

2012

2017

Préoccupations prioritaires et demandes de l'Uniopss



Introduction générale

L'Uniopss a publié, à l'occasion de la campagne pour les élections présidentielles, une « plateforme » qui souligne l'ébranlement de notre société et l'affaiblissement de nos valeurs d'égalité et de fraternité. Elle propose de fonder les politiques sociales à venir sur la restauration de la cohésion sociale et le retour à la confiance, ceci à partir de quatre orientations principales : la promotion d'une société d'inclusion, le maintien du socle solidaire de notre protection sociale, un changement d'état d'esprit dans la conception et la mise en œuvre des politiques sociales et, enfin, la participation de la société civile accompagnée d'un soutien à la vie associative.

Le cycle électoral, présidentiel et parlementaire, venant de s'achever et le temps des décisions sur les politiques étant venu, l'Uniopss présente aujourd'hui ses « Préoccupations prioritaires » élaborées avec ses adhérents. Elles sont nombreuses, parfois techniques, mais elles doivent être lues, non seulement comme des outils de mise en œuvre des quatre objectifs rappelés ci-dessus, mais aussi, au regard de trois préoccupations précises : l'efficacité, le temps, la proximité.

1. **L'efficacité.** Les problèmes que rencontrent aujourd'hui nos compatriotes, notamment les plus fragiles, sont de plus en plus lourds et complexes. L'extension de la pauvreté, de l'exclusion et de la solitude réclament désormais de l'action sociale que celle-ci sache considérer et prendre en compte l'ensemble des besoins sociaux de chacun (insertion, santé, logement,...), besoins de plus en plus souvent imbriqués. Il en est de même dans les domaines des personnes âgées, du handicap, de la petite enfance, de la santé. Question d'efficacité, d'humanité aussi. Ce qui signifie intersectorialité des politiques (dans leur conception comme dans leur mise en œuvre), interministérialité des procédures, décloisonnement des structures. Ce qui devra avoir pour corollaire le développement de la fonction d'accompagnement des personnes, souvent ignorantes de leurs droits ou perdues devant la complexité de ceux-ci.
2. **Le temps.** Les politiques sociales sont, du fait de la « crise », très souvent marquées par l'urgence. On ne saurait leur reprocher de se porter sur les lieux des catastrophes, bien au contraire. Les mesures d'urgence, en ces temps de crise, demeurent indispensables. Mais, les changements lourds que nous vivons, sans doute pour un long moment encore, impliquent de ne pas méconnaître l'horizon du moyen terme. Lutter contre la pauvreté ou contre le mal logement suppose des programmations pluriannuelles. Lutter contre la maladie, les addictions, l'insécurité, exige de développer la prévention et l'éducation. Préparer l'avenir, par exemple avec la politique de la petite enfance, demande que l'on regarde certaines dépenses, comme un investissement nécessaire dont il faut accepter que la « rentabilité » ne soit pas rapide. Les politiques sociales sont des stratégies dont il convient de valoriser les conséquences sociétales de moyen terme.
3. **La proximité.** La pertinence de l'action sociale se mesure d'abord par son ancrage sur le terrain. De ce point de vue, s'il revient à l'État au nom du principe d'égalité, de définir les objectifs d'ensemble et les normes applicables à tous, leur adaptation au terrain doit toujours être ménagée. Plus la décision touche directement la personne, plus le niveau de décision doit être rapproché. C'est en fonction de ce principe que devraient être reconsidérés l'étagement des niveaux et la répartition des responsabilités dans notre organisation politico-administrative. Toute réforme des collectivités territoriales, notamment, devrait tenir le plus grand compte de cet impératif.

Mais la proximité, c'est aussi le maintien d'une présence associative, même de taille modeste, à portée de ceux qui ont besoin d'elle, c'est la préservation du lien qu'elle leur assure avec la société, c'est l'entretien d'un foyer de chaleur qui est l'un des ingrédients de la cohésion sociale. Les indicateurs économiques du « new public management » trop souvent mis en avant par les administrations, devraient être fortement tempérés pour tenir compte de ces réalités.

Les orientations, les mesures que présente l'Uniopss dans ce document sont, enfin, guidées par deux préoccupations, pour elle majeures : le souci de la situation des plus fragiles, des plus vulnérables, de ceux au milieu desquels nous vivons d'une part, et le désir de refonder avec la puissance publique une relation véritablement partenariale puisque notre vocation demeure le service de l'intérêt général.

Dominique BALMARY
Président de l'Uniopss

Sommaire

Préoccupations prioritaires et demandes de l'Uniopss

	Page
Europe	9
Fiche 1 Reconnaître et donner toute sa place à l'économie sociale et solidaire à l'échelon européen	10
Fiche 2 Créer un cadre général de concertation et un cadre juridique sécurisé et appropriable sur les services sociaux d'intérêt général	12
Fiche 3 Assurer la réelle participation des citoyens et de la société civile à la consolidation de l'Europe sociale	14
Vie associative	17
Fiche 1 Mettre en place une politique publique relative aux associations et à l'économie sociale et solidaire	18
Fiche 2 Reconnaître la participation des associations de solidarité au dialogue civil et à la contribution aux politiques publiques	19
Fiche 3 Adapter et clarifier la fiscalité du secteur non lucratif	21
Emploi, formation, ressources humaines	25
Fiche 1 Développer la concertation pour un emploi de qualité dans le secteur social, médico-social et la santé	26
Fiche 2 Prévoir et consolider le volet « emploi » dans les politiques sectorielles	28
Fiche 3 Soutenir l'accueil des stagiaires dans les formations initiales sanitaires et sociales	30
Fiche 4 Développer les contrats et périodes de professionnalisation pour répondre aux besoins en emplois sanitaires et sociaux	32
Fiche 5 Soutenir la viabilité des activités et de l'emploi dans les associations de solidarité	33
Démocratie sanitaire et régulation des institutions sociales et médico-sociales	37
Fiche 1 Effectivité du droit des usagers dans le secteur social et médico-social	38
Fiche 2 Évaluation des besoins, planification et développement de l'offre	40
Fiche 3 Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux	42
Fiche 4 Réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi du 2 janvier 2002	44

Réforme de l'État et des collectivités territoriales 49

Fiche 1	La RGPP et la réforme de l'État : réarticuler la santé, le médico-social et le social	50
Fiche 2	Les collectivités territoriales	54

Tarification – Coopération – Contractualisation 61

Fiche 1	Accompagner et piloter les politiques de financement et de tarification	62
Fiche 2	Promouvoir la coopération	64
Fiche 3	Renouveler le partenariat entre les associations et l'État	65

Santé 69

Fiche 1	Prévention : pourquoi attendre demain ?	70
Fiche 2	Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif	73
Fiche 3	Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social	77

Enfance, Jeunesse, Familles 83

Fiche 1	Repenser et redéfinir une politique de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse	85
Fiche 2	Élaborer un Code de l'enfance	88
Fiche 3	Pour un droit à l'éducation dès la naissance pour tous	89
Fiche 4	Clarifier la gouvernance et le pilotage de la petite enfance	91
Fiche 5	Pour une société inclusive des enfants en situation de handicap dès la petite enfance	96
Fiche 6	La création d'un fonds national d'innovation pour les actions petite enfance	99
Fiche 7	La création d'un contrat territorial de prévention sociale et éducative	102
Fiche 8	Articuler la justice des mineurs avec les politiques de l'enfance et de la jeunesse	105
Fiche 9	Pour une redéfinition des politiques à destination des jeunes adultes les plus en difficulté	109
Fiche 10	Pour une réelle reconnaissance des droits des mineurs isolés étrangers	112

Lutte contre la pauvreté et l'exclusion 117

Fiche 1	Améliorer la gouvernance publique de la politique de lutte contre l'exclusion	119
Fiche 2	Progresser vers un accès de tous à des revenus décents	121
Fiche 3	Garantir l'accès de tous à une activité rémunérée dans le cadre du retour à l'emploi	123

Fiche 4	Garantir l'accès de tous à un logement décent	126
Fiche 5	Faire un effort prioritaire pour les quartiers en difficulté	129
Fiche 6	Garantir l'accès de tous aux soins	130
Fiche 7	Faciliter l'accès aux droits	132
Fiche 8	Stabiliser la situation des étrangers et permettre aux demandeurs d'asile d'accéder aux droits fondamentaux	134
Fiche 9	Promouvoir les actions d'insertion sociale dans la dynamique de l'éducation populaire	139

Personnes âgées et personnes en situation de handicap **143**

Pour la création d'un nouveau risque de protection sociale relatif à l'aide à l'autonomie

Personnes âgées **146**

Fiche 1	Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie et de soins en Ehpad et réviser les bases de la réforme de la tarification des Ehpad introduite par l'art 63 de la LFSS pour 2009 qui a institué la forfaitisation des tarifs soins et la convergence tarifaire	147
Fiche 2	Négocier la sortie de crise des services d'aide à domicile en réformant la tarification des services prestataires et en réinscrivant leurs activités en direction des publics fragiles dans les modes de régulation propres aux établissements sociaux et médico-sociaux	149
Fiche 3	Parachever les objectifs de création de places de Ssiad et revoir les bases et les modalités de réforme de la tarification	151
Fiche 4	Reconduire, dans le cadre d'un nouveau plan Solidarité Grand Age, un programme spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées	153
Fiche 5	Favoriser la diversification des structures d'accueil à proposer aux personnes âgées par le développement des petites unités de vie (PUV), des foyers logements, des accueillants familiaux	156

Politique du handicap **159**

Fiche 1	Organiser un parcours éducatif et scolaire inclusif	160
Fiche 2	Pour une intervention des Sessad centrée sur l'éducation	162
Fiche 3	Garantir une formation et un accès à l'activité professionnelle des personnes handicapées	164
Fiche 4	Promouvoir une politique pour l'accessibilité	166
Fiche 5	Apporter des réponses aux personnes handicapées vieillissantes	168
Fiche 6	Accompagner l'évolution du public	171

Outremer **175**

L'urgence de réponses adaptées face à l'ampleur particulière des besoins

2012
2017

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

Europe



Europe

Le single market act et la stratégie Europe 2020 imposent un rythme de réformes dense à l'Europe, particulièrement dans cette période de crise. L'Acte pour le marché unique, adopté par la Commission Européenne en avril 2011, ouvre 12 chantiers pour relancer le marché unique en 2012 qui sont autant de leviers pour relancer la croissance et l'emploi.

Parmi ces chantiers, l'Uniopss suit plus particulièrement les sujets transversaux, comme les initiatives sur l'entrepreneuriat social (qui fait partie de l'économie sociale) et sur les services sociaux d'intérêt général et la cohésion sociale (services d'intérêt économique général – SIEG).

Elle s'intéresse également à la dimension citoyenne qui émerge en Europe, notamment depuis avril 2012 avec l'initiative citoyenne et l'année 2013 qui sera année européenne de la citoyenneté.

Les priorités de l'Uniopss

1. Assurer le suivi de la mise en œuvre des réglementations sur l'entrepreneuriat social, notamment en établissant un lien régulier entre le représentant des pouvoirs publics français du groupe d'experts de la Commission Européenne sur l'entrepreneuriat social (GECES) et la Commission Europe du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) – (Fiche 1)
2. Instituer un lieu permanent d'analyse, de concertation et d'élaboration multipartite, en lien avec le Secrétariat général aux affaires européennes, qui vise à porter une vision globale des services sociaux, à l'échelon français et européen et à assurer le suivi de la réglementation européenne – (Fiche 2)
3. Créer une journée de la citoyenneté européenne, qui viserait notamment à la sensibilisation et la présentation de l'initiative citoyenne européenne – (Fiche 3)
4. Adopter le statut de l'association européenne – (Fiche 1)
5. Élaborer une charte du dialogue civil qui prévoirait les modalités de participation et de concertation de la société civile organisée – (Fiche 3)

Fiche 1 – Reconnaître et donner toute sa place à l'économie sociale et solidaire à l'échelon européen

Fiche 2 – Créer un cadre général de concertation et un cadre juridique sécurisé et appropriable sur les services sociaux d'intérêt général

Fiche 3 – Assurer la réelle participation des citoyens et de la société civile à la consolidation de l'Europe sociale

Contact : Christèle Lafaye – clafaye@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Reconnaître et donner toute sa place à l'économie sociale et solidaire à l'échelon européen

Situation actuelle

L'Europe, construite sur des bases essentiellement économiques, ne connaît que les notions d'entreprise et d'activité économique. Elle n'offre toujours pas la possibilité de créer tous les statuts de l'économie sociale à l'échelon européen. Le statut de coopérative européenne a un faible succès et devrait être simplifié ; celui de fondation européenne émane d'une proposition de règlement datant de début 2012. Celui de mutuelle est à l'étude, mais aucune réglementation n'est en cours concernant le statut d'association.

Les services sociaux d'intérêt général (SSIG) sont assurés essentiellement par des organisations de l'économie sociale qui, de par leurs principes, valeurs et modes de fonctionnement, identifient et proposent des solutions innovantes pour répondre aux besoins sociaux. Ces organisations, basées sur la non lucrativité ou la lucrativité limitée, sont en proximité avec les territoires dans lesquels elles interviennent. Elles sont aussi un vecteur fort de citoyenneté et de cohésion sociale, de par leurs principes de fonctionnement participatifs et démocratiques et les bénéficiaires auxquels elles s'adressent.

La notion d'entrepreneuriat social, qui est apparue récemment dans les textes européens, notamment dans l'initiative de la Commission Européenne du 25 octobre 2011 sur l'entrepreneuriat social, appelée « social business initiative », reste encore un peu floue et sujette à interprétation et débat, en France et en Europe. En effet, la « social business initiative » précise que tous les termes sont interchangeable : entreprise sociale, économie sociale, entrepreneur social, social business. Dans le même temps, elle spécifie par ailleurs que les entreprises sociales sont des acteurs de l'économie sociale. Elle indique également qu'il y a 11 millions de salariés dans les entreprises sociales en Europe, alors que cette notion n'a pas d'existence juridique et qu'il s'agit de statistiques sur l'économie sociale.

Problèmes posés

L'entrepreneuriat social fait partie de l'économie sociale. Or, les définitions en cours d'élaboration des entreprises sociales envisagent la possibilité d'un statut d'association et/ou d'entreprise sociale.

La notion européenne d'entrepreneuriat social/d'entreprise sociale reste globale et ambiguë, les textes communautaires comme l'initiative du 25 octobre 2011 ou les propositions de règlements en cours laissant entendre que les termes économie sociale, entrepreneuriat social, social business ou entrepreneurs sociaux sont synonymes.

Il est donc nécessaire de réaffirmer la dimension non lucrative ou à lucrativité limitée, la dimension collective de l'entreprendre, ainsi que la dimension citoyenne de par les liens entre salariés et bénévoles sur un territoire.

De même, la spécificité des principes qui guident l'économie sociale doit être prise en compte par l'Europe. Le lien avec le projet de loi sur l'économie sociale en France doit être fait.

Il y a d'une part le concept englobant d'entreprise sociale de la social business initiative qui s'appuie sur 3 critères : 1. un objectif social/sociétal d'intérêt commun ; 2. dont les bénéfices sont principalement réinvestis dans la réalisation de cet objet social et 3. dont le mode d'organisation ou système de propriété reflète la mission : principes démocratiques ou participatifs ou visant la justice sociale.

Il y a d'autre part des définitions différentes qui apparaissent dans des règlements et qui seront applicables directement dans les États membres à compter de 2014. Ainsi, la définition qui apparaît dans la proposition de règlement du 6 octobre 2011 sur le changement social et l'innovation sociale s'oriente vers une toute autre définition. Celle-ci s'éloignerait de l'esprit de l'économie sociale pour aller vers une optique plus gestionnaire, ce qui ne manque pas d'interpeller le secteur de l'économie sociale. Cette définition s'appuie en effet sur 3 critères : « une entreprise dont le principal objectif est d'avoir une incidence sociale plutôt que de générer du profit pour ses propriétaires ou ses partenaires. Elle opère sur le marché en fournissant des biens et des services de façon entrepreneuriale et innovante et elle utilise ses excédents principalement à des fins sociales. Elle est soumise à une gestion responsable et transparente, notamment en associant ses employés, ses clients et les parties prenantes concernées par ses activités économiques. » Le premier critère ne parle plus que d'une simple incidence et le troisième se contente de mettre en avant la gestion responsable et transparente, reléguant ainsi la dimension participative et démocratique en arrière plan.

Demandes de l'Uniopss

- Assurer le suivi de la mise en œuvre des réglementations sur l'entrepreneuriat social, notamment en établissant un lien régulier entre le représentant des pouvoirs publics français du groupe d'experts de la Commission Européenne sur l'entrepreneuriat social (GECES) et la Commission Europe du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS).
- Faire le lien entre la réglementation européenne et la future loi sur l'économie sociale et solidaire en France.
- Adopter le statut de l'association européenne.
- Développer et poursuivre les données statistiques sur l'économie sociale en Europe.

Fiche 2 – Créer un cadre général de concertation et un cadre juridique sécurisé et appropriable relatif aux services sociaux d'intérêt général

Situation actuelle

Les services sociaux d'intérêt général développés par les associations de solidarité ne bénéficient pas aujourd'hui d'un cadre juridique stable et protecteur de leurs missions d'intérêt général au regard du droit communautaire. Ces services doivent faire face à une dérégulation progressive de leurs activités du fait de l'irruption des règles européennes de la commande publique, du marché intérieur, ainsi que du droit de la concurrence. Ils sont notamment soumis à deux types de réglementation, d'une part la directive services, sur la liberté d'établissement et de prestation de services, dont les services sociaux sont exclus si le prestataire est mandaté par l'État (or la France a considéré que les services à domicile à la personne et la petite enfance restaient dans le champ de cette directive).

D'autre part, ces services sociaux sont soumis à la réglementation des aides d'État, applicable aux services d'intérêt économique général qui concernent les financements publics. Cette réglementation impose certaines formalités comme l'existence d'un mandat, avec des obligations de service public, des modalités de calcul de la compensation et entraîne donc une certaine technicité juridique, financière et donc une complexité. À ce sujet, lors de la Conférence nationale de la vie associative de 2009, un comité de suivi du modèle de convention euro-compatible était prévu, mais celui-ci ne s'est jamais réuni. Or, ce modèle ne s'imposant pas aux collectivités, celles-ci ont encore des difficultés à s'en emparer.

Le ministère des Affaires sociales avait annoncé courant 2006 la mise en place d'un groupe de travail réunissant les acteurs sociaux et les collectivités publiques autour de la question des services sociaux d'intérêt général et de la stratégie française sur cette question. Ce groupe n'a pas été mis en place à ce jour.

Problèmes posés

L'impact de la dynamique communautaire sur le secteur associatif se fait de plus en plus prégnant. Ce secteur est ainsi appréhendé comme un acteur mettant en œuvre des services revêtant une dimension économique. À titre d'exemple, le secteur associatif de solidarité est concerné en tant qu'acteur économique par le droit européen de la concurrence et de la commande publique et par les règles du marché intérieur. Or, l'application du droit communautaire aux services sociaux d'intérêt général est complexe : ce droit paraît lointain à la fois aux acteurs non lucratifs et aux collectivités publiques.

L'échelon communautaire tend à considérer les services sociaux comme des activités économiques. Les règles de la concurrence et du marché intérieur leur sont donc applicables de manière générale, avec les principes de liberté de circulation des personnes, de liberté d'établissement et de liberté de prestation de services.

Face à ce constat, l'Uniopss a proposé des pistes dans son mémorandum européen de 2009 et dans le manifeste européen qu'elle a lancé avec le Labo ESS pour une nouvelle approche de l'UE sur les services sociaux d'intérêt général d'octobre 2010. Dans ce manifeste, l'Uniopss propose de créer une structure pérenne de dialogue interinstitutionnel entre les parties prenantes sur les SSIG.

À noter, l'eurodéputé irlandais Proinsias De Rossa, dans son rapport d'initiative du Parlement européen sur les SSIG du 5 juillet 2011, a proposé une taskforce plurilatérale de haut niveau sur les SSIG. Ce rapport cite d'ailleurs la préconisation de l'Uniopss de créer un centre de ressources sur les SSIG qui pourrait être examinée par cette taskforce.

Demandes de l'Uniopss

- Instituer un lieu permanent d'analyse, de concertation et d'élaboration multipartite, en lien avec le Secrétariat général aux affaires européennes, qui vise à porter une vision globale des services sociaux, à l'échelon français et européen et à assurer le suivi de la réglementation européenne.
- Ce lieu, qui pourrait être un centre ressources européen plurilatéral, aurait plusieurs missions comme celle de :
 - rappeler la liberté des États de définir, organiser et financer les services sociaux d'intérêt général (SSIG) ;
 - soutenir un cadre juridique européen visant à adapter le droit européen aux spécificités des SSIG ;
 - promouvoir la mise en œuvre de l'article 14 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne relatif aux services d'intérêt général ;
 - reconnaître la spécificité et le rôle joué par l'économie sociale dans la fourniture de ces services.
- Communiquer, former et sensibiliser aux modes contractuels diversifiés avec les pouvoirs publics.
- Adopter une législation qui permette aux collectivités locales d'accorder des droits spéciaux aux organisations non lucratives, dans le cadre du mandatement de service d'intérêt économique général.
- Suivre la mise en œuvre du paquet Almunia/Barnier par le Parlement européen et le gouvernement français.

Fiche 3 – Assurer la réelle participation des citoyens et de la société civile à la consolidation de l'Europe sociale

Situation actuelle

Grand pas pour la participation citoyenne, l'initiative citoyenne est possible depuis avril 2012 en Europe. Elle permet à un million de citoyens de l'Union Européenne de participer directement à l'élaboration des politiques européennes, en invitant la Commission européenne à présenter une proposition législative.

Les associations sont un vecteur fort de citoyenneté et de cohésion sociale, de par leurs principes de fonctionnement participatif et démocratique et les bénéficiaires auxquels elles s'adressent. Leur non lucrativité fait aussi d'elles des acteurs politiques, au sens où elles peuvent jouer un rôle, en tant qu'organisations de la société civile, dans le fonctionnement démocratique de l'Union Européenne.

Le dialogue avec les institutions européennes n'est pas prévu actuellement. Seul, existe le registre des représentants d'intérêts qui souhaitent peser sur les décisions prises par les institutions européennes, mais cette approche tend à traiter de la même manière tous les acteurs économiques et de la société civile et à confondre l'activité de lobbying d'intérêts strictement privés avec le dialogue civil.

Problèmes posés

La participation et la transparence sont les clés de l'efficacité de l'action publique et de la confiance des citoyens envers les institutions qui les représentent. Or, les citoyens ont un sentiment d'éloignement de l'Europe et il est nécessaire de rendre celle-ci plus proche des citoyens.

L'approche du registre des représentants d'intérêts tend à traiter les associations de solidarité, comme des acteurs représentant des intérêts uniquement économiques, or cette vision ne tient donc pas compte de leur fonction d'acteurs de la société civile.

Il convient donc d'assurer la dimension Europe sociale avec une réelle place de la société civile dans la consolidation de l'Europe.

L'État français doit jouer un rôle et impulser au niveau européen des démarches qui assureront une réelle participation des citoyens et de la société civile à la consolidation de l'Europe.

Demandes de l'Uniopss

- Créer une journée de la citoyenneté européenne, qui viserait notamment à la sensibilisation et la présentation de l'initiative citoyenne européenne.
- Mettre en place une plate-forme web où les citoyens pourraient interagir et où des échanges seraient possibles entre le Secrétariat général aux affaires européennes (SGAE), les institutions européennes et les citoyens européens. Ce site internet collaboratif pourrait être alimenté et piloté par le Parlement européen, sur le modèle du site innovant [gouvcamp Parlement et citoyens](http://parlement-et-citoyens.fr/parlement-et-citoyens) (<http://parlement-et-citoyens.fr/parlement-et-citoyens>).
- Élaborer une charte du dialogue civil qui prévoirait les modalités de participation et de concertation de la société civile organisée.
- Instaurer une année européenne de l'Europe sociale.

2012
2017

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

Vie associative



Vie associative

L'économie sociale et solidaire (ESS) a certes fait l'objet de mesures notables, comme en 2010 avec le rapport Vercamer sur l'ESS et la renaissance du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS), la création du fonds d'investissement pour l'innovation sociale, prévue en 2012, ou encore la perspective d'une future loi sur l'ESS.

Il est indéniable que l'ESS d'une manière générale, et les associations du secteur sanitaire et social en particulier, jouent un rôle fondamental de cohésion et d'utilité sociale et résistent mieux à la crise en termes d'emplois et de réponses apportées aux besoins sociaux.

Cependant, il existe un paradoxe entre le rôle d'utilité sociale de l'ESS et des associations du secteur sanitaire et social et la politique publique qui leur est consacrée. En effet, il n'y a plus de délégation interministérielle à l'économie sociale rattachée au Premier ministre depuis longtemps et la Vie associative a connu plusieurs aléas ministériels ces dernières années, alors même que les États généraux de l'ESS organisés par le Labo ESS ont rassemblé 5 000 personnes en juin 2011.

La mise en place d'une politique publique globale relative aux associations et à l'économie sociale et solidaire est nécessaire. Elle devrait s'accompagner de la reconnaissance de la participation des associations de solidarité au dialogue civil et à la contribution aux politiques publiques ainsi que d'une adaptation et d'une clarification de la fiscalité du secteur non lucratif.

Les priorités de l'Uniopss

1. Instaurer, à l'initiative du ministère délégué à l'ESS, un dispositif de concertation et de décision avec le ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. L'objectif étant de prendre en compte le modèle associatif qui représente les trois quarts de l'ESS (Fiche 1)
2. Appliquer la charte d'orientation des relations entre l'État et les associations du secteur sanitaire, social et médico-social, signée le 27 mars 2002 entre le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et l'Uniopss afin de fixer les bases de relations de coopération dans la perspective de l'élaboration des politiques sociales, au service des bénéficiaires de l'action sociale, au niveau national et territorial (Fiche 2)
3. Intégrer dans les formations destinées aux personnels de la fonction publique une formation sur la diversité des modes de contractualisation entre les associations/les acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS) et les pouvoirs publics, et compléter cette formation par un stage dans une organisation de l'ESS (Fiche 3)
4. Mettre en place un groupe de travail pérenne composé de représentants de l'État, de l'Administration Fiscale, des collectivités locales et d'associations/organisations de l'ESS, afin de faire un état des lieux des mesures fiscales et formuler des préconisations pour adapter la fiscalité du secteur non lucratif (Fiche 4)

Fiche 1 – Mettre en place une politique publique relative aux associations et à l'économie sociale et solidaire

Fiche 2 – Reconnaître la participation des associations de solidarité au dialogue civil et à la contribution aux politiques publiques

Fiche 3 – Adapter et clarifier la fiscalité du secteur non lucratif

Contact : Christèle Lafaye – clafaye@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Mettre en place une politique publique relative aux associations et à l'économie sociale et solidaire

Situation actuelle

L'économie sociale et solidaire (ESS) a certes fait l'objet de mesures notables, comme le rapport Vercamer d'avril 2010 sur l'ESS, la renaissance fin 2010 du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) ou encore la création du fonds d'investissement pour l'innovation sociale. Même si un avant-projet de loi-cadre ESS a été étudié fin 2011, il n'y a plus de grande délégation interministérielle à l'économie sociale depuis longtemps, alors même que les États généraux de l'ESS organisés par le Labo ESS ont rassemblé 5 000 personnes en juin 2011.

Par ailleurs, la politique de la Vie associative n'a pas fait l'objet du suivi attendu après la Conférence Nationale de la Vie associative de 2009 ; ainsi, notamment le comité de suivi de la convention pluriannuelle d'objectifs euro-compatible de janvier 2010 n'a jamais été mis en place.

Problèmes posés

Les acteurs non lucratifs associatifs, et plus généralement de l'ESS, présentent des modes de fonctionnement spécifiques (démocratiques, participatifs), basés sur la non lucrativité ou la lucrativité limitée et jouent un rôle important face aux enjeux de la solidarité et au maintien de la cohésion sociale. L'ESS, qui met en avant des formes d'engagements bénévoles et volontaires, a démontré que par temps de crise, elle savait mieux résister, en termes d'emploi et de fourniture de biens et services utiles à la société dans son ensemble.

Il est ainsi fondamental de prendre en compte les spécificités des associations et des organisations de l'ESS et de les reconnaître, notamment face à un modèle gestionnaire dominant. À titre d'exemple, il est essentiel de promouvoir la diversité des modes de contractualisation avec les pouvoirs publics, face à la systématisation de la commande publique, notamment au recours quasi-automatique aux marchés publics, du fait d'une interprétation abusive des textes européens.

Demandes de l'Uniopss

- Mettre en place une réelle politique publique qui prenne en compte les associations, notamment dans chaque ministère et dans les collectivités territoriales, et veiller à l'application de la charte d'engagements réciproques entre l'État et les associations du 1^{er} juillet 2001.
- Instaurer, à l'initiative du ministère délégué à l'ESS, un dispositif de concertation et de décision avec le ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. L'objectif étant de prendre en compte le modèle associatif qui représente les trois quarts de l'ESS.
- Intégrer dans les formations destinées aux personnels de la fonction publique une formation sur la diversité des modes de contractualisation entre les associations/les acteurs de l'ESS et les pouvoirs publics, et compléter cette formation par un stage dans une organisation de l'ESS.

Fiche 2 – Reconnaître la participation des associations de solidarité au dialogue civil et à la contribution aux politiques publiques

Situation actuelle

L'Uniopss a signé le 27 mars 2002 avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, représentant l'État, une charte d'orientation des relations entre les associations du secteur sanitaire, social et médico-social et l'État, pour répondre au mieux aux besoins des personnes accompagnées. Cette charte s'inscrit dans le prolongement de la charte d'engagements réciproques entre l'État et les associations signée le 1^{er} juillet 2001 entre le Premier ministre et la CPCA. Cette charte vise à établir dans la durée des relations basées sur le partenariat et la reconnaissance du rôle et de la place de chacun des acteurs dans l'élaboration des politiques publiques. Elle rappelle le rôle des associations de notre secteur comme révélatrices des besoins sociaux, à même de contribuer, « par leurs activités, au développement des solidarités et à la revitalisation du lien social ». L'État reconnaît dans cette même charte « la contribution des associations à la définition de l'intérêt général et à l'élaboration comme à la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales tant au plan national que local ».

De la même manière, la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale énumère, parmi les acteurs nécessaires de ce champ, les associations de solidarité, promues au rang de « développeur de l'intérêt général », au même titre que les acteurs publics et para-publics (article L.116-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Enfin, lors de la Conférence nationale sur la Vie associative, présidée par le Premier ministre fin 2009, celui-ci a affirmé la nécessité d'élargir la représentation des associations dans le dialogue civil à hauteur de ce qu'elles représentent aujourd'hui, notamment au sein des instances consultatives de la société civile (Conseil économique, social et environnemental [CESE] et Conseils économiques et sociaux régionaux [CESR]), la place des associations dans le dialogue civil étant l'un des trois axes de cette Conférence.

Problèmes posés

Cette charte de 2002, qui s'applique à l'État, est inscrite dans une démarche de long terme. Or depuis, l'État et ses services ne se sont pas appropriés ce texte partenarial, alors même que celui-ci prévoit 7 chantiers prioritaires,¹ définis conjointement et qu'une évaluation était prévue tous les trois ans.

Par ailleurs, le bilan qui a été dressé de la Conférence nationale sur la Vie associative est modeste. Si lors de la conférence, le Premier ministre a bien affirmé sa volonté de conduire une politique gouvernementale en faveur du monde associatif et en concertation avec ses instances représentatives, l'Uniopss considère que les attentes des associations, suite aux mesures annoncées, ne sont pas satisfaites : ainsi, sur la question du dialogue civil, l'élargissement des instances de concertation de la société civile n'a pas eu lieu à ce jour. Une avancée a certes été réalisée avec le Conseil Économique Social et Environnemental, mais elle reste insuffisante.

¹ L'évaluation, la représentation associative et les mandats associatifs, l'articulation entre le projet associatif et le projet d'établissement, la formation des bénévoles associatifs et des agents administratifs, la déclinaison de la charte, les outils juridiques du partenariat, l'Europe.

Or, il en va de la concertation approfondie à tous les niveaux, de la démocratie et de la prise en considération des personnes accompagnées par les associations : personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de grande exclusion, enfants, etc.

Il convient donc de poursuivre les réflexions et avancées sur ce sujet. Un groupe de travail piloté par la Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la Vie associative devait avancer, en particulier, sur un mécanisme d'élections locales de représentants des associations, avec une expérimentation de conseils régionaux de la Vie associative, comme le préconisait le rapport de septembre 2010 du Conseil d'analyse de la société sur « la représentation du monde associatif dans le dialogue civil ».

Par ailleurs, face notamment à des conférences de territoires au niveau départemental ou à la conférence régionale de santé et d'autonomie qui mettent en avant la participation des usagers, il est fondamental que la place des associations soit en parallèle également reconnue, de manière à prendre en compte leur rôle de corps intermédiaire, d'acteur porteur d'initiative et d'innovation ayant le souci des plus fragiles et de leur dignité. Il s'agit d'assurer des espaces où les associations peuvent agir comme co-constructeurs et coopérateurs des politiques publiques.

Demandes de l'Uniopss

- Appliquer la charte d'orientation des relations entre l'État et les associations du secteur sanitaire, social et médico-social, signée le 27 mars 2002 entre le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et l'Uniopss afin de fixer les bases de relations de coopération dans la perspective de l'élaboration des politiques sociales, au service des bénéficiaires de l'action sociale, au niveau national et territorial.
- Reconnaître aux regroupements associatifs organisés la légitimité à participer au dialogue civil, compte tenu de leurs missions de représentation des associations de solidarité.

Fiche 3 – Adapter et clarifier la fiscalité du secteur non lucratif

Situation actuelle

L'instruction fiscale de synthèse de 2006 a repris pour l'essentiel les fondements des instructions fiscales propres au secteur non lucratif, notamment celle de 1998.

Quatorze ans après la première instruction fiscale du secteur, force est de constater que l'environnement a considérablement évolué : contexte réglementaire national et européen prolix, développement de pratiques comme la mise en concurrence, recours systématique à la commande publique, restriction par l'administration fiscale de la notion d'intérêt général ou encore non bénéfice du traitement fiscal de faveur pour les associations lorsqu'elles fusionnent alors même que le contexte environnant les pousse fortement à se regrouper.

Problèmes posés

On constate un développement des services à la personne : le secteur d'activité est tel que la concurrence se développe face à des besoins de plus en plus nombreux : personnes âgées, handicap, enfance... La fiscalité handicape parfois les acteurs non-lucratifs : ainsi, une instruction fiscale peut avoir une incidence forte quand les associations font des choix d'organisation.

La nécessité de se regrouper est d'abord impactée par les instances régionales, les pouvoirs publics. Or, face à une diminution des financements publics et pour poursuivre leur projet associatif, les associations inventent ou testent de nouvelles modalités de regroupement, de partenariat entre associations/organisations de l'ESS, avec des organisations privées lucratives ou les pouvoirs publics : groupements de coopération, GCSMS (Groupement de coopération sociale et médico-sociale)... Ces solutions de regroupements induisent des situations fiscales non clairement identifiées qui sont sources d'insécurité.

Les associations, et plus généralement les organisations de l'économie sociale et solidaires (ESS), doivent diversifier leurs ressources et leurs sources de financement.

Elles sont contraintes de chercher de nouveaux moyens, auparavant essentiellement publics, les ressources de l'État diminuant alors que les usagers concernés sont plus importants. Elles développent donc des partenariats, tels que le mécénat, qui relèvent d'une démarche de cohésion sociale, dans une dynamique collective et de co-construction des politiques publiques.

Quant au mécénat, la notion d'intérêt général est soumise à une interprétation de plus en plus restrictive de l'Administration fiscale qui impose une condition de territorialité contraire à la jurisprudence communautaire. Le développement du recours à la commande publique a aussi des conséquences sur la fiscalisation et peut rendre impossible le recours au mécénat.

La fiscalité peut ainsi être pénalisante pour le secteur alors que celui-ci entre dans la concurrence et développe de nouveaux partenariats, aussi bien avec les organisations lucratives privées que publiques.

Une Commission ad hoc avait été instituée pour suivre l'instruction fiscale de 1998. Or, celle-ci ne se réunit plus depuis longtemps alors même qu'il y a une nécessité de sécurité fiscale qui passe par l'identification des situations pour y apporter des réponses adaptées.

Demandes de l'Uniopss

- Opter pour une fiscalité adaptée à la non lucrativité, ce qui imposerait de revoir les seuils et de clarifier la fiscalité du secteur non lucratif.
- Mettre en place un groupe de travail pérenne composé de représentants de l'État, de l'Administration Fiscale, des collectivités locales et d'associations/organisations de l'ESS, afin de faire un état des lieux des mesures fiscales et de formuler des préconisations pour adapter la fiscalité du secteur non lucratif.

2012
2017

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

Emploi, formation, ressources humaines



Pour une politique volontariste de l'emploi et de la formation dans les associations de solidarité

Dans le champ de l'action sociale, médico-sociale et de la santé, le secteur associatif représente environ 33 000 structures employeuses et environ 980 000 salariés². Des pans entiers du secteur sont actuellement en phase de restructuration, dans un contexte de tensions sur les financements et de renforcement de la concurrence. « La » politique de l'emploi et de la formation résulte en fait de multiples orientations : les politiques sectorielles et leur financement, les politiques de professionnalisation et de qualification, les politiques de rémunération, les politiques de soutien au bénévolat et au volontariat, etc. Celles-ci conditionnent non seulement la viabilité des activités, mais aussi le sens du travail, les conditions de travail, le climat social, la qualité de l'emploi et ainsi, au final, la qualité pour l'usager.

Dans ce contexte, soutenir la formation est un enjeu central pour répondre aux besoins de l'emploi en professionnels sanitaires et sociaux qualifiés. Or, les normes financières actuelles de la formation professionnelle tout au long de la vie ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités de l'emploi et des formations sanitaires et sociales. Parallèlement, la régulation financière des établissements sanitaires et sociaux fait obstacle au financement de la formation en alternance des jeunes et obère ainsi la formation de professionnels qualifiés en nombre suffisant.

La viabilité, le devenir et la qualité de ces emplois supposent une politique volontariste portée par l'ensemble des acteurs concernés, pouvoirs publics, partenaires sociaux, mouvements et réseaux associatifs.

Les priorités de l'Uniopss

1. Conforter la concertation avec les associations sur les questions de l'emploi et de la formation, malgré le fait qu'elles ne soient pas officiellement reconnues par les textes qui ont statutairement fondé le dialogue social.
2. Mieux prendre en compte l'emploi et son financement dans la chaîne des décisions publiques : planification, appel à projets et autorisation, contrats d'objectifs et de moyens, tarification, évaluation.
3. Mieux prendre en compte et financer les particularités des formations sanitaires et sociales.
4. Conforter et financer, notamment avec le DLA et en affirmant le rôle des réseaux associatifs, les dispositifs généraux de soutien à l'emploi et à la viabilité des associations.

Fiche 1 – Développer la concertation pour un emploi de qualité dans le secteur social, médico-social et la santé

Fiche 2 – Prévoir et consolider le volet « emploi » dans les politiques sectorielles

Fiche 3 – Soutenir l'accueil des stagiaires dans les formations initiales sanitaires et sociales

Fiche 4 – Développer les contrats et périodes de professionnalisation pour répondre aux besoins en emplois sanitaires et sociaux

Fiche 5 – Soutenir la viabilité des activités et de l'emploi dans les associations de solidarité

Contacts : Christine Chognot – cchognot@uniopss.asso.fr
Hélène Dolgorouky – hdolgorouky@uniopss.asso.fr

² Étude Recherches et solidarités – Uniopss décembre 2011

Fiche 1 – Développer la concertation pour un emploi de qualité dans le secteur social, médico-social et la santé

Situation actuelle

La région est le nœud des politiques de la formation et de l'emploi, reliées à la politique économique. L'État y a installé les Direccte³. La coordination entre les politiques publiques et les acteurs économiques y est instituée (CCREFP⁴) ainsi que le lien avec la société civile (CESER⁵).

La région est un échelon stratégique dans lequel se jouent également les concertations possibles entre les différentes collectivités publiques et les acteurs institutionnels en charge des politiques sectorielles du champ social, médico-social et de la santé.

Les plans métiers, les schémas des formations, les contrats d'objectifs régionaux, sont des leviers centraux des politiques spécifiques de l'emploi pour le travail social et la santé. Un mouvement général de refonte des qualifications est à l'œuvre. Dans les orientations des formations sociales 2011-2013, l'État a affirmé quatre priorités : améliorer l'observation en termes d'emplois, de compétences et de formation ; rendre plus lisible l'offre de certifications concernant les formations sociales ; mieux organiser l'offre de formation ; renforcer la coopération entre l'État et les régions. De fait, ces orientations affirment le caractère généraliste des formations sociales conduisant à un diplôme d'État, selon une logique de tronc commun et de spécialisation, reliée au développement de l'alternance.

La région est enfin un échelon important pour l'organisation de l'économie sociale, qui affirme notamment par les CRESS⁶ sa représentation dans le dialogue social territorial et dans l'ensemble des régulations générales de l'économie, de l'emploi et de la formation.

Problèmes posés

À l'instar des schémas des professions sociales qui ont fait l'objet de priorités nationales articulées à un processus de construction en région, l'ensemble des orientations des politiques de l'emploi et de la formation supposent un pilotage renforcé et concerté.

Demandes de l'Uniopss

- **Affirmer la concertation autour des politiques de formation**

Le développement prévu de plateformes régionales couplant formation et recherche est une condition importante pour relier besoins, certifications, formations et emplois. Il suppose un pilotage coordonné associant l'ensemble des acteurs concernés aux universités et instituts de formation. Il suppose aussi un lien renforcé avec un projet global pour l'emploi.

³ Direccte : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

⁴ CCREFP : Comité de Coordination Régional de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

⁵ CESER : Conseil économique social et environnemental régional

⁶ CRESS : Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire

- **Conforter la concertation avec les associations sur l'ensemble des questions de l'emploi**

Les associations, du fait du nombre d'emplois qu'elles représentent et de leur part dans l'emploi sanitaire et social, sont un partenaire important à prendre en compte dans les concertations organisées, et ce quand bien même leur représentativité n'est pas officiellement reconnue par les textes qui ont statutairement fondé le dialogue social. À ce titre, des initiatives prises dans certaines régions tendant à constituer, au sein des CRESS, des « Pôles employeurs de l'économie sociale » visent à mettre en valeur, tant auprès des pouvoirs publics que des autres acteurs de l'économie, l'importance de cette réalité ; ces initiatives seraient à encourager et développer.

Fiche 2 – Prévoir et consolider le volet « emploi » dans les politiques sectorielles

Situation actuelle

Le système de régulation des activités dans le champ social, médico-social et de la santé est hybride et articule, selon des modalités variées, l'instauration de la concurrence et l'intervention publique directe, sous le régime désormais largement développé de l'appel à projet. Ce système conjugue des normes encadrant l'activité qui ont un effet structurant sur l'emploi (contrôles sur l'installation et le fonctionnement, évaluation des pratiques, protection des droits de l'usager), un encadrement des financements reçus (budgets ou tarifs fixés ou encadrés par les pouvoirs publics), des normes pesant spécifiquement, directement et indirectement, sur l'emploi (professions réglementées, organisations contrôlées par ratios d'encadrement).

Problèmes posés

Certes les politiques actuelles du secteur sont encore, dans certains cas, des politiques de développement (exemple : plan handicap) ; mais elles sont, d'une manière générale, inscrites dans un contexte de restructuration et d'encadrement global des enveloppes, qui percutent directement l'emploi. Les emplois du secteur de l'action sociale, médico-sociale et de la santé relèvent d'activités en grande partie financées par la protection sociale. De ce fait, la régulation de l'emploi y a longtemps été inspirée par la régulation de l'emploi public : des mécanismes juridiques spécifiques ont été mis en œuvre dans les années 1970 pour contrôler l'impact des conventions et accords collectifs conclus entre les partenaires sociaux sur les finances de l'État et de la protection sociale et assurer la parité entre les rémunérations des salariés du secteur privé et des salariés du secteur public. Ce régime de l'agrément-opposabilité voit aujourd'hui ses effets limités du fait des réformes successives de la tarification des activités du secteur.

Demandes de l'Uniopss

- **Intégrer le facteur « emploi » dans l'ensemble de la chaîne des décisions publiques**

Nombre d'associations butent actuellement sur la contradiction entre les actions qu'elles doivent conduire dans le cadre d'un projet théoriquement reconnu et les financements qu'elles reçoivent. Il est indispensable que l'emploi et son financement soient mieux pris en compte dans les mécanismes de la décision publique : planification, appel à projets et autorisations, contrats d'objectifs et de moyens, tarification, évaluation.

- **Réarticuler structuration de l'emploi, reconnaissance des accords collectifs, financement de l'emploi**

Une réflexion de fond reste à porter au sujet de l'engrenage majeur que constituent les conventions collectives et leur soutien par les politiques publiques. Reconnaissance et financement sont des questions politiques, avant d'être des questions juridiques en termes d'« agrément » et d'« opposabilité ». Il est en tous cas nécessaire de garantir le financement d'un emploi de qualité, avec une régulation qui garantisse l'équité entre les statuts d'activité (intervention libérale, service, statut public, privé non lucratif, privé lucratif) et exclue effectivement les effets de dumping social qui permettraient, à budget égal, de « dégager de la marge » en présentant une prestation de moindre qualité, notamment par les effectifs et leur qualification.

Sans engagement ferme dans cette voie, les amorces, aujourd'hui partielles, de remise en cause des statuts et des garanties collectives construits par la négociation, au cours du temps, pourraient prendre de l'ampleur. Alors, la moindre attractivité des métiers du social, déjà perceptible (et parfois constatée en région) s'amplifierait et la qualité des services rendus pourrait être remise en cause.

Fiche 3 – Soutenir l'accueil des stagiaires dans les formations initiales sanitaires et sociales

Situation actuelle

La loi du 24 novembre 2009 sur l'orientation et la formation tout au long de la vie et la loi Cherpion du 28 juillet 2011 constituent en général une avancée pour la sécurisation des parcours professionnels et l'emploi des jeunes. Mais les normes financières actuelles de la formation professionnelle tout au long de la vie ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités de l'emploi et des formations sanitaires et sociales. Elles ne permettent plus de répondre suffisamment aux besoins de l'emploi en professionnels sanitaires et sociaux qualifiés. Parallèlement, les nouvelles régulations financières des établissements sanitaires et sociaux peuvent conduire à sacrifier la formation en alternance des jeunes pour une meilleure compétitivité à court terme, au risque de manquer rapidement de professionnels qualifiés. Or, nombre de ces emplois sont des métiers réglementés et il faut avoir le diplôme pour pouvoir exercer.

Le site du stage ou du contrat de professionnalisation est un lieu d'acquisition de domaines de compétences et non pas de simple juxtaposition de périodes de pratiques aux enseignements théoriques. Les formations initiales sanitaires et sociales supérieures s'appuient sur une formation en alternance avec des stages longs et un encadrement important des stagiaires. Selon les orientations du ministre en charge des Affaires sociales, les formations sociales visent à développer une « alternance intégrative » permettant une meilleure dialectique entre théorie, savoir-faire et savoir être, afin de mieux accompagner les bénéficiaires de la protection sociale, de l'aide sociale et de l'action sociale vers leur autonomie et la réalité de leur citoyenneté.

La régression des possibilités d'accueil au titre de l'alternance dans ce secteur interroge la mise en cohérence des différentes politiques publiques. L'accueil des stagiaires suppose du temps et un investissement financier au détriment de la productivité immédiate du service et donc de sa performance à court terme. Leur encadrement suppose l'acquisition de compétences de transmission, les OPCA⁷ contribuant à financer les formations au tutorat. La gratification des stages des formations sociales pose des problèmes de budget.

Accueillir des stagiaires devient difficile dans le contexte actuel de restrictions financières et d'appels d'offres où l'avantage va au moins-disant. La concurrence est encore plus marquée dans les établissements d'accueil de la petite enfance, primitivement écartés de la directive SSIG⁸. En rupture avec une tradition professionnelle du secteur, beaucoup d'établissements et services sacrifient l'accueil des stagiaires en formation initiale pour assurer leur viabilité et répondre aux exigences de compétitivité et de performance économique à court terme posées par les pouvoirs publics.

Dans ces conditions, les étudiants ont de grandes difficultés à trouver les stages qu'ils souhaiteraient, ce qui nuit à leur accès au diplôme et donc à leur insertion professionnelle.

Pourtant, la démographie professionnelle du secteur montre la nécessité de renouveler les effectifs de professionnels diplômés. La qualité de la cohésion sociale et de la protection sociale, dont l'État est garant, dépend de la qualité du travail social et des soins. Il faut pouvoir avoir formé en alternance un nombre suffisant de professionnels et incité les employeurs à l'accueil des stagiaires pour éviter d'avoir très rapidement à faire face à une pénurie de professionnels qualifiés.

⁷ OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé (par l'État)

⁸ SSIG : Services sociaux d'intérêt général

Problèmes posés

Comment encourager les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux à accueillir des stagiaires ?

Comment contribuer à résoudre la question de l'encadrement des stagiaires et de la gratification des stagiaires en formation sociale ?

Demandes de l'Uniopss

- Intégrer l'accueil des stagiaires dans les critères de performance et de convergence tarifaire des établissements et services.
- En faire l'un des critères des appels d'offres et appels à projets.
- Consolider le financement de la gratification des stagiaires en formation sociale dans le cadre de la tarification.

Fiche 4 – Développer les contrats et périodes de professionnalisation pour répondre aux besoins en emplois sanitaires et sociaux

Situation actuelle

La loi du 24 novembre 2009 sur l'orientation et la formation tout au long de la vie et la loi Cherpion du 28 juillet 2011 pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels constituent des avancées importantes. Cependant, certaines dispositions prises pour leur application font obstacle à la poursuite de leurs objectifs par les associations sanitaires et sociales, du fait des spécificités fiscales et professionnelles qui les régissent.

Des emplois sanitaires et sociaux sont non pourvus faute de professionnels qualifiés, alors même que ce secteur est attractif pour les jeunes et les demandeurs d'emploi.

Les associations n'étant pas soumises à la taxe d'apprentissage, les possibilités de formation par cette voie sont réduites, même si bien des régions ont choisi de compléter les possibilités développées par les branches sur les fonds de la formation continue.

Une partie importante des métiers sanitaires et sociaux sont réglementés : il faut avoir le diplôme pour pouvoir exercer. L'organisation professionnelle des établissements et services de ce secteur est aussi réglementée professionnellement pour offrir la qualité requise, au service de l'intérêt général dont l'État est le garant. Les formations professionnelles sanitaires et sociales pour l'acquisition du diplôme sont réglementées en conséquence.

Or les OPCA⁹ de ce champ ne peuvent plus accéder aux péréquations du FPSPP¹⁰ au titre des contrats et périodes de professionnalisation : les normes établies ne permettent pas de tenir compte des normes réglementaires de durée fixées pour les qualifications sanitaires et sociales, ni de leur coût moyen.

Les établissements et services de ce champ sont donc prélevés du montant de la cotisation au FPSPP, sans avoir de retour au titre de la péréquation. Cela obère leur accueil de jeunes en contrat de professionnalisation, alors même qu'il y a des besoins en emplois qualifiés.

La prise en compte des particularités de l'emploi et de la qualification de ce secteur dans le cadre du FPSPP dépend des orientations du gouvernement, car les associations sont en dehors du champ de la représentativité interprofessionnelle.

Problèmes posés

Les contrats et périodes de professionnalisation ne prennent pas en compte les particularités des formations sanitaires et sociales. Cela réduit leur développement dans ce secteur, alors même qu'il y a besoin d'emplois qualifiés.

Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss demande une prise en compte des particularités des formations sanitaires et sociales en durée et en coût, dans le cadre du FPSPP, pour l'accès aux péréquations au titre des contrats et périodes de professionnalisation.

⁹ OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé (par l'État)

¹⁰ FPSPP : Fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels

Fiche 5 – Soutenir la viabilité des activités et de l'emploi dans les associations de solidarité

Situation actuelle

Dans le champ de l'action sociale, médico-sociale et de la santé, le secteur associatif représente environ 33 000 associations employeuses, environ 980 000 salariés¹¹ et une masse salariale de 19 milliards d'euros. Les réformes engagées dans le champ des activités de service financées par la protection sociale touchent directement les associations et peuvent fragiliser leurs emplois. Marquant une rupture de tendance, la progression de l'emploi a cessé fin 2010 : 6 300 salariés en moins sont enregistrés entre octobre 2010 et juin 2011, dont 4 900 dans le seul secteur de l'aide à domicile.

Problèmes posés

L'accompagnement des restructurations suppose une politique volontariste des pouvoirs publics et, au-delà, de l'ensemble des acteurs concernés. Les dispositifs de soutien à l'emploi existants voient leurs effets en partie limités par leur discontinuité et leur morcellement.

Demandes de l'Uniopss

- **Améliorer la lisibilité et l'accessibilité des différentes mesures de soutien à l'emploi par une politique de guichet ou de portail unique d'informations sur les dispositifs relatifs à l'emploi**

La nécessité du soutien à l'emploi a généré l'émergence de multiples dispositifs initiés par les pouvoirs publics. Ils permettent de nombreuses opportunités d'accès à l'aide publique. Toutefois, leur diversité, leurs différents porteurs (État, conseil régional, ...) sont un facteur de complexité et probablement de dilution de l'effet des aides.

Une politique de regroupement plus systématique de l'information pourrait être encouragée, en lien avec le développement d'une politique générale et concertée de l'emploi.

- **Développer, avec le DLA, le soutien à la viabilité des activités et de l'emploi dans les associations de solidarité**

Depuis la création du DLA¹², les associations du champ social, médico-social et de la santé ont pu prendre appui sur les différentes formes d'accompagnements individuel et collectif prévus. Des actions sectorielles et territoriales (passerelles SAP-IAE¹³, soutien aux CSI, accompagnement de la professionnalisation des SSIAD¹⁴, soutien aux activités d'aide à domicile, outils pour le développement des micro-crèches, ...) reliant via l'animation de l'AVISE le rôle des C2RA¹⁵, DLA et du Cnar Social médico-social santé, ont pu être engagées.

Alors que les contraintes pesant sur des pans entiers du secteur s'accroissent, avec des effets observés ou craints sur l'emploi, il est d'autant plus nécessaire de développer, avec le DLA, l'accompagnement de la viabilité des activités et des emplois.

¹¹ Étude Recherches & Solidarités – Uniopss, décembre 2011

¹² DLA : Dispositif local d'accompagnement

¹³ SAP-IAE : Services à la personne – Insertion par l'activité économique

¹⁴ SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

¹⁵ C2RA : Centre régional de ressources et d'animation – Cnar : Centre national d'animation et de ressources

Cela suppose le soutien confirmé des pouvoirs publics, avec, pour les activités du champ social, médico-social et de la santé, l'action et le financement concertés de la DGEFP, de la DGCS et de la Caisse des Dépôts.

Cela suppose également la reconnaissance du rôle des réseaux associatifs et le soutien à leurs missions d'accompagnement des associations.

- **Valoriser le bénévolat et le volontariat comme des engagements civiques mais aussi comme des expériences pouvant soutenir l'insertion professionnelle**

L'accompagnement de la discontinuité des parcours dans l'emploi suppose de prendre en compte de multiples facteurs, au-delà de la qualification initiale et de l'expérience professionnelle *stricto sensu*.

Dans ce contexte, les expériences de bénévolat et de volontariat peuvent constituer des passerelles constructives vers l'emploi. Elles supposent une meilleure reconnaissance.

2012
2017

Préoccupations prioritaires
et demandes de l'Uniopss

Régulation des institutions sociales et médico-sociales



Démocratie sanitaire et régulation des institutions sociales et médico-sociales

La promotion dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de la démocratie sanitaire s'inscrit dans la ligne des lois du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. C'est, pour l'Uniopss, sur ce socle que repose le droit des personnes fragilisées par la maladie, la perte d'autonomie ou l'exclusion sociale.

C'est, dans le respect de ces droits fondamentaux, que les associations de santé, d'action sociale et de solidarité développent leurs projets de réponses adaptées à ces situations. La spécificité de leur rôle dans l'exercice de ces missions d'intérêt général et d'utilité sociale doit être reconnue.

Les priorités de l'Uniopss

1. Garantir l'effectivité du droit des personnes fragiles
2. Associer les acteurs présents sur les territoires à la définition des schémas et à l'élaboration des programmes
3. Abroger la procédure d'appel à projet
4. Inscrire tous les dispositifs d'intervention à domicile dans la réglementation sociale et médico-sociale

Fiche 1 – Droit des usagers dans le secteur social et médico-social

Fiche 2 – Évaluation des besoins, planification et développement de l'offre

Fiche 3 – Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Fiche 4 – Réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi du 2 janvier 2002

Contact : Bernard Delanglade – b.delanglade@uriopss-pacac.asso.fr

Fiche 1 – Effectivité du droit des usagers dans le secteur social et médico-social

Situation actuelle

Afin de les aider à faire valoir leurs droits, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit que les personnes accueillies ou accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que les lieux de vie et d'accueil peuvent avoir recours à des personnes qualifiées.

Le recours possible à des « tiers-experts » a été introduit dans la loi afin de tenter de compenser le déséquilibre naturel entre usager et organisme gestionnaire d'un établissement ou service, particulièrement lorsque le premier entend voir ses droits respectés par l'institution.

Cette disposition est semblable à celle contenue dans le code du travail qui permet à des salariés de se faire assister par des personnes qualifiées, extérieures à l'entreprise, et dont le nom figure sur une liste établie par la Direccte.

S'agissant des personnes qualifiées prévues par la loi 2002-2, leur fonction est bénévole et elles doivent être désignées conjointement par le préfet de département et le président du conseil général, leur nom devant pouvoir être communiqué aux personnes pouvant y avoir potentiellement recours (CASF, art. L.311-5).

Sur un autre plan relatif à l'exercice du droit des personnes, la loi 2002-2 a affirmé (art. L.311-3) le droit de toute personne à accéder aux informations qui la concernent. Un décret devait prévoir les modalités d'accès à ces informations.

Or, la loi Warsmann du 17 mai 2011 dite « de simplification et d'amélioration du droit » a supprimé la possibilité pour le gouvernement de prendre un décret explicitant le droit reconnu à toute personne accompagnée (ou à son représentant légal) d'accéder à toute information ou document relatif à sa prise en charge.

Problèmes posés

L'Uniopss considère que ce dispositif des « personnes qualifiées » est un des éléments garantissant, dans notre pays, la démocratie sanitaire que le législateur a inscrit comme principe général dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

Dix ans après le vote de la loi 2002-2, elle doit cependant déplorer que peu de préfets et de présidents de conseils généraux aient procédé à la désignation de ces personnes qualifiées, empêchant ainsi ce dispositif d'entrer en vigueur.

De même, la question du statut de ces personnes et des conditions posées pour leur désignation reste entière. La loi n'ayant pas renvoyé à un décret le soin de préciser ces points, le Conseil d'État a refusé que soient maintenues dans le projet de décret élaboré par la DGAS ces utiles précisions.

D'autre part, pour ne pas « encombrer » notre droit de trop de mesures, renoncer à préciser par décret les modalités d'accès aux informations qui la concerne peut conduire, pour toute personne accompagnée, compte tenu de sa fragilité, à une impossibilité d'exercer son droit à l'information.

Lacordaire devrait, encore aujourd'hui, inspirer le législateur : « Entre le fort et le faible, c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère. » !

Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss demande qu'une circulaire rappelle notamment aux préfets et aux directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) l'importance de la désignation des personnes qualifiées. Ce volet du droit des usagers ne peut rester lettre morte du fait de l'inaction des pouvoirs publics.

En outre, la loi pourrait être modifiée afin de permettre l'intervention d'un décret d'application sur le versant conditions de désignation, statut et modalités d'intervention de ces personnes.

Enfin, l'Uniopss demande l'abrogation de la disposition de la loi Warsmann et la publication d'un décret réglementant les conditions d'accès de toute personne aux informations qui la concernent.

Plus généralement, l'Uniopss constate, une fois de plus, qu'une loi aussi importante que la loi du 2 janvier 2002 dite « de rénovation de l'action sociale et médico-sociale » n'a, dix ans après sa promulgation, fait l'objet d'aucune évaluation de sa mise œuvre.

Afin d'éviter des « empilements » législatifs hasardeux, l'Uniopss demande que, préalablement à toute nouvelle réglementation, cette évaluation soit réalisée.

Fiche 2 – Évaluation des besoins, planification et développement de l'offre

Situation actuelle

L'approche de court terme qui caractérise la décision publique conduit à une insuffisance de prospective et à l'absence d'anticipation d'un certain nombre d'évolutions concernant les publics accueillis ou accompagnés par le secteur social et médico-social. C'est ainsi que l'effort consenti en direction des structures accueillant des enfants et adolescents handicapés n'a pas été prolongé de manière adéquate pour les structures accueillant des personnes adultes et que le vieillissement des personnes handicapées a également été sous-estimé. Dans le champ des personnes âgées, la prise en compte des effets du vieillissement de la population aura été très tardive. Il ne s'agit là que de quelques exemples qui illustrent un phénomène plus général d'absence d'anticipation de la part des pouvoirs publics d'évolutions qui affectent l'ensemble du dispositif social et médico-social et également sanitaire.

De plus, la loi HPST du 21 juillet 2009 a redéfini les échelons de planification des établissements sociaux et médico-sociaux, en distinguant :

- le schéma régional d'organisation médico-sociale de l'ARS, composante, avec le Priac¹⁶, du projet régional de santé (PRS) ;
- les schémas du préfet de région portant sur les Cada¹⁷, les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial et les personnes physiques mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou déléguées aux prestations familiales ;
- les schémas départementaux ASE¹⁸ et PJJ¹⁹ et ceux portant sur les personnes handicapées ou personnes âgées en perte d'autonomie ;
- le schéma national sur les handicaps rares.

Enfin, la même loi HPST a inscrit la nouvelle procédure de délivrance des autorisations sur la base de schémas pertinents, reflétant les véritables besoins de la population et traduisant une ambition de développement et d'évolution de l'offre.

Problèmes posés

Cette absence d'anticipation pose un certain nombre de problèmes parmi lesquels :

- des risques de rupture de prise en charge ;
- le recours à des équipements sociaux et médico-sociaux partiellement inadaptés ou situés sur le territoire d'autres pays membres de l'Union européenne ;
- des options de développement de l'offre sociale et médico-sociale peu débattues.

Les associations d'action sociale et de solidarité constatent que trop de schémas ont un contenu flou ou résultent, en violation du principe de démocratie sanitaire, de consultations insuffisantes avec les acteurs de terrain.

¹⁶ Priac : Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

¹⁷ Cada : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

¹⁸ ASE : Aide sociale à l'enfance

¹⁹ PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

Ces méthodes sont en décalage avec les recommandations contenues dans le dernier rapport du Conseil d'État (« Consulter autrement, participer effectivement » rapport public 2011) qui rappelle l'importance d'associer la société civile à l'élaboration des politiques publiques afin d'en améliorer la qualité.

Demandes de l'Uniopss

Puisque tout travail de planification doit reposer sur l'évaluation des besoins de santé (au sens large) de la population, cette évaluation doit se faire de manière sincère, objective et exhaustive.

Le choix de priorités de financement, compte tenu de contraintes budgétaires indéniables, ne doit venir que dans un second temps.

Les schémas ne peuvent être limités à des éléments chiffrés ou statistiques (dont parfois les sources sont inconnues ou remontent à plusieurs années). Ils doivent permettre la vérification de l'adéquation ou des écarts entre les programmations financières traduisant ces schémas et les besoins que ces derniers auraient reconnus comme existants.

Si le recours aux ratios et moyennes est compréhensible, il ne saurait se substituer à une observation *in situ* des besoins que peuvent utilement alimenter les acteurs de terrain.

Or, nombre de schémas ont été arrêtés par les DG-ARS, au cours des derniers mois, sans participation effective des conférences de territoire (installées tardivement).

Sur ces trois points, des instructions doivent être données aux DG-ARS pour reprendre, si nécessaire complètement et dans le strict respect des étapes que fixe la loi HPST, l'élaboration de schémas prenant véritablement en compte les observations de terrain élaborées par les conférences de territoire.

Le développement de l'offre ne peut pas être circonscrit à la seule déclinaison en région des différents plans nationaux ou instructions nationales.

Aussi, la prise en considération des spécificités territoriales impose que les ARS disposent de marges de manœuvre nécessaires pour développer une réponse aux besoins adaptée aux constats locaux tels que remontés par les différents acteurs de terrain.

La diversification des schémas (régionaux, départementaux, ...) exige une articulation entre les documents de planification élaborés par l'ARS, les conseils généraux, la DRJSCS²⁰...

Ainsi si le décret du 14 juin 2011 a prévu une consultation du CDCPH²¹ et du CODERPA²² sur les schémas départementaux de chaque conseil général, il n'a pas retenu la proposition de l'Uniopss demandant que la CRSA²³ soit également consultée sur ces schémas.

L'Uniopss demande une modification du décret dans ce sens ; cela permettrait d'exprimer une vision régionale et une articulation entre les schémas départementaux d'une même région.

D'une manière générale, enfin, la démocratie sanitaire doit guider le mode de fonctionnement des instances de concertation ; l'Uniopss demande qu'à chaque avis et proposition émanant de la CRSA ou de toute commission spécialisée, l'ARS soit tenue d'apporter une réponse formelle et circonstanciée.

²⁰ DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

²¹ CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

²² CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

²³ CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Fiche 3 – Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Situation actuelle

La loi HPST a profondément modifié la procédure de délivrance des autorisations de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ainsi que des lieux de vie et d'accueil, en introduisant une procédure d'appel à projet pour les équipements sollicitant des financements publics.

Problèmes posés

L'Uniopss a toujours désapprouvé le recours systématique à la technique de l'appel à projet pour la création de nouveaux établissements, services sociaux ou médico-sociaux ou lieux de vie et d'accueil comme pour le renouvellement des autorisations.

Cette utilisation systématique lui semble comporter plusieurs dangers.

Tout d'abord, celui d'empêcher la création de réponses innovantes et de standardiser les réponses mises en œuvre. Dans le secteur social et médico-social, ce sont historiquement les acteurs de terrain qui, détectant des besoins non satisfaits ou de nouveaux besoins, ont cherché à construire de nouvelles formes de réponses. Ainsi, encore récemment, la création de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour, des boutiques de solidarité sont le fait d'associations qui sont allées ensuite rechercher le soutien de la puissance publique. Cette dernière a rarement été précurseur dans la détection des besoins et dans l'imagination de nouvelles formes de réponses. Dès lors, il est à craindre que les cahiers des charges ne portent que sur des types de réponses déjà existants et empêchent des projets novateurs ou à la marge d'émerger faute d'entrer dans le moule du cahier des charges. Cette démarche descendante, très dirigiste nous semble être à l'opposé de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social.

Ensuite, le recours systématique à la technique de l'appel à projet risque, à notre sens, de s'accompagner de conditions tenant par exemple au respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles ne favorisant pas la professionnalisation et la qualification des intervenants dans ce secteur. Depuis des années, on assiste en effet à une tension forte entre, d'un côté, la volonté de professionnaliser, d'améliorer les qualifications des personnes intervenant dans ce secteur, d'améliorer la qualité des réponses mises en œuvre, et, de l'autre, une pression très forte sur les coûts des structures. Cette opposition n'est pas tenable à terme.

Enfin, lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, il a été indiqué qu'il était attendu du développement de la technique de l'appel à projet une réduction du délai moyen de création de nouvelles structures afin de ramener celui-ci de 4 ans à 2 ans. Pour l'Uniopss, le développement du secteur social et médico-social nécessite de dégager des financements publics plus conséquents. De nombreux projets ne peuvent aujourd'hui aboutir pour la simple raison que la puissance publique leur oppose l'absence de financements disponibles. De même, en utilisant plus fortement les enveloppes d'anticipation et les autorisations à effet différé, on peut donner plus de visibilité aux promoteurs et gagner du temps. De même, l'ouverture plus fréquente des « fenêtres d'autorisation », une réponse plus rapide de l'administration au promoteur (le délai de 6 mois prévu par la loi étant un délai maximal) sont également de nature à réduire les délais.

L'Uniopss, en écartant le caractère systématique de la technique de l'appel à projet, a proposé d'en limiter le recours à l'hypothèse où des besoins de la population ne sont pas satisfaits sur un territoire donné et qu'aucun gestionnaire ne s'est positionné pour y répondre.

Enfin, pratiquement, bien loin de permettre une « sincère, loyale et équitable » mise en concurrence des offreurs de services, la mise en œuvre, depuis quelques mois, de cette procédure conduit, plutôt, les autorités compétentes en matière d'autorisation à arrêter un cahier des charges qui permette de qualifier un gestionnaire plutôt qu'un autre.

Cela est particulièrement flagrant lorsqu'il s'agit de procéder à une extension de capacité dont il convient de faire bénéficier un établissement ou service préexistant sur le territoire concerné plutôt que de retenir une offre totalement nouvelle.

La procédure d'appel à projet à laquelle est contrainte, réglementairement, l'autorité n'a, alors, qu'une apparence de mise en concurrence.

L'inadéquation de la procédure d'appel à projet avec les exigences d'une régulation efficace du secteur social et médico-social est également démontrée. Elle peut, par exemple, être illustrée par le cas particulier de la mise en œuvre de la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE).

Demandes de l'Uniopss

La procédure d'appel à projet (loi HPST) met en cause la spécificité d'innovation et d'expérimentation des associations d'action sociale et de solidarité ; elle est contre-productive au regard des enjeux d'adaptation et de territorialisation des réponses aux besoins sociaux et médico-sociaux. L'Uniopss demande donc l'abrogation de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Si l'abrogation n'était pas possible, l'Uniopss demande :

- l'application d'une procédure et de critères identiques de demande d'autorisation quel que soit le type de financement de l'opération envisagée. Ainsi, l'absence de l'exigence de compatibilité avec les schémas d'organisation pour les projets ne faisant pas appel à des financements publics n'est pas acceptable ;
- l'obligation du respect de la procédure de certains projets, aujourd'hui exclus en raison de la nature du promoteur (PJJ) ;
- l'exclusion de la procédure d'appel à projet des transformations « non importantes » impliquant un changement de catégories de bénéficiaires. En effet, la réglementation actuelle en la matière fait courir un risque évident de sclérose dans l'adaptation des équipements aux besoins des personnes accompagnées.

Fiche 4 – Réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi du 2 janvier 2002

Situation actuelle

La loi sur le développement des services à la personne du 26 juillet 2005 et l'ordonnance de simplification du droit du 1^{er} décembre 2005 ont prévu un droit d'option pour les gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes âgées, adultes handicapés ou dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.

Les gestionnaires peuvent choisir de relever :

- soit de l'autorisation de création délivrée par le président du conseil général. Dans ce cas, ils se voient appliquer l'ensemble des dispositions de la loi du 2 janvier 2002, dispositions qui visent à protéger les personnes fragiles ou vulnérables ;
- soit de l'agrément qualité délivré par le préfet de département. Dans cette dernière hypothèse, ils ne sont tenus qu'à un nombre très limité de dispositions de cette loi (remettre un livret d'accueil, conclure un contrat avec l'usager ou son représentant légal, disposition sur le contrôle et la fermeture, évaluation dans des conditions qui ont été fixées par un décret).

Problèmes posés

Les services qui ont opté pour l'agrément qualité échappent à toute logique de planification qui vise pourtant à répartir harmonieusement l'offre sur l'ensemble du territoire. Ainsi, peuvent apparaître, sans cohérence par rapport aux besoins de la population, des zones très bien desservies et de véritables « déserts » en termes d'offre de ce type de services. Il en résulte au demeurant une véritable inégalité entre ceux qui choisissent de relever de l'autorisation de création et ceux qui ont opté pour l'agrément qualité, les premiers n'ayant pas la liberté d'implantation géographique et risquant de n'avoir d'autre choix que de se développer dans les zones délaissées par ceux qui ont opté pour l'agrément qualité. Les dispositions sur la visite de conformité ne sont également pas applicables à ces derniers alors qu'elles visent à vérifier que les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement sont bien remplies avant que le service ne commence à délivrer ses prestations. De même, les logiques de tarification ne leur sont pas applicables et ce alors même que ces services dispensent des prestations pouvant être solvabilisées par l'APA²⁴. Il risque d'en résulter des services qui offriront soit des prestations à des coûts très élevés, inaccessibles pour la grande majorité de nos concitoyens, soit des prestations peu onéreuses mais ne répondant pas à des conditions techniques minimales d'organisation, de fonctionnement et de standard de qualité. Ces dernières n'étant vérifiées que dans quelques années.

Par ailleurs, alors que le président du conseil général s'était vu reconnaître par la loi 2002-2 le rôle de régulateur des services d'aide à domicile, rôle conforté par la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales, il n'a désormais plus prise sur la création, la planification et la tarification des services qui ont opté pour l'agrément qualité.

²⁴ APA : Allocation personnalisée d'autonomie

Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss demande la réintégration de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile délivrant des prestations d'action sociale et médico-sociale en direction de personnes fragiles ou vulnérables dans les modes de régulation de la loi 2002-2. Cette demande est formulée dans un souci de protection des publics fragiles, de cohérence au regard des positions défendues en commun face aux risques de dérégulation européenne et de respect des nouvelles attributions dévolues aux départements dans le cadre de la loi sur les libertés et responsabilités locales du 13 août 2004.

S'agissant d'abord de la protection des publics fragiles, l'Uniopss réaffirme son attachement aux mécanismes institués par la loi du 2 janvier 2002 dans un souci de prévention. Ces mécanismes permettent de vérifier que les conditions d'une bonne prise en charge des publics fragiles sont bien remplies avant que le gestionnaire ne crée un établissement ou un service et ce via l'autorisation de création et la visite de conformité. Le dispositif d'agrément est loin d'apporter les mêmes garanties. L'Uniopss s'inquiète du risque de déconstruction de la loi du 2 janvier 2002 qui est ainsi initié. Pourquoi demain ne pas étendre ce mécanisme à d'autres établissements et services ? L'Uniopss considère qu'à partir du moment où un établissement ou service intervient en direction de publics fragiles, il doit relever de manière obligatoire de la loi du 2 janvier 2002 et se voir appliquer l'intégralité de cette loi. Qu'un cadre différent, du type agrément, puisse s'appliquer pour les services qui n'interviennent pas en direction des publics fragiles ne la heurte pas.

Au regard des enjeux européens, les associations et les pouvoirs publics ont défendu en commun en direction de la Commission européenne les raisons qui expliquent le cadre protecteur retenu par la loi du 2 janvier 2002 et ce face aux risques de dérégulation contenus dans le projet de directive européenne de libéralisation des services. Le souci de protéger les publics fragiles est l'un des éléments fondamentaux mis en avant. Adopter un autre cadre n'offrant pas les mêmes garanties n'est pas cohérent avec notre position vis-à-vis des instances communautaires.

Enfin, la loi sur les libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a confié aux départements un rôle de collectivité chef de file en matière d'action sociale et médico-sociale. Celle du 2 janvier 2002 lui a par ailleurs reconnu un certain nombre d'attributions en matière de planification des services d'aide à domicile, d'autorisation de création et de tarification. La création du droit d'option, en revenant en partie sur les prérogatives des conseils généraux, va à contresens de cette évolution.

2012
2017

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

Réforme de l'État et des collectivités territoriales



Réforme de l'État et des collectivités territoriales

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

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

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

La remise à plat des politiques publiques a été amorcée par une forte volonté politique de réformer l'État. Elle a pris pour cadre la révision générale des politiques publiques (RGPP) et a abouti à une nouvelle structuration des administrations déconcentrées : DIRECCTE²⁵, DRPJ²⁶, DREAL²⁷, DRJSCS²⁸. Dans le champ des associations de santé et du médico-social ont été créées les ARS.

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

Les priorités de l'Uniopss

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

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

Fiche 2 – Les collectivités territoriales

Contact : Bruno Delaval – b.delaval@uriopss-npdc.asso.fr

²⁵ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

²⁶ Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse

²⁷ Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

²⁸ Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

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

Situation actuelle

L'idée de constituer des ARS s'est rapidement décidée. De fait, le processus était en marche. Les arguments en faveur de l'ARS – mettre fin « aux tuyaux d'orgue des politiques publiques » et rendre effective leur coordination – passaient certes par le regroupement de services de l'État mais également par celui des organismes de Sécurité sociale. Les arguments de rationalité ne manquaient pas pour mettre sous un même toit la médecine de ville, les établissements de santé, le médico-social, et la santé publique avec la politique de prévention. L'attachement des acteurs locaux à une meilleure coordination invitait à adhérer à ce processus. Pourtant, cela modifiait fortement l'organisation entre les CRAM²⁹, les URCAM³⁰, les DRASS³¹... Sept organismes étaient unifiés, les lignes bougeaient par voie de conséquence avec les autres administrations et avec les collectivités territoriales.

Les ARS créées par la loi du 21 juillet 2009 apportent à l'organisation du système de santé un nouveau pilotage : « elles renforcent la capacité d'action collective du champ de la santé en dépassant les cloisonnements sectoriels, en garantissant une conduite cohérente et efficace des politiques de santé ». Le pouvoir détenu par une seule entité régionale est fort : « décliner au niveau régional la politique de santé ». Le directeur général de l'ARS dispose des pouvoirs les plus étendus : un large périmètre d'intervention, une autorité régionale peu contestable et reliée à un pilotage national (le comité national de pilotage), à des financements nationaux, à la CNSA³² et, enfin, rattaché au Premier ministre.

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

Problèmes posés

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

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

²⁹ Caisse Régionale d'Assurance Maladie

³⁰ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

³¹ Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales

³² Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

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

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

- La décentralisation de la santé attendue s'est en fait concrétisée par une double reconcentration : des services déconcentrés au niveau départemental vers une agence organisée au niveau régional, une agence régionale reliée à l'État central coordonnée et animée par un comité de pilotage national. La mission de l'ARS est de décliner en région les politiques de l'État. Les orientations politiques des ARS découlent de leur CPOM³³ signé avec l'État. Ces indicateurs sont gardés pour analyser et évaluer les schémas.
- L'organisation de l'État au niveau du local – départements et arrondissement avec sous-préfectures – reste à analyser. Ce mouvement est analysé comme le retour de l'État. Ce d'autant plus que les unités territoriales de certaines directions régionales, la création de la direction départementale de la population, ou de directions départementales de la cohésion sociale et de délégations départementales de l'ARS, créent un nouvel ordonnancement départemental et local complexe. Ces redécoupages des territoires de santé instaurent des modèles différents selon les régions, selon les départements. La loi HPST appréhende mal les territoires : un seul interlocuteur dans le champ sanitaire et médico-social et un seul interlocuteur régional.

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

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

Des personnes en situation de vulnérabilité avec des problématiques santé se retrouvent dans les CHR³⁴ qui disposent ou non de lits halte soins santé, dans les CADA³⁵, dans les CSAPA³⁶, dans les structures de l'IAE. Beaucoup de personnes sont concernées par ces actions collectives financées par la politique de la ville qui a ouvert un volet santé, par les actions collectives liées au RSA...

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

³³ Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

³⁴ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

³⁵ Centre d'accueil des demandeurs d'asile

³⁶ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La CRSA³⁷ est d'une composition complexe. Les membres présents se sont réjouis de l'organisation de la démocratie sanitaire mais ils s'interrogent sur l'utilisation par l'ARS de l'apport de la CRSA et sur son éventuelle instrumentalisation. Les défauts et les insuffisances de la démocratie sanitaire sont montrés du doigt. Cela ne résulte pas uniquement d'un calendrier serré pour l'élaboration et l'approbation des programmes.

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

³⁷ Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

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

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

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

Demandes de l'Uniopss

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

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

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

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

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

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

Fiche 2 – Les collectivités territoriales

Situation actuelle

Dans un contexte où les enjeux financiers ne sont pas des moindres, les collectivités territoriales exercent des compétences qu'elles ne peuvent plus assumer, qu'il s'agisse de l'APA³⁸, de la PCH³⁹, du RSA... La non compensation des charges porte atteinte au principe de libre administration ; un quart des départements français ont saisi les juridictions administratives. Le Conseil Constitutionnel a reconnu la fragilité du financement de la « décentralisation sociale » : elles sont « financièrement asphyxiées » (décision n°2011-143). Il reconnaît par ses réserves que le reste à charge incombant aux collectivités territoriales est insupportable. Les collectivités territoriales ont dès lors tendance à se réfugier dans leurs compétences obligatoires. De ce fait, elles amorcent la suppression de la clause de compétence générale. Ainsi, certains conseils généraux réduisent et limitent la prise en charge des mineurs isolés étrangers, des jeunes majeurs, ou ne s'impliquent plus financièrement dans le champ de la petite enfance.

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

Problèmes posés

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

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

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

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

³⁸ Aide personnalisée d'autonomie

³⁹ Prestation de compensation du handicap

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

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

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

Les questions restent nombreuses :

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

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

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

Demandes de l'Uniopss

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

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

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

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

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

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

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

2012
2017

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

Tarification Coopération Contractualisation



Tarification – Coopération – Contractualisation

Méthode et outils des réformes politiques

À l'heure actuelle, le secteur social et médico-social fait face à de profondes mutations et à la naissance d'une nouvelle régulation ; le contexte économique et politique incite fortement à la restructuration du secteur, par le biais de la contractualisation et de la coopération dans un contexte de contraintes budgétaires fortes et de réforme de la tarification, transformant le mode de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Les priorités de l'Uniopss

1. Adopter une nouvelle méthodologie de concertation pour toute réforme avec les acteurs et partenaires du secteur, notamment les associations, qui doit entrecroiser l'évaluation des besoins, les référentiels existants... Cette concertation peut porter sur les outils tels qu'un observatoire des besoins, un système d'informations partagées, les schémas et plans d'actions, la tarification...
2. Promouvoir un tarif lié aux besoins des personnes (projet de vie) et au projet d'établissement et abandonner les tarifs plafonds. Favoriser ainsi une étude nationale sur les besoins, les prestations et les coûts permettant de définir un intervalle de coût et d'instaurer une tarification négociée qui inclue la pluriannualité.
3. Promouvoir des coopérations qui améliorent réellement la qualité de la prise en charge des publics et qui ne répondent pas qu'à une réduction des moyens ; si l'efficacité est à rechercher, la baisse des coûts n'est pas forcément immédiate mais à apprécier dans le temps.
4. Veiller à conserver l'ancrage territorial et une diversité des acteurs quant à leur taille, leur identité et leur capacité d'innovation.
5. Développer des outils à destination des administrations et des collectivités territoriales, visant à promouvoir les relations partenariales entre associations et pouvoirs publics de manière à respecter le projet associatif et la capacité d'initiative des associations.

Fiche 1 – Accompagner et piloter les politiques de financement et de tarification

Fiche 2 – Promouvoir la coopération

Fiche 3 – Renouveler le partenariat entre les associations et l'État

Contact : Delphine Guilet – dguilet@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Accompagner et piloter les politiques de financement et de tarification

Situation actuelle

Le contexte budgétaire actuel est caractérisé par une augmentation très rapide du déficit du régime général de la Sécurité sociale, passant de 9,4 Md€ en 2009 à 23,6 Md€ en 2011. De même, le budget de l'État est déficitaire de 96 Md€ en 2011. Ainsi, le déficit de l'État atteint 5,2 % du PIB en 2011.

Dans ce contexte de contraintes budgétaires de plus en plus fortes, la demande et le besoin d'accompagnement social augmentent. Cela crée un décalage entre le besoin d'accompagnement des personnes, la qualité de cet accompagnement et les moyens qui y sont alloués.

Ce constat a engendré un nouveau mode de régulation marqué par la mutation dans les relations avec les partenaires institutionnels, la pression des éléments économiques sur le fonctionnement et l'organisation et par des nouveaux modes de tarification. Dorénavant, une logique financière et comptable domine et prend le pas.

Elle s'inscrit dans la démarche plus globale d'inversion de logique qui apparaît également dans les nouvelles relations entre pouvoirs publics et associations, basées sur la mise en concurrence et la contractualisation. D'une logique de « besoins », partant des projets élaborés, on est passé à une logique dont l'origine est maintenant constituée de « ressources » (enveloppes limitatives de crédit). C'est la logique des outils que sont les tarifs plafonds et les coûts cible avec comme instrument budgétaire l'EPRD (État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses).

Problèmes posés

Les associations participent à l'évolution du système de financement et de tarification et n'en nient pas l'intérêt. L'objectivation des coûts et d'une convergence tarifaire apparaissent comme une nécessité. Toutefois, elles mettent en garde sur le risque que les réponses apportées aux usagers ne soient plus au centre du dispositif tarifaire. La maîtrise des dépenses publiques est une question centrale et nécessaire, mais elle ne doit pas se faire au détriment des personnes concernées.

La nouvelle logique financière pose également le risque de la standardisation des réponses et de la normalisation des projets, pour rester dans l'enveloppe budgétaire proposée. Dans le secteur social et médico-social, certains indicateurs se basent ainsi sur des considérations trop budgétaires et comptables, tendant à l'instauration de « normes » et de standards, sans tenir compte des missions propres à la structure. Deux risques majeurs apparaissent alors : l'impossibilité de voir émerger des projets adaptés aux spécificités des populations et des territoires, et le risque de sélection des publics.

Demandes de l'Uniopss

- Adopter, pour toute réforme, une nouvelle **méthodologie de concertation** avec les acteurs et partenaires du secteur, notamment les associations. Cette démarche doit entrecroiser l'évaluation des besoins, les référentiels existant... La concertation peut porter sur les outils tels qu'un observatoire des besoins, un système d'informations partagées, les schémas et plans d'actions, la tarification...

- **Investir le CNOSS** (Comité national de l'organisation sanitaire et sociale) des missions de co-construction, de concertation, de représentation, d'échange et de proposition ; renforcer ses missions et l'appuyer par un groupe technique permanent, travaillant sur les outils.
- **Développer un système d'information** et d'évaluation doté d'un outil fiable qui permettra d'objectiver les besoins et les coûts leur afférant afin de répartir l'enveloppe de façon juste.
- Mettre en place un partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) associant les acteurs de façon systématique pour élaborer des études de coût.
- Entreprendre une étude transversale sur la tarification dans le social et médico-social.
- Expérimenter et évaluer de façon large tout nouvel outil tarifaire et budgétaire avant sa mise en place.
- **Promouvoir un tarif lié aux besoins des personnes** (projet de vie) et au projet d'établissement et abandonner les tarifs plafonds. Favoriser ainsi une étude nationale sur les besoins, les prestations et les coûts permettant de définir un intervalle de coût et d'instaurer une tarification négociée qui inclue la pluriannualité.
- Apporter une visibilité dans les politiques publiques en adaptant les exigences aux moyens qui leurs sont alloués.
- Mettre en place avec les acteurs une réelle politique de contrats d'objectifs et de moyens et non pas des contrats d'objectifs déconnectés des moyens.
- Donner les moyens de réinstaurer un dialogue budgétaire respectueux de la réglementation.

Fiche 2 – Promouvoir la coopération

Situation actuelle

Actuellement, les autorités placent la coopération comme l'une des solutions majeures, avec la contractualisation, aux défis auxquels est confrontée l'action sociale et médico-sociale et notamment aux nouveaux enjeux sociodémographiques. Selon l'administration, la coopération devrait constituer un moyen de survie pour les associations de petite taille, le plus souvent mono-établissements, et permettre de réduire le cloisonnement entre acteurs ainsi que leur trop grande dispersion (environ 35 000 établissements et services à dimension souvent limitée).

Dans le dernier guide de l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance), les outils forment une stratégie d'intervention « que la puissance publique souhaite promouvoir pour faire face à ces enjeux de qualité des prestations servies aux usagers et aux besoins de développement des prises en charge, dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires ».

Les Agences régionales de santé (ARS) mettent en place, par les schémas et les appels à projets, des politiques publiques de changement en matière de modalités de gouvernance, de gestion et d'organisation, dans une logique de parcours de vie et de soin et une approche territorialisée.

Problèmes posés

Le fort mouvement d'incitation par les pouvoirs publics au regroupement doit être questionné quant à ses fondements véritables. Le maillage associatif sur les territoires et les initiatives locales inscrites au plus près des populations se trouvent remis en cause. Ces nouvelles logiques risquent d'éliminer les petites associations locales, l'aiguillon de l'innovation et de connaissance des populations, au profit des opérateurs de grande taille. Le réseau Uniopss-Uriopss promeut la coopération, à condition que celle-ci se construise sur une base volontaire et qu'elle ne signifie pas la standardisation et l'uniformisation des réponses.

Une coopération adaptée permet d'améliorer non seulement le parcours de la personne mais également le « faire ensemble » des acteurs sur le territoire.

Faute de soutien et d'un accompagnement adapté dans un fort contexte d'incitations par les pouvoirs publics et l'environnement, de nombreuses coopérations ne sont pas assez ambitieuses au regard des enjeux. Le changement risque de se faire difficilement et d'entraîner des crises institutionnelles.

Demandes de l'Uniopss

- Promouvoir des coopérations qui améliorent réellement la qualité de la prise en charge pour les publics et qui ne répondent pas qu'à une réduction des moyens ; si l'efficience est à rechercher, la baisse des coûts n'est pas forcément immédiate mais à apprécier dans le temps.
- **Veiller à conserver l'ancrage territorial et une diversité** des acteurs quant à leur taille, leur identité et leur capacité d'innovation.
- **Soutenir financièrement** la coopération et son accompagnement par des enveloppes dédiées à cette démarche.
- Développer des outils adaptés aux coopérations, notamment clarifier la fiscalité des groupements (par exemple les groupements de coopération sociale et médico-sociale – GCSMS).

Fiche 3 – Renouveler le partenariat entre les associations et l'État

Situation actuelle

L'environnement de notre secteur sanitaire et social est en plein bouleversement. En moins de quatre ans, entre 2008 et 2011, il a connu des mutations de forte ampleur.

De nouveaux modes de régulation apparaissent ou se systématisent : exacerbation de la concurrence au détriment de la coopération inter-associative, développement de procédures pluriannuelles avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui vont devenir obligatoires pour les structures dépassant certains seuils...

On constate également une systématisation des appels d'offres, un quasi réflexe de la commande publique, dans certains pans du secteur social et médico-social : insertion par l'activité économique, petite enfance, socio-judiciaire...

La systématisation d'une nouvelle procédure comme l'appel à projets a inversé les logiques. On est ainsi passé d'une procédure « ascendante » où le secteur associatif pouvait avoir l'initiative d'un projet, faire valoir sa pertinence pour répondre aux besoins des populations fragiles, être entendu dans une instance consultative large (les Comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale – CROSMS), à une nouvelle procédure, « descendante », où la puissance publique définit les besoins, détermine les projets et demande par la suite aux acteurs de se positionner sur ces projets. De plus, la notion d'appel à projet n'a pas de contour juridique précis, ce qui crée une insécurité juridique.

En définitive, les relations entre les pouvoirs publics et les associations sont marquées par le passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service. Une nouvelle régulation est ainsi en train de s'installer dans le cadre de mécanismes de mise en concurrence des acteurs et de développement des relations contractuelles.

Problèmes posés

Il existe un risque de voir certains opérateurs répondre systématiquement aux appels d'offres au détriment des petites structures. La nouvelle logique de mise en concurrence peut conduire à une concentration des acteurs de grande taille et par conséquent à une perte de la créativité des acteurs de terrain et à une disparition des petites structures.

La systématisation des appels à projets et de la commande publique pose la question du maintien de la capacité d'initiative, d'innovation et de détection des besoins sociaux, fonction qui est à l'origine même de l'essor des réponses apportées aux personnes fragiles. Comment continuer à proposer des réponses innovantes ou expérimentales dans ce contexte ? Comment concilier les notions d'appel à projet et donc de concurrence, avec celle de coopération, vecteur de restructuration du secteur ?

Demandes de l'Uniopss

- **Développer une politique et des outils** à destination des administrations et des collectivités territoriales, visant à promouvoir les relations partenariales entre associations et pouvoirs publics, de manière à respecter le projet associatif et la capacité d'initiative des associations.
- Mettre en place, avec les acteurs, une réelle politique de contrat d'objectifs et de moyens plutôt que des contrats d'objectifs déconnectés des moyens.
- **Associer les intervenants** du secteur pour définir un cadre de préparation des appels à projets.

2012
2017

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

Santé



Santé

La santé est aujourd'hui entendue par tous dans l'acception large que lui a donnée l'Organisation Mondiale de la Santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La restructuration du secteur, opérée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires confirme cette approche sous un angle global sanitaire et médico-social. Ainsi, la politique de santé déployée en France tend à améliorer l'état de santé de nos concitoyens selon cette dimension, où facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux... sont étroitement intriqués. Les préoccupations prioritaires structurées autour de trois thématiques fortes – la prévention comme priorité, la reconnaissance du secteur à but privé non lucratif et la promotion de l'articulation des acteurs en santé – viendront enrichir les débats à venir et conforter une vision solidaire de la santé.

Les priorités de l'Uniopss

1. Favoriser l'intervention des équipes sanitaires en établissements sociaux et médico-sociaux
2. Instaurer un dispositif adapté de prévention scolaire, professionnelle et pour les personnes sans emploi
3. Aller vers une loi portant sur l'ensemble des addictions
4. Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »
5. Conforter le modèle « centre de santé » en particulier par un financement adapté

Fiche 1 – Prévention : pourquoi attendre demain ?

Fiche 2 – Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif

Fiche 3 – Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social

Contact : Laurent Thévenin – lthevenin@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Prévention : pourquoi attendre demain ?

Situation actuelle

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) concernant la politique de santé ne contient que peu de dispositions sur le fond et concerne davantage les aspects organisationnels. La prévention et l'éducation à la santé, le sanitaire et le médico-social, rassemblés au sein des Agences régionales de santé (ARS) devraient favoriser, de par une gouvernance unique, une vision d'ensemble de la politique de santé, adaptée aux besoins des territoires régionaux. Cette globalisation de la politique de santé comporte une avancée et un risque. L'avancée, tout d'abord, se manifeste par l'intégration des politiques de prévention et de soin dans une même gestion dynamique, permettant enfin de sortir du clivage historique entre l'amont et l'aval des soins. Le risque étant que la priorité absolue continue d'être donnée au soin, la prévention demeurant le parent pauvre de la politique publique. L'examen des crédits alloués à l'un et l'autre atteste de ce risque. Et cela même si la loi prévoit que les crédits de l'ARS consacrés à la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la prévention ne pourront être affectés au financement d'activités de soins et d'accompagnements médico-sociaux.

Chaque ARS aura adopté en 2011-2012, un schéma régional de prévention, outil au contenu très vaste puisqu'il concerne autant la sécurité sanitaire et la sécurité environnementale que la prévention et la promotion de la santé. On remarquera que le volet promotion de la santé prévu dans le projet de texte initial, a disparu pour être remplacé par la « prévention des facteurs de risque pour la santé » : une fondation devrait être créée à cet effet pour prendre en charge la promotion d'une alimentation équilibrée, des activités physiques et la lutte contre les pratiques addictives. Ces missions sont remplies aujourd'hui par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) et l'on peut s'étonner de l'arrivée d'un nouvel intervenant, dont on ne connaît pas encore bien les missions, alors même que le projet de loi visait à simplifier et à rassembler.

À la satisfaction de l'Uniopss, il est précisé que le plan stratégique régional de santé – autre outil de l'ARS par lequel elle fixe les orientations et objectifs de santé pour la région – devra prévoir les articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Dans ce contexte, peut-être pourra-t-on dépasser les difficultés actuelles en permettant à la médecine scolaire de travailler davantage avec les médecins exerçant en pédopsychiatrie et dans le secteur médico-social. Le repérage des problématiques de santé ainsi que leur suivi médical en milieu scolaire et professionnel pourraient également s'en trouver améliorés. En parallèle, la négociation sur la médecine du travail a été ouverte avec les partenaires sociaux, sans pour l'heure déboucher ni intégrer réellement cette perspective.

En dehors de ces mesures structurelles, la loi HPST instaure une consultation de prévention annuelle pour les 16-25 ans, avec tiers payant, cette population étant souvent éloignée du dispositif de santé et ayant un comportement qualifié « à risque » sur le plan de la santé. Un effort particulier est en effet réalisé sur cette population, trop longtemps laissée pour compte des politiques sociales et de santé. En ce sens, le livre vert sur la jeunesse propose de doubler l'aide à la complémentaire santé pour les jeunes : une mesure destinée à limiter le reste à charge dans l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé. Cette mesure, si elle était adoptée, devrait cependant s'accompagner d'une réévaluation du niveau des garanties offertes par les complémentaires de santé dans ce cadre mais également de manière générale, celles-ci étant en effet assez limitées. Pour l'Uniopss, le relèvement du plafond de la CMU-C est la priorité.

Problèmes posés

Hormis ces quelques dispositions, l'essentiel des mesures en matière de prévention devrait être défini de manière générale pour les cinq années à venir par une future loi de santé publique réformant celle de 2004. C'est du moins ce qu'avait annoncé en 2009 la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, justifiant ainsi le retrait des mesures de santé publique du projet de loi HPST. Pour bâtir ces plans et les programmes d'actions afférents, les services de l'État ont croisé de façon matricielle les priorités nationales issues des cent objectifs et des cinq plans stratégiques prioritaires, en tenant compte de leurs priorités locales. Exercice particulièrement complexe, avec une latitude d'action limitée tant les objectifs nationaux étaient nombreux. Resserrer les priorités au niveau national devrait être une des recommandations du Haut conseil.

Une approche régionalisée de la prévention représente une avancée importante car elle peut permettre une homogénéité des actions réalisées et une couverture efficiente des territoires, répondant au plus près aux besoins des populations. Les équipes ont compris l'intérêt de se regrouper pour limiter le morcellement du dispositif, tout en préservant la diversité des interventions, des savoir-faire, des partenariats. Mais cette réorganisation prend du temps, et doit être accompagnée, d'autant qu'elle se fait dans un contexte économique complexe. Elle ne peut, en outre, se limiter à l'appui d'un seul opérateur, car cela irait à l'encontre de la notion de territoires de santé introduite par la loi HPST, et de la prise en compte des spécificités locales ainsi que des besoins des populations qui y vivent. A ce titre, un fonctionnement réellement démocratique des instances de consultations, notamment des Conférences de territoires, est indispensable pour assurer une prise en compte effective des besoins et des initiatives de réponses.

Demandes de l'Uniopss

La politique de santé publique doit irriguer l'ensemble des politiques des Agences régionales de santé et s'articuler avec les autres politiques publiques sur les territoires (conseil général, conseil régional, intercommunalité, politique du logement...). La prééminence ne doit pas être le soin mais bien une vision globale de la santé avec l'ensemble de ses composantes. Même au plan économique, la prévention est rentable pour réduire le coût des dépenses de santé. À ce titre, la prévention et l'éducation à la santé doivent avoir une place importante au sein des politiques des Agences régionales de santé. Pour les personnels de ces structures, cela implique une nouvelle façon de concevoir leur action.

La loi HPST développe très peu le contenu du schéma régional de prévention contrairement aux autres documents attendus de l'agence (schémas d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, programme pluriannuel régional de gestion du risque). En outre, l'articulation de ce schéma avec les autres schémas et programmes ainsi que la gestion de la période transitoire ne sont nullement précisées. La loi prévoit pourtant la suppression des anciens outils (SREPS ; PRSP) dont le champ et la fonction ne sauraient être couverts par le seul schéma régional de prévention. Il est donc particulièrement important de clarifier les évolutions à venir, d'autant que les priorités d'action ont été définies, souvent à marche forcée, en 2011 et début 2012.

- **Une réelle synergie autour de la santé scolaire et au travail (y compris pour les personnes sans emploi)**

Dans le nouveau cadre que constituent la mise en place des ARS et les articulations qu'elles suscitent avec les autorités compétentes, l'Uniopss réaffirme son positionnement en faveur d'un réel effort d'amélioration et de promotion des dispositifs de la santé scolaire et de la santé au travail. Cette évolution passe par un renforcement des dispositifs actuellement en souffrance mais également par une meilleure articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière. Les consultations réalisées doivent être suivies d'effets, de relais avec le médecin traitant.

- **En parallèle, l'Uniopss réitère sa proposition d'instaurer un dispositif adapté de prévention pour les personnes sans emploi**

Il est en effet nécessaire de mettre en place, pour ces personnes, un suivi en matière de santé, l'état de santé étant un déterminant majeur pour la reprise d'une activité et pour l'accès à l'emploi. Le livre vert sur la jeunesse propose ainsi une consultation pour les jeunes qui accèderont à un emploi. Cela devrait être organisé plus généralement pour tout actif se trouvant en recherche d'emploi.

- **Valoriser la prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé en sortant de l'unique financement à l'acte et en développant la formation**

- **Porter une attention particulière aux addictions**

Les conduites addictives, avec ou sans substances, constituent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux. Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminant de santé et sont l'une des principales causes de mortalité prématurée. Face à l'augmentation des usages problématiques et/ou pathologiques associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, face à des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes, et au regard de la précarité d'une majorité d'usagers, il est nécessaire d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées, globales et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins.

Les budgets consacrés à la prévention des addictions sont pourtant depuis trois ans en constante diminution.

À ce titre, nous demandons prioritairement :

- un plan et une programmation au niveau national sur la prévention et l'éducation préventive concernant les addictions ;
- l'établissement de conventions pluriannuelles et les moyens d'évaluer dans la durée l'impact des actions menées ;
- que les addictions deviennent une priorité pour chacune des ARS. Aujourd'hui, seules six d'entre elles ont isolé le sujet comme une thématique prioritaire ;
- la remise en place de la Commission Addictions.

- **Aller vers une loi portant sur l'ensemble des addictions**

La loi de 1970 sur la répression des usages et du trafic de stupéfiants est obsolète : elle stigmatise l'usager de drogues plus qu'elle ne facilite son accès aux soins ; elle ne prend pas en compte la réalité des comportements addictifs et le fait qu'alcool et tabac sont à l'origine de plus de cent mille morts prématurées chaque année.

Cette nouvelle loi ne peut qu'être centrée sur l'ensemble des conduites addictives, problématiques et pathologiques, avec et sans produit. Elle définira les différents niveaux d'intervention de la société pour éduquer, protéger, intervenir précocement, soigner, réinsérer et contrôler, puis sera déclinée et adaptée selon les produits et comportements addictifs.

À ce titre, nous souhaitons :

- structurer le dispositif de prévention en lui donnant des objectifs cohérents et conforter ses moyens, au même titre que le soin et la réduction des risques ;
- réduire les risques et diminuer les dommages ;
- diminuer les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- ne plus stigmatiser les usagers.

Les actions de prévention concernent en priorité les publics les plus vulnérables, comme la réduction des risques, le soin et l'accompagnement.

Fiche 2 – Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif

Situation actuelle

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et les évolutions récentes confortent une vision concurrentielle entre les différents prestataires de services.

La dernière décennie a confirmé le caractère économique des services de santé (même si la notion est parfois encore discutée au plan européen) et des services sociaux (avec une directive service qui vise à développer l'offre de services au sein de l'espace européen et n'exclut de son champ les services sociaux que de manière limitée). Ces services ont vu aussi un affaiblissement de leur caractère de service public et tous les acteurs ont tendance à être placés sur un pied d'égalité. Toute entorse à ce principe doit être strictement justifiée que ce soit dans le financement ou dans les modes de régulation. La loi HPST épouse cette conception née de l'impératif communautaire de libre échange (libre prestation de service et libre établissement) et de libre concurrence qui est confortée sur notre territoire national par une vision selon laquelle les situations de concurrence entre opérateurs entraînent une saine émulation.

Ainsi, pour les établissements de santé, les missions de service public, au nombre de quatorze, peuvent être scindées et tous les établissements de santé, quel que soit leur statut (public, privé non lucratif, privé lucratif) ont la possibilité de choisir d'en exercer une ou plusieurs. La procédure de choix des missions reste encore obscure : on ne sait pas exactement comment elles seront réparties entre les établissements.

Le développement des offres et leur création, notamment par le secteur privé lucratif doivent être soumis aux instances consultatives telles que les Conférences régionales de la santé et l'autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoires.

Le statut PSPH (participant au service public hospitalier) propre aux établissements privés à but non lucratif a disparu ; tout établissement pouvant « participer au SPH » au terme d'une période alignée sur celle du processus de convergence tarifaire, soit fin 2018, en l'état actuel des derniers textes. La transition est importante étant donné l'ampleur des enjeux de recomposition du paysage hospitalier. Cela est d'autant plus vrai que les établissements publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ne sont pas assurés de conserver leurs missions actuelles de service public.

Comme l'avaient demandé les organisations représentant les établissements privés à but non lucratif, la notion d'ESPIC est en revanche reconnue par la loi. Elle concerne les centres de lutte contre le cancer, les établissements anciennement sous statut PSPH (sauf opposition de leur part) et tout établissement de santé privé à but non lucratif qui en fait la déclaration. Ces établissements sont ainsi qualifiés car un certain nombre d'obligations s'imposent à eux : l'égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou du moins l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution. Ils doivent respecter les tarifs administrés de la Sécurité sociale et proposer le tiers payant.

Point positif, les établissements ESPIC et ceux qui avaient opté pour la dotation globale peuvent recourir à des professionnels de santé libéraux, ce qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant. Ils y sont « admis » par le directeur de l'ARS. Les professionnels sont rémunérés par l'établissement sur la base des tarifs des libéraux, déduction faite d'une redevance. Cette avancée en termes de coopération entre établissements et professionnels libéraux ouvre une réelle perspective pour les établissements sur certains postes plus difficiles à être pourvus autrement.

Problèmes posés

Sur le versant social et médico-social, la loi HPST opère également des changements importants dans le sens d'une plus grande concurrence entre acteurs. Les autorisations de création, de transformation ou d'extension d'établissements, de services et de lieux de vie et d'accueil sollicitant des fonds publics, sont délivrées à l'issue d'un appel à projet, dont le cahier des charges est déterminé par l'autorité administrative. Pour les parlementaires, il s'agit d'assurer « une mise en concurrence sincère, loyale et équitable ». Pourtant, pour le secteur à but non lucratif de solidarité, notamment pour les petites associations, ces appels à projets sont très contraignants : la difficulté des gestionnaires associatifs pour constituer des dossiers complets d'appel à projets, garantissant une mise en œuvre effective de leurs projets avant leur passage devant la commission de sélection, est réelle. Ainsi, des documents précisant l'existence de locaux, leur agencement, sont autant de critères précis qui ne peuvent que rarement et difficilement être fournis par les associations dont le projet n'est pas encore validé. Pour les projets innovants ou expérimentaux, le cahier des charges sera allégé. Toutefois, à la demande de l'Uniopss, les parlementaires ont écarté l'utilisation de la procédure d'appel à projet pour le renouvellement d'autorisation. La loi impose par ailleurs la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour certains gestionnaires.

Demandes de l'Uniopss

- **Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »**

Alors que la loi HPST réforme les conditions de l'exercice hospitalier en introduisant une plus grande convergence dans les missions et les modes de régulation entre les acteurs quel que soit leur statut, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité de garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs. Cette demande, portée depuis 2006, concernant l'existence d'un différentiel de charges reconnu et objectivé depuis par l'IGAS, n'a pas été suivie. Pourtant, les établissements de santé de court séjour tarifés à l'activité sont actuellement engagés dans un processus de convergence tarifaire qui devrait tenir compte des différents facteurs de différenciation dans l'élaboration des coûts.

Dans ce cadre de tarification à l'activité, la lisibilité sur la construction des tarifs fait toujours défaut et les conditions de la campagne budgétaire diffèrent d'une année sur l'autre. En outre, si la multiplication des enveloppes fléchées (sous la forme de financements pour les missions d'intérêt général) trouve sa justification dans une amélioration de la rémunération de certaines missions et prises en charge qui sans cela auraient été délaissées (prise en charge hospitalière des personnes en situation de précarité par exemple), ces crédits fléchés viennent néanmoins en déduction du montant des tarifs et autres forfaits. L'enveloppe globale ne peut en effet progresser chaque année que de manière limitée. Ainsi, si au niveau macroéconomique on note une progression de l'Ondam hospitalier, au niveau des établissements, nombreux sont ceux qui constatent que leur financement stagne, voire baisse, rien qu'en prenant en compte l'inflation et le « glissement vieillesse technicité ».

- **Stabiliser le financement des associations de prévention et d'éducation à la santé**

Alors que la loi HPST fêtera prochainement ses trois ans d'existence, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité d'apporter des financements stabilisés pour les associations de santé publique. Cela passe par la mise en place d'un financement plus structurel et pluriannuel du projet global des associations, qui compléterait le financement de l'action ponctuelle destinée à s'inscrire dans les priorités régionales de santé publique.

En outre, les conditions dans lesquelles est menée cette action ponctuelle ne doivent pas obliger à un formalisme exagéré qui demanderait un temps et un investissement sans commune mesure avec le sens et le contenu de l'action.

- **Conforter le modèle « centre de santé » en particulier par un financement adapté**

Les centres de santé, acteurs à part entière de la santé, doivent être considérés comme tels et être traités à tous les niveaux à égalité de droits et de devoirs avec les autres offreurs de soins. La reconnaissance de leurs actions sur les territoires doit conduire à un légitime accompagnement à la mesure des missions d'intérêt général qu'ils assument.

La vocation d'accès aux soins des centres de santé est pleinement reconnue par la loi HPST. Le débat au Parlement a en effet permis d'inscrire ces établissements dans le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), nouveauté importante qui témoigne de la volonté de planifier l'offre de soins dits « de ville ». Avec les aménagements apportés par cette loi qui les reconnaît comme des structures de santé de proximité, dispensant principalement des soins de premier recours, ces centres font valoir au quotidien la plus value de leur action, désormais incarnée par un projet de santé : accessibilité sociale, coordination des soins, actions de santé publique. Ils peuvent négocier un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé. Ils sont gérés par des organismes publics et non lucratifs, ce qui confirme leur mission d'intérêt général.

Ces orientations et cette volonté politique nécessitent toutefois d'être confortées par la pratique, en particulier au niveau du financement insuffisant et inadapté à leur mission.

Le financement des centres de santé est en effet assis sur l'acte de soins et ne permet pas de couvrir la prise en charge sociale, les fonctions support (comptabilité), la gestion du tiers payant généralisé et même les actes en série : on note en effet une décote de 50 % au second acte, et à partir du troisième au cours d'une même séance, l'acte n'est plus rémunéré. Ainsi, il est important de prendre acte de la volonté des gestionnaires de moderniser et faire évoluer le cadre conventionnel des centres de santé, au juste niveau de leurs pratiques et du souci de leur développement. Les centres de santé doivent obtenir les moyens de leur pleine implication dans la modernisation du premier recours aux soins, de son accès, et de la prise en charge des patients dans des services de santé qui assurent coordination et pluridisciplinarité.

- **Permettre d'autres modalités que le recours systématique à la formule de l'appel à projet**

Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, l'Uniopss s'était positionnée contre le recours systématique à la formule de l'appel à projet en ce qu'elle compromettrait la diversité des réponses mises en œuvre sur le terrain. Les cahiers des charges risquent en effet de reproduire les réponses déjà connues des décideurs et de faire l'impasse sur des projets différents et innovants. Cette démarche très dirigiste s'oppose à ce qui a fait la force du secteur social et médicosocial : l'initiative associative.

L'Uniopss a proposé de limiter le recours à l'appel à projet aux cas où, sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et où aucun promoteur ne se positionne pour y répondre.

Pour l'heure, il ne faudrait pas que les autorités s'emparent de cette modalité de sélection des projets pour imposer le respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles, ce qui ne favorise ni la professionnalisation, ni la qualification des intervenants. Certaines dispositions contredisent la construction historique du secteur privé à but non lucratif et son essence. En effet, historiquement, le secteur social et médico-social s'est construit à partir d'initiatives d'acteurs de terrain ayant une expertise fine des besoins sur un territoire. Détectant des attentes non satisfaites de la population, ils se proposaient d'y répondre en cherchant le soutien, notamment financier, des collectivités publiques et organismes de Sécurité sociale. La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales et

la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont respecté cette démarche ascendante. Certes, celle-ci a dû se combiner avec le temps avec une démarche descendante, issue des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des Priac, par lesquels la puissance publique affiche ses priorités en matière de création, de transformation ou d'extension d'équipements sociaux et médico-sociaux. En outre, la création des fenêtres de dépôt d'autorisation a doté les décideurs publics d'un outil de comparaison entre les projets de même nature déposés à un moment donné. Il semble essentiel que dans le cahier des charges des appels à projets, les critères fondés sur l'expertise locale et l'ancrage territorial (partenariat et/ou coopération déjà existants...) soient pris en compte de manière significative afin d'attribuer les projets à des fédérations ayant une connaissance fine des besoins à prendre en compte sur le territoire.

- **Développer de véritables conventions dans la relation associations/pouvoirs publics**

L'Uniopss est favorable à la mise en place, dans certaines conditions, de « véritables » conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires. Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, elle s'est positionnée en désaccord avec les dispositions de cette loi qui imposent aux gestionnaires ayant des établissements et services médico-sociaux de conclure un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). L'Uniopss défend le principe de volontariat et le respect du temps de la négociation, base d'un dialogue sain et d'un vrai partenariat. Une telle négociation suppose un accord entre les parties sur les objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser à cet effet. En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un Contrat d'objectifs et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore davantage la relation entre le gestionnaire et la puissance publique, en pénalisant le premier.

Fiche 3 – Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social

Situation actuelle

Différentes mesures prises ces dernières années ont multiplié les dispositifs de coordination sur des publics particuliers voire des pathologies. En matière gériatrique, coexistent ainsi les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les réseaux gériatriques, les case managers... et, dernières en date, les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer). Ces dernières labellisent une coordination comme guichet unique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées. L'intérêt de leur démarche est de partir de l'existant plutôt que de recréer un dispositif de plus.

Après un engouement certain, les réseaux de santé, instruments phare de la coopération entre professionnels, ont fait l'objet de vives critiques au regard notamment de leur efficacité. Leur portage politique s'est également révélé très insuffisant. Leur modèle d'évaluation et de financement souffre d'ailleurs d'un manque de stabilité.

La coopération des professionnels est pourtant une nécessité si l'on vise une prise en charge globale et sans rupture de la personne. En particulier, la dimension sociale ne peut être dissociée de l'état de santé de la personne. Rappelons un seul chiffre : les patients suivis dans le cadre des urgences sanitaires rencontrent pour 30 % d'entre eux des problèmes sociaux, et les publics suivis dans le cadre des urgences sociales souffrent fréquemment de problèmes de santé. Ce cloisonnement des actions et interventions des acteurs du secteur médico-social et social entre ses différents champs (handicap, petite enfance, lutte contre l'exclusion, dépendance des personnes âgées) est délétère à l'organisation d'un itinéraire fluide et cohérent, adapté à la singularité d'un parcours de vie. L'articulation entre les champs sociaux et médico-sociaux est complexe mais elle doit s'inscrire dans le cadre plus large que représente celui de la santé. Pour autant, les difficultés s'accroissent lorsqu'une personne accompagnée dans un des champs du secteur social ou médico-social doit bénéficier de soins « sanitaires ». Par exemple, les personnes en situation de handicap ont besoin, dans le cadre de leur accompagnement, de soins sanitaires, et inversement, le secteur sanitaire prend en charge des personnes en situation de handicap qui ont besoin d'un accompagnement adapté à la réalisation de leur projet de vie.

En matière de diversité de l'offre, le secteur de l'aide et des soins à domicile a fait l'objet d'un investissement important sur ces dernières années : développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui peut désormais intervenir en établissement pour personnes âgées et prochainement en établissement pour personnes handicapées, plans successifs de développement des services à la personne... L'aide et le soin à domicile sont ainsi fortement promus et la problématique du maintien et du retour à domicile tend à être intégrée dans l'ensemble des réflexions menées. Pour exemple, en soins de suite et de réadaptation, lors de la réforme des autorisations pour cette activité, l'aval du service de soins et de réadaptation (SSR) et le retour à domicile ont fait l'objet d'une attention particulière. Le retour à domicile fait ainsi partie intégrante de la mission des SSR.

Problèmes posés

Le bilan n'est toutefois pas aussi positif sur l'ensemble du champ. L'une des recommandations du Haut conseil de la santé publique formulée dans le cadre de l'évaluation du plan cancer (2003-2007) faisait ainsi état de la carence de ce plan sur la sortie du patient, en particulier par rapport au soutien social :

il ferait défaut pour les malades « à risque social » (isolement, difficultés économiques, difficultés domestiques...) et n'intégrerait pas assez la dimension du retour à l'emploi. Le Haut conseil préconise à cette fin la mise en place d'équipes mobiles d'accompagnement social. Cette équipe référente pourrait suivre et orienter les personnes en difficulté vers les dispositifs existants et les organismes compétents. L'Uniopss déplore l'absence de prise en compte de cette mesure.

Dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, la coopération entre professionnels et structures est largement prônée. La loi HPST identifie la nécessité d'une coopération entre les acteurs du système de santé et d'action médico-sociale comme une priorité. Pour parvenir à coordonner les interventions sanitaires et médico-sociales, un fonds d'intervention régional (FIR) fut créé par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2012. Cette enveloppe budgétaire dont les crédits proviennent d'une fraction des crédits de prévention, destinée au financement du SRP et d'une fraction des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, ne comportera pas pour l'année 2012, dans le respect du principe de fongibilité asymétrique, de crédit en provenance des sous-Ondam médico-sociaux.

Afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, compte tenu des enjeux liés à la démographie et à la transition épidémiologique, la loi HPST entend développer la coopération entre professionnels de santé. Concrètement, elle prévoit d'étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé, en sortant celles-ci du cadre expérimental qui a cours, c'est-à-dire d'autoriser plus largement les transferts d'activité ou d'actes de soins. Par ailleurs, les glissements d'activités justifient un besoin d'adaptation des formations sanitaires et sociales.

Les Agences régionales de santé ont ainsi pour mission de préciser ces coopérations entre structures de santé, structures médico-sociales et avec les professionnels de santé.

En outre, les soins palliatifs ont été affirmés comme un des pans de la prise en charge au titre des missions de service public. Le rôle du médecin généraliste de premier recours a été consacré et celui des centres de santé reconnu en tant qu'offre de soins de premier recours et mode d'exercice favorisant une coordination des soins.

Pourtant, des barrières historiques, d'autres culturelles, organisationnelles et économiques font obstacles à la coordination des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux.

Le secteur médico-social s'est construit en opposition au secteur sanitaire. Au siècle dernier, les personnes en situation de handicap vivaient dans des hospices puis, sous l'impulsion du secteur social et médico-social, ces secteurs se sont différenciés pour s'éloigner de la logique du secteur sanitaire et permettre aux personnes handicapées d'être dans une dynamique d'accompagnement et de participation. Cette construction historique doit aujourd'hui être re-questionnée afin d'organiser des passerelles entre ces deux entités qui ne se connaissent que très peu. Au niveau régional, il existe des méconnaissances des équipes soignantes de ce qui peut être fait par une équipe d'accompagnement médico-social. À l'inverse, les équipes médico-sociales ont parfois tendance à projeter une vision restreinte sur la capacité des équipes soignantes à prendre en compte la dimension complète de la personne, approche indispensable pour une aide à la réalisation d'un projet de vie.

Très souvent, les médecins libéraux ont une méconnaissance majeure de l'offre médico-sociale. Cette situation entraîne de facto, des orientations inappropriées qui se traduisent bien souvent par des renvois des patients vers l'hôpital, au motif que ce dernier réglera et organisera la question d'un parcours médico-social. L'insuffisance de coopération de la part de ces professionnels de la santé doit être remise dans un contexte d'absence de formation initiale et continue aux thématiques de l'action sociale. De plus, le mode de paiement de la médecine libérale, sans incitation pour organiser un parcours de soins, ne favorise ni la coordination des interventions, ni la coopération avec d'autres acteurs du secteur médical, social et médico-social.

Demandes de l'Uniopss

- **Développement de l'offre : intensifier les efforts**

Au regard des besoins et de l'état de l'offre, toujours lacunaire sur certains pans, il s'agit d'intensifier l'effort réalisé pour développer des réponses appropriées, permettant d'assurer une couverture satisfaisante du territoire national : soins palliatifs, appartements de coordination thérapeutique, accueils de jour, accueils temporaires, lits halte soins santé (lesquels ne doivent d'ailleurs pas être conçus comme des lits hospitaliers au rabais)...

- **Favoriser l'intervention des équipes sanitaires en établissements sociaux et médico-sociaux**

Pour l'Uniopss, l'objectif est de favoriser la sortie des équipes hospitalières au domicile de la personne mais également en établissement, l'établissement constituant alors le domicile de la personne (qu'elle soit âgée, handicapée ou en situation de précarité...). L'HAD a désormais la possibilité d'intervenir en établissement d'hébergement pour personnes âgées et prochainement, ces services pourront intervenir en établissement pour les personnes handicapées et autres établissements médico-sociaux. Cette extension de l'intervention de l'HAD doit servir de modèle à l'impulsion d'une palette d'offres à l'attention des personnes en situation de fragilité, accompagnées en établissement et souffrant d'une restriction dans leur accès aux soins. Il faut aller plus loin, en facilitant l'offre de santé accessible en établissements : prévention, éducation thérapeutique, intervention de médecins spécialistes, réseau de santé. Ainsi, ce serait l'ensemble des services de santé intervenant au domicile des usagers/patients qui serait logiquement disponible en établissements.

Il s'agit également de promouvoir l'effectivité des missions des équipes mobiles gériatriques, de psychiatrie et pédopsychiatrie, de soins palliatifs, de prise en charge de la douleur..., afin qu'elles puissent intervenir en coopération avec les établissements et services médico-sociaux. Les moyens de ces établissements leur permettent rarement de développer de telles prises en charges. En effet, comment des établissements peuvent-ils développer une politique de soins palliatifs s'ils n'ont pas une présence infirmière constante ?

Il faudrait ainsi que les Ehpad puissent bénéficier d'un temps de médecin coordonnateur suffisant pour que ce dernier puisse faire face à ses missions et assurer le lien avec le médecin traitant ainsi que la sensibilisation des autres intervenants extérieurs.

- **Encourager les coopérations nées de la volonté des acteurs de terrain**

Les rapprochements et coopérations entre acteurs sont d'autant mieux réussis et vécus qu'ils sont l'initiative des acteurs eux-mêmes. Ces processus de travail en commun voire de mutualisation de certaines fonctions ont besoin d'être mûris et intégrés.

Les coopérations – dans leur version plus ou moins intégrative suivant ce qui est partagé et mis en commun – doivent être encouragées mais ne sauraient, selon l'Uniopss, être imposées.

La loi HPST multiplie les incitations (incitations financières à la création de groupements de coopération sanitaire par exemple). De l'incitation à l'obligation, la frontière est parfois ténue. Or, pour les associations qui ont mis en place et gèrent la réponse à un besoin non satisfait par la seule puissance publique, se voir imposer une coopération, une mutualisation de fonction voire des regroupements pose la question de l'autonomie de décision propre à toute personne morale de droit privé.

Pour l'Uniopss, si les coopérations sont indispensables et les mutualisations, rapprochements et regroupements parfois nécessaires, il ne s'agit nullement de se tromper d'objectif en les imposant et d'attendre de ce processus une simplification à outrance du paysage avec une certaine normalisation de la réponse apportée et, in fine, une concentration des structures.

2012
2017

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

Enfance Jeunesse Familles



Enfance, Jeunesse, Familles

Si l'année 2011 restera marquée par les espoirs de changement portés par la jeunesse des pays arabes, elle le sera malheureusement aussi par la rechute de la crise financière et ses conséquences sur les budgets des états et sur leur population. Même si celles-ci ne sont pas encore clairement identifiées, les résultats de l'étude publiée par l'Insee le 30 août dernier, portant sur l'année 2009, mettent en évidence les effets de la crise de 2008 : une augmentation de la pauvreté d'un demi-point en un an, une augmentation des salariés et des chômeurs pauvres ainsi que des écarts de revenus avec, en corollaire, une accentuation des inégalités⁴⁰.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les statistiques de l'Union européenne nous confirment que les enfants sont plus vulnérables à la pauvreté et à l'exclusion sociale que les autres groupes.

Les réponses à apporter à cette situation, que ce soit dans le court, le moyen ou le long terme, sont complexes et supposent des choix politiques et économiques cruciaux, dans une période où les cartes politiques vont être rebattues à la faveur des élections présidentielles et législatives de 2012.⁴¹

Les orientations et les moyens affectés à la politique familiale ne vont pas échapper à ces choix. Le défi est de taille : promouvoir l'accès universel de tous les enfants, quelle que soit leur origine socioculturelle, à l'éducation, tout en prenant en compte les situations de vulnérabilité, afin de rétablir une certaine équité dans l'accès à ces droits, et une certaine égalité des chances.

Comme le soulignait il y a plus de 15 ans René Lenoir⁴² : « nos sociétés dites développées restent ambivalentes. Elles affinent leurs outils juridiques, s'efforcent de mieux protéger les droits de l'homme, mais dans le même temps l'évolution technologique, le chômage, l'urbanisation désordonnée et la société du spectacle multiplient les difficultés des enfants et des jeunes ». Il poursuivait ainsi : « il faut bien comprendre qu'une société qui génère de l'exclusion a besoin de plus de police, a besoin de plus de juges, a besoin de plus de prisons. Cela signifie que tous les moyens qu'elle n'accepte pas de mettre en amont, avant la fracture sociale, il faudra les mettre en aval ».

Les préoccupations ci-dessous constituent la déclinaison des plateformes portées par l'Uniopss sur la petite enfance, l'enfance et la jeunesse : « Construire l'avenir avec les enfants et les jeunes » et « Pour un Big-Bang des politiques Jeunesse », réalisées à l'occasion des élections présidentielles 2012.

Les priorités de l'Uniopss

1. Créer un grand ministère compétent pour les questions relatives à la petite enfance, à l'enfance et à la jeunesse ou une instance nationale interministérielle de pilotage et de coordination des politiques relatives à la petite enfance, à l'enfance et à la jeunesse.
2. Élaborer un Code de l'enfance consolidant l'ensemble des dispositions sociales, médico-sociales, éducatives, sanitaires et judiciaires.
3. Garantir un droit à l'éducation pour tous dès la naissance.
4. Créer un contrat territorial de prévention.
5. Mettre en place des moyens adaptés aux ambitions de la justice des mineurs, permettant de la rendre effective dans la complémentarité nécessaire de ses dispositifs.

⁴⁰ Résultats présentés dans le journal Le Monde du mercredi 31 août 2011

⁴¹ Voir le chapitre sur la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion

⁴² Enfance délinquante, enfance en danger : une question de justice. Actes du Colloque de la Sorbonne, Paris, les 1^{er} et 2 février 1995 – Introduction du président de séance, M. René Lenoir, Président de l'Uniopss, ancien ministre.

Fiche 1 – Repenser et redéfinir une politique de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse

Fiche 2 – Élaborer un Code de l'enfance

Fiche 3 – Pour un Droit à l'éducation dès la naissance pour tous

Fiche 4 – Clarifier la gouvernance et le pilotage de la petite enfance

Fiche 5 – Pour une société inclusive des enfants en situation de handicap dès la petite enfance

Fiche 6 – La création d'un fonds national d'innovation pour les actions petite enfance

Fiche 7 – La création d'un contrat territorial de prévention sociale et éducative

Fiche 8 – Articuler la justice des mineurs avec les politiques de l'enfance et de la jeunesse

Fiche 9 – Pour une redéfinition des politiques à destination des jeunes adultes les plus en difficulté

Fiche 10 – Pour une réelle reconnaissance des droits des mineurs isolés étrangers

Contact : Karine Métayer – kmetayer@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Repenser et redéfinir une politique de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse

Situation actuelle

Les questions liées à l'enfance à la jeunesse et à la famille sont complexes, car elles sont généralement pluridimensionnelles et concernent de multiples acteurs (État, collectivités territoriales, caisses d'allocations familiales, associations, ...). L'enfance et la jeunesse constituent un enjeu majeur pour notre société ; la place que nous leur donnons, et le regard que nous portons sur elles, conditionnent le développement de leurs potentialités.

Or, force est de constater qu'il n'y a pas aujourd'hui de pilotage national de ces politiques qui incarne une priorité politique et rassemble tous les acteurs concernés. Seuls des secrétariats d'État ou instances spécifiques ad hoc existent :

- **Dans le champ de la famille**
 - *Le Comité interministériel de la famille et la Délégation interministérielle à la famille*⁴³ : ils étaient chargés d'arrêter les orientations générales de la politique gouvernementale de la famille.
 - *La Délégation interministérielle à la famille*, sous la responsabilité du ministre ou du secrétaire d'État chargé de la Famille, avait pour mission d'animer et coordonner l'action des pouvoirs publics et des ministères concernés en matière de politique familiale, mais elle a récemment été fondue dans la DGCS (Direction générale de la cohésion sociale et de la solidarité).
 - *La Conférence de la famille*⁴⁴ réunissant l'ensemble des ministères concernés et l'ensemble des partenaires économiques et sociaux, s'est réunie à partir de mai 1996 chaque année et a été supprimée en 2007.
 - *Le Haut Conseil de la Famille*⁴⁵ (HCF) ainsi qu'un *Conseil National de Soutien à la Parentalité*⁴⁶ (CNSP). Ces instances ont des fonctions relativement restreintes : l'une fait plutôt office d'observatoire pour l'ensemble des questions qui touchent à la famille, l'autre est très centrée sur le soutien des parents dans une perspective de prévention de la délinquance.
- **Dans le champ de la jeunesse et de la protection de l'enfance**
 - *Le Conseil National de la Jeunesse (CNJ)*⁴⁷, créé en 1997, est composé d'environ 180 membres, issus pour une moitié, des Conseils départementaux de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et pour l'autre moitié, de structures associatives, politiques ou syndicales nationales. Il a été renouvelé et réorganisé en septembre 2008, à l'occasion des universités d'été du CNJ qui se sont tenues à Bourges.
 - *Le Comité interministériel de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles*⁴⁸ est relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants. Il détermine les orientations de la politique du gouvernement et évalue les actions mises en œuvre par les institutions concernées.
 - *Le groupe permanent interministériel*, institué par le même décret, a été investi des missions d'information, de prévention et de coordination.

⁴³ Décret n°98-646 du 28 juillet 1998 portant création de la Délégation interministérielle à la famille et du Comité interministériel de la famille

⁴⁴ Loi du 25 juillet 1994 relative à la Famille

⁴⁵ Décret 2008-1112 du 30 octobre 2008 créant un Haut conseil de la famille

⁴⁶ Décret n°2010-1308 du 2 novembre 2010 portant création du Comité national de soutien à la parentalité

⁴⁷ Décret n°2002-708 du 30 avril 2002 relatif au Conseil national et aux conseils départementaux de la jeunesse

⁴⁸ Décret n°97-216 du 12 mars 1997 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants

- Enfin un Comité national de suivi de la réforme de la protection de l'enfance a été installé après l'adoption de la réforme du 5 mars 2007, sans toutefois se réunir régulièrement et sans impulser une réelle volonté de mise en œuvre.

Problèmes posés

Si ces instances permettent, dans une certaine mesure, une coordination entre les ministères compétents, force est de constater qu'il manque une impulsion politique forte et globale au niveau national, tant dans son pilotage que dans une élaboration concertée.

Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun lieu de réflexion, de coordination de tous les acteurs concernés, à savoir l'État, les conseils généraux, communes, caisses d'allocations familiales, le secteur associatif, et plus généralement le secteur privé. Alors que le secteur de l'exclusion est doté du Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) et le secteur du handicap du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPPH), il n'existe pas d'équivalent dans le champ de l'enfance et de la jeunesse. La question de l'enfance fait l'objet d'une politique morcelée et au coup par coup. L'enfant n'est pas pris en compte dans sa globalité. Notre Union estime essentiel de renforcer la cohérence des politiques publiques et les actions visant l'enfant et sa famille.

Il semble en conséquence capital qu'un signe politique fort soit lancé en direction de la jeunesse pour une meilleure prise en compte des questions inhérentes à la petite enfance, à l'enfance, et à la jeunesse.

Demandes de l'Uniopss

• Conditions du changement⁴⁹

Pour que cette politique atteigne ses objectifs et bénéficie à tous les enfants, les adolescent(e)s et à tous les jeunes, il est nécessaire :

- Qu'elle soit élaborée à partir d'une évaluation des dispositifs existants dans leur globalité.
- Qu'elle soit portée par un pilotage national dans le cadre d'une instance clairement identifiée, qui rassemblerait ministères compétents et acteurs concernés.
- Qu'elle soit conçue de manière transversale.
- Qu'elle soit déclinée à l'échelon de chaque territoire et tienne compte des besoins et des ressources de chacun.
- Que lui soient alloués des moyens adaptés.

• **Lancement d'une concertation nationale**, posant le cadre d'une politique l'enfance et de la jeunesse dans un continuum pour l'enfant, dans le même esprit que celui qui avait animé le rapport de Nicole Bouyala et Bernadette Roussille en 1982⁵⁰.

Le choix du titre de ce rapport « L'enfant dans la vie, une Politique de la Petite Enfance » définissait l'intention de considérer l'enfant dans sa globalité, de ne pas le réduire à une préoccupation sanitaire ou hygiéniste. L'objectif étant donc d'appréhender l'enfant comme un être sujet en le resituant dans les relations qu'il noue avec son environnement, son habitat, les médias, les transports, la consommation, dans les possibilités d'expression et d'acquisitions culturelles.

Pour élaborer des propositions cohérentes avec cette volonté, des élus locaux, des professionnels, des experts, des associations, ainsi que les représentants de vingt ministères se sont réunis et ont réfléchi pendant six mois autour de cette problématique. Il fallait impérativement que chaque administration se sente concernée et inscrive dans sa politique la préoccupation de la place de l'enfant.

⁴⁹ Voir également la Plateforme présidentielle « Construire l'avenir avec les enfants et les jeunes » – Uniopss, février 2012

⁵⁰ BOUYALA Nicole, ROUSSILLE Bernadette – L'Enfant dans la vie : une politique pour la petite enfance. Rapport au secrétaire d'État chargé de la Famille, 1982. Paris : La Documentation française

Cette démarche pourrait inspirer le lancement d'une grande concertation nationale qui aborderait l'enfant de la naissance à l'entrée dans la vie adulte, dans la diversité de ses besoins, de ses origines et de sa situation : besoins en termes de santé, d'éducation, de culture, de sports, de loisirs, de vie dans une famille aux conditions de vie dignes et de place dans la cité (logement, transport).

- **Création d'un grand ministère de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse**

Ce ministère, compétent pour coordonner l'ensemble des problématiques relatives à la petite enfance, à l'enfance et à la jeunesse, pourrait également prendre la forme d'une instance nationale interministérielle de pilotage et de coordination des politiques.

Il rassemblerait à la fois les services chargés de l'accueil de la petite enfance, et les instances compétentes pour toutes les questions concernant les enfants et les jeunes, de l'école à l'apprentissage et la formation, jusqu'à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes adultes, en prenant en compte tout ce qui concourt à leur santé et à leur vie quotidienne : accès aux sports, aux loisirs, à la culture... Sa vocation serait de développer une vision globale et transversale du développement des enfants et des jeunes, sans pour autant viser une intégration des différents services.

À l'instar du symbole manifesté par la création du Haut Commissariat à la Jeunesse, mis en place début 2009 (dissout depuis et uniquement centré sur la jeunesse), la création de ce grand ministère permettrait de redonner une impulsion politique forte au niveau national, et d'inscrire cette politique dans la perspective de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE).

- **Création d'une instance nationale de concertation et d'élaboration des politiques de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse**

Cette structure, placée sous l'égide de l'État, regrouperait les administrations compétentes et serait ouverte à l'ensemble des acteurs, avec une déclinaison territoriale.

L'État doit demeurer garant de la politique de l'enfance et de la jeunesse en impulsant les orientations et en l'articulant à la politique de la famille. Il doit également conserver ses missions de régulation et d'évaluation.

Cette instance permettrait d'assurer la concertation entre les pouvoirs publics et les associations, organisations et personnalités qualifiées qui agissent dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse ainsi qu'avec les instances chargées de la politique familiale.

Elle pourrait englober toutes les problématiques liées aux différents temps de l'enfance et pourrait ainsi s'intituler : Conseil National de l'Enfance, (de la protection de l'enfance) et de la Jeunesse.

Ses missions pourraient être les suivantes :

- animer des réflexions sur la coordination des politiques touchant à l'enfance aux plans national et local, à l'instar du Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) ;
- réaliser ou faire réaliser, notamment par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), le Haut Conseil de la Famille (HCF), des études sur les situations et phénomènes touchant les enfants et les jeunes ;
- faire des propositions face aux besoins, aux comportements, aux situations rencontrées par les enfants et les jeunes ;
- émettre des avis sur tout projet, programme ou étude envisagés dans ce domaine sur consultation du gouvernement, à l'instar du CNLE ;
- examiner de sa propre initiative toute question touchant au domaine de la petite enfance, de l'enfance de la jeunesse ;
- établir un rapport annuel.

Le Conseil comprendrait des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales et des autres personnes morales de droit public ou privé concourant à l'éducation, à la santé, aux loisirs (culturels et sportifs) et à la protection de l'enfance. Sa composition ainsi que les conditions de la désignation, par le Premier ministre, de ses membres et de son président, seraient fixées par décret en Conseil d'État.

Fiche 2 – Élaborer un Code de l'enfance

Situation actuelle

Les dispositions législatives et réglementaires concernant les enfants et les adolescents sont aujourd'hui dispersées dans de nombreux codes sans articulation, voire sans cohérence et continuité entre elles. Cet éparpillement participe au manque de lisibilité des droits et des devoirs, et plus globalement, des dispositifs relatifs aux jeunes. Il est aussi le reflet d'une absence de politique globale et générale en direction de l'enfance et de la famille. L'ensemble des actions, textes, interventions concernant ce public demeure toujours sectorisé, caractérisé par un élément spécifique et ne tient pas compte de la complexité des situations et des enjeux.

Problèmes posés

Les travaux menés par le gouvernement durant la période 2007-2012 se sont focalisés sur un avant projet de code de la justice pénale des mineurs. Mais c'est un « code suiveur », c'est-à-dire qu'il rend applicable les dispositions du code pénal et du code de procédure pénale, sauf s'il en est disposé autrement par ce texte. Même sur le plan pénal, alors que nous constatons depuis ces dernières années une augmentation des lois et textes réglementaires en direction des mineurs, les dispositions élaborées ne sont pas coordonnées entre elles et entraînent de la confusion.

Les acteurs de l'économie sociale préconisent un signal fort en direction de l'enfance et de la jeunesse par le rassemblement dans un unique corpus des dispositions les concernant.

Demandes de l'Uniopss

Reprenant l'appel de la Défenseure des enfants et de l'Unicef à la création d'un code des mineurs, l'Uniopss préconise l'élaboration d'un **Code de l'enfance**, consolidant l'ensemble des dispositions sociales, médico-sociales, éducatives, sanitaires et judiciaires (civiles pénales) concernant les enfants qui sont mentionnées dans les codes suivants : Code Civil, Code pénal, Code de procédure civile, Code de procédure pénale, Code de l'action sociale et des familles, Code de la santé publique, Code de l'éducation, Code du travail.

Il s'agirait ainsi d'un signe politique fort, qui ne réduirait pas la préoccupation du législateur à la seule entrée pénale, mais qui prendrait l'enfant dans sa globalité.

L'Uniopss insiste sur l'importance d'un code rassemblant les dispositions relatives à la justice des mineurs, qui devrait réunir à la fois les dispositions pénales, civiles (Code civil) et sociales (Code de l'action sociale et des familles) relatives aux mineurs, car les interactions sont nombreuses et indissociables.

Comme pour la Défenseure des enfants, « ce code partirait d'une perspective commune, celle de la mise en œuvre des droits fondamentaux des enfants et des textes que notre pays s'est engagé à respecter, qu'il s'agisse bien sûr de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) mais aussi des règles des Nations Unies (...) ou des autres engagements internationaux de la France. Ce code aurait pour objectif de garantir la cohérence de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires »⁵¹.

Ce code pourrait également reprendre, dans un préambule, les engagements internationaux de la France, et les principes à valeur constitutionnelle.

⁵¹ La justice des mineurs en balance entre répression et éducation ? Journée d'études Uniopss, 23 octobre 2008, Assemblée nationale

Fiche 3 – Pour un droit à l'éducation dès la naissance pour tous

Situation actuelle

La longue expérience des professionnels de la petite enfance en France, comme les études scientifiques internationales, convergent pour considérer l'éveil de l'enfant dans un environnement riche et diversifié, comme facteur favorisant le développement de son individualité, de sa socialisation et de l'acquisition des apprentissages fondamentaux.

Or, les réponses actuelles aux besoins d'offres d'accueil inquiètent : la France serait-elle à un tournant de sa politique familiale, où le désengagement partiel de l'État, avec la diminution de la scolarisation des enfants de 2/3 ans, s'accompagnerait d'un transfert de l'accompagnement des jeunes enfants au secteur marchand ?

L'Uniopss a déjà eu l'occasion de manifester ses inquiétudes lors de la transposition dans le droit français de la directive européenne sur les services. En écho à la décision du Comité des droits de l'enfant de Genève qui a complété les articles 28 et 29 de la Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) relatif au droit à l'éducation⁵² et précisé que « **le droit à l'éducation durant la petite enfance commence à la naissance** »⁵³, elle a élaboré des propositions visant à faire reconnaître cette période comme le premier temps de l'éducation.⁵⁴

Les propositions s'inscrivent dans la continuité des remarques développées par l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur des points spécifiques des articles 28 et 29, notamment : « la discrimination potentielle en matière d'accès à des services de qualité qui contribuent à la survie et au développement des jeunes enfants soulève des inquiétudes particulières, surtout lorsque des services d'aide sociale, de santé et d'éducation et autres ne sont pas universellement disponibles et sont fournis par un mélange d'organisations publiques, privées et caritatives ». L'ONU précise également que « les États parties sont responsables de la mise en place de services visant le développement de jeunes enfants. Le rôle de la société devrait compléter – et non remplacer – le rôle de l'État. Dans le cas où les services privés sont prépondérants, le comité rappelle aux États parties qu'ils ont l'obligation de contrôler et de réglementer leur qualité pour garantir la protection des droits des enfants et la réalisation de leur intérêt supérieur ».

⁵² Article 29 CIDE

1. Les États parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

- a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités ;
- b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies ;
- c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne ;
- d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone ;
- e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'État aura prescrites.

⁵³ Observation n°7 in La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant, Bilan centre Innocenti 8, UNICEF, décembre 2008, pages 24 et 25

⁵⁴ Amendement de l'Uniopss à la proposition de loi n°2149 relative à la protection des missions d'intérêt général imparties aux services sociaux et la transposition de la directive Services – Février 2010.

Demandes de l'Uniopss

Aujourd'hui, dans le contexte du renouvellement des instances dirigeantes de notre pays, l'Uniopss réitère sa demande de l'instauration du droit à l'éducation dès la petite enfance et en précise les contours.

Comment le définir ?

Il ne doit pas être entendu comme un droit à l'enseignement ou à la scolarisation précoce mais comme un **droit de la personne humaine à être accompagnée, dès sa naissance, pour « bien » grandir dans le monde dans lequel elle arrive.**

Ainsi, le droit à l'éducation serait garanti à chaque enfant de moins de 6 ans, afin de permettre le développement de son individualité et de ses potentialités, son éveil, sa socialisation, son insertion dans la vie scolaire et sociale, l'exercice à sa mesure de sa citoyenneté.

Il suppose un accompagnement de qualité de ses expériences premières et de son désir de grandir.

Il contribuerait à l'égalité des chances en offrant à tous les enfants, dès leur plus jeune âge, un environnement riche et varié dans lequel chacun puiserait ce dont il a besoin pour grandir.

En complémentarité et aux côtés des titulaires de l'autorité parentale, les établissements d'accueil des jeunes enfants et l'école maternelle favorisent la mise en œuvre de ce droit. L'accès à un mode d'accueil devrait donc être favorisé pour tous les enfants, sans distinction en raison de leur origine, sociale, culturelle ou géographique, de leur handicap ou de la situation de leurs parents, en particulier à l'égard de l'emploi.

La garantie de ce droit, dans le respect de l'égalité des chances sur l'ensemble du territoire, passe par une complémentarité entre la politique de soutien économique aux familles et à l'offre d'accueil. Cette politique de soutien aux familles doit prendre en compte les différences de situation de celles-ci et garantir leur liberté de choix. Ces aides doivent aussi être attribuées et modulées en fonction des objectifs, des exigences de qualité et de protection de l'enfance inhérentes aux modes d'accueil.

Pour mettre en œuvre ce droit à l'éducation dès la naissance, il est essentiel de :

- Définir et inscrire le droit à l'éducation dès la naissance dans la loi, dans le respect des articles 28 et 29 de la CIDE.
- Créer 300 000 places d'accueil pendant le quinquennat pour développer des modes d'accueil diversifiés de qualité et répondre aux besoins non couverts. Il s'agit également de réaffirmer l'accueil du jeune enfant comme l'une des priorités de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) État-Cnaf, pour répondre aux besoins des enfants et des familles dans leur diversité et conforter l'offre d'accueil existante.
- Garantir un droit à l'accueil en milieu scolaire adapté dès l'âge de 3 ans. Repenser et clarifier l'organisation entre les modes d'accueil et l'école maternelle pour les 2/3 ans en développant les dispositifs passerelles.
- Sortir les modes d'accueil collectifs de l'application de la directive européenne sur les services, telle qu'elle a été décidée par le gouvernement français, pour rejoindre la situation de la majorité des pays européens, et l'ériger en service d'intérêt général, pour ensuite étudier l'opportunité et la faisabilité d'un service public de la petite enfance.
- Créer une instance nationale de pilotage et de coordination qui clarifie la gouvernance de cette politique, en rassemblant pouvoir politique (État et collectivités), financeurs, partenaires sociaux, représentants des familles, des professionnels et des gestionnaires (voir proposition 6). Cette instance se déclinerait territorialement à un échelon qui sera à expérimenter.

Fiche 4 – Clarifier la gouvernance et le pilotage de la petite enfance

Quelle gouvernance promouvoir à l'échelle nationale comme au niveau territorial ? Pour le comité de suivi de la CIDE à l'ONU, le défi de l'accès à l'éducation, dès la petite enfance, persiste car « de nombreux pays ne prennent pas les mesures politiques nécessaires à la mise en œuvre de l'éducation et de la protection des enfants de moins de 3 ans ». Et quand ils le font, « l'organisation du domaine plus vaste de l'éducation et de la protection des enfants de moins de 3 ans est souvent considérée comme relevant de la responsabilité des familles ou des prestataires du secteur privé, ces derniers satisfaisant aux besoins des familles urbaines et des classes moyennes plus aisées ».

Le déficit de services cohérents pour les enfants avant leur entrée à l'école primaire est également pointé : « dans plusieurs pays, il n'y a pas de continuité pédagogique établissant le lien entre les services de garde d'enfants et les programmes d'éducation pré-primaire car ils reposent sur des objectifs et des contenus distincts, et relèvent des compétences de personnes dont les formations sont différentes ». L'observation générale n°7 de l'ONU déjà citée invite les États à « élaborer des stratégies coordonnées et multisectorielles fondées sur les droits, afin de garantir que l'intérêt supérieur de l'enfant est toujours au centre des activités de planification et de fourniture de services », avec la consultation et la participation des parents.

Situation actuelle

- **Un pilotage politique segmenté**

En France, plusieurs acteurs interviennent dans le soin, l'accueil, l'éducation et la protection du très jeune enfant et leur rôle est complexe ; leur articulation ou leur complémentarité ne va pas de soi et n'est pas forcément garantie ; le pilotage national n'est pas clairement identifié.

Ainsi, d'un côté :

- Le ministère des Affaires sociales, via le secrétariat d'État à la famille et la DGCS définissent la politique de développement des modes d'accueil de la petite enfance et établissent le cadre normatif des Établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) pour les enfants de moins de 6 ans.
- La Cnaf et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) financent la politique d'offre de services dans le domaine de la petite enfance à travers leur politique d'action sociale, en contractualisant avec les collectivités locales via le contrat enfance jeunesse et en versant des prestations de service aux gestionnaires, qu'ils soient publics, privés non lucratifs ou privés lucratifs. Elles distribuent également des prestations aux familles pour l'accueil individuel.
- Les conseils généraux agréent et forment les assistantes maternelles, autorisent l'ouverture des EAJE et plus globalement assurent le contrôle qualitatif et le suivi des équipements et services d'accueils individuels et collectifs, par le biais de son service de PMI.

De l'autre :

- Le ministère de l'Éducation nationale définit la politique de l'école maternelle pour les enfants de 2 à 6 ans.
- Le ministère de la Jeunesse et de la Vie associative définit la politique pour l'accueil périscolaire et les centres de loisirs.

D'autres acteurs sont également parties prenantes pour la mise en œuvre des services de la petite enfance : municipalités, CCAS (qui cofinancement et gèrent des structures), mais aussi associations qui se préoccupent de répondre aux besoins des habitants ou entreprises développant des solutions d'accueil pour leurs salariés.

- **Une gouvernance territoriale morcelée**

Aucune collectivité territoriale n'a, à ce jour, de compétence obligatoire, mais l'échelon local est fortement mobilisé car les modes d'accueil de la petite enfance ont une fonction structurante sur les territoires, en particulier en milieu rural. Néanmoins, cette absence de compétence fléchée est risquée car, dans un contexte de fortes tensions budgétaires, elle pourrait amener les collectivités locales à se recentrer sur leurs compétences obligatoires, ou bien à tendre vers des dispositifs à moindre coût pour elles, au détriment (financier ou qualitatif) des enfants et de leurs familles.

Les acteurs nationaux engagés dans le pilotage de la politique petite enfance se retrouvent, le plus souvent, de manière décentralisée, aux côtés des collectivités territoriales, des associations et autres acteurs non lucratifs (fondations, mutuelles) qui gèrent des structures d'accueil, et plus récemment, des entreprises de crèches qui arrivent comme nouvel opérateur.

Des outils ont été créés pour mettre de la cohérence entre cette pluralité d'acteurs et pour tenter d'organiser une gouvernance locale :

- **La Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant (CDAJE)⁵⁵** : cette instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi traite de toutes les questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants et à la politique générale conduite en faveur des jeunes enfants dans le département. Ces commissions existent et fonctionnent de manière très hétérogène sur le territoire national. En 2009, 89 CDAJE étaient mises en place⁵⁶, 11 départements n'en avaient pas encore installé et 6 ne fonctionnaient plus. Quand elles fonctionnent, elles sont le lieu où s'élaborent diagnostic de besoins et priorités d'actions, où se régulent les interventions entre CAF, élus et acteurs locaux, et où se construisent les partenariats. Un rapport de l'IGAS propose la redynamisation et la redéfinition du rôle de la CDAJE en élargissant sa composition⁵⁷.
- **Les schémas départementaux d'accueil du jeune enfant** : un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale est prévu, avec notamment un schéma départemental de la protection de l'enfance. Ce dernier peut comporter un volet spécifique sur l'accueil de la petite enfance. Une expérimentation a été menée depuis 2007 par la branche famille pour inciter à l'élaboration de schémas dédiés à la planification de la politique petite enfance. 51 CAF ont participé à l'expérimentation et 24 ont travaillé sur un schéma. Les premiers éléments de conclusions de cette expérience montrent qu'une complémentarité existe entre les travaux des CDAJE et ceux menés dans le cadre du schéma, qui aurait un effet dynamisant sur le partenariat⁵⁸.
- **Les schémas locaux pluriannuels de développement des services d'accueil des enfants de moins de 6 ans⁵⁹** : les collectivités locales, quelle que soit leur taille, ont la possibilité d'élaborer ce schéma, en concertation avec les associations et les acteurs du secteur. Ce schéma peut être délégué au niveau intercommunal (art L.214-3 du CASF). On a aujourd'hui peu de visibilité quant à leur mise en place.

⁵⁵ Art L.214-5 al 2 et D.214-3 du CASF

⁵⁶ État des lieux des CDAJE, CNAF, 20 avril 2010

⁵⁷ Joëlle Voisin, « Le développement de la garde d'enfants », mars 2009, les rapports de la documentation française, recommandation n°2, p 16

⁵⁸ État des lieux des CDAJE, CNAF, 20 avril 2010

⁵⁹ Art L.214-2 du CASF : Il peut être établi, dans toutes les communes, un schéma pluriannuel de développement des services d'accueil des enfants de moins de six ans.

Problèmes posés

- **Construire une organisation plus cohérente et moins discontinue : choisir entre système séparé ou intégré.**

Deux périodes de la vie du jeune enfant sont exposées au risque de discontinuité : le passage de la fin du congé de maternité ou du congé parental à l'accès à un mode d'accueil, puis l'entrée à l'école maternelle. C'est ainsi qu'en France, un enfant de 2 ans et demi pouvait, jusqu'à une période récente, soit aller dans un mode d'accueil, soit entrer à l'école, les projets éducatifs et les conditions d'accueil de ces structures étant radicalement différents. Aujourd'hui, avec la diminution de la scolarisation des 2/3 ans, les enfants passent, sans transition le plus souvent, de la vie familiale ou d'un mode d'accueil, à l'école maternelle et aucun pont n'est formalisé pour faciliter ce passage.

Cette situation n'est pas identique dans tous les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques), et on y distingue aujourd'hui deux modèles de structuration de l'offre des services d'accueil et d'éducation des jeunes enfants :

- Un modèle dit « intégré » où les enfants de 0 à 6-7 ans sont accueillis dans des services pilotés par un seul ministère, le plus souvent le ministère de l'Éducation.
- Un système dit « séparé ou fragmenté » (celui auquel appartient la France) dans lequel les services sont répartis en deux types de structures, en fonction de l'âge des enfants : les moins de 3 ans sont accueillis dans des services qui relèvent du ministère des Affaires sociales, et où prévaut une logique du « care » (prendre soin). Les 3-6 ans sont accueillis dans un objectif de préparation à l'école primaire, par des structures qui dépendent du ministère de l'Éducation. Les services de soins et d'éducation sont ainsi séparés.

Pour John Bennet, co-auteur du récent rapport de l'Unesco⁶⁰, les politiques de la petite enfance se sont amorcées, le plus souvent, de manière fragmentée, et la plupart des systèmes actuels sont basés sur ce modèle ; cette séparation des responsabilités tenant plus à des divisions traditionnelles, qu'aux besoins développementaux des enfants et aux problèmes pratiques de leurs familles.

La France s'inscrit dans cette approche même si, comme le souligne Peter Moss⁶¹, elle « a été pionnière en matière d'accueil de la petite enfance et si son système d'écoles maternelles a suscité beaucoup d'intérêt. De la même manière, la création de la profession d'éducatrice de jeunes enfants dans les crèches fait partie des innovations les plus intéressantes. Pourtant, (...) elle subit tous les inconvénients d'un système fragmenté. Il y a aussi une absence d'intégration entre les congés parentaux et les modes d'accueil de la petite enfance, avec une vraie frontière entre la fin des congés parentaux et la possibilité d'inscrire son enfant à l'école maternelle à l'âge de 3 ans ».

La plupart des pays ayant mis en place un système unifié l'ont fait sous l'égide du ministère de l'Éducation. Mais, toujours selon Peter Moss, « restructurer un modèle sans réflexion préalable au profit de l'école primaire peut avoir des effets négatifs. De la même manière, un système intégré concentré uniquement sur l'éducation peut conduire à toujours plus de scolarisation, ce qui mettrait une pression inutile sur la petite enfance. (...) **Refonder un système doit nous conduire à réinterroger les liens entre la petite enfance et l'âge de la scolarisation obligatoire**, en profitant de cette opportunité pour débattre de questions essentielles comme le sens du mot éducation, les valeurs de celle-ci et l'image que nous nous faisons d'un enfant »⁶².

⁶⁰ KAGA Yoshie, BENNET John; MOSS Peter – « Caring and learning together. A cross-national study of integration of early childhood care and Education within Education » – Unesco. Paris, 2010

⁶¹ Peter MOSS est professeur dans le domaine des services pour la petite enfance à l'institut de l'éducation de l'université de Londres.

⁶² Union Sociale n°252, « Défendre les valeurs démocratiques de l'éducation », Peter MOSS, décembre 2011.

Ce préalable posé, les travaux menés récemment, sous l'égide de l'Unesco⁶³, concluent à **recommander le système intégré**, qui concentre de nombreux avantages : une meilleure cohérence entre les secteurs de l'accueil et de la pré-scolarisation, l'amélioration de la qualité des services, un investissement plus important dans la petite enfance, un coût moindre pour les familles, une plus grande cohérence des programmes pédagogiques, un accroissement des bénéfices éducatifs pour les enfants, une plus grande uniformisation de la gestion et de la formation des professionnels, une gestion plus aisée de l'offre de services. Au-delà de ces avantages, l'enjeu est de favoriser au maximum un continuum pour le jeune enfant tout en garantissant le respect de son bien-être, de ses besoins, soit le maintien d'une approche qui tienne toujours ensemble la promotion de sa santé (au sens anglais « care ») et son éveil au monde, hors de toute pression pour des apprentissages précoces.

- **Déterminer le bon échelon de pilotage territorial : la région, le département, la commune, l'intercommunalité ?**

Face aux nombreux dispositifs, nécessaires mais pas suffisants, la question qui se pose est donc de savoir quel est le bon échelon de pilotage de cette politique : le volontarisme actuel des CAF dans la structuration de l'offre, en particulier au travers des missions confiées aux relais d'assistantes maternelles (RAM) dans le cadre de la nouvelle circulaire de février 2011⁶⁴, la pression mise sur les élus lors de l'évaluation des contrats Enfance-Jeunesse (prédominance de la technicité et des résultats financiers sur l'accompagnement qualitatif des projets), et les tensions qui en découlent, alors que les collectivités cofinancent à hauteur de 45 % les modes d'accueil, incitent à penser que cette question de la gouvernance est une question centrale, à côté de celles de la détermination du cadre politique et du financement.

Le territoire du département apparaît comme un des échelons potentiellement pertinent de gouvernance territoriale des actions en direction des très jeunes enfants. De fait, aux côtés des collectivités locales, 69 conseils généraux cofinancent des équipements de la petite enfance. 54 soutiennent l'innovation, soit par des moyens ad hoc, soit en ingénierie, et 50 cofinancent des Relais Assistants Maternelles⁶⁵ (RAM), grâce à la clause générale de compétences des collectivités territoriales⁶⁶.

Les régions, en revanche, sont présentes de manière plus exceptionnelle.

Avec la réforme des collectivités territoriales, la clause générale de compétences est aujourd'hui remise en cause pour l'échelon départemental et régional. Cette suppression mettrait en danger l'offre existante d'accueil de la petite enfance, car elle s'accompagnerait d'un arrêt des financements croisés actuellement à l'œuvre, et qui garantissent souvent l'équilibre financier des structures, ou assurent la prise en charge de besoins spécifiques plus coûteux (liés à la prise en compte du handicap, à l'insertion des parents, à la formation des professionnels...).

⁶³ KAGA Yoshie, BENNET John; MOSS Peter - "Caring and learning together. A cross-national study of integration of early childhood care and Education within Education" ; – Unesco. Paris, 2010

⁶⁴ Lettre circulaire 2011-020 du 2 février 2011 relative RAM (Relais Assistants Maternels), 2 février 2011

⁶⁵ Décentralisation et protection de l'enfance : où en est-on ? Les cahiers de l'ODAS, p 9, juin 2010

⁶⁶ Une collectivité territoriale, commune, département ou région, peut intervenir dans un domaine de compétences dès lors que l'intérêt de son territoire peut être invoqué. Elle est ainsi susceptible de justifier les décisions de création d'un service public local, l'octroi de subventions ou d'aides matérielles, la réalisation de travaux, etc.

Demandes de l'Uniopss

Au regard de la complexité de cette gouvernance, les associations préconisent une **réflexion sur les possibilités de décloisonnement des politiques d'accueil des jeunes enfants selon que ces derniers ont moins ou plus de 3 ans (entre ministères de la Cohésion sociale, de la Santé et de l'Éducation).**

Elle pourrait se traduire par :

- **La création d'une instance nationale de pilotage et de coordination** qui clarifie la gouvernance de cette politique, en rassemblant pouvoir politique (État et collectivités), financeurs, partenaires sociaux, représentants des familles, des professionnels et des gestionnaires. Elle pourrait prendre la forme d'une instance nationale d'accueil du jeune enfant, avec les missions d'une CDAJE élargies : « instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants et à la politique générale conduite en faveur des jeunes enfants⁶⁷ ». Elle aurait aussi pour rôle d'observer les actions des CDAJE et d'animer une cohérence nationale.
- La mise en place d'expérimentations afin de **repenser et clarifier le rôle d'un chef file de la politique petite enfance au niveau territorial** et de déterminer l'échelon pertinent de compétence, en concertation avec tous les acteurs, et d'étudier les conditions d'un rapprochement progressif des systèmes (social et éducatif) en matière d'accueil de la petite enfance.

⁶⁷ Extrait de l'Article L214-5 du code de l'Action Sociale et de la Famille.

Fiche 5 – Pour une société inclusive des enfants en situation de handicap dès la petite enfance

De la petite enfance à la majorité, et au-delà, l'éducation est tout à la fois un droit fondamental et une obligation citoyenne. Aller à la crèche, à la maternelle, à l'école, puis au collège et au lycée, faire des études et se former de façon générale, avoir des activités éducatives et de loisirs avec des jeunes de son âge, quoi de plus naturel ?

La Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que « toute personne a le droit à l'éducation [...]. L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales [...]. Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants. » (Art. 26).

Pour sa part, la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées réaffirme que les États parties doivent veiller à ce que « les personnes en situation de handicap ne soient pas exclues, sur le fondement de leur handicap, du système d'enseignement général »⁶⁸

Les temps de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité et de la formation initiale sont des périodes essentielles pour le développement social de tous. En droite ligne de ces deux textes fondamentaux, l'APF (Association des paralysés de France) revendique une éducation inclusive, quelle que soit la situation de handicap de l'enfant ou du jeune pour permettre à chacun de vivre, grandir, s'épanouir et apprendre sur la base de l'égalité avec les autres.

Cette approche résolument inclusive doit se concrétiser à chaque temps de parcours d'éducation ou de formation de l'enfant ou du jeune, en prenant en compte ses capacités et ses projets :

- l'accueil de la petite enfance ;
- la scolarité en primaire, au collège et au lycée (Cf. Les fiches prioritaires Pôle du handicap – Organiser un parcours éducatif et scolaire inclusif) ;
- la formation professionnelle initiale et la formation supérieure.

Situation actuelle

Et pourtant, lorsque survient une situation de handicap, la réalité est souvent bien différente pour les jeunes et leur famille. Les parents d'un jeune enfant en situation de handicap sont confrontés à de multiples difficultés, tout particulièrement pour trouver un mode de garde (crèche collective, assistante maternelle, ...) pouvant garantir une prise en charge qualifiée, efficace et rassurante.

« La question de l'accès des enfants en situation de handicap à l'ensemble des lieux collectifs de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, dès le plus jeune âge, est très peu présente dans la définition des politiques publiques en faveur des personnes handicapées. Et la loi du 2 février 2005 n'apporte pas de précisions, tant dans les modalités d'accueil que dans les modalités de financement, pour appliquer dans les structures de la petite enfance le principe de « l'accès à tout pour tous ».

Même si des avancées ont pu être notables ces dernières années, le constat demeure édifiant : une enquête réalisée auprès de 455 organismes gestionnaires de Loire Atlantique établit que si 72 % d'entre eux déclarent accueillir ou avoir accueilli un ou plusieurs enfants en situation de handicap, seulement 19 % ont déclaré cet accueil pour un enfant bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) dans les relevés de présence de la CAF et ont ainsi bénéficié de la majoration de la prestation de service. Autre élément significatif, le pourcentage de présence en volume horaire des enfants en situation de handicap représente 2,33 % dans les EAJE et 0,53 % dans les accueils de loisirs sans hébergement.

⁶⁸ Voir l'article 24 de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées

De plus, les parents sont confrontés à une double difficulté : « on ne travaille pas et on a un enfant handicapé »⁶⁹.

Pourtant, l'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures de la petite enfance permet non seulement leur meilleure participation à la vie de la cité, mais il contribue également à changer le regard sur le handicap. Il est fondamental d'accompagner ce changement en favorisant cet accueil par un soutien adapté (formation des personnels, soutien financier pour les assistantes maternelles qui doivent limiter le nombre d'enfants accueillis, coopération avec les CAMSP [Centre d'Action Médico-Sociale Précoce]).

Problèmes posés

- **L'absence d'une offre systématique et concrète d'accompagnement** formulée aux parents dès l'annonce de la maladie ou du handicap de l'enfant, alors que leur survenue nécessite pour une famille une attention particulière.
- Les inadaptations structurelles et pédagogiques des lieux d'accueil.
- **Les difficultés récurrentes des familles** qui ne parviennent pas toujours à faire accueillir leur enfant dans une structure collective ordinaire de proximité (crèche, halte garderie, ..) ou par une assistante maternelle.
- **Le manque de sensibilisation, de formation et de ressources pour l'accueil d'enfants ayant des besoins particuliers, des acteurs** de la périnatalité, de la pédiatrie et de la petite enfance (infirmières et auxiliaires-puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants, assistantes maternelles).

Demandes de l'Uniopss

L'Uniopss réaffirme que le temps de la petite enfance doit permettre à l'enfant en situation de handicap de trouver une place dans la société lui permettant l'épanouissement de ses potentialités.

Pour ce faire, l'Uniopss reprend les préconisations de ses adhérents nationaux et de la plateforme « Grandir ensemble » et sollicite :

- la sensibilisation systématique de l'ensemble des acteurs de la périnatalité, de la pédiatrie et de la petite enfance à une **démarche de formation pour une meilleure annonce de la maladie ou du handicap et un renforcement l'accompagnement de la famille** ;
- l'analyse des besoins et des attentes des familles d'enfants en situation de handicap ;
- l'information des familles sur l'offre existante ;
- la possibilité d'un accompagnement de la famille pour une première **orientation vers une réponse adéquate de proximité** (CMPP, maisons médicales, centres de guidance, structures type « Maisons vertes », associations, CAMSP, etc.) ;
- **le développement sur tout le territoire d'une offre de services spécialisés** (CAMSP, SESSD [Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile], etc.) qui permette au plus tôt de trouver des solutions d'accompagnement de proximité pour toutes les familles et de soutenir l'éducation ainsi que la socialisation des enfants ;
- **l'intégration effective dans toutes les formations professionnelles, initiales et continues, d'un module obligatoire** abordant l'accueil des enfants à besoins particuliers ;

⁶⁹ Étude nationale, « Développer l'accès des enfants handicapés aux structures d'accueil collectif de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, dès le plus jeune âge », 2009.

- **le soutien aux structures de droit commun d'accueil de la petite enfance et aux assistantes maternelles qui accueillent un ou plusieurs enfants en situation de handicap** : soutien financier, appui technique, échange et analyse des pratiques, coopération avec l'offre de service médico-sociale ;
- **l'instauration, au niveau de la Cnaf, d'un outil de mesure de l'évolution de l'accueil des jeunes enfants handicapés dans les EAJE et les accueils de loisirs** ;
- **la création d'un centre de ressources national** qui pourrait assurer le recensement des pratiques existantes sur les territoires, apporter un appui technique en matière de formation des personnels, de solution de financement et qui pourrait favoriser la mise en place d'outils pratiques au service des organismes gestionnaires.

Fiche 6 – La création d'un fonds national d'innovation pour les actions petite enfance

Situation actuelle

L'innovation dans le champ de la petite enfance, un plébiscite sans moyens

Aujourd'hui, d'aucuns s'accordent à dire que « l'innovation sociale est un enjeu majeur du développement des territoires et un levier pour élargir la portée des politiques d'économie sociale et solidaire ⁷⁰ ».

Or, on constate une forte contradiction entre les discours et les actes : l'innovation est louée mais peu facilitée.

Pour rappel, les innovations se développent de deux manières : soit à l'initiative des acteurs de terrain (le plus fréquent), soit par le biais d'une impulsion nationale (Plan Espoir Banlieues, expérimentation sur les micro-crèches, expérimentation sur les jardins d'éveil).

Des fonds spécifiques ont ainsi été mis à disposition par la Cnaf et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour des actions dédiées : l'accueil d'enfants en situation de handicap afin de permettre un accueil effectif et régulier, le développement de l'accueil des enfants sur des horaires atypiques, l'ingénierie de projet au montage d'une micro-crèche.

De plus, certaines fondations ou agences accordent des subventions sur des projets innovants impulsés par des acteurs de terrain (Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances [Acsé], Fondation de France), là encore le plus souvent dans une logique d'appels à projets.

Rappelons également la mobilisation de nombreuses collectivités territoriales (communes ou départements) qui mettent en place des fonds à l'innovation. 54 départements soutiennent ainsi l'innovation, soit par des moyens ad hoc, soit en ingénierie⁷¹.

À leurs côtés, les associations⁷² ont été des acteurs historiques du développement de ces expérimentations, car témoins privilégiés des évolutions des besoins des enfants et des familles. « L'ADN associatif contient le gène de l'innovation. Pas forcément une innovation technologique mais sociale, tout aussi complexe à concevoir et à mettre en œuvre ».

Aujourd'hui encore, leur vigilance pour favoriser l'accueil de tous les enfants, en particulier ceux qui en ont le plus besoin, reste le moteur de ces évolutions. Le secteur non lucratif, dans sa diversité, est bien souvent, dans de nombreux pays, une ressource majeure des services à la petite enfance et, comme le souligne le centre de recherches Innocenti de l'Unicef, « continuera d'être décisif en accroissant la disponibilité, l'accessibilité, le choix et la qualité de l'offre des services à la petite enfance ⁷³ ».

Problèmes posés

• La logique descendante des appels d'offres

Le centre d'analyse stratégique précisait récemment que « le secteur de la petite enfance est devenu en quelques années un lieu privilégié de l'expérimentation sociale, illustrant le dynamisme de ce champ de l'intervention publique »⁷⁴. Faut-il encore que la systématisation de la commande publique et des appels d'offres n'entrave pas cette créativité avec la logique descendante des cahiers des charges, qui ne part pas forcément de l'identification de nouveaux besoins.

⁷⁰ Les États généraux de l'ESS, débat « Innovation sociale, un levier pour les territoires », 17 juin 2011

⁷¹ Décentralisation et protection de l'enfance : où en est-on ? Les cahiers de l'ODAS, juin 2010, p 9

⁷² Site internet sur les innovations des acteurs de l'économie sociale dans le champ de la petite enfance : www.accueil-petite-enfance.fr

⁷³ Ibid Rapport Innocenti 8

⁷⁴ Accueil de la petite enfance : comment continuer à assurer son développement dans le contexte actuel des finances sociales ? Centre d'Analyse Stratégique, note de veille n°157, novembre 2009, p 3

Comme le souligne par ailleurs le CAS (Centre d'Analyse Stratégique), « l'entrepreneuriat social, dont la raison d'être est de répondre à des besoins sociaux mal ou peu satisfaits, repose par définition sur l'innovation. Mais alors que l'innovation technique est fortement soutenue par les pouvoirs publics, l'innovation sociale (au même titre d'ailleurs que l'innovation de services) n'est pas encore reconnue à part entière⁷⁵ ».

En réalité, il est fait peu d'espace à l'innovation et essentiellement dans une dynamique d'innovation descendante : ce fut notamment le cas de l'expérimentation nationale sur les micro-crèches puis sur les jardins d'éveil. Le Plan Espoir Banlieues intégrait quant à lui une partie de l'appel à projets sur la petite enfance pour développer des innovations dans les quartiers, avec un cahier des charges laissant plus de marge de manœuvre aux acteurs de terrain.

- **La précarité et la faiblesse des moyens alloués**

Si ces dynamiques sont facilitatrices, elles restent marginales et s'inscrivent rarement dans le temps. Sans être systématiquement exorbitant, le financement de l'innovation a un coût, car celle-ci nécessite bien souvent l'aménagement de locaux, le recrutement de personnels supplémentaires, du temps avec un travail de maillage sur les territoires et d'implication des acteurs concernés.

De plus, il est indispensable de distinguer cette fonction de recherche et d'innovation de la fonction de développeur de services bien rodés.

Ainsi, l'aide financière, qui constitue souvent une aide à l'ingénierie et/ou à l'investissement, n'est quasiment jamais allouée dans une perspective, si ce n'est pérenne (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens - CPOM), du moins à moyen terme.

- **La disparition de toute place pour l'expérimentation dans la réglementation**

Enfin, pour rappel, à la surprise générale, et sans information préalable, le décret du 8 juin 2010 sur les EAJE a abrogé au 1^{er} janvier 2012 l'article R 2324-47 relatif aux expérimentations, car non conforme à la loi organique n°2003-704 du 1^{er} août 2003 relative à l'expérimentation par les collectivités territoriales. Interpellée, la DGCS s'était engagée à élaborer à la rentrée 2010 un décret ad hoc pour soutenir l'innovation du secteur, et ce en concertation avec les acteurs, sans suites à ce jour. Si les services de PMI autorisaient assez rarement l'ouverture d'un service ou d'un établissement sur le fondement de cet article, il permettait néanmoins de prendre en compte des projets atypiques, n'entrant pas dans les « cases » de la typologie classique des EAJE. Symboliquement, il offrait une fenêtre de créativité pour les porteurs de projets. Il n'existe donc plus de disposition offrant un cadre juridique à l'innovation pour l'accueil collectif. L'agrément ne peut être autorisé par le service de PMI que sur les fondements de structures traditionnelles définies par le décret.

Demande de l'Uniopss

La création d'un fonds national pour l'innovation des actions petite enfance

L'Uniopss souhaite que la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) État-Cnaf 2013-2016 réaffirme l'accueil du jeune enfant comme une de ses priorités, pour répondre aux besoins des enfants et des familles dans leur diversité, en confortant l'offre d'accueil existante, mais également en créant de nouvelles modalités d'accueil. **Elle préconise que soit ainsi créé, dans le cadre de la nouvelle COG, et en complément du fonds d'investissement pour l'innovation sociale⁷⁶, un fonds national de 35 millions d'euros, pour financer 5 000 places d'accueil supplémentaires en 4 ans s'inscrivant dans la création des 300 000 places nouvelles.**

⁷⁵ Quelle place pour l'entrepreneuriat social en France ? CAS, note d'analyse n°268, mars 2012

⁷⁶ Communiqué de presse, Signature du protocole d'accord concernant la création du fonds d'investissement pour l'innovation sociale, 21 mars 2012

- **Le portage du fonds**

La Cnaf et la MSA étant les premiers financeurs des actions relatives à la petite enfance, il paraît légitime que ce fonds soit placé sous l'égide de la Cnaf et de la MSA. Par ailleurs, la COG État-Cnaf prenant fin en 2012 et la prochaine devant être renégociée dans les prochains mois, il serait tout-à-fait opportun d'envisager d'intégrer ce fonds dans la prochaine COG.

Pour le piloter, la mise en place d'un comité de pilotage pluri-institutionnel et partenarial pourrait être envisagée rassemblant l'ensemble des acteurs concernés.

Il serait composé notamment de représentants :

- de la Cnaf ;
- de la MSA ;
- des ministères et administrations concernés ;
- des gestionnaires de modes d'accueil : AMF, Unccas, Uniopss ;
- d'un représentant des médecins de PMI.

- **Définir l'innovation**

Il est essentiel de s'entendre sur le périmètre de ce fonds et les actions pouvant y être éligibles. La définition du concept d'innovation est donc un préalable, en veillant à ne pas avoir une approche trop restrictive, qui pourrait exclure de fait un dispositif ou un projet particulièrement innovant.

Par innovation, nous pourrions entendre une action qui répond à un besoin nouveau (accueil d'un enfant porteur de handicap, accueil d'urgence, horaires atypiques) sur un territoire, ou qui répond selon des modalités nouvelles à un besoin existant (par exemple par la mutualisation des réponses ou par une action itinérante).

Cela pourrait se traduire par la création d'un outil de détermination de l'innovation sociale, sur la base de critères partagés, en s'appuyant notamment sur les travaux produits à l'occasion des États Généraux de l'ESS⁷⁷ et dans ses suites⁷⁸. Ainsi, 20 critères ont émergé, répartis sur 4 axes :

1. Réponse à un besoin social mal satisfait
2. Génération d'autres effets positifs
3. Expérimentation et prise de risques
4. Implication des acteurs concernés

- **Le périmètre de financement, les critères d'éligibilité au fonds**

Le comité de pilotage aurait pour mission de préciser le périmètre des actions éligibles qui pourrait comprendre des actions, dispositifs établissements ou services relatifs à l'accueil du jeune enfant, et également au soutien à la parentalité.

Le financement pourrait porter sur l'élaboration du projet jusqu'à son évaluation, en passant par sa mise en œuvre et son suivi. Un financement pluriannuel serait possible pour assurer une pérennité de l'action.

- **La hauteur des crédits du fonds**

L'Uniopss sollicite que ce fonds soit abondé à hauteur de **35 millions d'euros**.

- **L'évaluation de l'action innovante**

Le comité de pilotage aura également pour mission de définir les modalités de l'évaluation de l'action pour en mesurer la pertinence, notamment en termes d'impact social, à partir d'indicateurs qui auront été élaborés de manière concertée.

Cette évaluation aura notamment pour objectif de déterminer la pertinence de l'essaimage de l'innovation.

Elle permettrait enfin d'assurer la valorisation de ces innovations, notamment leur diffusion.

⁷⁷ États Généraux de l'ESS in Débat « Caractériser l'innovation sociale pour en accélérer son développement », samedi 18 juin 2011

⁷⁸ Boîte à outils innovation sociale sur www.entrepreneur-social.net

Fiche 7 – La création d'un contrat territorial de prévention sociale et éducative

Situation actuelle

Un nombre grandissant d'enfants et de jeunes sont en cours d'exclusion de la société : certains ont décroché du système scolaire, d'autres sont de fait en décrochage ou en rupture sociale, en raison notamment de ruptures familiales ou de conduites à risques, avec de graves effets induits en termes de santé, d'éducation ou de désaffiliation.

Même si l'Éducation nationale développe des initiatives pour s'adapter à cette évolution, force est de constater que les effets de ces décrochages et ruptures sont de plus en plus dramatiques. En effet, l'évolution de notre organisation sociale, de la précarisation exponentielle, de la formation et de l'emploi aggravent voire sédimentent celles-ci.

L'isolement des quartiers ou des territoires, l'exclusion que vit un nombre important d'enfants et d'adolescents, les échecs d'intégration que beaucoup d'entre eux subissent, les éloignent des quelques dispositifs d'intégration sociale et professionnelle les concernant.

Sans réaction et action de la part des instances politiques et des représentants de la société civile en direction de ce public en grande fragilité, l'harmonie et la paix sociale risquent d'être fortement remises en cause. L'absence d'égalité devant les dispositifs de droit commun ne peut que créer des tensions, des écarts et des coûts humains et sociaux redoutables.

Problèmes posés

- **Aujourd'hui, il existe une pluralité de dispositifs et d'instances** principalement axés sur la prévention de la récidive ou le traitement des actes de délinquance sans cohérence et articulation : Conseil Local de Sécurité et de la Prévention de la Délinquance (CLSPD), conseils pour les droits et devoirs des familles, cellule de citoyenneté et de tranquillité publique, contrat de responsabilité parentale, stage de citoyenneté, sanction des parents dans le cadre de l'absentéisme scolaire... Plutôt que de considérer ces enfants et ces jeunes dans la globalité de leurs besoins (sanitaires, sociaux, culturels, sportifs, de loisirs, de formation et de citoyenneté), on n'envisage le travail interinstitutionnel (exemple : CLSPD) que dans le cadre affiché de la prévention de la délinquance, qui glisse vers le traitement de la délinquance.
Dans les dispositifs intégrant les parents, ceux-ci sont, en termes d'affichage, considérés trop souvent comme uniques responsables des comportements de leur enfant et la culpabilisation ainsi que la sur-responsabilité individuelle sont mises en avant. Or, la prévention sur les territoires ne peut être détachée de son rôle social et éducatif.
- **Les subventions aux associations locales sont en baisse constante** (désengagement de l'État, priorité à la délinquance, moyens contraints des collectivités). Or, les dispositifs type Projet de Réussite Éducative (PRE) ne fonctionnent que sur un maillage associatif local solide.
- **Un outil de cohésion sociale** qui s'inscrit dans un réel dispositif de prévention territoriale pour lutter contre cette désaffiliation sociale devient indispensable.

Demandes de l'Uniopss

- **La mise en place d'un contrat territorial de prévention social et éducatif**

De manière complémentaire à l'existant et sans nier la nécessité d'une intelligence collective autour des questions de prévention de la délinquance, il s'agit d'organiser et de contractualiser un travail inter-institutionnel autour de la « prévention » et d'un projet socio-éducatif territorial.

L'objectif est d'articuler les politiques de droit commun universelles et les dispositifs ciblés ou spécifiques.

Cela implique :

- un cadre législatif qui le garantit ;
- que la notion de chef de file soit identifiée, et, à ce titre, les villes sont les mieux placées, en lien avec les conseils généraux ;
- un contrat associant l'Éducation nationale, les réseaux de santé, la prévention spécialisée, les centres sociaux, les associations, en favorisant l'inter-institutionnalité ;
- que les cofinancements soient rendus possibles (voir le risque que présente à ce sujet le projet de réforme territoriale) et effectifs dans des cadres simplifiés ;
- que l'on consolide les financements des associations locales, dont le maillage est une garantie pour une efficience des dispositifs institutionnels de type PRE (Projet de Réussite Educative) ;
- que les parents, les citoyens soient entendus et impliqués dans ces projets ;
- que des passerelles souples, formelles ou informelles, soient rendues possibles pour qu'un enfant ou un jeune qui en a besoin s'oriente vers un dispositif de soins, éducatif ou de protection, sans perdre le fil des actions du territoire ;
- que les actions culturelles, de loisirs, sportives, de citoyenneté soient mobilisables dans la prise en compte de ces situations, dans leur singularité et dans leur risque de décrochage et de rupture.

Les expériences des centres sociaux qui, dans leur organisation et le recrutement diversifié de leurs intervenants, ou bien de territoires qui s'organisent avec des parents pour accompagner des jeunes le temps d'une exclusion scolaire, sont des illustrations de cette dynamique qui associe supports collectifs et individuels. Mais, pour éviter leur essoufflement (lié à l'isolement ou aux baisses de subventions), une contractualisation inter-institutions est nécessaire.

Cela permet, à partir d'un projet éducatif et de développement social territorial, de limiter les effets trop souvent définitifs de ces décrochages ou ruptures et de relier un renforcement de politique universelle de prévention avec la prise en compte des situations de vulnérabilité.

Cela permet également de se regrouper autour de la prévention et pas seulement à propos de la délinquance, en prenant le risque de confondre celle-ci avec la jeunesse.

Une telle construction d'un contrat territorial de prévention devrait évidemment s'inscrire dans une démarche d'évaluation en termes d'utilité sociale.

- **Développer l'intervention sociale de proximité et d'intérêt collectif**

Enjeu majeur pour le travail social ainsi que pour l'action éducative et sociale territorialisée, le développement des ressources individuelles et collectives des habitants (adultes et jeunes) dans une visée de renforcement de leur pouvoir d'agir, doit devenir un élément constitutif essentiel des politiques publiques et un objectif prioritaire de formation des intervenants sociaux. La proposition de mise en place d'un contrat territorial de prévention éducative et sociale doit en être un levier fort.

La connaissance et la prise en compte des ressources humaines d'un territoire, la réalité et la reconnaissance des acteurs qui composent le partenariat d'un milieu de vie donné, sont les clés de ce développement. Il y a toujours des opportunités, des initiatives, des potentialités au sein des communautés de vie à saisir.

C'est pourquoi l'Uniopss demande que soit pensée, élaborée et mise en œuvre une **politique publique de développement social local** prenant en compte les acquis des « projets sociaux de territoire », les préconisations du rapport de l'Igas « L'intervention sociale, un travail de proximité » (2005), le rapport du Conseil Supérieur du Travail social au ministre chargé des Affaires sociales « Développer et réussir l'intervention sociale d'intérêt collectif » (2010), les travaux et les préconisations du « Collectif Pouvoir d'agir ».

Fiche 8 – Articuler la justice des mineurs avec les politiques de l'enfance et de la jeunesse

Situation actuelle

Une image brouillée de la justice des mineurs

Au cours de la dernière décennie, **les politiques publiques en direction des enfants ont tenté de remédier à une judiciarisation excessive des interventions socio-éducatives** au profit de familles et de jeunes en difficulté, qui devaient trouver des réponses suffisamment adaptées dans les dispositifs de protection sociale et administrative. C'est pourquoi la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a inscrit le principe de subsidiarité de la justice en matière d'assistance éducative.

Parallèlement, les débats publics et l'évolution législative concernant la justice des mineurs se sont essentiellement focalisés sur les actes de délinquance posés par les mineurs, avec une forte tendance au durcissement du volet répressif. La pénalisation des réponses judiciaires se fait au détriment des mesures civiles, et de la complémentarité avec les actions éducatives. De plus, les trois fonctions de la peine en droit pénal ne sont pas développées de la même manière. En effet, les réponses pénales proposées en direction des mineurs se centrent principalement sur la fonction répressive de la peine, en omettant de plus en plus la fonction de réadaptation et de réinsertion de la sanction. A trop vouloir d'immédiateté dans la réponse politique, on perd de vue le sens général de la loi et du droit.

Ces évolutions entraînent de profondes inquiétudes pour les acteurs de terrain eu égard à la spécificité et à la pertinence du système français de justice des mineurs fondé sur : la spécialisation de la justice, la double compétence du juge des enfants et la primauté de l'éducatif sur le répressif en matière pénale.

De plus en plus d'enfants et de jeunes accumulant les difficultés (carences affectives, éducatives, précarité, pauvreté, exclusion, mal-être, santé, violence du milieu, inertie culturelle) ont du mal à vivre, à grandir et à trouver leur place dans la société. Dans bien des situations, il était indispensable de faire remonter les interventions socio-éducatives dans le champ de la prévention ou de la protection sociale. **Les rapports intergénérationnels se tendent** dans une société vieillissante, confrontée à des mutations sans précédent, sur fond de crise de l'éducation, de l'économie, du lien social, de la solidarité, de l'adulte (individualisme, narcissisme, nihilisme...), de la famille, de l'autorité, de la loi. Autant de facteurs qui entravent les processus de structuration, d'identification et de maturation de la personnalité des enfants et des jeunes. Pour autant, est-ce à la justice des mineurs de remédier à cet « ordre » éducatif défaillant ?

Une « image brouillée » de la jeunesse, entretenue par des constructions « médiatico-littéraires » donnant une image trop souvent négative d'une jeunesse en mal d'existence, qui se caractérise autant par sa violence que par sa souffrance. Images qui alimentent toujours davantage l'imaginaire collectif envahi par la peur, le sentiment d'insécurité, d'impunité, avec parfois une fascination devant la violence, la toute-puissance de ces jeunes que rien n'arrête, qui mettent en échec tous les dispositifs (éducation, santé, social, justice...). Les amalgames vont bon train. On se méfie des jeunes. La jeunesse, loin d'être vécue comme une richesse à préserver et à protéger, une ressource ou une promesse, est devenue un problème. Le juge et la loi en matière pénale sont présentés comme étant les derniers remparts pour préserver la paix sociale, l'ordre public.

Ce changement de regard sur la jeunesse est entretenu par les mesures proposées en direction des enfants et par les choix politiques s'y rapportant. Le clivage qui a commencé à se dessiner après les émeutes de 2005 entre les mineurs à protéger et les mineurs à sanctionner, a été largement repris et

accentué dans les textes législatifs et réglementaires de ces dernières années. Ce clivage entre enfance en danger, enfance délinquante a eu pour conséquence la mise en place de dispositifs spécifiques à des catégories, sans articulation entre justice des mineurs et politiques de l'enfance. La justice pénale des mineurs doit demeurer une des composantes de la politique générale en direction de la jeunesse et ne pas constituer une branche spécifique déconnectée des politiques de l'enfance et de la jeunesse. Les politiques de prévention de la délinquance ne peuvent se limiter à réprimer des actes de délinquance sans aucune concertation et coordination avec les politiques territoriales en direction de la jeunesse.

Problèmes posés

Dans ce contexte, les analyses et débats mettent en évidence :

- **une situation d'une grande complexité et paradoxale** quant aux enjeux de la société dans ses rapports avec la jeunesse et avec son système judiciaire concernant les mineurs ;
- **un manque de lisibilité de l'évolution des politiques publiques et des dispositifs** intervenant dans le champ de la prévention, de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- **un déficit de pilotage et l'incohérence globale des politiques publiques avec des ajustements ne laissant pas voir de perspective d'ensemble, de vision large ;**
- **des réponses politiques qui ont tendance à se radicaliser**, réactivant les vieux clivages entre partisans du « tout éducatif » et partisans du « tout répressif », en oubliant la notion même de protection dont ont besoin les mineurs.

Le contre sens

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance insistaient sur la nécessité de mieux prendre en compte les besoins de l'enfant replacé au centre des dispositifs, l'intérêt supérieur de l'enfant, le respect de ses droits.

Il s'agissait de remédier à la verticalité et à la segmentation des politiques publiques, des dispositifs, des services, au morcellement des prises en charge, et de favoriser une approche globale du mineur, la fluidité, la continuité et la cohérence des pratiques judiciaires et des interventions socio-éducatives, un parcours dynamique du mineur orienté vers un mieux-être et une réinsertion sociale.

La « déconstruction » actuelle de la fonction du Juge des Enfants (JE) garant d'une réponse globale et individualisée va opérer et amplifier le clivage entre la fonction éducative et la fonction répressive.

De surcroît le JE, dont le rôle devient subsidiaire en matière d'assistance éducative, risque de ne plus exercer qu'une fonction d'arbitre, de « passeur » et de garant de la continuité des parcours et des processus entre protection administrative et protection judiciaire.

Le morcellement des réponses et des interventions socio-éducatives et la stigmatisation de certains mineurs vont s'accroître du fait, d'une part, de la bipolarisation entre une protection administrative et sociale qui n'a pas démontré sa capacité à mieux prévenir et traiter la situation des enfants et jeunes en difficulté, et d'autre part, du fait de la justice pénale des mineurs qui se durcit. Sans oublier les dispositifs issus de la prévention de la délinquance qui ne sont ni de la protection, ni de la répression, ni même réellement de la prévention mais qui complexifient les processus au lieu de les harmoniser.

Globalement, les effets attendus sont à l'opposé des finalités recherchées.

La dérive des dispositifs

La tentation est grande de mobiliser nos efforts et nos moyens sur les jeunes qui mettent en échec les institutions de notre société.

Nous observons depuis plusieurs années une dérive des dispositifs de prévention/protection vers le traitement lourd des jeunes les plus en difficulté, notamment au pénal, à grands renforts de moyens, au préjudice des interventions socio-éducatives : celles-ci, en amont ou en aval des placements, permettent de graduer et de garantir la continuité des interventions socio-éducatives en lien étroit avec la famille et le milieu naturel.

En matière de financement, les chiffres sont significatifs. Concernant la protection de l'enfance, le fonds national de protection de l'enfance qui a vu jour tardivement (décret de 2010) n'est pas suffisamment doté pour permettre réellement de soutenir la mise en œuvre de la réforme de la protection de l'enfance dans les départements. Les conseils généraux n'ont pas bénéficié de transferts de financement pour mettre en œuvre les modalités inscrites dans la loi, pourtant obligatoires. Le fonds a été doté de moins de 10 millions d'euros dont 6 millions ont été consacrés au financement d'une partie de projets traités par le fonds suite à un appel à projet lancé en 2011.

Concernant la prévention de la délinquance, le fonds interministériel de prévention de la délinquance, mis en place en 2007, a bénéficié dès sa création d'une dotation annuelle d'environ 50 millions d'euros. Les crédits du FIPD 2012 sont de 50 700 000 euros répartis principalement entre le soutien de la vidéo protection et les actions de prévention de la récidive, de prévention situationnelle et l'aide aux victimes ou la lutte contre les violences intra familiales.

Concernant la protection judiciaire de la jeunesse, la loi de financement axe principalement le financement de structures contenant comme les CEF (Centres Educatifs Fermés) et les CER (Centres Educatifs Renforcés).

Les établissements comme les CER et les CEF ont été « surinvestis » comme « la » bonne réponse, au risque d'en oublier et d'affaiblir le rôle déterminant des services en amont et en aval de ces établissements. Depuis plus de quinze ans, tous les rapports d'évaluation, toutes les études concernant les UEER/CER et, plus récemment les CEF, pointent la question de la sortie de ces établissements, les risques de rupture, la difficulté à garantir la continuité de l'action éducative, voire des soins, et la réaffiliation sociale, que ce soit dans les dispositifs de droit commun ou plus spécialisés.

L'aide à la décision des magistrats est mise à mal avec la réforme de la mesure d'investigation. La qualité des diagnostics est souvent déterminante dans l'orientation d'un mineur. Une mauvaise orientation peut être particulièrement préjudiciable au parcours d'un mineur (échecs, exclusions). En limitant l'activité du secteur associatif habilité devenue la variable d'ajustement de l'administration et en réduisant de façon significative les moyens des services d'investigation et d'orientation éducative (SIOE) transformés en service d'investigation éducative (SIE) au 1^{er} janvier 2012, la Protection Judiciaire de la Jeunesse ne pourra plus assurer quantitativement et qualitativement cette mission hautement stratégique, à l'interface des différents dispositifs de protection de l'enfance et de la justice pénale des mineurs.

Le transfert progressif et massif des moyens vers ces établissements « phare » qui n'accueillent qu'une minorité de jeunes au détriment des autres dispositifs, participe de la dégradation de la situation de certains jeunes qui ne trouvent plus de réponses adaptées en amont ou en aval de ces établissements. D'où la perte d'efficacité des dispositifs, pour consolider les acquis, faire aboutir un projet de réinsertion sociale et prévenir la récidive, et le gaspillage de l'argent public.

Cette situation est d'autant plus regrettable que les CEF constituent une réelle alternative à l'incarcération, à des mesures éducatives qui se sont révélées peu opérantes, à une médicalisation parfois excessive des problèmes de comportement, en rendant possible à nouveau un processus éducatif voire thérapeutique au profit de jeunes qui ont mis en échec toutes les institutions de notre société. Pour autant, c'est un non-sens d'en faire le « remède miracle » en élargissant son périmètre, au détriment de la gradation et de la continuité indispensable des interventions socio-éducatives, à fortiori dans un contexte de restrictions financières aussi importantes.

La déviation des finalités

Il y a bien un enjeu pour notre société et sa justice des mineurs à mettre en place des cadres et des modes de prise en charge plus contraignants et plus contenant, notamment en réarticulant le répressif et l'éducatif, sans pour autant les enfermer. Il s'agit en effet d'optimiser les rapports entre des pratiques

judiciaires plus contraignantes au pénal et des pratiques éducatives plus intensives et contenantes, afin de rendre des jeunes en grande difficulté à nouveau accessibles à une prise en charge éducative et progressivement acteurs du processus. Et ce, en renforçant les coopérations notamment avec le soin, le scolaire et l'insertion socio-professionnelle dans un continuum qui fait suffisamment sens pour chaque mineur.

Cette conception de la mise en œuvre de la loi pénale, conformément au principe de primauté de l'éducatif sur le répressif, veut dépasser le registre de la sanction/punition avec ses effets dissuasifs en ce qu'elle doit rendre possible, faciliter un processus éducatif voire thérapeutique.

En effet, la plupart des mineurs concernés sont à la fois victimes autant qu'auteurs. Et leur mal être, leur souffrance, leur profil psychopathologique nécessitent des soins dans un cadre suffisamment contenant mais aussi suffisamment structurant et apaisant, humain et non violent qui permette de faire du « sur mesure ».

En prenant le risque de durcir la réponse judiciaire sur le versant répressif, en misant davantage sur les effets dissuasifs de la sanction/punition, la loi pénale est déconnectée de sa finalité éducative et la sanction, moyen au service d'un processus éducatif, tend à devenir une fin en soi qui ne résout rien, et au contraire amplifie les effets destructeurs de la violence.

Demandes de l'Uniopss

Eu égard à l'intérêt supérieur de l'enfant, à sa personnalité en devenir et à ses droits, il est indispensable, de **préserver et de renforcer** les politiques de l'Enfance et de la Jeunesse. C'est pourquoi l'Uniopss demande pour **la Justice des Mineurs** :

- **que le budget soit à la hauteur des ambitions** (c'est aujourd'hui le seul budget à la baisse dans le cadre de la Justice, avec de plus, des réserves utilisées à d'autres fins alors qu'elles intègrent des moyens humains contrairement à d'autres ministères) ;
- **que les moyens affectés soient répartis de manière équilibrée entre les différents types de réponses (utilement diversifiées)**. Or, aujourd'hui ils sont essentiellement affectés aux structures contenant ou d'enfermement au détriment des réponses en amont et en aval, provoquant ainsi des ruptures de continuité de parcours pour les mineurs. Ces structures ont leur utilité spécifique (alternative à l'incarcération), mais ne doivent pas entraîner la suppression d'autres types de réponses tout autant pertinentes à d'autres moments du parcours des mineurs ;
- **le maintien du rôle de clé de voûte du Juge des Enfants dans la Justice des mineurs, dans sa double compétence**. Il est garant de la gradation et de la continuité des réponses en prenant en compte l'ensemble des facteurs contextuels ;
- **de la même manière qu'il faut adapter les réponses pour des mineurs qui ont mis en échec les différentes institutions, il convient en amont de développer la justice restaurative** qui intègre, dans un cadre judiciaire, des réponses éducatives et de sanction, en incluant la société civile ; l'objectif étant ainsi de contribuer au lien social et à la prévention de la récidive ;
- **la connaissance de la personnalité des mineurs et de ses environnements est essentielle** pour des décisions pertinentes et adaptées. Or, les moyens affectés à ces mesures ont été considérablement diminués, ce qui va à l'encontre des objectifs annoncés ;
- **la création d'un observatoire indépendant** rattaché à l'Observatoire International de Justice Juvénile (OIJJ), afin de consolider les données relatives à la justice civile et pénale des mineurs, incluant les données policières des plaintes.

Fiche 9 – Pour une redéfinition des politiques à destination des jeunes adultes les plus en difficulté

D'un dispositif jeunes majeurs à une réelle politique des jeunes adultes en cours d'autonomisation

Cette question relative aux jeunes adultes (18-25 ans) est à relier à la plateforme « Pour un Big-Bang des politiques Jeunesse ». Elle aborde la question spécifique des jeunes en situation de grande vulnérabilité, pour favoriser au mieux leur accès au droit commun.

Situation actuelle

En premier lieu, les 16-25 ans sont les grands oubliés de la solidarité nationale : il existe bien quelques dispositifs, le fonds d'aide aux jeunes, les missions locales, mais qui sont très ciblés et ne permettent pas un accompagnement global.

Le dispositif spécifique de protection de l'enfance « jeunes majeurs » permet en partie cet accompagnement, mais il a été réduit à sa portion congrue. Pour rappel, selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en 2006, le dispositif Jeunes majeurs concernait plus de 20 000 jeunes, soit 0,9 % de la population de 18-21 ans. S'y ajoutent les décrocheurs scolaires qui seraient près de 300 000 entre 2010 et 2011 (Le Monde du 12 mai 2011).

Pour le dispositif Jeunes majeurs, il existe une double compétence État/conseils généraux, en application de deux décrets de 1975, la compétence des départements étant facultative. Si une circulaire de la PJJ de mars 2005 avait pour objectif de recentrer le dispositif judiciaire sur les jeunes les plus en difficulté, il n'a pas remis en cause la pertinence du dispositif, et n'a en conséquence pas abrogé le décret de 1975 concernant la compétence État. Pour autant, les crédits alloués à ce dispositif dans la loi de finances n'ont pas cessé d'être réduits depuis 2005, passant de 115 millions d'euros en 2004 à 0 en 2012.

Dans ce contexte, le choix stratégique de la PJJ a entraîné des changements de posture de certains Conseils généraux. Si plusieurs d'entre eux ont pris des relais à travers des contrats ad hoc, certains non seulement n'ont pas récupéré ces mesures, mais en ont durci les critères d'éligibilité, en se recentrant sur leurs compétences obligatoires. La situation actuelle ne permet plus de recenser de manière exhaustive le nombre de jeunes relevant potentiellement de ce dispositif.

En parallèle, une frange non négligeable des 18-21 ans émerge dans le champ de la politique de lutte contre les exclusions, soit en situation d'errance, soit en accueil dans les CHRS, dont le nombre ne cesse de croître (Cf. Fnars 2008).

C'est pourquoi, il faut repenser l'accompagnement des jeunes adultes en difficulté, en élaborant une plateforme d'évaluation de leur situation qui permette d'articuler droit commun et accompagnement spécifique (suivi thérapeutique, logement).

Problèmes posés

La situation des jeunes adultes en situation de fragilité englobe plusieurs cas de figure :

- Les mineurs pris en charge dans le cadre du dispositif protection de l'enfance qui, à 18 ans et un jour, se voient exclus de tout dispositif de protection.
 - De plus en plus de jeunes arrivent tardivement dans les dispositifs de protection de l'enfance, voire à 18 ans et un jour : ils sont mis à la porte du jour au lendemain ou quittent le foyer brutalement. Ces jeunes n'étaient souvent pas connus des services sociaux jusqu'alors.
- La situation économique actuelle vient complexifier les situations de conflits intergénérationnels et rend les situations de précarité encore plus fortes.

Délaissés par l'État, ces jeunes sont de moins en moins accompagnés par les conseils généraux, qui ne veulent pas porter seuls ce dispositif. En conséquence, certains se retrouvent du jour au lendemain, sans aucune prise en charge.

Les associations, qui sont mandatées par les juges osant encore prendre ce type de mesure, se voient refuser le paiement de mesures exécutées, ou modifier les modalités de tarification en cours d'année, de manière unilatérale.

Au-delà du désengagement de l'État en direction de ce public particulièrement fragilisé par le contexte social et économique, une réflexion globale doit absolument être menée sur l'accompagnement des jeunes adultes. Nous sommes en train de passer d'une jeunesse en danger ou en risque de danger à une jeunesse en errance et en exclusion sociale dès l'âge de 18 ans.

Demandes de l'Uniopss

Au-delà du côté regrettable du désengagement de l'État via la PJJ sur cette question, sans modification du décret et sans aucun transfert financier vers les conseils généraux, l'Uniopss demande que les préconisations de Martin Hirsch dans son Livre Vert soient reprises (proposition 16, reconnaissant la compétence des conseils généraux dans la protection des jeunes majeurs et donc dans le pilotage de cette politique).

Elle préconise l'instauration d'une compétence obligatoire des conseils généraux pour tous les jeunes ayant été suivis durant leur minorité par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et ayant besoin d'un soutien à la majorité ; à partir d'une évaluation de leur situation sociale, psychologique et de santé, ils bénéficient :

- soit d'un soutien social et éducatif apporté par les services départementaux d'action sociale ;
- ou de Protection de l'Enfance dans les situations les plus sensibles ;
- soit d'un soutien de type insertion pour les jeunes majeurs dont la situation a été évaluée comme problématique. Cet engagement peut être effectué par les Missions locales et organismes ad hoc de formation et d'insertion.

Dans les deux cas de figure (hors situation de Protection de l'Enfance), la question du logement doit être prioritaire.

L'Uniopss réaffirme la nécessité de maintenir le dispositif de protection en direction de certains majeurs de moins de 21 ans. Les associations tiennent à souligner que ces mesures comportent, en application des textes, un volet d'accompagnement éducatif individualisé essentiel, pour permettre au jeune de se construire, d'accéder à l'autonomie, et de trouver sa place dans la société.

Les associations rappellent la mobilisation, pendant parfois des années, dans l'accompagnement des mineurs en danger : ces jeunes ne sont pas tous en capacité d'acquérir leur autonomie à 18 ans, ni même ultérieurement. Les exclure brutalement du dispositif réduit à néant l'investissement engagé de part et d'autre.

Les mesures en direction des jeunes majeurs doivent être maintenues mais faire l'objet d'adaptations aux nouvelles problématiques rencontrées par les jeunes. Elles doivent être l'une des possibilités proposées aux jeunes adultes mais ne peuvent constituer la seule et unique réponse au vu des situations différentes rencontrées.

Une réflexion autour d'un accompagnement global des jeunes à partir de 18 ans pour permettre un accès à une autonomie construite et réelle doit être engagée.

De plus, le sens des mesures Jeunes majeurs et ses finalités doivent aujourd'hui être questionnés. Ces mesures sont de plus en plus réduites dans le temps, les critères pour en bénéficier sont plus difficiles et les objectifs inscrits dans le Contrat Jeune Majeur sont souvent impossibles à tenir pour une partie des jeunes devant bénéficier d'une protection. La réduction du temps de mesure (3 mois renouvelable) est questionnante. Que souhaitons-nous à travers ce dispositif ? Doit-il être une situation de relais pour faire face à l'urgence ou doit-il réellement permettre un travail global autour de l'autonomie, de la capacité à grandir, de l'insertion sociale et professionnelle ?

Ne pas prendre en compte cette dimension nécessaire d'entraide de jeunes en difficulté, relèverait d'une vision politique à courte vue et entraînerait à long terme un coût bien plus important. Ce que l'État refuse d'investir à cette période charnière, sera démultiplié quelques années plus tard, pour sortir les jeunes de l'errance dans laquelle ils se seront retrouvés. A l'inverse, la reconnaissance de cet accompagnement éducatif et social permettra à ces jeunes de jouer un rôle positif dans la société de demain : c'est ce retour sur investissement que l'État doit viser.

C'est pourquoi une évaluation de ce dispositif permettrait d'en mesurer la pertinence.

L'articulation des compétences doit permettre d'éviter les ruptures dans la prise en charge et garantir la continuité des accompagnements pour les jeunes. La compétence de l'État demeure essentielle dans ce dispositif. La compétence unique du conseil général n'est envisageable que sous réserve d'une péréquation pour garantir et préserver les principes constitutionnels d'égalité d'accès et de traitement sur l'ensemble du territoire, à tout citoyen.

Fiche 10 – Pour une réelle reconnaissance des droits des mineurs isolés étrangers

Situation actuelle

La question de l'accueil des mineurs isolés étrangers (MIE) demeure d'une grande actualité au regard de la position de l'Assemblée des Départements de France qui considère qu'elle relève d'une responsabilité de l'État. On recense environ 8 000 MIE sur le territoire dont 4 000 pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

La situation des MIE s'est aggravée courant 2011 et c'est désormais l'effectivité d'une mesure de protection qui est posée dans certains départements.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation.

- Les départements les plus concernés par la présence de MIE sur leur territoire demandent une intervention de l'État qui consisterait à mieux répartir ce public, et la charge financière qui en découle, sur l'ensemble des départements.
- Certains d'entre eux ont refusé de prendre en charge les MIE arrivant sur leur territoire au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).
- L'État s'est progressivement désengagé, depuis 2008, de la prise en charge et du financement des MIE au travers du recentrage de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sur les mineurs délinquants avec un transfert de charges sur les départements, sans pour autant leur octroyer des financements supplémentaires (épineux problème du Fonds national de financement de la protection de l'enfance censé combler les désengagements de l'État dans ce domaine).
- Certains départements choisissent le placement des MIE en foyer de jeunes travailleurs avec un entretien éducatif par semaine au lieu du placement dans un établissement éducatif.
- La crise économique et ses répercussions sur les finances publiques et l'évolution de la fiscalité locale réduisent les finances des départements.
- Les conflits qui ont secoué le monde en 2010-2011 provoquent des départs de mineurs fuyant l'extrême pauvreté et/ou un danger.

Les associations constatent par ailleurs aujourd'hui l'établissement de critères d'âge mis en place aussi bien en zone d'attente (au sein de la zone d'attente de Roissy Charles-de-Gaulle, l'âge de 13 ans est déterminant pour la police dans le traitement réservé aux mineurs. Ceux-ci ne sont plus tout-à-fait considérés comme mineurs bénéficiant des mêmes droits que les enfants de moins de 13 ans) que dans les dispositifs d'accueil (appel à projet de la DASES de Paris destiné aux MIE de plus de 16 ans). La systématisation de ces critères d'âge a un caractère discriminatoire puisqu'elle va à l'encontre de mesures de protection établies au regard des besoins du jeune, et est contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant. Or, ce critère utilisé par les autorités policières ne repose sur aucun fondement juridique.

Enfin, concernant l'afflux massif de MIE mis en avant par certains départements, il serait plus juste d'évoquer l'augmentation du poids de la prise en charge de ce public dans l'ensemble des dépenses d'aide sociale des départements au titre de la protection de l'enfance. Ce n'est donc pas, notamment pour le département de Paris, l'augmentation du nombre de MIE qui pose problème, mais plutôt l'augmentation du poids des dépenses liées aux MIE par rapport aux dépenses liées aux autres jeunes, français, pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Ceci s'explique notamment par une baisse des dépenses liées aux placements des enfants à l'ASE qui n'est que la conséquence de la réforme de la protection de l'enfance de 2007.

Problèmes posés

Les associations identifient un certain nombre de problématiques relatives aux MIE :

- **Les départements, notamment les plus concernés par l'accueil des MIE, font évoluer leurs politiques d'intervention vis-à-vis des MIE.** Avec l'arrivée massive de MIE sur le territoire, certains départements proposent aux MIE **une protection « au rabais »** (appels à projets pour l'ouverture de structures à des prix de journée moins élevés qu'en protection de l'enfance, placement à l'hôtel au lieu d'un placement en foyer, MIE mis à l'abri et retard dans les admissions à l'ASE, etc.), ce qui réduit les possibilités pour le mineur de s'inscrire dans un projet d'accompagnement et d'insertion.

Par ailleurs, on constate une évolution du concept de protection de l'enfance dans certains départements pour la prise en charge des MIE au travers d'un **glissement de la protection de l'enfance vers l'exclusion**. La question qui se pose au travers des différents appels à projets recensés récemment sur le territoire est de savoir si les MIE continuent à être considérés comme des mineurs nécessitant une protection dans le cadre d'une prise en charge globale inscrite dans la protection de l'enfance, ou si on les considère désormais comme des personnes exclues majeures, relevant de l'urgence sociale et humanitaire et nécessitant des dispositifs spécifiques autour du soin, de la formation..., ce qui serait contraire à l'article 1 de la loi 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et à la jurisprudence de la Cour de cassation.

- Il convient également de préciser que **la situation des MIE dépend de la taille des départements** et de leur capacité à appréhender l'augmentation de leur nombre. Certains départements n'ont pas suffisamment de places habilitées. Aussi, lorsqu'un nombre important de MIE arrive sur leur territoire, ceux-ci sont orientés vers des places réservées à l'accueil d'urgence, bloquant le système et générant ainsi une **inflation financière pour ces petits départements**.
- **Les profils des MIE évoluent tant du point de vue des pays d'origine, que de l'âge d'arrivée en France** (arrivées de plus en plus tardives, proches de la majorité). L'arrivée tardive des MIE sur le territoire réduit les durées de prise en charge en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) et, ainsi, les possibilités d'élaborer des projets d'insertion. Par ailleurs, de plus en plus de MIE arrivant en France n'ont pas reçu d'éducation scolaire dans leur pays d'origine, les laissant ainsi dans une situation de fragilité encore plus grande qu'il y a quelques années.
- **Les politiques migratoires se durcissent, réduisant ainsi les possibilités d'accompagnement éducatif** en vue d'élaborer un projet de vie pour le mineur en France. Cela se traduit par l'augmentation constante des coûts des titres de séjour passés de 70 € à 340 € pour un titre de séjour « vie privée et familiale » en 2012, des restrictions arbitraires en matière d'accès à la nationalité Française (tests de culture générale, montant de ressources exigibles pour devenir Français, refus d'actes de naissance....) et un pouvoir discrétionnaire des préfets qui freinent de manière arbitraire l'accès au titre de séjour.
Le traitement des problématiques liées aux mineurs étrangers isolés doit être sorti des débats relatifs aux politiques d'immigration en France. Les mineurs étrangers isolés, du fait de leur minorité, bénéficient des mêmes droits et de la même protection que tout enfant, quelle que soit sa nationalité ou sa situation. La loi du 5 mars 2007 inscrit précisément cette protection dont doit pouvoir bénéficier tout enfant non accompagné.
- **De plus en plus, on constate l'absence de relations de confiance entre les institutions publiques et les associations** qui prennent en charge les MIE. Certains établissements associatifs accueillant des MIE sont soupçonnés d'aller au-delà de leurs missions et les associations sont suspectées de favoriser l'immigration illégale.

Demandes de l'Uniopss

Les propositions de l'Uniopss portent sur 5 points :

- **La question du maintien des mineurs en zone d'attente**
 - Accès de l'administrateur ad hoc à tous les MIE arrivant par voie aérienne, y compris ceux qui sont maintenus en aéroport.
 - Orientation de tous les mineurs, sans distinction selon l'âge (plus ou moins de treize ans), dans une zone séparée de celle des adultes en zone d'attente.
 - Accès des mineurs maintenus à un espace extérieur suffisamment spacieux pour qu'ils puissent jouer (installation de jeux éducatifs) et se tenir dehors.
 - Limitation de la durée de maintien en zone d'attente pour les MIE à 48 heures.
- **L'évaluation de la minorité**
 - L'évaluation de la minorité d'un jeune doit être financée par l'État, et ordonnée par l'autorité judiciaire.
 - L'examen de la minorité ne doit pas se limiter à l'examen de l'âge osseux.
- **L'accueil et la prise en charge du jeune**
 - Une application immédiate de la Convention internationale des droits de l'enfant est demandée par l'ensemble des acteurs intervenant auprès des MIE, afin d'éviter que le concept de protection de l'enfance soit « détourné » pour les MIE, au profit d'une aide inscrite dans le cadre de l'urgence sociale.
 - Des observatoires doivent être mis en place afin d'évaluer réellement le nombre de mineurs étrangers isolés sur le sol français et d'adapter les modalités de réponse aux besoins des enfants.
 - Les MIE doivent bénéficier d'un véritable accompagnement éducatif dans le cadre de la protection de l'enfance et développer un projet de vie avec les professionnels qui les entourent.
 - Il est nécessaire de maintenir une diversité des modes d'accueil, à l'exception de la prise en charge à l'hôtel, afin d'avoir une palette diversifiée comme le permet la loi de 2007.
 - Il convient de développer des places d'accueil d'urgence dans les structures ASE et de supprimer les dispositifs de mise à l'abri.
 - Un traitement égalitaire entre les MIE et les autres jeunes pris en charge au titre de l'ASE doit être instauré dans l'octroi des contrats jeunes majeurs.
 - À Mayotte, des places d'accueil pour les MIE doivent être créées dans le cadre de la protection de l'enfance.
- **Le séjour**
 - Les textes relatifs au séjour des étrangers doivent recevoir une application homogène sur l'ensemble du territoire de la République. Par ailleurs, les critères demandés doivent être transparents.
 - Un titre de séjour spécifique pour les MIE doit être créé.
 - Il est demandé une application immédiate du droit commun (accès au permis de conduire, bénéfice de l'allocation logement et accès à un compte bancaire) pour tous les bénéficiaires de titres de séjour inférieurs à un an y compris pour les personnes détentrices d'un récépissé.
 - L'application de la loi du 16 juin 2011 et ses impacts sur les mineurs étrangers isolés doivent être évalués.
- **Le financement de la prise en charge des MIE**
 - Un fonds de péréquation doit être mis en place dans le cadre de la protection de l'enfance alimenté, et redistribué, par(aux) les départements avec un copilotage État/départements.
 - Mesure discriminante, la taxe fixée par l'Office Français de l'Intégration et de l'Immigration (OFFI) aux employeurs pour payer l'accès à un apprentissage pour les MIE doit être supprimée.

2012
2017

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

Lutte contre la pauvreté et l'exclusion



Lutte contre la pauvreté et l'exclusion

La France est un pays riche (cinquième puissance économique du monde) mais est durement frappée par la crise économique, sociale et financière qui touche également de nombreux autres pays, notamment ceux de la zone euro. Dans ce contexte, le scandale de la pauvreté et de l'exclusion demeure. Il reste encore 8 millions de pauvres dans notre pays. Depuis la crise de 2008, la pauvreté est repartie à la hausse. Tous les indicateurs sont au rouge. Et la précarité s'est généralisée, constituant un immense gâchis humain, social et économique.

Les associations de solidarité constatent qu'il ne sert à rien de prendre des mesures sociales si dans le même temps, le système économique et social produit de nouvelles exclusions. La politique de lutte contre la pauvreté n'est pas un secteur à part. Elle doit être partie intégrante de l'ensemble des politiques (emploi, logement, éducation, formation, santé, famille, intégration, redistribution). Elle se joue pour une bonne part à l'intérieur du système économique, où s'amorcent les processus d'exclusion dans les lacunes des couvertures de la perte d'emploi, dans la complexité de nos systèmes de protection sociale... C'est la raison pour laquelle les associations et fédérations nationales de lutte contre la pauvreté regroupées au sein du collectif ALERTE animé par l'Uniopss travaillent depuis 2004 avec les partenaires sociaux, employeurs et salariés.

Notre société a tendance à gérer l'exclusion, au lieu de travailler sans relâche à l'éradiquer et à la prévenir. Il faut faire cesser les situations dégradantes qui engendrent la dépendance à certaines formes d'assistanat humiliant et indigne. Il faut agir sur les racines de la misère et des inégalités dans tous les domaines et surtout avoir comme objectif de société un « vivre ensemble » qui passe par l'égalité républicaine et l'accès effectif de tous aux droits de tous. Pour cela, l'État doit rester le garant de l'accès de tous aux droits fondamentaux.

La stratégie européenne 2020, à laquelle la France a souscrit, s'est donnée comme objectif la réduction du nombre de pauvres de 20 millions, soit un sixième, d'ici 2020. Cela nécessitera au plus haut niveau du gouvernement une volonté politique farouche d'en finir avec l'exclusion. C'est un projet qui doit mobiliser toutes les forces de l'État et de la société. Cela suppose donc que l'éradication de la pauvreté soit l'objectif prioritaire du quinquennat et le « mainstream » de toute la politique gouvernementale.

Les priorités de l'Uniopss

1. Réduire la pauvreté doit être un objectif central du quinquennat. Les associations de solidarité proposent que la Nation se donne un **objectif de réduction de la pauvreté** d'un tiers en cinq ans. Pour cela, l'indicateur monétaire ancré dans le temps sera abandonné et des indicateurs consensuels adoptés avec le CNLE⁷⁹ et l'ONPES⁸⁰ et suivis dans le temps.
2. Afin d'atteindre cet objectif, le gouvernement doit tout d'abord s'engager à « **sanctuariser le principe de la protection sociale** ». En effet, la grave crise économique et sociale qui secoue notre pays impose plus que jamais l'absolue nécessité de maintenir notre protection sociale au niveau qui est le sien aujourd'hui. Il s'agit en effet d'un des derniers filets de sécurité pour nos concitoyens. Toute réduction de notre protection sociale conduirait à une paupérisation grave d'une large part de la population.
3. Afin de tenir l'objectif de réduction de la pauvreté, le gouvernement fera adopter par le Parlement **une loi de programmation quinquennale interministérielle** pour lutter contre toutes les dimensions de la pauvreté (revenu minimum, emploi, logement, santé, éducation, formation etc.). Cette loi sera préparée et évaluée par une Conférence annuelle de lutte contre la pauvreté, réunissant tous les acteurs, notamment associatifs.
4. Les associations demandent que les pouvoirs publics développent **une politique participative à l'égard des personnes en situation de pauvreté**. Ces personnes doivent être associées à l'élaboration des politiques publiques, et, en premier lieu, des politiques de lutte contre la pauvreté. Pour cela des outils existent : CCPA⁸¹, CCRPA⁸², collège ad hoc du CNLE⁸³... Il convient d'organiser une participation de personnes en situation de pauvreté aux instances consultatives qui élaborent, suivent la mise en œuvre et évaluent les politiques, au niveau national et territorial.
5. Il est nécessaire **d'améliorer fortement l'accès aux droits**. Beaucoup de personnes pauvres ignorent leurs droits ou renoncent à les faire valoir. Il importe de simplifier les droits, de développer l'information au plus près des populations concernées, de ne pas stigmatiser les personnes qui demandent leurs droits et de sanctionner les refus de soins.
6. Enfin, les associations demandent que toutes les politiques publiques – et notamment toute nouvelle loi – fassent l'objet ex ante d'une **étude d'impact** de leurs mesures sur la pauvreté et l'exclusion.

Fiche 1 – Améliorer la gouvernance publique de la politique de lutte contre l'exclusion

Fiche 2 – Progresser vers un accès de tous à des revenus décents

Fiche 3 – Garantir l'accès de tous à une activité rémunérée dans le cadre du retour à l'emploi

Fiche 4 – Garantir l'accès de tous à un logement décent

Fiche 5 – Faire un effort prioritaire pour les quartiers en difficulté

Fiche 6 – Garantir l'accès de tous aux soins

Fiche 7 – Faciliter l'accès aux droits

Fiche 8 – Stabiliser la situation des étrangers et permettre aux demandeurs d'asile d'accéder aux droits fondamentaux

Fiche 9 – Promouvoir les actions d'insertion sociale dans la dynamique de l'éducation populaire

Contacts : Bruno Grouès – bgroues@uniopss.asso.fr et Jeanne Dietrich – jdietrich@uniopss.asso.fr

⁷⁹ Conseil National des Politiques de Lutte contre l'Exclusion

⁸⁰ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

⁸¹ Comité consultatif des Personnes Accueillies (fonctionne actuellement pour la politique du logement et de l'hébergement)

⁸² Comités consultatifs régionaux des personnes accueillies : il en existe dans 12 régions en 2012

⁸³ Collège expérimental créé en juin 2012

Fiche 1 – Améliorer la gouvernance publique de la politique de lutte contre l'exclusion

Situation actuelle

La gouvernance, quelque soit le gouvernement en place, doit être améliorée. Gouvernance de l'État d'abord : le cloisonnement administratif et le manque de travail interministériel sont préjudiciables à la lutte contre l'exclusion, qui est une problématique transversale à l'ensemble des questions de gouvernement. Gouvernance des relations entre l'État et les collectivités décentralisées ensuite : le financement insuffisant de certains transferts de compétences dynamiques pose de sérieux problèmes ; le difficile dialogue entre État central et collectivités locales fait souffrir les politiques publiques d'un manque de coordination et de cohérence d'ensemble, préjudiciable notamment en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Problèmes posés

L'éradication de la pauvreté est aussi une affaire de meilleure gouvernance. C'est d'ailleurs avec beaucoup d'intérêt que l'Uniopss a noté que, depuis 2006, l'Union Européenne demande à ses États membres d'inclure un volet « gouvernance » dans leur rapport de stratégie pour la protection sociale et l'inclusion sociale. C'est une très juste intuition.

Depuis la création du RMI en 1988, la France a adopté un corpus législatif de lutte contre la pauvreté abondant et de qualité. Mais globalement, la pauvreté n'a pas sensiblement reculé. Il y a donc là un important échec des politiques publiques. La cause est à trouver, en partie, dans la médiocre qualité de la gouvernance. Améliorer cette dernière est donc un enjeu de première importance.

Demandes de l'Uniopss

- **Créer un grand ministère à la cohésion sociale**

L'Uniopss demande la création d'un grand ministère en capacité d'agir sur toutes les dimensions de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, dans l'esprit de qui avait été fait en 2005.

- **Adopter une loi de programmation quinquennale multidimensionnelle pour renforcer la cohésion sociale**

Ce ministère devrait être en charge de préparer l'adoption par le Parlement dès le début de la Législature d'une loi de programmation quinquennale et multidimensionnelle de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Cette loi s'appuierait sur les principes énoncés dans l'article premier de la loi d'orientation de 1998 et aurait pour ligne directrice l'accès de tous aux droits de tous. Son contenu porterait sur l'ensemble des déterminants de la pauvreté et l'exclusion. Il comporterait notamment les mesures énoncées dans les 9 fiches de ce chapitre.

- **Organiser une conférence annuelle de lutte contre la pauvreté et l'exclusion**

Cette conférence devrait permettre, la première année, de déboucher sur la loi de programmation, puis chaque année, d'en suivre et d'en évaluer l'application dans toutes ses dimensions.

Il faut à ce sujet rétablir l'obligation d'évaluation des politiques de lutte contre la pauvreté qui figurait dans la loi d'orientation de 1998 et a été récemment abrogée.

- **Permettre aux personnes les plus défavorisées de participer à l'élaboration et à l'évaluation des politiques publiques**

Comme l'a recommandé le Conseil national des politiques de lutte contre l'exclusion (CNLE) dans son rapport du 17 octobre 2011, les plus démunis doivent être associés à la conception et à l'évaluation de toutes les politiques publiques, et en premier lieu de celles qui les concernent directement. Leur avis doit être pris en compte, ainsi que leurs projets personnels et collectifs. Pour cela, il faut que l'État impulse des actions de formation professionnelle des travailleurs sociaux à la connaissance de la pauvreté, à l'écoute et au dialogue avec les plus démunis. Il s'agit d'instaurer un véritable partenariat avec les plus démunis.

Au cours de cette mandature, le gouvernement devra tirer les enseignements de l'expérience de la création d'un collège de personnes en situation de pauvreté au sein du CNLE en 2012.

Bien entendu, la conférence annuelle de lutte contre la pauvreté et l'exclusion associerait de près à sa conception et à son déroulement un nombre important de personnes vivant la pauvreté.

- **Améliorer l'observation**

La France souffre, en matière sociale, d'un déficit de connaissance des besoins. C'est le cas notamment, de façon criante, en matière d'urgence sociale et d'hébergement. Le défaut de connaissance fine des populations à accueillir et héberger conduit à adopter des politiques globales qui ne répondent pas aux besoins spécifiques des différentes catégories de populations concernées. Cela explique en bonne partie le nombre élevé de personnes qui restent à la rue, ou qui refusent un hébergement inadapté.

- **Faire appliquer effectivement les lois**

La France compte de bonnes lois contre la pauvreté et l'exclusion (loi CMU, loi d'orientation de 1998, loi DALO, loi RSA...) mais celles-ci sont peu et mal appliquées. De ce fait, l'écart est considérable entre le texte et la réalité sur le terrain.

La priorité aujourd'hui est de mieux appliquer les lois existantes.

- **Assurer une meilleure continuité des politiques publiques**

La lutte contre la pauvreté et la précarité souffre de changements trop fréquents de politiques. La France empile les dispositifs et des textes législatifs ou réglementaires rédigés trop rapidement sont sans cesse modifiés. Cela « englu » la lutte contre la pauvreté. Les acteurs de terrain subissent cet amoncellement, ce qui les pousse à l'inaction.

Une meilleure gouvernance passe nécessairement par le souci d'une plus grande continuité des politiques publiques, d'autant plus que les résultats ne peuvent apparaître que dans la durée.

- **Faire en sorte que les grandes décisions gouvernementales, quel qu'en soit le domaine, fassent l'objet d'une étude d'impact préalable et publique par rapport à l'objectif central d'éradication de la pauvreté et de l'exclusion**

Si le gouvernement veut que l'éradication de la pauvreté constitue le « mainstream » de son action, il paraît nécessaire qu'il soumette à étude d'impact préalable toutes ses grandes politiques, quel qu'en soit le domaine. C'est tout le sens de l'article premier de la loi d'orientation de 1998 : « La lutte contre les exclusions est une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ». Il faut enfin donner une concrétisation à cet article premier.

- **Rendre compte annuellement devant l'opinion et le Parlement**

Les associations souhaitent que le chef du gouvernement prenne appui sur les conclusions de la conférence de lutte contre la pauvreté pour rendre compte de l'avancée vers l'objectif d'éradication et de ses projets, par un débat annuel devant l'Assemblée Nationale.

Fiche 2 – Progresser vers un accès de tous à des revenus décents

Situation actuelle

Plus de 8 millions de personnes, soit 13,5 % de la population, vivent en France sous le seuil de pauvreté⁸⁴. La moitié de ces personnes vit avec moins de 773 € par mois.

Problèmes posés

Ce nombre de pauvres est beaucoup trop élevé dans un pays riche comme le nôtre. Le gouvernement doit se donner comme objectif prioritaire l'éradication de la pauvreté. Il est impossible de vivre dignement avec des revenus aussi bas.

Demandes de l'Uniopss

- **Créer un revenu d'insertion pour les jeunes de moins de 25 ans**

Beaucoup de jeunes aujourd'hui sont « en galère », sans soutien familial et réduits à la pauvreté. C'est une situation nouvelle (elle n'existait pas dans cette proportion lors de la création du RMI) et elle préoccupe beaucoup les associations qui constatent chaque jour les dégâts parfois irrémediables causés par cet état de fait. C'est pourquoi l'Uniopss demande la création d'un revenu d'insertion pour les jeunes, qui doit exister dans une dynamique de travail, de formation ou d'insertion sociale.

- **Ouvrir pleinement le droit au RSA activité aux jeunes qui travaillent**

Le RSA activité ne bénéficie actuellement qu'à un nombre infime de jeunes (moins de 10 000) en raison de la condition de travail de deux ans dans les trois dernières années qui lui est associée. Cette condition est beaucoup trop restrictive. L'Uniopss demande qu'elle soit supprimée et que les jeunes qui travaillent aient les mêmes droits au RSA activité que les adultes.

- **Revaloriser le RSA socle**

Notre Union sera également vigilante sur l'évolution des montants des minima sociaux, et en particulier du RSA. Il serait en effet inacceptable que certains minima, qui seraient jugés plus « nobles » parce que touchant des « victimes » (personnes dans l'incapacité de travailler du fait de leur âge ou de leur handicap) soient augmentés, tandis que d'autres minima tels que le RSA ne le seraient pas, ou moins, parce qu'ils toucheraient des « exclus » (personnes qui pourraient théoriquement travailler mais qui ne travaillent pas). L'expérience quotidienne des associations leur montre en effet que ces personnes-là, dans leur immense majorité, souhaitent ardemment travailler mais soit ne trouvent pas d'emploi (chômeurs de longue durée non indemnisés) soit ne sont pas en mesure de travailler. Il serait, pour les associations, inacceptable de pénaliser ces personnes qui n'ont pas démérité.

C'est pourquoi l'Uniopss, avec ses adhérents, demande une revalorisation du RSA socle de 25 % en cinq ans, entre 2012 et 2017, comme cela a été fait pour l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et le minimum vieillesse entre 2007 et 2012.

⁸⁴ Soit 954 € par mois pour une personne seule

- **Rendre plus juste l'attribution des minima sociaux**

Les associations proposent les mesures suivantes :

- indexer les minima sociaux sur l'évolution du SMIC horaire ;
- renoncer à toute velléité de fusion des minima sociaux mais rendre plus justes les droits connexes et les harmoniser.

Fiche 3 – Garantir l'accès de tous à une activité rémunérée dans le cadre du retour à l'emploi

Situation actuelle

Le taux de chômage était de 9,3 % de la population active au troisième trimestre 2011. La France comptait ainsi plus de 4,8 millions de chômeurs, dont 2,8 millions en catégorie A, soit + 5,6 % en un an par rapport à 2011. La France compte par ailleurs environ 3 millions de travailleurs pauvres.

En 2011, le volume de contrats aidés programmé était important (490 000), mais il était en baisse par rapport à celui de 2010, puisqu'il s'élevait alors à 547 000, sans qu'une amélioration de la situation de l'emploi pour les personnes les plus éloignées de l'emploi ne puisse être mise en avant en période de crise économique.

Cette situation s'explique principalement par :

- l'ampleur et la permanence d'un chômage de masse et, en son sein, du chômage de longue durée. Ainsi, il y avait 1,6 million de chômeurs depuis plus d'un an soit + 6,2 % en un an en 2011. Mais d'autres chiffres sont encore plus alarmants, puisqu'il y a 424 000 chômeurs de plus de 3 ans, soit une hausse de 22,5 % en un an, et 857 000 chômeurs en fin de droits, donc non indemnisés, soit + 22 % par rapport à 2008 ;
- l'insuffisante couverture sociale des jeunes face au risque du chômage, alors que l'accès à l'emploi durable passe souvent par une suite de CDD sans continuité ;
- l'ampleur du travail à temps partiel subi et imposé de fait, tantôt par l'État (contrats aidés à temps partiel), tantôt par les entreprises, ce qui explique une bonne partie du phénomène des travailleurs pauvres ;
- la difficulté croissante à se loger : sans logement, trouver un emploi est très difficile ;
- la difficulté d'accès aux transports et aux services en zone rurale.

Problèmes posés

La précarité s'étend dangereusement. Le taux d'emploi en CDD/intérim progresse légèrement et s'établit à 6,8 % au quatrième trimestre 2011, tandis que le temps partiel concernait 17,8 % de la population en 2010.

Progressivement, l'image des pauvres et des chômeurs s'est détériorée dans l'opinion publique. Les enquêtes marquent un inquiétant passage de la compassion à la suspicion. Celle-ci pousse à effectuer de plus en plus de contrôles a priori, privant les personnes les plus vulnérables de l'accès à certains droits (RMI, CMU,...), ce que l'Uniopss dénonce vivement.

Les mesures prises, successivement et parfois sans cohérence les unes avec les autres, sont insuffisantes et comportent de nombreuses lacunes. Elles manquent par ailleurs de lisibilité et sont trop mouvantes.

Les contrats aidés constituent un instrument privilégié pour le retour à l'emploi des personnes éloignées du marché du travail, leur permettant de mettre le pied à l'étrier. Mais ils font régulièrement l'objet d'une politique dite de « stop and go », qui nuit à la réinsertion durable des personnes. Les personnes les plus éloignées de l'emploi ne profitent pas forcément de l'amélioration de la situation économique globale, souvent mise en avant pour réduire le nombre de contrats aidés, et ont besoin par ailleurs, tout comme

les structures d'insertion par l'activité économique qui les emploient d'ailleurs, de pouvoir s'inscrire dans une certaine stabilité et durée. Tout particulièrement en cette période de crise, il serait donc d'autant plus justifié de maintenir un volume durable et élevé de contrats aidés. Les contrats aidés contraignent par ailleurs les personnes en difficulté à rester sous le seuil de pauvreté, en prévoyant un simple temps partiel, alors que les personnes qui retrouvent un emploi peuvent avoir envie et, donc, devraient avoir la possibilité de travailler davantage que 24 ou 26 heures par semaine. L'Uniopss plaide fortement pour que cette durée de travail hebdomadaire puisse être étendue et financée. L'Union souhaite bien évidemment que ces contrats puissent déboucher in fine sur un contrat de droit commun, qui doit bien rester l'objectif de toute cette démarche d'insertion. Il serait en effet tout à fait regrettable que ces contrats aidés demeurent alors qu'ils pourraient être remplacés par des contrats de droit commun, et constituent ainsi des effets d'aubaine pour les entreprises.

Certaines mesures récentes ont visé à faire davantage bénéficier de la formation professionnelle aux personnes les plus éloignées de l'emploi. La « préparation opérationnelle à l'emploi » est ainsi une formule intéressante à développer. De même, le FSPP (fonds de la formation professionnelle) devait consacrer une part importante aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Enfin, lors du Grenelle de l'Insertion de 2008, l'accent avait été mis sur la nécessité de garantir aux personnes en contrats aidés davantage de formation. Il ne semble pas cependant que ces avancées dans les textes aient pu produire tous leurs effets dans la pratique. La formation professionnelle semble ainsi continuer à profiter avant tout aux salariés les mieux formés et les mieux payés au départ. L'Uniopss le déplore, parce que cette formation devrait permettre aux personnes d'acquérir des compétences, de progresser dans leur fonction professionnelle, de reprendre confiance en eux et dans la société.

Demandes de l'Uniopss

- **Faire de l'emploi une priorité gouvernementale et budgétaire**

Il est essentiel de ne pas considérer comme structurel un taux de chômage élevé et de faire de l'emploi une priorité nationale, et donc budgétaire.

- **Adapter au nombre croissant des personnes concernées les budgets des dispositifs relatifs au retour à l'emploi des personnes qui en sont éloignées et pérenniser le soutien public aux structures de l'insertion par l'activité économique**

Il est important que soit reconnue l'activité de ces structures en termes d'insertion sociale également, et qu'elles ne soient pas jugées que sur des taux quantitatifs de retour à l'emploi. Il ne faut pas oublier en effet que les structures de l'insertion par l'activité économique agissent de fait, de par leur accompagnement, sur d'autres préalables à la réinsertion professionnelle (logement, santé, formation), parfois indispensables aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Il est également important que soit reflétée dans les budgets la reconnaissance de la création d'entreprise comme voie de sortie du chômage, y compris pour les publics défavorisés.

- **Reconnaître pleinement le rôle et la place des associations en matière d'emploi et d'insertion**

Les associations ont un rôle capital, en particulier en termes d'accompagnement, pour aider les personnes en difficulté à sortir de l'exclusion et à retrouver, dans certains cas, un emploi digne. En cela, elles apportent une importante plus-value ; leur rôle et leur place devraient être davantage reconnus et financés à la hauteur des besoins, notamment afin de garantir pour tous un droit à l'accompagnement. Le financement des actions d'accompagnement et d'insertion des associations devrait pouvoir se faire autrement que par le biais des contrats aidés.

La représentation des associations doit, plus généralement, être assurée dans toutes les instances délibérant sur les politiques de l'emploi.

- **Permettre l'extension de la durée des contrats aidés si nécessaire**

Des expérimentations sont en train d'être menées localement notamment en lien avec le Secours Catholique pour permettre qu'un contrat aidé puisse être étendu au-delà de sa durée prévue de 2 ans, lorsque cela s'avère nécessaire. Si les résultats de l'expérimentation sont positifs, il serait intéressant de généraliser cette possibilité qui pourrait éviter de rompre prématurément des parcours d'insertion en voie de construction pour des personnes étant au départ très éloignées de l'emploi, et qui, grâce à cette prolongation du contrat aidé, parviendraient à se réinsérer de manière plus durable et plus solide.

- **Expérimenter des formules novatrices encadrées et agréées par la puissance publique pour donner une activité rémunérée aux personnes en grande difficulté sociale, sur une base volontaire, afin de les mener progressivement vers l'emploi ordinaire**

Certaines personnes peuvent ne pas être en mesure, dans un premier temps, d'assurer tout de suite de 24 à 26 heures d'activité hebdomadaires dans le cadre d'un contrat aidé classique, et, en revanche, être parfaitement capables et désirer mener une activité sur un volume un peu plus faible au départ pour se rapprocher ensuite des 24 puis des 35 heures. Il convient donc de rechercher des formules intermédiaires qui ramènent dès que possible les personnes vers le droit commun, en étant vigilant sur les deux points suivants : veiller à ne pas créer des concurrences entre les types de contrats aidés et garantir la qualité de ces emplois de court volume horaire, ce qui sera particulièrement délicat.

- **Améliorer le fonctionnement du service public de l'emploi**

L'Uniopss demande que le service public de l'emploi ait davantage les moyens de fonctionner, de manière à pouvoir fournir aux personnes l'accompagnement dont elles ont besoin. L'Uniopss demande également à ce que des passerelles soient créées avec le monde de l'insertion sociale, de telle sorte que l'accompagnement proposé par Pôle Emploi soit mieux adapté aux difficultés rencontrées par les personnes les plus éloignées de l'emploi.

- **Conforter le rôle des missions locales**

Les missions locales jouent un rôle essentiel dans l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Leurs moyens doivent être renforcés et leur mission d'aide à l'insertion sociale reconnue, notamment dans les indicateurs d'évaluation de leur activité.

- **Garantir un droit, égal pour tous, à la formation, à l'accompagnement et au tutorat**

Pour les personnes éloignées de l'emploi, le triptyque indispensable est la formation adaptée, l'accompagnement social et professionnel, et le tutorat en entreprise. Chacun devrait pouvoir y avoir accès.

L'Uniopss demande donc que soit organisé, pour tous les publics, l'accès à la formation et à l'accompagnement. Elle préconise de réorienter la dépense publique en matière de formation, en la concentrant sur des programmes de formation longs, ciblés pour les demandeurs d'emploi et les salariés ayant un faible niveau de formation.

Chaque personne qui en a besoin devrait pouvoir avoir accès à un accompagnement vers l'emploi ou à un tutorat en entreprise. L'Uniopss demande que le tutorat en entreprise fasse systématiquement l'objet d'un soutien financier. Ceci éviterait, notamment, les taux élevés de rupture de contrats en entreprise, que l'on constate actuellement.

Par ailleurs, l'accompagnement favorise l'insertion des personnes, qu'elle soit professionnelle ou sociale. Certaines personnes, notamment parmi les bénéficiaires de minima sociaux, ne sont pas toujours en capacité de travailler. Pour celles-ci, l'accompagnement ne saurait se limiter à un accompagnement vers l'emploi.

Enfin, les actions d'accompagnement des chômeurs ou des créateurs d'entreprise doivent être financées en tant que telles, et non par le biais de contrats aidés. En effet, on ne peut confier systématiquement l'accompagnement de personnes en difficultés à des personnes elles mêmes en insertion.

Fiche 4 – Garantir l'accès de tous à un logement décent

Situation actuelle

Plus de trois millions de personnes sont non ou très mal logées, mais ce sont à court ou moyen terme plus de 10 millions de personnes qui se trouvent en situation de fragilité face au logement au total. Il manque en France au moins 900 000 logements pour répondre aux besoins de la population. Ce déficit en logements est le résultat de plus de 25 ans de construction insuffisante et d'un désengagement de l'État sur les aides à la pierre.

On dénombre encore aujourd'hui environ 600 000 logements indignes au sens juridique de la loi du 25 mars 2009, c'est-à-dire représentant des risques sanitaires pour leurs habitants.

Certes, le niveau de la construction est relativement élevé, mais celle-ci est pour une grande partie inadaptée à la demande des populations modestes (aujourd'hui, 8,2 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté en France, soit avec moins de 954 € par mois pour une personne seule en 2009, ce qui représente 13,5 % de la population). Entre 2008 et 2010, la construction de logements, qui avait passé la barre des 400 000 par an entre 2005 et 2007, est redescendue à 350 000 entre 2008 et 2010, pour un objectif de 360 000 en 2011, cette réduction intervenant certes en lien avec la crise de 2008. Mais la part des mises en chantier correspondant à des logements attribués sous conditions de ressources et/ou à des loyers inférieurs au marché reste faible. En 2010, plus de 130 000 logements sociaux ont été produits, mais il s'agissait essentiellement de la partie « haute » du logement social et non de logements très sociaux. Ainsi, depuis plusieurs années, les choix politiques en matière de logement privilégient davantage les classes moyennes que les personnes plus modestes. Le pourcentage de logements HLM très sociaux (PLAI) demeure insuffisant au regard du nombre de logements mis en chantier.

Le logement est, avec l'emploi, l'une des préoccupations majeures de la population. 80 % des français considéraient lors d'un sondage SOFRES de juin 2011 qu'il est aujourd'hui difficile de trouver un logement, et le logement est le premier poste de dépense dans le budget des ménages selon l'Insee. Pourtant, les loyers augmentent régulièrement. Pour un nombre croissant de nos concitoyens, le logement est devenu rare et cher. Les hausses des loyers provoquent, notamment pour les foyers les plus modestes, le surendettement et souvent la perte du logement, puis la descente à la rue. Plus généralement, de plus en plus de personnes rencontrent des difficultés à payer leur loyer.

Les diverses lois en matière de logement s'appliquent avec peine voire ne s'appliquent pas. C'est particulièrement le cas pour la loi SRU (Solidarité et renouvellement urbains). Il est choquant de constater, six ans après l'adoption de cette loi, que certaines communes urbanisées ne respectent toujours pas le quota de 20 % de logements sociaux sur leur territoire, alors qu'il y a encore 1,2 million de personnes actuellement en attente d'un logement social.

Problèmes posés

Comment la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable va-t-elle s'appliquer, alors que plus d'un million de personnes attendent un logement social, et qu'au 1^{er} janvier 2012, les recours devant les tribunaux administratifs ont été étendus aux personnes qui n'ont pas reçu d'offre dans un délai anormalement long ? Comment faire pour que plus personne ne soit obligé de vivre dans la rue ou dans un habitat indigne ?

Demandes de l'Uniopss

La France ne peut pas, ne doit pas, continuer avec trois millions de mal logés. C'est une situation indigne du cinquième pays le plus riche du monde. Le droit à disposer d'un toit est un droit fondamental de tout être humain. C'est pourquoi les associations de solidarité demandent avec insistance **que l'État fasse véritablement du logement et de l'hébergement une grande cause nationale du prochain quinquennat.**

L'Union plaide tout d'abord pour que, de manière préventive, les personnes les plus fragiles puissent se maintenir dans leur logement.

Dans ce cadre, l'Uniopss plaide pour la mise en place d'un **moratoire des expulsions locatives** au moins pendant la période de la crise, avec un dédommagement des propriétaires.

L'Uniopss plaide également pour la mise en place d'un **système de régulation des loyers**. En effet, en 10 ans, les loyers de relocation ont augmenté de près de 50 %, alors que les ressources des ménages n'ont bien sûr pas suivi le même rythme. Et en parallèle, les impayés de loyer progressent, puisque 1,8 million de ménages avaient éprouvé en 2006 selon l'Insee des difficultés pour payer leur loyer ou leurs charges.

L'Union plaide ensuite pour que le **principe de l'accueil inconditionnel, auquel les associations tiennent beaucoup, soit bien garanti toute l'année pour les personnes à la rue**, quelles que soient leurs situations administratives, et dans des conditions véritablement dignes.

C'est pourquoi l'Uniopss demande une augmentation des places d'hébergement en zones tendues de manière à garantir l'accueil inconditionnel.

L'Uniopss demande également la poursuite du plan d'humanisation des centres d'hébergement pour un accueil digne des sans abris.

Enfin, l'Uniopss plaide pour que l'offre de logements sociaux publics et privés soit adaptée, et à des niveaux de prix accessibles pour les personnes les plus modestes.

Ainsi, l'Uniopss plaide pour qu'une action forte soit menée à travers un **plan à 5 ans de construction d'une offre de logements publics et privés en conventionnement ANAH**, et qu'en parallèle soit développée l'offre de logements accompagnés pour des personnes confrontées notamment à des problématiques de santé ou de souffrance psychique.

Il est nécessaire, pour le nouveau gouvernement, de poursuivre l'effort de production et d'aller **vers plus de 150 000 logements locatifs sociaux par an** pour loger la population française dans les territoires ayant une demande importante, dont une proportion importante de PLAI (prêts locatifs aidés d'insertion).

Mais au-delà de la couverture des besoins, l'Uniopss plaide pour que la solvabilisation des ménages soit garantie à travers une **actualisation régulière des aides au logement**. L'Union estime que le nouveau gouvernement peut, s'il en a la volonté, se donner les moyens de lutter contre la précarité, notamment en réduisant le taux d'effort des ménages consacré au logement. Pour un grand nombre de foyers modestes, les aides au logement et le dispositif de sécurisation en cas d'accident de la vie doivent conduire à ce que leur taux d'effort pour se loger dignement ne dépasse pas 20 % de leurs ressources. Actuellement, selon l'Insee, c'est 25 % de leur budget que les ménages dépensent pour se loger, mais pour beaucoup, ce taux atteint 50 %. Des mesures complémentaires devraient être prises afin de **limiter les hausses de loyers** dans les zones de marché très tendues. Cela est d'autant plus nécessaire dans un contexte où par ailleurs, 3,8 millions de ménages sont touchés par la précarité énergétique, les charges ayant elles aussi beaucoup augmenté. Ce sont les seules garanties de

protection sociale pour éviter le surendettement, les expulsions, l'hébergement, puis la descente à la rue. Un tel processus d'exclusion, qui s'accélère avec la flambée des loyers, est inacceptable dans un pays qui se trouve parmi les plus développés.

Pour que l'ensemble de ces mesures puissent être prises, il faudra que l'État se dote des moyens en conséquence.

L'une des manières de s'assurer que les moyens soient à la hauteur des besoins serait de procéder à une nécessaire et urgente évaluation des besoins en logement.

L'Uniopss insiste pour que le nouveau gouvernement prenne les moyens nécessaires pour mener une **évaluation permanente, à la fois quantitative et qualitative, des besoins en logement** à tous les niveaux territoriaux, dans le cadre de l'ensemble des documents de programmation (PLH, PDALPD, PDAHI, PDH, SDRIF⁸⁵,...).

C'est une véritable priorité budgétaire que l'Uniopss demande pour le logement.

Des moyens budgétaires devraient être garantis à hauteur de 2 % du PIB, hors exonérations fiscales. L'Uniopss demande une forte augmentation du budget de l'État consacré au logement pour 2012 et les années suivantes, et notamment des crédits du programme « développement et amélioration de l'offre de logement ».

Cette priorité de l'État devra s'accompagner d'une forte mobilisation des collectivités locales dans leur ensemble.

Ainsi, l'Uniopss souhaite que le nouveau gouvernement réaffirme le **rôle des préfets pour faire appliquer l'article 55 de la loi SRU** (Solidarité et Renouvellement Urbains) et que les communes se mobilisent pour appliquer la loi SRU. L'Union estime que la possibilité pour l'État de se substituer aux collectivités locales qui ne respectent pas leurs obligations de résultat en matière de construction de logements très sociaux et de création de places d'hébergement devrait être davantage utilisée. Il est souhaitable que les préfets, en concertation avec les conseils généraux, fassent appliquer l'article 70 de la loi portant engagement national pour le logement afin de mettre en place une nouvelle gouvernance. Il s'agit de rendre plus efficace la coordination de la politique du logement avec les dispositifs d'action sociale en faveur des populations défavorisées.

Il faudra également veiller à **développer l'habitat alternatif et adapté aux modes de vie des gens du voyage** et faire appliquer de manière effective la loi sur la création des aires d'accueil.

L'Uniopss continuera à être particulièrement attentive à l'effectivité du droit au logement opposable. Les associations de solidarité veilleront à ce que les droits des personnes soient respectés.

⁸⁵ Programme local de l'habitat, plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées, plan départemental de l'habitat, schéma directeur de la région Ile-de-France.

Fiche 5 – Faire un effort prioritaire pour les quartiers en difficulté

Situation actuelle

La situation dans certaines banlieues est explosive, comme l'ont montré les événements de l'automne 2005. L'Uniopss est convaincue que les problèmes n'ont pas été réglés depuis.

Cela résulte du fait que, pendant longtemps, on a « abandonné » les banlieues. On n'a pas pris les mesures énergiques nécessaires pour imposer la mixité sociale, en organisant au contraire le regroupement des populations en difficulté dans les mêmes quartiers. La qualité de l'urbanisme, souvent médiocre, a encore aggravé les choses.

Cette situation est intenable. Il faut absolument renverser la tendance.

Problèmes posés

On ne résoudra pas les problèmes d'insécurité qui paraissent plus aigus dans les quartiers en difficulté par la seule répression. C'est une conviction profonde des associations regroupées par l'Uniopss. Le problème est d'abord économique et social. Si l'on ne fait rien, on va laisser dériver les banlieues, comme une partie du territoire qui peu à peu se sépare du continent principal. L'immobilisme conduirait à la fracture irrémédiable. Ce serait extrêmement grave.

Demandes de l'Uniopss

Le plan de rénovation urbaine de 2005 avait marqué un début d'action d'ampleur importante, mais il n'a pas été maintenu dans la durée. Il faut poursuivre un effort de grande ampleur pour nos banlieues en difficulté. Cela devrait être, aux yeux de l'Uniopss, une des grandes priorités sociales de ce quinquennat. **La lutte contre le grave malaise des banlieues passe par un vaste plan de mesures touchant à l'habitat, à l'emploi, à la formation, à la santé, au cadre de vie** afin de réhabiliter ces quartiers et d'en réinsérer les habitants dans notre société. Ce serait là un grand dessein, qui nous semble extrêmement prioritaire, pour le nouveau gouvernement. Cela passe notamment par un renforcement important du nombre de travailleurs sociaux dans les quartiers et par un soutien fort aux associations.

L'accent a été mis trop exclusivement sur l'urbanisme jusqu'à présent. Il reste à définir **un grand plan d'accompagnement humain et social des quartiers en difficulté**.

Par ailleurs, afin de permettre la mixité sociale, l'Uniopss demande avec insistance d'imposer dans tous les programmes immobiliers un **quota minimum de 20 % de logements à loyer accessible** (hors commune ayant déjà plus de 40 % de logements sociaux).

Fiche 6 – Garantir l'accès de tous aux soins

Situation actuelle

- **Des inégalités qui se creusent : les plus pauvres ont moins accès à la couverture maladie, leur reste à charge augmente plus lourdement dans leur budget, et ils renoncent plus fréquemment à des soins.**

Encore 6 % des personnes en France n'ont pas de complémentaire santé (19 % parmi les plus pauvres). Avec ou sans complémentaire, les restes à charge augmentent. En conséquence, 30 % des Français disent avoir renoncé aux soins lors des 12 derniers mois, en majorité pour raison financière.

Persistent par ailleurs des effets de seuils pour les personnes pauvres dont les revenus sont supérieurs au plafond de l'attribution de la CMU-C, en particulier les bénéficiaires des minima sociaux, allocation adulte handicapé et allocation solidarité vieillesse. Lancée en 2005 pour corriger ces effets de seuil, l'aide à la complémentaire santé n'a pas trouvé son public : elle n'est utilisée que par un bénéficiaire potentiel sur quatre.

- **CMU-C : 12 ans après, encore des non recours, encore des refus de soins.**

Le Fond CMU constate 20 % de non-recours chez les bénéficiaires actuels ou potentiels de la CMU complémentaire (CMU-C).

Les refus de soins sont estimés par différentes enquêtes à 10 % en médecine générale, 40 % dans certaines spécialités. C'est une situation intolérable.

- **L'aide médicale d'État mise à mal.**

La loi de juillet 1999 instituant la CMU a mis de côté les étrangers pauvres en situation irrégulière, en créant un dispositif à part, l'aide médicale d'État (AME), dont bénéficient aujourd'hui 230 000 personnes. Un dispositif plus restrictif que la CMU : moindre panier de soins, absence de carte vitale ce qui dissuade certains professionnels de santé.

Depuis, l'accès à ce dispositif déjà complexe a été restreint. En 2004, est apparue la nécessité de faire la preuve de 3 mois de présence sur le territoire. Cette nouvelle exigence a été assortie d'une montée des demandes abusives de pièces et de difficultés pour obtenir une domiciliation. Puis en 2011, a été instauré un droit d'entrée annuel de 30 € par personne adulte, malgré la recommandation contraire d'un rapport IGAS-IGF de novembre 2010.

- **Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instituées par la loi de juillet 1998 de lutte contre les exclusions.**

On note l'existence de 400 PASS aujourd'hui sur le territoire, mais avec des fonctionnements divers et le plus souvent insuffisants : absence de ressources humaines médicales dédiées, pas de suite à la sortie de l'hôpital, grande hétérogénéité et nombreux dysfonctionnements.

Problèmes posés

1. Des retards ou renoncements aux soins qui entraînent des soins tardifs et des surcoûts à la fois humains et financiers de leur prise en charge médicale. 22 % des patients consultent trop tardivement quand ils arrivent dans les centres de Médecins du Monde (MDM). 82 % n'ont aucune couverture maladie alors qu'ils y ont droit. 45 % des consultations nécessiteraient un suivi d'au moins 6 mois. Des expulsions de terrain se produisent, qui interrompent des campagnes de vaccination, de dépistage ou de soins.

2. Une dégradation de l'état de santé des populations pauvres. Dans la rue, on observe une prévalence des troubles psychotiques confirmés de 16 % sur la vie et 6 % sur 6 mois. Parmi les SDF également, la prévalence de la tuberculose est 15 fois supérieure à la moyenne nationale.

Le mal logement et l'insalubrité sont un facteur grave de mauvais état de santé. Dans les squats et les bidonvilles, on constate le retour de maladies de la pauvreté : pathologies digestives et dermatologiques parfois graves, risques de saturnisme, de pollution atmosphérique et d'accidents.

3. Un accès à la prévention très limité et inégalitaire. Un tiers des enfants de moins de 6 ans reçus pour la première fois par MDM sont à jour de leurs vaccinations. Seul un sur trois s'est déjà rendu en PMI. 68 % des femmes enceintes reçues par MDM n'ont pas accès aux soins prénataux et plus de la moitié présente un retard de suivi de grossesse.

Demandes de l'Uniopss

- Relever le plafond de ressources de la CMU complémentaire au niveau du seuil de pauvreté.
- Fusionner l'aide médicale d'État dans la CMU.
- Lutter contre les refus de soins en les mesurant et en les sanctionnant.
- Lutter contre les déserts médicaux par des mesures incitatives.
- Limiter les dépassements tarifaires.
- Faire connaître aux praticiens libéraux et aux patients le tiers payant social (dispense d'avance des frais) acté dans la convention médicale de 2011, et le faire appliquer, à la demande du patient et pas seulement à l'appréciation du praticien.
- Développer et pérenniser les PASS, les PASS périnatalité, les PASS pédiatriques et les équipes mobiles.
- Proposer des vaccinations à proximité des lieux de vie des plus précaires.
- Professionnaliser le métier de médiateur en santé publique.

Fiche 7 – Faciliter l'accès aux droits

Situation actuelle

Les associations de solidarité constatent un paradoxe : nos lois de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sont dans l'ensemble de bonnes lois (RSA, CMU, DALO...) et dans le même temps de très nombreuses personnes n'accèdent pas à ces droits.

Une raison à cela : si l'attribution est de droit, elle n'est en fait pas réellement automatique.

Les personnes ont donc beaucoup de droits déclarés mais beaucoup moins de droits effectifs. Et, bien entendu, ce sont les personnes les plus fragiles qui ont le plus de difficultés à accéder à leurs droits.

Problèmes posés

Comment passer de droits théoriques à des droits effectifs, réellement opposables ? Comment prévenir l'exclusion en facilitant l'accès aux droits ?

Demandes de l'Uniopss

- **Lutter contre le non recours** aux droits et au service public de la justice, notamment par des mesures de simplification, tant des lois que des procédures d'accès aux dispositifs d'aide sociale et juridique.

- **Garantir un accueil adapté**, dans les administrations, des citoyens les plus fragiles.

- **Financer la domiciliation**

La domiciliation constitue encore trop souvent un obstacle à l'accès aux droits.

L'Uniopss demande que les associations et les CCAS (Centre communaux d'action sociale) soient financés pour leur activité de domiciliation, faute de quoi, actuellement, la domiciliation est souvent difficile à obtenir pour les personnes concernées.

- **Développer l'aide à l'accès au droit et l'aide juridictionnelle**

L'accès au droit, tel que défini par la loi 18 décembre 1998, doit pouvoir bénéficier à l'ensemble de la population et en particulier aux plus démunis. Il nous paraît essentiel que ceux-ci puissent obtenir gratuitement des informations sur leurs droits auprès d'un dispositif d'accès au droit de proximité (association, maison de justice et du droit, point ou relais d'accès au droit).

La diminution des crédits alloués à l'accès au droit marque un désengagement certain de l'État, entraînant des restrictions dans l'attribution de l'aide juridictionnelle et l'offre de permanences juridiques gratuites.

Davantage de moyens doivent être alloués à l'accès au droit et le dispositif doit être développé dans les départements où il est presque inexistant. Un accès égal à l'aide juridictionnelle sur tout le territoire national, selon des pratiques uniformes, est une priorité.

Des moyens supplémentaires doivent être alloués à l'aide juridictionnelle, en vue d'une réelle prise en charge des dossiers des personnes démunies.

- **Lutter contre l'illettrisme**

Si on ne sait pas lire ou si on lit difficilement, on ne peut pas s'insérer dans notre monde moderne et on ne peut pas accéder aux droits. C'est pourquoi la lutte contre l'illettrisme devrait être une priorité nationale.

- **Organiser une campagne d'information ciblée sur les droits**

Les plus démunis ignorent le plus souvent leurs droits, ce qui rend plus difficile leur accès effectif à ceux-ci. C'est pourquoi les associations demandent une campagne d'information en direction des personnes démunies sur leurs droits et les moyens d'y accéder.

Il faut par ailleurs s'interdire toute stigmatisation des pauvres, qui freine fortement leur accès aux droits, car la stigmatisation provoque souvent le non recours aux droits. Il doit être considéré comme normal de faire valoir ses droits.

- **Maintenir des services de proximité, notamment en zone rurale**

Cela est indispensable à un bon accès aux droits.

Fiche 8 – Stabiliser la situation des étrangers et permettre aux demandeurs d'asile d'accéder aux droits fondamentaux

I - Stabiliser la situation des étrangers vivant ou ayant vocation à vivre en France pour diminuer leur précarité administrative et sociale

Situation actuelle

La législation relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France se caractérise par une instabilité permanente : pas moins de quatre lois majeures ont été votées en moins de dix ans ! Loi Sarkozy en 2003, Loi Sarkozy en 2006, Loi Hortefeux en 2007, Loi Besson/Guéant en 2011. Cette fébrilité législative traduit l'extrême sensibilité qui entoure les questions relatives à l'immigration, et qui s'accompagne malheureusement d'un recours fréquent à des discours ou des mesures stigmatisant une partie de la population résidant sur le territoire français.

Il en résulte une législation de plus en plus touffue, énonçant des conditions de plus en plus nombreuses et des critères d'une telle complexité que peu de personnes parviennent à s'y retrouver : ni les personnes concernées elles-mêmes, ni les personnels des administrations et notamment des préfectures qui, sous la pression des objectifs chiffrés qu'ils reçoivent, ont les plus grandes difficultés à appréhender convenablement les situations sur lesquelles ils doivent statuer.

La grande tendance des dernières lois votées a consisté d'un côté à accroître les conditions posées pour l'obtention d'un titre de séjour en France, notamment pour tout ce qui relève du droit au respect de la vie privée et familiale, et de l'autre à prolonger durablement la période pendant laquelle les étrangers nouvellement venus disposent d'un titre de séjour provisoire et temporaire.

Derrière l'objectif affiché d'un meilleur contrôle de l'immigration – privilégiant, selon une terminologie bien inopportune, l'immigration « choisie » par rapport à celle qui serait « subie » –, s'est ainsi développée la précarité du statut administratif d'une part, conséquente des étrangers résidant en France, accompagnée d'un accès restreint à un certain nombre de prestations sociales, générant ainsi une grande fragilité sociale de ces personnes.

Problèmes posés

Ce processus de précarisation administrative et sociale a touché tous les statuts :

- **Maintien d'étrangers en situation irrégulière**

Ce processus a freiné voire bloqué la régularisation de nombreux étrangers qui, bien que ne répondant pas aux critères exigés, ont manifestement toutes les raisons de poursuivre leur vie en France et de s'y établir : c'est le cas notamment de nombreux « sans-papiers » qui travaillent régulièrement et souhaitent pouvoir continuer leur activité professionnelle. C'est le cas également de nombreuses familles dont les enfants, arrivés jeunes, sont scolarisés et ont développé une vie et une insertion sociale.

- **Le droit à la vie privée et familiale est malmené** par l'augmentation conséquente des conditions posées, notamment en matière de logement ou de ressources exigées. L'introduction du contrat d'accueil et d'intégration, incluant la vérification des connaissances de la langue française et des valeurs de la République risque de transformer un outil d'intégration en un examen coupeur privant les étrangers d'un droit fondamental.

Les étrangers conjoints de Français, comme les membres rejoignant notre pays à l'occasion d'un regroupement familial, doivent attendre plusieurs années avant d'obtenir un titre de séjour stable – la carte de résident – pourtant le sésame permettant une intégration sociale et économique pérenne.

- **Précarisation accrue des étrangers**

Outre les membres de familles, l'immense majorité des étrangers admis à résider en France doivent désormais attendre des années pour obtenir que leur carte de séjour temporaire d'un an soit transformée en carte de résident de 10 ans, seul document leur ouvrant véritablement la voie vers une insertion sociale et économique à part entière. Cette fragilité du statut constitue un handicap réel pour la vie quotidienne, tant pour l'accès à un logement, à un emploi, que pour percevoir certaines prestations sociales.

- **Les restrictions au droit au travail**

Malgré des annonces destinées un temps à privilégier l'immigration de travail, force est de constater que les conditions d'accès au droit au travail restent extrêmement restrictives, tant pour les étudiants voulant changer de statut à la fin de leurs études que pour de nombreux étrangers sans papiers mais disposant d'un emploi ou d'une promesse ferme d'embauche. Les listes de métiers en « tension » ont fortement varié et rendent l'octroi du droit au travail aléatoire et discrétionnaire.

A l'égard des ressortissants roumains et bulgares, la prolongation des mesures transitoires liées à l'adhésion de leurs deux pays à l'Union européenne a pour effet d'exclure nombre de Roms d'un emploi régulier, renforçant ainsi la stigmatisation et la marginalisation sociale dont ils sont victimes.

- **Des droits sociaux réduits ou différés, des taxes indécentes**

La protection des étrangers malades a été fortement restreinte par la loi de 2011 et provoque le retrait de titres de séjour ainsi que des mesures d'expulsion à l'égard de personnes atteintes de pathologies graves et qui n'auront pas la possibilité, faute de traitement ou faute de moyens pour y accéder, de se faire soigner dans leur pays. Par ailleurs, sous couvert de lutter contre la fraude ou contre des détournements de procédure, les conditions ou les délais définis pour l'accès à de nombreuses prestations sociales excluent une part non négligeable des étrangers résidant en France et a pour conséquence d'accroître les situations de pauvreté. Enfin, les taxes exigées des étrangers pour la délivrance des titres de séjour ont atteint des montants indécents et inaccessibles pour eux, conduisant de fait ces personnes à solliciter les CCAS ou les associations caritatives pour pouvoir les régler.

Demandes de l'Uniopss

- **Faciliter l'accès aux droits et garantir celui à l'élection de domicile**

L'Uniopss estime que la législation doit être revue. Les procédures doivent être simplifiées pour que les étrangers, qui par définition ne sont pas toujours francophones ni coutumiers des démarches administratives, soient en mesure d'exercer leurs droits. Parmi les structures (publiques et privées) d'aide juridique et sociale compétentes dans ce domaine, peu ont en effet les moyens de proposer un véritable accompagnement des personnes qui en auraient besoin : il est indispensable de renforcer les moyens de ces structures d'aide et d'éloigner la menace d'« aide à l'irrégularité ».

Par ailleurs, chaque individu, y compris un étranger en situation irrégulière, doit pouvoir bénéficier d'une domiciliation administrative. Ce droit, remis en question par la loi du 5 mars 2007 sur le droit au logement opposable, doit être réaffirmé afin que chacun puisse entreprendre les démarches nécessaires à l'exercice de ses droits fondamentaux.

- **Prévoir un dispositif permettant la régularisation des étrangers ayant vocation à poursuivre leur vie en France**

De trop nombreux étrangers sont maintenus en situation irrégulière alors qu'ils ont toutes les raisons de poursuivre leur vie en France : soit parce qu'ils y ont des attaches familiales fortes, soit parce qu'ils y exercent une activité professionnelle, soit parce qu'ils ne peuvent repartir dans leur pays sans risquer pour leur santé ou leur sécurité. L'Uniopss demande qu'un dispositif de régularisation sur critères soit instauré afin de sortir ces personnes de la précarité. Lorsque la demande est assortie d'une promesse d'embauche, le délai d'instruction ne doit pas décourager l'employeur potentiel. Les cas de levée de l'opposition du marché du travail doivent être connus et ouverts aux étrangers présents de longue date en France.

- **Stabiliser la situation des étrangers en généralisant la délivrance rapide de la carte de résident**

Plutôt que de maintenir des étrangers en statut précaire pendant des années, l'Uniopss demande :

- la délivrance de plein droit d'une carte de résident de 10 ans dès le premier renouvellement de la carte de séjour temporaire d'un an pour tous les motifs liés à la vie privée et familiale ;
- la délivrance de ce plein droit de la carte de résident dès le troisième renouvellement pour toutes les autres cartes de séjour temporaires.

- **Garantir le respect effectif du droit fondamental à la vie privée et familiale**

Il s'agit de favoriser la vie de famille, en assouplissant les conditions du regroupement familial « sur place » et en accordant les prestations familiales aux enfants en France dont les parents sont en situation régulière, sans en exclure certains (enfants d'étrangers malades par ex.).

- **Protéger les étrangers malades**

L'Uniopss demande que soit respecté le droit au séjour des étrangers malades présents en France et ne pouvant pas être soignés dans leur pays. Pour cela, il est notamment nécessaire d'établir de façon transparente de véritables critères d'évaluation de la situation des soins et de leur accès effectif dans les pays en question.

- **Ouvrir le droit au travail aux ressortissants roumains et bulgares**

L'Uniopss demande la levée des dispositions transitoires liées à l'adhésion de la Roumanie et de la Bulgarie à l'Union européenne, pour permettre ainsi aux ressortissants de ces deux pays d'avoir le même droit au travail que les ressortissants des autres pays de l'Union européenne.

- **Supprimer les taxes spéciales dont les étrangers sont redevables, notamment lors de la délivrance de la carte de séjour et du renouvellement de celle-ci**

Des taxes, y compris désormais lors de la simple demande de titre, sont exigibles et ont atteint des montants de plusieurs centaines d'euros. Ces dispositions sont indécentes et doivent être abrogées. Si une taxe est exigible, son montant ne doit pas dépasser celui qui est demandé à un français lors de la délivrance d'un passeport.

II - Permettre aux demandeurs d'asile d'accéder aux droits fondamentaux

Situation actuelle

Le droit d'asile a souffert des modifications législatives introduites ces dernières années qui ont conduit à durcir significativement ses conditions d'accès. Dans un contexte de crispation autour des questions migratoires, les demandeurs d'asile sont progressivement perçus par les pouvoirs publics comme

fraudeurs et non comme personnes vulnérables en quête de protection. Cela se manifeste par un recours croissant à la procédure dite prioritaire dont le champ d'application n'a cessé d'être élargi. En 2011, 26 % des demandes d'asile ont été traitées sous l'angle de cette procédure d'exception contre 24 % en 2010 et 22 % en 2009.

Par ailleurs, le système d'accueil des demandeurs d'asile souffre d'une crise aiguë et continue. En 2010, moins d'un demandeur d'asile sur trois a pu bénéficier d'une prise en charge en centre d'accueil pour demandeur d'asile. Nous sommes loin du respect de l'obligation d'offrir des conditions d'accueil décentes à l'ensemble des demandeurs durant toute la procédure d'asile, comme le prévoit la loi.

Enfin, dans une logique de baisse budgétaire, de nouveaux « référentiels » prestations/coûts ont été élaborés pour les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), les plateformes d'accueil pour demandeurs d'asile par le ministère de l'Intérieur.

Problèmes posés

- **Absence de recours suspensif en procédure prioritaire**

La procédure prioritaire offre des garanties juridictionnelles moindres que la procédure classique. Ainsi, le recours contre la décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) auprès de la Cour nationale du droit d'asile (Cnda) n'est pas suspensif d'une mesure d'éloignement. L'absence d'effet suspensif ne permet pas de garantir l'accès à un recours effectif et donc à un examen approfondi de la demande d'asile. Cette carence est d'autant plus préoccupante lorsque l'on sait que 86 % des demandes d'asile sont rejetées par l'Ofpra et qu'une protection sur deux est reconnue par l'instance d'appel (la Cnda). La France a d'ailleurs été condamnée, à ce sujet, par la Cour européenne des droits de l'homme, le 2 février 2011, pour le cas d'un demandeur d'asile en rétention.

- **Manque de place CADA**

Alors que le CADA est considéré comme la structure la plus adaptée aux besoins des demandeurs d'asile, moins d'un demandeur d'asile sur trois y a eu accès en 2010 et 2011. Un constat s'impose : le dispositif national d'accueil (DNA) est structurellement sous-doté par rapport aux besoins d'accueil. En effet, le DNA compte seulement 12 300 entrées chaque année pour 51 500 demandes d'asile en moyenne sur les dix dernières années. Générant une grande précarité pour des dizaines de milliers de demandeurs d'asile, un tel écart entre capacités et besoins d'accueil n'est pas acceptable. Il l'est d'autant moins que, pour la première fois en 2010, les crédits consacrés aux mesures d'urgences ont été supérieurs aux crédits consacrés aux CADA⁸⁶. En plus d'un gâchis humain et financier substantiel, cette priorité donnée à l'urgence sur le pérenne démontre une absence de vision à moyen terme, de cohérence et d'une certaine manière de gouvernance.

- **Démantèlement de l'accompagnement social et juridique**

Les dernières réformes entreprises par le ministère de l'Intérieur en matière d'accueil conduisent à une réduction généralisée du niveau d'accompagnement des demandeurs d'asile :

- La circulaire du 24 mai 2011 pose comme principe la suppression de toute mesure d'accompagnement dans les dispositifs d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile.
- Le référentiel de premier accueil publié par l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration en décembre 2011 supprime des prestations d'accompagnement essentielles telle que l'aide à la rédaction du recours auprès de la Cnda. Par ailleurs, ce référentiel prive les demandeurs d'asile en procédure prioritaire de toute aide dès la décision de l'Ofpra et malgré l'introduction d'un recours.

⁸⁶ 215,2 millions d'euros pour les mesures d'urgences (HUDA+ATA) contre 202,2 millions d'euros pour les CADA.

- La baisse imposée du budget des CADA, structures les moins chères du secteur, de l'ordre de 8 % sur 3 ans, ainsi que l'élaboration d'un référentiel de coûts qui suscite les plus fortes réserves de l'ensemble des opérateurs associatifs gestionnaires, pèsent directement sur le niveau d'accompagnement des CADA.

Cette réduction significative de la place de l'accompagnement social et juridique dans la politique d'accueil des demandeurs d'asile se fait au détriment des demandeurs d'asile et menace l'effectivité de leur accès au droit d'asile.

Demandes de l'Uniopss

- **Garantir un recours suspensif à tous les demandeurs d'asile**

L'accès à un examen approfondi des demandes d'asile suppose l'existence d'un recours effectif, avec donc un effet suspensif contre la décision de l'Ofpra. Cette garantie juridictionnelle essentielle doit être assurée indépendamment du type de procédure selon laquelle la demande est examinée.

- **Réduire la précarité des demandeurs d'asile et développer les places en CADA**

Une politique d'accueil des demandeurs d'asile responsable doit assurer l'hébergement des demandeurs d'asile dans des conditions dignes tout au long de la procédure et leur offrir un accompagnement juridique.

Pour y parvenir, la priorité doit être redonnée au dispositif pérenne et non à l'urgence. Une politique volontariste de création de places en CADA doit permettre d'ajuster les capacités du dispositif national d'accueil aux besoins réels des demandeurs d'asile. Loin de représenter une charge financière supplémentaire pour le contribuable, la création significative de places en CADA est possible par redéploiement d'une partie des crédits d'urgence spécialisés.

- **Permettre un accompagnement social et juridique**

Garantie essentielle de l'accès effectif au droit d'asile, la place de l'accompagnement social et juridique au sein de notre politique d'accueil doit être réaffirmée. En ce sens, la prise en charge en CADA doit redevenir la norme pour la grande majorité des demandeurs d'asile.

D'autre part, afin de rétablir le principe d'égalité de traitement, les demandeurs d'asile en procédure prioritaire et les personnes en attente de places en CADA doivent également bénéficier d'un accompagnement de qualité. Cela doit être réaffirmé en tant que mission primordiale des plateformes d'accueil pour demandeurs d'asile. Ces dernières doivent en ce sens, être dotées de moyens à la hauteur des besoins réels.

Fiche 9 – Promouvoir les actions d'insertion sociale dans la dynamique de l'éducation populaire

Situation actuelle

Souvent, les personnes en grande précarité ne s'accordent pas le droit aux loisirs, aux vacances et aux activités liées aux temps libre. Ces aspects sont en outre régulièrement perçus comme accessoires face à une urgence sociale de plus en plus croissante.

Cependant, le constat est alarmant : 32 % des Français ne partent pas en vacances, l'accès à la culture est trop fermé, l'éducation populaire subit la raréfaction des financements.

Problèmes posés

Les personnes en situation de précarité sont souvent exclues de temps collectifs, synonymes de détente et de bien-être personnel. En outre, les vacances et les loisirs constituent un outil parfois sous-utilisé pour atteindre d'autres objectifs sociaux : autonomisation, lutte contre l'isolement, mixité sociale, accompagnement à la parentalité.

Sur les vacances, on ne peut plus isoler la dimension touristique de l'aide au départ en vacances de toute une gamme d'objectifs généraux (lien social et familial, image de soi, insertion et emploi) sous condition de toujours respecter les attentes des personnes non partantes. De surcroît, l'objectif primordial des vacances doit rester inscrit dans une perspective de pleine citoyenneté et non pas seulement de développement économique du secteur du tourisme.

Demandes de l'Uniopss

• Soutenir l'aide au départ et l'accompagnement en vacances des publics en situation de précarité

Les financements des associations œuvrant dans ce champ sont en diminution alors que la part des Français qui ne partent pas en vacances reste extrêmement forte.

L'Uniopss rejoint les constats et propositions du Centre d'Analyse Stratégique dans son rapport de juillet 2011, qui préconise de développer en priorité des actions en direction de quatre publics cibles :

- pour les personnes n'étant jamais parties : fixer un objectif national ambitieux de premier départ invitant à mobiliser en ce sens les aides disponibles ;
- pour les jeunes : s'assurer qu'ils soient partis au moins une fois au sein de l'Union européenne avant leurs 20 ans. Développer à cet effet les programmes européens « Jeunesse en action » et « Sac ados » ;
- pour les personnes en situation de handicap : promouvoir et fluidifier le système d'échange de logements adaptés en labellisant les sites internet qui leur sont dédiés ;
- pour les aidants familiaux : garantir la possibilité d'un départ annuel en vacances comme modalité du droit au répit.

Il est important d'ajouter à cela un nécessaire soutien au départ en vacances des familles avec leurs enfants.

- **Reconnaître et soutenir les démarches issues de l'éducation populaire comme vecteur d'insertion sociale pour les publics exclus**

L'objectif est que les associations d'éducation populaire accroissent leurs actions en faveur de la participation citoyenne, de la mixité intergénérationnelle et sociale, de la lutte contre les discriminations et les exclusions, en prônant et en défendant les valeurs de coopération, de solidarité, de justice et d'émancipation.

2012
2017

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

Personnes âgées et personnes en situation de handicap



Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Pour la création d'un nouveau risque de protection sociale relatif à l'aide à l'autonomie

L'enjeu de la prochaine mandature pour les secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap réside, essentiellement, dans la question du financement de l'effort de solidarité que réclame l'ajustement des moyens à l'évolution des besoins tant des personnes âgées que des personnes en situation de handicap.

Améliorer le financement solidaire des prestations de compensation des besoins d'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Situation actuelle

Les moyens financiers de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et ses réserves plafonnent ou s'épuisent. Les effets de la crise économique et son impact sur la croissance de l'emploi imposent un nouveau socle de financement socialisé et commun de compensation pour l'autonomie des personnes âgées et des déficiences des personnes handicapées. Les moyens de la CNSA doivent être couplés à ceux d'un système général de protection sociale afin de garantir à ce risque social, un financement généralisé.

Notre système de protection sociale concernant les personnes âgées et handicapées a été complété ces dernières années par la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes de plus de 60 ans (depuis 2001) et de la Prestation de compensation du Handicap (PCH), en 2006.

L'APA bénéficie aujourd'hui en France à plus de 1,2 million de personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 (les niveaux de dépendance les plus élevés), pour une dépense globale de 5,2 milliards d'euros, dont le financement repose de plus en plus majoritairement (67 %) sur l'aide sociale des départements.

La prestation de compensation concerne aujourd'hui plus de 112 700 personnes handicapées, pour une dépense globale de plus de 1 milliard d'euros, dont le financement repose pour moitié environ sur l'aide sociale des départements.

La loi du 11 février 2005 a prévu une convergence des dispositifs puisqu'elle stipulait que « Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ». C'est donc en 2010 au plus tard que cette réforme aurait dû avoir lieu, d'autant plus que le président de la République avait annoncé qu'elle serait engagée dans le sillon de la réforme des retraites.

Problèmes posés

- **Les prestations d'aide à l'autonomie et de compensation des conséquences du handicap actuelles conduisent à un système inégalitaire.** Ainsi, aujourd'hui, une personne relèvera de dispositifs d'aide totalement différents, selon qu'elle est en situation de handicap quelque temps avant ses 60 ans, ou quelque temps après, et cela même si ses besoins d'aide sont identiques. Plutôt que ses besoins, c'est son âge qui sera d'abord pris en compte. Cette situation choquante risque de conduire également à des ruptures dans l'aide apportée aux personnes durant leur vie. On peut s'étonner que le dispositif d'aide ne repose pas d'abord sur les besoins, les aspirations et le projet de vie de chaque personne, et conduise ainsi à des inégalités de traitement fondées sur le seul critère d'âge.
- **Le dispositif actuel est en outre inéquitable :** d'une part, le périmètre et le niveau de compensation des dépenses d'aides assurés par la prestation de compensation du handicap [PCH] (bien que ne prenant pas en compte les aides aux tâches ménagères) est plus favorable que ceux de l'APA ; d'autre part, en ce qui concerne l'APA, les aides les plus élevées sont perçues par les ménages les plus modestes mais aussi indirectement par les plus aisés lorsque les exonérations fiscales sont prises en compte.
Ce qui pose la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales.
- **Le dispositif actuel favorise les inégalités territoriales et peut mettre en difficulté financière les conseils généraux.** En effet, tandis que les évolutions démographiques conduisent à un accroissement des besoins, le financement des prestations s'avère inadapté puisqu'il repose de plus en plus sur les conseils généraux. Lors de la première année d'existence de l'APA, le financement de cette aide était assuré à 54 % par les départements et à 46 % par l'État. Aujourd'hui, les départements assument 72 % de la dépense, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'en couvrant plus que 28 %. Si rien n'est fait, la charge financière des conseils généraux continuera à s'accroître et ces derniers assumeront une part sans cesse plus élevée du financement du dispositif. Compte tenu des inégalités de richesses entre les départements, ceux qui ont les potentiels fiscaux les plus faibles et le nombre de personnes âgées et handicapées le plus élevé auront de plus en plus de mal à financer les aides à l'autonomie.
- **Enfin, le plafonnement des montants d'allocations en fonction du GIR laisse un reste à charge important aux personnes âgées** qui les conduit à devoir arbitrer entre le recours à des services de qualité et un plus grand nombre d'heures, au moindre coût.

Demandes de l'Uniopss

- **Reconnaître le manque et la perte d'autonomie comme un nouveau risque social**
Il s'agit pour cela de créer une nouvelle prestation de compensation des besoins d'aides à l'autonomie qui permettra de prendre en charge, dans de meilleures conditions et sur une base solidaire, ce risque social et d'abroger le seuil discriminant de l'âge de 60 ans dans la structuration des prestations de compensation des incapacités et des handicaps (APA, PCH).
- **Confier la gestion du risque à la CNSA**
La gestion globale du risque doit être confiée à la CNSA érigée en nouvelle branche de protection sociale. Celle-ci a en effet fait la preuve de sa capacité à piloter des politiques publiques tout en associant étroitement les acteurs les plus concernés à leur mise en œuvre.

Les départements en revanche doivent demeurer l'échelon qui assure, par convention avec la CNSA, le service de proximité de la future prestation universelle de compensation du manque et de la perte d'autonomie.

- **Instituer ce nouveau risque en créant une nouvelle prestation se substituant à l'APA et à la PCH**

Dans cette nouvelle approche, serait érigée une nouvelle prestation universelle, tournant définitivement le dos au régime assistantiel des prestations d'aide sociale dont l'APA et la PCH n'étaient jamais parvenues à s'extraire.

- **Assurer le financement solidaire du nouveau risque**

Les compléments de financement nécessaires à ce nouveau risque (placé sous la responsabilité de la CNSA) doivent être essentiellement solidaires et contributifs, sans pour autant totalement décharger les conseils généraux qui devraient continuer à assurer un financement sur la base de dotations limitatives et forfaitisées. Dans ce nouveau dispositif, les produits d'assurance ne pourraient permettre qu'un supplément de financement.

- **Faire en sorte que les montants d'aides attribués aux personnes vivant à leur domicile, permettent à ces dernières de recourir à des aides humaines de qualité, et de limiter leur reste à charge**

Les allocations versées doivent en effet tenir compte du coût réel des prestations reconnues comme indispensables à la personne dans le cadre de son plan d'aide ou de compensation. L'objectif est que chaque personne puisse recourir à des services de qualité pour le nombre d'heures d'intervention dont elle a besoin, sans que son arbitrage porte d'abord sur un choix entre un nombre d'heures plus important ou un service de meilleure qualité et plus sûr.

- **Élaborer une procédure et une méthodologie unique d'évaluation multidimensionnelle et individualisée des besoins d'aide et de compensation prenant en compte le projet de vie des personnes.** Les équipes pluridisciplinaires chargées de ces évaluations doivent s'intégrer dans les MDPH dont le statut et l'organisation doivent évoluer de manière à devenir des Maisons départementales de l'autonomie ouvertes aussi bien aux personnes âgées qu'aux personnes en situation de handicap.

- **Adopter une loi cadre permettant la mise en œuvre par étape du droit universel à l'autonomie** Cette loi fixera les principes qui devront inspirer immédiatement la réforme de la dépendance des personnes âgées et à moyen terme l'ouverture aux personnes handicapées. La loi pourrait ainsi prévoir :

- le principe même de convergence et de suppression de la barrière d'âge ;
- la construction de la prestation à partir du besoin d'autonomie et du projet de vie de chacun ;
- la place majoritaire de la solidarité nationale dans le financement du régime ;
- une gouvernance de la CNSA faisant appel aux collectivités territoriales et au monde associatif de la solidarité.

Personnes âgées

Pour le secteur des personnes âgées, la prochaine mandature doit être principalement l'occasion de renforcer l'effort de solidarité que réclame le prolongement des mesures d'ajustement des moyens engagés dans les établissements et services à domicile pour mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées en manque d'autonomie.

Dans cette perspective, il convient de pallier les carences qui subsistent tant dans l'offre de services à l'issue des plans Solidarité grand âge et Alzheimer que dans les moyens en crédits et en personnels dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (IAD) et les services d'aide à domicile.

Il convient également de finaliser les chantiers engagés en matière de réforme de tarification tout en révisant profondément les bases sur lesquelles ces chantiers ont été ouverts, à partir des conclusions des expérimentations engagées, notamment dans les services d'aide à domicile, les Ssiad et les Ehpad.

Les priorités de l'Uniopss

1. Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie et de soins en Ehpad et réviser les bases de la réforme de la tarification des Ehpad introduite par l'art 63 de la LFSS pour 2009 qui a institué la forfaitisation des tarifs soins et la convergence tarifaire (**Fiche 1**)
2. Négocier la sortie de crise des services d'aide à domicile en réformant la tarification des services prestataires et en réinscrivant leurs activités en direction des publics fragiles dans les modes de régulation propres aux établissements sociaux et médico-sociaux (**Fiche 2**)
3. Parachever les objectifs de création de places de Ssiad et revoir les bases et les modalités de réforme de la tarification (**Fiche 3**)
4. Reconduire dans le cadre d'un nouveau plan Solidarité Grand Age un programme spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, permettant la mise en œuvre des objectifs non atteints des plans et de revisiter certaines dispositions (**Fiche 4**)
5. Favoriser la diversification des structures d'accueil à proposer aux personnes âgées par le développement des Petites Unités de Vie (PUV), des foyers logements, des accueillants familiaux (**Fiche 5**)

Contact : Alain Villez – avillez@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie et de soins en Ehpad et réviser les bases de la réforme de leur tarification introduite par l'art 63 de la LFSS pour 2009 qui a institué la forfaitisation des tarifs soins et la convergence tarifaire

Situation actuelle

La loi de finances et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 contenaient des dispositions tarifaires lourdes de conséquences pour le secteur et sur lesquelles l'Uniopss, tout comme d'autres organisations représentatives du secteur, sont fortement mobilisées depuis trois ans.

L'Uniopss déplore l'ampleur des conséquences générées par cette réforme profonde dont les principes n'ont jamais été débattus sur le fond ni été préalablement discutés avec les organisations représentatives du secteur. Pourtant, ces mesures modifient et remettent profondément en cause les fondements de la procédure budgétaire et tarifaire et, plus globalement, les principes définis par la loi 2002-2 (libre choix du mode de vie, citoyenneté, démarche d'amélioration de la qualité, projet individuel, ...).

Les propositions budgétaires, reflet des orientations arrêtées en matière d'accompagnement des personnes, traduisent les moyens nécessaires à leur réalisation. Les projets personnalisés d'accompagnement et les projets d'établissement participent à cette construction budgétaire. Approcher le financement par le seul prisme de coûts plafonds standardisés et forfaitisés et d'une logique purement comptable remettrait en cause ce principe posé par la loi 2002-2.

La négociation budgétaire par le biais de la procédure contradictoire est censée permettre un dialogue sain et des échanges réels par des allers-retours entre la structure et son (ses) autorité(s) de tarification, se concluant par l'acte de tarification qui traduit l'approbation financière du projet engageant les deux parties. En cas de désaccord, le gestionnaire peut choisir la voie du contentieux.

Problèmes posés

Plus précisément, l'instauration de tarifs plafonds⁸⁷ et de règles visant à réduire les dotations dépassant le plafond encadre le dispositif d'allocation des ressources. Cette « convergence tarifaire » ne peut pas permettre aux structures d'assurer dans de bonnes conditions l'accompagnement individualisé des usagers et le respect de leurs droits fondamentaux, définis dans la loi 2002-2. Un premier mécanisme de convergence moins « radical », à l'aide d'indicateurs médico-sociaux économiques, avait déjà été instauré. Il aurait été préférable d'en réaliser le bilan, avant de mettre en œuvre un nouveau dispositif.

⁸⁷ Ces tarifs plafonds ont été introduits par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 pour les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, sur la partie financée par l'Assurance maladie. La LFSS pour 2009 a introduit également des tarifs plafonds pour les unités de soins de longue durée – USLD (également sur la partie financée par l'Assurance maladie) et la loi de finance LF pour les CHRS, les Cda, les Esat et les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs.

Tarification des Ehpad : un tarif soins pré-déterminé au niveau national, la tarification « à la ressource »

En application des dispositions des articles 46, 69 et 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, les modalités de fixation des tarifs soins et les valeurs plafonds à ces tarifs, dans le cadre de la nouvelle procédure de tarification à la ressource, ont été publiées par arrêté ministériel, le 26 février 2009 et un nouvel arrêté en date du 25 mai 2011 a actualisé ces valeurs pour 2011.

L'arrêté précise les nouvelles modalités de calcul des dotations soins et, en matière de convergence tarifaire, précise les modalités de mise en œuvre. Dans un premier temps, au titre de l'exercice 2009, les Ehpad dont les dotations soins sont supérieures aux valeurs des tarifs plafonds ont vu ainsi leurs tarifs évoluer de 0,5 % par rapport aux tarifs 2008. Au titre de 2010, l'arrêté proposait un échelonnement sur 6 ans de la réduction des dotations soins dépassant les tarifs plafonds à hauteur chaque année de 1/7^e de l'écart constaté entre le tarif soins historique et celui résultant de la prise en compte de la valeur plafond fixé par l'arrêté du 25 mai 2011.

Selon les estimations de la DGCS faites en 2011, près de 1 100 Ehpad étaient concernés et les quelque 13 M€ attendus de cette mesure nous semblent assez dérisoires au regard de la lourdeur des procédures mises en œuvre et du caractère inéquitable d'une démarche visant à retirer des moyens à des établissements réputés « sur-dotés » alors que les carences en personnel soignant sont parfaitement identifiées en fonction du ratio moyen actuel de 0,55 agent par place (dans notre réseau associatif) et que l'objectif d'encadrement fixé par le PSGA (Plan solidarité grand âge) est loin d'être atteint : 0,65 agent ETP par place (1 agent par place pour les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes).

Devant les effets préjudiciables (des soins et un accompagnement de moindre qualité, des licenciements,...) que ne manquera pas de produire cette réforme – introduite sans concertation préalable et contribuant à forfaitiser les dépenses de soins en exposant les résidents aux risques d'un report de charge sur le tarif hébergement en cas de déficit sur la section soins et dépendance – l'Uniopss, en lien avec les autres organisations représentatives du secteur, a multiplié les démarches et les communications afin d'en atténuer les conséquences. Ces actions ont permis d'obtenir de Roselyne Bachelot-Narquin une mesure d'exclusion de la convergence tarifaire avec reprise de moyens des Ehpad non encore tarifés au GIR moyen pondéré soins GMPS.

Demandes de l'Uniopss

- L'Uniopss propose l'abrogation de l'article 63 de la LFSS pour 2009 et de l'article L.314 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et demande l'engagement d'une négociation sur le fond des principes mêmes de la réforme.
- L'Uniopss demande l'engagement d'un nouveau plan solidarité grand âge afin de parachever la remise à niveau des ratio de personnel des Ehpad et de leur permettre d'évoluer en moyenne vers 0,75 voire 1/1 dans les Ehpad dont le GMP est supérieur à 800.
- Pour permettre cette évolution, il est urgent de passer maintenant rapidement tous les Ehpad en tarification au GMPS (en fonction de l'évaluation de la dépendance et de la charge en soins avec PATHOS). Les 140 M€ programmés par la LFSS 2012 devraient tout juste permettre de renégocier les conventions tripartites parvenues à échéance et les plus en retard en termes de renouvellement.
- Il est également impératif de parvenir enfin à une réduction du reste à charge des résidents, lequel est estimé aujourd'hui à quelque 1 500 € par mois, soit une somme supérieure au montant moyen des pensions. Pour cela, il convient de remettre en cause non seulement la répartition de certaines charges (psychologues, aides soignantes, animateurs, protections pour l'incontinence) entre les 3 sections tarifaires (hébergement, dépendance et soins) mais aussi la tarification ternaire elle-même. Dans la perspective de la création d'un nouveau risque pour la compensation des aides à l'autonomie, il serait tout à fait envisageable de fusionner les tarifs dépendance et soins en une seule et même dotation budgétaire annuelle placée sous l'autorité tarifaire des Agences régionales de santé (ARS).

Fiche 2 – Négocier la sortie de crise des services d'aide à domicile en réformant la tarification des services prestataires et en réinscrivant leurs activités en direction des publics fragiles dans les modes de régulation propres aux établissements sociaux et médico-sociaux

Situation actuelle

Les services d'aide à domicile s'installent dans la crise

La conjoncture économique s'avère toujours aussi délicate pour les services d'aide à domicile en direction des personnes vulnérables et fragiles, touchées par d'importantes difficultés financières. Sont concernés au premier chef les services d'aide aux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH). En raison du plafonnement de l'APA, les services sont confrontés à la concurrence frontale et souvent déloyale des services ou intervenants affichant un coût horaire moins élevé du fait qu'ils relèvent du régime simplifié d'agrément qualité ou qu'ils sont recrutés directement par la personne aidée dans le cadre d'un contrat de gré à gré. Bien que représentant une part de plus en plus faible dans l'activité des services, la prestation « d'aide ménagère » à domicile financée par les caisses de retraite représente une source permanente de déficit en raison de la modicité du taux de remboursement horaire pratiqué par les caisses et qui ne permet pas de couvrir les frais de rémunération d'un intervenant qualifié. La crise n'épargne pas les interventions auprès des bénéficiaires de la PCH, qui ne prend toujours pas en compte les aides aux tâches domestiques.

Ces services aux personnes fragiles ont vu leur situation budgétaire se dégrader encore un peu plus par la décision des pouvoirs publics de supprimer des exonérations de charges sociales aux services à la personne, introduite par la loi de finances pour 2011. Cette suppression n'a impacté certes que les rémunérations des personnels autres que ceux intervenant à domicile (personnels administratifs et d'encadrement) mais a eu pour effet une augmentation du tarif de l'ordre de 2 %. Cette augmentation a bien été atténuée par la bascule sur les exonérations consenties pour les bas salaires (exonérations dites Fillon), mais au final l'impact est réel. Le groupe de travail mis en place par la DGCS pour évaluer l'ampleur de la crise et les moyens nécessaires à sa résolution, a permis d'estimer à plus de 400 les services en très grande difficulté, difficulté due essentiellement à l'assèchement des fonds propres et à l'effondrement de la trésorerie. Face à ce tableau très noir, Bérangère Poletti, députée des Ardennes, a été chargée d'expertiser les difficultés et d'établir des propositions de solutions tarifaires susceptibles de sortir de la crise. Entre autres propositions mentionnées dans les conclusions de son rapport, figurait la mise en place d'un fonds d'aide à la restructuration de 50 M€ et l'expérimentation de nouvelles modalités de tarification. Ces deux mesures se sont concrétisées en fin d'année dans le cadre de l'article 150 de la loi de finances (LF 2012).

Demandes de l'Uniopss

Pour sortir de la crise, les associations demandent l'engagement de deux mesures :

- La première s'attache à la mise en œuvre du projet de refondation de la tarification des services autorisés élaboré par le groupe de travail mixte (Collectif des 16 organisations représentatives des services à domicile / conseils généraux) réuni au sein de l'Association des départements de France (ADF). Toutefois, les mesures législatives et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de cette réforme doivent également trouver leur place dans le cadre de la réforme de la dépendance.
- La seconde vise la réintégration des procédures d'autorisation et de contrôle des services intervenant auprès de publics fragiles dans les modes de régulation propres aux institutions sociales et médico-sociales. Pour cela, nous demandons l'abrogation du droit d'option entre les deux modes d'autorisation régis par l'article L.241-10 du code du travail et institués par la loi Borloo pour les interventions d'aide à domicile auprès de publics fragiles.

Fiche 3 – Parachever les objectifs de création de places de Ssiad et revoir les bases et les modalités de réforme de leur tarification

Situation actuelle

Afin de faire face au défi du vieillissement de la population, le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) s'était donné comme objectif prioritaire de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en faisant le choix de développer significativement l'offre de soins infirmiers à domicile. Il s'agissait d'augmenter de 30 % le nombre de places pour en porter le nombre à 144 000 sur le plan national. Alors que nous sommes à moins d'un an de la fin du PSGA, une sous exécution de la mesure est à déplorer.

Par ailleurs, afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de soins, notamment à caractère infirmier, que réclament les personnes âgées, les fédérations et unions se sont engagées depuis 2007 dans des concertations avec la DGCS. Celles-ci devaient déboucher originellement sur un rebasage des budgets des services financés par l'assurance. Cette demande initiale a évolué aujourd'hui en un projet de réforme du mode d'allocations des ressources aux services. Cette réforme consisterait à faire reposer la tarification des services sur une standardisation et une forfaitisation des coûts opérées à partir de la fixation d'un score patient évoluant en fonction de la charge en soins (mesurée par un algorithme) et d'un score structure (calculé forfaitairement en fonction des caractéristiques du service).

Problèmes posés

Le PSGA se terminant en fin d'année, il est à craindre que toute mesure qui n'a pas été engagée, soit purement et simplement annulée et que les crédits non consommés soient réaffectés au budget général de l'Assurance maladie. Il est pourtant nécessaire de créer les places programmées afin de parvenir à un ratio d'équipements proche des 30 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, ce ration ayant été identifié comme la bonne référence de réponse aux besoins.

Il est tout aussi essentiel de finaliser la réforme de la tarification sous réserve qu'il soit clairement entendu que cette réforme ne peut pas être le prétexte à une diminution de crédits pour les Ssiad dont la dotation historique se révélerait excédentaire par rapport aux nouvelles modalités d'allocation de ressource. Or, la simulation du nouveau modèle effectuée par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale démontre qu'au moins 30 % des Ssiad existant devraient être perdants. Pour l'Uniopss, ce postulat est inacceptable et nécessite que soit posé comme principe de départ qu'aucun Ssiad ne soit contraint à restituer des crédits et donc à licencier du personnel soignant qui représente 80 % des dépenses.

Demandes de l'Uniopss

Afin de pallier les écueils dénoncés précédemment, l'Uniopss demande :

- La reconduction du Plan Solidarité Grand Age permettant de parachever le programme de création des quelque 10 000 places programmées et non encore créées.
- La revalorisation de l'enveloppe nationale de crédit, en procédant d'une part à l'intégration des crédits non reconductibles (CNR) en base. L'étude conduite sur l'usage des CNR révèle que ces crédits prévus au départ pour des dépenses non pérennes sont de fait mobilisés pour des dépenses

courantes des services, par exemple pour des dépassements budgétaires sur les actes infirmiers des libéraux de santé. À terme, s'il s'avérait nécessaire d'abonder l'enveloppe nationale de crédits dédiée au fonctionnement des Ssiad, nous ne serions pas opposés à ce qu'une fraction des crédits destinés au financement des places nouvelles soit utilisée à cet effet.

- La subordination de la finalisation du nouvel outil d'allocation de ressources à la prise en compte des conclusions des études nationales de coûts et de besoins et à la formalisation du cahier des charges des Ssiad toujours en cours de rédaction.
- Enfin, nous demandons à ce que le projet de décret tarifaire Ssiad, une fois satisfaits les préalables énoncés ci-dessus, soit complètement revu de manière à intégrer le maintien d'un dialogue budgétaire indispensable à la prise en compte des spécificités et que soient mieux précisées les modalités de constitution à partir des Ssiad, des services polyvalents d'aide et de soins infirmiers à domicile.

Fiche 4 – Reconduire, dans le cadre d'un nouveau Plan Solidarité Grand Age, un programme spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées

Parmi les 44 mesures que comptait le 3^e plan Alzheimer, ce sont celles qui intéressaient l'accompagnement des personnes malades et le secteur médico-social qui ont subi le plus d'aléas et de retard dans leur mise en œuvre. Il est donc impératif que les mesures médico-sociales du plan soient d'une part prolongées dans leurs effets et que leur cahier des charges soit revu de manière à faciliter leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Afin d'éviter toute discrimination, fut-elle positive, nous considérons que la reconduction de ces mesures doit s'intégrer dans un Plan Solidarité Grand Âge « nouveau format » qui comprenne un volet Alzheimer.

Situation actuelle

La mise en œuvre des mesures médico-sociales du 3^e plan Alzheimer connaît des retards importants qui contribuent à en ternir le bilan. Dès son origine, ce plan a souffert d'une opacité certaine dans les financements des mesures qui se recoupaient bien souvent avec les mesures du Plan Solidarité Grand Age (accueil de jour, hébergement temporaire) ou avec les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les effets conjugués des retards dans la conceptualisation des dispositifs nouveaux et de l'inadéquation flagrante de certains d'entre eux (les pôles d'activités et de soins adaptés [PASA] en Ehpad) sont à l'origine d'une sous-consommation, assez paradoxale en ces temps de pénurie, des crédits programmés. Ainsi, selon les dernières statistiques diffusées par le Comité national de suivi du plan, les crédits programmés n'avaient été effectivement engagés à la fin 2011 qu'à hauteur de 22 %, en intégrant l'ensemble des mesures médico-sociales et 40 % si on excluait les PASA qui constituent la lanterne rouge pour ne pas dire le « boulet » du plan. Ce sont les maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes Alzheimer (MAIA) qui, après une période utile de gestation et d'expérimentation, se sont peu à peu bien intégrées dans les dispositifs de coordination gériatrique préexistants.

Problèmes posés

En revanche, les autres mesures médico-sociales du plan - PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), UHR (Unités d'hébergement renforcé), plateforme de répit des aidants familiaux, accueil de jour, hébergement temporaire, équipes spécialisées Alzheimer au sein des Ssiad – contribuent à renforcer la spécialisation et la médicalisation des établissements et services d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. Ces dernières connaissent de ce fait des difficultés d'intégration dans les structures d'accueil, qu'ils s'agisse d'Ehpad ou de Ssiad. L'introduction de nouvelles compétences et de métiers qui, sans être vraiment nouveaux étaient encore peu sollicités dans le secteur gériatrique (ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soins en gériatrie, gestionnaires de cas) représente sans aucun doute les caractéristiques les plus marquantes de ces mesures.

Reste que la phase de déploiement des dispositifs, le plus souvent expérimentaux, qualifiée abusivement de généralisation, se heurte à des difficultés de mise en œuvre. L'articulation de ces nouvelles structures d'accueil avec les dispositifs pré-existants dans les Ehpad (PASA) est en effet délicate. Par ailleurs, le caractère forfaitaire des prises en charge par l'assurance maladie est loin de couvrir l'ensemble des coûts induits par ces dispositifs, tant en investissement (Pôle d'activités et de soins adaptés – PASA) qu'en fonctionnement (plateforme de répit, Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile – ESA).

Ainsi, les Ehpad, a fortiori s'ils disposent d'une unité de vie Alzheimer (type CANTOU ou autre), qui souhaitent faire labelliser un projet de PASA, se voient contraints de concevoir architecturalement leur PASA de façon totalement indépendante des unités de vie. Le cahier des charges PASA, en imposant cette étanchéité, prive l'établissement d'enrichir l'accompagnement des résidents de l'unité par l'apport des activités de stimulation générées par le PASA. Ce parti pris expose par ailleurs l'établissement à des investissements importants pour créer les espaces nécessaires à l'accueil à la journée de 14 résidents, incluant le repas. C'est une salle de séjour/salle à manger et au moins deux espaces d'activités qui sont ainsi requis. En contrepartie de ces exigences, les aides à l'investissement restent très limitées. De plus, sur le plan du fonctionnement, le forfait de 4 000 €/place/an ne suffit pas pour assurer l'encadrement des activités plus de 5 jours sur 7. Par ailleurs, ce forfait ne prend absolument pas en compte la rémunération des personnels d'accompagnement autres que le psychomotricien ou l'ergothérapeute et les assistants de soins en gérontologie. Dans ces conditions, c'est le budget hébergement qui joue le rôle de variable d'ajustement pour absorber les reports de charge. Ces derniers ne manquent pas de soulever l'opposition des conseils généraux lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale.

Pour les accueils de jour et l'hébergement temporaire, la sous-consommation des crédits programmés s'explique par les effets dissuasifs de la tarification pratiquée, laquelle laisse un « reste à charge » très important pour les usagers. L'APA, qui aurait vocation à financer ces accueils, ne peut être mobilisée du fait de la saturation des plans d'aide avec la rémunération des seules aides à domicile. Dans ces conditions, les ARS et les conseils généraux, qui se partagent la compétence, se montrent assez frileux devant les taux d'occupation qui restent modestes. La progression de l'activité des accueils de jour n'a pas été au rendez vous. De ce fait, la programmation des plans Alzheimer et PSGA a été révisée sensiblement à la baisse concernant les accueils de jour [AJ] (réduction de 2 200 à 1 200 places par an) et les hébergements temporaires qui représentent un véritable échec de par la stagnation de l'offre là où était attendu un développement significatif. De plus, l'hébergement temporaire paie un lourd tribut à la politique de création développée par nombre de conseils généraux optant pour un saupoudrage de quelques places dans les Ehpad au détriment d'implantations de structures autonomes.

Demandes de l'Uniopss

- Reconduire, dans le cadre d'un nouveau plan solidarité grand âge, un volet Alzheimer permettant de parachever le programme de création de MAIA, de places d'ESA, de PASA et de réviser les cahiers des charges des mesures médico-sociales qui ne parviennent pas à « décoller ».
- Réviser le cahier des charges des PASA afin de faciliter leur intégration dans les établissements et revaloriser le forfait accordé par l'Assurance Maladie pour leur fonctionnement.
- Réformer la tarification des accueils de jour et des hébergements temporaires, en vue de réduire le reste à charge pour les usagers. Élaborer un cahier des charges des hébergements temporaires et fixer quelques normes réglementaires en matière de capacité minimale d'accueil.

- Réviser le cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de pouvoir renouveler, au moins une fois dans la même année, la séquence de 15 séances sur une période de trois mois.
- Requalifier les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes Alzheimer (MAIA) qui, par rapport à leur conception initiale, ne sont plus des maisons et ne concernent plus exclusivement les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer.

Fiche 5 – Favoriser la diversification des structures d'accueil à proposer aux personnes âgées par le développement des petites unités de vie (PUV), des foyers logements, des accueillants familiaux

L'allongement de l'espérance de vie sans incapacité et l'accroissement significatif des générations de plus de 60 ans laissent aujourd'hui un espace pour le développement d'une réflexion prospective sur les parcours résidentiels des personnes âgées. Ce parcours ne peut se résumer en une alternative manichéenne entre l'isolement à domicile et l'admission dans l'univers de plus en plus médicalisé des Ehpad. Des solutions intermédiaires doivent être encouragées et soutenues tant dans le secteur médico-social que dans celui du logement social.

Situation actuelle

La promotion des Petites Unités de Vie (PUV) comme solution intermédiaire date de la loi APA de juillet 2001. Ces EHPA(D), d'une capacité d'accueil inférieure à 25 places, ont accès à des modalités dérogatoires de prise en charge des soins par l'Assurance Maladie et à l'obligation de négocier une convention tripartite, dès lors que leur GIR moyen pondéré GMP n'excède pas la valeur 300. Il a déjà fallu attendre le 10 février 2005 pour qu'un décret fixe dans la réglementation ces modalités. Malheureusement, au fil des années, ces dispositions ont été considérées comme des mesures de régularisation, alors que l'Uniopss et d'autres organisations comme l'UNCCAS et la fédération nationale des MARPA FNMARPA (MSA) en escomptaient plutôt un effet promotionnel. La réforme de la procédure d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec la mise en place des appels à projets a renforcé la frilosité des conseils généraux à l'égard de ces structures.

Les logements foyers dont le GMP est supérieur à 300 ont également bénéficié en 2007 de mesures dérogatoires pour assurer des soins à leurs résidents, sans pour autant négocier la convention tripartite Ehpad sur la totalité de leur capacité (sous réserve qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents en GIR 1 et 2). Ces mesures transitoires ont permis de consolider une offre d'accueil reposant essentiellement sur un mode de vie en autonomie garantissant le bénéfice d'une sécurisation.

Autre forme alternative d'hébergement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, l'accueil familial à titre onéreux connaît aujourd'hui une stagnation de son développement en raison du vieillissement accru des accueillants agréés et d'une diminution très sensible des demandes d'agréments nouveaux déposées. Ce sont moins de 5 000 personnes âgées qui sont aujourd'hui hébergées chez des accueillants familiaux, avec des disparités très fortes d'un département à l'autre. Alors que certains départements comptent plus de 500 accueillants agréés, d'autres en totalisent moins d'une dizaine. Une mission a été confiée à Valérie Rosso-Debord afin d'étudier les modalités de développement de cette forme d'accueil. Les quelques mesures qui avaient suivi n'ont pas été de nature à entraîner les effets attendus sur la revalorisation du statut des accueillants notamment.

En marge du secteur médico-social et avec le soutien effectif de l'action sociale immobilière de la CNAV, se déploie une nouvelle offre d'habitats collectifs de type « Béguinage » et colocations. Ces solutions s'avèrent particulièrement attractives pour les personnes âgées soucieuses de conserver une vie autonome tout en bénéficiant du confort, de la sécurité et du soutien que confère la co-résidence dans des habitats collectifs adaptés. Elles s'inscrivent dans les politiques de développement du logement social adaptées mises en œuvre dans le cadre des Plans locaux de l'Habitat.

Problèmes posés

Les Petites Unités de Vie (PUV) bénéficient au titre des dispositions de l'article D. 313-17 du Code de l'Action Sociale et des familles d'une dérogation à l'obligation de négocier une convention tripartite dès lors que leur GMP excède 300. Plus précisément, cette dérogation repose sur un droit d'option entre trois solutions – convention tripartite, forfait soins infirmiers ou partenariat avec un Service de soin infirmier à domicile (Ssiad). Ce régime dérogatoire valait surtout pour les établissements de moins de 25 places, créés avant la publication du décret du 10 février 2005, lequel prévoyait dans un article 3 que les établissements visés devaient exprimer leur choix, par courrier au Préfet [à l'époque] et au président du conseil général, sur les modalités de tarification pour lesquelles ils avaient opté.

Cette option courait sur une période de 5 ans, sans que la réglementation ne prévoie ni la possibilité de changer d'option pendant la durée des 5 ans ni les modalités de reconduction de cette option au-delà des 5 ans. Pour les établissements concernés, l'incertitude la plus grande plane sur ce qu'il est censé advenir au-delà de l'échéance de 2011 de prolongation de l'option.

Dans le même temps, les logements foyers qui bénéficiaient, avant la première réforme de la tarification des soins en Ehpad, d'un forfait soins courants, destiné à prendre en charge les soins dispensés par du personnel aide soignant, se trouvent aujourd'hui considérés comme cadre d'extinction. Ces structures n'ont d'ailleurs bénéficié d'aucune revalorisation de ce forfait depuis deux ans. De plus, les logements foyers, qui auraient besoin de ce forfait pour mieux accompagner des résidents relevant d'une aide à l'autonomie, ne peuvent plus en demander le bénéfice. Pour sortir de ce mauvais pas les logements foyers, la DGCS a mis en perspective, depuis plusieurs années, l'éventualité de substituer un forfait autonomie aux anciens forfaits soins courants. A ce jour, le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale n'a formalisé aucun projet sur ce point. Par ailleurs, la publication du cahier des charges des EHPA (logements foyers essentiellement) n'est toujours pas intervenue.

En matière d'accueil familial, les perspectives d'amélioration du statut des accueillants, tracées essentiellement par la loi DALO de mars 2007 qui ouvrait la possibilité de salarier des accueillants familiaux par des organismes privés ou publics (les établissements et services pour personnes âgées), ne se sont malheureusement pas concrétisées en raison de la résistance des conseils généraux.

Demandes de l'Uniopss

Afin de garantir l'effectivité de la diversification des modes d'accueil offerts aux personnes âgées l'Uniopss demande :

- La révision de la réglementation propre à la prise en charge des soins dans les petites unités de vie afin de permettre le déploiement de ce type de structure d'accueil qui a démontré sa capacité à offrir une alternative crédible et viable aux établissements de type Ehpad.
- La mise en expérimentation rapide d'un forfait autonomie susceptible d'assurer la continuité des forfaits soins courants financés par l'Assurance Maladie dont bénéficie une fraction non négligeable des logements foyers. Ceux-ci peuvent ainsi offrir aux quelques résidents qui le nécessitent une assistance aux gestes essentiels de la vie quotidienne, sans pour autant justifier d'un transfert en Ehpad.
- La révision de la réglementation applicable aux accueillants familiaux afin d'améliorer sensiblement le statut des accueillants familiaux recrutés en contrat de gré à gré avec les personnes qu'ils accueillent et de faciliter leur embauche par les établissements sociaux et médico-sociaux. La situation est urgente car faute de rendre le statut des accueillants plus attractifs pour des plus jeunes, leur nombre risque de régresser très rapidement, au rythme des départs en retraite.

Politique du handicap

La politique du handicap doit être replacée autour du parcours de vie des personnes handicapées. Les recommandations inscrites dans ces préoccupations ont pour vocation d'oxygéner un secteur marqué par une logique de cloisonnement.

La politique du handicap est encore loin d'avoir apporté toutes ses preuves en matière d'inclusion de l'ensemble des membres de la société. Les textes législatifs, principalement la loi du 11 février 2005, méritent d'être confortés par des décrets d'application dont la mise en œuvre tarde à voir le jour, faute d'une politique inclusive volontariste. L'éducation par le biais de la scolarisation (fiche 1), l'apprentissage de l'autonomie (fiche 2), et la formation professionnelle pour les personnes handicapées (fiche 3), constituent autant de mesures entrant dans la même logique. L'accessibilité pour tous et à tous les types de biens et de services est une nécessité sur laquelle un pilotage national et régional ne peut plus faire défaut (fiche 4) afin que cette affirmation, traduite depuis la loi du 30 juin 1975 et confortée par la loi du 11 février 2005, puisse se concrétiser. Les personnes handicapées vieillissantes (fiche 5) dont le nombre ne cesse de croître, laissées pour compte car prises en étau par la construction d'un système aux réponses binaires (personnes âgées ou personnes handicapées) doivent recevoir l'accompagnement dont elles ont besoin. Il s'agit de prendre conscience que la personne, qu'elle soit en situation de handicap ou pas, doit pouvoir agir, en fonction de ses capacités, à l'exercice de la vie citoyenne. La politique du handicap et les politiques interministérielles de compensation des conséquences régulant ce secteur doivent prendre en compte qualitativement ces préoccupations afin de promouvoir les possibilités et les libertés de chacun par la logique de compensation.

Comprendre quels sont les besoins des personnes handicapées par des systèmes d'information pertinents est une nécessité afin que chaque acteur concourant au « faire société » prenne la mesure des prérogatives qui lui incombent. À ce titre, ces fiches ont pour but de détecter certaines lacunes transformant le phénomène « ordinaire » qu'est le handicap en une multitude de contraintes quotidiennes qui devraient être compensées.

Les priorités de l'Uniopss

1. Définir les priorités pour l'éducation inclusive en direction des jeunes en situation de handicap sensoriel, cognitif, psychique, moteur et mental
2. Conforter les établissements et services médico-sociaux dans leur mission éducative
3. Garantir la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle
4. Définir le pilotage et sanctuariser les moyens nécessaires pour une société accessible
5. Organiser l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
6. Développer un système d'information stable et fiable pour mettre en adéquation les besoins des personnes handicapées et l'offre existante sur les territoires

Fiche 1 – Organiser un parcours éducatif et scolaire inclusif

Fiche 2 – Pour une intervention des Sessad centrée sur l'éducation

Fiche 3 – Garantir une formation et un accès à l'activité professionnelle des personnes handicapées

Fiche 4 – Promouvoir une politique pour l'accessibilité

Fiche 5 – Apporter des réponses aux personnes handicapées vieillissantes

Fiche 6 – Accompagner l'évolution du public

Contact : Laurent Thévenin – lthevenin@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Organiser un parcours éducatif et scolaire inclusif

Situation actuelle

De nombreux progrès ont été accomplis en faveur des enfants et jeunes en situation de handicap par la loi du 11 février 2005, qui a rendu obligatoire le droit à l'éducation et à la scolarité.

Partie intégrante du Plan personnalisé de compensation du handicap, le Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS), définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Les PPS, qui devraient être élaborés par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH) et transmis automatiquement aux équipes d'accompagnement des établissements et services médico-sociaux, doivent répondre, pour l'année en cours et pour les années suivantes, à un parcours de scolarisation intégrant globalement toutes les composantes que nécessite le jeune. Les transports sanitaires, les solutions pour pallier la réduction potentielle du nombre d'heures de scolarisation, les solutions de coopération entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) et l'Éducation nationale ainsi que les prêts de matériel adapté doivent être inscrits à l'intérieur de ce plan. Un enseignant référent est désigné pour suivre le déroulement de la scolarité du jeune à l'école. Il anime l'équipe de scolarisation et envisage les aménagements nécessaires pour garantir la continuité de la scolarisation.

Problèmes posés

Le « droit à la scolarisation en milieu ordinaire » doit être effectif dès lors qu'il participe à l'intérêt de l'enfant. Ainsi, le nombre d'enfants handicapés scolarisés a augmenté de 59,8 % depuis l'année scolaire 2004-2005, avec près de 201 400 enfants handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements relevant du ministère chargé de l'Éducation nationale, pour environ 78 000 enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers (11 000 en double scolarité). Ces données macro ne doivent pas occulter une réalité souvent complexe. Beaucoup d'enfants sont ainsi comptabilisés dans ces agrégats, sans pour autant que la qualité éducative et scolaire dont ils bénéficient soit évaluée. D'autres ne sont présents que quelques heures par semaine à l'école faute d'un accompagnement suffisant.

De plus, ce « droit » à la scolarisation en milieu ordinaire ne doit pas devenir une obligation intangible. En effet, certains enfants handicapés se retrouvent en situation d'échec en milieu ordinaire, faute d'accompagnement adapté suffisant. Cette situation démontre la carence d'un accompagnement indispensable qui va au-delà de la simple obligation administrative. L'éducation en milieu ordinaire représente la solution optimale pour une partie des enfants en situation de handicap lorsque les besoins de ces enfants sont partiellement compensés.

La scolarisation en milieu ordinaire doit avoir toute sa place, mais sans occulter pour certains, le besoin de scolarisation adaptée en Instituts médico-éducatifs (IME) ou en Instituts éducatifs thérapeutiques et pédagogiques (Itep).

Néanmoins, la scolarisation en milieu ordinaire, en fonction de la sévérité du handicap, ne peut devenir une obligation, sous peine d'accentuer l'intensité des troubles et d'accroître une différenciation mal supportée par les jeunes, car mal accompagnée.

Le parcours de scolarisation ne doit pas être pensé de manière linéaire : tous les enfants accueillis en Classe d'inclusion scolaire (CLIS) n'ont pas vocation à être intégrés en Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Il faut pouvoir les accompagner en IME ou en Section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP), de la même façon que les enfants accompagnés par des Sessad pourront rejoindre un IME si leur besoins d'accompagnement le nécessitent.

Les principes de coopération entre l'Education nationale et le secteur médico-social souffrent d'une absence de vision partagée. L'accompagnement des enfants et des jeunes adultes en situation de handicap est rarement abordé sous tous les angles de la vie de l'enfant ou du jeune. Les difficultés en termes d'accueil, d'accompagnement, d'adaptation pédagogique sont présentes et viennent re-questionner les procédures d'inclusion des enfants et des jeunes dans un droit à la scolarité et à l'éducation.

Demandes de l'Uniopss

- Systématiser la création de PPS et leur transmission vers les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Garantir des créations de places en Itep, IME et Sessad.
- Organiser le fonctionnement des Itep sous la forme de « dispositif » afin de garantir au jeune accompagné, un parcours de soins et d'accompagnement. Cela suppose d'intégrer totalement les Sessad Itep à l'institut Itep.
- Définir les priorités pour l'éducation inclusive en direction des jeunes en situation de handicap sensoriel, cognitif, psychique, moteur et mental.
- Maintenir et développer les effectifs salariés scolaires et restructurer les équipes d'accompagnement de l'Education nationale impliquées auprès des enfants handicapés : médecins scolaires, psychologues scolaires, infirmières scolaires, enseignants spécialisés.
- Former et donner les moyens aux enseignants concernés par l'accueil d'un enfant ou d'un jeune ayant des besoins spécifiques dans leur classe.
- Favoriser les échanges entre le milieu scolaire « ordinaire » et le milieu « adapté ».
- Développer les échanges entre l'Aide Sociale à l'Enfance et les Sessad.
- Veiller à reconnaître le métier d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) et accentuer leur professionnalisation par des contrats de travail stables et des formations théoriques et pratiques sur le handicap.
- Prévoir des séances de co-enseignement avec un second enseignant spécialisé et qualifié.
- Élaborer des programmes grand public de sensibilisation et d'information au handicap auprès des jeunes et des équipes pédagogiques en établissements scolaires.
- Garantir de manière pérenne l'accompagnement nécessaire pour permettre aux enfants orientés vers une scolarité en milieu ordinaire de suivre cette scolarité dans de bonnes conditions : cela suppose des aménagements acoustiques, visuels, ergonomiques, spatiaux et temporels.

Fiche 2 – Pour une intervention des Sessad centrée sur l'éducation

Situation actuelle

L'article 1^{er} du Décret 2005-1752 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap rappelle que « *le parcours de formation des élèves handicapés s'effectue en priorité en milieu scolaire* ». Loin de revenir sur ce principe fondamental, les observations de terrain font apparaître un effet non anticipé à cette mesure, pouvant se caractériser par une orientation de l'activité des Sessad uniquement en direction des enfants scolarisés. L'inclusion scolaire doit rester une priorité pour les Sessad, mais ce recentrage de l'accompagnement ne doit pas se faire au détriment des enfants qui ne peuvent pas être scolarisés.

En effet, les Sessad dits « polyvalents », régis par les Annexes 24 (Décret du 27 octobre 1989) ont pour mission d'accompagner les enfants à domicile et à partir de leur domicile. Ils coordonnent également les interventions liées à l'accompagnement des enfants avec les autres services et/ou établissements dans lesquels s'effectue leur accompagnement. Ils apportent des conseils à leurs familles et à leur entourage proche, approfondissent le diagnostic et aident au développement psychomoteur initial.

Le Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements scolaires et services médico-sociaux, distingue deux types d'action possible en fonction de l'âge de l'enfant accompagné par le Sessad : avant et après 6 ans. Lorsque l'enfant a plus de 6 ans, le décret stipule à son second alinéa que l'action des Sessad est orientée sur « *le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés*. »

Cette distinction de l'intervention des Sessad entre l'accompagnement en milieu scolaire et l'accompagnement pour l'autonomie est nécessaire, puisqu'elle permet la prise en compte de tous les enfants en situation de handicap et non pas seulement de ceux qui peuvent, compte tenu de leur potentiel, intégrer un parcours scolaire. Pour certains enfants, la scolarisation en milieu ordinaire est une formule logique, dans le cadre d'une société inclusive pour tous, et il n'est nullement question de revenir sur ce principe. Néanmoins, dans certains cas, les enfants sont en situation complexe, avec un besoin considérable d'aides techniques et humaines pour les actes essentiels de l'existence. L'addition de certaines déficiences, notamment pour les enfants en grand déficit d'autonomie rend « l'inscription scolaire » inutile et délétère.

Ainsi, l'inclusion scolaire, bénéfique pour la grande majorité des enfants en situation de handicap, ne peut devenir le seul motif d'intervention des Sessad.

Problèmes posés

On constate une tendance générale sur l'ensemble du territoire, à justifier l'intervention des Sessad prioritairement en direction de l'accompagnement scolaire.

Stigmatisant ainsi les enfants en grand déficit d'autonomie, on retrouve ces orientations déclinées dans les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociaux (SROMS) ainsi que dans les orientations nationales du plan pluriannuel de création de places pour les Sessad. La distinction de l'intervention entre l'accompagnement en milieu scolaire et l'accompagnement éducatif se confond, au détriment des enfants n'ayant pas leur place à l'école. Pour autant, ces derniers doivent bénéficier de la compensation des conséquences de leur handicap et le droit à l'éducation en est le premier volet.

Une certaine confusion entre éducation et scolarisation est en train d'apparaître au profit d'une scolarisation inclusive pour tous les enfants. Ce changement de conception, confirmé par la loi du 11 février 2005 (*[...] Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école [...]*) et les décrets cités ci-dessus ne doit pas conduire à redéfinir les missions d'intervention des Sessad. Pourtant l'acronyme du Sessad (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile) devrait orienter ses missions sur l'éducation, cette dernière incluant la scolarisation.

Les craintes des Sessad sont légitimes. La tendance actuelle à orienter les interventions de ces services uniquement sur la scolarisation peut provoquer des ruptures d'accompagnement pour les enfants ne pouvant être scolarisés. Cette situation est intolérable et les demandes suivantes s'inscrivent dans une perspective de redressement de ces services, au profit d'un accompagnement cohérent.

Demande de l'Uniopss

- Réaffirmer le mode d'intervention des Sessad en dehors du système scolaire.
- Conforter les établissements et services médico-sociaux dans leurs missions.
- Déployer des places en IME, institut d'éducation motrice (IEM) au sein d'établissements scolaires en les incluant dans un véritable projet de décroisement entre l'éducation spécialisée et l'enseignement scolaire.

Fiche 3 – Garantir une formation et un accès à l'activité professionnelle des personnes handicapées

La formation professionnelle, tremplin essentiel pour l'accès vers l'emploi qualifié, dans une société subissant les effets de la crise économique, est un levier indispensable, devant être utilisé par les politiques publiques pour engager une politique concrète vers l'emploi. Avec un taux d'obtention du baccalauréat stabilisé autour de 30 % contre 53 % chez les personnes ne présentant pas de handicap, l'impact du déficit de formation initiale est criant. L'avantage des formations professionnelles, adaptées aux attentes et aux aptitudes des personnes constitue un socle indispensable à la phase initiale de la recherche d'un emploi et à la poursuite d'une carrière professionnelle.

De plus, le manque de qualification des personnes handicapées, se traduisant notamment par un taux de chômage doublé voire triplé en fonction de la sévérité du handicap par rapport à celui de la population active sans handicap, devrait conduire à un soutien actif des personnes handicapées dans leurs actions de formation. Or, moins de 30 000 personnes (si l'on prend en compte les travailleurs handicapés accueillis à l'AFPA, en centres ou en écoles de reclassement professionnel CRP/ERP, en apprentissage ou en contrat de professionnalisation) accèdent chaque année à des dispositifs qualifiants. Ce chiffre est à mettre en regard des 300 000 personnes ayant chaque année une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ou des 260 000 demandeurs d'emploi handicapés inscrits à Pôle emploi.

Les demandes de professionnalisation, d'approche disciplinaire ou croisée se traduisent difficilement dans les faits par une approche globale du handicap et de l'accès vers l'emploi.

Pourtant, le 8 juin 2011, lors de la seconde Conférence Nationale du Handicap, le chef de l'Etat, a rappelé ces priorités d'orientation en faveur d'une politique de l'emploi pour les personnes handicapées. Ses annonces ne se sont pas traduites dans les faits par des actions volontaristes.

Problèmes posés

La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle, obligation inscrite dans le code du travail, subit de plein fouet une diminution budgétaire ne permettant plus à des personnes en situation de handicap d'engager réellement les actions de formation nécessaires à leur intégration dans l'emploi. Leur renoncement pour cause d'impossibilité financière devient une constante inacceptable.

La restriction des lignes budgétaires prévues dans le cadre des deux dernières lois de finances ne permet pas aux travailleurs handicapés de pouvoir accéder à des formations, faute de moyens et de conviction des acteurs politiques à reconnaître l'utilité économique et sociale de cette démarche. Ceci aggrave les inégalités devant l'emploi.

Bien que des efforts aient été réalisés durant la précédente mandature présidentielle, notamment par la suppression de la barrière d'âge de 30 ans pour entrer en apprentissage, ceux-ci n'ont pas eu les effets escomptés en raison, entre autres, du système inchangé de rémunération des apprentis.

Par ailleurs, l'accès à un emploi durable suppose un processus qui démarre bien avant l'entrée en formation qualifiante : des formations préparatoires ou de mise à niveau peuvent être nécessaires, un processus d'évaluation et d'orientation est le plus souvent indispensable, une politique systématique d'information sur l'ensemble des dispositifs existants est incontournable.

Or, les conseils régionaux souffrent, à quelques exceptions près, d'un manque d'ambition pour impulser une politique de formation volontariste vers l'emploi, accessible à l'ensemble des personnes en situation de handicap.

De plus, un accompagnement vers l'emploi et la formation professionnelle doit être corrélé avec un accompagnement social et médico-social afin que l'équilibre entre activité professionnelle et compensation des conséquences du handicap soit propice au principe de maintien et de développement de l'autonomie.

Enfin, les ESMS de l'enseignement adapté, développant des activités de préformation ou de formation professionnelle à destination des jeunes en situation de handicap ou engagés dans un processus handicapant, n'ont pas le droit d'utiliser des machines considérées comme dangereuses (tondeuses, matériels pour travaux liés au bois, aux métaux...). Certes, toutes ces machines ne sont pas adaptées à une utilisation par des jeunes handicapés et une adéquation entre les possibilités des jeunes et leur projet professionnel doit être établie.

Pour autant, les dérogations ne peuvent être obtenues de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE) que si la formation est qualifiante. Alors même que la réglementation a évolué avec la loi du 28 juillet 2011 et a reconnu la mission spécifique de formation professionnelle des établissements de l'enseignement adapté, cela n'a pas été suffisant pour permettre à ces établissements d'obtenir des dérogations et de développer des projets visant à l'insertion professionnelle des jeunes accueillis.

Demandes de l'Uniopss

- Garantir la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle et assurer la cohérence entre les places agréées en centres de réadaptation professionnelle et les agréments permettant la rémunération des stagiaires accueillis.
- Développer des structures de pré-formation et d'accompagnement vers le milieu professionnel adapté ou ordinaire.
- Augmenter le nombre de lieux d'accueil en pré-orientation, inscrire ces structures comme acteur du service public de l'orientation (dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 24 novembre 2009) et signer les conventions entre les centres de pré-orientation et les MDPH, tel que prévu par la loi du 11 février 2005 (article 26-III).
- Installer une UEROS (Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale) pour personnes cérébro-lésées par région.
- Prévoir le financement de la compensation en formation afin que toute personne ait accès à l'ensemble des aides techniques et humaines tout au long de son parcours (interprète, synthèse vocale...).
- Donner la possibilité aux établissements de l'enseignement adapté d'obtenir des dérogations leur permettant d'avoir recours à des machines considérées comme dangereuses par le code du travail, afin d'offrir l'opportunité, aux jeunes accueillis, de se former à certaines activités spécifiques, nécessaires au développement de leurs capacités et à leur insertion professionnelle.
- Mettre en place, dans toutes les régions, des politiques concertées d'accès à la qualification prévues par la loi du 11 février 2005 (article 26V).

Fiche 4 – Promouvoir une politique pour l’accessibilité

Situation actuelle

La cité accessible pour tous en 2015, obligation légale inscrite au cœur de la loi du 11 février 2005, nécessitera une attention rigoureuse de la part du prochain gouvernement.

Les associations représentatives des personnes handicapées, fer de lance sur ce domaine, revendiquent le droit d’accéder pour tous, aux produits et services de notre société.

L’accessibilité universelle (transports, cadre bâti, accès aux soins, au numérique, à la culture, aux loisirs, tourisme, nouvelles technologies et moyens de communication...) au cœur de la loi du 11 février 2005, n’est souvent observée que par le seul prisme du handicap moteur. Bien loin de ne concerner que les personnes handicapées, l’accessibilité ne peut pas se cantonner, dans un pays moderne, à faciliter les déplacements et l’accès aux biens et services des personnes jeunes, dynamiques et en bonne santé. Ainsi, chacun est le potentiel bénéficiaire d’une meilleure accessibilité des lieux publics, du système scolaire, des administrations et de tous les biens et services publics que notre société se doit d’ouvrir à tous et sans restriction.

Alors qu’au Canada et aux États-Unis, les lois de 1983 et de 1990 apportent des solutions aux problématiques du concept d’accessibilité pour tous, une reconnaissance tardive s’est opérée en France à partir de la loi de 2005 et du caractère intangible de l’objectif de 2015.

Dans notre pays, les ambitions portées par cette loi et par la Convention Internationale des Nations Unies pour les personnes handicapées, ratifiée en février 2010, ne sont pas encore tenues.

En 2011, à deux reprises, le gouvernement et les parlementaires ont tenté de porter des coups d’arrêt au principe d’accessibilité universelle dans le cadre de la loi Paul Blanc et du rapport Doligé.

La France a accumulé, en 5 ans, un retard conséquent dans le domaine du cadre bâti, de la voirie, des transports et des nouvelles technologies, traduisant, au-delà du concept d’accessibilité universelle, une conception politique peu favorable à l’accessibilité des personnes handicapées.

Ces nombreux retards, notamment dans des pans peu mis en avant (mesures visant l’accessibilité pour des personnes en situation de handicap mental, cognitif) sont directement préjudiciables pour les personnes handicapées mais aussi pour les personnes âgées et toute personne en mobilité réduite de manière temporaire ou permanente.

Problèmes posés

La cité est actuellement inaccessible aux personnes en situation de handicap moteur, sensoriel, cognitif, psychique, mental et l’est encore plus pour les personnes polyhandicapées ou subissant les contraintes d’un handicap sévère.

Ce constat résulte d’un ensemble d’éléments parmi lesquels le défaut de pilotage des politiques publiques pour établir un cadre interministériel cohérent de l’accessibilité universelle ainsi que l’absence d’une identification des besoins des personnes handicapées, notamment psychiques, mentales, cognitives et visuelles.

Les mesures visant l’accessibilité des personnes handicapées, sont trop souvent pensées en aval des réalisations. Les coûts sont alors plus élevés et deviennent une charge difficilement acceptable pour la collectivité.

Afin que les problématiques liées à l'accessibilité se tournent vers l'ensemble des bénéficiaires et que les mesures prises concernent tous les champs de la participation et de la circulation, les mesures suivantes sont demandées prioritairement au prochain gouvernement.

Demandes de l'Uniopss

- Ouvrir une Agence Nationale de l'Accessibilité afin d'appuyer les engagements des collectivités territoriales et des acteurs privés.
- Définir le pilotage et sanctuariser les moyens nécessaires pour une société accessible.
- Mettre en conformité tous les établissements recevant du public avant 2015.
- Identifier clairement l'interlocuteur référent en matière de formation et de sensibilisation des professionnels – architectes, urbanistes, designers et aménageurs publics – à l'ensemble des thématiques de l'accessibilité et non aux points certes prioritaires mais insuffisants.
- Engager une véritable réflexion concertée pour une politique d'accessibilité sur les lieux de travail.
- Donner une priorité à la recherche et au développement de la conception universelle.
- Faire accéder les personnes handicapées à tous les produits et services, en gardant en perspective la conception universelle.

Fiche 5 – Apporter des réponses innovantes aux personnes handicapées vieillissantes

Situation actuelle

Les dernières enquêtes ont démontré que plus de 267 000 personnes handicapées ont plus de 60 ans. Pour autant, notre système d'accompagnement des personnes handicapées âgées est inexistant. Les apports statistiques et les différentes enquêtes de l'Insee et de la Drees n'ont pas été retenus pour établir les choix stratégiques et anticiper sur les conséquences de l'absence d'offre d'accompagnement pour ces personnes. Des initiatives associatives locales répondent à leurs demandes mais aucune organisation et régulation n'est proposée afin d'apporter des réponses cohérentes et égales sur les territoires, aux personnes handicapées et à leurs familles, aux professionnels du secteur médico-social et aux financeurs.

La méthode dichotomique, issue d'une conception historique du handicap, dans laquelle l'espérance de vie des personnes handicapées ne leur permettait pas d'atteindre des âges avancés doit être de nouveau questionnée à la lumière des progrès médicaux, médico-sociaux et sociaux qui permettent une amélioration de l'espérance de vie des personnes handicapées.

Pour accompagner au mieux ces personnes handicapées vieillissantes, il est essentiel de mettre en place des solutions adaptées et personnalisées. Pour les personnes vivant chez elles, il peut arriver un moment où le maintien à domicile n'est plus possible : une entrée en institution peut alors être vécue comme un échec pour ces personnes. Pour celles qui travaillaient en ESAT et qui ne sont plus toujours en mesure de travailler à temps plein ou pour celles qui arrivent à l'âge de la retraite, se pose la question du maintien dans le foyer d'hébergement. Ce foyer a été leur lieu de vie pendant parfois plusieurs décennies, et c'est pour certaines un arrachement que de devoir quitter cet environnement. Celles qui résident en foyer de vie peuvent être confrontées à une perte d'autonomie et à un suivi médical renforcé, qui remettent parfois en cause leur place en foyer de vie, au profit d'un foyer d'accueil médicalisé. Ces personnes sont souvent demandeuses de pouvoir rester dans leur lieu de vie, alors que cela n'est pas toujours possible. Dans tous les cas, il semble important de développer et maintenir les liens sociaux qui ont pu être créés.

Problèmes posés

La séparation idéologique, administrative et technique entre d'une part, la dépendance des personnes âgées et les déficiences des personnes handicapées et, d'autre part, l'absence de volonté d'aboutir à la création d'un droit effectif à l'autonomie, est responsable d'une vaste coupure au sein d'un modèle social qui s'éloigne de celui de la cohésion sociale. Les personnes handicapées vieillissantes, en première ligne de ces pratiques, sont exposées à une absence de prise en considération de leurs besoins spécifiques.

Ces personnes se trouvent dans une situation intenable et inacceptable pour une société respectueuse de tous ses citoyens car aucune réponse ne leur est proposée ! Les Ehpad, théoriquement accessibles aux personnes handicapées de plus de 60 ans, ne sont pas, dans la plupart des cas, en mesure d'accueillir et d'accompagner des personnes handicapées. Leurs projets d'établissement, leurs taux d'encadrement, d'accompagnement, et leurs gestions budgétaires, se bornent actuellement à une logique strictement axée sur les problématiques des personnes âgées. De plus, l'accompagnement des

personnes handicapées âgées ne peut se limiter à un accompagnement en Ehpad ; la rupture du parcours de vie et du type d'accompagnement proposé sont en contradiction avec l'objectif de considération de la primauté des personnes handicapées vieillissantes et de leurs besoins spécifiques. À ce titre, une palette d'offres diversifiées d'accompagnement doit se déployer sur les territoires afin de garantir une continuité des parcours de vie.

Généralement, les établissements pour adultes handicapés ne sont pas non plus en mesure d'offrir un accompagnement de qualité, adapté aux déficiences que requiert l'avancée en âge des personnes handicapées âgées. Leur capacité d'accueil et de développement devant répondre aux systèmes d'appel à projet, limite la capacité d'initiatives du secteur de solidarité. Aucune priorité n'est donnée, dans le plan pluriannuel de création de places, aux personnes handicapées vieillissantes, laissant une nouvelle fois tout un pan de nos citoyens dans une situation archaïque. Les solutions de travail et d'habitat doivent donc être adaptées aux projets de vie des personnes en situation de handicap.

Cette évolution des besoins doit s'accompagner d'une évolution des structures existantes et d'une diversification des propositions d'accompagnement. Il ne doit pas y avoir un seul type de solution proposé, mais bien une palette d'offres qui puisse répondre aux besoins spécifiques de chaque personne. Or aujourd'hui, peu de ces solutions « novatrices » sont mises en avant dans le cadre des schémas régionaux d'organisation médico-sociale ainsi que dans les schémas départementaux et dans les programmes de programmation nationale de places.

Pour autant, il faut pouvoir proposer aux personnes handicapées vieillissantes des solutions variées : développement des sections annexes d'ESAT, de places d'accueil de jour, de foyers de vie retraite, mise en place de petites unités spécifiques au sein de foyers d'hébergement ou de foyers de vie, médicalisation de quelques places en foyer de vie, création de places en foyer d'accueil médicalisé voire en maison d'accueil spécialisé. Enfin, il peut être intéressant de proposer à certaines personnes des accueils familiaux, sous réserve de la formation des accueillants.

Demande de l'Uniopss

- Examiner qualitativement et quantitativement, sur l'ensemble du territoire national, région par région, la nature des demandes et de l'offre accessible aux personnes handicapées vieillissantes.
- Impulser une politique nationale volontariste aux Agences régionales de santé et des stratégies de développement afin de programmer un plan de réponses aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. En amont de ce plan, il sera prévu régulièrement des périodes d'évaluation afin de vérifier l'effectivité des mesures engagées.
- Former des salariés du secteur sanitaire et médico-social, personnes âgées et personnes handicapées, aux problématiques conjointes de ces deux modes d'accompagnement doit s'insérer dans les programmes de formation. Ces temps de rencontres pourront se dérouler dans un cadre intersectoriel afin de promouvoir la connaissance réciproque de ces acteurs.
- Accompagner progressivement les travailleurs en Esat vieillissants vers une sortie du cadre de travail en leur garantissant une solution d'hébergement lorsque ceux-ci logent dans un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés.
- Organiser l'accompagnement des personnes handicapées résidant en foyer de vie à la question de la perte d'autonomie et au suivi médical renforcé, en considérant comme essentiel, le maintien des liens sociaux créés auparavant.
- Garantir la liberté du choix du lieu de vie comme priorité à toute conduite d'une politique sociétale envers des personnes handicapées vieillissantes. De ce fait, Il est nécessaire que l'offre d'accompagnement pour les personnes handicapées vivant à domicile, prenne en compte l'avancée en âge, afin de se traduire dans les faits par un maintien à domicile. Pour y parvenir, une articulation coordonnée et cohérente des services à domicile est indispensable.

- Développer les services à domicile spécialisés pour les personnes handicapées, les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), en engageant une modification de leurs projets d'établissement. L'objectif est d'y inclure les éléments fondamentaux caractérisant une prise en considération de l'avancée en âge dans les situations de handicap. La médecine libérale de premier et de deuxième recours doit être reconnue et responsabilisée dans cette organisation afin de converger vers une prise en compte holistique des besoins des personnes handicapées âgées.
- Développer la recherche en sciences humaines et sociales par l'intermédiaire de recherches-actions et par le déploiement de pôles d'expertise associant des centres de recherche, des universités et les acteurs de l'action sociale.

Fiche 6 – Accompagner l'évolution du public

Situation actuelle

L'accueil dans les structures médico-sociales de publics nouveaux, dont l'accompagnement est à la fois complexe, risqué et lourd en termes de charge de travail est une réalité quotidienne des ESMS. Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées augmente les durées d'accompagnement en établissements pour adultes. Les faiblesses du développement de l'offre d'accompagnement figent les solutions d'accompagnement pour les jeunes adultes (20-25 ans et plus) toujours accompagnés en établissements pour enfants (amendement dit « Creton »). Cette situation alourdit considérablement les files actives des établissements pour enfants et adultes.

Les établissements médico-sociaux pour adultes et pour enfants en situation de handicap accueillent aujourd'hui des personnes qui requièrent un accompagnement important en termes de moyens humains et financiers. Plusieurs facteurs concourent à cette situation, notamment le nombre d'établissements insuffisamment adaptés et l'absence d'articulation du secteur sanitaire, autant pour les personnes handicapées en fin de vie que pour les adultes et enfants nécessitant un accompagnement pédopsychiatrique et psychiatrique hospitalier.

De plus, le choix économique et social de privilégier pour les personnes les moins sévèrement handicapées un accompagnement à domicile et à partir du domicile accroît la lourdeur de l'accompagnement des établissements.

Problèmes posés

Les établissements médico-sociaux sont contraints d'accueillir des publics, car la décision d'orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH) leur est opposable.

Ni les établissements scolaires et universitaires, ni les structures sanitaires (unités de soins de longue durée, hôpitaux, cliniques) ne sont obligés d'accueillir ces publics.

L'obligation ne pèse que sur les structures médico-sociales, qui ne sont en rien assurées du concours et du soutien des établissements sanitaires et scolaires et de la collaboration de leurs professionnels.

Or, la particularité du secteur médico-social dans le champ du handicap est précisément la modestie de certains de ses moyens : temps médical généraliste et spécialiste souvent partiel, difficultés de recrutement de paramédicaux.

La situation de risque, inhérente à ces faibles effectifs de professionnels de soins et d'accompagnement qualifiés et salariés au sein des structures médico-sociales, est encore accrue par les tensions du marché du travail, où sur bon nombre de territoires, la demande augmente pour une offre stable et calibrée.

Les structures sanitaires et les médecins libéraux, qui adressent aux établissements médico-sociaux leurs patients, font preuve d'une diligence mesurée pour les suivre quand ils sont admis dans la structure médico-sociale et pour les réaccompagner quand leurs besoins en soins le nécessitent.

La situation est préoccupante et les associations gestionnaires de ces structures ne peuvent assumer seules la gestion du quotidien et des différents risques induits par ces accompagnements. L'évolution du public étant constante, on observe sur le territoire, des ESMS accompagnant des enfants de plus en plus sévèrement handicapés, sans avoir obtenu en amont, les capacités pour assurer avec stabilité leurs missions.

Le soutien des pouvoirs publics, des structures sanitaires et des professionnels libéraux qui leur adressent ces personnes est indispensable. Ces derniers doivent se sentir partie prenante de l'élaboration des projets personnalisés de compensation et de leur mise en œuvre.

Les apports des missions spécialisées, notamment celles visant à redéfinir le rôle des établissements et services (mission de Jean-Yves Hocquet) et celles visant à formuler des préconisations sur la situation de l'offre d'équipements et sur les modes de financement et de tarification des structures médico-sociales pour personnes handicapées (mission de Laurent Vachey et de l'Igas) doivent servir d'appui et orienter les débats politiques en prenant en compte les éléments objectifs à partir des expériences du terrain. Il paraît indispensable que soit impulsée une démarche politique cohérente en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

Demande de l'Uniopss

- Développer rapidement l'offre en établissements pour les personnes les plus lourdement handicapées (Maisons d'Accueil Spécialisées – Foyers d'Accueils Médicalisés) de manière à adapter les possibilités d'accompagnement aux besoins des personnes en situations complexes et à libérer des places en établissements pour les jeunes adultes en attente de solutions (communément appelé amendement « Creton »).
- Référencer par l'intermédiaire des Commissions des Droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) les établissements médico-sociaux de leur ressort, avec leurs particularités (profil de publics accueillis, effectif salarié par qualification, contraintes architecturales), afin d'opérer des orientations pertinentes.
- Référencer les personnes sans solution ou orientées par défaut afin d'organiser, dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-social et du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, une programmation de création de places qui corresponde aux besoins non satisfaits dans le département ou la région.
- Renforcer les moyens attribués aux structures qui suivent des personnes dont l'accompagnement est plus lourd que celui du public accueilli initialement.
- Responsabiliser les établissements sanitaires et les professionnels libéraux à développer des coopérations avec les structures médico-sociales, en valorisant ces coopérations et en redéfinissant sur le plan juridique, les responsabilités de chacun.
- Former les salariés de l'accompagnement aux particularités de la prise en compte de l'accompagnement au maintien à domicile ou à partir du domicile, dont l'impulsion politique est croissante.

2012
2017

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

Outremer



Outremer

Ces îles de la Caraïbe, de l'Océan Indien, auxquelles vient s'ajouter la Guyane, vaste étendue ancrée dans le continent sud-américain, ont de multiples caractéristiques communes, en particulier l'éloignement de l'hexagone, l'exiguïté des territoires, la forte densité de population (hormis la Guyane). L'environnement tropical les expose à diverses catastrophes naturelles (cyclones, tremblements de terre, tsunamis, éruptions volcaniques). Leur insularité, leur discontinuité territoriale (renforcée en Guadeloupe par la configuration d'archipel) sont sources de difficultés de communication et engendrent des surcoûts dans leur approvisionnement. L'économie sociale et solidaire y prend une place grandissante, et tend à combler les défaillances des pouvoirs publics, notamment dans le domaine de l'action médico-sociale.

Les priorités de l'Uniopss

1. Apporter des réponses urgentes aux besoins en infrastructures et équipements, en intensifiant et en accélérant la programmation et le financement, en facilitant la réalisation des projets (accroissement des autorisations d'engagement et réduction des délais d'attribution des crédits de paiement, fonds d'investissement et de garantie, réserve foncière)
2. Améliorer les conditions de gestion des institutions (revalorisation du coefficient géographique sanitaire et extension au social et médico-social, mise en place de centrales d'achat ou de référencement, exonérations de charges)
3. Accompagner les porteurs de projets dans leurs initiatives (centres de ressources, observatoires, banques de données, plateformes d'ingénierie de projet, soutien aux actions expérimentales et innovantes)
4. Former en quantité suffisante, de manière satisfaisante et adaptée, les professionnels, cadres et dirigeants, en implantant sur place des écoles de formation (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes...)

Contacts :

Guadeloupe : Docteur Roberte Hamousin-Metregiste, présidente – uriopss.guadeloupe@wanadoo.fr

Martinique : Gilles Dupin de Majoubert, président – gildupin@orange.fr

Réunion : Jean-Pierre Toussaint, président – jean-pierre.toussaint@wanadoo.fr

L'urgence de réponses adaptées face à l'ampleur particulière des besoins

Situation actuelle

Que ce soit dans la Caraïbe ou dans l'Océan Indien, le produit intérieur brut par habitant est inférieur à 75 % de la moyenne de l'Union Européenne. Le taux de chômage est officiellement évalué à plus de 25 % de la population active, avec des taux dépassant les 60 % chez les jeunes. Encore faut-il garder à l'esprit le fort « traitement social » de ce chômage, avec un recours massif aux emplois précaires subventionnés, ce qui a pour effet de masquer la réalité du sous-emploi.

Ces économies extraverties, dans lesquelles les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont bien plus importants que dans l'hexagone (3 fois plus de personnes perçoivent les minima sociaux aux Antilles-Guyane par exemple), se caractérisent aussi par des niveaux de prix exorbitants, y compris pour les biens et services de première nécessité. Cela a conduit à la grave crise sociale de 2009.

Depuis, les choses n'ont guère évolué, et la colère gronde de nouveau. Les situations de monopole sont mises en cause. Une étude de l'Insee réalisée en 2010 révèle que les prix de l'alimentaire, par exemple, sont en Outremer supérieurs de 34 à 49 % aux prix hexagonaux. Les compensations salariales obtenues dans le secteur il y a quelques décennies ont été rognées par une inflation généralement supérieure à celle de l'hexagone. Elles obèrent les charges des institutions, dont la majorité ne dispose pas de fonds propres importants.

Les politiques publiques ne s'attachent pas suffisamment à prendre en compte ces caractéristiques, et nient souvent les réalités culturelles et identitaires de ces mondes créolophones, aux traditions et modes de vie bien particuliers. Dans ce contexte, l'échec scolaire est massif, et la formation professionnelle débouche trop souvent sur des stages sans perspective réelle d'emploi.

L'évolution démographique est également très problématique : alors que ces territoires étaient réputés abriter des populations jeunes, un renversement spectaculaire, lié en particulier à des choix politiques à courte vue dans les années 60 (émigration quasi-forcée), aboutit à des prévisions selon lesquelles ils feront désormais partie des territoires à la population la plus âgée d'ici 2040. À cette date, la Martinique, par exemple, deviendrait le 2^e département le plus vieux de France.

Les politiques de santé ont en principe pour objectif le rattrapage du niveau des dépenses de santé par habitant de l'hexagone par celles des régions d'Outremer. En Martinique par exemple, elles étaient inférieures de 500 € par habitant en 2007.

Les infrastructures sanitaires, sociales et médico-sociales accusent des retards considérables. Au 1^{er} janvier 2011, le taux d'équipement global pour enfants handicapés hors SESSAD⁸⁸ était de 4.7 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans aux Antilles-Guyane contre 6.6 en France. Pour les structures d'hébergement pour adultes handicapés, le taux était de 1.3 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans aux Antilles-Guyane, contre 3.9 dans l'hexagone. Pour les ESAT⁸⁹, les chiffres sont respectivement de 2.1 contre 3.4. Les structures existantes nécessitent souvent des mises aux normes coûteuses (antisismiques, anticycloniques...).

En dépit de ces difficultés, les associations, souvent de petite taille, ont développé des savoir-faire, des compétences pour repérer les besoins et leur apporter des réponses adaptées.

⁸⁸ Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

⁸⁹ Établissement et service d'aide par le travail

Problèmes posés

Le désengagement perceptible de l'État, la crise des finances publiques locales ont pour conséquence un recentrage sur les compétences strictes dévolues par la loi. Or, la complexité et la gravité des problèmes nécessitent que des efforts exceptionnels soient consentis, et que l'indispensable innovation ne se heurte pas à des contraintes bureaucratiques. C'est ainsi que l'on pourra véritablement atteindre les objectifs de rattrapage affichés, tout en conciliant solidarité sociétale et familiale.

Ces objectifs doivent être quantitatifs pour la puissance publique. Le secteur privé non lucratif est fragilisé par des retards de programmation budgétaire ou de versement des subventions qui peuvent dépasser un an. Il n'est pas rare que l'on observe un décalage de 5 ans entre l'autorisation de programme et les crédits de paiement. Entre le moment où un besoin est repéré, où un porteur de projet se manifeste et la date de déblocage des fonds, il peut se passer 8 longues années... Actuellement se pose un grave problème de financement des PRIAC⁹⁰ : en Martinique, par exemple, l'ensemble des crédits disponibles en autorisations d'engagements pour la période 2009-2014 ont d'ores et déjà été gagés, rendant impossible le lancement de tout nouvel appel à projet pour la création d'EHPAD⁹¹ par exemple avant 2016.

De plus, la tarification pratiquée ne prend en compte que partiellement les coûts de fonctionnement qui sont supérieurs, du seul fait des salaires, d'au moins 20 %. Les surcoûts liés aux autres dépenses de fonctionnement devraient être pris en compte, tout en menant une action pour les faire baisser grâce à des mutualisations d'achats. Le financement de l'activité par l'emprunt se heurte à l'extrême frilosité des banques, renforcée par le fait que les décisions sont prises très souvent à Paris, par des personnes ignorant tout des réalités locales. De nouveaux acteurs, notamment à but lucratif, se présentent dans ce contexte sur ce qu'ils considèrent comme un marché porteur.

Mais ces objectifs ne sauraient méconnaître l'exigence de qualité, d'efficacité et d'efficience. Pas seulement celle, généralement mise en avant, de satisfaction de ratios financiers parfois mal conçus ou inadaptés. Il convient de s'attacher de façon prioritaire à la véritable satisfaction des besoins des populations, à partir d'une connaissance fine de leurs réalités et modes de vie.

Pour cela, il est nécessaire de penser des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales territorialisées, fondées sur l'observation et l'analyse méthodique des besoins, la systématisation des expériences accumulées. Les difficultés nouvelles entraînent la nécessité de revoir les contenus et formes de prise en charge dans les institutions, en conservant ce qu'elles ont su produire de mieux. Il ne s'agit pas simplement de mettre des personnes déjà fragilisées dans des structures d'accueil, de prise en charge ou d'accompagnement. Il est d'ailleurs à noter qu'il n'est pas rare que, dans la situation d'insuffisance chronique de places, de nombreuses personnes se retrouvent déjà dans des structures inadaptées.

Or, les associations ont développé de réelles connaissances et compétences, qui en font des acteurs incontournables du secteur. Néanmoins, pour la réalisation de leurs projets, elles butent sur des difficultés qu'il faut les aider à surmonter : indisponibilité et coût excessif du foncier, réticence des collectivités pour accorder des garanties d'emprunt, nécessité de renforcer leurs capacités d'ingénierie...

Il est également indispensable que la formation des personnels, des cadres et des administrateurs soit consolidée et développée. Les centres de formation existant dans nos régions doivent être renforcés, ouverts aux formations de cadres et d'administrateurs, ceux situés dans l'hexagone étant d'accès

⁹⁰ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

⁹¹ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes

extrêmement difficile et coûteux. Il y a actuellement une grande pénurie dans certaines spécialités (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...). Par ailleurs, ces formations doivent prendre en compte l'environnement et les réalités de ces régions.

Demandes de l'Uniopss

- Intensifier les réponses aux besoins en infrastructures et équipements.
- Créer une réserve foncière pour l'implantation d'établissements sociaux et médico-sociaux.
- Mettre en place un fonds d'investissement et de garantie dédié.
- Inclure le secteur social et médico-social dans les dispositifs d'exonération de charges en vigueur pour les entreprises.
- Aider à la mise en place de centrales d'achat ou de référencement de fournisseurs.
- Mettre en place et financer des centres de ressources du secteur social et médico-social ayant une fonction d'étude, de veille, d'alerte et de proposition.
- Définir des tarifications et dotations prenant en compte les surcoûts de fonctionnement.
- Créer des plateformes d'ingénierie de projet et d'appui aux porteurs de projets.
- Soutenir les actions expérimentales et innovantes.
- Ouvrir et financer des écoles de formation spécialisées (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeute...).



Depuis plus de 60 ans, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) unit, défend et valorise le secteur non lucratif de solidarité. Elle porte auprès des pouvoirs publics la voix collective des associations sanitaires et sociales, acteurs dynamiques et novateurs, engagés au service des personnes vulnérables et fragiles.

Association Loi 1901 reconnue d'utilité publique, l'Uniopss regroupe près de 75 % des associations du monde de la solidarité, œuvrant dans les domaines de la santé, des personnes handicapées, des personnes âgées, de l'enfance et de la famille, de l'insertion sociale et professionnelle.

L'Uniopss est présente sur tout le territoire au travers de 23 Uriopss (Unions régionales) et de plus de 100 fédérations, unions et associations nationales.

Son expérience, sa connaissance du terrain par les remontées des quelque 25 000 établissements et services gérés par ses adhérents, ses valeurs humanistes, en font un observateur privilégié des besoins sociaux et un acteur majeur des politiques sociales.

Les valeurs qui nous rassemblent

- > Primauté de la personne
- > Non lucrativité et solidarité
- > Participation de tous à la vie de la société
- > Innovation dans les réponses sociales, alimentées par l'observation des besoins

