**Sécurisation du financement des allocations universelles de solidarité :**

**Propositions de l’ANDASS pour**

**concilier gestion des allocations et développement social territorialisé**

**Face à l’effet ciseaux et au risque d’accroissement des inégalités territoriales,**

**le financement des allocations interroge la capacité des Départements à œuvrer en faveur d’un développement social territorialisé.**

***1.*** *L’effet ciseaux interroge le financement pérenne des allocations, et plus largement des actions départementales.*

*2. Les disparités départementales, tant financières que de volume d’allocations, interrogent les modes de péréquation et de financement des allocations.*

**11 propositions pour concilier financement des allocations et du développement social :**

**Un Département conjuguant solidarités de droit et solidarités d'engagement**

***Des propositions complémentaires au débat général sur les ressources des allocations.***

***Des propositions pour optimiser la gestion des allocations***

* Proposition 1 : Transférer la gestion de l’allocation RSA vers les CAF.
* Proposition 2 : Permettre le développement du mode de paiement par dotation globale pour les services d’aide à domicile et supprimer la tarification horaire.
* Proposition 3 : donner la possibilité, aux départements le souhaitant, de rendre obligatoire les CESU préfinancés et la télégestion pour les allocations en espèce

***Des propositions pour renforcer la corrélation entre besoins et critères d’octroi des allocations.***

* Proposition 4 : Supprimer les droits d’option entre allocations.
* Proposition 5 : Instaurer une subrogation de la PCH au profit des Départements.
* Proposition 6 : Supprimer la composante « aide humaine » de la PCH en établissement.

***Des propositions pour simplifier l’exercice des compétences***

Proposition 7 : renforcer les partenariats entre les organismes de sécurité sociale et Départements, notamment en légalisant les échanges de fichiers concernant les prestations complémentaires.

* Proposition 8 : renforcer les partenariats locaux (communes-EPCI/CCAS-CIAS/centres sociaux) avec les Départements
* Proposition 9 : expérimenter la gestion de la « dotation soins » en EHPAD par les Départements
* Proposition 10 : définir un financeur unique par type de structures.
* Proposition 11 : faire évoluer le statut des MDPH vers des services non personnalisés (avec éventuellement un budget annexe) et créer des conseils départementaux pour la solidarité et l’autonomie permettant de protéger le partenariat acquis depuis la création des MDPH.

***Des propositions devant intéresser l’ensemble du champ des solidarités.***

**Sécurisation du financement des allocations universelles de solidarité :**

**Propositions de l’ANDASS pour**

**concilier gestion des allocations et développement social territorialisé**

Dans la lignée des travaux relatifs à l’acte III de la décentralisation et de la modernisation de l’action publique, l’ANDASS a été sollicitée par l’ADF pour apporter sa contribution au groupe de travail paritaire (Etat/ADF) sur le financement des allocations de solidarités. En effet, l’engagement 1 de la déclaration commune Etat-départements stipule que « l’Etat s’engage à créer les conditions de mise en place, dès 2014, de ressources pérennes et suffisantes permettant aux départements de faire face, dans un cadre maîtrisé, au financement des trois allocations de solidarité dont il a la charge ».

Cet engagement sur le financement des allocations, posé comme préalable à tout prolongement de la décentralisation, pose la question de la pérennité et de l’équité des interventions publiques sur les territoires, dans un contexte financier et socio-économique difficile.

Aussi il doit prendre corps dans le contexte d’une loi de décentralisation, posant **le Département comme chef d'orchestre (assembleur) du développement social territorialisé**, en écho à la proposition du rapport Dinet/Thierry.

De plus, cette réflexion doit aussi prendre en compte le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale ou encore le futur projet de loi concernant la prévention de la perte d'autonomie due à l'âge. Le plan gouvernemental pose le principe de politiques sociales décloisonnées se centrant sur les actions de prévention et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Prévoyant un financement par redéploiement de crédits à hauteur de 2,5 Md€, il se pose en **pendant d’un pacte de compétitivité et de performance économique, appliqué aux solidarités.**

La réflexion sur le financement des allocations de solidarité s’inscrit donc dans un contexte plus large : celui posant **les conditions d’un financement pérenne des Départements, comme assembleur de politiques de solidarités** transversales et irriguant l’ensemble des politiques publiques. En effet, pour lutter concrètement contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, il est nécessaire de mettre toutes les compétences en complémentarité, afin que toutes les autres politiques publiques nourrissent les solidarités (Economie sociale et solidaire, jeunesse, culture, sport, mobilité, formation tout au long des âges de la vie, éducation, Agenda 21). Outre la question des ressources permettant de financer les allocations, le financement global de l’action et des politiques de solidarité des départements est ainsi au cœur du débat.

Dans ce cadre, face aux tensions que connaissent les finances des Départements, l’ANDASS souhaite contribuer à cette réflexion par l’apport de propositions reposant sur une connaissance opérationnelle des dispositifs et des besoins des publics.

**Face à l’effet ciseaux et au risque d’accroissement des inégalités territoriales,**

**le financement des allocations interroge la capacité des Départements à œuvrer en faveur d’un développement social territorialisé.**

Les Départements, engageant une dépense de plus **de 31 milliards d’euros annuellement**,[[1]](#endnote-1) sont l’acteur principal de **l’action sociale** en France. Ils interviennent en effet dans ce cadre autour de 3 champs : l’insertion et la gestion du RSA, l’autonomie par l’aide aux personnes âgées et handicapées, et l’enfance par l’aide à la famille et à l’enfance. Outre le financement de structures d’accompagnement, ces 3 champs sont **principalement** constitués du **financement des trois allocations universelles de solidarités**, que sont **le RSA, l’ACTP/PCH, et l’APA**, à la nature et aux implications différentes (allocation en espèce / en nature / utilisation libre ou non). La gestion et le financement des ces allocations, transférés de l’Etat aux Départements doit aujourd’hui faire face à **deux principaux enjeux.**

***1. L’effet ciseaux interroge le financement pérenne des allocations, et plus largement des actions départementales.***

Déduction faite des possibilités de recouvrement réalisés au titre de l’aide sociale, l’action sociale départementale représente un effort de **31 milliards d’euros de dépenses nettes**, soit 450€ / habitant[[2]](#footnote-1) en 2011, soit une croissance de **4%** (contre 6% en 2010). Or chaque année, le pourcentage de financement complémentaire nécessaire à l’équilibre des finances est en moyenne deux fois plus important que l’inflation. En effet, alors que les perspectives d’augmentation des ressources départementales sont plus que limitées (concours de l’Etat en augmentation de 2% en 2011, réforme fiscale réduisant le dynamisme des recettes), **la charge nette d’action sociale a doublé entre 2001 et 2011, passant de 12 à 24 milliards €.** L’évolution des allocations versées par le Département est une source première d’explication, ayant été multipliées par 10 sur cette période (soit 14 Mds en 2011), alors que les dépenses d’hébergement, liées à un comblement des inégalités territoriales, ont cru de manière similaire (soit 11 Mds€ en 2011)

***2. Les disparités départementales, tant financières que de volume d’allocations, interrogent les modes de péréquation et de financement des allocations.***

**La décentralisation a permis de réduire les inégalités territoriales**, la pression des besoins provoquant une harmonisation des réponses. Cette réduction des inégalités se produit (l’écart à la moyenne passe de 20% à 15% entre 1985 et 2010), tant dans les montants moyens d’allocations ou d’aides versés, que dans le poids de la charge nette du financement des allocations.

Toutefois, **les dépenses d’action sociale varient fortement** entre département, du fait de politiques distinctes mais surtout de contextes socio-économiques variés. Ainsi les montants moyens d’aides par habitants varient-ils du simple au double, principalement pour l’APA à domicile et le RSA.

En effet, les territoires se caractérisent par une grande diversité. Ainsi, les caractéristiques socio démographiques et l'organisation des territoires, tout comme l’évolution du contexte socio-économique impactent plus durement certains départements qui ont dû s’investir dans le financement des allocations de solidarités tout en ayant des ressources moins dynamiques comme les droits de mutation. Il en résulte une « **double peine »**  pour ces Départements, aggravée simplement sous le joug de l’effet prix[[3]](#footnote-2). Cette double peine s’explique notamment par, des personnes usées par le travail ou la perte de travail entrant plus tôt dans la perte d'autonomie, par un vieillissement d’une population parfois en situation de pauvreté, qui impactent fortement le besoin d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap, d’aide sociale à l’hébergement ou encore le RSA. La nécessaire prise en compte de la diversité des territoires vient d'être réaffirmée par la Cour des Comptes dans son dernier rapport public.

Or, face à ces constats, les dispositifs de péréquation horizontaux n’apportent que des solutions partielles non à la hauteur de la charge nette. (1% des recettes de fonctionnement des départements pour le fonds de péréquation DMTO de 2011).

\*

L’action sociale et son poids financier viennent donc concurrencer directement d’autres champs d’intervention des départements, pourtant vecteur de solidarités, de cohésion sociale et de développement (aménagement, santé, insertion, prévention, culture, sport,…). En effet, les solidarités sont d'abord des vecteurs d'aménagement des territoires de proximité, d'emplois non délocalisables, et de pouvoir d'achat.

Or, face à l’évolution de leurs finances et du poids des allocations, les Départements risquent d’avoir à mobiliser massivement leurs moyens en ressources humaines pour tenir **leur rôle de gestionnaire au détriment de l’animation de solidarités d'engagement et de dynamiques territoriales,** alors même que le projet de loi sur la décentralisation le conforte comme chef de file en matière d’action sociale ( la dernière mouture connue parle en effet pour les compétences exclusives des prestations sociales. Ce point devrait être discuté car il renforce inutilement la compétence gestionnaire sans affirmer le rôle de chef de file pour le développement social territorialisé).

Le poids de la gestion de dispositifs, compliqués et peu lisibles, a également pour conséquence d’accroître les besoins en personnel administratif et de mobiliser de manière croissante les travailleurs sociaux et médico-sociaux sur des tâches administratives, au détriment du travail d’accompagnement et de développement social, et des ressources liées. Ce point est à mettre en relation avec le projet du Président de la République d'engager en 2014 des États généraux du travail social.

Plus globalement, les Départements ont un **rôle stratégique central dans l’animation des territoires sur les champs des solidarités**, et doivent pouvoir recentrer leurs missions, non pas sur des activités de gestion, mais sur le développement des partenariats locaux (CCAS, communes/EPCI, associations) pour élaborer de véritables diagnostics de territoires et de projets partagés de développement social et économique de territoire, travaillant de concert **réussite** **éducative** et **réussite** **sociale[[4]](#footnote-3)**.

Ainsi, **l’évolution du financement des allocations de solidarités** porte en elle la question de **la capacité du Département à concrétiser son rôle de chef de file d’un développement social territorialisé**.

**11 propositions pour concilier financement des allocations et du développement social : Un Département conjuguant solidarités de droit et solidarités d'engagement**

Dans ce contexte, l’ANDASS soumet à la réflexion 11 propositions, issues de la connaissance opérationnelle des dispositifs et des besoins des populations observées par les Départements. Celles-ci s’inscrivent en outre dans le prolongement des propositions faites sur l’évolution des compétences dans le cadre de la acte III de la décentralisation et de la modernisation de l'action publique. Elles visent, à partir d’expériences de terrain, à dégager des ressources complémentaires permettant de penser un modèle social et économique, assurant le financement des allocations de solidarités et celui des solidarités d’engagement autour de projets de développement social.

***Des propositions complémentaires au débat général sur les ressources des allocations.***

S’il n’est pas de sa compétence d’effectuer des préconisations sur les ressources des allocations, en termes de fiscalité ou de dotations, **l’ANDASS peut avancer des pistes opérationnelles**, de nature à améliorer la gouvernance des allocations, à assurer la clarification dans l’exercice des compétences et dispositifs, et ainsi à dégager les dites ressources complémentaires.

Toutefois, l’ANDASS rappelle son positionnement favorable au **financement des 3 allocations universelles de solidarité, par la solidarité nationale**, seule gage d’égalité de traitement des citoyens. En effet, un financement décentralisé d’allocation dont les règles sont fixées au niveau national, est source d’iniquité.

Les ressources complémentaires alors dégagées, contribueraient au développement de solidarités d’engagements, mettant en relation l’ensemble des politiques publiques et acteurs, institutions et usagers, à l’échelle d'un territoire dans une perspective d'investissement dans le développement humain. Nécessairement en proximité, elles ont vocation à être fédérées par les Départements avec le bloc communal et les acteurs de l'économie sociale et solidaire, dans le cadre d’un développement social territorialisé.

Les propositions de l’ANDASS s’appuient sur **la différence de nature entre les allocations universelle**s, avec :

* d’une part, **une prestation en espèce** – le RSA- qui relève d’une **activité de gestion,** et en première instance d’une logique d’attribution liée à des critères de ressources
* et d’autre par part, **des prestations en nature** – l’APA et la PCH – qui, au-delà, participent d’une **logique de développement social**, en nécessitant une évaluation de la situation sociale ou médico-sociale des intéressés. De plus, leur mobilisation permet la solvabilisation des services à domicile, dont l’autorisation relève de la compétence du Département, pilote de leur déploiement sur les territoires, la structuration des services offerts aux populations, de l’emploi et de l’ insertion qui en découlent.

Ainsi, le levier des propositions de l’ANDASS repose sur **le transfert de la gestion du RSA aux CAF**, permettant de dégager des marges de manœuvre au profit des missions à plus forte valeur ajoutée notamment dans la relation directe à l’usager (évaluation de sa situation) et ainsi pour le financement, par extension, de l’APA et de la PCH, cœur de leurs compétences de proximité.

De plus, l’ensemble des propositions, en écho au projet de loi de décentralisation, repose sur un nécessaire **Pacte de Confiance**, dont une traduction peut avoir lieu dans les pactes de gouvernance territoriaux. Les compétences de solidarité étant principalement partagées avec l'Etat et le bloc communal, **ces pactes de gouvernance, pourraient prévoir, dans le cadre d'expérimentations, de déléguer des compétences de l’Etat aux collectivités volontaires**, y compris dans le cadre de l'assurance maladie. En effet, dans le champ des solidarités, c'est avec l'Etat que **des mutualisations peuvent être productives de simplifications voire d'économies,** et ainsi prendre tout leur sens dans le cadre de la réflexion sur le financement de compétences dévolues aux Départements ou aux communes. Avec le bloc communal, c'est autour du développement social territorialisé, du vivre ensemble que devraient s'étudier les complémentarités.

***Des propositions pour optimiser la gestion des allocations***

**Proposition 1 : Transférer la gestion de l’allocation RSA vers les CAF.**

Prenant acte de la compétence et du savoir-faire des CAF dans la gestion des allocations, l’ANDASS propose de simplifier le dispositif actuel, en prévoyant une délégation de gestion directe entre l’Etat et les CAF (sans intervention de l'Etat déconcentré), et en supprimant ainsi l’intermédiaire qu’est le Département. Afin de lier allocation et insertion, une convention entre la CAF et le Département est à prévoir (cf. infra). Conséquence logique des compétences de la CAF, cette évolution permet un traitement plus équitable des bénéficiaires au plan national, en déconnectant les possibilités de prises en charge du contexte socio-économique départemental. Elle permet également de traiter de façon plus efficiente la complémentarité entre l'AAH et le RSA[[5]](#footnote-4).

Cette évolution permet de dégager pour les Départements une économie à hauteur de **15 à 20%** (soit le reste à charge actuel estimé à 19% en moyenne par la Cour des Comptes) et ainsi de redéployer, par extension, des ressources pour le financement complémentaire de l'APA et de la PCH (dans une perspective de financement à 50% Etat/département en moyenne), d’accompagner la montée en charge de la PCH, de développer leur cœur de compétence : l’accompagnement social et professionnel pour permettre des parcours d'insertion vers l'emploi et prendre en compte la nécessaire évolution et reconnaissance du travail social.

**Proposition 2: Permettre le développement du mode de paiement par dotation globale pour les services d’aide à domicile et supprimer la tarification horaire.**

Le coût de la gestion de l'aide à domicile pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile financés à l'heure est compliqué et élevé. La généralisation des CPOM accolés à un mandatement européen et celle de dotations globales financées mensuellement, est source de souplesse donnée aux services pour adapter le plan d'aide à la réalité du besoin des personnes et est ainsi de nature à prévenir des interventions plus lourdes (au coût souvent élevé pour l'assurance maladie) et à améliorer le service à la personne. Cela permet également de sécuriser des services et des professionnels tout en maîtrisant l'évolution des coûts. De plus, cette généralisation, dans son déploiement, devrait pouvoir prendre en compte les spécificités des territoires dans la structuration de la dotation globale et s’accompagner d’un réel contrôle d’effectivité (la télégestion peut être un outil pertinent de ce contrôle d'effectivité et de sa simplification). La performance serait augmentée par la délégation de la compétence, complémentaire et indissociable, concernant les services de soins infirmiers et d'accompagnement à domicile aux Départements. (cf infra). Cela participe du programme gouvernemental de simplification.

**Proposition 3 : donner la possibilité, aux départements le souhaitant, de rendre obligatoire les CESU préfinancés et la télégestion pour les allocations en espèce**

Même si le paiement direct au prestataire doit être privilégié, une part des allocations est réglée directement à l’usager. Le CESU, tout comme la télégestion, participent d’une meilleure effectivité des aides. Ainsi, le passage en CESU permet d'adapter les dépenses départementales au besoin réel des personnes par une meilleure estimation des besoins et réactivité dans l’ajustement des plans, sans préjudicier à la qualité de service rendu aux usagers. Accompagné d’une professionnalisation du secteur, ce mode est en outre une mesure de justice garante de l’utilisation idoine aux besoins des usagers des allocations ainsi versées, et oblige à une déclaration des salariés. En effet, un taux d’effectivité moyen des plans APA et PCH est-il constaté **entre 7 et 15%.** Limitant les contrôles d’effectivité, ce mode de paiement permet de plus de redéployer des ressources sur des fonctions à plus forte valeur ajoutée et ainsi de moderniser les services départementaux. Dès lors l’ANDASS propose que, possibilité soit donnée aux départements le souhaitant, de rendre obligatoire la gestion des plans APA, PCH et ACTP en CESU[[6]](#footnote-5) , ou de pouvoir imposer aux bénéficiaires un mode de paiement (CESU ou paiement direct par le Conseil Général pour les emplois directs ou en mandataires, voire prestataires).

***Des propositions pour renforcer la corrélation entre besoins et critères d’octroi des allocations.***

**Proposition 4 : Supprimer les droits d’option entre allocations.**

Afin d’ajuster les critères d’octroi des aides à l’évolution des besoins, et éviter les effets de seuil liés notamment à l’âge, l’ANDASS propose de supprimer les droits d’option des bénéficiaires entre plusieurs types d’allocations, en posant la disparition légale de l’ACTP en principe, et en instaurant :

* **le passage systématique de l’ACTP vers l’APA pour les personnes de plus de 60 ans**. Cette proposition, prenant acte du principe de convergence entre les publics en perte d’autonomie, permet en outre, de générer une économie d’environ 2 000 annuels par bénéficiaire (estimations à partir d’un coût moyen APA : 4 500€ / ACTP : 6 000€, pour les plans supérieurs à 25h)
* **le passage systématique de l’ACTP vers la PCH lors du renouvellement des orientations, voire du complément AAEH vers la PCH enfant[[7]](#footnote-6).**  Si cette évolution a un surcoût moyen annuel par plan estimé à 2 000€ (coût moyen PCH de 8 000€) elle permet de concrétiser la volonté d’avoir une approche globale de la personne et de sa situation par le panier d’aides proposé dans le cadre de la PCH. En outre, elle participe à la lisibilité et simplification du dispositif tant pour les bénéficiaires (en leur reconnaissant un statut spécifique), que les institutions compétentes, et peut être compensée par le passage de l’ACTP vers l’APA susmentionné.

**Proposition 5 : Instaurer une subrogation de la PCH au profit des Départements.**

Les prestations PCH peuvent en outre être cumulées[[8]](#footnote-7) avec d’autres aides attribuées par d’autres organismes, notamment au titre de la compensation du handicap d’origine accidentelle. Le cumul de ces aides ne doit pas excéder les frais globaux engagés, afin que la PCH demeure une prestation subsidiaire. Aussi il est proposé de :

* **intervenir par subrogation, des personnes couvertes par une assurance**, en réparation des fonds versés, au titre de la PCH
* rendre obligatoire **l’information** du Département sur les sommes versées au titre de **la majoration tierce personne (MTP) par la C.P.A.M. pour les salariés du régime général ou la caisse d’affiliation pour les salariés relevant d’un régime spécial ou particulier d’assurances sociales.**
* **déduire, du montant de la PCH, les sommes versées au titre de la compensation du handicap** par des organismes de protection sociale et par l’ONIAM, ou par les assurances
* rendre obligatoire l’information du Département ou de la MDPH sur les sommes versées par les victimes d’accidents
* **interdire que la PCH ne vienne en déduction** des montants versés par les compagnies d’assurance en réparation d’un préjudice.

**Proposition 6 : Supprimer la composante « aide humaine » de la PCH en établissement.**

Cette aide versée de manière minorée pour les personnes accueillies en établissement médico-social, peut être regardé comme un complément de ressource s’ajoutant à l’aide sociale à l’hébergement ou à l’AAH. Aussi, est proposée la suppression de la composante « aide humaine » de la PCH, lorsque les bénéficiaires sont en établissement, dans un souci d’équité et de simplicité.

***Des propositions pour simplifier l’exercice des compétences***

La clarification des missions des collectivités, en évitant les doubles de compétences ou les compétences croisées, est un levier pour renforcer l’efficacité de l’action publique, et optimiser son fonctionnement. La limitation des normes et dispositifs participent de cette simplification, source d’optimisation.

Ceci est principalement vrai pour les compétences de solidarités partagées entre Départements et Etat. **Ces perspectives de rapprochement, notamment dans le champ de l’assurance maladie, devraient pouvoir être expérimentées dans le cadre des pactes de gouvernance territoriale.**

**Proposition 7 : renforcer les partenariats entre les organismes de sécurité sociale et Départements, notamment en légalisant les échanges de fichiers concernant les prestations complémentaires.**

Les **caisses de protection sociale** sont des partenaires historiques et experts de l’action sociale. Aussi leur rôle doit-il être articulé avec les Départements, chefs de file de l’action sociale et médico-sociale. Ces articulations sont notamment un levier pour éviter les cumuls d’aides liées à la compensation du handicap (cf supra) voire aux allocations familiales (cf infra).

De plus, le développement de synergies entre institutions **gestionnaires d’allocations** peut aussi être un levier d’économie d’échelle et de partage des systèmes d’informations. Il en va ainsi notamment avec les caisses d’allocations familiales.

Ainsi, est proposé de conclure **des conventions d’objectifs départementaux** négociées sur la durée du mandat de l’assemblée départementale, entre celle-ci et respectivement les organismes de sécurité sociale, les ARS et les CAF. Ces conventions pourraient s’inscrire dans la **déclinaison de conventions de partenariat nationales**, donnant à chacun des cosignataires un cadre légitime d’action. Gage de visibilité et de souplesse, ces conventions permettent de définir les modalités de complémentarités des interventions, de garantir des ressources stables et sécurisées à moyen terme, et ce, autour d’ambitions partagées (décloisonnement des politiques de solidarités, convergence des organisations pour la prise en charge des personnes en perte d’autonomie, développement des dispositifs d’insertion ….). De telles conventions pourraient reprendre le modèle de convention entre CNSA et Conseils généraux et prévoir des possibilités d’expérimentation de nouveaux transferts de compétence.

Plus spécifiquement et de manière opérationnel, ces partenariats devraient s’inscrire dans un contexte législatif nouveau **permettant l’échange de fichiers et de données,** facilitant la circulation des informations et ainsi la continuité, cohérence et adaptation des réponses offertes aux citoyens, dans un contexte de développement de l’e-administration :

* entre CPAM, MSA et Départements, sur les majorations tierces personnes, dont le versement influe sur le montant de l’APA et de la PCH
* entre Départements et URSAAF pour tendre à la mise en œuvre effective d’un tiers payant généralisé pour les aides humaines financées par le CESU
* entre Départements et CAF autour des aides financières.

Ces échanges se traduiraient concrètement par l’autorisation donnée aux Départements d’utiliser les numéros d’inscription au répertoire (NIR), identification unique des individus répertoriés dans le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP)

**Proposition 8 : renforcer les partenariats locaux (communes-EPCI/CCAS-CIAS/centres sociaux) avec les Départements**

L’harmonisation et la complémentarité des interventions des collectivités publiques est un levier d’optimisation de leurs investissements. Il en va notamment des politiques de prévention, où bloc local et Départements interviennent conjointement pour des publics et des leviers complémentaires. Ainsi, l’Andass plaide pour que les politiques touchant notamment l’insertion et l’autonomie fassent l’objet de convention de coopération entre bloc local et Département. Les **pactes de gouvernance territoriale** ont vocation à intégrer cette coopération stratégique, tout en assurant la cohérence et évitant les doublons entre les divers outils contractuels

**Proposition 9 : expérimenter la gestion de la « dotation soins » en EHPAD par les Départements**

Plusieurs leviers permettant de mobiliser de manière souple les enveloppes existantes peuvent être évoqués afin de permettre une réponse mieux adaptée aux besoins des structures et des populations, ainsi gage d’optimisation de gestion

Aujourd’hui l’ARS gère pour l’assurance maladie les crédits relatifs aux « soins » dans les EHPAD. Il est proposé que ces crédits soient gérés directement par les Départements, et qu’ils puissent ainsi être seuls compétents pour leur création. Cette évolution renforcera la vision globale du « commanditaire » unique, clarifiera les relations avec les établissements, et permettra aux CPOM d’être un outil de négociation efficace.

**Proposition 10 : définir un financeur unique par type de structures.**

La différenciation entre soin et dépendance, entre ARS et Conseil général, produit des doubles pilotages. Les doubles financements liés tant dans le champ des personnes âgées que des personnes handicapées (MAS, FAM, CAMPS) sont facteurs de complexité. Un financeur unique permettrait une meilleure programmation et un meilleur pilotage de la dépense. Ainsi, dans la continuité des propositions susmentionnées et en sus du transfert de la dotation « soins » des EHPAD vers les Départements, il est proposé que :

* **l’assurance maladie soit seule compétente pour les MAS, FAM, CAMPS et Samsah** (samsah assurant principalement une mission de soins, requalifiés en SSIAD), pour lesquels la prise en charge fortement médicalisée repose sur une compétence exercée en tout premier lieu par l’ARS.
* **Un transfert de compétence des ESAT et des SAMSAH orientés vers l’accompagnement aux Conseils généraux** se réalise[[9]](#footnote-8). Cette évolution confère ainsi aux Départements une compétence plus large en termes d’insertion professionnelle en milieu protégé, d’accompagnement des publics en insertion, et de parcours des personnes en situation de handicap. A ce dernier titre, et par extension, des partenariats avec l’Agefiph ou le Fiphfp pourraient être étudiés, notamment dans leurs liens avec les SAVS et SAMSAH.
* **Un transfert de compétence des SSIAD vers les Départements qui détiennent la compétence sur les SAAD,** soit interrogé dans une logique de cohérence et de continuité des parcours des personnes entre sanitaire et médico-sociale[[10]](#footnote-9).

Toutefois, au vu de la diversité des besoins des publics et des caractéristiques propres à chaque structure, cette clarification des compétences et des financements ne peut que rester adaptée aux contextes propres à chaque Département, afin d’assurer un pilotage cohérent de l’offre départementale en établissements et services, et une articulation et coordination plus efficaces entre types de structures selon les réalités territoriales présentes. Ainsi, l’ANDASS propose que ces évolutions puissent trouver corps dans la possibilité offerte aux ARS et Départements **d’expérimenter, soit des transferts de compétences, soit des délégations de gestion des dotations « soins »** aux Conseils généraux, pour les structures souhaitées, et ce, dans le cadre des **Pactes de gouvernance territoriaux**.

**Proposition 11 : faire évoluer le statut des MDPH vers des services non personnalisés (avec éventuellement un budget annexe) et créer des comités départementaux pour la solidarité et l’autonomie permettant de protéger le partenariat acquis depuis la création des MDPH.**

Au-delà, ces questions posent aussi celles des différents modes de gouvernance des dispositifs. A cet égard, la question du statut des MPDH est centrale. L’ANDASS propose ainsi de **faire évoluer le statut des MPDH vers des services départementaux non personnalisés. Ce processus de simplification pourrait être accompagné par la création de comités départementaux pour l’autonomie.** Ils pourraient fusionner en leur sein le Cdcph et le Coderpa, les comités de suivi des schémas departementaux et ainsi devenir sous l'autorité du président du Conseil Général l'instance d'orientation de la politique départementale de l'autonomie. L’ensemble des acteurs seraient ainsi associés et les acquis des Comex des MDPH protégés comme le souhaitent les associations. Le développement maîtrisé et lisible d’une politique autour du Handicap repose sur un pilotage clair, dont la compétence relève des Départements. L’ANDASS rejoint ainsi les projets tendant à transformer le groupement d’intérêt public que constitue la MPDH, en service non personnalisé du Département, prenant ainsi acte de leur rôle premier , tout en favorisant la représentation des usagers et de l'Etat. Les associations de personnes handicapées peuvent avoir confiance dans l'univers décentralisé (ne serait ce que financièrement car les budgets alloués à cette politique progressent de 8,5% en 2011). Toutefois, quel que soit la forme juridique retenue, les réformes en cours devront donc prévoir une valorisation du rôle des Départements dans la gouvernance tout en conservant un partenariat fort avec les associations. Ainsi l’ANDASS rejoint les réflexions de l’ADF autour d’un conseil départemental pour la solidarité et l’autonomie, instaurant un lieu de dialogue spécifique entre les Départements, l'Etat, les organismes de protection soociale et les associations en fusionnant potentiellement les CDCPH et CODERPA et en le dotant d’un bureau exécutif.

***Des propositions devant intéresser l’ensemble du champ des solidarités.***

Par ailleurs, la question du financement des allocations universelles de solidarités, et par là-même, celle de la capacité des Départements à dégager des ressources leur permettant de financer le développement social territorialisé, ne peut s’affranchir d’une réflexion sur **les pistes d’optimisation des dépenses liées aux compétences « Enfance/famille »**. Se posent notamment les questions de  la répartition des compétences et financements entre Etat et Départements, autour :

* de prises en charge de **mineurs étrangers isolés**, qui touchent inégalement les Départements, en fonction de leur situation géographique, et mériteraient de relever de la solidarité nationale.
* Des **hébergements de personnes sans domicile avec enfants**, et des placements d’urgence liés (et en corolaire celles du logement des familles démunies ou des personnes en situation irrégulière),
* plus généralement, **de la grande pauvreté et de l’exclusion**, les dispositifs de lutte contre la grande exclusion relèvent toujours de l’Etat avec souvent le soutien des collectivités locales : l’hébergement d’urgence soumis à une politique du baromètre et l’aide alimentaire dépendant du l’appui de plus en plus mesuré de l’Europe.
* **du transfert du service social en faveur des élèves et du service de médecine scolaire** aux Départements, afin d’assurer les corrélations et mutualisation avec les services départementaux de PMI et le service social et ainsi de donner corps à **des projets territoriaux de réussite sociale et éducative**, intrinsèquement liés. Ainsi les questions de l’absentéisme, du décrochage, de la déscolarisation voire de l’échec scolaire qui se massifient pourraient être mieux traitées d’autant qu’elles relèvent souvent de difficultés familiales plus que de problèmes cognitifs.
* **de la prise en charge de l’enfant handicapé bénéficiant d’une mesure de protection administrative ou judiciaire**. L’enfant handicapé est exposé à un risque majoré de maltraitance quand les parents sont démunis pour faire face à un enfant différent et/ou quand les structures d’accueil font défaut. De fait les services de l’aide sociale à l'enfance sont dans l’obligation de mettre en place des solutions d’accueil alors que leur cœur de mission est la suppléance parentale et qu’ils n’en ont ni la légitimité et la compétence médico-sociale ni la compétence financière. C’est le système qui créé le phénomène des « incasables » ou des « border-line » victimes d’une double exclusion, celles de leur famille et du dispositif en faveur du handicap.
* De compétences et financements uniques des **mesures d’assistance éducative** en milieu ouvert et en établissements, à partir d’un transfert de la PJJ, recentrée alors sur sa compétence en termes d’exécution des mesures pénales.
* De **gestion d’allocations optimisées**, notamment entre CAF et Département, à l’instar des prestations annexes aux allocations familiales, (comme la prestation de rentrée scolaire), versées par la CAF aux familles, quand bien même les enfants sont placés et bénéficient, par l’intermédiaire des établissements et des Départements, desdites prestations. Une clarification des dépenses déductibles par les tuteurs (non plafonnement des frais de mutuelle, taxe d’habitation …) est aussi dans ce cadre à interroger
* **De l’évolution des modalités de gestion des établissements publics départementaux** particulièrement des centres départementaux de l'enfance. Cela concerne particulièrement la recherche d'une gestion plus intégrée afin de favoriser les mutualisations de ressources et de compétences et une simplification de la mobilité des personnels entre les deux fonctions publiques. Le mode de recrutement des personnels de direction devrait être revu afin de suprimer les temps de vacances particulièrement dangereux pour l'équilibre fragile de ces établissements.
* Et par extension, du financement des **formations obligatoires**, notamment des assistants maternels, voire familiaux, aux Conseils régionaux, cœur de leurs compétence, et pouvant être formalisé dans les pactes de gouvernance territoriale.
1. Réf : ADF/ Dexia 25 ans d’action sociale dans les finances des départementaux. Chiffres 2010 / et lettre de l’ODAS « dépenses départementales d’action social en 2011 ». Chiffres 2011

 [↑](#endnote-ref-1)
2. Toutes dépenses des 3 champs d’intervention confondus. [↑](#footnote-ref-1)
3. Il en va ainsi de plusieurs catégories de Départements : les anciens territoires industriels, les plus pénalisés par la crise (cf. analyse de L. Davezies), les territoires ruraux ou pauvres de longue date, les Départements ayant un fort taux de personnes âgées et/ou de manière générale ceux devant faire face à des conditions économiques très dégradées. A titre d’exemple, du fait du seul effet prix, cette « double peine » se traduit pour un Département comme le Pas-de-Calais, par l’augmentation d’un point de fiscalité, permettant de financer une évolution du RSA de 1%, soit seulement 5€/mois pour les bénéficiaires. [↑](#footnote-ref-2)
4. Ceci suppose notamment de travailler au développement des systèmes d’observation et information partagés, du travail de prospective, par exemple par le biais de schémas aux durées plus longues, et intégrant fortement les politiques territoriales choisies et portées par les élus, acteurs de terrain et usagers. [↑](#footnote-ref-3)
5. Il convient de rappeler que le RSA est le seul minima social géré par les départements [↑](#footnote-ref-4)
6. Extension du CESU à l’ACTP, et fin de la possibilité d’opposition des usagers au CESU pour la PCH. [↑](#footnote-ref-5)
7. Concernant plus spécifiquement les compléments AAEH, **une vigilance sur les effets de seuils induits** par ce passage devra être apportée (la PCH ainsi reçue générant des revenus pour l’aidant familial, prépondérant en la matière, impactant potentiellement les critères d’éligibilité au RSA, à la CMU ou encore aux prestations logement). [↑](#footnote-ref-6)
8. Dans une lignée comparable, doivent être interrogés les liens entre la PCH « aidant familial » et l’activité salariée réelle, qu’elle est censé compensée. [↑](#footnote-ref-7)
9. Comme préconisé par le rapport Vachey-Jeannet, ceci peut s’effectuer à financement constant, avec d’un côté le transfert des crédits départementaux consacrés de la DGD vers l’objectif global de dépense « personnes handicapées », et inversement en abondant le DGD des crédits ESAT [↑](#footnote-ref-8)
10. Dans ce cadre, peut être étudiée la création plates-formes uniques regroupant l'ensemble des services aux personnes, dans un souci d'optimisation de la gestion, de rationalisation et de coordination des réponses (SAD, SSIAD, accueils de jour, plate-forme de répit…). [↑](#footnote-ref-9)