendant quatre mois, auditionné les principaux acteurs nationaux et locaux de l'action sociale, notamment des quatre départements sélectionnés : la Cour des comptes pour la présentation de ses travaux, l'IGAS, trois fois, pour la présentation de ses rapports concernant l'action sociale, le directeur général de l'action sociale, à deux reprises, le directeur de la sécurité sociale, les directeurs des caisses nationales de sécurité sociale qui gèrent un fonds d'action sociale destiné au public, le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le directeur de la Mutualité sociale agricole, le président de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale, des représentants de l'Assemblée des départements de France et de l'Association des maires de France, des présidents de conseils généraux, des directeurs de services d'action sociale de collectivités territoriales, des directeurs de caisses régionales d'assurance maladie et des directeurs de caisses locales de sécurité sociale.

Le rapport examine tout d'abord la complexité de l'action sociale et les conséquences de l'éclatement des compétences (I). Il formule ensuite une série de



propositions visant à améliorer la coordination et à décroiser le social et le sanitaire mais aussi à donner un nouveau sens à l'action sociale et à améliorer l'effectivité des droits (II).

\*

## **I – L’ACTION SOCIALE : UN DOMAINE COMPLEXE DE L’ACTION PUBLIQUE**

L’action sociale est le résultat d’une série d’évolutions intervenues depuis plus de deux siècles. Depuis ce que l’on a appelé « la charité », dans laquelle les Eglises jouaient un grand rôle, et qui recouvrait notamment les soins aux pauvres, en passant par la proclamation du droit des pauvres à l’assistance publique en 1789, la création d’un bureau de bienfaisance dans chaque commune en 1796, les lois sociales de la troisième République qui ont notamment prévu la création d’un bureau d’assistance dans chaque commune puis, en 1953, la fusion des bureaux d’assistance et des bureaux de bienfaisance en un bureau d’aide sociale, lequel sera transformé, en 1986, en centre communal d’action sociale et, enfin, les transferts de compétences issus des lois de décentralisation de 1982 et 2004, nombreux ont été les changements jalonnant l’histoire de l’action sociale.

L’ancienneté de ce secteur de l’action publique souligne la permanence des besoins à satisfaire. Et ce n’est pas le moindre des paradoxes de le rappeler aujourd’hui, cinquante ans après la création de la sécurité sociale, laquelle aurait dû permettre de réduire, sinon de supprimer, le besoin d’une action sociale complémentaire aux prestations de solidarité nationale alors mises en oeuvre. Au contraire, force est de constater que l’action sociale a continué de se développer, en même temps que la sécurité sociale et l’ensemble de la protection sociale. La volonté d’améliorer la réponse sociale aux besoins de la population explique cette évolution.

### **A - L’ACTION SOCIALE REGROUPE DES INTERVENTIONS SOCIALES DIVERSIFIEES ET EN FORTE CROISSANCE**

#### **1. La notion d’action sociale est mal définie et le cadre juridique est instable**

##### ***a) La notion d’action sociale est mal définie***

M. Edward Jossa, directeur général des collectivités locales au ministère de l’intérieur et de l’aménagement du territoire, remarquait lors de son audition par la MECSS, le 11 janvier 2007 que : « *La notion d’aide sociale est de plus en plus difficile à cerner, les distinctions historiques entre action sociale et aide sociale ou entre prestations légales et facultatives s’effaçant progressivement. Depuis 1984, les prestations facultatives peuvent compléter les prestations obligatoires et, depuis 2002, le code de l’action sociale et des familles donne une définition très large de l’action sociale, qui s’étend désormais à l’aide à la citoyenneté, à la prévention et à la lutte contre l’exclusion – le champ est tellement étendu que l’on peut se demander s’il existe toujours une véritable définition.* »

On ne peut mieux exprimer la difficulté d'appréhender une réalité multiforme et mouvante.

On distingue traditionnellement trois techniques de protection sociale : les assurances sociales, l'aide sociale et l'action sociale. L'aide sociale vise à apporter des aides complémentaires aux assurances sociales. L'action sociale constitue le troisième niveau de protection qui a vocation à pallier les insuffisances des deux premiers. Les assurances sociales sont obligatoires et contributives, c'est-à-dire attribuées en contrepartie de cotisations sociales. L'aide sociale et l'action sociale ne sont pas contributives. La première est obligatoire, alors que la seconde est facultative.

Les spécificités de ces notions se sont peu à peu estompées et les frontières qu'elles délimitaient sont devenues moins étanches. Des prestations hybrides ont été créées qui croisent les critères juridiques et les modes de financement habituels, ce qui rend la classification plus difficile, brouille les repères et complique l'analyse.

Dans la période récente, ont ainsi été créées des prestations qui mélangent les logiques d'assurance sociale, d'aide sociale et d'action sociale. Par exemple, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) qui ne peuvent pas faire l'objet de recours en récupération (ce qui est un des critères distinctifs classiques d'une prestation d'aide sociale), mélangent la logique d'assurance et la logique de l'aide sociale. Par ailleurs, des prestations d'aide sociale (obligatoire) décidées par l'Etat peuvent être complétées par des prestations d'aide sociale extralégale attribuées par les départements. Ou encore, les fonds de solidarité pour le logement ou les fonds d'aide aux jeunes, dont la gestion a été transférée aux départements, peuvent être classés dans l'action sociale extralégale.

Le nouveau code de l'action sociale et des familles qui s'est substitué, en 2001, à l'ancien code de l'aide sociale tient compte de cette évolution en traitant tout à la fois de prestations d'aide sociale et de l'action sociale au sens classique.

C'est sur la base de cette conception large de l'action sociale (qui englobe donc l'action sociale et l'aide sociale) que la MECSS a organisé ses investigations. En outre, cette approche permet de procéder à une évaluation plus complète des différents dispositifs, notamment ceux créés ces dernières années, et de leur articulation. Ce choix traduit également la volonté de prendre en compte les conditions concrètes de mise en œuvre de la politique d'action sociale, les deux notions d'aide et d'action sociale étant largement confondues par les acteurs de terrain.

***b) Le cadre juridique de l'action sociale a été renouvelé mais reste instable***

A la suite de la décentralisation de l'action sociale, initiée en 1982, de nombreuses réformes sont intervenues dans ce domaine, au cours des quinze dernières années.

La contribution de l'IGAS à la cartographie de l'action sociale présente une liste des 28 principales lois relatives à l'aide et à l'action sociale promulguées depuis 1982. Mais de nombreuses autres lois, notamment les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale, modifient régulièrement les règles de droit. Encore devrait-on ajouter à cette énumération, les projets de loi tout récemment examinés par le Parlement concernant la protection de l'enfance ou les tutelles. On peut aussi évoquer la prolifération des textes règlementaires et des circulaires d'application. Au total, force est de constater que le droit de l'action sociale est particulièrement foisonnant.

Cette tendance à la multiplication et à l'accélération du rythme des réformes pose des problèmes de mise en œuvre, comme les auditions organisées par la MECSS ont permis de le constater. De nombreux acteurs de terrain se plaignent en effet de l'instabilité et du changement trop rapide des règles à appliquer. Les intervenants sociaux peinent à s'adapter. Que dire alors des difficultés de compréhension que peuvent éprouver les personnes, souvent fragilisées, auxquelles les dispositifs d'action sociale s'adressent. Cette instabilité est source de complexités et de confusions.

Le nouveau code de l'action sociale et des familles regroupe des dispositions qui étaient autrefois dispersées. Il constitue donc un progrès dans la lisibilité et l'accessibilité aux droits. Encore faut-il observer, que devant l'importance des changements démographiques à venir et des enjeux financiers qu'ils représentent, il est vraisemblable que le rythme des adaptations législatives à effectuer ne ralentira pas.

Les lois récentes relatives à l'aide sociale visent à concrétiser deux orientations majeures de la politique sociale : l'universalité des prestations et le droit à compensation des besoins des personnes pour leur laisser le libre choix de leur mode de vie.

On peut notamment citer la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU) qui consacre le droit de chacun à une couverture de base en matière d'assurance maladie, la loi du 20 juillet 2001 qui a instauré l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), initiée par Mme Paulette Guinchard alors secrétaire d'État aux personnes âgées, la loi du 18 décembre 2003 qui crée, dans le cadre du dispositif du revenu minimum d'insertion, le contrat insertion-revenu minimum d'activité (CIRMA), ou encore la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui crée, notamment, une prestation de compensation du

handicap (PCH) remplaçant l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). En outre, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui reformule le droit des établissements et services sociaux et médico-sociaux, consacre la reconnaissance des droits des usagers et leur participation à la conception et à l'élaboration de leur projet de vie.

## **2. Le champ des interventions d'action sociale est très vaste**

### ***a) Les objectifs et les publics de l'action sociale sont divers***

La loi du 2 janvier 2002 a aussi introduit dans le code de l'action sociale et des familles des dispositions qui précisent le champ de l'action sociale :

*« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales. » (article L. 116-1).*

L'ambition de l'action sociale est donc importante.

Plus précisément, les missions d'intérêt général et d'utilité sociale dans lesquelles s'inscrivent les actions sociale et médico-sociale ont ainsi été définies :

– l'évaluation et la prévention des risques sociaux et médico-sociaux, l'information, l'investigation, le conseil, l'orientation, la formation, la médiation et la réparation ;

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

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

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

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

– les actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

L'action sociale traditionnelle, au même titre d'ailleurs que la sécurité sociale ou l'assurance chômage, assume deux fonctions principales :

– une fonction compensatrice, qui peut être durable (attribution d'une aide ménagère à une personne âgée) ou temporaire (secours attribué à une personne sans ressources) ;

– une fonction réparatrice, en vue de réinsérer socialement une personne marginalisée ou à réinsérer professionnellement une personne éloignée du monde du travail.

Mais l'action sociale cherche aussi, de plus en plus, à donner une dimension préventive à ses interventions, individuelles ou collectives, afin d'éviter la survenue d'un risque ou la détérioration d'une situation. Cela incite à un diagnostic et à un accompagnement précoces.

Le champ de l'action sociale est donc très large. Les trois catégories d'acteurs que sont l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale délivrent, en particulier avec le concours des associations, un très large éventail de prestations destinées à répondre à une diversité de besoins relevant de cinq grandes politiques concernant la protection de l'enfance, la famille, les personnes handicapées, les personnes âgées et la lutte contre l'exclusion.

L'action sociale vise à apporter des réponses concrètes aux besoins des personnes. Les prestations sont donc nombreuses et très variées. Elles sont souvent expérimentées avant d'être étendues, voire généralisées et légalisées. La multiplication des dispositifs et les insuffisances d'articulation des dispositifs entre eux, de même que la fragmentation des approches et la pluralité des intervenants peuvent d'ailleurs poser des problèmes de cohérence dans le traitement des difficultés des personnes.

### ***b) Les aides sociales légales sont nombreuses***

Les aides sociales se répartissent en quatre grands postes de dépenses.

L'aide sociale aux personnes âgées recouvre les dépenses relatives à l'aide à domicile (aides ménagères, APA et ACTP pour les personnes de 60 ans ou plus), ainsi que les dépenses liées aux prises en charge en hébergement (accueil en établissement, au titre de l'aide sociale à l'hébergement ou de l'APA, et accueil chez des particuliers).

L'aide sociale aux personnes handicapées comprend les dépenses d'aides à domicile (aides ménagères ou auxiliaires de vie, ACTP pour les moins de 60 ans), ainsi que les aides à l'hébergement (accueil en établissement, accueil familial et accueil de jour).

L'aide sociale à l'enfance (ASE) regroupe les dépenses destinées aux enfants placés (confiés à l'ASE ou placés directement par le juge), de même que les frais inhérents à ce placement. Elle intègre également les mesures d'aide éducative – actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) et actions éducatives à domicile (AED) –, les aides financières et celles concernant les travailleuses familiales.

Les dépenses liées au RMI comprennent les versements de l'allocation, lesquels s'ajoutent aux charges d'insertion qui retracent l'effort fourni par les départements dans ce domaine.

### *c) Les actions sociales facultatives sont très diversifiées*

#### *● L'action sociale facultative des départements*

L'action sociale non obligatoire des départements recouvre une grande diversité d'interventions. Il s'agit d'abord d'aides extralégales qui complètent les interventions obligatoires des conseils généraux dans les domaines de l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l'enfance. Ces actions prennent le plus souvent la forme d'aides financières aux personnes ou de soutien à des actions ou des services mis en place par les départements eux-mêmes, les communes ou les associations.

D'autres actions facultatives, qui ne relèvent pas directement du champ de l'aide sociale, sont par ailleurs développées dans les domaines de la santé, de l'emploi ou de la formation professionnelle. Ces actions ont parfois un caractère ponctuel mais s'inscrivent généralement dans la durée après une phase d'expérimentation. Elles visent à répondre à des besoins non satisfaits ou non couverts par l'aide sociale légale. Elles correspondent aussi à la volonté des conseils généraux de développer des actions spécifiques à leur département. Ces orientations impliquent le développement de partenariats avec diverses institutions, des efforts de formation et de professionnalisation des intervenants et une organisation territoriale qui vise une couverture de l'ensemble du département.

Il ressort des résultats, récemment publié par la DREES<sup>1</sup>, d'une étude qualitative sur l'action sociale facultative menée dans quatre départements que celle-ci s'adresse, pour l'essentiel, aux catégories de population visées par l'aide sociale obligatoire.

#### *● Les actions sociales facultatives des départements peuvent être classées en six catégories*

– Les aides aux personnes âgées concernent principalement la téléalarme, l'adaptation du logement, la formation des intervenants à domicile, la formation aux métiers d'assistants de vie, la compensation lors du passage de la PSD à

---

<sup>1</sup> *Etudes et résultats n° 537 de novembre 2006*

l'APA, le financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), la prise en charge des frais d'obsèques, l'accueil de jour, l'accueil familial et l'hébergement temporaire...

– Les aides aux personnes handicapées ont pour objet la mise en place de services d'information et de conseil (conseils techniques, conseils sur l'accessibilité...), d'accompagnement de malades mentaux, d'autistes, l'organisation de vacances, d'actions d'insertion professionnelle, d'accueil de jour, d'accueil familial, d'accueil transitoire... ;

– L'aide sociale à l'enfance recouvre les relais enfance-famille, l'hébergement des jeunes majeurs, les contrats jeunes majeurs, la prévention spécialisée, les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs, les bourses d'étude, les associations d'insertion, l'organisation de vacances, d'activités sportives... ;

– Les aides à l'enfance et à la famille regroupent diverses aides relatives à la garde des jeunes enfants, le soutien à la fonction parentale, les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les assistantes maternelles, l'accompagnement scolaire, les centres sociaux... ;

– Les aides aux personnes en difficulté consistent en des secours d'urgence, des actions au titre de la politique de la ville ou en faveur des demandeurs d'asile, des jeunes errants, des actions pour l'emploi, le fonctionnement de centres sociaux, la formation des bénévoles... ;

– Les actions en matière de santé concernent la mise en œuvre des programmes territoriaux de santé, l'éducation et la prévention en santé, la santé des jeunes majeurs, la lutte contre l'alcoolisme, l'aide ménagère à titre médical, le dépistage du cancer du sein...

- *L'origine des actions est variable*

Il peut s'agir de la prise en compte de besoins non satisfaits par l'aide sociale légale ou par les politiques de l'État, de la volonté de corriger une couverture inégale du territoire départemental, d'initiatives d'associations ou d'organismes mutualistes, ou encore d'orientations affichées par le conseil général dans le cadre de son projet politique.

- *Les modalités des aides sont diverses*

Il peut s'agir d'aides directes aux personnes, mais plus fréquemment d'aides à des projets ou à des opérateurs, ou d'aides financières mobilisant des moyens humains du conseil général (travailleurs sociaux...).

Les aides financières peuvent être des subventions ponctuelles ou régulières, des financements de postes, de formations, des mises à disposition de personnel et, plus rarement, des aides à des investissements.



- *Les partenariats sont fréquents*

Les partenaires du département peuvent être des communes ou des structures intercommunales, des organismes de sécurité sociale (CAF, CRAM...), des associations gestionnaires de services ou d'équipements...

- *Le support de l'aide est varié*

Il peut s'agir d'aides à un projet ponctuel, de conventions annuelles, voire, plus rarement, pluriannuelles, de conventions signées seulement entre le conseil général et un opérateur ou signées avec les autres institutions apportant un concours financier et/ou humain, ou encore de la création d'une entité juridique *ad hoc*.

Les dispositifs le plus souvent mis en oeuvre en faveur des personnes âgées ou handicapées sont la téléalarme et l'adaptation du logement, les aides techniques ainsi que l'aide au transport et le soutien à la vie autonome à domicile. Les aides alimentaires et les secours financiers sont les principales aides en direction des personnes en situation de précarité. Les subventions aux structures d'accueil de la petite enfance et le soutien à la parentalité constituent les aides les plus fréquentes à destination des familles. Enfin, concernant l'action en faveur des jeunes, les aides le plus souvent mises en oeuvre sont les aides à la formation et à l'insertion sociale des jeunes, et celles qui s'insèrent dans le cadre scolaire et extrascolaire (loisirs de proximité ou vacances).

- *L'action sociale facultative des communes*

A la différence des départements qui attribuent l'aide sociale légale et peuvent allouer des aides sociales complémentaires, extralégales ou facultatives, les communes développent une action sociale qui leur est propre et relève exclusivement de l'aide facultative.

Il ressort des résultats de l'enquête qualitative réalisée par la DREES, en 2002, sur l'action sociale des communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants<sup>1</sup> – qui sont environ 1 900, soit 5 % des 36 679 communes que compte le territoire français, mais où réside 53 % de la population française (plus de 32 millions de personnes) –, que les actions mises en oeuvre s'adressent en majorité aux personnes âgées, puis aux personnes en difficulté sociale et aux enfants ou adolescents ainsi que, pour une minorité d'entre elles, aux personnes handicapées.

Les deux actions les plus souvent proposées aux personnes âgées sont le portage de repas à domicile (66 %) et les services d'aide à domicile (52 %).

---

<sup>1</sup> *Etudes et résultats n° 307 d'avril 2004*

L'aide apportée aux personnes en difficulté sociale est d'autant plus importante et fréquente que la commune est importante. Les actions privilégient le plus souvent les services (apurement d'impayés, fonds d'aide aux jeunes, logements d'urgence...), plutôt que l'accueil dans des structures ou des établissements spécifiques.

Le nombre d'actions réalisées pour les enfants et les adolescents varie peu avec la taille des communes. Sept communes sur dix gèrent des structures d'accueil collectif (crèches, haltes-garderies, centres de loisirs).

Les communes de grande taille ont aussi mis en place des prestations en nature, le plus souvent sous forme de tarifs réduits. Enfin, un quart des communes met en œuvre une action à destination des personnes handicapées. Il s'agit le plus souvent de transports (deux sur dix) ; par contre, elles sont peu nombreuses à gérer un établissement ou un service pour enfants ou adultes handicapés.

La DREES a réalisé une autre enquête qualitative portant sur l'action sociale menée par les petites communes, de 100 à moins de 5 000 habitants<sup>1</sup> qui sont environ 30 844, soit 84 % du total des communes, et représentent 40 % de la population (environ 23,5 millions de personnes y résident).

Il ressort de cette enquête que 16 % des communes enquêtées ont déclaré ne mener aucune politique d'action sociale. Il s'agit, pour la plupart, de communes rurales et faiblement peuplées. À l'inverse, les communes urbaines et plus peuplées diversifient leur action sociale et développent en moyenne près de quatre types d'action. Les publics auxquels s'adressent le plus souvent ces communes sont, en premier lieu, les personnes âgées auxquelles un tiers des communes se consacre exclusivement, puis les personnes en difficulté sociale ainsi que les enfants et adolescents auprès desquels intervient près d'une commune sur deux.

Trois groupes de communes de 100 à moins de 5 000 habitants, peuvent être distingués :

- le premier, le plus important, regroupe les petites communes qui concentrent leurs actions sur les personnes âgées ;
- le second, regroupant des communes de plus grande taille, se caractérise par une politique d'action sociale à la fois intense et diversifiée ;
- le troisième réunit des communes petites et moyennes dont les interventions sont à la fois moins fréquentes et moins systématiquement orientées vers les personnes âgées.

### **3. Les dépenses d'action sociale sont en forte croissance**

#### ***a) L'action sociale représente 13 % des dépenses de protection sociale***

---

<sup>1</sup> *Etudes et résultats n°271 de novembre 2003*

En 2005, dans l'ensemble des dépenses de protection sociale, qui s'élèvent à 483 milliards d'euros, les assurances sociales représentaient 87 % des dépenses et l'action sociale 13 %, soit 61,3 milliards d'euros, c'est-à-dire l'équivalent des dépenses hospitalières, lesquelles représentent près de 40 % de l'ONDAM<sup>1</sup>.

L'aide sociale représente 4,7 % des dépenses de protection sociale, soit 22,5 milliards d'euros, l'action sociale 4,6 %, soit 22,2 milliards d'euros, et les minima sociaux 3,4 %, soit 16,6 milliards d'euros.

Les dépenses d'action sociale se répartissent entre l'Etat pour 25,6 milliards d'euros, les collectivités territoriales (23,1 milliards d'euros), les associations (9 milliards d'euros) et la sécurité sociale (4,3 milliards d'euros). Les dépenses comptabilisées au titre des associations correspondent, pour l'essentiel, à des dépenses en faveur des personnes handicapées (des prestations médico-sociales financées par la CNAMTS et des frais d'hébergement et d'aide sociale financés par les départements).

Les départements et la sécurité sociale représentent 45 % du total des dépenses d'action sociale, le reste des dépenses étant le fait de l'Etat et des associations.

***b) L'information sur l'action sociale des collectivités territoriales est insuffisante***

Actuellement, les informations disponibles ne permettent d'avoir qu'une vision parcellaire et imprécise des dépenses d'action sociale des collectivités territoriales. Les seules données collectées au niveau national concernent l'action sociale – au sens large – des départements. Mais les comptes administratifs des départements ne permettent pas d'identifier les dépenses extralégales et facultatives en tant que telles. On retrouve la même difficulté avec les communes.

***c) Les départements ont consacré, en 2005, 23,1 milliards d'euros à l'action sociale***

Selon les dernières données publiées par la DREES, les dépenses nettes (c'est-à-dire après déduction des récupérations, recouvrements et remboursements) d'aide et d'action sociale des départements se sont élevées, en 2005, à 23,1 milliards d'euros (dont 19,3 milliards pour la métropole). Elles représentent près des deux tiers (65 % en 2005) de leurs dépenses de fonctionnement. L'action sociale mobilise une part croissante des budgets départementaux. Cette part a ainsi augmenté de 2 points par rapport à 2004.

Les dépenses nettes des départements ont augmenté, en euros constants, de 3 % en 2005. Elles retrouvent ainsi une évolution modérée après avoir fortement augmenté en 2002 (+ 20 %) et 2003 (+ 12 %) avec la mise en place de l'APA et

---

<sup>1</sup> objectif de dépenses d'assurance maladie

encore davantage en 2004 (+ 38 %) du fait de la décentralisation du RMI (revenu minimum d'insertion).

En cinq ans, les dépenses d'aide sociale des départements ont plus que doublé.

Les dépenses d'aide sociale se répartissent en cinq principaux postes : l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance, les dépenses afférentes au RMI et les autres postes (dépenses de personnel, services communs et autres interventions sociales).

Les quatre premières catégories représentent 90 % des dépenses.

Depuis la décentralisation intervenue en 2004, l'aide sociale aux allocataires du RMI est devenue, et reste en 2005, le principal poste de dépense nette des départements ; il représente désormais 30 % du total des quatre grandes catégories de dépenses. L'aide sociale à l'enfance et celle destinée aux personnes âgées sont les deuxième et troisième postes des dépenses (respectivement 26,5 % et 25,5 %), suivies par les dépenses relatives aux personnes handicapées (18 %).

- *L'aide sociale liée au RMI constitue le premier poste de dépenses*

Les dépenses liées au RMI sont passées de 5,4 milliards en 2004 à 5,8 milliards en 2005, soit une augmentation de 6 %. En 2005, 5 milliards d'euros ont été consacrés à l'allocation et 800 millions aux actions d'insertion.

- *Les dépenses en faveur de l'aide sociale à l'enfance représentent plus de 5 milliards d'euros*

Ces dépenses sont stables par rapport à 2004, alors que le nombre moyen de bénéficiaires (environ 270 000 en 2005) s'est légèrement accru. L'essentiel des financements est consacré à l'hébergement en établissement (50 %) ou en famille d'accueil (25 %). Les allocations mensuelles, secours, bourses et autres aides financières représentent 5,2 % des dépenses ; les actions éducatives, à domicile et en milieu ouvert 6,7 %, et les mesures de prévention spécialisée 4,3 %.

- *Les dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées approchent 5 milliards d'euros*

Elle sont en augmentation de 4 % par rapport à 2004 et bénéficient à environ 1 050 000 personnes. Outre l'accompagnement de la dépendance, les départements financent les dépenses d'hébergement des personnes âgées dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et, plus marginalement, les aides ménagères, ainsi que divers services.

Parmi l'ensemble des dépenses des départements en faveur des personnes âgées, 52 % des dépenses brutes (avant récupération) sont consacrées aux personnes vivant en établissement ou dans des familles d'accueil, que ce soit au

titre de la prise en charge de l'hébergement ou de la dépendance (3,1 milliards d'euros).

Parallèlement, les effectifs des personnes âgées bénéficiaires d'une aide à domicile ont fortement progressé depuis 2002 et sont supérieurs depuis 2004 à ceux des personnes bénéficiant d'une aide sociale à l'hébergement ou à l'accueil. La part des dépenses liées à l'accueil des personnes âgées a de ce fait fortement diminué entre 2001 et 2003 (passant de 72 % à 53 %) au profit du développement de l'aide à domicile, mais elle est restée stable depuis.

Les dépenses brutes d'APA (1,3 milliard d'euros) représentent 42 % de l'ensemble des dépenses destinées aux personnes âgées en établissement ; ces dépenses ont augmenté de 6 %. En moyenne annuelle, 377 300 personnes en ont bénéficié en 2005, soit 5 % de plus que l'année précédente. Les autres dépenses d'aide sociale à l'hébergement en établissement (essentiellement l'ASH) ont quant à elles diminué de 2 % en 2005, marquant une rupture avec les évolutions observées précédemment (+ 7 % en 2003 et + 5 % en 2004), alors que le nombre de bénéficiaires de l'ASH se stabilise (113 000 bénéficiaires en moyenne). Les dépenses au titre de l'hébergement en établissement se sont élevées à 1,8 milliard d'euros en 2005.

Pour l'accompagnement à domicile, les dépenses brutes des départements ont atteint 2,7 milliards d'euros, soit une augmentation de 4 % par rapport à 2004. L'essentiel de ces dépenses concerne l'APA à domicile et s'élève à 2,5 milliards d'euros (soit 65 % des dépenses totales d'APA). En 2005, en moyenne annuelle, 511 500 personnes ont bénéficié de l'APA à domicile, soit 14 % de plus que l'année précédente.

Au total, en 2005, les dépenses brutes consacrées par les départements à l'accompagnement de la perte d'autonomie (ACTP pour les personnes de 60 ans ou plus, APA et PSD) en établissement et à domicile, se sont élevées à 4 milliards d'euros et ont augmenté au même rythme qu'entre 2003 et 2004 (+ 6 %) . C'est l'APA qui concentre maintenant l'essentiel de ces dépenses (3,9 milliards d'euros). Du fait de son ouverture à des personnes âgées moins dépendantes (classées en GIR 4) et qui auparavant n'avaient pas accès à la PSD, le nombre moyen de bénéficiaires de l'APA a connu une montée en charge importante depuis sa création, pour atteindre 888 700 personnes en moyenne annuelle en 2005 (contre 809 700 en 2004).

Il reste 18 700 bénéficiaires de l'ACTP de 60 ans ou plus qui percevaient déjà cette allocation avant 60 ans et en ont conservé le bénéfice depuis, ce qui représente 15 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'ACTP. Cette allocation ne représente plus que 2 % de l'ensemble des dépenses d'aide sociale destinées aux personnes âgées.

● *Les dépenses d'aide sociale consacrées à l'accueil des personnes handicapées totalisent 3,5 milliards d'euros et poursuivent leur progression*

Bien que la part relative des dépenses nettes d'aide sociale consacrées aux personnes handicapées soit stable par rapport à 2004, ces dépenses ont encore progressé de 2 % en 2005. Elles concernent environ 232 400 personnes. Cette hausse traduit pour l'essentiel l'augmentation des dépenses d'accueil qui constituent le poste le plus important des dépenses engagées par les départements en faveur des personnes handicapées (quatre cinquièmes des dépenses brutes). Elles ont augmenté de 4 % en 2005, dépassant 3,2 milliards d'euros. Cette évolution s'inscrit dans un engagement de long terme des conseils généraux pour développer l'accueil des personnes handicapées en établissement ou chez des particuliers. Leur effort dans ce domaine s'est accru, en euros constants, de 28 % depuis 2001 (soit + 6,4 % en moyenne annuelle). Depuis 2001, le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'hébergement a ainsi augmenté de 20 %, soit 4,5 % en moyenne annuelle.

Concernant l'aide à domicile, les dépenses brutes d'ACTP pour les personnes de moins de 60 ans (107 000 bénéficiaires) ont continué d'augmenter, atteignant 606 millions d'euros en 2005. Ces dépenses, de même que le nombre moyen de bénéficiaires de l'allocation augmentent constamment depuis 2000.

Par ailleurs, les dépenses de personnel des départements pour l'aide sociale (hors RMI), se sont élevées à près de 2 milliards d'euros en 2005, en hausse de 5 % en euros constants par rapport à 2004.

- *Des évolutions différenciées selon les départements*

Si l'ensemble des dépenses d'aide sociale des départements a augmenté, en moyenne, en France métropolitaine de 4 % en euros constants entre 2004 et 2005, les départements ont connu des évolutions différenciées. Un quart des départements a ainsi connu en 2005 une progression de ses dépenses nettes inférieure à 2 %, tandis que pour un autre quart d'entre eux, celle-ci a été supérieure à 7 %. Les évolutions constatées, notamment pour ce qui concerne les dépenses relatives au RMI, dépendent en partie de la conjoncture démographique et économique locale.

En 2005, une partie du financement des dépenses d'aide et d'action sociale des départements a été assurée grâce à une contribution du Fonds de financement de l'APA (FFAPA) et à l'affectation d'une part de la taxe intérieure de consommation sur les produits pétroliers (TIPP).

***d) Les communes de plus de 10 000 habitants ont affecté près de 1,6 milliards aux dépenses d'action sociale et de santé***

Il n'existe pas de données agrégées sur l'action sociale menée par l'ensemble des communes.

Lors de son audition par la MECSS, le 7 décembre 2006, Mme Françoise Descamps-Crosnier, membre du bureau de l'Association des maires de France (AMF), indiquait : « *Il est très difficile d'estimer les sommes consacrées à l'action*

*sociale car il s'agit d'un domaine extrêmement vaste et qui est financé dans des cadres divers : centres communaux d'action sociale (CCAS), intercommunalités, communes, associations financées par les communes... La collecte de l'information est difficile dans la majorité des communes, dont je rappelle que 32 000 d'entre elles ont moins de 2 000 habitants ».*

Selon la direction générale des collectivités territoriales (DGCL), les seules données disponibles concernent l'action sociale et de santé des communes de plus de 10 000 habitants. Les comptes des communes de moins de 10 000 habitants et des groupements de communes ne permettent pas de répartir les dépenses par fonctions.

Les interventions sociales et de santé dans les dépenses de fonctionnement des communes de plus de 10 000 habitants se sont élevées, en 2004, à environ 1,6 milliards d'euros, soit 5,4 % des dépenses de fonctionnement. La proportion varie entre 4,5 % et 6 % selon la taille des communes.

Par ailleurs, la DREES a publié quelques études qualitatives sur la politique d'action sociale des communes mais qui ne donnent pas d'informations quantitatives et financières.

***e) Le régime général de sécurité sociale a affecté 4,3 milliards d'euros à son action sociale facultative***

L'évolution des dépenses des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses du régime général de sécurité sociale est encadrée par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des caisses nationales.

En 2005, les caisses du régime général de sécurité sociale ont consacré à l'action sanitaire et sociale facultative près de 4,3 milliards d'euros. Les dépenses d'action sociale représentent 11 % des dépenses de la branche famille, et environ 0,5 % des dépenses des branches vieillesse et maladie.

***Évolution des dépenses d'action sociale du régime général de sécurité sociale (M€)***

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Évolution</b>
<b>Branche famille</b>	2 110	2 428	2 560	2 967	3 420	+ 62%
<b>Branche maladie</b>	457	539	637	647	661	+ 45%
<b>Branche vieillesse</b>	396	348	285	366	344	- 13%

*Source : CNAF, CNAMTS, CNAVTS.*

Les dépenses d'action sociale des caisses de sécurité sociale ont augmenté de 6 % en 2005, après une hausse de 15 % en 2004.

- *Le Fonds national d'action sociale de la branche famille*

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), avec 3,2 milliards d'euros, représente l'essentiel des financements. Les dépenses du Fonds national d'action sociale (FNAS) de la CNAF se décomposent essentiellement en trois catégories : les dotations d'action sociale, qui sont des crédits dont l'utilisation est laissée à la discrétion des caisses ; les dépenses de prestations de service, qui sont notamment affectées au financement du fonctionnement et du développement de l'offre d'accueil en matière de petite enfance et de temps libre ; enfin les dépenses d'investissement liées aux différents plans crèches gouvernementaux et regroupées dans les fonds d'investissement petite enfance.

Les dépenses du FNAS ont doublé en dix ans et progressé de 62 %, de 2001 à 2005.

Les dotations d'action sociale représentent environ 25 % des dépenses du FNAS (812 millions d'euros en 2005), les prestations de service 65 % (2,2 milliards d'euros) et les dépenses d'investissement 3 % (103 millions d'euros).

- *Le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la branche maladie*

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a, par l'intermédiaire de son Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) consacré près de 700 millions d'euros à des dépenses d'action sanitaire et sociale qui recouvrent des dépenses de fonctionnement (435 millions d'euros), des dépenses en capital sous forme d'avances (115 millions d'euros) et des dépenses liées aux actions conventionnelle (114 millions d'euros).

Sur la période 2001-2005, les dépenses d'action sanitaire et sociale de la CNAMTS ont augmenté de 45 %. En 2005, elles ont augmenté de 6,8 %.

- *Le Fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées de la branche vieillesse*

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a, par l'intermédiaire du Fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA), consacré 345 millions d'euros à l'action sociale. Les dépenses du Fonds ont diminué de 6 % en 2005 et de 13 % de 2001 à 2005. Les dépenses consistent en des aides individuelles pour 83 % et des aides immobilières destinées aux structures d'accueil pour 17 %.

À titre de comparaison, on peut indiquer que la mission de l'IGAS relative à la cartographie de l'action sociale a évalué les dépenses d'action sociale de l'Etat à environ 24,4 milliards d'euros (avec les minima sociaux relevant de l'action sociale et financés par l'Etat).



#### 4. La décentralisation a entraîné une forte progression des personnels dédiés à l'action sanitaire et sociale

Le rapport de la mission d'audit de modernisation sur l'impact de la décentralisation sur les administrations du ministère de l'emploi et de la cohésion sociale et du ministère de la santé et des solidarités, qui a été rendu public au mois de février 2007, indique que : « *la décentralisation a eu pour conséquence une augmentation nette de l'effectif des administrations de l'État et des départements en charge de l'action sanitaire et sociale* ».

Les effectifs ont plus que doublé, puisqu'ils sont passés de 53 573 en 1984 à 101 547 en 2003 (+ 106 %).

##### *Effectif global (État + départements) affecté à l'action sanitaire et sociale au niveau territorial (hors administrations centrales) – 1984-2003*

	1984			2003		
	État	Départements	Total	Etat	Départements*	Total*
<b>Effectifs</b>	14 722	53 573	68 295	11 573	101 547	113 120

Source : DAGPB, INSEE, calculs de la mission d'audit sur données DGCP et DGCL. (\*) : estimations.

Alors que leurs missions ont été réduites, les effectifs des services centraux (en 2006 : 208 personnes à la DGAS et 62 personnes à la CNSA) en charge de l'action sociale ont augmenté de 22,7 % de 1982 à 2005. La création de la CNSA n'a pas été accompagnée d'une réduction de l'effectif de la DGAS.

A l'inverse, l'effectif des services déconcentrés en charge de l'action sociale – les DRASS et les DDASS, a été fortement réduit depuis 1984 : respectivement de – 21,8 % et de – 30,8 %, en tenant compte des mises à disposition réalisées à la suite des lois de 2003 confiant la gestion du RMI et le revenu minimum d'activité (RMA) aux départements et du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La rapport de la mission d'audit ajoute que : « *la modification de la structure des effectifs des administrations de l'État qui a suivi la décentralisation a été relativement limitée. Cette relative inertie de la structure des emplois des administrations d'État reflète l'absence de redéfinition des fonctions transférées : le poids persistant des tâches de gestion a limité la capacité des services à se recentrer sur des fonctions de veille, de contrôle, d'animation ou d'évaluation des politiques* ».

## **B – L'ÉCLATEMENT DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE REND SON PILOTAGE DIFFICILE**

Dans le secteur de l'action sociale, les acteurs sont nombreux et les compétences sont éclatées, ce qui pose des problèmes de pilotage et de mise en cohérence des interventions sociales.

### **1. Les compétences en matière d'action sociale sont éclatées et enchevêtrées : le principe de déspecialisation est poussé à l'extrême**

Le dispositif institutionnel d'action sociale est complexe. De fait, compte tenu du caractère subsidiaire, extralégal et facultatif de l'action sociale, au sens classique des termes, tout le monde (acteurs publics ou privés, associations, individus) peut mener des actions sociales pour compléter les dispositifs légaux de sécurité sociale et d'aide sociale. En ce qui concerne l'aide sociale, juridiquement plus précisément encadrée, les compétences sont réparties entre l'Etat et les collectivités territoriales.

#### *a) La compétence de droit commun du département est désormais clairement affirmée*

- *Les compétences du département sont très larges*

Durant les vingt dernières années, la compétence du département en matière d'action sociale a été progressivement étendue.

Après le premier transfert de compétences concernant l'aide sociale de l'Etat vers le département, intervenu en 1982-1983, et après d'autres lois qui ont confié au département de nouvelles responsabilités, notamment les lois du 20 juillet 2001 relative à l'APA et du 18 décembre 2003 relative au RMI, l'acte II de la décentralisation a prolongé et amplifié le mouvement engagé.

Ainsi, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confirmé le département dans son rôle de chef de file de l'action sociale, laquelle dépasse largement, on l'a vu, le seul champ de l'aide sociale. Alors que l'État ne dispose plus que d'une compétence d'attribution, le département dispose d'une compétence de droit commun. Le rôle fondamental du département en matière d'action sociale est donc désormais pleinement reconnu.

L'article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles confie au département une mission très large.

Le département définit et met en oeuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. Il organise la participation des

personnes morales de droit public et privé à la définition des orientations en matière d'action sociale et à leur mise en oeuvre.

Le département définit, organise, coordonne. Il finance, dispense des prestations d'aide et d'action sociale et dispose, d'une part, d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de ses compétences, dans les conditions prévues par la loi, d'autre part, d'un pouvoir de contrôle.

Le département agit, d'une part, dans le cadre, juridiquement encadré, de l'aide sociale légale (protection maternelle et infantile, protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance, RMI, APA, PCH) et de l'action sociale obligatoire (fonds de solidarité pour le logement – FSL –, fonds d'aide aux jeunes – FAJ), d'autre part, dans le cadre, qui relève de ses décisions politiques propres, de l'aide sociale extralégale (prestations accordées selon des conditions et des montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements) et de l'action sociale facultative (actions et prestations mises en place à l'initiative du conseil général).

Le département peut, à ces différents titres, attribuer des aides directes en espèces ou en nature (aides humaines, matérielles ou techniques), des subventions aux structures, pour l'investissement ou le fonctionnement.

Aussi, depuis la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont opposables. L'autorisation de création n'est accordée aux établissements que si le projet est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma.

Par ailleurs, des clarifications positives de nature à renforcer le rôle du département ont été récemment apportées. D'une part, la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité a supprimé la cogestion de l'insertion des Rmistes ; les départements sont maintenant seuls responsables de l'ensemble de la gestion du RMI qui comprend le versement de l'allocation et l'insertion. D'autre part, la loi du 13 août 2004 a supprimé le copilotage par l'Etat et les départements des FSL et des FAJ. La gestion de ces fonds, dont la compétence a été élargie aux aides aux impayés d'eau, d'énergie et de téléphone, relève désormais de la responsabilité des seuls départements.

- *Les compétences du département sont fortement encadrées*

Les compétences du département en matière d'action sociale sont donc très larges. Mais l'exercice de ces compétences est très encadré par des dispositions législatives et des dispositions réglementaires nationales nombreuses et parfois excessivement précises, au point que l'on peut s'interroger sur leur compatibilité avec la décentralisation et le principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales.

L'article 72 de la Constitution dispose que « *dans les conditions prévues par la loi, les collectivités territoriales s'administrent librement par des conseils élus et disposent d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences* ».

L'encadrement légal et réglementaire de l'exercice des compétences transférées constitue la règle générale dans un État unitaire. En outre, dans le champ social, le principe de libre administration des collectivités territoriales doit être concilié avec d'autres principes constitutionnels, que le Conseil constitutionnel rappelle régulièrement<sup>1</sup>, notamment lorsque sont en cause des droits constitutionnellement garantis, tels que l'égalité de traitement, la protection de la santé, la sécurité matérielle et le repos des vieux travailleurs (onzième alinéa du Préambule de 1946).

Cependant, les lois et règlements du champ social offrent plusieurs exemples d'encadrement étroit de l'exercice des compétences transférées, voire même de l'organisation des services des collectivités territoriales, qui ne paraissent pas toujours fondés sur des considérations d'ordre strictement juridique.

M. Edward Jossa, directeur général des collectivités locales au ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, a ainsi remarqué, lors de son audition par la MECSS, le 11 janvier 2007 : « *Une partie des malentendus entre les différents intervenants tiennent au fait que, dans les domaines transférés vers les collectivités locales, la décentralisation est insuffisamment prise en compte : chacun continue à faire comme si l'État restait compétent, à tel point que l'on parle de « déconcentration », particulièrement pour l'action sociale. Un tiers de la réglementation française concerne le social, qui est donc l'objet d'une sur-réglementation massive. La loi va jusqu'à fixer la taille, le format et le contenu des notices de demande d'agrément pour l'adoption !*

*De même, contrairement aux principes de la décentralisation et de l'autonomie locale, l'organisation de certaines structures départementales, comme les services de protection maternelle et infantile (PMI), est fixée par décret en Conseil d'État.*

*Enfin, dans le domaine de la tarification, il me paraît indispensable de laisser davantage de marge de manœuvre aux collectivités locales. Je ne pense pas aux trente prestations légales comme le RMI, encore que celui-ci pourrait être décentralisé et modulé par rapport à un tarif de base ».*

Est ainsi posée la question de la marge laissée au pouvoir réglementaire des collectivités territoriales dans l'application des règles nationales relatives à l'action sociale.

---

<sup>1</sup> décision n° 96-387 DC du 21 janvier 1997 ; décision n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001 ; décision n° 2003-487 DC du 18 décembre 2003.

La MECSS souhaite que le Gouvernement engage, en concertation avec les associations représentatives des élus des collectivités territoriales, une réflexion sur l'articulation entre le pouvoir réglementaire national et celui des collectivités territoriales.

***b) Les communes conservent des compétences d'action sociale importantes***

Longtemps, la commune a constitué le cadre territorial d'organisation et de gestion de l'ancienne assistance publique, avant qu'une loi de 1934 confie la compétence de mise en œuvre des prestations légales à l'échelon départemental. Aujourd'hui, les compétences des communes sont réduites en matière d'aide sociale légale. Elles consistent, pour l'essentiel, dans la participation à la mise en œuvre de l'aide sociale départementale. Les communes sont ainsi chargées de l'instruction des dossiers d'aide sociale légale pour le compte du département.

Cependant, l'article L. 121-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que : *« Par convention passée avec le département, une commune peut exercer directement les compétences qui, dans le domaine de l'action sociale, sont attribuées au département. Les services départementaux correspondants sont mis à la disposition de la commune. La convention précise les conditions financières du transfert. »*

En raison du caractère ambigu de la notion d'action sociale, il semble que cette possibilité de délégation de compétence du département à la commune pourrait également concerner des compétences en matière d'aide sociale. En tout état de cause, la commune détient, au-delà de l'aide sociale légale, des compétences obligatoires et facultatives nombreuses qui en font un échelon important de mise en œuvre de l'aide et de l'action sociale. Les compétences des communes concernent des sujets très divers (la politique de mixité du logement, les aides relatives à la petite enfance, aux jeunes, à l'insertion, aux personnes âgées, la prévention sociale) et peuvent s'exercer sous des formes différentes (l'instruction des demandes d'aide sociale, l'admission d'urgence en établissement, la présidence d'établissements, les autorisations de création d'établissement, la gestion par délégation...).

En ce qui concerne les modes de gestion de l'action sociale par les communes on peut observer que le code de l'action sociale et des familles prévoit que chaque commune doit créer un centre communal d'action sociale (CCAS), soit pour son propre compte, soit en s'intégrant à un établissement public intercommunal.

En pratique, en 2003, seulement 7 157 communes, sur un peu plus de 36 000, avaient créé un CCAS, c'est-à-dire une sur cinq. La proportion de communes ayant créé un CCAS augmente avec le nombre d'habitants : 7 % des communes de moins de 500 habitants ; 22 % des communes de 500 à moins de 2 000 habitants ; 48 % des communes de 2 000 à moins de 3 500 habitants ; 63 %

des communes de 3 500 à moins de 5 000 habitants ; 80 % des communes de 5 000 à moins de 10 000 habitants.

Cela signifie que la plupart des communes, surtout les petites communes, préfèrent gérer directement leurs actions sociales.

### **Les compétences obligatoires et facultatives des communes en matière d'aide sociale**

#### **1. Les compétences obligatoires**

La commune détient des compétences obligatoires qui sont énumérées dans le code de l'action sociale et des familles, dans celui de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique. Certaines de ces compétences sont partagées avec d'autres organisations, d'autres relèvent exclusivement de la compétence de la commune :

- l'instruction des demandes d'aide sociale parmi lesquelles les demandes relatives à l'aide à l'enfance, à l'aide médicale de l'État et à l'allocation de RMI ;
- l'admission d'urgence des personnes âgées ou handicapées dans un établissement d'hébergement ou pour l'attribution d'une aide ménagère ;
- la domiciliation des personnes sans domicile fixe ;
- la présidence des établissements sociaux et médico-sociaux par le maire ou un représentant ;
- l'autorisation de création, extension ou transformation des établissements d'accueil des jeunes enfants ;
- l'accueil et l'habitat des gens du voyage ;
- la politique du logement locatif favorisant la mixité sociale.

#### **2. Les compétences facultatives**

Les compétences facultatives des communes sont définies par le code de l'action sociale et des familles et le code de la sécurité sociale

- la compétence générale en matière d'aide sociale par délégation du département, suite à convention entre le département et la commune ;
- la compétence générale du centre communal d'action sociale (CCAS) de prévention et de développement social dans la commune qui peut intervenir sous forme de prestations et créer des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- le schéma pluriannuel de développement des services d'accueil des enfants de moins de six ans dans le cadre de l'accueil de la petite enfance ;
- les actions en faveur des personnes âgées : création de foyers, mise en œuvre de l'APA par convention avec le département ;
- en matière de logement, à titre transitoire, des personnes défavorisées ;
- en matière de RMI, mise en œuvre du plan local d'insertion par délégation du département et suite à une convention entre le département et la commune, nomination des référents, élaboration et suivi des contrats d'insertion ;
- contribution au FAJ et gestion du fonds par délégation du département après convention en matière d'aide aux jeunes en difficulté.

### ***c) La sécurité sociale continue à gérer ses compétences historiques***

Depuis la création de la sécurité sociale, les branches famille, maladie et vieillesse du régime général de sécurité sociale mènent une action sociale qui vise à compléter les prestations légales de sécurité sociale qu'elles versent (prestations familiales, remboursements de frais médicaux, pensions de retraites).

A la différence de l'action sociale conduite par les collectivités territoriales, l'action sociale des caisses est facultative et subsidiaire et ne concerne pas les aides sociales. Les fondements de l'action sociale des caisses du régime général sont fixés par des dispositions du code de la sécurité sociale qui se limitent à poser le principe d'une action sociale. Les domaines d'action et la nature des actions à conduire sont précisés par des arrêtés programmes. Les enveloppes pluriannuelles de crédits des fonds d'action sociale sont fixées par les conventions d'objectifs et de gestion (COG), après négociation avec la tutelle des caisses nationales.

- *L'action sociale de la branche famille*

Le cadre général de l'action sociale de la branche famille est fixé par les articles :

– L. 223-1 du code de la sécurité sociale : « *La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle... de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration* »

– et L. 263-1: « *Les caisses d'allocations familiales exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et des familles de ceux-ci dans le cadre du programme mentionné...* »

La Cour des comptes souligne, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2006, que l'arrêté actuellement en vigueur, daté du 3 octobre 2001, « *définit de manière particulièrement large le champ de compétence de l'action sociale de la branche* ». De fait, l'action sociale familiale de la branche vise notamment « *à l'amélioration de la qualité de vie des familles...à la prévention des exclusions* ».

- *L'action sociale de la branche famille concerne cinq domaines d'intervention*

– l'action en faveur de la petite enfance (développement du nombre de places pour l'accueil individuel ou collectif, aides financières aux familles...);

– le soutien aux familles et à la fonction parentale (médiation, réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents – REAAP...);

– la prévention des exclusions (accès aux droits, aides financières, animation sociale, centres sociaux...);

- l'appui aux jeunes adultes (insertion sociale, accès au logement...);
- le temps libre et les vacances des enfants et famille (éducation des adolescents, lutte contre l'échec scolaire, temps libre périscolaire, vacances...).

Les CAF doivent mener une action sociale territorialisée et partenariale en veillant à une répartition équilibrée des équipements et services et à la coordination avec les autres dispositifs locaux. L'action sociale des CAF s'exerce dans les domaines d'intervention énumérés par l'arrêté et précisés par instruction pluriannuelle de la CNAF. Chaque CAF adopte ensuite un schéma directeur d'action sociale qui en définit les conditions de mise en œuvre. La nature des aides financières et les conditions générales d'attribution de ces aides sont définies par le règlement intérieur des caisses.

Le FNAS qui regroupe les crédits d'action sociale de la branche famille est alimenté par une fraction du produit des cotisations d'allocations familiales qui fait l'objet d'un cadrage pluriannuel par la COG.

*Les dépenses d'action sociale de la branche famille en métropole et dans les départements d'outre-mer, sur la période 2000-2005*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Accueil de jeunes enfants	920 099	981 190	1 202 604	1 242 148	1 545 199	1 849 541
Temps libre des enfants et des familles	417 941	445 099	508 700	568 954	666 624	801 369
Accompagnement social des familles	396 210	399 806	404 071	41 766	440 134	440 659
Logement et habitat	171 760	158 252	167 467	167 914	170 729	163 606
Animation et vie sociale	208 090	206 425	221 600	224 707	239 429	248 141
Prestations supplémentaires	21 736	16 886	15 343	13 778	12 790	10 175
Autres actions	33 373	24 364	33 049	29 462	239 429	46 588
Pilotage et gestion	212 160	-	-	-	-	-
Logistique des œuvres	-	9 065	7 814	11 067	11 672	12 313
<b>TOTAL</b>	<b>2 381 369</b>	<b>2 241 087</b>	<b>2 560 648</b>	<b>2 675 696</b>	<b>3 126 482</b>	<b>3 572 392</b>

Source : Direction générale de l'action sociale (DGAS)

L'accueil du jeune enfant représente la moitié des dépenses, loin devant le temps libre et les loisirs (22 %), l'accompagnement social (14 %) et l'animation de la vie sociale (8 %).



La COG 2005-2008 prévoit une augmentation de 33,5 % des crédits d'action sociale sur l'ensemble de la période.

- *L'action sanitaire et sociale de la branche maladie*

L'action sanitaire et sociale de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et celle des caisses locales (CRAM et CPAM) ont respectivement pour fondement les articles :

– L. 221-4 du code de la sécurité sociale : « *La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle...d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie* »,

– et L. 262-1 : « *Les caisses primaires et les caisses régionales exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci...* ».

La Cour des comptes rappelle, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2006, que les arrêtés programmes relatifs aux caisses locales datent du 27 octobre 1970 et « *sont en grande partie obsolètes* ».

L'action sanitaire et sociale se déploie à tous les niveaux géographiques de la branche et emprunte diverses formes, notamment le financement d'investissements dans le secteur sanitaire et médico-social, le travail social, les subventions au secteur associatif ou l'offre directe de soins par le biais de centres dentaires. L'essentiel de l'action sanitaire et sociale reste néanmoins l'attribution d'aides individuelles visant à faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux en situation de précarité, et à favoriser le maintien à domicile des assurés malades et handicapés.

Le FNASS est alimenté par une fraction du produit des cotisations d'assurance maladie.

- *L'action sociale de la branche vieillesse*

Le cadre général de l'action sociale de la branche vieillesse est fixé par les article L. 222-1 du code de la sécurité sociale : « *La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés...exerce une action sanitaire et sociale en faveur de ces derniers dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après consultation de son conseil d'administration* ».

En 2005, les dépenses du FNASSPA ont consisté en des aides individuelles pour 83 % et des aides immobilières aux structures d'accueil pour

17 %. L'essentiel des aides individuelles est constitué par la prestation d'aide ménagère à domicile (86 %).

Les compétences de la branche vieillesse en matière d'action sociale sont anciennes, limitées, spécialisées et désormais subsidiaires par rapport à la compétence générale des départements.

## **2. La pluralité des réseaux entraîne des difficultés de pilotage et de mise en cohérence des actions sociales menées par les différents acteurs**

Le fait que deux réseaux, celui des collectivités territoriales et celui de la sécurité sociale, soient chargés de l'action sociale n'est pas nécessairement un gage d'efficacité. D'autant que chacun des réseaux, pris isolément, est difficile à piloter.

### *a) Le pilotage du réseau des collectivités territoriales n'est pas possible*

Les chevauchements de responsabilités en matière d'action sociale entre les collectivités territoriales, et en particulier les communes et les départements, rendent difficile la mise en cohérence des actions. Les principes de l'organisation territoriale la compliquent encore.

L'action sociale, nous l'avons vu, est un domaine où n'a pas été appliqué le principe de « bloc de compétence » qui a prévalu le plus souvent pour la répartition des compétences dans le cadre de la décentralisation. En matière d'action sociale, il n'y a pas de compétence exclusive d'un niveau de collectivité territoriale. Les communes, les départements mais aussi les régions (en matière de formations aux métiers sociaux) détiennent une part de la compétence, et cela même si les départements se sont vu donner, progressivement depuis vingt ans, un rôle prééminent.

Des avancées en matière de pilotage, ou plutôt de maîtrise d'œuvre, de l'action sociale par le département ont bien été accomplies mais les principes de la décentralisation que sont le principe de libre administration des collectivités territoriales et celui de non subordination entre les régions, les départements et les communes, empêchent en réalité tout pilotage clair de l'action sociale.

M. Edward Jossa, directeur général des collectivités locales au ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, remarquait lors de son audition par la MECSS, le 11 janvier 2007 que : « *Dans le domaine de l'action sociale, tout le monde peut intervenir : l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations financées par l'État. C'est le domaine dans lequel le principe de non-spécialisation s'est le plus généralisé. Les relations entre les communes et les intercommunalités sont à cet égard significatives : l'existence d'un centre communal d'action sociale (CCAS) n'interdit pas à la commune d'intervenir directement et la création d'un centre*

*intercommunal d'action sociale (CIAS) n'entraîne pas le dessaisissement des CCAS des communes membres. Il existe bien d'autres exemples : personne n'accepterait d'abandonner son pré carré au profit d'une structure mutualisée.*

*Se pose par conséquent la question du pilotage, et l'article 49 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confère au département la qualité de « chef de file numéro un ». Cette mesure est néanmoins d'une portée effective relative puisqu'elle n'autorise pas un département à intervenir directement pour imposer des orientations aux autres acteurs : c'est un chef de file passablement virtuel, dont le rôle, en l'état de la réglementation, ne peut aller au-delà de l'animation et de la coordination locales. »*

De ce fait, les départements doivent, pour être efficaces, privilégier l'approche partenariale avec les autres collectivités territoriales.

***b) Les branches du régime général de sécurité sociale éprouvent des difficultés pour repositionner leur action sociale et pour piloter le réseau des caisses locales***

Le pilotage des caisses locales (CRAM, CPAM, CAF) par les caisses nationales n'est pas tellement plus aisé. En effet, en raison de la tradition d'autonomie de gestion des caisses locales, les caisses nationales et leur tutelle ont encore des difficultés à imposer leurs vues. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a permis d'apporter des améliorations à la gouvernance de la branche maladie mais celles-ci n'ont pas concerné les autres branches.

Toutefois, de réels progrès ont été faits (instructions des caisses nationales fixant des règles communes, conditions et barèmes, réunions des directeurs de caisses locales...) pour rapprocher, sinon harmoniser, les pratiques des caisses. Mais les caisses locales et leur conseil d'administration veillent toujours à préserver une certaine marge d'autonomie.

● *Des critiques sévères sur l'action sociale de la branche famille*

A la suite des dépassements importants de l'enveloppe de crédits d'action sociale de la branche famille et des difficultés éprouvées par la branche vieillesse dans la réorientation de son action sociale après la création de l'APA, le gouvernement a demandé à l'IGAS d'étudier les causes de ce dépassement et de réfléchir au nouveau positionnement de la branche vieillesse en matière d'action sociale. Les résultats de ces investigations ont fait l'objet de deux rapports qui ont été communiqués à la MECSS. Parallèlement, la Cour des comptes a mené, à la demande de la MECSS, une enquête préalable aux propres travaux de la Mission, sur l'action sociale des branches maladie, famille et vieillesse du régime général de sécurité sociale, enquête dont les conclusions ont été publiées dans le rapport annuel 2006 de la Cour sur la sécurité sociale.

Ces rapports dressent, dans l'ensemble, un constat sévère de l'action sociale des branches du régime général de sécurité sociale, et en particulier des politiques d'action sociale menées par les branches famille et vieillesse.

Les rapports soulignent la très vive progression des dépenses d'action sociale de la branche famille qui s'est accélérée en fin de période : 11,3 % par an, en moyenne de 2001 à 2003, 15,9 % en 2004 et 15,2 % en 2005. La Cour des comptes indique que, en 2005, l'augmentation des dépenses a été plus de deux fois supérieure à l'objectif (15,2 % au lieu de 7,5 %), ce qui s'est traduit par un dépassement important (241 millions d'euros) de l'objectif de dépenses fixé par la COG 2005-2008 . Le rapport souligne « *la croissance des dépenses non maîtrisée par la Caisse nationale* » en raison « *d'importants défauts de conception* » des nouveaux systèmes d'aide aux structures (crèches, halte-garderie, centres de loisirs).

En outre, « *les moyens n'ont pas été répartis de manière équitable et rationnelle* » mais « *dans une logique de guichet ouvert et non dans une logique sélective* ». Cela a conduit à « *de grandes inégalités* ». Ainsi pour les contrats enfance, les écarts constatés en terme de dépenses par enfant, par an et par CAF sont importants. Les financements assurés par les CAF varient de 30 euros à 330 euros. Le rapport critique aussi le fait que les aides financières visent à prendre en charge des coûts de fonctionnement pérennes, plutôt que des besoins ponctuels et qu'elles bénéficient d'un financement sur crédits évaluatifs et non limitatifs. De fait, les prestations de service versées par les CAF se sont écartées de la logique facultative et subsidiaire qui caractérise, en principe, les dépenses d'action sociale. Le rapport de la Cour conclut que ces dérives ont été rendues possible par la faiblesse de la réflexion stratégique et du contrôle de gestion de la CNAF, ainsi que par l'insuffisante vigilance du ministère chargé de la famille.

Le rapport de l'IGAS sur le fonds national d'action sociale de la CNAF souligne « *la fragilité des outils de financement* » de la petite enfance (prestations de service ordinaire et prestations de service contractuelle) qui ne permettent ni de maîtriser la dépense (entre 2001 et 2005, le coût d'un place en crèche pour la branche famille a augmenté de 58 %), ni de cibler les communes prioritaires. Il regrette aussi la faiblesse de l'animation du réseau et les retards pris dans la mise en place d'un système d'information performant. Le rapport évoque aussi « *un dysfonctionnement global de la gouvernance de la branche famille en matière d'action sociale* » et le retard pris par la CNAF dans la définition d'un cadre de gestion à la hauteur des enjeux financiers du FNAS et dans la mise en place des solutions visant à freiner la dépense.

La CNAF a pris en 2006 diverses mesures pour tenter de remédier à cette situation. Une première série de mesures vise à assigner aux caisses des enveloppes limitatives de crédits dans l'attribution des nouveaux contrats mais aussi pour honorer les engagements contractuels passés. En outre, est mise en place une sélectivité dans l'attribution des contrats, les aides étant ciblées sur les

territoires présentant un déficit en structures et places de garde d'enfant et dont les populations sont plus défavorisées.

Le nouveau dispositif de financement du fonctionnement des crèches prend la forme d'un contrat dit « enfance et jeunesse » qui réunit les anciens contrats « temps libre » et le financement des crèches. Il fixe un cadre temporel plus strict, puisqu'il s'agit désormais de contrats de quatre ans. Les dépenses sont prévues dès l'origine sans qu'il soit possible d'opérer des dépassements, comme cela était autorisé auparavant, et les dépenses éligibles dans ces contrats sont définies de façon plus rigoureuse, en privilégiant notamment les dépenses de garde proprement dite, c'est-à-dire affectées à la place de crèche, et en cantonnant les dépenses de coordination qui ont trait à la fabrication même des contrats et à leur suivi. Par ailleurs, des prix plafond pour chaque action financée ont été fixés qui doivent permettre de maîtriser la dépense et de respecter les objectifs fixés par la COG.

Il est encore trop tôt pour apprécier l'impact de ces nouvelles mesures.

- *Le problème du positionnement de l'action sociale de la CNAVTS*

Encore aujourd'hui, la CNAVTS consacre l'essentiel (68 % en 2005, soit 235 millions d'euros) de ses dépenses d'action sociale au financement de l'aide ménagère à domicile dont bénéficient plus de 300 000 retraités du régime général. La Caisse attribue aussi des aides techniques (aménagement de l'habitat pour permettre le maintien à domicile) pour un montant limité (23 millions d'euros) et finance des aides à la création et à la modernisation des établissements à but non lucratif d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (63 millions d'euros). Dans son rapport 2006 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes précise « *qu'au total, la contribution de la branche retraite au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées est relativement marginale* », puisqu'en 2003 et 2004, la CNAVTS n'a cofinancé que respectivement 10,3 % et 7,8 % des investissements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées.

A la suite de la création de l'APA, la CNAVTS a entamé une réorientation de son action sociale.

Le rapport de l'IGAS relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la CNAVTS rappelle tout d'abord que la décision de recentrage de la politique d'action sociale de la branche a été prise sous la contrainte de la montée en charge des départements et dans un but de remobilisation de la branche. La réflexion qui a été alors menée, purement interne, s'est placée dans une logique de détermination d'un territoire d'action où la branche pourrait être reconnue, voire incontestée. Le rapport de l'IGAS ajoute que la CNAVTS « *craind que l'essentiel des crédits du FNASSPA lui soit retiré et que les conseils généraux prennent la responsabilité de l'ensemble de la politique gériatrique, si elle continue d'incarner une conception traditionnelle de l'action sociale, orientée à l'excès sur une unique prestation : l'aide ménagère* ».

La CNAVTS a ensuite fixé, avec l'accord de la tutelle, comme objectif de son action sociale, de développer une démarche de prévention de la dépendance et de diversification de l'offre de services. La Caisse nationale a défini une nouvelle cible. Elle concentre désormais l'aide ménagère sur les personnes âgées les moins dépendantes relevant des GIR 5 et 6. Par ailleurs, depuis 2003, elle expérimente de nouvelles prestations destinées à offrir des alternatives à l'hébergement permanent : l'aide à l'hébergement temporaire et l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH). La CNAVTS a également décidé de développer une nouvelle procédure d'évaluation globale des besoins qui doit déboucher sur l'élaboration de plans d'actions personnalisés (PAP).

Par ailleurs, afin de mieux encadrer l'action des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), la CNAVTS a décidé l'élaboration de schémas directeurs régionaux d'action sociale devant comporter une analyse prospective des besoins régionaux. Le partenariat local entre les CRAM et les départements fait en général l'objet de la signature d'une convention de coordination gérontologique pour assurer la continuité de l'accompagnement des bénéficiaires de l'APA et pour organiser la mise en œuvre de la politique gérontologique au sein des réseaux et des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), au financement desquels les CRAM participent de manière variable.

Les rapports de l'IGAS et de la Cour des comptes font état d'insuffisances dans la réflexion préalable et la définition des objectifs de la réorientation, et d'importantes difficultés dans sa mise en œuvre. La Cour indique que la CNAVTS ne s'est pas suffisamment interrogée sur les besoins réels de son nouveau public cible, c'est-à-dire les retraités les moins dépendants. Elle souligne que le développement de l'aide à l'hébergement temporaire bute sur la rigidité de l'offre qui tient à la difficulté de trouver des opérateurs et de parvenir à l'équilibre financier. La Cour estime aussi qu'avec l'aide au retour à domicile après une hospitalisation il y a un risque avéré de redondance avec l'APA d'urgence. La Cour regrette enfin que le partenariat local entre les départements et les CRAM ne soit pas, dans de nombreux cas, suffisamment approfondi. L'IGAS note même que l'impréparation de la réforme a conduit à une crise. Elle souligne que la mise en œuvre de la réforme a été insuffisamment préparée, concertée et expliquée et qu'elle peine à entrer dans les faits. L'IGAS estime enfin que les mesures prises dans le cadre de la COG en vigueur portent en filigrane la création d'une « petite APA » au profit des personnes relevant des GIR 5 et 6.

Face à la montée en charge du rôle du département en matière de politique gérontologique et compte tenu des difficultés rencontrées par la CNAVTS dans la réorientation de sa politique d'action sociale, les deux rapports posent la question de la légitimité du maintien d'une action sociale de la branche vieillesse.

L'IGAS propose deux voies possibles d'évolution :

– soit unifier les modes d'accompagnement des personnes dépendantes en prévoyant un seul mode d'évaluation de leurs besoins, une unique autorité

compétente, dont on voit mal que ce ne soit pas le département, et une prestation de type APA dont le contenu et le coût serait modulé en fonction des besoins d'aide ;

– soit, au contraire, creuser l'écart entre les personnes relevant de l'APA, et qui continueraient d'en relever, et les autres pour lesquelles la CNAVTS serait compétente.

La Cour des comptes suggère de supprimer les redondances et d'améliorer la complémentarité de l'action sociale de la CNAVTS avec celle des collectivités territoriales. A défaut, ajoute la Cour, c'est la légitimité même d'une action sociale autonome de la branche qui serait remise en cause.

● *Les dépenses d'action sociale de la branche maladie sont limitées*

Près de la moitié (52 % en 2004) des dépenses du Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) de la branche maladie, qui s'élevaient à 661 millions d'euros en 2005, est consacrée au financement de dépenses obligatoires qui ne correspondent pas à la définition d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale.

Ces prestations à caractère obligatoire concernent la prise en charge :

- des frais d'hébergement et de transport dans le cadre du thermalisme ;
- des tickets modérateurs applicables aux malades atteints de certaines maladies graves hors liste, ou de plusieurs affections invalidantes nécessitant des soins de longue durée ;
- de la surveillance post professionnelle des salariés ayant été exposés à des agents pathogènes ;
- du ticket modérateur sur les soins de prévention bucco-dentaire pour les enfants âgés de 13 à 18 ans.

Ces prestations obligatoires sont distribuées, au niveau départemental et local, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

Depuis 2001, le Conseil de la CNAMTS demande le transfert, sur le risque maladie des dépenses obligatoires imputées sur le Fonds d'action sanitaire et sociale (FNASS) de la branche maladie.

Une note transmise par le directeur général de la CNAMTS, avant son audition, précise :

*« Il est rappelé qu’au regard de la nature des pathologies en cause, du caractère obligatoire et, partant, de l’évolution exponentielle de ces prestations, des difficultés de gestion rencontrées chaque année par les caisses pour l’exécution des opérations d’arrêté des comptes, le transfert de ces prestations sur le risque maladie est demandé par le Conseil depuis 2001 ».*

La Cour des comptes a demandé, à plusieurs reprises, que toutes les dépenses à caractère obligatoire soient exclues du FNASS.

Dans le même sens, la MECSS souhaite que les dépenses à caractère obligatoire ne soient plus imputées sur le FNASS et qu’elles soient transférées sur la gestion du risque maladie. Par ailleurs, elle souhaite que les pratiques des caisses locales dans l’attribution des aides facultatives soient harmonisées.

***c) La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie s’insère difficilement dans un dispositif institutionnel déjà très complexe***

La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) doit être évoquée, puisqu’elle participe, pour le compte de l’Etat, à la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA, créée en 2004 et dont les missions ont été étendues en 2005, est, en effet, chargée de gérer et de répartir l’essentiel des crédits dédiés à la perte d’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, lorsque ces dotations relèvent du champ de compétences des ministres chargés de l’action sociale et de la sécurité sociale.

La CNSA est un organisme d’un genre nouveau qu’il est difficile de classer dans une des catégories préexistantes. Les dispositions qui la régissent ont été insérées dans le code de l’action sociale et des familles et non dans le code de la sécurité sociale, comme celles concernant les caisses nationales des branches maladie, famille, vieillesse et recouvrement du régime général de sécurité sociale.

La CNSA, comme son nom l’indique, peut être considérée comme une caisse puisqu’elle répartit des financements mais aussi, ainsi que l’indique le premier rapport annuel 2006 de la CNSA, comme une agence technique et d’appui. Quel sera l’avenir de ce nouvel acteur inclassable, ce « Janus » de la protection sociale ? Il est encore difficile de le préciser aujourd’hui.

La CNSA est une instance en devenir qui est prise entre deux logiques : d’une part, la logique originaire d’agence de répartition de moyens, d’expertise, de concertation, d’organisation de l’offre et d’évaluation, d’autre part, la logique administrative classique. On sent en effet la volonté de la CNSA de ne pas être en reste par rapport au modèle traditionnel de caisse nationale. Dans son rapport annuel 2006, la CNSA indique envisager de créer son propre réseau d’antennes régionales. Des préoccupations pratiques relatives à la difficulté pour la CNSA d’animer directement un réseau de cent départements depuis le siège parisien explique sans doute ce projet. On ne peut toutefois s’empêcher de se demander si



la puissance du modèle de caisse ne joue pas aussi – déjà, pourrait-on dire – un rôle dans l’affirmation de cette orientation.

L’avenir de la CNSA et l’éventuelle organisation d’un réseau régional ou local sont évidemment totalement dépendants des décisions qui seront prises en matière d’accompagnement de la perte d’autonomie.

#### ***d) L’État est relativement peu actif au plan local***

L’État assure sa fonction normative, de conception et de contrôle de l’action sociale. Sur un plan plus opérationnel, d’une part, il exerce ses compétences résiduelles en matière d’aide sociale, d’autre part, il assure une fonction de mise en œuvre de l’aide et de l’action sociale, en partage avec les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et les organismes privés (associations, fondations et entreprises). L’État intervient notamment dans la gestion des dispositifs financés par l’assurance maladie par le biais de la définition du contenu de l’ONDAM et de sa répartition entre les volets sanitaire et médico-social, après le vote du Parlement. De plus en plus, la direction générale de l’action sociale (DGAS) s’efforce de développer des actions d’animation et d’information des réseaux, notamment afin d’encourager la coordination des acteurs. Dans cette logique, la DGAS rencontre tous les mois les grandes associations d’élus locaux et va régulièrement dans les départements et régions pour expliquer la politique d’action sociale de l’État.

Cependant, du fait de la décentralisation mais aussi en raison de moyens insuffisants, les services déconcentrés de l’action sociale (DRASS et DDASS) semblent désormais en retrait. En dépit du maintien de compétences dans ce domaine, notamment la compétence tarifaire des établissements d’hébergement, la tendance au désengagement des DDASS et des DRASS a même été plusieurs fois évoquée lors des auditions organisées par la MECSS.

#### ***e) Les associations jouent un rôle important***

Les associations jouent un rôle essentiel en matière d’action sociale. Elles constituent des relais et des opérateurs déterminants dans la mise en œuvre de l’action sociale de proximité, en particulier en matière d’aide à la petite enfance, de service à domicile, d’aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Leur souplesse leur permet de rechercher les réponses les mieux adaptées, notamment aux besoins nouveaux, le plus rapidement possible. Elles interviennent dans l’aide et l’action sociale, soit comme gestionnaires d’établissement ou de services sociaux, soit comme réalisateurs d’actions de terrain.

Les statistiques concernant les associations sont encore lacunaires. L’INSEE a toutefois récemment estimé que les 34 000 associations mobilisées sur le thème de l’action sociale emploient 747 000 salariés. L’action sociale représenterait 45 % du PIB associatif et la valeur ajoutée de ces associations dans le domaine de l’action sociale est estimé à 20,5 milliards d’euros, dont près de 17 milliards de coûts salariaux.

Les collectivités territoriales recherchent le concours des associations pour bénéficier de leur expertise, de leur connaissance du terrain, de leur capacité d'innovation, de leur savoir-faire et de leur réactivité. Souvent l'intervention des associations fait l'objet d'une contractualisation avec la collectivité territoriale.

Cependant, les modalités de contractualisation ne donnent pas toujours la garantie de la meilleure efficacité ou en tout cas du meilleur rapport coût-efficacité, comme cela a été signalé lors des auditions organisées par la MECSS. M. Pierre Jamet, directeur général des services du conseil général du Rhône, a ainsi indiqué, le 14 décembre 2006, que s'agissant de l'aide à domicile : *« Dans les zones agglomérées, arrivent sur le marché des sociétés privées à but lucratif qui effectuent souvent du travail de qualité et facturent paradoxalement leurs prestations beaucoup moins cher que certaines associations historiques et politiquement influentes - l'écart correspond à des différences dans les coûts de gestion... Le versement de subventions publiques, notamment de la part des communes, à des associations qui pratiquent des tarifs excessifs risque de susciter, dans l'avenir, des contentieux sur la liberté de la concurrence ».*

La MECSS souhaite la généralisation de la contractualisation avec les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'action sociale et le renforcement des conditions du conventionnement (fixation d'objectifs), du suivi et de l'évaluation des résultats.

## **II – AMÉLIORER LA COORDINATION ET DÉCLOISONNER LE SOCIAL ET LE MÉDICO-SOCIAL AVEC LE SANITAIRE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX NOUVEAUX BESOINS**

La complexité de l'organisation actuelle peut être assumée à condition de clarifier les compétences, de coordonner les actions et de développer le partage d'information.

### **A ÉLARGIR LA MAITRISE D'ŒUVRE DU DEPARTEMENT SUR L'ACTION SOCIALE ET COORDONNER CELLE-CI AVEC LE SANITAIRE**

#### **1. Le département s'affirme comme chef de file de l'action sociale**

##### *a) Les départements poursuivent leur montée en charge*

Les départements, dont les compétences ont été progressivement étendues depuis vingt ans, s'affirment comme les véritables chefs de file de l'action sociale sur les territoires et adaptent leur organisation pour assumer leurs nouvelles responsabilités.

Les présidents de conseil général et les responsables de services d'action sociale départementaux auditionnés par la MECSS ont bien montré le fort engagement des départements dans ce champ de l'action publique. Les informations recueillies par l'IGAS sur le terrain vont dans le même sens, confirmant une volonté affirmée des départements d'être les responsables d'un développement territorial solidaire.

Les résultats des investigations de l'IGAS indiquent toutefois que certains départements éprouvent des difficultés à assimiler les réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu ces dernières années dans le champ de l'action sociale. L'IGAS note en particulier la mise en œuvre lente et partielle de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces observations concernent plus particulièrement les retards constatés dans la mise en place des maisons départementales du handicap (MDPH), notamment en raison de problèmes liés à la diversité de statuts des personnels, et des fonds de compensation du handicap (FCH), du fait des difficultés rencontrées pour réunir les financements.

Le recul de trois années dont on dispose concernant la mise en œuvre de la décentralisation complète de la gestion du RMI permet de percevoir les logiques d'évolution des départements. Face à leurs nouvelles responsabilités en matière d'action sociale, les conseils généraux adoptent soit une logique qui traduit la volonté de maîtriser le nouveau dispositif, soit une logique qui privilégie la territorialisation et le partenariat. Ces approches différenciées tiennent aux histoires et aux contextes locaux.

La territorialisation des dispositifs se traduit en général par le maillage du territoire en instances départementales plus ou moins spécifiques (circonscriptions d'action sociale, maisons départementales de la solidarité...). Ainsi, le département du Nord a créé (pour les six arrondissements qu'il comporte) huit directions territoriales de l'action sociale et quarante-deux unités territoriales (ne correspondant pas exactement aux cantons, afin de prendre en compte les différences de population) qui sont les interlocuteurs des élus locaux et des relais locaux des organismes de sécurité sociale, ainsi que 29 centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le département du Rhône a créé une unité territoriale par canton qui est placée sous l'autorité d'un directeur et dispose de responsables pour chaque secteur d'action, médecine, enfance, personnes âgées et personnes handicapées, intégration sociale, auxquels s'ajoutent un responsable voirie, un responsable administratif et un responsable bâtiments.

L'inventivité des départements, à laquelle incite la décentralisation des compétences, se traduit par une grande diversité des structures et une grande variété de missions. Les configurations départementales qui en résultent peuvent donc être très différentes.

Sur un champ plus restreint, comme celui du RMI, on observe par exemple des évolutions différenciées concernant les commissions locales d'insertion (CLI). Selon la loi, ces dernières sont désormais conçues comme des instances visant à organiser localement l'offre d'insertion et non plus à statuer sur les situations individuelles. L'intégration de cette dimension s'est faite de multiples façons. Dans certains départements, les CLI exercent désormais un double rôle de suivi individuel et de réflexion sur l'offre d'insertion, tandis que dans d'autres, des instances de gestion des situations individuelles ont été créées, modifiant ainsi l'activité des anciennes CLI. À l'inverse, certains conseils généraux ont maintenu le rôle des CLI mais créé des structures spécifiques pour organiser l'offre d'insertion. D'autres encore ont conservé les CLI telles qu'elles existaient et gèrent l'offre d'insertion au niveau des services du conseil général lui-même.

On observe des pratiques différentes des départements concernant la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'autorisation de la création des CLIC relève du président du conseil général. Dans le but d'améliorer les réponses apportées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, le département de l'Isère a décidé de réunir ces deux volets de son action sociale en une seule politique de « l'autonomie » et de territorialiser son organisation. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, sont créés des services « autonomie » au sein des maisons du conseil général et de nouvelles instances de coordination pour l'autonomie sont mises en place sur chacun des 13 territoires. Les CLIC sont, en conséquence, supprimés et leurs personnels intégrés dans les nouveaux services.

### ***b) Les communes continuent de jouer un rôle important***

- *L'action sociale communautaire est très peu développée*

Selon la DREES, 16 % des 36 579 communes, essentiellement les petites communes rurales en raison de la faiblesse de leurs moyens, ne mènent aucune action sociale. Les autres communes, de taille plus importante, développent une action sociale plus ou moins dense et diversifiée en fonction de leurs propres capacités. Huit petites communes sur dix (de 100 à 5 000 habitants) sont dotées d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Dans certains cas l'ensemble de l'action sociale est confiée au CCAS, dans d'autres cas la responsabilité de la mise en œuvre de l'action sociale est partagée entre le CCAS et les services de la mairie. Dans la plupart (85 %) des grandes communes (de 25 000 à 200 000 habitants), la gestion de l'action sociale est directement assurée par les services communaux et la création d'un CCAS est exceptionnelle (2 %).

La coopération intercommunale en matière d'action sociale est très peu développée : seulement 5 % des petites communes sont membres d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Les communes qui sont dans ce cas cumulent d'ailleurs souvent la participation à un CIAS et le maintien d'un CCAS.

- *L'action sociale des communes est complémentaire de celle des départements*

L'action sociale des communes s'adresse aux mêmes grandes catégories de publics que celle des départements, mais les actions conduites peuvent être identiques, complémentaires ou différentes de celles des départements.

Il ressort d'une enquête réalisée par la DREES, en 2002, auprès d'un échantillon de communes qu'en termes de publics, l'aide sociale facultative des départements concerne les mêmes catégories de populations que l'aide sociale des communes (les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes en difficulté, les familles et les jeunes) mais l'implication des communes et des départements apparaît différente selon les publics auxquels ils s'adressent. Les communes interviennent le plus souvent en direction des personnes âgées et très peu en direction des personnes handicapées, alors que les départements interviennent, dans leur aide extralégale ou facultative, de façon significative en faveur des personnes handicapées et âgées et de façon moindre en direction des personnes en difficulté, des familles et des jeunes.

Dans certains cas, les départements et les communes mettent en œuvre des actions de même nature comme le portage de repas, le service de téléalarme et des services d'aide ménagère pour les personnes âgées ; l'aide au transport des personnes handicapées ; les secours en nature ou en espèces à destination des personnes en difficulté ou enfin la participation aux modes de garde à destination des familles.

Cependant, certaines actions semblent propres aux départements, notamment celles qui viennent en complément des aides sociales légales comme le complément d'ACTP ou le prolongement d'aides dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Les autres actions s'adressent aux personnes âgées, comme les mesures liées à l'amélioration ou à l'adaptation du logement, les matériels techniques nécessaires à l'autonomie de la personne âgée, les aides au déplacements ou aux transports, le soutien financier à des associations d'aide à domicile, la garde de nuit, l'accueil de jour..., mais aussi aux familles à travers l'aide à la parentalité ainsi que le soutien à la formation et à l'insertion des jeunes. En ce qui concerne l'aide aux personnes handicapées, les départements ont une implication beaucoup plus forte en faveur de ce public, aussi bien en termes de prestations versées que de participation financière auprès des associations du secteur.

Par contre, une plus grande complémentarité semble exister entre les deux types de collectivités dans le secteur des personnes en difficulté. En effet, les communes sont très actives dans le domaine de l'urgence sociale, grâce à la mise en oeuvre de services d'accueil d'urgence, de logements d'urgence ou de boutiques de solidarité (qui proposent des services, tels que des repas, un point d'hygiène, une laverie, une aide aux démarches administratives) ainsi que de dispositifs mobiles. Elles proposent aussi des services de proximité comme les banques alimentaires, les épiceries sociales ou solidaires, des cours d'alphabétisation, les services d'un écrivain public.

Par contre les départements évoquent d'autres types d'aides concernant le transport des personnes en difficulté ou à la recherche d'un emploi, des heures d'aide ménagère pour les personnes sortant d'une hospitalisation ou présentant des problèmes de santé, la prise en charge de soins ou de protection complémentaire en matière de santé ainsi qu'une participation au logement social.

Enfin, il faut souligner la participation des communes dans la gestion d'établissements comme les maisons de retraite, les MAPAD (maisons d'accueil des personnes âgées dépendantes de la MSA), mais aussi les dispensaires, les centres de soins ou d'hygiène alimentaire et d'alcoologie ou, enfin, les centres sociaux ou les services sociaux spécialisés ou polyvalents.

● *La demande d'une pause dans les transferts et d'une stabilisation des financements*

L'Association des maires de France (AMF), ainsi que cela a été rappelé devant la MECSS, demande une pause dans la décentralisation et une stabilisation des financements afin de permettre aux acteurs locaux d'assimiler les réformes, et de procéder aux réorganisations nécessaires pour assurer la complémentarité entre les acteurs et la mise en cohérence des actions.

***c) La sécurité sociale souhaite demeurer un acteur de l'action sociale***

Les auditions ont conduit la MECSS à s'interroger sur l'opportunité de maintenir une action sociale des caisses de sécurité sociale qui, au moins en partie,

semble redondante avec les actions sociales menées par les collectivités territoriales.

La Mission a pu noter que ses interrogations étaient aussi partagées par les dirigeants des caisses nationales et que le souhait du maintien d'une action sociale de la sécurité sociale était davantage le fait des directeurs de caisses locales auditionnés que des dirigeants nationaux.

La prise de conscience du fait que la décentralisation a changé le panorama de l'action sociale et qu'il convient de s'y adapter est réelle. Face à cette situation les branches ont tenté de procéder à certaines adaptations et réorientations tout en continuant d'augmenter leurs dépenses d'action sociale, sans réelle maîtrise, et parfois, il est juste de le reconnaître, à l'incitation de la tutelle. Au total, force est de constater que les évolutions récentes de l'action sociale des caisses de sécurité sociale du régime général n'apparaissent pas vraiment concluantes. Celle-ci a, pour l'essentiel, perdu sa spécificité et, en conséquence, la valeur ajoutée de l'action sociale des caisses apparaît désormais réduite, de même que sa pertinence.

Lors de son audition par la MECSS, le 7 décembre 2006, M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale a davantage défendu l'intérêt de l'action sociale que celui de maintenir une action sociale des caisses de sécurité sociale. Il a mis en avant l'attachement des administrateurs des caisses à l'action sociale et le rôle joué par l'action sociale pour compléter les aides légales et expérimenter de nouvelles aides pour répondre aux besoins sociaux.

Il paraît à la MECSS que les collectivités territoriales sont désormais au moins autant fondées à développer des expérimentations que la sécurité sociale, puisque ce droit leur est constitutionnellement reconnu. Il lui semble aussi que le seul intérêt des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale à l'action sociale ne saurait suffire à justifier la pertinence de son maintien, alors que les compétences des collectivités territoriales ont été renforcées.

## **2. La coexistence de deux réseaux pose des problèmes de coordination**

### ***a) Les légitimités et les logiques d'organisation sont différentes***

Les deux réseaux d'action sociale des caisses et des collectivités territoriales sont organisés selon des logiques différentes. Le réseau des caisses est animé par les conseils d'administration qui sont l'émanation de la démocratie sociale alors que les collectivités territoriales sont dirigées par les présidents de conseils généraux et les maires élus par le suffrage universel. Cette concurrence des légitimités s'est exprimée à plusieurs reprises, plus ou moins explicitement, pendant les travaux de la MECSS. M. Patrick Kanner, président de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) a ainsi indiqué, lors

de son audition, le 23 novembre 2006 : « *Aujourd'hui, les caisses n'apportent plus aucune valeur ajoutée, et elles n'ont aucune représentativité démocratique* ».

En outre, l'organisation des réseaux répond à des logiques différentes. Les caisses de chaque branche sont organisées selon une logique thématique verticale, en fonction de leur spécialisation par risques, alors que les collectivités territoriales sont organisées selon une logique horizontale d'opérateur territorial pluri-compétent et doté d'une responsabilité générale de cohésion sociale locale. L'approche segmentée des problèmes sociaux qui résulte de l'organisation actuelle de l'action sociale de la sécurité sociale ne paraît pas de nature à apporter la meilleure réponse globale à nos concitoyens en difficulté. Au contraire, la vision transversale des collectivités territoriales paraît mieux à même d'apporter des réponses pertinentes et globales.

***b) Des tensions apparaissent et les arrangements passés entre les acteurs sont plus ou moins coopératifs***

La coexistence de deux réseaux ne facilite pas la lisibilité d'ensemble. Les acteurs de terrain s'en plaignent souvent et demandent que des clarifications et des simplifications soient apportées. Les éléments d'information recueillis par la MECSS laissent penser que les organisations locales, la coopération, la coordination et le partenariat entre les acteurs sont variables selon les territoires. Les dynamiques à l'œuvre dépendent des contextes et de la volonté des acteurs locaux. Cette diversité est inhérente à la décentralisation et au développement des responsabilités locales.

Toutefois, les rapports entre les collectivités territoriales et les caisses locales de sécurité sociale (CRAM, CPAM et CAF), de même d'ailleurs qu'avec les services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS), semblent ne pas être toujours optimaux. Des responsables de collectivités territoriales ont le sentiment d'un certain désengagement, voire d'une marginalisation des caisses locales et des services déconcentrés.

Des tensions peuvent également exister entre collectivités territoriales. Le leadership du département en matière d'action sociale n'est ainsi pas toujours bien accepté par certaines grandes villes ou agglomérations qui disposent de moyens humains et financiers importants et souhaitent définir et conduire leur politique d'action sociale sans interférences excessives. Le climat des relations peut en être affecté et les arrangements qui en résultent sont plus ou moins coopératifs.

***c) L'efficacité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est incertaine***

La CNSA est un organisme encore jeune dont l'avenir est incertain. Des interrogations subsistent en effet sur son efficacité et sa pérennité.

La CNSA peut certes apporter une réelle valeur ajoutée pour promouvoir l'équité territoriale grâce à sa fonction de péréquation en matière d'APA et de



PCH, ainsi que de répartition des enveloppes de crédits pour les établissements et services. Mais la CNSA qui est sans pouvoir sur le réseau des collectivités territoriales entretient des rapports parfois difficiles avec les départements. Le rapport de la Cour des comptes de juillet 2006 sur les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA souligne, d'une part, les difficultés que rencontre la Caisse dans ses rapports avec les départements, d'autre part, les lacunes dans la coordination des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) établis par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Le rapport de la Cour évoque aussi des difficultés de suivi, dans l'animation du réseau et dans l'harmonisation des pratiques des départements.

L'avenir de la CNSA dépendra notamment des décisions qui pourraient être prises concernant l'éventuelle création d'une cinquième branche de sécurité sociale. Mme Hélène Gisserot doit remettre prochainement au gouvernement un rapport sur ce sujet.

La MECSS souhaite que, sans attendre, la compétence de la CNSA concernant la qualité de l'accompagnement actuellement prévu pour les seules personnes handicapées soit étendue aux personnes âgées et que la Caisse soit mobilisée sur ce thème.

#### ***d) Les dispositifs de coordination sont insuffisants***

L'intérêt pour la coordination n'est certes pas nouveau dans le domaine social et médico-social puisque la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales avait érigé le principe de coordination en objectif central. De fait, cette logique a été bien peu mise en œuvre et on a longtemps continué à raisonner en termes d'équipements autosuffisants et de cloisonnements entre les publics et les structures d'hébergement.

La culture du décroisement, du travail en réseau et de la coordination a certes un peu progressé, au cours des dernières années, sous l'effet de la décentralisation et des modifications législatives, mais encore insuffisamment.

Les dispositions en vigueur relatives à la coordination en matière d'action sociale et médico-sociale sont prévues par le code de l'action sociale et des familles.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis pour une durée maximum de cinq ans et adoptés par le conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Ils évaluent les besoins sociaux et médico-sociaux, dressent le bilan de l'offre existante, déterminent les objectifs d'évolution, lesquels sont assortis d'une éventuelle programmation pluriannuelle, et enfin « *précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services...ainsi qu'avec les établissements de santé* » (articles L. 312-4 et L. 312-5).

Par ailleurs, afin de coordonner la mise en œuvre des actions, une convention pluriannuelle doit être conclue entre le département, l'Etat et les centres communaux d'action sociale gestionnaires d'établissements sociaux ou médico-sociaux (article L. 312-6).

Enfin, les établissements et services, dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, « *peuvent* » conclure des conventions avec des établissements de santé, créer des groupements d'intérêt économique ou des groupements d'intérêt public, ou encore des groupements de coopération sociale ou médico-sociale auxquels peuvent être associés des professionnels libéraux (article L. 312-7). Un décret du 6 février 2006 précise les conditions d'application de ces dernières dispositions. Lors de son audition par la MECSS, M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités, a fait état de tous les efforts d'information déployés auprès des associations d'élus et des départements pour promouvoir la coordination et l'utilisation des dispositifs proposés.

Face au sentiment de confusion en matière d'action sociale, souvent affirmé par les acteurs, la demande de clarification et de simplification apparaît ambiguë. En effet, le risque est grand que les habitudes du passé, du « chacun chez soi », renforcées par certaines positions divergentes des acteurs sur l'avenir et la conduite de l'action sociale, l'emportent et que la complexité soit finalement assumée.

La MECSS considère qu'il faut tenir compte des enseignements tirés d'une expérience déjà ancienne et estime que cette démarche d'incitation à la coordination est intéressante mais insuffisante pour impulser une réelle dynamique qui puisse déboucher sur des avancées tangibles. Il lui paraît que les outils actuellement proposés ne permettront d'obtenir qu'un minimum de coordination dans des délais importants et dans des conditions de disparités discutables. La MECSS considère que la mise en cohérence des acteurs pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes et l'efficacité d'ensemble de l'action sociale ne peut attendre.

***e) Des aménagements sont nécessaires pour affirmer la compétence du département et assurer la coordination des actions***

- *Coordonner les acteurs du « service public de la petite enfance »*

Le rapport sur le service public de la petite enfance que le Centre d'analyse stratégique vient de remettre au premier ministre<sup>1</sup> apporte des éléments d'information intéressants, notamment sur deux points : la création d'un service public de la petite enfance et l'instauration d'un droit opposable au mode de garde pour les très jeunes enfants.

---

<sup>1</sup> Rapport du 14 février 2007

Le rapport écarte la création d'un droit opposable au mode de garde en raison de l'importance du coût que représenterait la mise en place d'une telle mesure. Compte tenu de la diversité des acteurs intervenants dans le champ de l'accueil de la petite enfance, il ne propose pas non plus la création d'un véritable service public avec instauration d'une compétence obligatoire.

Il rappelle d'abord que le coût global (incluant notamment les prestations familiales, les réductions d'impôt et l'action sociale) pour la collectivité de l'accueil de la petite enfance s'élève à 19,3 milliards d'euros, ce qui correspond à 1 % de PIB.

Puis, il chiffre l'impact financier d'une augmentation de 10 % du nombre d'enfants de 0 à 3 ans couverts par un mode de garde collectifs par rapport à la situation d'accueil en 2006 et compte tenu des créations de places déjà programmées sur la période 2007-2011. Cela correspondrait à la création additionnelle de 79 000 places de crèche et de 60 000 places d'assistantes maternelles. Avec une montée en charge de cinq ans, ce programme additionnel coûterait tous financeurs confondus, 3,8 milliards d'euros d'ici à 2011 pour les places en accueils collectifs (dont 2,1 milliards d'euros à la charge de la CNAF) et 1,3 milliard d'euros pour les places chez les assistantes maternelles (dont 1 milliard d'euros pour la CNAF).

Au total, l'impact financier d'un tel accroissement de l'offre d'accueil peut être évalué à environ 5 milliards d'euros sur cinq ans, puis 1,3 milliard d'euro chaque année en fonctionnement.

Le rapport du Centre d'analyse stratégique ajoute que : « *Ces montants permettent de mesurer le défi que représenterait la généralisation d'une offre collective d'accueil, pour les finances publiques, aussi bien locales que nationales* ».

Il est donc seulement proposé d'améliorer le recensement des besoins et la structuration de l'offre territoriale.

La MECSS souhaite que soit instauré un schéma départemental d'organisation de la petite enfance. Ce schéma serait arrêté par le président du conseil général, après concertation avec l'ensemble des acteurs participant à l'accueil de la petite enfance (communes, établissements publics de coopération intercommunale, caisses d'allocations familiales).

Par ailleurs, elle souhaite que le référentiel d'agrément des assistants maternels (contenu de la formation, normes standards de qualité, conditions d'agrément, de suivi et de contrôle) soit renforcé.

- *Recentrer la branche vieillesse sur son cœur de mission*

Comme cela a déjà été souligné, la prise de conscience de la nécessité de s'adapter au nouveau panorama de l'action sociale issu de la décentralisation est bien réelle mais les réorientations n'apparaissent pas toutes concluantes, en particulier celles accomplies par la branche vieillesse.

En conséquence, la MECSS préconise donc de transférer au département la pleine maîtrise de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

La MECSS considère en effet que le partage actuel des responsabilités entre les CRAM, pour les aides aux GIR 5 et 6 et les départements pour les aides – notamment l'APA – pour les GIR 1 à 4, n'est pas pertinent et optimal. Il lui apparaît qu'il convient de privilégier, autant que possible, la logique de bloc de compétence qui a présidé à la décentralisation.

La MECSS estime que dans un but de cohérence, de simplification et d'efficacité, la reconnaissance du département comme pilote sur les territoires de la politique en faveur des personnes âgées doit conduire à lui transférer l'action sociale menées par les CRAM. La gestion de l'ensemble de l'aide ménagère serait ainsi confiée au département.

Cette mesure serait de nature à permettre au département d'avoir enfin une vision globale sur les problèmes rencontrés par les personnes âgées et d'y apporter des réponses globales dans la continuité. Les départements seraient mieux à même d'organiser l'ensemble de l'offre, en particulier l'offre d'aide à domicile, de procéder à l'unification de l'évaluation des besoins des personnes, d'harmoniser les plans d'aide et le suivi. Une telle solution présenterait également l'intérêt d'impliquer davantage les départements dans la politique de prévention de la perte d'autonomie et d'organiser sur les territoires la solidarité intergénérationnelle dans le cadre du programme « bien vieillir ».

Dans ce nouveau partage des compétences, la branche vieillesse de la sécurité sociale seraient recentrée sur la liquidation des prestations de sécurité sociale. Elle pourrait notamment se consacrer à la charge croissante de liquidation des pensions et la mise en œuvre du droit à l'information sur la retraite. Les effectifs des CRAM et des CPAM affectés à l'action sociale en direction des personnes âgées pourraient notamment être redéployés sur les fonctions d'accueil et de contrôle.

- *Instaurer une obligation de coordination*

Par ailleurs, la MECSS estime que la simple incitation à la coordination ne suffit pas. Il convient de renforcer les dispositions dans ce domaine et d'instaurer une obligation de coordination pour tous les acteurs de l'action sociale et médico-sociale qui reçoivent des financements publics directs ou indirects.

***f) Renforcer la planification sociale et médico-sociale au vu d'un diagnostic partagé***

Les insuffisances de la connaissance en matière de besoins, d'offre et d'activités d'action sociale ont souvent été soulignées lors des auditions.

La MECSS estime qu'il convient, afin de pallier ces insuffisances, de généraliser la création d'observatoires départementaux des besoins sociaux. Ces observatoires viendraient compléter les travaux menés par les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale.

En application de l'article R. 123-1 du code de l'action sociale et des familles, issue d'un décret du 6 mai 1995, les CCAS ont l'obligation de procéder chaque année à une analyse des besoins sociaux (ABS) de la commune. Cet outil de recensement et d'analyse des besoins sociaux est très peu utilisé.

La MECSS, considère que l'ABS est un moyen essentiel pour améliorer la connaissance des besoins sociaux et pour développer la prévention sociale et, autant que possible, traiter les problèmes avant qu'ils ne prennent une ampleur telle qu'ils deviennent plus difficiles à résoudre. Elle regrette que cet outil de diagnostic territorial partagé, créé il y a plus de dix ans, soit encore si peu utilisé.

En conséquence, la MECSS souhaite que l'obligation d'analyse annuelle des besoins sociaux soit respectée par les CCAS. Elle préconise aussi l'extension de cet outil de diagnostic social local aux communes de plus de 5 000 habitants qui ne sont pas dotées de CCAS.

Les résultats des ABS réalisés par les CCAS ou les communes devraient contribuer à alimenter les observatoires départementaux.

Par ailleurs, afin de donner une plus grande effectivité aux schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale, il serait souhaitable de mieux articuler la programmation budgétaire des schémas avec les objectifs qu'ils prévoient. La MECSS souhaite également que l'approche objectifs-moyens-résultats soit appliquée aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

***g) Inciter au développement de l'action sociale communautaire***

Le département détient la responsabilité de la coordination des acteurs de l'action sociale. Toutefois, il peut déléguer cette compétence aux communes (article L. 121-6 du code de l'action sociale et des familles). Mais cette pratique de délégation par convention aux communes paraît peu développée.

Lors de son audition, le 7 décembre 2006, Mme Marie-Claude Serres-Combourieu, responsable du département action sociale, éducative, sportive et culturelle de l'AMF, a ainsi rappelé : « *Il est également possible de passer des conventions avec les conseils généraux, mais elles sont à ce jour peu*

*nombreuses* ». Et Mme Françoise Descamps-Crosnier, membre du bureau de AMF a ajouté : « *Si le maire est le fédérateur de l'action sociale au niveau local, il n'a pas pour autant toujours la possibilité de mobiliser l'ensemble des acteurs et des partenaires, y compris parfois le conseil général. Les membres de l'AMF expriment donc le souhait de pouvoir mobiliser beaucoup plus facilement l'ensemble des partenaires* ».

La MECSS estime qu'il serait souhaitable d'inciter les départements, qui doivent continuer à détenir la compétence de coordination en matière sociale et médico-sociale, à déléguer, en application du principe de subsidiarité, cette compétence aux communes lorsque cette solution apparaît plus efficace.

Par ailleurs, la MECSS souhaite que l'action sociale communautaire, encore peu développée, soit encouragée. Il pourrait notamment être envisagé, soit de faire figurer la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire dans la liste des compétences obligatoires des communautés de communes ou des communautés d'agglomérations, soit de créer des incitations financières à l'intégration de la compétence optionnelle d'action sociale dans les compétences exercées par les établissements publics de coopération intercommunale.

### **3. Le cloisonnement avec le sanitaire est préjudiciable aux personnes et à l'efficacité du dispositif**

#### ***a) Décloisonner le sanitaire, le social et le médico-social afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie***

Le constat de la perte d'efficacité et d'efficience en raison du cloisonnement des secteurs sanitaire et social n'est pas nouveau, mais il est de plus en plus partagé. M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités, indiquait ainsi lors de son audition, le 21 décembre 2006 que : « *Le système atteint aujourd'hui ses limites car il est parcellisé, segmenté et verticalisé, avec des financeurs divers* ».

Dans le cadre de la nouvelle organisation régionale de la santé prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) qui comportaient deux sections, une section sanitaire et une section sociale, ont été éclatés entre :

– la composante sanitaire qui est devenue une section spécialisée du conseil général de santé (dénommé à nouveau conférence régionale de santé depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé) ;

– et la composante médico-sociale qui a été placée en dehors du conseil régional de santé. La mission de la section sociale des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale a alors été confiée à de nouvelles instances dénommées « comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale ».

La loi du 4 mars 2002 a ainsi réalisé un « découplage » du social et du médico-social par rapport au sanitaire, solution qui présente des inconvénients. Ce découplage ne garantit pas une bonne articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social. En outre, alors que la planification sanitaire relève du niveau régional et de l'ARH, la planification sociale et médico-sociale relève du département. Des dispositions prévoient toutefois un minimum d'articulation entre les secteurs. D'une part, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « *tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur social et médico-social...* » (article L. 6212-1 du code de la santé publique). D'autre part, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis « *en cohérence* » avec les SROS (article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles).

Cette situation est la conséquence du choix qui a été fait de répartir les compétences sanitaires et sociales entre deux niveaux de collectivités territoriales. Elle pose cependant des problèmes de coordination des planifications et ne permet pas d'assurer la cohérence optimale de l'ensemble des actions.

Or le travail en réseau décloisonné est le gage d'une amélioration de la qualité du service rendu aux personnes et d'une meilleure efficacité. La transversalité doit se substituer, autant que possible à la verticalité. Les résultats obtenus par les réseaux gérontologiques de la Mutualité sociale agricole (MSA) démontrent la pertinence de cette approche et sa plus grande efficacité par rapport à une organisation classique. Un rapport d'évaluation de la MSA concernant une expérimentation de réseau gérontologique montre ainsi l'intérêt d'un mode d'organisation qui permet de privilégier le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, grâce à un dispositif d'accompagnement global qui coordonne et articule les interventions des différents acteurs sanitaires et sociaux. La mise en réseau permet de renforcer l'attractivité du territoire concerné tant pour les personnes âgées que pour les professionnels de santé et d'assurer la continuité des prises en charge, si importante pour les personnes âgées.

La comparaison entre un groupe de personnes accompagnées par le réseau gérontologique et un autre groupe de personnes prises en charge de manière classique permet de mettre en évidence :

- une plus faible mortalité pour les personnes dans le réseau ;
- un recours moindre aux urgences hospitalières ;
- une diminution des hospitalisations (moins nombreuses et moins longues) ;
- une qualité de vie améliorée pour les personnes âgées ;
- un effet d'entraînement positif sur l'offre de soins ambulatoires ;
- une plus grande satisfaction de l'ensemble des acteurs ;

– une dépense d’hospitalisation inférieure d’un tiers, une dépense ambulatoire équivalente mais comprenant moins de médicaments et, au total, des dépenses médicales, hospitalières et ambulatoires, inférieures de 16 %.

Le bilan global est donc « gagnant-gagnant ». Le réseau gérontologique permet d’améliorer l’efficacité et la qualité des prises en charges, d’éviter la grabatisation des personnes âgées et de réduire les coûts d’ensemble.

### ***b) Instaurer le réseau santé-social régional***

La MECSS considère que les différentes mesures visant à coordonner les acteurs de chaque secteur, sanitaire et social et médico-social, de même que les dispositions actuelles qui visent à organiser des réseaux de santé ou d’urgence, sont positives mais insuffisantes. Elle estime que le décloisonnement des secteurs et la mise en réseau des acteurs des deux secteurs constituent des enjeux prioritaires. Elle préconise en conséquence la création d’un « réseau santé-social » régional permettant d’articuler précisément l’ensemble des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux.

Cela suppose de mettre en place un schéma régional commun à l’organisation sociale, médico-sociale et à l’organisation sanitaire qui permettrait d’optimiser l’organisation des deux secteurs, d’assurer des services polyvalents et coordonnés, et de faciliter la continuité de l’accompagnement.

En outre, il convient de prévoir une obligation de coordination et d’insertion dans le réseau santé-social pour tous les organismes concourant à l’action sociale médico-sociale et sanitaire recevant des financements publics.

Il serait aussi souhaitable de mettre en place un réseau de « pôles santé-social » organisé à partir de la généralisation d’un maillage de centres locaux d’information et de coordination (CLIC) aux compétences élargies à l’ensemble des champs social, médico-social et sanitaire. Il s’agirait de réaliser le maillage du territoire en plates-formes multiservices permettant d’apporter de premières réponses concrètes en matière sociale, médico-sociale et sanitaire, ainsi que de développer le partenariat médecine de ville-travail social. Les pôles auraient des missions transversales d’information, d’orientation, d’évaluation, d’attribution d’aides et d’accompagnement. La circonscription des CLIC élargis devrait correspondre au bassin de vie<sup>1</sup> qui est le territoire de premier recours en matière sanitaire.

Les caisses de la sécurité sociale devraient y être associées. Les pôles d’accueil en réseau pour l’accès aux droits sociaux (PARADS) devraient y être intégrés.

---

<sup>1</sup> Selon l’INSEE, « le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel sur lequel s’organise la vie quotidienne des habitants. C’est dans chacun de ces bassins à l’autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l’essentiel des services, que les actifs ont leurs emplois et les élèves leur établissement scolaire. »



Il conviendrait en outre de mettre en place un accueil téléphonique régional et départemental unique en matière d'action sociale et sanitaire, regroupant les partenaires principaux et permettant de donner les premières réponses aux demandeurs et de les orienter.

Aujourd'hui, le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne et répond à une triple logique :

- logique de proximité ;
- logique d'accès facilité aux droits ;
- logique de réseau.

Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux.

Il initie et développe dans le cadre de son réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Il existe 3 niveaux de label :

**Niveau 1** : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

**Niveau 2** : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle, comme des groupes de paroles, et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

**Niveau 3** : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers d'accompagnement, et permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile ... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Le réseau des CLIC est important, puisque 541 CLIC ont déjà été créés, dont près de 100 de niveau 2 et 300 de niveau 3.

Dans sa seconde contribution à la MECSS, l'IGAS souligne le rôle majeur joué par les CLIC dans la coordination des acteurs : « *Dans les zones géographiques où ils ont été mis en place, les CLIC jouent un rôle essentiel pour décroiser les différents secteurs, public et privé, sanitaire et social.* »

*Dans les départements visités par la mission, les CLIC se sont imposés comme des acteurs majeurs en matière de coordination entre les différents intervenants et leur présence semble favoriser le développement de dynamiques locales très fortes ».*

***c) Expérimenter le transfert des services de soins infirmiers à domicile au département***

Il serait par ailleurs souhaitable de développer les expérimentations de transfert aux départements de la responsabilité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cela permettrait de renforcer le rôle de pilotage du département en matière de politique gérontologique.

Le Plan solidarité-grand âge de juin 2006 a prévu d'expérimenter avec quelques départements volontaires une gestion départementale de l'ensemble des budgets relatifs à l'accompagnement des personnes âgées :

*« les départements sont aujourd'hui compétents pour toute l'action sociale en direction des personnes âgées mais certains leviers leur échappent :*

*– l'attribution des aides à domicile pour les personnes âgées les moins dépendantes, qui relève de la CNAV ;*

*– la création de places médicalisées dans les maisons de retraite et les services de soins à domicile, qui relève de l'Etat avec des financements de l'assurance maladie.*

*Cet enchevêtrement de compétences est source de complexité, aussi bien pour les personnes âgées que pour les maisons de retraite qui doivent tenir des budgets séparés. Il est proposé de transférer pour 2007 à plusieurs départements, à titre expérimental, l'ensemble de ces budgets ».*

La MECSS souhaite que les expérimentations de transfert de SSIAD à quelques départements soient rapidement organisées.

***d) Organiser la sortie de l'hôpital***

Toujours dans la logique du décloisonnement, la prise de conscience de l'importance de l'organisation de la sortie de l'hôpital et de l'aval de l'hôpital s'affirme. Il apparaît en effet de plus en plus évident qu'une bonne organisation de la sortie de l'hôpital peut réduire les retours prématurés aux urgences ou en hospitalisation et favorise un retour rapide à l'autonomie. Il est donc souhaitable que, lorsque la sortie de l'hôpital est susceptible d'entraîner des difficultés de retour à l'autonomie, de désigner une personne responsable au sein de l'hôpital pour organiser la sortie. Cela peut consister à prévoir le transport sanitaire, l'aide à domicile, l'hébergement en établissement de moyen séjour, EHPAD... A cet effet, il serait souhaitable d'améliorer la répartition des tâches à l'intérieur de l'hôpital entre le service social et le personnel médical.

***e) Prévoir une obligation de coordination dans les autorisations des établissements***

Toujours dans le même esprit de décloisonnement et de coordination, il serait opportun que les autorisations ou les conventions qui les accompagnent

relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux comportent un volet concernant la coordination (nature des liens, actions mises en œuvre...) avec les organismes à caractère social, médico-social et sanitaire dans le respect du schéma régional.

## **B – DONNER UN NOUVEAU SENS À L’ACTION SOCIALE ET ADAPTER L’OFFRE AUX NOUVEAUX BESOINS**

La demande d’action sociale est forte et elle évolue. Il faut donc adapter l’offre et prévoir les financements nécessaires pour répondre aux besoins croissants d’action sociale.

### **1. De l’action sociale au développement social territorial**

L’offre d’action sociale peine à satisfaire une demande croissante et à s’adapter aux nouveaux besoins.

#### ***a) Promouvoir une conception renouvelée et plus large de l’action sociale par le développement social territorial***

L’organisation des collectivités territoriales est confrontée à deux évolutions complémentaires qui modifient profondément le rapport aux territoires et renouvellent la notion de projet porté par les exécutifs locaux : d’une part, la déconcentration qui vise à rendre l’action de l’Etat plus efficace, d’autre part, la coopération intercommunale et la multiplication des communautés de projet qui conduisent à penser le développement des espaces infra départementaux.

Sous l’effet de ces évolutions, des dynamiques de développement territorial naissent qui donnent une place centrale à l’action sociale. Les responsables institutionnels sont appelés à décloisonner le social et à le placer au cœur des autres politiques locales.

Il s’agit d’impulser une nouvelle démarche susceptible de mobiliser l’ensemble des acteurs locaux sur un projet global de développement territorial et, ainsi, d’apporter une réponse sociale adaptée aux besoins du territoire. Cela suppose de dépasser la vision classique de l’action sociale et de développer une nouvelle approche territoriale et partenariale.

Il s’agit aussi de concilier la prévention, l’éducation, l’intégration, les aides et l’accompagnement des personnes. Cela nécessite de rechercher de nouvelles réponses de qualité et de définir des formes d’intervention de plus en plus diversifiées et sophistiquées.

Cette mutation de l’action sociale est déjà engagée.

***b) Privilégier la réponse personnalisée et globale autour du projet de vie***

Force est de constater que le service rendu aux personnes en difficulté ou simplement confrontées à des besoins qu'elles ne peuvent elles-mêmes satisfaire n'est pas toujours optimal. Les besoins et la demande d'action sociale sont en constante progression. Les attentes sont fortes et le niveau d'exigence augmente. Il faut donc développer une nouvelle approche mais les acteurs sociaux rencontrent des difficultés à trouver les réponses aux nouveaux besoins d'action sociale. Il faut aussi élaborer de nouveaux concepts et étendre la gamme des prestations.

Mais les nouvelles prestations, plus personnalisées, peuvent être coûteuses.

La nouvelle action sociale passe en effet par l'affirmation du droit à compensation et l'intégration des aides et soutiens divers dans un projet de vie. La nouvelle demande d'action sociale suppose l'individualisation de la réponse et la proximité des intervenants sociaux. Il s'agit de replacer la personne au centre du dispositif et cela suppose de désigner un référent pour chaque personne qui puisse l'aider à définir son projet de vie.

Cela nécessite notamment d'améliorer le dépistage et le recensement des nouveaux besoins d'action sociale liés au développement de la précarité, de l'isolement et de la solitude, à la multiplication des ménages monoparentaux, au développement du travail des femmes, à la concurrence des médias dans la gestion de la famille, aux difficultés d'éducation et d'autorité, au développement des problèmes psychiques, au vieillissement de la population...

Les besoins nouveaux, individuels et sociétaux, sont plus difficiles à satisfaire. Mais de la qualité des réponses apportées dépend l'insertion et, finalement, la cohésion nationale mais aussi territoriale. Il y a lieu de privilégier l'approche globale des besoins de la personne et d'articuler, en conséquence, les réponses. Il faut aussi assurer la cohérence des dispositifs, lutter contre leur fragmentation et assurer le continuum d'accompagnement. Dans cette logique, la gamme des prestations doit encore s'enrichir.

***c) Mobiliser les intervenants sociaux et anticiper les besoins de recrutement***

Ce nouvel âge du social et cette refondation de l'action sociale implique de redonner du sens aux actions concrètes et de mettre en place les outils nécessaires.

Cela suppose aussi de remobiliser les intervenants sociaux qui doivent faire face à une charge et une complexité croissante liées à l'augmentation de la demande, à l'imbrication et au cumul des difficultés à résoudre, aux difficultés à trouver des réponses adaptées, et parfois à l'insuffisance des moyens. Ces contraintes peuvent faire perdre aux intervenants sociaux le sens de leur action. Ils

se sentent parfois dépassés et démotivés. Ils se disent souvent sous pression et expriment leur mal-être, voire leur épuisement.

Lors de son audition par la MECSS, le 14 décembre 2006, M. Jean-Michel Moynié, directeur du centre communal d'action sociale de la ville d'Agen, a ainsi indiqué : *« avec la montée de la précarité, les personnes isolées sont de plus en plus nombreuses et la charge de nos travailleurs sociaux est donc de plus en plus lourde, ce qui fait que nous en arrivons à une logique de guichet. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle parvient le rapport annuel 2005 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui parle de « guichétisation » et de solitude croissante des personnes en difficulté.*

*Compte tenu de la nécessité de plus en plus fréquente de faire face à l'urgence, il devient difficile d'accomplir le travail en profondeur pourtant indispensable et nous nous rendons également compte que ce traitement sous la forme d'un guichet ne favorise guère la socialisation de ces personnes isolées, qui sont à l'extrême limite de la marginalisation, mais aussi en souffrance psychique, ce qui pose problème aux travailleurs sociaux.*

*Dans ces conditions, les élus agenais ont cherché à redéfinir la mission des travailleurs sociaux de la ville en l'orientant vers l'accueil collectif ainsi que vers des ateliers consacrés en particulier au problème du logement ».*

On le voit, il est difficile de faire évoluer les cultures et les pratiques de l'intervention sociale quand il faut faire face à l'urgence et aux demandes liées à la précarité et à la pauvreté.

Les difficultés d'adaptation sont donc réelles et les besoins de formation des intervenants sociaux sont très importants. Le secteur de l'emploi social est un de ceux qui progressent le plus vite et cette croissance n'est pas appelée à se ralentir, bien au contraire. Les besoins à satisfaire, notamment pour assurer l'accompagnement du grand âge et de la perte d'autonomie, vont fortement augmenter. Ainsi, par exemple, on estime les besoins de recrutement dans les métiers du grand âge à 40 000 professionnels par an durant les dix prochaines années.

Les métiers du social sont très diversifiés : auxiliaires de vie sociale, aides à domicile, aides médico-psychologiques, aides soignants, éducateurs techniques spécialisés, techniciens de l'intervention sociale et familiale, conseillers en économie sociale et familiale, assistants familiaux, moniteurs éducateurs, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues...

De nouveaux métiers vont apparaître. Il y a ainsi un besoin de former des professionnels qui maîtrisent l'ingénierie sociale.

Lors de son audition par la MECSS, le 21 décembre 2006, M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités, observait ainsi : *« Un nouveau métier apparaît : l'« ingénierie*

*sociale* ». En collaboration avec l'Éducation nationale, nous avons créé un diplôme spécifique, sanctionnant une formation durant laquelle on apprend à construire des projets complexes autour de la logique de coopération ».

La MECSS souhaite qu'un vaste plan de formation soit engagé afin de permettre la formation des personnels qui devront être recrutés dans les prochaines années ainsi que la requalification des intervenants sociaux en fonction. Dans cet esprit, il a lieu de renforcer l'attractivité des métiers du social et de favoriser la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) qui est maintenant ouverte à la plupart de ces métiers.

#### ***d) Développer le partage de l'information***

La MECSS a pu, une fois de plus, faire le constat de l'éclatement et du cloisonnement des systèmes d'information. Les acteurs en sont également conscients qui demandent des améliorations dans ce domaine.

La MECSS considère que le partage de l'information constitue un enjeu majeur. Elle souhaite que le répertoire commun aux organismes soit mis en place rapidement.

● *Accélérer la mise en oeuvre du répertoire national commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de sécurité sociale*

À l'initiative de M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS, le Parlement a, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, adopté un amendement qui a pour objet de systématiser le partage d'informations concernant l'attribution et la gestion des prestations de sécurité sociale et d'action sociale entre les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales. Cette disposition traduit une des préconisations figurant dans le premier rapport de la MECSS, présenté par M. Jean-Pierre Door, sur l'organisation et le coût de gestion des branches du régime général de sécurité sociale.

Ainsi, l'article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 crée un répertoire national commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés ainsi qu'aux Assedic. Ce répertoire national est relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Il sera notamment utilisé pour les échanges d'informations entre les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et avec les administrations fiscales. Les URSSAF et les CGSS auront aussi accès aux données de ce répertoire dans le cadre de leurs missions ainsi que les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une aide sociale.

Ce répertoire contiendra les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes

concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi qu'à l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir. Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) sera l'identifiant utilisé.

La création de ce répertoire est subordonnée à la parution d'un décret en Conseil d'État précisant le contenu et les modalités de gestion et d'utilisation pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Lors de son audition par la MECSS, le 11 janvier 2007, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a précisé qu'un groupe de travail, piloté par la direction de la sécurité sociale, est déjà en place. Il réunit les caisses nationales de sécurité sociale, l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC), la direction générale des impôts (DGI) ainsi que tous les organismes concernés par la création, l'utilisation et la gestion de ce répertoire.

Ce groupe de travail doit transmettre ses propositions au ministre, au cours du mois de février 2007. Sur cette base sera finalisé le projet de décret qui sera ensuite soumis à la CNIL, aux conseils d'administration des caisses nationales de sécurité sociale et au Conseil d'État.

Il faut souligner que, lors de leur audition par la MECSS sur l'action sociale, tous les dirigeants des caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, CNAVTS, CNAF) et le directeur de la CNSA ont été unanimes pour approuver cette mesure de simplification et d'efficacité.

● *La mise en œuvre du répertoire commun doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu*

La MECSS considère que la création de ce répertoire commun constitue une avancée majeure qui s'inscrit dans le développement de l'administration électronique. Elle permettra de renforcer la fiabilité des prestations versées et facilitera le partage d'informations ainsi que les actions de contrôle et la lutte contre la fraude.

La mise en place du répertoire commun devrait aussi permettre d'alléger les formalités administratives à accomplir par les bénéficiaires, notamment en cas de déménagements et de changements de situation (absence de ré-immatriculation, simplification des pièces justificatives à fournir, centralisation des démarches...). Le partage des informations avec le fisc devrait aussi permettre de supprimer les déclarations de ressources aux CAF.

Pour les caisses, les échanges d'information (ressources, situation familiale, situation professionnelle...) entre organismes de sécurité sociale et avec les autres partenaires seront allégés et le transfert de dossier lors d'un déménagement facilité, de même que la lutte contre la fraude (faux états civils, faux documents, multiples immatriculations...).

La création du répertoire commun sera donc facteur de gains de productivité. On estime notamment que pour une CAF qui gère 150 000 allocataires (parmi les 20 plus importantes CAF), l'activité d'immatriculation représente 3 à 4 équivalents temps plein sur un effectif de 450 agents, soit près de 1 %. Les gains de productivité réalisés pourraient permettre d'améliorer la qualité de service dans les fonctions de liquidation, d'accueil téléphonique et physique ou pour renforcer la politique de maîtrise des risques, la prévention et le contrôle.

La MECSS attache une grande importance à la mise en œuvre rapide de cette mesure. Elle veillera tout particulièrement au respect de la protection de la vie privée, à la sécurisation des données et à la réglementation des accès ; chaque acteur doit n'avoir accès qu'aux données strictement nécessaires à son activité.

***e) Favoriser la concertation, l'évaluation, les échanges de bonnes pratiques et la recherche***

Par ailleurs, la MECSS souhaite que soient mis en place les outils de concertation, d'échanges de bonnes pratiques, d'évaluation et d'analyses partagées.

Dans cet esprit, elle sera attentive aux travaux menés par la nouvelle Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui devrait permettre d'améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements d'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées.

La MECSS préconise de définir de manière concertée des concepts communs, des définitions et des nomenclatures homogènes en matière d'action sociale, applicables à tous les acteurs. Il conviendrait aussi de renforcer les obligations en matière d'information et d'améliorer les procédures de remontée d'information aux différents échelons (niveau central, régional, départemental, communal). La MECSS préconise d'établir, pour chaque dispositif d'aide sociale, un référentiel d'information et d'évaluation (méthodes, tableau de bord et indicateurs), opposables à tous les acteurs.

La Mission souhaite aussi que, pour améliorer la connaissance de l'aide et de l'action sociale dans les comptes de la protection sociale, la DGAS et la DREES soient mobilisées sur ce thème afin d'établir, en concertation avec les différents acteurs de l'action sociale, un référentiel commun.

Par ailleurs, la MECSS préconise la mise en place d'une instance de concertation et de partage des bonnes pratiques.

La MECSS souhaite également que les efforts de recherche sur le champ social ainsi que sur les réponses à apporter aux besoins actuels et futurs soient amplifiés. Elle demande en particulier que soit mis en œuvre un grand plan de recherche sur les maladies du grand âge, les maladies neuro-dégénératives



(maladies d'Alzheimer et de Parkinson) et les maladies apparentées, dont il faut rappeler qu'elles sont à l'origine de 70 % des hébergements en établissements et de 72 % des demandes d'APA.

## **2. Adapter les prestations d'action sociale aux nouvelles demandes et assurer la continuité de l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie**

La MECSS n'a pas souhaité se limiter à proposer des améliorations à l'organisation des secteurs social et médico-social et sanitaires. Elle a souhaité examiner les voies d'une adaptation des prestations d'action sociale aux nouvelles demandes et d'une amélioration de l'effectivité des droits.

Lors de son audition par la MECSS, le 7 décembre 2007, M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités, a ainsi indiqué : *« beaucoup de réflexions menées actuellement sur le social vont vers l'idée d'assurer un service public effectif, ce que certains appellent le système des « droits opposables ». Et l'on peut donc se demander en quoi l'action sociale peut y contribuer »*.

La MECSS souhaite, dès lors que la question du droit opposable au logement est posée, que la réflexion sur ce sujet sensible se poursuive. Elle rappelle toutefois que celle-ci doit intégrer les contraintes de financement de plus en plus fortes qui existent en matière de politiques sociales.

### ***a) Définir une politique globale d'accompagnement de la perte d'autonomie***

Le défi du vieillissement de la population doit être relevé sans attendre. Il va même s'amplifier et constitue un des enjeux majeurs de l'avenir. Encore faut-il rappeler que si le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans doit passer de 1,1 million en 2005 à 1,9 million en 2015 (+ 800 000 en dix ans), actuellement seulement 6 à 7 % des personnes de plus de 60 ans sont touchées par la perte d'autonomie, 70 % des hommes de 90 ans sont encore autonomes, et que le gain d'espérance de vie s'accompagne d'un raccourcissement de la période d'incapacité. Autrement dit, le vieillissement n'est pas forcément synonyme de dépendance et la dépendance n'est donc pas une fatalité.

Cependant, les besoins à satisfaire iront croissants. Les adaptations profondes de nos modes de pensée et de nos dispositifs d'accompagnement doivent être réalisées en temps réel. Elles doivent être concomitantes à l'évolution rapide des problèmes à résoudre. Sur ce point, les pouvoirs publics ont déjà beaucoup fait, mais beaucoup reste encore à faire.

À cet égard, notamment en raison de l'augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes, les problématiques relatives à

l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées se rapprochent.

- *Accélérer la mise en œuvre du droit à compensation des personnes handicapées*

La MECSS souhaite en premier lieu que la réalisation du droit à compensation des personnes handicapées soit accélérée. L'IGAS, dans sa seconde contribution à la MECSS, indique que la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est lente et partielle. La MECSS, sans nier certaines difficultés de mise en œuvre, souhaite que ces retards soient rattrapés. Elle estime que la création du réseau santé-social appuyé sur les CLIC aux compétences élargies qu'elle préconise serait de nature à accélérer la mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap. Elle souhaite également qu'une attention particulière soit portée à la mise en place rapide des fonds de compensation du handicap.

- *Accélérer la convergence personnes âgées-personnes handicapées*

La MECSS souhaite que les travaux visant à assurer la convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, prévue pour 2010, soient accélérés. A cet effet, il conviendrait de supprimer la barrière d'âge, d'instituer des équipes pluridisciplinaires d'évaluation unique et une grille commune d'évaluation aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

- *Développer une offre de services permettant l'exercice effectif du libre choix du mode d'hébergement pour les personnes âgées*

Les plans successifs en faveur des personnes âgées ont permis de développer sensiblement le nombre de places en établissements d'hébergement des personnes âgées, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

La MECSS préconise d'accélérer l'effort de créations de places et de leur médicalisation. Elle souhaite que, comme le prévoit le plan « solidarité-grand âge », soit assuré, aussi rapidement que possible, le respect du *ratio* d'un professionnel pour un résident pour les résidents les plus dépendants, comme dans les établissements pour personnes handicapées. Cela suppose notamment de renforcer la présence de personnels médicaux. Elle souhaite également une amplification de l'effort de développement d'une offre de services permettant l'exercice effectif du libre choix du mode d'hébergement pour les personnes âgées.

- *Assurer la continuité de l'accompagnement*

La MECSS souhaite que l'ensemble de l'offre de soins, d'hébergement et de services soit organisé de manière décloisonnée de façon à assurer la continuité de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Éviter

les ruptures dans l'accompagnement, tel est l'axe central de la réflexion de la Mission. Ce doit être un des objectifs fondamentaux des réformes à réaliser.

- *Décloisonner les établissements d'hébergement*

Dans la même logique, la MECSS souhaite le décloisonnement de l'offre d'établissements afin d'apporter une réponse adaptée aux différents degrés de dépendance sans changer d'établissement au fur et à mesure que l'état de la personne se dégrade. A cet effet, elle demande que des incitations tarifaires soient prévues pour le développement d'établissements multiservices proposant une offre globale d'hébergement, d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et offrant un service de soins infirmiers à domicile.

- *Favoriser le libre choix et améliorer les services favorisant le maintien à domicile*

Dans le même esprit visant à assurer la continuité de l'accompagnement, la MECSS souhaite que l'offre des services favorisant le maintien à domicile soit étendue et rendue plus accessible. Elle demande aussi le développement d'équipes mobiles gérontologiques et de soins palliatifs ainsi que l'accroissement du nombre de places d'hospitalisation à domicile.

- *Améliorer la qualité de l'accompagnement : soigner et prendre soin*

La MECSS soutient les actions qui ont été engagées visant à favoriser le « bien vieillir », le vieillissement actif, le vieillissement en santé fondé sur l'adaptation des comportements favorables à un vieillissement réussi (sessions de préparation à la retraite, passeport pour une retraite active, alimentation équilibrée, activités physiques et sociales...). Elle souhaite leur renforcement et la généralisation de la prévention médicale et sociale du vieillissement. La MECSS souhaite notamment que soit développée l'animation sociale dans et hors des établissements d'hébergement, laquelle constitue un puissant levier pour retarder le vieillissement et la perte d'autonomie. Ces actions peuvent apporter des contributions déterminantes à la réalisation du droit à une vie autonome le plus longtemps possible.

- *Adapter l'hôpital aux personnes âgées*

Depuis le début de ses travaux, la MECSS a été impressionnée par les déclarations de professionnels de la gériatrie qui indiquent que l'hospitalisation contribue souvent à la « grabatisation » des personnes âgées. Il est fréquent que des personnes parmi les plus âgées entrent autonomes à l'hôpital et en ressortent médicalement guéries mais dépendantes. L'exemple le plus courant concerne l'usage de couches pour les personnes âgées dès leur entrée à l'hôpital. Cela conduit en général à la perte définitive d'une fonction naturelle essentielle à l'autonomie. Ce type de réponse ou plutôt d'expédient frise la maltraitance.

La MECSS estime que le traitement infligé à ces personnes et les conséquences qui en résultent est inacceptable. Il y a urgence à développer une culture du « soigner et prendre soin ». Le deuxième volet du diptyque du bon accompagnement et de la « bientraitance » est tout aussi important que le premier. Cela renvoie aux difficultés qu'il y a eu à faire reconnaître la prise en charge de la douleur et à réaliser l'humanisation des hôpitaux. La MECSS souhaite donc qu'un grand effort de sensibilisation et de formation soit organisé concernant ce changement culturel profond qu'il convient d'accomplir rapidement. Ces actions doivent concerner tous les professionnels. Dans cet esprit, la MECSS souhaite aussi que le développement de la médecine gériatrique, qu'il convient d'amplifier, intègre bien cette nécessité.

- *Approfondir la question du reste à charge des personnes*

La seconde contribution de l'IGAS concernant l'action sociale menée dans quatre départements en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées évoque la question du reste à charge des personnes âgées dans le cadre de l'APA. L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais une participation financière qui varie en fonction de ses revenus est demandée à la personne âgée. L'IGAS note que le reste à charge peut, dans certains cas – que les systèmes d'information ne permettent pas de chiffrer et d'expliquer – entraîner des refus de plans d'aide. La MECSS souhaite que cette question soit approfondie pour rechercher les causes des refus de plans d'aide et en mesurer les effets sur les personnes.

Dans la même logique, la MECSS souhaite que la question du reste à charge des personnes handicapées, en particulier dans les cas les plus lourds qui nécessitent la mobilisation d'un volume d'aide important, soit précisément étudiée, sans attendre la complète montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH).

- *Développer l'aide aux aidants*

La MECSS se félicite de la création du congé de soutien familial qui permet aux personnes qui souhaitent s'occuper d'un membre de leur famille, âgé ou handicapé, de bénéficier d'un congé d'une durée d'un an, pendant lequel leur contrat de travail est suspendu et les droits sociaux – assurance maladie et retraite – sont maintenus et à l'issue duquel elles ont la garantie de retrouver leur poste ou un poste équivalent. Ce congé constitue un début de statut pour les aidants familiaux.

La MECSS considère qu'il faut encore progresser dans la reconnaissance du rôle irremplaçable des aidants familiaux. Elle souhaite qu'un droit à la formation soit prévu (il n'est actuellement reconnu que pour les seuls aidants de personnes handicapées), notamment pour apprendre les gestes les plus efficaces pour aider leurs proches, voire un droit à la validation des acquis de l'expérience. Il conviendrait aussi de prévoir un accompagnement psychologique et d'améliorer

l'articulation entre aide professionnelle et aide familiale. Il serait également souhaitable de saisir les partenaires sociaux de la question de l'indemnisation du congé de soutien familial, à l'instar de ce qui se fait en matière de congé parental. Les entreprises peuvent, dans ce dernier cas maintenir, au moins partiellement, la rémunération. Dans cette perspective, le crédit d'impôt famille pourrait être élargi au congé de soutien familial.

### ***b) Maintenir l'effort d'insertion***

La MECSS souhaite que les départements maintiennent un effort d'insertion soutenu en faveur des Rmistes.

Par ailleurs, elle estime qu'il faut prendre en compte une des conséquences de l'allongement de la durée de la vie qui conduit souvent, en dépit de possibilités de faire des donations de son vivant, à retarder la transmission du patrimoine aux descendants. Ce phénomène cumulé avec le coût croissant du logement et la précarité de l'emploi font que les jeunes rencontrent souvent des difficultés au démarrage dans la vie active.

Le Centre d'analyse stratégique a suggéré, dans son rapport annuel, de corriger les nouvelles inégalités intergénérationnelles et de réformer l'Etat providence dans le sens d'un Etat « d'investissement social », investissant en priorité dans le capital humain, l'enfance et la formation. Il évoquait ensuite la possibilité de créer une dotation universelle ou ciblée réservée aux enfants élevés dans des familles pauvres, sorte de droit de tirage permettant à chaque jeune de bâtir un projet d'entrée dans la vie professionnelle et de corriger une inégalité de départ.

Le prêt avenir jeunes de 5 000 euros, à taux zéro et remboursable en cinq ans, a été récemment créé à la suite de la dernière conférence de la famille. Cela constitue une première réponse.

La MECSS souhaite que la mission confiée au Centre d'analyse stratégique pour évaluer l'opportunité et les modalités techniques de création d'un dispositif d'épargne, ouvert à la naissance de l'enfant, afin de permettre à ses proches de lui constituer un pécule, pour le moment où il entrera dans la vie active soient rapidement menées.

Enfin, la MECSS souhaite que soit également étudiée la proposition présentée par l'Union nationale des centres d'action sociale (UNCCAS), lors de son audition, consistant à augmenter les minima sociaux en contrepartie d'une réduction des droits connexes.

### **3. Prévoir les financements nécessaires et renforcer la péréquation**

L'augmentation des financements consacrés à l'action sociale devrait se poursuivre. De fait, alors que les besoins d'action sociale sont en forte croissance, les financements peinent à suivre et ne sont pas toujours bien répartis.

*a) Prendre la mesure des besoins de financements croissants de l'action sociale*

On l'a vu les moyens consacrés à l'action sociale sont en augmentation continue. Les dispositifs d'aide se multiplient et sont progressivement renforcés, le nombre de bénéficiaires est en augmentation quasi-constante. Les personnels sociaux employés sont de plus en plus nombreux et qualifiés. Cette tendance devrait se poursuivre, voire s'accroître. En conséquence, les financements consacrés à l'action sociale suivent une courbe ascendante, tant pour ce qui concerne les fonds d'action sociale des caisses de sécurité sociale que pour les collectivités territoriales.

Encore ne faut-il pas désespérer de l'avenir, lequel demeure incertain, potentiellement porteur du meilleur comme du pire. L'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) rappelait ainsi, dans une publication récente sur l'action sociale des départements en 2005, la tendance à l'allongement de la durée de séjour des personnes âgées en établissements, l'impact de la vague démographique à venir liée au « papy boom », mais aussi l'espoir de la poursuite de la tendance à l'allongement de la durée de vie autonome.

Cependant, le nombre de bénéficiaires l'APA a toujours été dans le haut de la fourchette des prévisions. Pour l'avenir, la DREES a procédé à une évaluation de l'évolution du coût de l'APA basée sur l'hypothèse d'une répartition constante des bénéficiaires entre domicile et établissements de même qu'entre GIR, et d'une évolution du coût moyen des plans d'aide de 3,7 % pour les premières années, puis de 1,6 % pour les années suivantes. Elle estime que le coût de l'APA pourrait passer de 3,9 milliards d'euros en 2005 (2,55 milliards à la charge des départements et 1,35 à la charge de la CNSA, soit 34,6 %) à 5,9 milliards d'euros en 2020, soit une augmentation de 2 milliards d'euros. Si l'on tient compte du coût de la mise aux normes, de la modernisation des établissements d'hébergement et du rattrapage des besoins non couverts, le supplément de dépenses pourrait augmenter de 1 milliard d'euros soit un surcoût total de 3 milliards d'euros. La Cour des comptes soulignait dans son rapport sur les personnes âgées dépendantes, publié en 2005 que : « *ces besoins posent un problème crucial de mobilisation des financements* ».

S'agissant de la prestation de compensation du handicap, les estimations sur l'évolution de sa montée en charge et de son coût sont très différentes. Pour 2006, selon les services du ministère de la santé et des solidarités, le coût prévisible de la prestation de compensation est estimé à 1,1 milliard d'euros, alors que l'Assemblée des départements de France évalue le coût pour 150 000 bénéficiaires à 750 millions d'euros. Compte tenu de la montée en charge assez lente de la prestation, les moyens consacrés, en 2006, à son financement devraient être excédentaires. L'Assemblée des départements de France estime que, en 2010, le coût de la PCH pourrait être de 2 milliards d'euros pour un nombre de 400 000 bénéficiaires, ce qui représente un quasi-doublement du coût de la prestation. La direction générale de l'action sociale estime que le nombre de

bénéficiaires pourrait se situer entre 127 000 et 152 000. En cas de montée en charge plus rapide que prévu, il resterait à déterminer la répartition du surcoût entre la CNSA et les départements.

La MECSS souhaite que soit assuré, dans le cadre du dispositif légal de suivi des dépenses, un suivi précis de l'évolution du coût de la PCH.

Le transfert, depuis 2005, de l'insertion des bénéficiaires du RMI aux départements a également entraîné des surcoûts qui ont été compensés par une dotation exceptionnelle aux départements et la création du Fonds de mobilisation départementale pour l'insertion, doté de 100 millions d'euros en 2006. Le fonds est reconduit pour 2007 et 2008. Les prévisions d'évolution du coût de l'insertion des bénéficiaires du RMI établies par le Gouvernement et l'Assemblée des départements de France sont également divergentes. Les estimations diffèrent sur le nombre de bénéficiaires.

La question qui reste posée est bien celle du financement de la perte d'autonomie et, plus largement, des dépenses sociales à moyen et long terme.

La MECSS souhaite que soit assurée la juste compensation des compétences transférées en matière d'action sociale aux collectivités territoriales.

Face aux incertitudes de l'avenir, les acteurs de l'action sociale sont confrontés à la nécessaire mais difficile maîtrise des coûts et contraints de rechercher de nouvelles voies de financement pour répondre à la demande croissante.

### ***b) Réfléchir à des solutions de financement***

La question des moyens à dégager pour faire face à l'augmentation prévisible des besoins et pour financer les nouvelles prestations est donc posée. En dehors des économies très substantielles pouvant résulter d'une meilleure gestion du dispositif institutionnel d'ensemble, et de l'amélioration des conditions de mise en œuvre qu'il faut absolument réaliser, ainsi que la MECSS le propose, des solutions visant à définir de nouvelles sources de financement doivent être recherchées.

Plusieurs solutions ont été évoquées, en particulier pour financer l'augmentation des dépenses liées à la perte d'autonomie :

– l'augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) avec, éventuellement, une part de CSG départementale ;

– la création d'une couverture complémentaire solidaire obligatoire, également financée par une nouvelle contribution ;

– l'incitation à l'assurance individuelle dépendance ;

– la création d’une cinquième branche de sécurité sociale dédiée au financement de la perte d’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, avec création d’une cotisation spécifique. Comme cela a été souligné, un rapport sur ce sujet devrait être remis par Mme Hélène Gisserot au gouvernement à la fin du mois de février 2007.

### ***c) Renforcer la péréquation pour corriger les inégalités territoriales***

Le récent rapport d’information de la commission des finances présenté par MM. Marc Laffineur et Augustin Bonrepaux sur les transferts de compétences de l’Etat aux collectivités territoriales et leur financement<sup>1</sup> souligne les insuffisances des mécanismes de péréquation.

Il indique notamment, s’agissant de l’APA, que malgré les mécanismes complexes de péréquation à trois niveaux (péréquation par le concours de la CNSA en fonction de quatre critères, puis application d’un critère correctif et, enfin, répartition d’un concours spécifique) les écarts entre les départements restent importants et que les situations des départements sont très disparates. La fourchette des taux d’effort fiscal, quoique réduite, reste large : de 2,1 % à 21 %, soit un rapport de 1 à 10.

Les rapporteurs de la commission des finances indiquent que : « *les dépenses transférées soulignent les inégalités territoriales et justifient une relance de la péréquation* ». Ils ajoutent que : « *l’impact financier des transferts de compétences n’est pas homogène et peut s’avérer un facteur de creusement des inégalités entre collectivités* » et proposent : « *la création d’un ou plusieurs outils de péréquation entre les ressources dont disposent les collectivités territoriales, dans la limite des prélèvements existants* ». A ce titre, il suggèrent notamment qu’une réflexion soit engagée concernant la création d’un mécanisme d’écêtement des produits des droits de mutation à titre onéreux perçus par les départements.

La MECSS partage ce diagnostic et souhaite que des solutions soient rapidement trouvées afin de corriger les inégalités dans les financements sociaux entre les départements, grâce à la création de nouveaux mécanismes de péréquation.

La MECSS souhaite que l’ensemble des sujets relatifs à la politique nationale d’action sociale (orientations, prestations, personnels, financements, péréquation...) fassent l’objet de la fixation d’objectifs pluriannuels lors d’une conférence nationale annuelle de l’action sociale.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 3523 du 14 décembre 2006.



## **PRINCIPALES ORIENTATIONS**

1. Améliorer la connaissance en matière d'action sociale
2. Adapter l'offre d'action sociale aux nouveaux besoins
3. Décloisonner le social et le médico-social, et le sanitaire
4. Privilégier l'approche individualisée et transversale des besoins
5. Personnaliser et coordonner les réponses autour du projet de vie de la personne
6. Développer la prévention sociale
7. Mettre l'accent sur la qualité du « prendre soin »
8. Rétablir et prolonger l'autonomie
9. Assurer l'égalité d'accès et la péréquation des financements
10. Veiller à l'efficacité de l'action sociale

## **PROPOSITIONS**

### **I – Améliorer la qualité du service rendu aux personnes en rendant l’organisation de l’action sociale plus efficiente**

1. Fixer des objectifs pluriannuels à la politique nationale d’action sociale lors d’une conférence nationale annuelle de l’action sociale

#### **Simplifier**

2. Transférer au département l’action sociale de la branche vieillesse en faveur des personnes âgées

#### **Décloisonner**

3. Instaurer un schéma régional d’organisation sanitaire, sociale et médico-sociale (SROSSMS)

4. Créer le réseau santé-social et médico-social régional (RSS) à partir des CLIC dont les compétences seraient élargies à l’ensemble des champs social, médico-social et sanitaire, et qui seraient dénommées « Maison de la protection sociale »

5. Prévoir une obligation de coordination et d’intégration dans un réseau santé-social régional pour tous les organismes concourant à l’action sociale et sanitaire bénéficiant d’un financement public

6. Prévoir une obligation de contractualisation entre les caisses de sécurité sociale du régime général et les départements

7. Articuler les schémas départementaux avec le schéma régional : calendrier commun, respect des objectifs régionaux et contractualisation

8. Harmoniser les zonages des politiques sociales et sanitaires

#### **Clarifier**

9. Transférer sur la gestion du risque les dépenses du Fonds national d’action sanitaire et sociale (FNASS) de l’assurance maladie consacrées au financement de dépenses obligatoires liées au risque maladie

10. Harmoniser les pratiques des caisses locales d’assurance maladie dans l’attribution des aides facultatives d’action sociale

## **Coordonner**

11. Inciter les départements à déléguer aux maires le pouvoir de coordonner les acteurs locaux de l'action sociale

12. Inciter au développement de l'action sociale communautaire

13. Expérimenter le transfert des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au département

14. Développer l'aide à la sortie de l'hôpital

15. Mettre en place un accueil téléphonique départemental unique en matière d'action sociale et sanitaire

## **Connaître**

16. Instaurer une conférence annuelle de l'action sociale

17. Améliorer le dépistage et le recensement des besoins d'action sociale

18. Généraliser le partage d'informations entre les acteurs de l'action sociale et accélérer la mise en place du répertoire commun avec le numéro d'identification au répertoire (NIR) de l'INSEE comme code d'accès

19. Prévoir une obligation d'analyse annuelle des besoins sociaux (ABS) pour les communes de plus de 5 000 habitants

20. Généraliser la création d'observatoires régionaux et départementaux des besoins sociaux, outils du diagnostic social local

21. Améliorer la connaissance de l'aide et de l'action sociale dans les comptes de la protection sociale : mobiliser la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur ce thème afin d'établir, en concertation avec les différents acteurs de l'action sociale, un référentiel commun

22. Mettre en place une instance de concertation et de partage des bonnes pratiques

23. Accroître l'effort de recherche sur le social

## **Évaluer**

24. Développer l'approche objectifs-moyens-résultats dans l'application des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

25. Établir, pour chaque dispositif d'aide sociale, un référentiel d'information et d'évaluation (méthodes, tableau de bord et indicateurs), opposables à tous les acteurs

26. Généraliser la contractualisation des départements et des communes avec les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'action sociale et renforcer les conditions du conventionnement (fixation d'objectifs), du suivi et de l'évaluation des résultats

### **Prévenir**

27. Développer la prévention sociale

### **Former**

28. Développer un important effort de formation des intervenants sociaux et la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) pour répondre aux besoins de recrutement

29. Développer la formation aux nouvelles dimensions de l'action sociale : « le prendre soin », l'approche individualisée et globale des besoins, la prévention et l'ingénierie sociale

### **Financer**

30. Assurer la juste compensation des transferts de charges en matière d'action sociale

31. Renforcer la péréquation entre les départements

### **Redéployer**

32. Redéployer les effectifs mobilisés par la branche vieillesse sur les compétences d'action sociale transférées aux départements vers les fonctions d'information, d'accueil personnalisé et de contrôle

## **II – Adapter les prestations d'action sociale aux nouvelles demandes et améliorer l'effectivité des droits**

### **Principe**

33. Privilégier la réponse personnalisée et globale autour du projet de vie

### **L'action sociale en faveur de la petite enfance**

34. Instaurer un schéma départemental d'organisation de la petite enfance

35. Renforcer le référentiel d'agrément des assistants maternels (contenu de la formation, normes standards de qualité, conditions d'agrément, de suivi et de contrôle)

## **L'action sociale en faveur des jeunes**

36. Confier au Centre d'analyse stratégique une mission d'étude sur un dispositif d'épargne ouvert à la naissance de l'enfant, afin de permettre à ses proches de lui constituer un pécule, pour le moment où il entrera dans la vie active

## **L'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées**

### **Mesures communes et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

37. Harmoniser l'accompagnement de la perte d'autonomie : accélérer la convergence personnes âgées-personnes handicapées, supprimer la barrière d'âge et établir une grille commune d'évaluation

38. Étendre la compétence de la CNSA à la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et mobiliser la caisse sur ce thème

39. Assurer la continuité de l'accompagnement

### **Personnes âgées**

40. Développer une offre de services permettant l'exercice effectif du libre choix du mode d'hébergement pour les personnes âgées

41. Accroître l'effort de créations de places médicalisées en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et dans ce sens, prévoir une programmation pluriannuelle

42. Prévoir des incitations tarifaires au développement d'établissements multiservices d'hébergement, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

43. Atteindre, aussi rapidement que possible, le *ratio*, prévu par le plan « solidarité-grand âge », de un professionnel pour un résidant pour les résidents les plus dépendants, à l'instar de ce qui est prévu pour les établissements d'hébergement de personnes handicapées

44. Élargir l'offre des services à domicile et les rendre plus accessibles, notamment en développant l'hospitalisation à domicile ainsi que les équipes mobiles gérontologiques et de soins palliatifs

45. Accélérer le déploiement de l'aide au retour à domicile après hospitalisation

46. Assurer le suivi et l'adaptation des plans d'aide

47. Améliorer la qualité de l'accompagnement en sensibilisant et en formant au « soigner et prendre soin »

48. Généraliser la prévention du vieillissement en développant la politique du « bien vieillir »

49. Développer l'aide aux aidants en instituant un droit à la formation professionnelle et à la valorisation des acquis de l'expérience, un accompagnement psychologique, l'indemnisation du congé de soutien familial et en prévoyant l'élargissement du crédit d'impôt famille

50. Développer l'animation sociale dans et hors les établissements d'hébergement

51. Étudier les effets du « reste à charge » des personnes sur les refus de plans d'aide d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

52. Développer la recherche sur le « soigner et prendre soin », et la qualité de l'accompagnement

53. Accroître l'effort de recherche sur les maladies du grand âge

### **Personnes handicapées**

54. Accélérer la mise en oeuvre du droit à compensation des personnes handicapées

55. Assurer un suivi précis du coût de la prestation de compensation du handicap (PCH)

56. Étudier les effets du « reste à charge » sur les personnes handicapées

57. Développer les équipes mobiles d'intervention en faveur des personnes handicapées

### **L'action sociale en faveur des bénéficiaires du RMI**

58. Veiller au maintien d'un effort d'insertion soutenu en faveur des Rmistes

59. Étudier la possibilité d'augmenter les minima sociaux en contrepartie d'une réduction des droits connexes