

Propositions ANDASS pour avancer vers la Vème branche Autonomie

**Les Départements ont toute leur place dans la gouvernance territoriale des politiques autonomie**

Les conseils départementaux portent un service public de la vie quotidienne au plus proche des habitants. En lien avec les communes et leurs établissements publics de coopération, les entreprises de l’économie sociale, les associations et les partenaires sociaux, ils tissent une toile de protection et d’accompagnement des plus vulnérables grâce notamment aux politiques d’autonomie. C’est cette toile décentralisée qu’il convient de renforcer et de soutenir dans un dialogue permanent entre liberté et sécurité, entre liberté et égalité de traitement afin de réduire les inégalités et les fractures territoriales.

Si la 5ème branche Autonomie pilote l’accompagnement de la transition démographique, elle se doit également de soutenir la concrétisation de la transition écologique et accompagner une transition numérique au service des personnes.

L’ambition qu’elle porte est celle du développement social[[1]](#footnote-1).

**Pour cela l’Andass propose une méthode pour le déploiement de la branche Autonomie**.

**La méthode des 3C[[2]](#footnote-2) qui appelle à des Convergences (entre les différentes politiques publiques), à des Coopérations renforcées des parties prenantes (et d’accepter d’en prendre le risque) la Citoyenneté étant un guide.**

* Les Départements sont tout désignés pour être chefs de file des politiques d’autonomie sur les territoires : non seulement ils ont montré qu’ils savaient gérer des prestations sur des volumes colossaux en maintenant des approches individuelles (évaluation des besoins et établissement des plans d’aide) mais ils ont su développer de nombreuses interventions en matière d’accompagnement, dont un certain nombre a été ensuite repris au niveau national. Les Départements développent l’approche de parcours des personnes dans leur bassin de vie. Ce sont bien les choix de la personne qui leur permettent de faire des propositions innovantes. Les cultures sont différentes d’un département à un autre et pas seulement sur l’aspect rural versus urbain. Et du coup, les aspirations des habitants sont aussi différentes.
* L’autonomie de la collectivité, qui est si décriée, est aussi un atout quand il s’agit de se mobiliser et de rajouter des moyens à ceux affectés par l’Etat (ex des MDPH), ce que ne peut faire une agence  (ARS). Qui plus est, la collectivité territoriale a un atout par rapport à un acteur dédié à une seule politique publique , qui n’interviendra que dans son domaine de compétences, elle développe une politique transversale en mobilisant l’ensemble de ses compétences : approche inclusive en matière de sport, culture, rapprochement des thématiques services à la personne et insertion…
* Ainsi, il faut que les Départements conservent une certaine autonomie dans un cadre national posé clairement, et à la construction duquel ils auront été associés. Il peut être tout à fait normal d’homogénéiser des éléments de la politique (ex : les barèmes de participation des obligés alimentaires pour la mise en œuvre de l’aide sociale) mais dans ce cas, les obligations qui pèsent sur les Départements, soit par voie législative et réglementaire, soit par voie contractuelle (ex de l’hypothèse d’un coût horaire national unique pour tous les services à domicile, au lieu que chaque CD fixe le sien) doivent être correctement compensées sinon on ne peut reprocher à un CD devant équilibrer son budget de ne pas appliquer ce qui est prévu.
* En outre, les Conseils Départementaux sont le seul acteur à disposer d’une approche transversale des politiques sociales, médico-sociales et de santé sur leur territoire. Or, c’est la convergence des différentes politiques dites de « Solidarités » qui permettra d’accompagner les transitions majeures. Le parcours des personnes, et plus particulièrement des plus précaires et vulnérables d’entre nous, ne commence pas à 60 ans. Ce rôle d’assembleur et de régulateur des parcours de vie doit pouvoir être au cœur des schémas, contrat et projets des Conseils Départementaux, de la naissance au Grand Âge, du domicile à l’établissement.

Les missions des Conseils Départementaux, transversales à toutes les politiques de Solidarités, peuvent se résumer à 4 verbes performatifs : accueillir, informer, évaluer, accompagner. La gouvernance à venir des politiques autonomie dans les territoires doit tenir compte de ces acquis.

* Au niveau départemental, la gouvernance peut être partagée avec l’ARS via un contrat départemental pour l’autonomie, par lequel les deux financeurs s’accordent par exemple sur l’évolution de l’offre. Dans un cadre contractuel clair, et adapté aux spécificités du territoire (acteurs existants, priorités portées politiquement), une fois les objectifs fixés (et les moyens qui y concourent), les Départements qui le souhaitent peuvent tout à fait exercer des compétences pour le compte de l’ARS : tarification de la partie soins de l’ARS, pilotage ou co-pilotage des Dispositifs d’Appui à la Coordination des parcours de santé complexes, etc...A ce titre ils peuvent se voir déléguer la gestion de crédits de l’assurance maladie ou gérés par la branche Autonomie. Cette gouvernance est organisée dans un dialogue permanent avec les différentes parties prenantes.
* Il faut que les obligations en matière d’accompagnement soient fixées en termes d’objectifs et de mission : assurer la coordination des accompagnements, assurer la couverture totale du territoire par type de besoin (offre de répit, accueil ; etc …) et laisser chaque département s’organiser sur le territoire avec ses partenaires, via des CPOM, des contrats d’autonomie à un niveau infra-départemental
* À l’inverse on ne saurait concevoir des « compétences » qui se contenteraient de confier des charges aux Départements sans leur donner les moyens du pilotage. En aucun cas, les Départements ne sauraient assurer la gestion et le paiement de l’aide sociale à l’hébergement dans des établissements dont ils n’assureraient pas la tarification

**La convergence des accompagnements des personnes âgées et des personnes handicapées doit être renforcée. C’est un enjeu majeur.**

* Cette convergence progresse fortement à travers la construction des MDA par les départements, en matière d’accueil, d’évaluation, voire d’accompagnement (à travers les MAIA hier pour les PA et les PH vieillissants, les DAC aujourd’hui, si la place des Départements dans le pilotage des DAC se trouve confortée par la future Loi Autonomie)
* En revanche, ce n’est absolument pas le cas au niveau de la réglementation nationale. Celle-ci met en place, d’une part, pour les PA, des prestations contingentées, tenant compte des ressources de la personne et mobilisant fortement ses ressources, et soumises à contrôle d’effectivité de la dépense, et, d’autre part, pour les PH, de dépenses non limitées, (PCH), sans effectivité de la dépense et dont le périmètre va s’étendre avec des forfaits aide à la parentalité, déconnectés, nonobstant leur nécessité, d’une dépense réelle.

**Développer une approche systémique, même si la mise en œuvre est progressive et raisonner en termes de parcours des personnes**

Le principe de réalité, notamment budgétaire, conduit à aborder les questions progressivement, de manière cloisonnée. Or, il faut reconnaître que l’accompagnement des personnes doit être pensé en termes de parcours, et ne plus opposer l’établissement et le domicile.

On voit en effet d’un côté des dotations globales en établissement (accueil de jour) par exemple, qui permettent de raisonner en termes de file active, non de place, de l’autre, des projets d’habitat dit inclusif mais dont l’intensité de l’accompagnement les rapproche beaucoup plus d’établissements via de petites unités de vie.

La frontière établissement/domicile se fissure, disparaît, alors même que nous avons des prestations et des financements différents, cloisonnés. Il faut repenser globalement l’accompagnement des personnes, et, par ex, en complément de Sérafin, repenser la PCH, qui peut couvrir les prestations personnalisées en établissement, l’aide sociale à l’hébergement, les autorisations médico-sociales qui cloisonnent –et enferment les orientations MDPH-, développer des outils informatiques partagés pour le suivi des parcours des personnes.

Il faut veiller à ce que cette approche inclusive ne concerne pas seulement les PH : pourquoi une APA E forfaitaire, non personnalisée, un plafonnement de la déduction fiscale de l’hébergement (déduction qui pourrait être alignée, pour les prestations d’aide à la personne, sur celle sur l’emploi d’une tierce personne ou le recours à un prestataire). On rejoint l’objectif de convergence

**Réaffirmer la citoyenneté des personnes accompagnées**

L’affirmation du respect des choix de vie est très présente dans les politiques à destination des personnes handicapées, sans que sa traduction soit pour autant toujours effective.

Mais elle est, par contre, notamment faute de représentations aussi puissantes que celles existant en matière de handicap, particulièrement absente s’agissant des personnes âgées. Ces dernières sont en effet objet d’études, de projets, d’offres commerciales infinies, mais rarement actrices des politiques qu’on met en œuvre pour elles.

1. «Le développement social est un processus de développement des ressources humaines et des initiatives des individus, des groupes et des territoires visant des objectifs de cohésion sociale, de solidarités, de proximité, de développement des services à la population et de création d’activités et d’emploi.

   C’est une dynamique de participation où personne ne peut, ne doit, s’affranchir de prendre part à la création, à la consolidation du lien social.

   Il a pour ambition de mettre en œuvre un projet territorial global, partagé et coordonné. Il vise un objectif de changement durable de la situation des habitants, de transformation et de promotion sociale.

   Il propose de redonner du pouvoir d’agir aux individus et aux collectifs. » [↑](#footnote-ref-1)
2. Note de l’Andass de juillet 2020 : « Conjuguer favorablement la singularité des territoires et le principe d’égalité dans l’accès aux biens fondamentaux et aux savoirs.

   Après le Covid19 l’ANDASS propose la méthode des 3C ». [↑](#footnote-ref-2)