Rapport
Intercommunalité et développement social

Rapporteurs :

Loïc Cauret, président délégué de l'AdCF, président de la communauté de communes de Lamballe
Antoine Chéreau, administrateur de l'AdCF, président de la communauté de communes Terres de Montaigu

Réalisé avec le concours de :

Marie-Hélène Debart, Inspectrice générale de l'administration
Charles de Batz, Inspecteur général des affaires sociales

- Mai 2015 -

Sommaire

INTRODUCTION 4
1.1 Contexte général de la mission 4
1.2 La question sociale face à de nouveaux enjeux territoriaux 6
1.3 Où en est l'intercommunalité sociale ? 10
1 L'EXERCICE DE LA COMPETENCE ACTION SOCIALE A L'ECHELLE LOCALE 15
1.1 La diversité des expériences locales 17
1.1.1 L'absence de diagnostic partagé 17
1.1.2 Une multitude d'acteurs et de compétences 19
1.2 De bonnes pratiques peuvent être dégagées et inspirer d'autres territoires 22
1.2.1 Le CIAS de Vendôme, 17 années au service de l'intercommunalité 23
1.2.2 Le CIAS du Blaisois a repris l'ensemble des compétences des CCAS 25
1.2.3 Le département du Nord et la territorialisation des interventions sociales 27
1.2.4 Quid de la compétence action sociale en cas de fusion ? Le cas de la communauté de communes de Pévèle-Carembault 28
1.2.5 La volonté de territorialisation du schéma directeur d'organisation sociale et médico-sociale du Doubs 29
2 RECOMMANDATIONS A L'HEURE D'UNE NOUVELLE EVOLUTION DE LA CARTE INTERCOMMUNALE 30
2.1 La structuration de la compétence intercommunale « action sociale » 30
2.2 Les outils à la disposition des collectivités du bloc local 32
2.3 La rationalisation des périmètres d'intervention 35
2.4 La contractualisation 36

CONCLUSION PROVISOIRE 38

LETTRE DE MISSION 39

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 41

LISTE DES RECOMMANDATIONS 45

ANNEXES 47

SIGLES UTILISES 67

INTRODUCTION

Par une lettre en date du 1er août 2014, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique ont confié à l'Assemblée des Communautés de France une mission relative à la structuration de la réponse au plus près des besoins d'accompagnement social des personnes. Sur la base de l'analyse d'expériences locales et d'un recensement de bonnes pratiques, il lui a été demandé de formuler des recommandations d'évolutions législatives et/ou réglementaires afin de favoriser les mutualisations de moyens et une meilleure gouvernance de l'action sociale de proximité, notamment dans la perspective du futur projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République.

Les ministres ont ensuite demandé à l'inspection générale de l'administration et à l'inspection générale des affaires sociales, par un courrier en date du 24 septembre 2014, d'apporter leur concours aux deux élus désignés par l'Assemblée des Communautés de France pour piloter la rédaction du rapport : Loïc Cauret, président délégué de l'AdCF, président de la communauté de communes de Lamballe, et Antoine Chéreau, administrateur de l'AdCF, président de la communauté de communes Terres de Montaigu. La mission a bénéficié du concours actif d'un inspecteur général de chacune de ces deux inspections.

Dans un premier temps et compte tenu des délais impartis, la mission s'est appuyée sur l'abondante littérature traitant de ce sujet ainsi que sur une première série d'auditions et d'entretiens avec des acteurs des politiques sociales du niveau local et/ou leur représentation au niveau national. Elle s'est également appuyée sur la parole d'acteurs de terrain, élus locaux et praticiens de l'action sociale, des caisses d'allocations familiales, de la MSA ou du secteur de la santé. Un séminaire organisé par Mairie-conseils, service de la Caisse des dépôts, sur les enjeux autour de la création d'un CIAS, un colloque organisé par l'ODAS sur le thème « *trente ans de décentralisation en matière d'action sociale* », une visite dans le département du Nord et une autre dans le département de Loir-et-Cher, ont permis ces rencontres.

L'AdCF a, quant à elle, sollicité ses partenaires pour obtenir leur vision de l'action sociale et, d'une manière plus large, sur la question de la territorialisation des politiques sociales qui est devenue une très forte préoccupation des élus locaux, en particulier dans le cadre des communautés confrontées à l'émergence de nouvelles problématiques sociales.

1.1 Contexte général de la mission

La mission confiée à l'AdCF par les ministres Marisol Touraine et Marylise Lebranchu est une expérience inédite pour l'association qui a nécessité une organisation inhabituelle mais stimulante, dans le cadre d'un travail en partenariat avec deux inspecteurs généraux de l'administration et des affaires sociales, Mme Debart et M. de Batz. L'AdCF tient vivement à les remercier. Leur désignation au mois d'octobre n'a permis d'engager les travaux concrets d'auditions, de rencontres et de visites de terrain qu'au cours des mois de novembre et décembre mais il convient de souligner l'efficacité des inspecteurs généraux qui sont parvenus à remettre leur contribution à la mission avant les congés de fin d'année.

C'est très largement à partir de cette contribution, qui organise le cœur du présent document, que l'AdCF s'est fondée pour rédiger son pré-rapport. Elle souhaite prolonger ses réflexions et soumettre ce document à ses partenaires avant de rédiger un rapport définitif et le faire valider par ses instances nationales.

Les évènements des 7 au 9 janvier sont intervenus en pleine phase de rédaction du document et, naturellement, ont conduit les pouvoirs publics nationaux à s'interroger sur les nouveaux défis de la cohésion sociale tant au niveau local, que national voire européen. Sans pouvoir raisonnablement traiter dans ce rapport de l'ensemble des questions soulevées par ces drames, ils invitent néanmoins à élargir le regard sur ce qui permet de « faire société » et d'organiser le « vivre ensemble ». Au-delà des politiques de lutte contre la pauvreté et les vulnérabilités de toutes sortes, ces questions outrepassent très largement dans nos territoires les compétences sociales des collectivités, au sens juridique du terme. Il serait illusoire de penser que celles-ci peuvent avoir « réponse à tout » et recoudre localement un lien social fragilisé ou transformé par de puissantes évolutions de société (recompositions familiales, crise de l'école, réseaux sociaux...).

Le premier constat auquel est parvenu l'AdCF au cours de cette mission est celui de la forte densité des réflexions conduites depuis plusieurs années sur la question de l'action sociale « territorialisée ». Des élus, des directeurs généraux de services, des experts qualifiés, des universitaires… ont proposé des diagnostics convergents sur la situation actuelle et les voies possibles d'amélioration des modes d'intervention des acteurs. L'AdCF n'a aucunement la prétention de dire mieux que nombre d'organismes spécialisés ou de professionnels de l'action sociale, ce qu'il convient de faire. Fédérant plus de 1200 intercommunalités à fiscalité propre représentant 74% de la population française, elle est en revanche légitime à confirmer certains constats, reprendre à son compte nombre de préconisations ou en suggérer d'autres.

La mission confiée à l'AdCF a été conçue dans un moment encore marqué par les débats sur l'éventuelle suppression des conseils généraux et les interrogations suscitées par le devenir des compétences sociales des départements. Dès le mois de septembre 2014, l'AdCF a publié les résultats d'une enquête conduite par ses soins auprès des présidents de communautés qui faisaient état de leurs grandes réticences à se voir confier à moyen terme des compétences onéreuses, mal compensées par l'Etat et nécessitant une forte ingénierie.

Les présidents de communautés qui ont répondu à cette enquête étaient 69% à ne pas souhaiter se voir transférer les compétences sociales des départements, dont 14% en raison de leur coût et 55% en raison, à la fois de leur coût et de leur technicité. Seuls 10% d'entre eux, représentant plutôt les grandes communautés, se déclaraient disposés à un transfert intégral et 20% pensaient leur communauté à même de pouvoir bénéficier de transferts partiels[1].

Les débats conduits au sein des instances nationales de l'AdCF, lors de la convention nationale de l'intercommunalité à Lille en octobre 2014 puis au sein du groupe de travail chargé de préparer le rapport, ont confirmé la préférence de l'association pour le maintien au niveau départemental des compétences sociales et, plus particulièrement, des trois grandes allocations nationales (APA, APH, RSA).

[1] Enquête de l'AdCF auprès des présidents de communautés, septembre 2014, 410 réponses

Dans l'hypothèse (qui n'est plus à l'ordre du jour) d'une éventuelle disparition à terme ou transformation du département en tant que collectivité de plein exercice, les instances de l'AdCF considéraient que la gestion de ces compétences sociales devrait être soit confiée aux Caisses d'allocations familiales (CAF), soit restituée à l'Etat (notamment la gestion du RSA dont l'Etat est l'unique prescripteur), soit pilotée par un conseil d'élus locaux composé au second degré. Constituées très largement de prestations financières à des ayant-droits, ces compétences légales des départements ne gagneraient guère à une décentralisation à une échelle infra. Des possibilités de délégation existent déjà et devraient suffire à approfondir le processus de territorialisation des politiques départementales déjà engagé. Il ne serait pas pertinent en revanche de désorganiser l'ingénierie sociale départementale actuelle ou d'en affaiblir la cohérence d'ensemble. Des formes de dé-mutualisation et de surcoûts seraient à redouter. Les craintes de l'Association nationale des directeurs départementaux de l'action sociale (ANDDAS) d'une « vente à la découpe » sont légitimes.

1.2 La question sociale face à de nouveaux enjeux territoriaux

La société française est confrontée, comme d'autres sociétés occidentales, à un paradoxe : les dépenses de protection sociale n'ont jamais été aussi élevées, tant en valeur absolue qu'en pourcentage de la richesse nationale, sans que cela ne remédie à une progression des fragilités de toute nature, à des phénomènes massifs d'exclusion, à l'extension des poches de pauvreté, à des taux élevés de suicide ou de pratiques addictives.

Dans un article du quotidien *Les Echos*, du 13 octobre 2014, Julien Damon rappelait que la France représente 2% du PIB mondial, 4% des dépenses publiques dans le monde et 15% des dépenses publiques de protection sociale. Même si de tels chiffres proviennent du choix de financer notre protection sociale par des systèmes publics là où d'autres pays pratiquent les cotisations obligatoires à des organismes privés, les ordres de grandeur restent éloquents, d'autant plus que ne sont pas comptabilisés dans ces dépenses de protection sociale, les dépenses publiques qui concourent, sous d'autres formes, à la cohésion sociale, telles que les dépenses éducatives, les dépenses publiques en faveur de la construction de logements sociaux ou conventionnés (aides à la pierre)…

Ce pourcentage élevé des dépenses de protection sociale tend à atteindre ses limites sans pour autant suffire à solvabiliser tous les besoins sociaux, enrayer les phénomènes d'exclusion ou les nouvelles pauvretés. La question de la cohésion sociale ne saurait se résoudre à une question de moyens voire de dispositifs. Elle doit être posée à l'aune d'évolutions profondes de la société contemporaine et de la montée de l'individualisme, qui est à la fois source d'émancipation personnelle - notamment lorsqu'il se combine avec un certain confort matériel - mais également de vulnérabilité potentielle. Les phénomènes « communautaristes » contemporains, à dimension essentiellement confessionnelle mais non exclusivement, répondent à ce sentiment de vulnérabilité voire d'anomie.

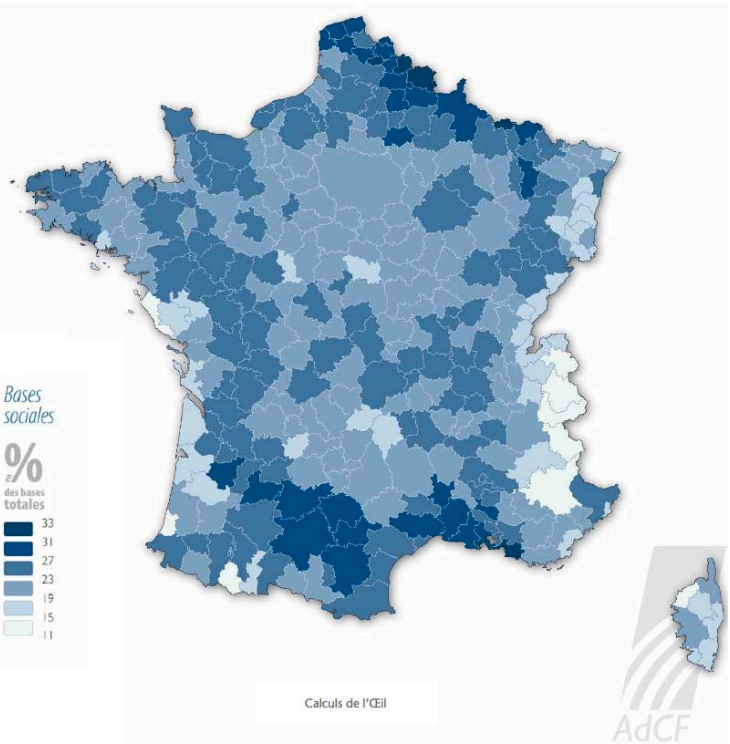
La citoyenneté et ses attributs ainsi que les formes diverses d'engagement civique, d'entraide, de solidarité de proximité doivent être réinterrogés dans ce contexte, de façon à redonner sens et profondeur au terme de « cohésion sociale ».

Dès la fin des années 1970, des auteurs comme Pierre Rosanvallon évoquait « la fin de l'Etat providence », ce qui peut paraître excessif au vue du rôle assuranciel considérable que joue

ce dernier près de 50 ans plus tard. La crise de 2008 a montré la puissance du rôle des stabilisateurs économiques que jouent les mécanismes de solidarité et de redistribution. Si l'endettement public s'est manifestement aggravé dans cette période, la récession ne s'est pas traduite par une chute généralisée du pouvoir d'achat ou des revenus.

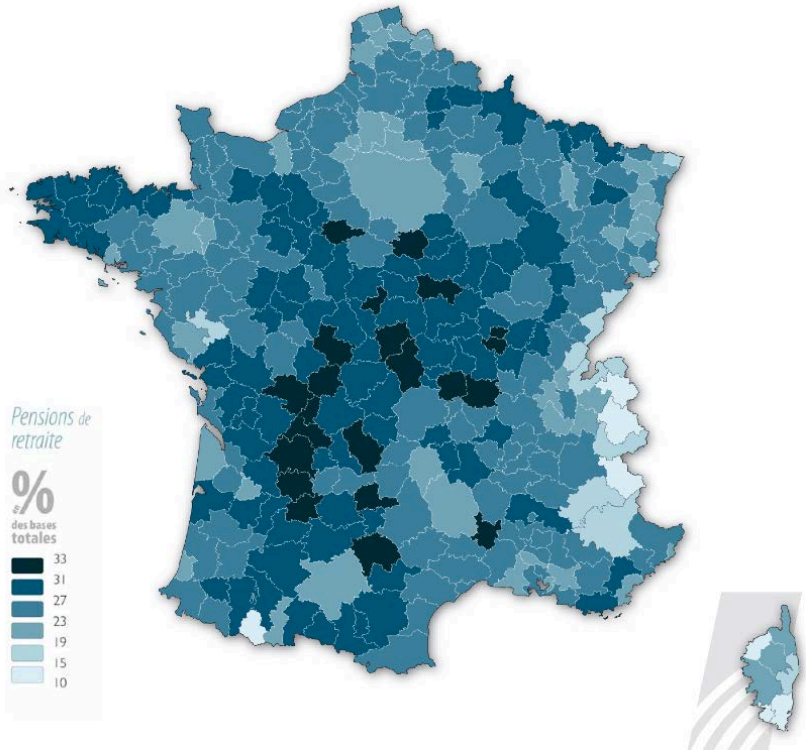
A partir d'une étude confiée aux chercheurs Laurent Davezies et Magali Talandier, l'AdCF avait pu analyser, avec l'Institut Caisse des dépôts pour la recherche, les impacts de la crise sur les territoires. Cette étude avait permis de mesurer le poids des revenus sociaux dans les bassins d'emploi et la considérable fonction redistributrice de l'Etat Providence, tant à travers les salaires des agents publics que les prestations sociales. Près d'un tiers des revenus de certaines zones d'emploi proviennent des prestations sociales (hors retraites).

Carte 4 : Poids des bases sociales dans les zones d'emploi



Le poids des retraites, qui sont des prestations d'une autre nature mais à forte dimension redistributive, contribue également à injecter du pouvoir d'achat dans les territoires. La géographie des retombées est différente de la précédente mais permet de confirmer l'importance de leur poids dans le revenu des territoires, jusqu'à plus de 30% dans certaines zones d'emploi du Massif central.

Carte 7 : Poids des pensions de retraites dans les zones d'emploi



Il convient ainsi de tenir compte de ces puissants mécanismes de solidarité nationale qui continuent très largement de garantir la cohésion sociale. Les politiques décentralisées ne viennent que les compléter et, sur certains points, les dynamiser en « activant » des ressorts territoriaux. A certains égards, l'action décentralisée des collectivités peut même contribuer à optimiser les dépenses de la protection sociale, en agissant notamment sur la prévention, en proposant des prises en charge optimisées et en offrant des solutions alternatives à des prises en charge lourdes (ex. : hospitalisation à domicile). L'objectif de revitaliser les contrats locaux de santé, à travers le nouveau projet de loi Santé dont l'examen commence au Parlement, peut être très intéressant et doit être intégré dans le périmètre de la réflexion sur la cohésion sociale locale.

Il n'y a donc pas lieu d'opposer décentralisation des politiques sociales et solidarité nationale. En revanche, la question est de savoir comment combiner mutualisation nationale des financements et décentralisation des réponses. La territorialisation des politiques sociales s'est aujourd'hui imposée comme un mot d'ordre général, sans que chacun n'en précise toujours sa définition. Caisses de protection sociale, départements, grandes intercommunalités, tous veulent « territorialiser » leurs politiques sociales. Conçue pour s'adapter à la variété des territoires et à la diversité des besoins et enjeux sociaux, la « territorialisation » n'échappe pas à une certaine ambiguité. Comme on peut le voir dans le domaine de l'emploi, il est parfois question d'une déconcentration d'approches demeurant relativement standardisées, beaucoup plus « descendantes » que « remontantes ».

L'objectif de territorialisation : au-delà de la déconcentration, aller vers la co-élaboration des politiques

Répondant au souci d'égalité de traitement des territoires ou d'égalité des droits et prestations, cette territorialisation se traduit soit par un rapprochement du terrain de dispositifs identiques (déconcentration administrative de certains départements par exemple) soit par une contractualisation laissant peu de place à la négociation locale (cas des contrats des Caisses d'allocation familiales par exemple). Malgré les appels récurrents à la « territorialisation », on constate que les territoires ne sont perçus que comme des espaces de mise en œuvre, comme supports de « dispositifs » normés, sans en attendre une réelle co-production de politiques.

Ce sont ces tendances récentes qui ont certainement conduit à un sentiment d'appauvrissement du travail social et de malaise général (dont les récents Etats généraux se sont faits l'écho). « Addicte aux dispositifs, l'action sociale est fatiguée » explique le rapport *Gouvernance des politiques de solidarité* du groupe de travail piloté par Michel Dinet et Michel Thierry dans le cadre de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

L'empilement des dispositifs, la multiplication des zonages d'intervention, l'obsession des « tarifications »… contribuent à une perte de sens général et à la démotivation des agents. Les bénéficiaires ou destinataires des politiques sociales ne sont plus accompagnés dans un parcours, mais transformés en allocataires, rentrant dans des nomenclatures. C'est ce « ping pong social » dénoncé par de nombreux rapports qui conduit à chercher une refondation des politiques sociales pour revenir à une logique d'accompagnement plus dynamique.

De très nombreux spécialistes ont appelé à une rupture avec les tendances récentes, à la nécessité de s'inspirer des pratiques qui, dans nombre de pays, visent à réactiver des parcours et à « mettre en capacité ». Cette « capacitation » comme disent les Québecois, ou cet « empowerment » selon le terme anglo-saxon, ont du mal à trouver leur pleine traduction en France, malgré pourtant l'existence d'un réseau très dense de professionnels et de lieux d'impulsion de projets comme les centres sociaux.

> *« Les dépenses sociales ne doivent plus être considérées comme des dépenses de compensation mais envisagées comme des dépenses d'investissement, forgeant les nouvelles capacités de l'individu et lui permettant de faire face de manière plus autonome à une société de plus en plus compétitive ».*
> ***Centre d'analyse stratégique (Les politiques de cohésion sociale, acteurs et instruments, février 2013)***

Le tissu associatif a souffert d'être transformé en « opérateur », avec des pratiques de gestion de fait caractérisées à la fin des années 1990. Si le bénévolat est loin de disparaître, il change de nature en devenant plus occasionnel, moins stable dans la durée, imposant des réorganisations et des modalités d'intervention nouvelles.

1.3 Où en est l'intercommunalité sociale ?

Ce constat ne doit pas pour autant être interprété comme un appel au *statu quo* ou comme un désintérêt des élus communautaires pour les politiques de cohésion sociale. La présentation de l'enquête conduite auprès des présidents de communautés a pu donner ce sentiment, certains commentateurs résumant un peu trop vite l'action sociale aux compétences exercées par les départements.

En premier lieu, il convient de rappeler l'importance des actions conduites par les communes et communautés au titre de l'action sociale facultative. Depuis la loi de cohésion sociale de 2006, un considérable renforcement de l'intercommunalité sociale a pu être constaté. Ce renforcement s'est manifesté à travers les compétences statutaires des communautés mais aussi dans leurs actions concrètes, leurs contractualisations avec des partenaires et des financeurs importants, comme les CAF, qui conditionnent parfois leurs concours à des maîtrises d'ouvrage intercommunales.

Répartition de la compétence action sociale par type de communautés

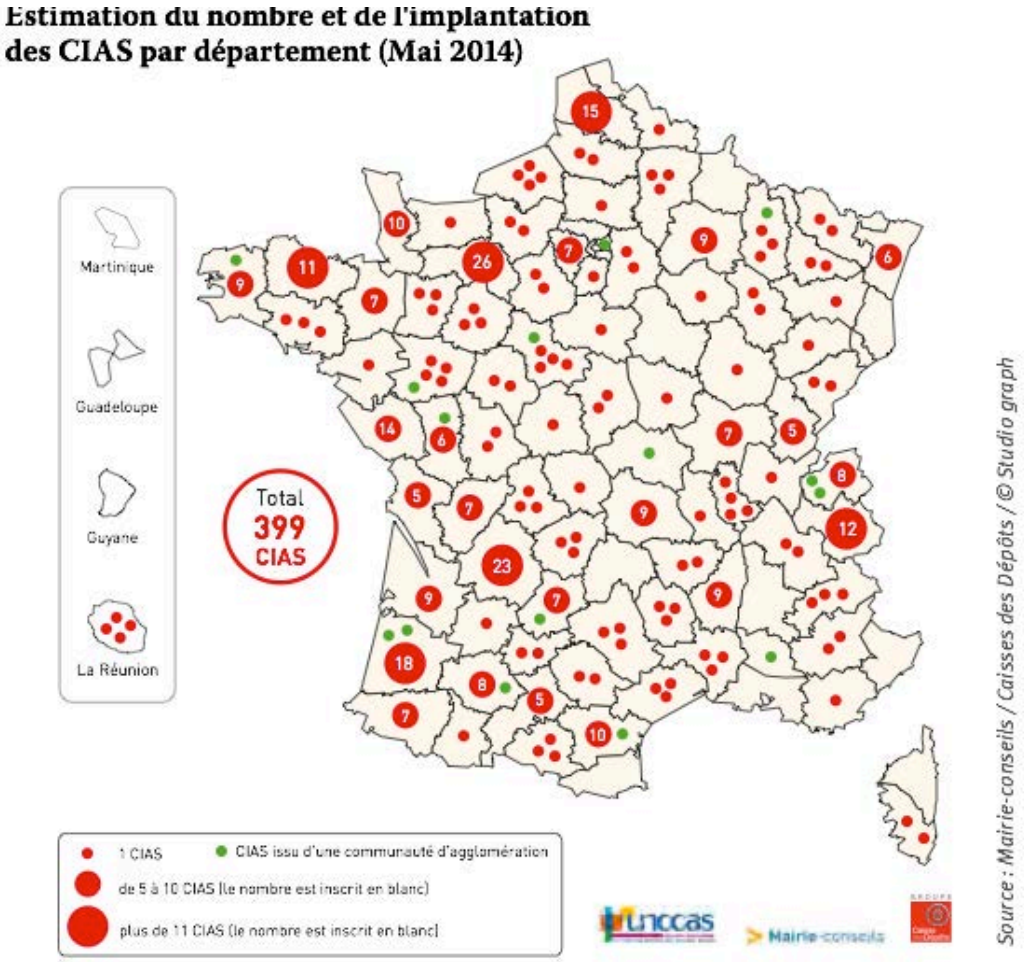
	Compétence action sociale	Enfance	Jeunesse	Personnes âgées	Insertion économique et sociale
Espace rural	89 %	70 %	63 %	56 %	29 %
Périurbain	90 %	74 %	60 %	56 %	33 %
Pôle moyen ou de proximité	84 %	64 %	54 %	47 %	33 %
Territoire urbain	80 %	45 %	36 %	31 %	47 %

Source : base de données AdCF

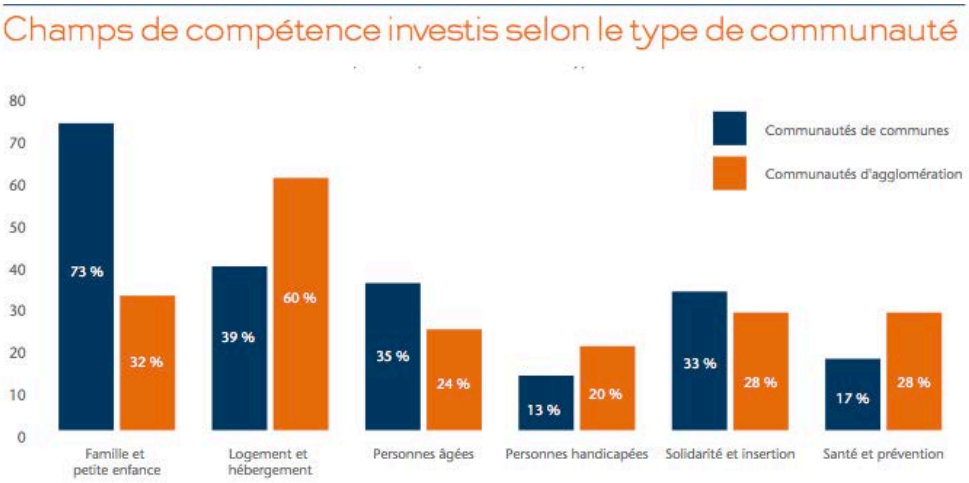
Données au 1er janvier 2015

La compétence action sociale des intercommunalités étant soumise à la définition d'un intérêt communautaire, elle-même souvent évolutive, il sera proposé de compléter le rapport par les résultats d'une enquête qui sera prochainement adressée aux communautés sur le périmètre des services, prestations et équipements reconnus d'intérêt communautaire. Outre ces compétences, l'intercommunalité a été marquée par une première phase de déploiement des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), encouragé par l'UNCCAS, en lien avec des partenaires comme Mairie-conseils et l'AdCF.

Particulièrement marqué en milieu rural, pour apporter un service qui était auparavant inexistant ou résiduel, cet essor des CIAS a été ralenti à l'approche des fins de mandat et dans le contexte de la rationalisation des périmètres intercommunaux intervenue entre 2011 et 2014. Il est notable que ce déploiement est encore très diversement opéré selon les départements, avec des territoires avancés (Dordogne, Orne, Pas-de-Calais, Landes, Savoie, Côtes d'Armor…) et des départements sans CIAS recensés en 2014 (Ardennes, Cantal, Nièvre, Haut Rhin, Pyrénées Orientales…).



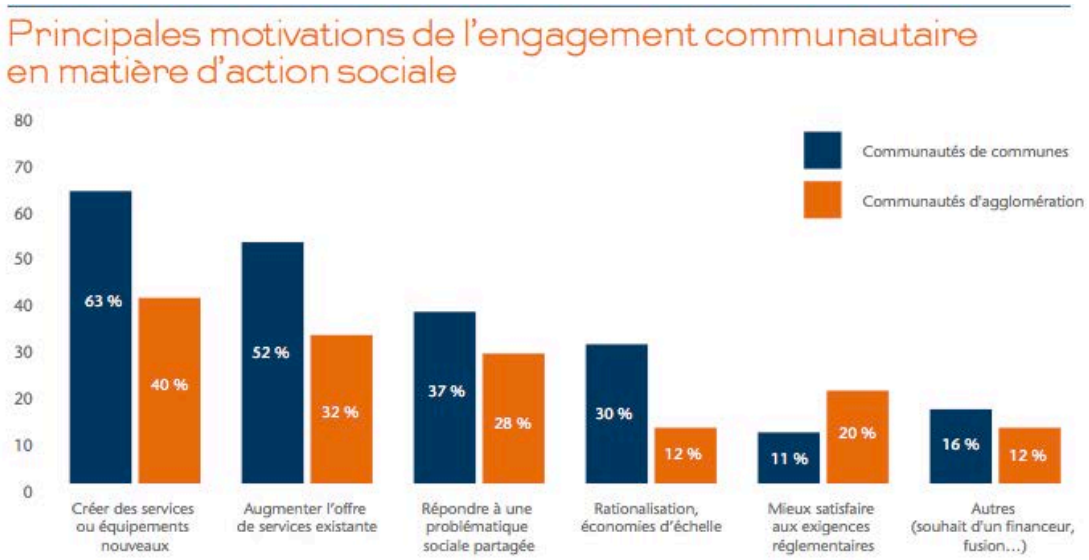
Tout en souhaitant actualiser ses données dans les prochains mois, l'AdCF dispose des résultats d'une enquête sur l'intercommunalité sociale réalisée en 2010, avant l'entrée des communautés dans les processus de fusion et d'extension intervenus en 2011-2014. Cette première enquête sur l'action sociale intercommunale avait permis de mesurer les progrès accomplis au cours des années 2000, notamment sous l'effet de la loi de 2006 et des incitations contractuelles diverses.



Source : AdCF « L'intercommunalité sociale en 2010 »

Sans surprise, l'enquête de l'AdCF montrait en 2010 que l'intercommunalité s'est saisie de l'action sociale comme compétence en premier lieu pour apporter des services et équipements nouveaux, en les mutualisant. C'est par elle que c'est notamment déployé le maillage des services de petite enfance qui irriguent désormais le monde rural, ou des services d'aide aux personnes âgées. Dans les espaces urbains, la prise de compétence a permis d'étendre le service offert au sein de la ville centre aux autres communes.

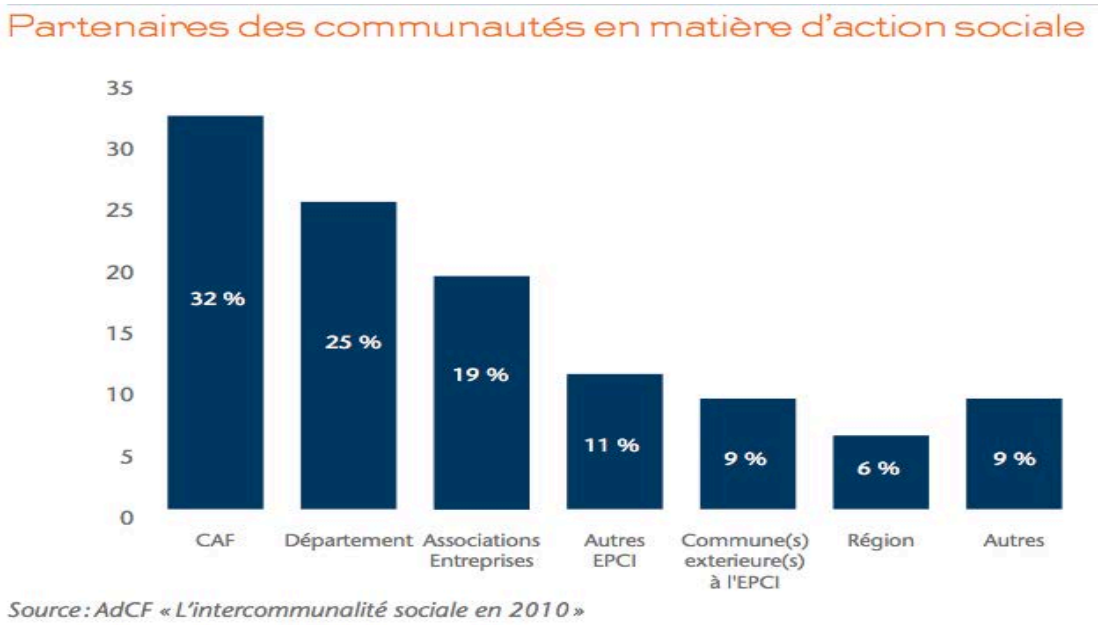
Une étude consacrée à l'analyse des ressources humaines intercommunales, réalisé avec le CNFPT en 2013, montrait que 5,2% des agents communautaires travaillaient dans l'action sociale et 4,3% dans la petite enfance, avec des taux beaucoup plus élevés dans les communautés de communes (plus de 8%).



Source : AdCF « L'intercommunalité sociale en 2010 »

Dans sa récente étude sur l'action sociale facultative des communes et intercommunalités (Dossiers solidarités et Santé, n°56, septembre 2014), la DREES a proposé un panorama très complet de cette action sociale « locale » qui s'avère, dans les faits, de moins en moins facultative. Analysant les actions conduites par les CCAS et CIAS, mais aussi les délégations reçues de leurs collectivités de rattachement, la DREES constate une approche très marquée par des services ou des prestations à destination de populations cibles : petite enfance, personnes âgées, à mobilité réduite… Cette approche « populationnelle » s'est professionnalisée et a transformé l'action sociale d'autrefois, marquée par une dimension caritative (l'action de charité).

L'intercommunalité sociale est encore fortement marquée par cette segmentation des publics cibles et des équipements dédiés (EPHAD, crèches…). Ce sont souvent les exigences des co-financeurs qui ont conduit l'intercommunalité à se saisir de certaines compétences, comme le montre le poids spécifique des CAF dans les partenariats. Cette action sociale « fragmentée » selon l'étude de la DREES n'est pas de nature, à ce jour, à impliquer l'intercommunalité dans le pilotage d'un véritable projet territorial de cohésion sociale. La création d'un CIAS n'apportera aucune garantie s'il ne détient pas une capacité de coordination générale de l'action sociale locale, tant de la communauté que des communes. C'est pourquoi la mission a réfléchi à des moyens d'aller vers des formes mutualisées d'organisation des centres intercommunaux et communaux de l'action sociale (cf. recommandations).



De fait, l'examen des projets de territoires réalisés par les intercommunalités et étudiés par l'AdCF (une publication en cours de finalisation est consacrée à ce sujet), de même que les agendas 21 censés traduire les stratégies de développement durable, ne donnent pas à voir des volets « cohésion sociale » très élaborés. Bien que ce sujet constitue l'un des trois piliers du développement durable, il en semble encore un parent pauvre.

Adosser à l'intercommunalité un vrai projet de développement social territorialisé

C'est sur ce point que la mission est arrivée à l'une de ses premières conclusions : la question de l'intercommunalité sociale ne doit pas se limiter à celle du transfert de dispositifs, de services ou à la création d'outils tels que les CIAS. Tout en permettant des actions plus cohérentes et des mutualisations nouvelles, elle doit surtout être l'occasion de porter un véritable projet de développement social territorialisé. La mission a été frappée de voir à quel point les rapports récents sur ces sujets qu'elle a pu lire, les auditions qu'elle a conduites… ont convergé pour appeler à cette culture du projet territorial dans les politiques sociales.

Par rapport aux enjeux très larges qui viennent d'être évoqués dans cette première partie, la mission a proposé de procéder en deux temps, en concentrant son rapport et ses premiers travaux aux compétences statutaires et aux outils des intercommunalités explicitement inscrits dans l'action sociale stricto sensu.

Mais l'AdCF souhaiterait approfondir son travail de réflexion pour, dans un deuxième temps, évoquer la dimension sociale des autres compétences du « bloc local » en général et des intercommunalités en particulier. Sans même disposer de la compétence action sociale dans ses statuts, une communauté urbaine, d'agglomération ou de communes peut exercer un rôle actif en faveur de la cohésion sociale, mais aussi de la lutte contre la pauvreté ou l'exclusion, via ses nombreux leviers d'intervention. On ne peut que souscrire à l'un des constats forts du rapport Dinet-Thierry remis dans le cadre de la Conférence nationale contre la pauvreté :

> « *L'action sociale ne peut plus se contenter d'apporter des réponses spécifiques et sectorielles aux personnes fragilisées mais doit davantage favoriser l'épanouissement de chaque individu par la revitalisation éducative, relationnelle, civique du territoire dans lequel il vit. Le décloisonnement de l'action publique ne doit pas concerner exclusivement les politiques publiques du champ social mais aussi toutes les autres : transports, énergie, culture, éducation, environnement* » **(rapport du groupe de travail, « Gouvernance des politiques de solidarité », responsables Michel Dinet et Michel Thierry)**

Que ce soit via sa commande publique, ses politiques de soutien aux emplois aidés, ses compétences en matière de développement économique et d'emploi, son offre de transports, ses tarifications des services publics (eau/assainissement, déchets…), sa politique de l'habitat, son offre en matière culturelle, sportive, éducative, son éventuelle implication dans les politiques de prévention de la délinquance… les leviers dont disposent les intercommunalités pour agir deviennent considérables. Elles constituent également le premier niveau de péréquation entre les communes qui est l'une des premières marques de la solidarité.

De fait, si les commanditaires en confirmaient l'intérêt, la mission serait disposée à poursuivre ses travaux et réflexions pour analyser plus finement les moyens de renforcer le concours des différentes compétences communautaires au projet de développement social.

I L'EXERCICE DE LA COMPETENCE ACTION SOCIALE A L'ECHELLE LOCALE

L'action sociale au sens large recouvre une multitude d'interventions qui va de l'aide ou l'assistance, à l'accès aux soins, à la formation et l'insertion, l'accès au logement, la mobilité, etc. Elle recouvre de plus en plus le champ des politiques sociales quel que soit leur mode de définition. En effet, l'action sociale communale ou intercommunale est ciblée en fonction des publics auxquels elle peut s'adresser : enfance, jeunesse, personnes âgées… Mais elle peut aussi se définir par domaine : santé, logement, insertion… Ou encore se distinguer par objectif : cohésion sociale, lutte contre les exclusions, prévention de l'isolement, vivre ensemble, etc.

Article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles :

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

La conception même de l'action sociale par « blocs de compétences » parait dépassée tant le paysage issu de la décentralisation des politiques sociales engagée depuis 1983 est complexe. « Les compétences ont été définies par les lois de décentralisation en tenant peu compte du niveau communal qui intervient fortement et depuis longtemps dans ce domaine » [2]. Aujourd'hui, une multitude d'acteurs intervient dans les territoires : Etat, départements, communautés, communes, organismes de protection sociale, associations. Les interventions croisées des différents acteurs et la globalité des difficultés des populations prises en charge rendent caduques les « blocs de compétences ». Le constat est régulièrement fait de cet « enchevêtrement persistant des compétences entre les collectivités publiques, mais aussi les organismes de sécurité sociale et les associations »[3]. Il conviendrait davantage de parler d'intervention sociale voire de développement social pour englober les conceptions et les modalités de déclinaison des mécanismes à l'œuvre dans les territoires relevant du social. Ces interventions viennent en complément de dispositifs légaux et obligatoires.

Même sans avoir pu effectuer un recensement exhaustif des expériences locales, qui nécessiterait un travail sur une longue durée, la mission note que le rôle des communes et des intercommunalités dans ce domaine est caractérisé par une très grande diversité à la fois de conception mais aussi de modalités d'interventions. Cela explique sans doute la variété des modes d'organisation des services locaux d'action sociale en particulier à l'échelle intercommunale[4].

[2] IGAS, Rapport annuel 2007-2008, Les politiques sociales décentralisées. Paris : La documentation française, novembre 2008, 169 p.
[3] *Opus citatis*
[4] HAVETTE S., MOLIERE E., MORICEAU C., « L'action sociale facultative des communes et intercommunalités », Dossiers solidarité et santé, N°56, DREES, septembre 2014, 29 p.

Zoom sur le bilan quantitatif des CIAS

Selon les données de l'observatoire des finances locales, on comptait 27 259 CCAS ayant eu un compte de gestion en 2012. Les budgets de ces établissements publics locaux représentaient au total près de 3 Mds d'euros[5]. Environ 290 CIAS sont dénombrés sans qu'un recensement précis permette d'en apprécier le nombre et l'activité puisqu'ils ne disposent pas d'une nomenclature les différenciant des CCAS[6].

Dans son rapport annuel 2007-2008, « Les politiques sociales décentralisées », l'IGAS mentionnait le département comme échelon majeur des politiques sociales et indiquait aborder les interventions des communes « à la marge » pour préciser les articulations avec les interventions départementales. Force est de constater que l'évolution des intercommunalités depuis la loi de réforme des collectivités territoriales de 2010 et l'émergence de nouvelles formes d'exclusions ou de pauvreté ont notablement fait évoluer la situation.

D'une part, la montée des phénomènes de pauvreté et d'exclusions dans les zones rurales et périurbaines[7] est un facteur de mobilisation très forte des élus locaux confrontés à des demandes nouvelles. Ils estiment que le niveau local est le plus réactif pour répondre aux besoins de leur territoire en ce domaine. Cette volonté de rapprocher l'intervention sociale au plus près de la demande correspond bien aux orientations européennes pour les politiques sociales[8].

D'autre part, la montée en puissance des intercommunalités et la meilleure appréhension de ces problématiques par les élus locaux ont conduit les communautés à vouloir s'approprier ces questions dans un souci à la fois d'efficacité mais aussi de rationalisation des moyens limités des communes qui les composent en particulier pour tout ce qui concerne l'ingénierie sociale.

De surcroît, les interventions sociales sont de plus en plus envisagées comme une prise en charge globale des problématiques posées par les phénomènes rencontrés dans les territoires. C'est ainsi que sont indissociables de l'action sociale, les questions de logement, d'emploi, de santé et de mobilité, même si ces problématiques différent selon les caractéristiques des territoires et de façon significative entre zones rurales, périurbaines ou urbaines. Au fil du temps, la meilleure compréhension des phénomènes sociaux et la complexité des facteurs en jeu, conduisent de plus en plus les élus locaux à accorder une importance grandissante à la prévention, ce qui conduit à une approche nouvelle et transversale des interventions favorisée par la capacité de mobilisation des intercommunalités[9].

[5] Cf. en annexe les données extraites du rapport 2014 de l'observatoire des finances locales.
[6] Selon l'UNCCAS, il y aurait aujourd'hui un peu plus de 400 CIAS.
[7] BERTHOD-WURMSER, M., OLLIVIER, R. et RAYMOND, M. Rapport RM2009-102P, Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural. IGAS, Paris, septembre 2009, 90 p.
[8] ANDEOTTI, A. et MINGIONE, E. Le développement de systèmes locaux de l'intervention sociale, tendance commune dans les pays industrialisés. Informations sociales, n°179, septembre-octobre 2013, p. 28-36.
[9] AVENEL, C. Les villes et la fabrique de la cohésion sociale : la montée d'un nouveau paradigme de l'action municipale. Informations sociales, n°179, septembre-octobre 2013, p. 48-56.

1.1 La diversité des expériences locales

Les études récentes, et les observations faites par la mission sur le terrain, confirment la grande diversité d'organisation des services locaux d'action sociale.

1.1.1 L'absence de diagnostic partagé

1.1.1.1 L'analyse des besoins sociaux dans le cadre communal est loin d'être toujours réalisée

L'analyse des besoins sociaux (ABS) de la population est une obligation impartie aux CCAS sous forme d'un rapport annuel présenté à leur conseil d'administration, aux termes de l'article R. 123-1 du code de l'action sociale et de la famille.

Dans les faits, la mission observe que cette obligation est loin d'être remplie. Selon l'UNCCAS et d'après les réponses de 20 % de ses adhérents, un CCAS sur deux établirait une analyse annuelle des besoins sociaux.

1.1.1.2 L'analyse communale des besoins sociaux reste souvent théorique ou non formalisée

D'après les informations recueillies, l'analyse des besoins sociaux, lorsqu'elle est réalisée, n'est pas pour autant forcément qualitative. Elle consiste souvent en un recueil de données statistiques locales, qui n'éclaire pas sur les urgences et les priorités, souvent réalisé par un cabinet de conseil extérieur, particulièrement pour les petites et moyennes communes. Il s'agit plus d'un recueil de chiffres – essentiellement de l'INSEE – que d'une véritable étude visant à éclairer les élus dans leur prise de décision. Un tel document n'est pas inutile pour connaître la composition de la population, mais ne permet pas de connaître ses profils et ses attentes sociales. Par ailleurs, son coût n'est pas négligeable, ce qui peut expliquer aussi l'absence d'analyse des besoins sociaux dans les petites communes. Au cours du séminaire organisé le 18 novembre dernier par Mairie-conseils, des élus des communes représentées ont cité le montant de 15 000 euros pour la réalisation d'une ABS par un cabinet extérieur, chiffre cité plusieurs fois comme ordre de grandeur au cours de différents entretiens. Ce coût est difficile à supporter pour des communes de petite taille.

Il semble bien que la réalisation d'une ABS de qualité ne soit accessible qu'au-delà d'un certain seuil démographique, car une telle analyse requiert de recourir à une ingénierie suffisante et de disposer d'une taille critique. Les données fournies et leur traitement doivent faire l'objet d'une appropriation par les élus de la commune ou de l'intercommunalité, avec une démarche de type « comité de pilotage ».

L'analyse des besoins sociaux de la commune de Saint-Egrève dans l'Isère, communiquée à titre d'exemple par l'UNCASS, illustre bien ce qui peut être effectué dans le cadre d'une commune de 17 000 habitants. De même les ABS de Saumur, Besançon, Grenoble, également communiqués, reflètent une mobilisation de moyens importants. Le CCAS de Grenoble alterne, pour sa part, chaque année, une analyse générale et une analyse thématique des besoins sociaux.

La mission a pu constater que l'intercommunalité pouvait permettre de mobiliser plus facilement les moyens suffisants pour une ABS de qualité : certaines analyses, réalisées dans un cadre intercommunal, par exemple par le CIAS de Blois, ou celui de Vendôme, permettent ainsi de construire une réponse sociale adaptée aux besoins des populations du territoire.

1.1.1.3 Plusieurs diagnostics sont réalisés dans d'autres cadres territoriaux

Les analyses de besoins sociaux s'effectuent de fait dans d'autres ressorts territoriaux : ainsi la mission a pu observer au cours de ses déplacements que tout ou partie de tels diagnostics sociaux peuvent être établis par des départements ou par des caisses d'allocations familiales (CAF), à l'échelle départementale.

Ces diagnostics peuvent également être réalisés au niveau du « territoire », c'est-à-dire à l'échelle des circonscriptions d'action sociale du département[10]. Les CAF peuvent, quant à elles, également détailler leurs analyses par commune ou communauté. D'autres diagnostics focalisés sur les quartiers ou zones en politique de la ville peuvent apporter un éclairage complémentaire. Ils doivent être systématiquement réalisés dans le cadre de l'élaboration des contrats de ville de nouvelle génération[11].

1.1.1.4 Les données disponibles pour ces diagnostics ne sont pas suffisamment partagées

Les départements disposent de données sur la situation de leurs allocataires bénéficiaires du RSA, de l'APA ou de la PCH, de même que sur la situation de tous les ressortissants du département suivis par ses travailleurs sociaux à travers différents dispositifs : établissements, aides à domicile, aides au logement, ou bien encore assistantes maternelles.

A partir de ces données, certains départements développent particulièrement leur outil statistique portant sur la situation sociale de leurs ressortissants. C'est le cas du département du Loir-et-Cher qui s'appuie de plus en plus sur un observatoire départemental de l'économie et des territoires et accède, à ce titre, dans le cadre d'une convention, aux données de plusieurs autres organismes (Insee, chambres consulaires, Pôle emploi, etc.).

De même, les CAF disposent de données très détaillées sur la situation de leurs allocataires, ce qui leur permet de disposer d'un outil statistique unique qui traite du niveau de revenu, de la situation familiale, de l'emploi et du logement. Sur cette base, elles élaborent également des diagnostics dans un ressort local, particularisés à certaines communes ou intercommunalités, comme dans le Nord et le Loir-et-Cher[12].

Ces diagnostics s'effectuent en parallèle même s'ils recoupent souvent les mêmes sujets. Face à cette situation, ces différents acteurs peuvent passer des conventions entre eux pour établir des diagnostics communs. C'est ainsi que la CAF du Nord et le département ont conclu une convention de partenariat. Le département du Loir-et-Cher et le CIAS du Blaisois préparent également une convention de ce type.

---

[10] Dans le département du Loir-et-Cher, le département a réalisé un « portrait social de territoire – Les solidarités en Loir-et-Cher » qui devrait être partagé avec les partenaires locaux prochainement.

[11] Circulaire du Premier ministre n°5729-SG du 30 juillet 2014 relative à l'élaboration des contrats de ville de nouvelle génération et lettre du 15 octobre 2014 du ministre de la ville de la jeunesse et des sports aux préfets, relative aux modalités opérationnelles d'élaboration des contrats de ville.

[12] La CAF du Nord édite une analyse particulière pour les communes du département de plus de 5 000 habitants. Celle du Loir-et-Cher fait un focus sur les intercommunalités autour des villes disposant d'un CIAS (Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay).

1.1.2 Une multitude d'acteurs et de compétences

La multiplicité des dispositifs et des acteurs en matière d'action sociale, et l'enchevêtrement qui en résulte, ont été très largement décrits dans de nombreux rapports. Dernièrement, le rapport d'évaluation de l'application du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté le rappelle : « la complexité des politiques sociales, l'enchevêtrement des problématiques des personnes comme la multiplicité des acteurs, rendent indispensable une coordination au niveau des territoires, très généralement appelée de leurs vœux par les acteurs de terrain »[13]. Un rapport récent du SGMAP est d'ailleurs consacré à ce sujet[14].

Sans se lancer dans une description de cette complexité, il est utile d'en identifier les principaux facteurs en les illustrant par des exemples observés dans les territoires rencontrés.

1.1.2.1 Des acteurs dont les compétences se recoupent

Le département est le chef de file de l'action sociale. La loi du 13 août 2004 est à cet égard explicite : « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales, ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

La commune dispose, pour sa part, d'une compétence générale en la matière. Ainsi, l'article L123-1 du CASF précise que le CCAS exerce une action de prévention et de développement social dans la commune. Ce cadre permet aux communes d'exercer toutes sortes d'actions dans le domaine social.

L'Etat a conservé quelques compétences spécifiques, telles que l'hébergement d'urgence. Il est garant de la cohésion sociale nationale et élabore, à ce titre, des plans d'ensemble dans ce domaine.

Les caisses de sécurité sociale servent des prestations à leurs allocataires, mais développent aussi autour de ce service de nombreuses interventions sociales qu'elles exercent conformément au cadre fixé par les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'Etat et la tête de réseau (CNAV, CNAF, CNAMTS, MSA).

Enfin, le milieu associatif s'est développé en matière sociale autour des publics fragiles : personnes pauvres, enfants et adultes handicapés, personnes âgées, petite enfance notamment.

[13] IGAS, Chérèque F., Vanackere S., Rapport RM2013-024R, Evaluation de la 1ère année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Paris, janvier 2014, 254 p.
[14] SGMAP, Evaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion, Paris, décembre 2013, 71 p.

1.1.2.2 Des acteurs dont les logiques sont différentes

L'action sociale s'est largement structurée autour des publics puis s'est organisée à l'échelle de territoires *via* les lois de décentralisation.

Aujourd'hui, la logique des publics demeure prédominante ce qui fragmente à la fois :

- les parcours individuels – une même personne aura affaire au CCAS pour une aide alimentaire, au département pour le service du RSA et aux services de l'Etat pour un accompagnement « vers et dans le logement » (AVDL), par l'intermédiaire d'un opérateur.
- les prises en charge au sein d'une même famille : une personne âgée sera hébergée par exemple dans un établissement du CCAS et son descendant, adulte handicapé, par un établissement du département.
- les prises en charge de situations très comparables : par exemple, le CIAS du Blaisois intervient pour les personnes isolées, mais c'est le département qui prend en charge les personnes isolées avec enfants au nom de sa compétence « famille ».

A cette logique de publics s'oppose de plus en plus une logique territoriale qui permettrait de prendre en compte les situations en amont, d'exercer une prévention et de mieux coordonner les interventions.

1.1.2.3 Des acteurs dont les ressorts territoriaux ne sont pas les mêmes

La mission a également observé les difficultés liées à la discordance des ressorts territoriaux de l'action sociale.

Les départements développent leur action dans des circonscriptions d'action sociale de façon plus ou moins ancienne et plus ou moins approfondie.

Les communes exercent leurs compétences sociales à travers les CCAS et/ou les CIAS. L'action sociale peut rester communale, lorsqu'il n'existe pas de CIAS, et cela dans des grandes villes. Par exemple à Lille, Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Dunkerque, ces compétences sociales restent exercées par les communes.

Les limites des communautés, lorsqu'elles ont repris les compétences sociales, peuvent ne pas coïncider avec les circonscriptions d'action sociale du conseil général.

Les caisses de sécurité sociale ont elles aussi des implantations territoriales qui peuvent être encore distinctes, à la fois des ressorts intercommunaux et des circonscriptions territoriales des départements. Par exemple, dans le Loir-et-Cher, la MSA a conservé des circonscriptions d'action sociale distinctes de celles du département, correspondant historiquement à l'importance des populations gérées par le régime agricole.

Enfin, les centres sociaux chargés de l'animation de la vie sociale et financés notamment par les CAF dans le cadre de leur agrément, ont un ressort territorial qui est directement déterminé par l'importance de la population concernée. Ce ressort peut parfois être infra-communal : ainsi il existe 180 centres sociaux en Nord-Pas-de-Calais mais 12 pour la seule ville de Roubaix.

Qu'est-ce qu'un centre social et socioculturel ?

Lieu d'accueil, d'écoute, d'échanges, de convivialité, d'activités et de services, il permet d'accompagner les projets des habitants, soutient la vie associative et œuvre en complémentarité avec les différents acteurs d'un territoire.

Le centre social et socioculturel est un équipement de proximité à caractère généraliste, accessible à l'ensemble de la population d'une zone géographique de vie sociale (du quartier à l'intercommunalité). Il prend en compte l'ensemble de la population et des aspirations des habitants. Il vise l'amélioration sociale, le maintien ou le renforcement du lien social et la participation du plus grand nombre à la vie locale en accordant une attention particulière aux familles et personnes confrontées à des difficultés sociales, économiques, culturelles…

Il y a en France 2 028 centres sociaux agréés par les CAF, dont 1 200 sont regroupés en fédérations départementales et, à l'échelle nationale, *via* la F.C.S.F. Parmi ceux-ci, 80 % sont gérés par des associations, 14 % par des municipalités et 6 % directement par une CAF. Certains sont intercommunaux[15].

1.1.2.4 Des pratiques de partenariat très diverses

Le « chef de filat » incontesté du département, cité par tous les intervenants locaux, est toutefois limité par les compétences des autres acteurs locaux et leur plus ou moins grande volonté à travailler de concert. Il aboutit à des pratiques diverses dont la mission peut donner plusieurs exemples :

- délégation complète d'une ou plusieurs compétences : elle paraît encore peu répandue. Elle existe par exemple dans le Bas-Rhin avec une délégation de la compétence « RSA » à la ville de Strasbourg. Elle a été observée dans le Nord, par la mission, de façon beaucoup plus partielle, pour l'accompagnement à l'insertion des bénéficiaires du RSA à la communauté de communes de Pevèle-Carembault ;

- financements conjoints : l'Etat peut financer, par exemple, une allocation complémentaire à l'intervention du fonds social pour le logement piloté par le département (exemple cité à la DDCSPP du Loir-et-Cher) ;

- interventions conjointes dans des instances de concertation : comité départemental de coordination des dispositifs de soutien à la parentalité (département du Nord avec CAF, URIOPSS, UDAF, etc.) ;

- multiples réunions de concertation entre travailleurs sociaux des départements, des CAF, des CCAS/CIAS, afin d'échanger des informations sur les situations individuelles rencontrées.

[15] Eléments fournis par la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France

Cette complexité des interventions sociales laisse apparaître des failles dans l'accès des populations aux prestations sociales, qu'elles soient obligatoires ou facultatives. C'est un des constats de l'évaluation faite du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté adopté en janvier 2013[16].

Face à cet enchevêtrement de dispositifs et de compétences, la question d'un ressort territorial pertinent pour le développement social est de plus en plus souvent posée.

Les acteurs rencontrés par la mission ont considéré que le bloc local devait rester le point d'entrée des usagers dans les dispositifs, au nom de la proximité.

Mais, dans le même temps, il a été fermement indiqué que le service des allocations (RSA, APA, PCH) ne devait pas être transféré aux intercommunalités, principalement du fait des incertitudes sur leur financement, mais aussi en raison de la problématique du pilotage de ces dispositifs.

1.2 De bonnes pratiques peuvent être dégagées et inspirer d'autres territoires

Dans la dynamique des fusions de communautés, la question de la compétence sociale d'intérêt communautaire se pose. La nouvelle communauté doit-elle se doter d'un instrument en propre comme un CIAS et si oui, quelle est sa compétence et que deviennent alors les CCAS des communes et quelles sont les compétences résiduelles qu'ils conservent ?

Les fusions de communautés n'ont pas toujours été propices à un transfert de la compétence action sociale ou à la création de CIAS. Présentée comme une compétence de proximité, l'action sociale a souvent été au cœur des débats sur la bonne échelle d'organisation de l'intercommunalité. Compétence reconnue récemment par la loi au titre des compétences optionnelles, l'action sociale intercommunale est par ailleurs très polymorphe. Lors des fusions de communautés, l'hétérogénéité des compétences exercées par les intercommunalités a suscité des problèmes de rapprochement. Là où certaines communautés avaient créé un service de la petite enfance, la fusion avec une intercommunalité voisine au sein de laquelle les communes n'envisageaient aucun transfert en la matière a pu se heurter à des obstacles. Dans quelques cas, ont été envisagées ou opérées des reprises de compétences par les communes ou par un syndicat de communes. Dans d'autres, c'est à travers une définition à géométrie variable de l'intérêt communautaire que des solutions provisoires ont pu être trouvées.

A travers cette expérience des SDCI de 2011 et de leur mise en œuvre, il convient néanmoins d'anticiper les interrogations qui auront lieu lors de la clause de « revoyure » de ces SDCI après la publication de la loi NOTRe. Alors que le nouveau seuil de 20 000 habitants (introduit comme seuil minimal pour la constitution des intercommunalités) a été justifié initialement pour que les intercommunalités soient en mesure de recevoir d'éventuels transferts de compétences départementales, il convient de mesurer les freins à des mutualisations de certaines compétences municipales de proximité auxquels pourraient être exposées des communautés dites « XXL ». D'ores et déjà, les débats en première lecture au Sénat et à l'Assemblée nationale permettent de prévoir des capacités d'ajustement de ce seuil aux secteurs de faible densité ; l'AdCF a pour sa part fait des propositions d'assouplissement.

[16] Opus citatis

Au-delà d'un certain nombre de communes et d'une certaine taille (superficie, distances-temps), l'expérience montre que les intercommunalités ont plus de peine à investir les compétences de services aux personnes. Sans être insurmontable (des exceptions confirment la règle), cette tension entre renforcement des compétences sociales des intercommunalités et extension de périmètres doit être néanmoins soulignée. Pour la dépasser, il conviendra de préserver une très forte subsidiarité dans la mise en œuvre des compétences sociales facultatives et d'accepter la diversité des formes d'organisation des services. Au sein des grandes communautés, une territorialisation des services s'avère souvent indispensable pour préserver une gestion de proximité impliquant étroitement les équipes municipales et les associations. En revanche, certains équipements deviennent accessibles à des communautés dotées de la masse critique à l'instar des EHPAD.

Il n'y a pas de réponse formelle à ces questions mais des exemples permettent de donner quelques indications sur l'évolution du positionnement des communes et de leur groupement dans ces situations.

Il est intéressant de noter que l'histoire commune a un effet déterminant sur la façon dont les territoires abordent cette question. En effet, la confiance qui s'est établie au fil d'une coopération de plusieurs années permet de faire tomber les barrières ou les préventions liées à la nouveauté d'un travail commun.

1.2.1 Le CIAS de Vendôme, 17 années au service de l'intercommunalité

Le CIAS de la communauté du Pays de Vendôme a été doté, lors de sa création au 1er janvier 1998, de l'ensemble des compétences prévues par le code de la famille et de l'aide sociale[17], à l'exception de quelques compétences devant rester du ressort du CCAS de chaque commune membre (la distribution des colis de Noël et les repas annuels servis aux personnes âgées, la gestion des établissements hébergeant des personnes âgées et la gestion d'un établissement pour enfants handicapés). Cette exception s'explique par des questions financières, les établissements présentant un déficit d'exploitation que ne souhaitaient pas partager les communes rurales rejoignant la ville centre de Vendôme à la création du CIAS.

Eléments clés sur le territoire de la communauté de communes du Pays de Vendôme

La communauté du Pays de Vendôme comprend désormais 11 communes. Elle a été constituée initialement en 1993 autour de la ville centre de Vendôme et les communes d'Azé, Lunay, Marcilly-en-Beauce, Saint-Firmin-des-prés, Saint-Ouen et Thoré-la-Rochette. Entre 1993 et 2003, la communauté a été rejointe par quatre autres communes.

Toujours en discontinuité territoriale, elle dénombre 28 000 habitants dont 18 000 pour la ville centre et 220 pour la plus petite commune rurale.

[17] Article 137 correspondant à l'article L123-5 du code de l'action sociale et des familles.

La création du CIAS a été motivée par la volonté des élus, notamment dans les communes rurales, de faire bénéficier leurs habitants de prestations difficiles à mettre en place par leur CCAS lorsqu'il existait. Le président de la communauté avait le souci d'accompagner le développement économique et l'habitat par des réponses sociales adaptées. Très tôt, les communes ont souhaité répondre à la volonté des aînés de pouvoir quitter la campagne pour rejoindre la ville centre, mais également leur offrir la possibilité de rester à domicile le plus longtemps possible. Cela explique que la préoccupation actuelle porte surtout sur l'accès aux soins dans les communes les plus rurales.

Le conseil d'administration du CIAS comprend 32 membres, ce qui permet à chaque commune d'être représentée.

La constitution du CIAS s'est accompagnée au fil du temps d'une large réflexion sur la mutualisation des moyens, en particulier de ceux dévolus aux fonctions supports. Le directeur du CIAS est commun au CCAS de Vendôme et assure également les fonctions de directeur au sein des services de la communauté de communes. Les services fonctionnels sont communs au CIAS et au CCAS de la ville centre.

Pour adapter les réponses aux besoins de la population, le CIAS a fait effectuer par un consultant extérieur une analyse des besoins sociaux en 2002. Compte tenu du coût de cette analyse et de son contenu essentiellement quantitatif, le CIAS s'est orienté depuis vers une méthode plus opérante au niveau de son territoire. D'une part, il est basé sur les données de l'observatoire de l'économie et des territoires du département et d'autre part, il permet d'animer le réseau des acteurs intervenant dans le champ social au niveau du territoire. L'actualisation de l'ABS se concrétise par une démarche plus qualitative en réunissant, chaque année, les partenaires et en recueillant leur analyse qualitative, méthode qui permet d'enrichir les données quantitatives. Cette analyse donne lieu à une restitution annuelle au conseil communautaire et tous les deux ans dans chaque commune de la communauté.

Le CIAS est présent sur le territoire selon les besoins et les demandes des élus. Il agit, par ailleurs, par délégation du département pour l'accompagnement des personnes isolées. Il accompagne notamment les bénéficiaires du RSA vers l'insertion. Les relations avec la CAF et le centre hospitalier sont formalisées par des conventions. Une convention avec la CPAM est en cours de finalisation. Enfin, pour améliorer la qualité des prises en charge des personnes souvent suivies par plusieurs acteurs (santé, logement, insertion, etc.), le CIAS met en place un contrat médico-social récapitulant de manière synthétique les engagements des acteurs et les modalités de suivi.

Les élus rencontrés ont souligné l'apport du CIAS en termes de qualité et de diversité des services rendus à la population[18]. La plupart des communes maintiennent toutefois leurs deux actions traditionnelles que sont le repas annuel des ainés et le colis de Noël. C'est la mairie qui organise directement ces deux actions. Dès lors certains élus des communes de la communauté souhaitent pouvoir dissoudre le CCAS de leur commune, lorsque le CIAS a repris l'ensemble de l'action sociale de leur commune. Ils témoignent également que face à l'urgence, l'élu local est le premier sollicité et le plus réactif. La mairie est toujours, dans ces communes rurales, le point d'entrée des services administratifs pour les habitants. Concernant les actions sur le territoire, les élus ont souligné une difficulté de coordination et d'information dès lors que le service de l'aide sociale à l'enfance du département est concerné.

[18] En particulier, le portage de repas à domicile et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurés par le CIAS.

Le CIAS du Pays de Vendôme en chiffres

Une centaine d'agents essentiellement issus de la filière sociale (45) et administrative (27) mais aussi du médicosocial (20), de l'animation (4) et de la filière technique (4).

Un budget de l'ordre de 3,2 M€.

En 2013, l'activité du CIAS face aux difficultés sociales :

- 2 674 accueils, écoutes et orientations ;
- 209 000 € de dépenses pour l'hébergement d'urgence et le logement ;
- 137 accompagnements à l'insertion pour des bénéficiaires du RSA, 61 spécifiques au titre de l'épicerie sociale, 16 au titre du logement et 519 accompagnements par un travailleur social pour des difficultés diverses ;
- 25 000 € de secours pour 118 ménages, 20 000 € au titre de l'épicerie sociale pour 75 familles, 435 ménages au titre de l'aide alimentaire.

Pour le maintien à domicile : 53 155 repas livrés, 45 754 heures d'aides à domicile réalisées pour 300 usagers, 64 personnes prises en charge quotidiennement par le service de soins infirmiers à domicile.

Un soutien financier aux acteurs du réseau social local (135 000 €).

1.2.2 Le CIAS du Blaisois a repris l'ensemble des compétences des CCAS

Le CIAS de la communauté d'agglomération de Blois – Agglopolys – a été créé à la demande des communes de la périphérie pour leur permettre de bénéficier des services à la population développés par le CCAS de Blois. La compétence action sociale d'intérêt communautaire a été transférée à la communauté en 2004. Le CIAS a alors repris l'intégralité des compétences des CCAS et s'est constitué à partir du CCAS de la ville de Blois au 1er janvier 2005. Aujourd'hui, les communes qui ont rejoint Agglopolys souhaitent dissoudre leur CCAS puisque le CIAS a repris l'intégralité des compétences d'action sociale.

Eléments clés sur le territoire de la communauté d'agglomération de Blois

Constituée à partir d'une ville centre et des communes de l'aire urbaine comptant plus de 47 000 habitants, la communauté d'agglomération compte désormais 48 communes depuis le 1er janvier 2012 et 108 500 habitants (le tiers des habitants du département). 80 % des communes rurales de la communauté comptent moins de 2 000 habitants, la plus petite en compte 234.

S'agissant de l'ABS, le CIAS a repris cette compétence et réalise l'analyse pour l'ensemble de la communauté d'agglomération depuis 2010. Il s'est lancé dans une territorialisation des budgets afin de s'assurer de la bonne répartition territoriale des moyens d'intervention. Outre un projet d'établissement, le CIAS dispose d'un projet social de territoire approuvé par le conseil communautaire. Ce projet allie l'analyse des besoins sociaux et les orientations stratégiques déclinées en orientations et actions pour répondre aux besoins.

Le CIAS gère, actuellement, un service de soutien à domicile, un SSIAD, un accueil de jour, deux foyers résidence et organise l'animation pour les séniors.

Le conseil d'administration du CIAS compte 20 membres, ne permettant pas à toutes les communes de disposer d'un représentant. Les dix administrateurs élus sont désignés parmi les élus communautaires des 48 communes qui composent la communauté. Cela ne semble pas poser de difficultés, l'assemblée communautaire s'assurant seulement que les élus qui siègent au conseil d'administration du CIAS représentent bien la diversité des territoires de la communauté. L'étendue de la communauté a conduit le CIAS à organiser une vingtaine de permanences sur l'ensemble du territoire afin de remplir sa mission d'aide de proximité. Par ailleurs des référents communaux, souvent élus municipaux, assurent des fonctions de contact de proximité. Ces référents permettent de mieux répondre à l'accroissement des demandes constaté ces dernières années.

Les actions mises en œuvre par le CIAS pour faire face au vieillissement de la population en particulier en milieu rural semblent répondre aux attentes des élus. Toutefois, le CIAS éprouve des difficultés pour faire face à l'augmentation de la charge financière correspondant au développement des interventions à domicile.

Le CIAS du Blaisois en chiffres

290 salariés représentant 214 ETP

En 2013, 13 M€ ont été consacrés à l'action sociale sur un budget prévisionnel dédié aux politiques et actions menées par Agglopolys de 110 M€.

10,4 M€ ont été consacrés aux prestations réparties selon les publics :
76 % (7,9 M€) vers l'accompagnement des personnes âgées et/ou handicapées ;
17 % (1,8 M€) vers l'accompagnement du public en précarité ;
7 % (0,7 M€) vers des actions tous publics.

Ou réparties selon les territoires :
78 % (8,1 M€) d'actions sur la ville de Blois ;
22 % (2,3 M€) d'actions sur les communes du territoire d'Agglopolys.

Les modalités de coordination et de coopération avec le département sont en cours de révision pour tenir compte des évolutions. De nouvelles conventions devraient être signées mi-2015 pour concrétiser les nouvelles modalités de partage des interventions sur le territoire de la communauté d'agglomération.

D'une façon générale, les acteurs s'accordent pour relever que la territorialisation des politiques sociales débute dans le Loir-et-Cher et que la coordination des interventions est perfectible en particulier lorsque les familles et la petite enfance sont concernées.

Le département du Loir-et-Cher s'est, pour sa part, lancé dans une démarche d'élaboration d'un « portrait social de territoire » pour améliorer l'accessibilité des données et des observations produites par son observatoire de l'économie et des territoires ainsi que ses propres services, en particulier la direction générale adjointe des solidarités. Ce portrait est territorialisé au niveau des communautés et selon le découpage des zones d'action des cinq maisons départementales de la cohésion sociale.

1.2.3 Le département du Nord et la territorialisation des interventions sociales

Le département du Nord a entrepris dès 2010 de déployer ses moyens dans le domaine social en huit directions territoriales d'action sociale qui disposent de 44 unités territoriales de prévention et d'action sociale. Ainsi, près de 3 410 agents sur 4 000, appartenant à la direction générale de la solidarité, sont répartis dans les territoires d'action sociale. Cette organisation a été mise en œuvre pour répondre de manière adaptée aux besoins des habitants des territoires et aux capacités d'intervention des CCAS. Le découpage des zones de responsabilités territoriales a été fait avant la fusion des intercommunalités[19]. Un travail d'adaptation à ce nouveau découpage est en cours.

Pour son action territorialisée, le département dispose d'un protocole actualisé en 2013 avec les 296 CCAS existants. Il travaille régulièrement avec l'union départementale des CCAS du Nord – l'UDCCAS 59. Les CCAS disposent d'une délégation pour l'accompagnement vers l'insertion des bénéficiaires du RSA. Pour favoriser le développement de l'ingénierie sociale locale, le département incite les intercommunalités à la création d'un CIAS. Il finance davantage cette délégation à l'accompagnement à l'insertion lorsqu'elle s'exerce dans le cadre d'un CIAS[20].

Afin d'améliorer la réponse aux besoins, le département s'est lancé dans la démarche AGILLE[21]. Il s'agit de concevoir l'action sociale différemment en repartant du terrain et en ne plaquant plus sur les territoires des dispositifs conçus de manière centralisée. L'objectif est de définir une réponse plus pertinente en y associant davantage les usagers. Cette expérimentation lancée à la demande de la DGCS concerne deux directions territoriales différentes. Les travaux actuels portent sur les complémentarités, la continuité territoriale et la cohérence des politiques publiques.

Le département du Nord s'est aussi lancé dans une démarche de développement social local animé par un Conseil départemental consultatif de développement social. A la suite des travaux, une plaquette a été diffusée proposant 23 principes d'action destinés à faciliter la réalisation de projets de développement locaux. On peut noter que plusieurs principes correspondent aux préoccupations généralement exprimées lors des échanges sur l'action sociale locale :

- *Principe 12 - Favoriser la proximité à travers différentes échelles de territoires : « la proximité donne sens au territoire » ;*
- *Principe 14 - Partager les diagnostics de territoires : « observer et lire ensemble le territoire de vie… au-delà des dispositifs » ;*
- *Principe 18 – Travailler en réseau : « coopérer dans la proximité, une condition de réussite opérationnelle du DSL ».*

[19] En 2013, le département comptait 40 communautés de communes, d'agglomération ou urbaines. Il n'en compte plus que 20 en 2015 dont les deux métropoles de Lille et Dunkerque.
[20] Le financement est de 70 % dans le cadre d'un CCAS et de 100 % dans le cadre d'un CIAS.
[21] Pour la direction générale de la cohésion sociale, il s'agit d'encourager les coordinations à deux niveaux, en suscitant, d'une part, de nouvelles méthodes de coopération entre les travailleurs sociaux, et d'autre part, des modalités de coordination stratégique entre les institutions – de l'Etat aux centres communaux d'action sociale (CCAS) en passant par le département, les caisses d'allocations familiales et les caisses d'assurance maladie.

Le département fournit un appui aux ABS grâce à un diagnostic départemental territorialisé qui agrège des données qualitatives relevant de l'observation sociale[22] et des données quantitatives de plusieurs partenaires fédérés au sein de la plateforme d'observation sociale du Nord-Pas-de-Calais[23].

Cette démarche de territorialisation est toutefois percutée dans sa mise en œuvre par la « verticalisation » qui peut notamment être illustrée par l'application des orientations nationales de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAF.

1.2.4 Quid de la compétence action sociale en cas de fusion ? Le cas de la communauté de communes de Pévèle-Carembault

La communauté de communes de Pévèle-Carembault créée au 1er janvier 2014, est actuellement en pleine réflexion sur les compétences dont elle souhaite se doter. Elle dispose d'un délai de deux ans pour les harmoniser. Quatre pôles ont été créés dont un pour les services à la population qui comprend l'action sociale. L'extension à l'ensemble du territoire de l'intercommunalité du suivi des bénéficiaires du RSA pour le compte du département est en cours de négociation. Les élus se posent également la question de l'évolution des besoins de la population en particulier pour ce qui concerne le maintien à domicile ou l'accueil de la petite enfance. La réflexion est alimentée par les partenaires, le département mais aussi la CAF. Il apparait que la fusion légitime l'intervention de la communauté sur ces sujets mais les débats portent sur le bon niveau d'action à choisir.

Le président de la communauté qui est également conseiller général, écarte d'emblée la question de la reprise des compétences du département en matière sociale. La coordination apparait suffisante dans ce domaine et le soutien qu'apportent les services du département en matière d'ingénierie ou de financement sont appréciés. Un transfert n'apporterait rien de plus. Toutefois, en matière d'emploi, des progrès peuvent être accomplis car il y aurait trop d'intervenants qui ne seraient pas coordonnés.

Eléments clés sur le territoire de la communauté de communes de Pévèle-Carembault

La communauté de communes de Pévèle-Carembault a été créée le 1er janvier 2014 par le regroupement de 5 communautés de communes et une commune isolée. Elle comprend 38 communes et compte 93 150 habitants. La commune la plus importante, Orchies, compte 9 000 habitants, et la moins peuplée moins de 500.

[22] Le département du Nord participe à la plateforme d'observation sociale régionale animée par la DRJSCS. Cette observation sociale est indispensable pour anticiper l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux. L'Etat, la Région, les Départements du Nord et du Pas-de-Calais, la CAF, la CARSAT et l'ARS sont engagés dans une démarche partenariale visant à produire une connaissance partagée et utile aux acteurs des champs social et médico-social. Ils travaillent, avec le concours de l'INSEE à la production d'indicateurs sociaux et de contexte à un niveau infra départemental.

[23] Les plateformes régionales d'observation sociales ont été progressivement mises en place dans le cadre de la circulaire DGAS-DREES du 22 septembre 1999.

1.2.5 La volonté de territorialisation du schéma directeur d'organisation sociale et médico-sociale du Doubs

L'attention de la mission a été attirée sur le nouveau schéma directeur d'organisation sociale et médico-sociale du département du Doubs. Ce dernier est structuré autour de huit orientations ; il s'attache à définir des projets précis et à développer des actions transversales. La perspective adoptée tranche avec l'habituel découpage en volets séparés par publics (personnes âgées, personnes handicapées, etc.). Il s'agit selon la présentation de ce schéma « de construire une politique sociale et médico-sociale d'ensemble ».

Le premier enjeu place les centres communaux d'action sociale et les centres intercommunaux d'action sociale comme « pierre angulaire du développement social local, en lien étroit avec le département ».

A cet enjeu correspond une orientation déclinée en actions. La fiche action 10, intitulée « Clarifier et conforter les relations partenariales locales avec les CCAS et les CIAS par le biais de conventions », détaille les objectifs et les bénéfices attendus.

Il est attendu en particulier une amélioration de la lisibilité des dispositifs et de leur cohérence, une meilleure coordination des accompagnements, un développement de l'analyse partagée des besoins et finalement une amélioration de la réponse aux besoins.

Cette volonté de mieux associer les CIAS et les CCAS traduit une préoccupation de proximité que les services départementaux ont parfois du mal à assurer sur l'ensemble du territoire dans lequel ils déploient leurs actions.

Cette préoccupation est également mise en avant dans la fiche action 15 « Mutualiser les ressources existantes pour proposer des animations collectives en milieu rural à destination des personnes dépendantes, en lien notamment avec les centres communaux d'action sociale… ».

Parmi les six enjeux prioritaires de ce nouveau schéma, figurent également deux orientations qui répondent aux préoccupations généralement évoquées par les acteurs rencontrés lors des auditions ou des déplacements dans le département du Nord et celui du Loir-et-Cher :

- « développer une politique d'action sociale et médico-sociale construite à partir du territoire ;
- la responsabilité et la coopération entre professionnels comme garantie de la fluidité des parcours ».

2 RECOMMANDATIONS A L'HEURE D'UNE NOUVELLE EVOLUTION DE LA CARTE INTERCOMMUNALE

2.1 La structuration de la compétence intercommunale « action sociale »

Recommandation n°1 : Généraliser les projets territoriaux de développement social

Les politiques et interventions sociales des acteurs publics ont aujourd'hui besoin de s'inscrire à la fois dans un effort de territorialisation mais surtout d'aller à la rencontre de démarches de développement social co-construites avec les acteurs de terrain. Les très nombreux rapports publics ou témoignages d'experts, les auditions réalisées durant la mission, confirment l'urgence de redonner sens à l'action sociale en l'adossant à des « territoires de projet ». Les intercommunalités (métropoles, communautés urbaines, d'agglomération, de communes…) sont naturellement les mieux placées pour répondre à cet enjeu, en offrant un cadre institutionnel doté d'une légitimité politique forte, de compétences polyvalentes (à fort effet de levier sur la cohésion) et de ressources propres.

De même qu'il est aujourd'hui question de travailler à la « mise en capacité » des territoires, les politiques de cohésion sociale doivent tendre vers la promotion d'une « mise en capacité » des personnes et leur accompagnement dans un parcours de vie.

Recommandation n°2 : Inscrire le développement social d'intérêt communautaire dans le « bloc » des compétences obligatoires des communautés

Introduite par la loi de 2005 sur la cohésion sociale dans les compétences dites « optionnelles » des communautés, l'action sociale intercommunale s'est surtout développée en réponse à des besoins sociaux qui ne pouvaient plus être satisfaits par les communes et/ou le milieu associatif mais aussi à des incitations financières des partenaires.

Dans le cadre du renforcement des compétences intercommunales programmé par le projet de loi NOTRe, il serait opportun d'inscrire la compétence développement social dans la liste des compétences obligatoires, tout en laissant les communautés actualiser leurs statuts à l'occasion des évolutions de périmètres. L'expression « développement social » permettrait de créer une passerelle entre l'action sociale et les autres compétences traditionnelles des communautés. Elle permettrait d'améliorer la cohérence entre les blocs de compétence transférés aux intercommunalités.

Cette inscription parmi les compétences obligatoires serait cohérente avec l'obligation qui repose sur les intercommunalités d'élaborer un projet de territoire de développement durable. Cette évolution serait néanmoins combinée avec le maintien d'une large capacité de définir localement ce qui est d'intérêt communautaire au sein de cette compétence.

Recommandation n°3 : Préserver une large capacité locale pour définir l'intérêt communautaire au sein de la compétence action sociale

L'intérêt communautaire fixe la ligne de partage, au sein d'un champ de compétence, entre ce qui relève de l'intercommunalité et ce qui demeure du ressort des communes. Cette ligne de partage peut parfois s'avérer floue ou imprécise dans les politiques d'intervention directe auprès des publics. Elle ne saurait conduire à une ignorance mutuelle des acteurs institutionnels, mais doit, au contraire, reposer sur une subsidiarité efficace et des synergies organisées entre communes et intercommunalités.

Si l'intercommunalité peut apporter un supplément de moyens et harmoniser le niveau de service rendu au sein d'un bassin de vie, en permettant une capacité élargie de suivi des ménages et des personnes dans leur parcours résidentiel, elle ne doit pas tendre pour autant à dé-responsabiliser les équipes municipales. Les communes doivent au contraire demeurer, dans la mesure de leurs possibilités humaines et techniques, les points d'accès privilégiés aux services au public et le niveau de mise en oeuvre des politiques de proximité. La force des politiques intercommunales tient justement à leur capacité à s'appuyer sur le dense réseau des élus municipaux.

Tout en soumettant les compétences sociales à cet intérêt communautaire, il serait néanmoins utile de recenser plus précisément dans les articles du code général des collectivités territoriales les différentes composantes de cette action sociale locale facultative. Cette méthode garantirait une plus forte transversalité à l'action sociale intercommunale, en renforçant ses missions d'animation générale. Une compétence générique de coordination du développement social local pourrait ainsi présider à une définition de l'intérêt communautaire sujet par sujet.

Recommandation n°4 : Prévoir des transitions souples et des compétences « à la carte » en matière sociale lors des évolutions de périmètres

Les évolutions des périmètres intercommunaux et la diversité des tailles d'intercommunalités (poids démographique, nombre de communes, superficies, présence ou non d'une ville centre…) invitent à plaider pour une organisation très modulable des compétences sociales.

Que ce soit à travers la manière de définir l'intérêt communautaire, d'organiser les CIAS et CCAS ou les prises de compétences, les intercommunalités doivent disposer de larges latitudes pour adapter leur intervention. Ce sera notamment le cas au sein des communautés rassemblant de grandes communes, capables de gérer de nombreux services directement, avec des secteurs ruraux dans lesquels l'intercommunalité est seule en mesure de les apporter. Une action sociale « à la carte » doit pouvoir être proposée pour tenir compte des disparités de besoins entre les communes, au moins dans une phase transitoire.

Cette souplesse sera particulièrement importante à respecter dans les cas de fusions de communautés fortement intégrées, très investies en matière sociale, avec des communautés ne disposant pas de la compétence. La restitution aux communes des compétences sociales, comme l'harmonisation « par le haut » du niveau de service à l'ensemble du territoire, sont deux options qui s'avèrent souvent irréalistes. La mise en œuvre des SDCI de 2011 l'a mis en évidence.

Dans certains cas, la communauté issue de la fusion a choisi de préserver le service mais sur le seul ressort géographique de l'ancienne communauté compétente. C'est à travers une définition « territorialisée » de l'intérêt communautaire qu'une solution a pu être trouvée. Même si elle n'est pas très orthodoxe, cette solution est fondamentale pour gérer des transitions et faciliter notamment des rapprochements entre des communautés de communes rurales (où des services comme la petite enfance ou l'aide aux personnes âgées sont très souvent communautaires) et des communautés plus urbaines (dans lesquelles les villes gardent souvent ces services à leur échelle).

Au sein des métropoles et vastes communautés, une certaine forme de « territorialisation » infra-communautaire des compétences sociales sera souvent opportune pour demeurer au plus près des populations. Le schéma de mutualisation prévu par la loi RCT du 16 décembre 2010 (à réaliser d'ici décembre 2015) pourrait autoriser des pôles de services territorialisés, avec des services communs limités aux communes de ces pôles.

2.2 Les outils à la disposition des collectivités du bloc local

Recommandation n°5 : Fédérer le réseau des élus municipaux *via* des commissions intercommunales en charge de la cohésion sociale

Pour combiner le renforcement de l'intercommunalité sociale et le maintien d'une implication étroite des équipes municipales, il doit être recommandé de constituer (si ce n'est déjà le cas) une commission intercommunale en charge de la cohésion sociale ouverte aux élus municipaux (et notamment aux maires adjoints les plus concernés). Une telle commission peut devenir un cadre de mise en réseau et d'information extrêmement performant.

La participation des élus municipaux (sans mandat intercommunal) au sein d'une commission intercommunale a été rendue possible par la loi du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités. Si certaines communautés le pratiquaient déjà, elles le faisaient de manière souvent officieuse, alors qu'elles peuvent désormais officialiser cette implication des équipes municipales.

L'intercommunalité doit ainsi passer d'une compétence sociale souvent transférée « par appartement » et par « public » (petite enfance, personnes âgées), à une compétence d'animation générale d'un réseau d'acteurs. C'est cette nouvelle ingénierie sociale qu'il convient de développer, en liaison beaucoup plus forte avec d'autres compétences intercommunales (emploi, logement, mobilités, culture…). A ce titre, il pourrait être prévu que, chaque année, un rapport sur le bilan de l'action des CCAS et, le cas échéant du CIAS, soit présenté devant le conseil communautaire.

Recommandation n°6 : Encourager le déploiement des CIAS

S'ils ont commencé à se développer au cours du mandat précédent, voire à se généraliser dans certains départements, le déploiement des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) a ensuite été freiné à l'approche des élections locales et sous l'effet des fusions d'intercommunalités. Encouragée par l'UNCCAS et l'AdCF lors du mandat précédent, la formule du CIAS permet aux intercommunalités de se doter d'une véritable ingénierie sociale et d'une vision plus transversale des enjeux de cohésion. La sécurisation juridique et la professionnalisation sont une priorité dans un certain nombre de territoires.

Il est aujourd'hui souhaitable de franchir un cap et encourager une large diffusion, voire la généralisation, de ces outils qui permettent d'harmoniser le niveau de service rendu, les capacités effectives d'intervention sociale.

Il est néanmoins fondamental que la création des CIAS n'ait pas pour effet d'externaliser intégralement les politiques sociales et de dé-responsabiliser les conseils communautaires. Le CIAS doit ainsi demeurer un outil de mise en œuvre d'un projet de territoire porté par l'assemblée délibérante de l'intercommunalité. C'est sous la conduite de cette dernière que doit être élaboré le diagnostic (ABS) et la stratégie de développement social, en lien naturellement étroit avec le CIAS.

Recommandation n°7 : Imaginer des solutions mutualisées pour mieux articuler CIAS et CCAS

Lors des échanges de la mission avec des élus locaux, il est apparu une très grande diversité de positions quant au sort à réserver aux CCAS lorsqu'un centre intercommunal d'action sociale est créé.

Pour les uns, le maintien des CCAS doit être une obligation. Pour d'autres acteurs, il doit être une option laissée au choix des élus locaux, notamment dans le cas où ce dernier gère en propre un service ou un établissement. Un dernier groupe d'élus ou d'observateurs plaide, au contraire, pour que la création du CIAS et la reprise de l'ensemble des compétences sociales par ce dernier conduise à dissoudre le CCAS dès lors que celui-ci devient une « coquille vide ».

Ce sujet sensible a fait l'objet, durant la mission, d'un amendement sénatorial qui rend possible la dissolution des CCAS en cas de création d'un CIAS et qui limite l'obligation de créer un CCAS aux communes d'un certain seuil. Déposé par Jacqueline Gourault, cet amendement fait suite à plusieurs propositions de lois et rapports de simplification du droit.

Les auditions réalisées par la mission ont conduit ses membres à préconiser que soit rendue possible la dissolution de CCAS en cas de constitution d'un CIAS, mais sans automaticité. Elles ont conduit également à ce que soit proposée aux élus une solution alternative visant à une gouvernance unifiée et mutualisée d'un CIAS et de CCAS sous la forme d'un Etablissement public de coopération en matière d'action sociale. Inspirée de la solution trouvée en matière culturelle à travers l'établissement public de coopération culturelle (EPCC), cette formule pourrait tendre à la création d'un établissement public unique et commun mais avec double rattachement territorial et un pilotage adapté selon les compétences.

Dans la communauté d'agglomération de Blois, la gouvernance intercommunale du CIAS ne semble pas poser de difficulté pour les communes qui ne peuvent être toutes représentées au conseil d'administration du centre intercommunal d'action sociale. A la communauté de communes du pays de Vendôme, les plus petites communes n'ont qu'un seul élu communautaire. Les élus regrettent alors que seul cet élu puisse siéger au conseil d'administration du CIAS : en effet cet élu n'a pas forcément une bonne connaissance des sujets sociaux alors qu'un conseiller municipal est parfois compétent en ce domaine. La question qui se pose est celle de l'association des élus locaux à la gouvernance sur un sujet qui les concerne particulièrement.

La création des CIAS se trouverait sans doute facilitée si cette question pouvait être résolue. Dans un exemple décrit par un élu, le conseil d'administration du centre intercommunal d'action sociale a créé des commissions associant élus communautaires et élus municipaux compétents dans le domaine de l'action sociale.

Recommandation n°8 : Faire de l'analyse territorialisée des besoins (ABS) la base de l'évolution de l'organisation des interventions sociales de proximité.

L'analyse des besoins sociaux est une obligation annuelle difficile à remplir par les CCAS ou les communes disposant de faibles moyens. L'intercommunalité parait mieux dimensionnée pour piloter cette analyse sur son territoire et ainsi assurer une certaine équité dans le traitement. Il ne parait pas utile d'en définir le contenu ou un modèle type. Quelques recommandations pourraient toutefois être formulées pour éviter des démarches coûteuses et peu adaptées à la philosophie de cet exercice.

Disposer d'une compétence d'ingénierie sociale pour quantifier les phénomènes et élaborer des réponses d'ampleur apparait nécessaire. Cette compétence ne peut être acquise qu'à partir d'un seuil démographique minimal (15 000 habitants), population correspondant à la moyenne des bassins de vie[24], et plus vraisemblablement à partir de 20 000 habitants, seuil du projet de loi NOTRe mais qui devrait être ajusté aux densités démographiques des territoires. Dans la situation actuelle, 70 % des intercommunalités se situent en dessous de ce seuil critique. Des ABS mutualisés par plusieurs communautés devraient être encouragés, notamment pour celles envisageant de fusionner sur la durée du mandat.

L'ABS devrait en tout état de cause devenir le document de référence. Le terme de « besoins sociaux » étant sujet à controverses (où s'arrêtent les besoins ?), il pourrait être proposé une évolution sémantique pour évoquer les « enjeux » de cohésion sociale.

[24] La définition du bassin de vie par l'Insee étant celle du territoire minimal au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Cette analyse territorialisée des enjeux de cohésion sociale pourrait être plus large que le périmètre strict assigné aux actuels ABS en s'ouvrant davantage aux questions éducatives, sanitaires, culturelles et économiques. Afin de ne pas être redondante, elle devrait devenir le « portrait social » d'un territoire, utilisé pour construire le volet « cohésion sociale » du projet de territoire. Ce diagnostic devra porter un regard sur le pouvoir d'achat disponible des ménages après perception des allocations de toute nature et retranchement des dépenses « contraintes ». Certains outils permettent d'ores et déjà de mesurer le « reste à vivre » des ménages, une fois isolées les dépenses liées aux postes logement, transport et énergie. Les intercommunalités disposent de compétences importantes pour maîtriser l'évolution de ces dépenses « contraintes » via leurs PLH, leurs plans de déplacement urbains (PDU) et les plans climat air énergie territoriaux que le projet de loi de transition énergétique vise à renforcer.

Afin de réaliser ces ABS ou « portraits sociaux » de territoires, les fournisseurs de données que sont les caisses de protection sociale (CNAF, CNAV, MSA…) comme les départements devraient être encouragés à pratiquer plus largement l'open data et la transmission de données brutes. Dans un cadre régional ou départemental, cette mise à disposition doit être organisée via des observatoires capables de consolider les données majeures à l'échelle des territoires opérationnels que sont les intercommunalités.

Les ABS locaux devraient ainsi être recentrés sur un travail de diagnostic beaucoup plus participatif en lien avec les professionnels de l'action sociale et le tissu associatif. Les centres sociaux sont apparus à la mission comme d'excellents outils pour activer des projets individuels et collectifs, impliquer les populations dans des démarches participatives. Leur expérience et leur connaissance fine du terrain devraient conduire à leur donner un rôle actif dans l'élaboration des « portraits sociaux » et l'animation de l'ingénierie sociale.

2.3 La rationalisation des périmètres d'intervention

Recommandation n°9 : Rationaliser les zonages et secteurs de territorialisation des politiques publiques

L'élaboration des futurs schémas départementaux de coopération intercommunale (SDCI) devrait intégrer la préoccupation de la cohésion sociale territoriale parmi ses objectifs. La référence à la notion de « bassin de vie » doit traduire un objectif qualitatif et l'importance à accorder aux « territoires vécus » des populations. Même s'il ne saurait reposer sur une définition scientifique (le découpage proposé par l'INSEE repose sur des critères définis conventionnellement et selon des indicateurs d'accessibilité en distance-temps de certains équipements), le bassin de vie est une référence qui fait sens pour les élus locaux et les ménages.

Un considérable progrès serait accompli si cette nouvelle carte des intercommunalités servait de support à la redéfinition de l'ensemble des zonages d'intervention qui régissent les politiques sectorielles portées par les administrations déconcentrées de l'Etat (service public de l'emploi), les agences régionales de santé (territoires de santé), les circonscriptions des CAF ou de l'action territorialisée des départements, mais aussi les zonages spécifiques (aides APL, ZRR, ZRU…).

Dans le cadre du projet de loi NOTRe, l'AdCF souhaite que le schéma départemental d'accessibilité des services au public devienne le « référentiel » de cette mise en cohérence générale. Si chaque politique peut arguer de ses spécificités pour proposer son propre découpage, la multiplication des découpages conduit à des coûts de coordination considérables, à la prolifération des diagnostics redondants et à une opacité générale des politiques publiques. Plutôt que de partir en quête d'une maille « idéale » adaptée à chaque enjeu de politique publique, le moment est venu de privilégier l'adossement aux intercommunalités de projet des différentes formes de territorialisation de l'action publique. Seule cette unicité garantira la constitution d'une ingénierie de projet mutualisée, performante et pérenne.

Au fil de l'évolution des lois et règlements, une multitude de plans et de schémas organise les interventions sur le territoire de la région, du département de l'intercommunalité ou encore à l'échelle de la commune. N'ayant pas toujours le même ressort, se complétant ou pouvant faire doublons, n'ayant pas non plus la même périodicité, la multiplicité de ces documents entraine à la fois un gaspillage d'énergie et aussi une grande confusion des acteurs concernés par plusieurs de ces schémas ou plans[25]. C'est particulièrement vrai dans le domaine de l'action sociale.

Il conviendrait d'harmoniser les différents ressorts territoriaux existants. La première étape de cette harmonisation pourrait consister à rendre obligatoire un diagnostic territorial unique et partagé par tous les acteurs locaux, dont le ressort d'ensemble pourrait être le territoire départemental avec des déclinaisons sur les différents bassins de vie. Le conseil départemental aurait la responsabilité de fédérer l'ensemble des acteurs (mission d'un « chef de file ») pour élaborer ce diagnostic territorial obligatoire décliné par territoires - c'est-à-dire au sein des intercommunalités lorsque celles-ci, après les fusions prévues par la loi NOTRe, atteindront la taille de véritables « bassins de vie ». Ce diagnostic se substituerait à l'analyse des besoins sociaux. Les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux pourraient ensuite y être annexés. Les intercommunalités pourraient donc orienter leur politique sociale à partir de ce diagnostic.

2.4 La contractualisation

Recommandation n°10 : Vers une contractualisation multi-partite

En vue des nouvelles contractualisations en cours de préparation, tant au travers des contrats de plan Etat-région et de leurs volets territoriaux associant les départements, que des contrats de villes, il est nécessaire de proposer des volets « cohésion sociale » beaucoup plus ambitieux, intégrant les contractualisations sectorielles proposées aussi bien par les agences de l'Etat (ex. ACSE, ANAH, ANRU…), les caisses de protection sociale que par les conseils départementaux. Sur ces volets « cohésion sociale », le cadre départemental sera le bon niveau de pilotage pour assembler des financements et réunir les parties prenantes, en lien avec les intercommunalités.

Cette contractualisation devra associer les financeurs de l'action sociale mais également les agences régionales de santé (contrats locaux de santé), les financeurs des politiques d'insertion et des politiques de prévention. Les conventions de mise en œuvre des schémas départementaux d'accessibilité des services au public devraient également participer de cette mise en cohérence.

[25] Voir en annexe une représentation graphique de cette complexité

C'est dans ce cadre que les conseils départementaux devraient être invités à approfondir leurs efforts de « territorialisation » des politiques sociales, en concevant celle-ci non comme une simple déconcentration administrative mais comme une volonté de co-construction des politiques publiques. Ces nouveaux contrats devraient être ouverts à d'éventuelles délégations de compétences, notamment en matière de premier accueil.

Cette contractualisation multi-partite devrait également être l'occasion d'encourage et de favoriser le dialogue entre les agents des structures concernées et le partage d'information.

Recommandation n°11 : Associer les collectivités et intercommunalités à la gouvernance des caisses d'allocations familiales

Le développement des politiques locales de cohésion sociale n'aurait jamais pu s'opérer sans les concours importants des co-financeurs que sont les conseils départementaux, les caisses d'allocation familiales et les agences nationales (ACSé, ANAH…) ou régionales (ARS). Il serait à ce titre intéressant de mieux mesurer l'évolution de cette « solvabilisation » des politiques locales par les financements externes. Cela permettrait de mieux comprendre une partie de la progression des dépenses de fonctionnement du « bloc local » depuis les années 2000, sujet à forte dimension polémique. 100 000 places de crèches ont par exemple pu être déployées ces dernières années. De nombreux encouragements sont donnés aux maisons de santé. Des efforts seront importants à accomplir pour garantir l'autonomie des personnes dans un contexte de vieillissement de la population, puis répondre aux problèmes de dépendance.

Outre le dialogue à renforcer entre le conseil départemental et les intercommunalités sur les politiques sociales, en s'inspirant des pratiques les plus avancées (cf. Meurthe-et-Moselle, Ardèche, Pas-de-Calais…), les intercommunalités devraient être mieux associées à la gouvernance des caisses de protection sociale, en premier lieu des CAF qui développent des politiques contractuelles très structurantes. Nombre de témoins ont déploré une certaine rigidification de ces contrats, à travers leur normalisation nationale justifiée par un objectif d'égalité territoriale. Une implication plus étroite des intercommunalités permettrait sans doute de retrouver des capacités d'ajustement de ces contrats à la diversité des territoires.

Recommandation n°12 : Défiscaliser les aides financières apportées par le secteur privé à l'action publique dans le champ social

A l'instar de ce qui est prévu dans le champ de l'action culturelle, les entreprises pourraient être incitées à verser des dons aux collectivités locales qui agissent dans le champ social. La défiscalisation de ces dons pourrait être source d'un véritable effet levier pour l'action sociale locale dans un contexte budgétaire des plus contraints.

CONCLUSION

C'est un véritable chantier pour l'Assemblée des Communautés de France d'inviter ses adhérents à renforcer le volet « cohésion sociale » des projets de territoire et créer une maîtrise d'ouvrage sociale d'un nouveau type, en développant de nouvelles contractualisations avec les partenaires et financeurs de l'action sociale et une gouvernance intégrée avec les communes : points d'entrée pour les usagers dans des dispositifs de plus en plus complexes.

L'intercommunalité peut devenir l'interface entre la « territorialisation » des politiques des grands acteurs des politiques sociales et les initiatives locales. Ce chantier pourra s'appuyer sur des acquis importants et l'émergence d'une ingénierie sociale dans les territoires. L'élargissement des contrats de villes à l'échelle des intercommunalités, et la structuration rapide des CIAS en milieu rural, sont des opportunités pour avancer rapidement.

Les rapporteurs n'ont pas voulu, compte tenu des termes de la lettre de mission, explorer plus en profondeur les différents leviers à la disposition des intercommunalités pour conforter les politiques sociales en mobilisant des politiques connexes. Si les commanditaires en expriment le souhait, un second rapport pourra élargir le regard à ces dernières tout en intégrant les résultats de l'enquête qu'entend lancer l'AdCF auprès de ses adhérents. Ce second volet pourrait notamment s'intéresser à l'analyse des nouveaux contrats de territoires intercommunaux, et étudier les contributions spécifiques des politiques de la ville, du logement, d'emploi et d'insertion par l'économie, de mobilités…

Classement des recommandations par ordre de priorité :

- Généraliser les projets territoriaux de développement social
- Inscrire l'action sociale d'intérêt communautaire dans le « bloc » des compétences obligatoires des communautés
- Préserver une large capacité locale pour définir l'intérêt communautaire
- Associer les collectivités et intercommunalités à la gouvernance des caisses d'allocations familiales
- Fédérer le réseau des élus municipaux via des commissions intercommunales de la cohésion sociale
- Prévoir des transitions souples et des compétences « à la carte » en matière sociale lors des évolutions de périmètres
- Faire de l'analyse territorialisée des besoins (ABS) la base de l'évolution de l'organisation des interventions sociales de proximité
- Encourager le déploiement des CIAS
- Imaginer des solutions mutualisées pour mieux articuler CIAS et CCAS
- Rationaliser les zonages et secteurs de territorialisation des politiques publiques
- Vers une contractualisation multi-partite
- Défiscaliser les aides financières apportées par le secteur privé dans le champ social

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTE

MINISTÈRE DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Paris, le 01 AOUT 2014

Monsieur le président,

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, engagement du Président de la République, a été officiellement adopté le 21 janvier 2013 lors du Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions.

La coordination de l'action sociale constitue l'un des axes principaux de ce plan. Il s'agit de clarifier les rôles des différentes institutions et de mieux les articuler entre eux pour renforcer la territorialisation de la lutte contre la pauvreté et favoriser l'accès aux droits sociaux.

Dans ce domaine, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale jouent, là où ils existent, un rôle déterminant dans le repérage des personnes en difficulté et l'accompagnement vers l'ouverture de leurs droits, aux côtés des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des partenaires sociaux, des caisses et des associations.

Ces établissements publics administratifs, qui ont remplacé le 6 janvier 1986 les bureaux d'aide sociale, sont devenus des acteurs incontournables de l'action sociale et médico-sociale sur les territoires.

Ils jouent un rôle de plus en plus important dans la lutte contre toutes les formes d'exclusion, notamment bancaire, dans l'aide à domicile, l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées, l'aide au logement et l'hébergement, la petite enfance, l'accompagnement des personnes éloignées de l'emploi mais aussi le soutien aux personnes en situation de handicap.

La capacité d'intervention des CCAS est cependant variable suivant les communes et les territoires. Leur fonctionnement peut ainsi se heurter à des difficultés matérielles, notamment dans les communes de petite taille. L'article L 125-3 du code de l'action sociale et des familles permet le transfert de tout ou partie des compétences des CCAS vers les centres intercommunaux d'action sociale, les CIAS. Cette mutualisation au niveau intercommunal constitue, dans un nombre de territoires croissant, une solution permettant d'apporter des réponses structurées aux besoins sociaux des citoyens. Cette mutualisation pourrait cependant être encore davantage développée et soutenue, voire généralisée.

Le développement des intercommunalités en France modifie le contexte des politiques publiques au niveau local et interroge la relation entre les collectivités et leurs établissements. La prochaine loi portant nouvelle organisation territoriale de la République amplifiera le mouvement d'intégration des intercommunalités, conformément aux annonces du Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 8 avril dernier.

Monsieur Daniel DELAVEAU
Président de l'Assemblée des communautés de France
22, rue Joubert
75009 PARIS

Par ailleurs, les possibilités de transferts de compétences sociales des départements vers les métropoles créées par la loi de modernisation de l'action publique et d'affirmation des métropoles du 27 janvier dernier et les annonces du gouvernement sur l'avenir des collectivités départementales ouvrent d'importantes perspectives d'évolution.

Dans ce contexte, la question de la structuration de la réponse au plus près du besoin d'accompagnement des personnes, et plus spécifiquement de la place des CCAS et CIAS dans cette réponse, se pose.

Nous avons l'honneur de vous confier la mission de préparer un rapport sur ce sujet. Dans la perspective du futur projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, il s'agit,

- de recenser et d'analyser précisément des expériences locales d'organisation des services locaux d'action sociale, en particulier à l'échelle intercommunale ;
- d'en tirer les bonnes pratiques en termes de maîtrise des coûts, de professionnalisation des structures et de développement d'une action sociale de proximité indispensable aux citoyens pour l'accès aux droits ;
- de formuler éventuellement des recommandations d'évolutions législatives et/ou réglementaires afin de favoriser les mutualisations de moyens et une meilleure gouvernance de l'action sociale de proximité.

Vos préconisations viseront à concilier le maintien d'une action sociale de proximité indispensable aux citoyens pour l'accès aux droits et la rationalisation et simplification de l'action publique au profit là encore des citoyens, dans une idée de subsidiarité.

Une attention particulière devra être apportée à la concertation avec l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, l'Association des maires de France et l'Assemblée des Départements de France, mais également l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'exclusion, services de l'Etat, collectivités locales, associations, caisses et partenaires sociaux. Des citoyens directement concernés par l'action sociale seront également associés aux travaux. Vous veillerez enfin à articuler vos travaux avec l'évaluation de politique publique en cours sur les mutualisations au sein du bloc communal.

L'ensemble des administrations de l'Etat, et notamment la direction générale de la cohésion sociale et la direction générale des collectivités locales, seront à votre disposition pour vous apporter tout appui utile dans votre mission. Vous bénéficierez en outre du concours des inspections générales des affaires sociales et de l'administration.

Nous vous proposons d'échanger sur la désignation de votre part du ou des élus de l'ADCF chargés de cette mission. Nous souhaiterions pouvoir disposer d'un premier rapport d'étape pour la fin du mois d'octobre et d'un rapport définitif pour le 5 décembre.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

MARISOL TOURAINE

MARYLISE LEBRANCHU

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Assemblée des communautés de France (AdCF)
Monsieur Loïc CAURET, Président de la communauté de communes de Lamballe, Maire de Lamballe
Monsieur Antoine CHEREAU, Président de la communauté de communes Terres de Montaigu, Maire de Montaigu, Conseiller régional
Monsieur Nicolas PORTIER, Délégué général
Madame Floriane BOULAY, Responsable des affaires juridiques et des questions institutionnelles

Ministère de l'intérieur
Direction générale des collectivités locales (DGCL)
Monsieur Stanislas BOURRON, Adjoint au directeur général
Monsieur Guillaume ROBILLARD, Chef du bureau des services publics locaux

Ministère des affaires sociales
DREES
Madame Magda TOMASINI, Sous-directrice de l'observation de la solidarité
Monsieur Rémy MARQUIER, Chef du bureau « collectivités locales »

Union Nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)
Monsieur Benoît CALMELS, Délégué général
Monsieur Christophe PITEUX, Délégué général adjoint en charge des services aux adhérents
Madame Hélène-Sophie MESNAGE, Adjointe au délégué général en charge des relations presse et parlementaires

Caisse des dépôts, département action territoriale et partenariats, Mairie-conseils
Monsieur Bernard SAINT-GERMAIN, Chargé de mission

Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements et des Métropoles (ANDASS)
Monsieur Etienne PETITMENGIN, Délégué de l'ANDASS, DGA du département du Doubs en charge des politiques de solidarité et de cohésion sociale

Fédération nationale des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF)
Monsieur François VERCOUTERE, Délégué de la fédération nationale des centres sociaux et socioculturels de France

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)
Monsieur Jean-Louis SANCHEZ, Délégué général de l'ODAS

Conseil supérieur du travail social
Monsieur Michel THIERRY, Vice-président

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
Monsieur Daniel LENOIR, Directeur général
Monsieur Frédéric MARINACCE, Directeur des politiques familiales et sociales

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
Monsieur Pierre MAYEUR, Directeur général
Monsieur Antonin BLANCKAERT, Directeur de l'action sociale

- **Département du Nord**

Lille métropole
Monsieur Jean-Pierre GUFFROY, Directeur général adjoint des services

Communauté de communes de Pévèle-Carembault
Monsieur Jean-luc DETAVERNIER, Président, Conseiller général
Monsieur Christophe QUINTELIER, Directeur général des services
Monsieur Gautier DUMOULIN, Coordinateur pôle services à la population
Madame Mélanie QUILLOT, Référente RSA
Madame Catherine SZAT, Cellule emploi intercommunale

Département du Nord
Madame Evelyne SYLVAIN, Directrice générale adjointe à la solidarité
Madame Françoise DESCAMPS, Directrice adjointe – Lutte contre les exclusions et promotion de la santé

Union départementale des centres communaux d'action sociale (UDCCAS)
Madame Julie MATHIEU, Déléguée générale

Caisse d'allocations familiales du Nord
Madame Audrey WARTHEL-MATHON, Directrice adjointe en charge du réseau et des politiques
Monsieur Olivier BOISSEAU, Sous-directeur en charge des prestations familiales
Madame Isabelle LEHOUCK, Sous directrice du département action sociale

- **Département du Loir-et-Cher**

Communauté d'agglomération Agglopolys
Madame Corinne GARCIA, Maire adjointe de Blois, Vice-présidente d'Agglopolys, Administratrice du CIAS
Madame Bernadette BUTEAU, Administratrice du CIAS, membre du CIDFF
Monsieur Alain FARINE, Directeur général des services
Monsieur Sylvain HEURTEBISE , Directeur général adjoint des services proximité, Directeur du centre intercommunal d'action sociale
Madame Stéphanie HAYE, Directrice adjointe du CIAS du Blaisois

Préfecture de Loir-et-Cher
Monsieur Yves LE BRETON, Préfet de Loir-et-Cher

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)
Madame Alix BARBOUX, Directrice adjointe, sous directrice de la cohésion sociale
Madame Julie MARTIN, Chef du service solidarité, hébergement et logement

Département de Loir-et-Cher
Monsieur Michel THYRARD, Directeur général adjoint des solidarités du département

Caisse d'allocations familiales de Loir-et-Cher (CAF)
Monsieur Stéphane CORRE, Directeur adjoint en charge du pôle allocataires
Madame Sylvaine KLEIN-GALLUET, Responsable du service accès au droit

Fédération aide à domicile en milieu rural (ADMR) de Loir-et-Cher
Madame Marie-José GOISIER, Présidente de la fédération ADMR de Loir-et-Cher
Monsieur Pascal DUPONT, Directeur de la fédération ADMR de Loir-et-Cher

Communauté de communes du Pays de Vendôme
Madame Monique GIBOTTEAU, Maire adjointe de Vendôme, Vice-présidente du CIAS et du CCAS, Vice-présidente du conseil général
Monsieur Laurent BRILLARD, Conseiller municipal, Administrateur du CCAS de Vendôme
Monsieur David MORICE, Directeur général adjoint des services, Directeur du CIAS et Directeur du CCAS de Vendôme
Madame Emilie KOSMALA, Attachée à la direction générale des services de la communauté de communes et de la ville de Vendôme
Monsieur PERROCHE, Maire de Saint-Ouen
Madame Jeanine VAILLANT, Adjointe au maire de Saint-Ouen
Madame Christine HANS, Directrice générale des services de la ville de Saint-Ouen
Monsieur Thierry BENOIST, Maire de Thoré-la-Rochette
Madame Michèle BORNAREL, Maire de Saint-Firmin-des-Prés

Sous-préfecture de Vendôme
Madame Sophie LESIEUX, Sous-préfète de Vendôme

MSA de la région Centre
Madame Nicole GOURMAUD, Responsable adjointe de l'action sociale de la MSA

Centre hospitalier de Vendôme
Monsieur Thomas ROUX, Directeur

- **Journée de séminaire organisée par Mairie-Conseil à la CDC « Politique sociale intercommunale, faut-il créer un CIAS ? »**

Communauté de communes de Vire
Monsieur Gilles MALOISEL, Maire, Vice-président de la communauté de communes
Madame Nicole DESMOTTES, Maire, Vice-présidente de la communauté de communes
Madame Catherine MADELAINE, Adjointe au maire, Vice-présidente de la communauté de communes
Madame Françoise LEFEVRE, Responsable du CCAS

Communauté de communes des Premiers sapins
Monsieur Pierre-François BERNARD, Maire, Premier vice-président de la communauté de communes

Communauté de commune du Pays du Royan
Monsieur Yves JOUFFREY, Président de la communauté de communes
Madame Véronique REYNAUD, Vice-présidente de la communauté de communes
Monsieur Régis RICHAUD, Directeur
Madame Aïcha QUEMENEUR, Responsable du pôle cohésion sociale

Communauté de communes de Moselle et Madon
Madame Marie-Laure SIEGEL, Vice-présidente de la communauté de communes
Madame Cathy BEAUFORT, Chargée de mission
Madame Catherine MORISE, Agent de développement

Communauté de communes du Centre Argonne
Monsieur Sébastien JADOUL, Vice-président de la communauté de communes
Madame Fanny WARNIER, Agent de développement

Communauté de communes du Pays de Commercy
Madame Guylaine THOMAS, Vice-présidente de la communauté de communes
Monsieur Reynald GUYER, Vice-président de la communauté de communes
Madame Aurélie BON, Responsable du pôle administratif

Communauté de communes du Pays Vouglaisien
Madame Joëlle PROUST, Conseillère communautaire
Madame Marie-Astrid NAPELON, Technicien

Communauté de communes Vienne Glane
Madame Martine NEBOUT-LACOURARIE, Adjointe au Maire
Madame Danielle MANEUF, Responsable du CCAS

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- **La structuration de la compétence action sociale intercommunale**

Recommandation n°1 : Généraliser les projets territoriaux de développement social

Recommandation n°2 : Inscrire l'action sociale d'intérêt communautaire dans le « bloc » des compétences obligatoires des communautés

Recommandation n°3 : Préserver une large capacité locale pour définir l'intérêt communautaire au sein de la compétence action sociale

Recommandation n°4 : Prévoir des transitions souples et des compétences « à la carte » en matière sociale lors des évolutions de périmètres

- **Les outils à la disposition des collectivités du bloc local**

Recommandation n°5 : Fédérer le réseau des élus municipaux via des commissions intercommunales en charge de la cohésion sociale

Recommandation n°6 : Encourager le déploiement des CIAS

Recommandation n°7 : Imaginer des solutions mutualisées pour mieux articuler CIAS et CCAS

Recommandation n°8 : Faire de l'analyse territorialisée des besoins (ABS) la base de l'évolution de l'organisation des interventions sociales de proximité

- **La rationalisation des périmètres d'intervention**

Recommandation n°9 : Rationaliser les zonages et secteurs de territorialisation des politiques publiques

- **La contractualisation**

Recommandation n°10 : Vers une contractualisation multi-partite

Recommandation n°11 : Associer les collectivités et intercommunalités à la gouvernance des caisses d'allocations familiales

Recommandation n°12 : Défiscaliser les aides financières apportées par le secteur privé à l'action publique dans le champ social

Annexes

Annexe territorialisée

Politique de la ville : opportunité d'élargir le périmètre de contractualisation

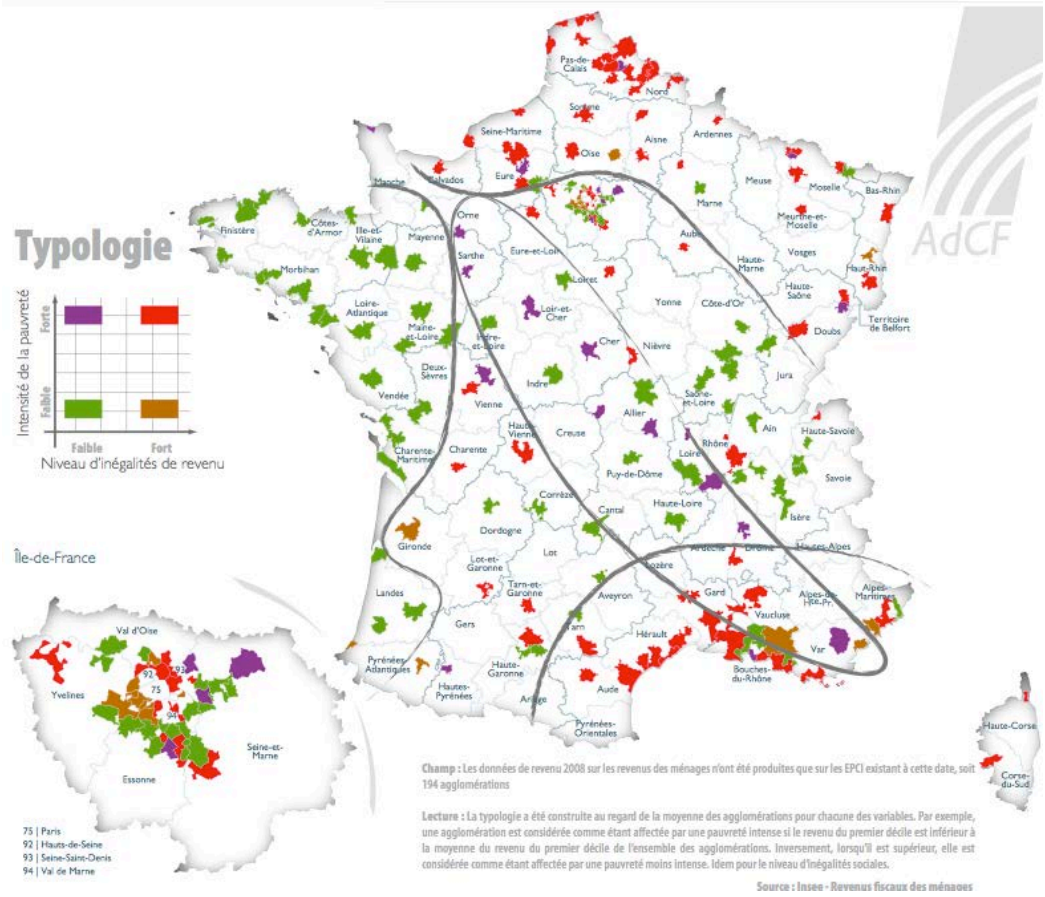
De toutes les politiques publiques recensées, la politique de la ville figure sans doute parmi l'une de celles qui a le plus innové en termes d'efforts de coordination des acteurs et de constitution d'une maîtrise d'ouvrage sociale. Les contrats de ville sont les plus riches en matière de cohésion sociale même si leur principale limite est d'avoir proposé un traitement *in situ* à l'échelle des quartiers défavorisés. Parfois décriée, elle doit être évaluée en raisonnant « en creux » c'est-à-dire en s'interrogeant sur ce qu'il serait advenu si rien n'avait été fait. Dans ses propositions de législature, en juillet 2012, l'AdCF avait suggéré de changer enfin d'échelle pour trouver au niveau de l'agglomération des réponses aux problèmes de ces quartiers. Sans rompre avec le traitement social de proximité, les solutions aux enjeux les plus lourds passent par des interventions efficaces en matière de logement et de rénovation urbaine, de parcours résidentiel, de mobilités, d'accès à l'emploi, de parcours éducatif, d'offre culturelle… qui relèvent du bassin de vie.

Les évènements de janvier ont remis au centre de l'actualité la question des quartiers défavorisés et à très forte concentration de populations issues d'origine étrangère. Dix ans après les émeutes de Clichy, rapidement étendues à de nombreuses villes de France, se repose avec acuité la question des discriminations territoriales et de la surconcentration spatiale des difficultés sociales. Il serait erroné et même désespérant de laisser penser que rien n'a été entrepris ni réussi depuis trente ans au titre de la politique de la ville ou de la rénovation urbaine. De très nombreuses réussites ont été constatées, nombre de quartiers défavorisés disposent de services publics et d'équipements de qualité, des associations remarquables contribuent à maintenir le lien social. Un certain épuisement est néanmoins constaté du fait de la puissance des « flux » qui voient les ménages ou individus en phase d'ascension sociale s'éloigner des quartiers stigmatisés. Les quartiers populaires défavorisés sont les espaces refuges des ménages modestes et des primo-arrivants dans des grandes agglomérations qui ont été marquées, depuis quinze ans, par une évolution des valeurs vénales et locatives bien supérieure à celle du pouvoir d'achat. Ces mécanismes de marché enrayent très largement les politiques de mixité sociale et les efforts de construction locative sociale.

Contrairement à une idée trop répandue, notre politique de la ville n'est pas une politique de la « banlieue ». Comme l'a mis en évidence le récent Portrait social de la France publié par l'INSEE, les communes des agglomérations où se concentrent les plus grandes difficultés sociales sont pour la plupart les villes centres de ces dernières (du moins certains de leurs quartiers), à l'exception notable des deux grandes agglomérations parisienne et lyonnaise. Dans nombre d'agglomérations françaises, les communes de première couronne présentent des revenus médians par habitant supérieurs à ceux des communes centres. Il est donc souhaitable de proposer une analyse plus fine des disparités sociales et territoriales au sein de nos agglomérations ou bassins de vie, tant pour observer les inégalités sociales des ménages que les inégalités de ressources des collectivités. A cet égard, de très fortes différences caractérisent les villes françaises. Dans une étude consacrée aux dynamiques des agglomérations françaises au cours des années 2000-2010, l'AdCF a publié des cartes qui analysent à la fois les disparités sociales au sein des agglomérations mais aussi l'intensité de la pauvreté (cf. carte ci-dessous). Alors que la façade atlantique montre de faibles inégalités et une faible intensité de la pauvreté,

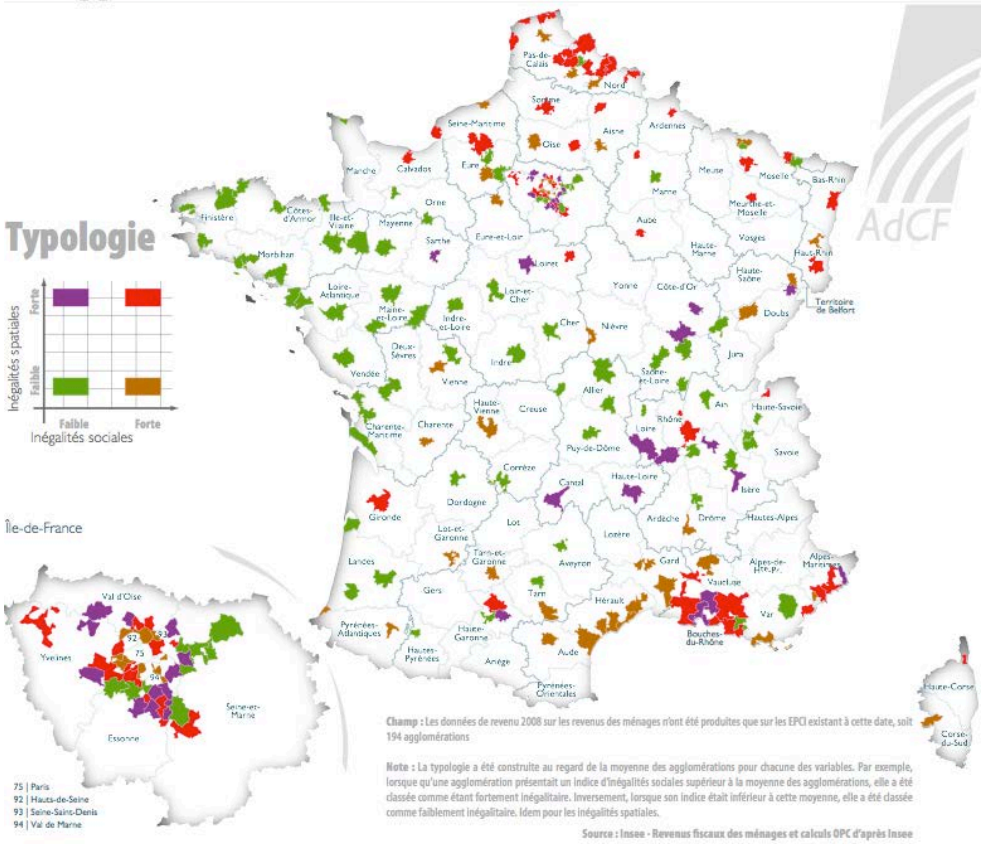
la situation est inverse dans les agglomérations du nord de la France (Nord-Pas-de-Calais, Normandies, Picardie, Lorraine, Alsace…) et sur la façade méditerranéenne.

Niveau d'inégalités de revenu par habitant (indice de Gini) avec l'intensité de la pauvreté (premier décile) des agglomérations françaises en 2008



Ces taux de disparité peuvent également être mesurés entre les communes d'une même agglomération en rapportant les disparités de revenus entre les personnes mais aussi entre les communes. Les deux cartes s'avèrent très proches dans leurs résultats.

Mise en perspective du niveau de disparités de revenu entre communes et disparités de revenu entre habitants à l'échelle des agglomérations françaises en 2008



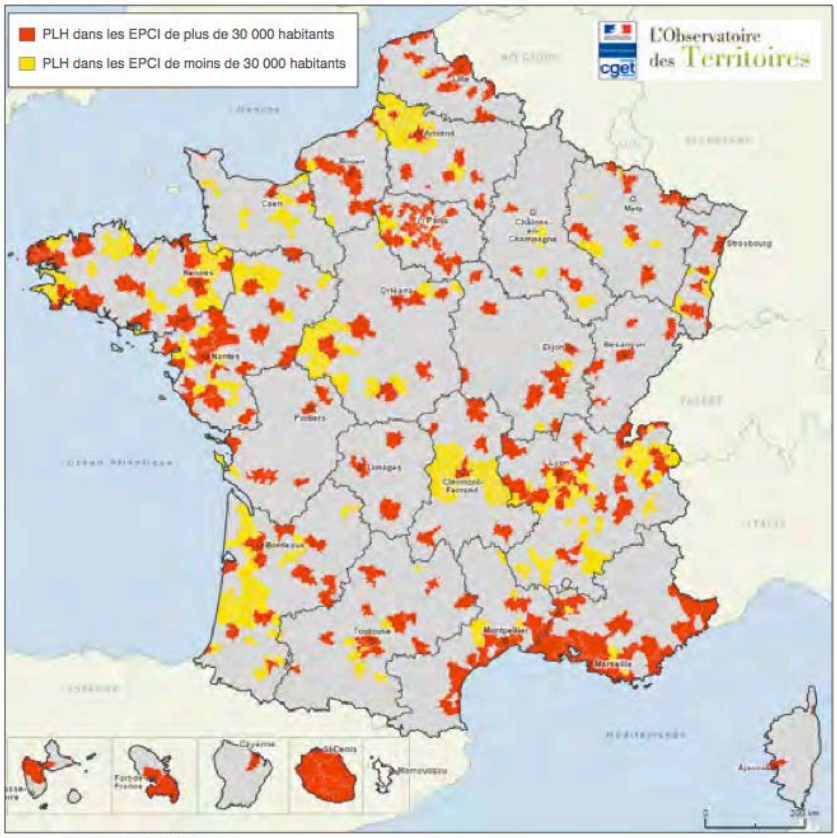
Sauf à n'agir qu'à l'endroit où se concentrent les difficultés et les mécanismes cumulatifs d'exclusion, il était parfaitement justifié de proposer un changement d'échelle des politiques de cohésion urbaine comme le propose la loi du 21 février 2014 de programmation pour la politique de la ville et la cohésion urbaine en associant les intercommunalités au pilotage de ces contrats. Ce nouvel horizon contractuel, impliquant les intercommunalités, ne doit pas se traduire seulement par un simple changement d'échelle de contrats conçus à l'identique. Elle doit permettre de mobiliser de nouvelles solidarités intercommunales, aussi bien financières (via la péréquation) que stratégiques dans les conceptions des politiques de logement, de transport, de soutien de l'économie et de l'emploi, de suivi éducatif, de prévention de la délinquance…

Les données de l'ONZUS ont montré le fort taux de mobilité des ménages en difficulté au sein des agglomérations, loin de l' « assignation à résidence » parfois évoquée dans les médias. Dans un cadre strictement communal, nombre de services sociaux ou d'équipes éducatives « perdent la trace » des familles. Le travail d'accompagnement social, de suivi au long cours des familles en difficulté… doit s'opérer à une échelle départementale mais aussi être relayé localement par un dispositif d'agglomération. En matière d'insertion économique, c'est désormais largement le cas à travers les outils territorialisés de la politique de l'emploi que sont les missions locales, les PLIE, les maisons de l'emploi… de plus en plus intercommunaux, et dont l'AdCF recommande le pilotage intégré et transversal (cf. solution du GIP commun utilisée par des communautés urbaines ou d'agglomération).

En matière de parcours résidentiel, les programmes locaux de l'habitat (PLH) de nouvelle génération comprennent des volets de plus en plus attentifs aux politiques de peuplement. Après le succès des délégations des aides à la pierre aux agglomérations, succès confirmés par une évaluation de la Cour des Comptes, le renforcement des prérogatives des communautés et métropoles délégataires est programmé par la loi ALUR et va se traduire par la fixation de critères d'attribution des logements sociaux. Cette perspective permettra d'engager une véritable réflexion sur les politiques de peuplement et sur les politiques d'occupation, au-delà de la seule production de l'offre nouvelle qui accapare de manière excessive les débats (avec les quelques communes carencées qui ne respectent pas la loi SRU). Le moment est en effet venu de rappeler que, même s'il faut relancer l'appareil de production de logements pour détendre les marchés, c'est essentiellement sur le parc existant de logements qu'il faut agir en travaillant sur la réhabilitation, en adaptant l'offre aux besoins nouveaux (évolution de la composition des ménages), en fluidifiant les parcours résidentiels, en luttant contre les co-propriétés dégradées, en gardant en mémoire que c'est dans le parc privé (« parc social de fait ») que se concentrent les ménages les plus modestes.

De même, c'est à l'échelle de l'agglomération voire du département qu'il faut organiser de véritables solutions pour l'hébergement d'urgence, tant est devenue inacceptable au sein de sociétés développées l'image donnée par le retour au coeur des grandes villes des bidonvilles et des campements.

Les PLH en France (2014)



Source : CGET 2014 - IGN GéoFla

Les options de délégation de compétences entre le département et les grandes métropoles, inscrites dans le projet de loi NOTRe, vont offrir des opportunités pour « réconcilier l'urbain et l'humain », tendre vers une autorité organisatrice unique du logement. Le laboratoire de la

métropole de Lyon sera à cet égard une expérience à regarder de très près pour mesurer les gains d'efficacité que l'on peut attendre d'une autorité unique. Les coûts de coordination, les pertes d'information, les éventuelles mésententes institutionnelles… devraient être substantiellement réduits même s'il ne faut pas sous-estimer les enjeux de management internes à de très grandes collectivités pour assurer des politiques transversales.

L'inscription de la nouvelle géographie prioritaire dans des contrats de ville élaborés et signés à l'échelle des intercommunalités est une véritable opportunité pour mutualiser les équipes de maîtrise d'œuvre urbaines et sociales (MOUS) et les conforter. Nombre d'entre elles disposent d'un véritable savoir faire dans l'action en matière de cohésion sociale, de mobilisation de politiques spécifiques et de procédures de droit commun. Cette intégration intercommunale permettra une cohérence accrue avec les équipes politiques et techniques cherchées du pilotage de compétences structurantes des intercommunalités urbaines en matière de mobilités (PDU, AOTU…), de logement (PLH, délégations des aides à la pierre), de développement économique et d'emploi (maisons de l'emploi, PLIE…).

La récente étude de l'ODAS, *Les villes et le lien social*, réalisée par Cyprien Avenel à partir de 7 études de cas met en évidence l'épuisement d'une certaine forme d'action de la politique de la ville et des politiques sociales. Ce rapport, comme bien d'autres, appellent à une ré-inscription de l'action sociale dans un projet territorial plus large, mobilisant d'autres ressources. Les nouveaux contrats de ville peuvent en être l'occasion.

Espaces de faible densité, nouvelles ruralités péri-urbaines :

S'ils se manifestent différemment, les enjeux de la cohésion sociale s'avèrent également très prégnants dans les espaces ruraux isolés, confrontés au vieillissement et au dépeuplement, comme dans les campagnes péri-urbaines marquées par des enjeux émergents spécifiques. La puissante transformation sociologique des campagnes en l'espace de trente ans a métamorphosé les rapports sociaux, confronté bien souvent les communes à de nouvelles populations porteuses d'attentes très fortes voire de nouvelles exigences. La demande de services publics de qualité s'y avère plus difficile à organiser en raison de la difficulté d'atteindre les seuils critiques.

La polarisation des activités et des services sur des bourgs-centres est un enjeu important pour organiser l'accès et bénéficier de phénomènes de co-attractivité des équipements. Le renforcement du maillage des Maisons de services publics, prévu par le projet de loi NOTRe, en lien avec le schéma départemental d'accessibilité des services au public, est une politique attendue qui ressort des conclusions des Assises des territoires ruraux. Les politiques de cohésion sociale et les compétences d'action sociale devront être placées au cœur de ces réorganisations, pour simplifier les points d'entrée dans les dispositifs, proposer un accompagnement de qualité, réfléchir aux horaires d'ouverture et aux dessertes en transport collectif de ces services…

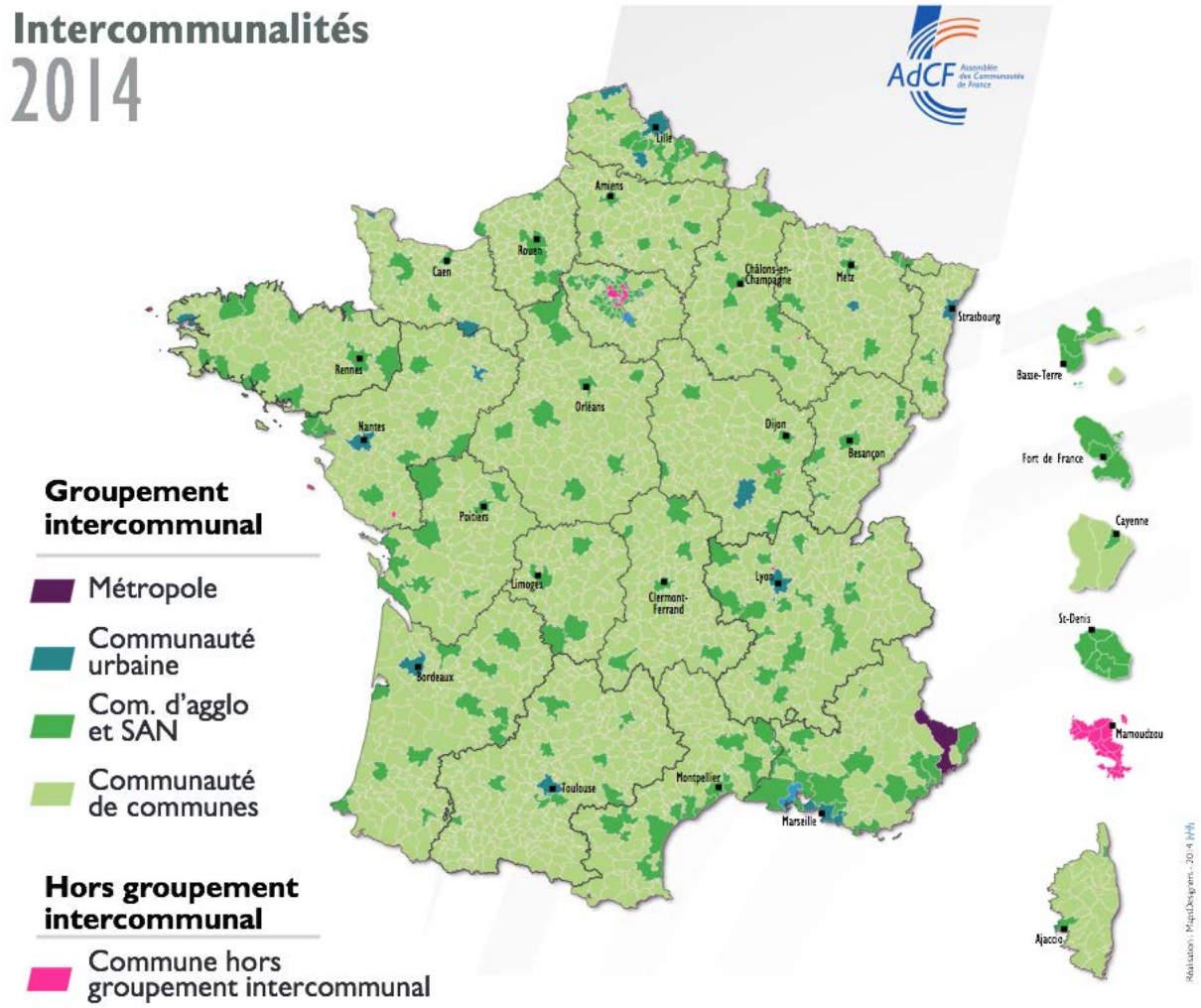
Cette lisibilité est d'autant plus nécessaire que les campagnes françaises ont profondément évolué ces dernières décennies. Des précarités nouvelles y sont apparues, sous l'effet d'éviction des villes provoqué par les prix de l'immobilier et les pénuries de logements sociaux. Les économies réalisées lors de l'accession à la propriété sont hélas souvent contrariées par les dépenses de transport et d'énergie. Ces dépenses contraintes laissent un « reste à vivre »

souvent très faible. Le commerce local comme les activités de services sont pénalisés par la faiblesse du pouvoir d'achat disponible pour faire fonctionner l'économie résidentielle.

Même si les maires et les équipes municipales connaissent souvent plus finement leurs administrés que dans les agglomérations, plusieurs auditions ont montré que les nouvelles populations (« la France des lotissements ») s'insèrent parfois moins dans la vie locale, réduisent leurs contacts a minima, n'envisagent guère d'investissement civique ou associatif. A côté des « néo-ruraux » sur-investis dans certains territoires, les deuxième et troisième couronnes des agglomérations, comme les bourgs-centres environnant des petites villes, sont marqués par les espaces dortoirs et les navettages quotidiens. Emergents après la crise de 1992-93, les phénomènes de surendettement se sont multipliés depuis la crise de 2008 parmi les ménages accédants. Les ruptures familiales se traduisent par de très grandes difficultés sociales qui ne sont pas toujours immédiatement perçues dans certaines communes « dortoirs ».

Il n'est pas surprenant que l'action sociale intercommunale se soit beaucoup plus rapidement structurée dans les espaces ruraux, pour apporter des services auparavant inexistants ou virtuels. Ce sont essentiellement les communautés qui ont permis le déploiement d'un réseau dense de crèches, de relais assistantes maternelles, de systèmes de portage de repas à domicile, mais aussi de CLIC ou de maisons de santé. Plus que de transferts de compétences, il s'est souvent agi de création ex nihilo de services et d'équipements.

Cartographie des communautés au 1er janvier 2014



Source : Observatoire de l'AdCF

Taille des EPCI à fiscalité propre

	Taille en nombre de communes				Population totale légale 2014 (millésimée 2011)			
	Moyenne	Médiane	Maximum	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Minimum
Ensemble des EPCI à fiscalité propre	**17,1**	**14,0**	**131**	**2**	**29 197**	**11 982**	**1 328 098**	**211**
dont : – métropole	49,0	–	–	–	545 475	–	–	–
– CU	29,7	27,0	85	5	486 248	261 995	1 328 098	56 596
– CA	21,9	18,0	78	2	122 235	93 554	496 456	30 098
– SAN	5,8	6,0	8	4	62 316	64 370	103 026	17 499
– CC	16,4	14,0	131	2	14 399	10 401	172 809	211

Sources : DGCL, INSEE

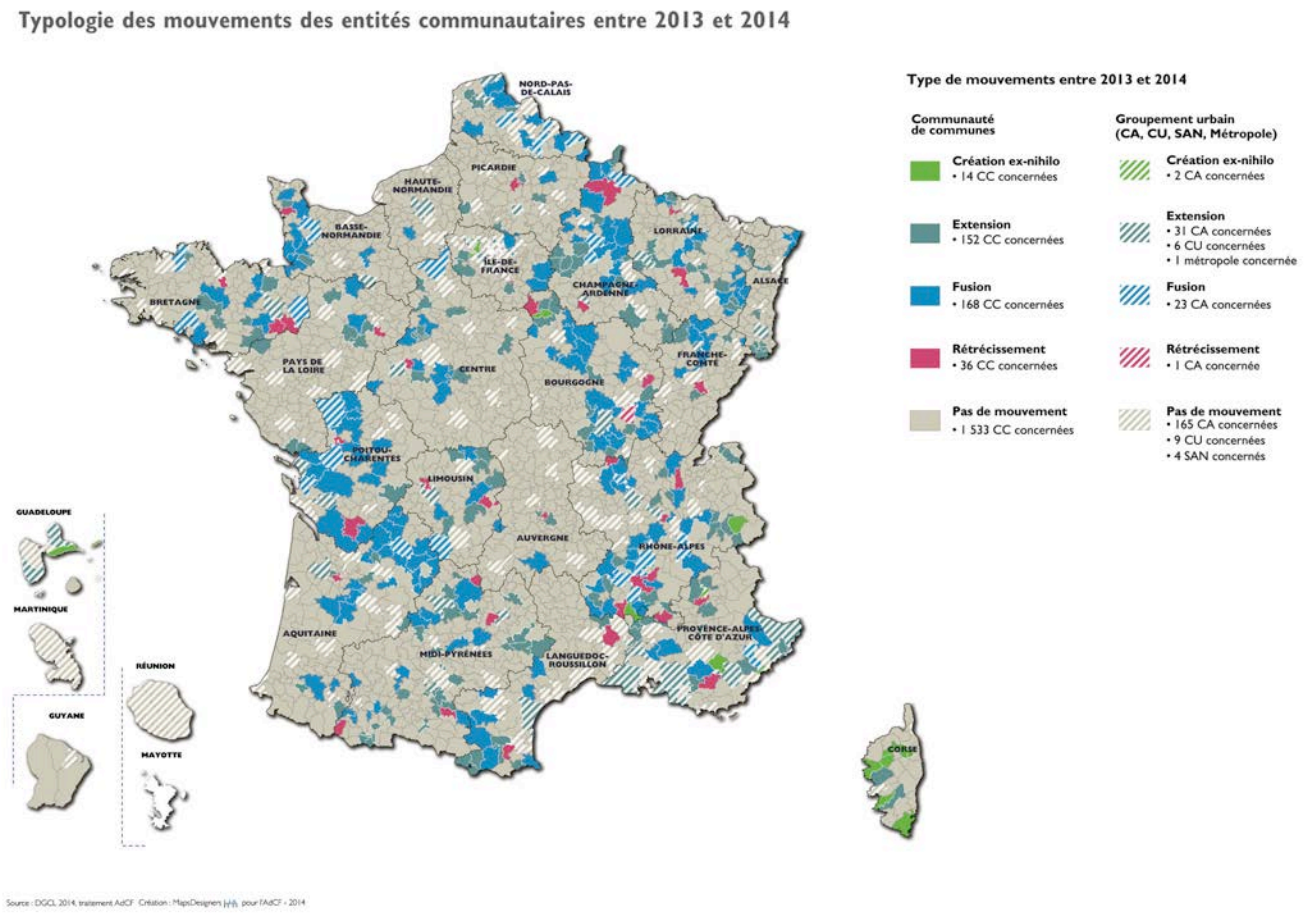
Evolution du nombre d'EPCI à fiscalité propre

EPCI à fiscalité propre	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Métropoles	–	–	–	1	1	1
Communautés urbaines	12	16	16	15	15	15
Communautés d'agglomération	50	181	191	202	213	222
Communautés de communes	1 533	2 409	2 387	2 358	2 223	1 903
SAN	9	5	5	5	4	4
Districts*	241	–	–	–	–	–
Nombre d'EPCI à fiscalité propre	**1 845**	**2 611**	**2 599**	**2 581**	**2 456**	**2 145**
Nombre total de communes	**21 347**	**34 774**	**35 041**	**35 305**	**36 049**	**36 614**
Pop. totale regroupée (en millions d'hab.)	**37,1**	**57,9**	**58,8**	**59,3**	**60,9**	**62,6**

** La loi du 12 juillet 1999 prévoyait la disparition des districts et des communautés de villes qui se transforment en CU, CA ou CC au 1er janvier 2002 au plus tard.*

Source : DGCL, Rapport de l'observatoire des finances locales 2014, annexe 6

Cartographie des évolutions de périmètres des communautés en 2013 et 2014



Source : Observatoire de l'AdCF

Nombre et répartition des CCAS et CIAS par profils d'activité

CCAS	CIAS	total structures		Profils d'activité
1 791	0	1 791	5%	A = « coquilles vides » au plan budgétaire et comptable (absence d'actif et de passif)
				absence d'opérations budgétaires durant un exercice)
5417	7	5 424	16%	B = « dormants » aucune opération budgétaire au cours de l'exercice 2010 (incluant A)
5820	5	5 825	18%	C= produits et des charges de fonctionnement inférieurs à 1 000 euros par an
9443	9	9 452	29%	D = produits et des charges de fonctionnement inférieurs à 2 000 euros par an (incluant C)
14860	16	14876	45%	Total CCAS/CIAS **inactifs** (16%) et très peu **actifs** (29%), dont 98% seraient situés sur des communes < 1500 hab
17 946	273	18 219	55%	Total CCAS/CIAS **actifs**
32 806	**289**	**33 095**	**100%**	**TOTAL CCAS/CIAS**

Source : DGFIP 2010

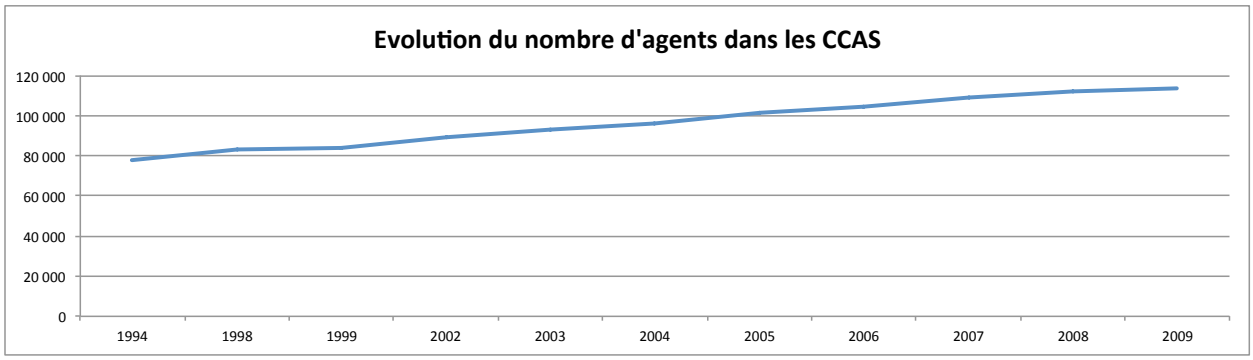
Budgets des centres communaux d'action sociale (en M€), en 2012

Nombre d'établissements *	27 259
Montant des budgets**	
Ventes, prestations de services et autres	601
Dotations et participations reçues	1 952
Autres produits	255
Produits réels de fonctionnement	2 808
Produits totaux de fonctionnement	–
Achats et charges externes	655
Frais de personnel	1 662
Charges financières	16
dont intérêts des emprunts	*15*
Autres charges	403
Charges réelles de fonctionnement	2 736
Charges totales de fonctionnement	–
Dotations et fonds divers	16
dont FCTVA	*13*
Subventions et participations d'équipement	25
Emprunts	68
Autres recettes	36
Recettes réelles d'investissement	145
Recettes totales d'investissement	–
Dépenses d'équipement	149
Remboursement d'emprunts	39
Autres dépenses	33
Dépenses réelles d'investissement	221
Dépenses totales d'investissement	–

Source : DGFIP

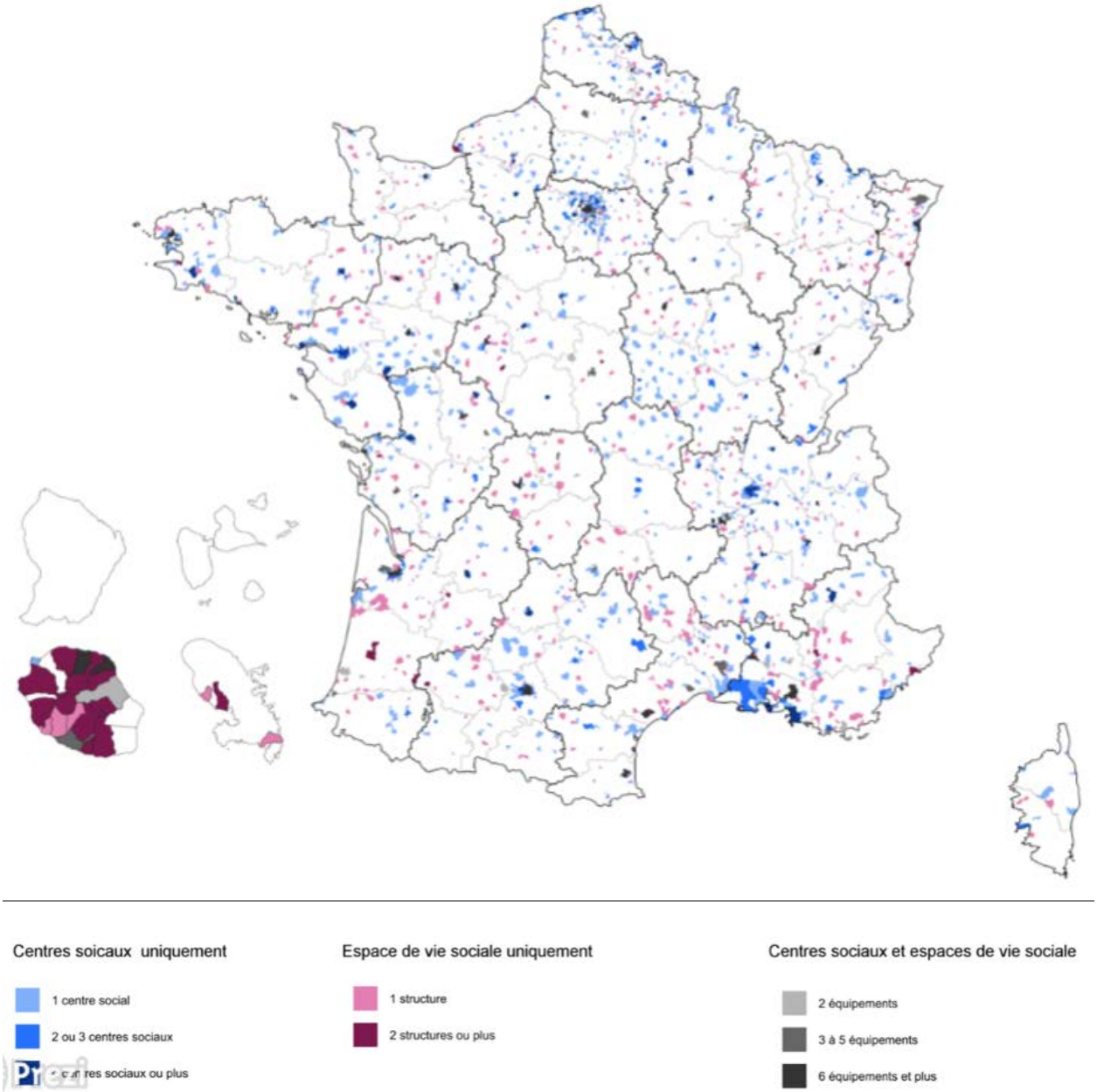
Les établissements recensés sont ceux pour lesquels un compte de gestion a été tenu en 2012 par le poste comptable. Les budgets annexes ne sont pas pris en compte.

Evolution des effectifs dans les CCAS/CIAS



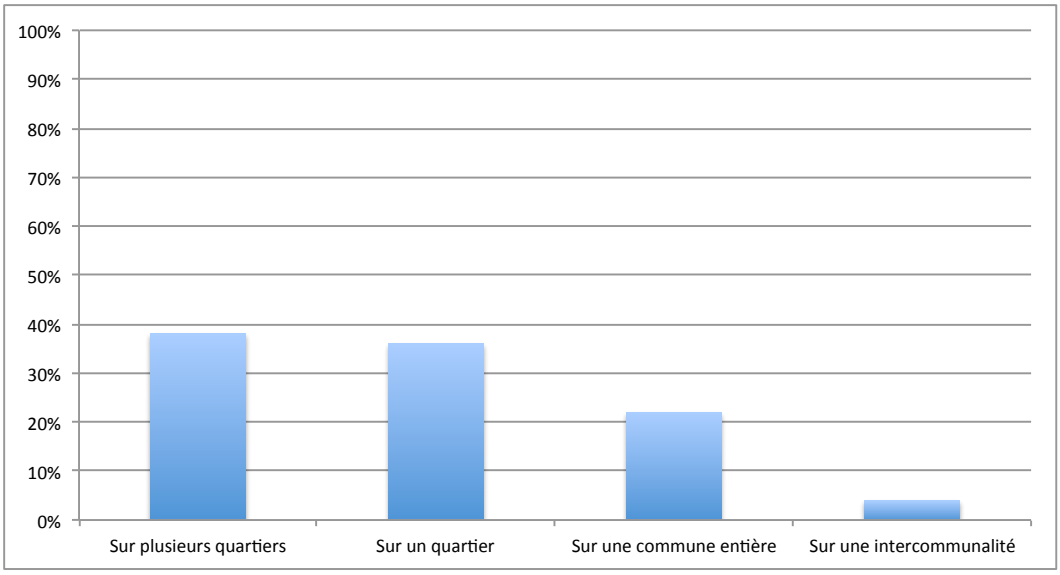
Source : INSEE

Localisation des centres sociaux, au 1er janvier 2015



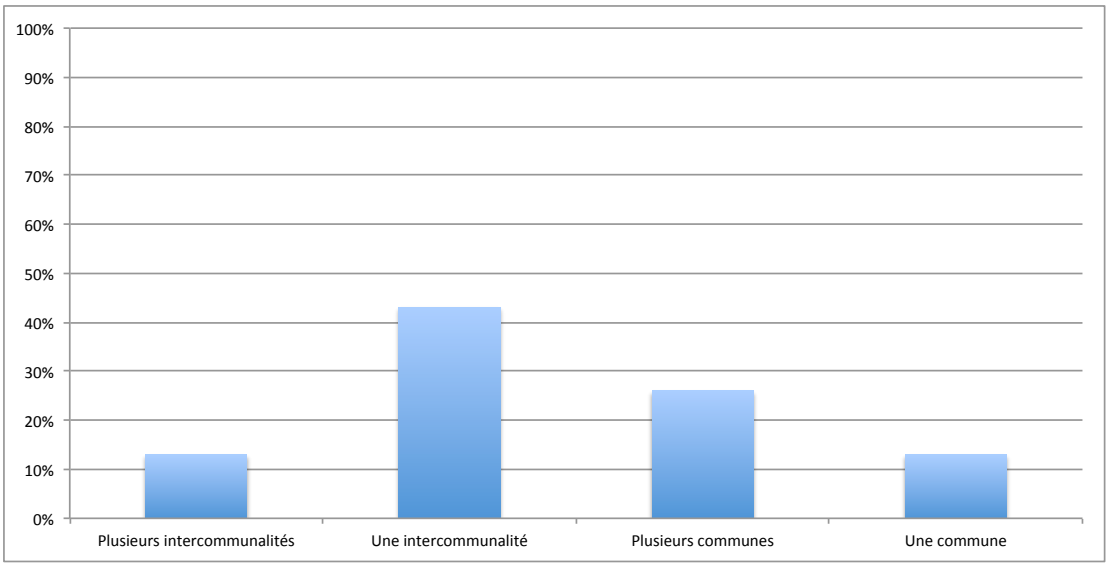
Source : CNAF

Zone de rayonnement des centres sociaux en milieu urbain, en 2014



Source : Fédération des centres sociaux et socioculturels de France

Echelle de gestion des centres sociaux en milieu rural, en 2014



Source : Fédération des centres sociaux et socioculturels de France

Évolution des dépenses totales d'aide sociale départementale

	2008	2009	2 010	2 011	2012 (p)	Évolution 2012/2011	Évolution 2012/2008
	En millions d'euros courants			En euros constants			
Aide sociale aux personnes âgées							
dépenses brutes	7 238	7 564	7 838	7 979	8 158	0,3 %	6,5 %
dépenses nettes	6 111	6 382	6 626	6 786	6 933	0,2 %	7,3 %
Aide sociale aux personnes handicapées							
dépenses brutes	5 136	5 603	5 993	6 358	6 669	2,9 %	22,7 %
dépenses nettes	4 729	5 148	5 496	5 821	6 069	2,3 %	21,3 %
Aide sociale à l'enfance							
dépenses brutes	6 052	6 382	6 635	6 884	7 126	1,5 %	11,3 %
dépenses nettes	5 927	6 259	6 510	6 701	6 945	1,6 %	10,8 %
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et au RSA							
dépenses brutes	6 466	7 007	7 674	7 911	8 221	1,9 %	20,2 %
dépenses nettes	6 288	6 633	7 369	7 543	7 807	1,5 %	17,4 %
Total des dépenses des 4 grandes catégories d'aide sociale							
dépenses brutes	24 892	26 556	28 140	29 131	30 174	1,6 %	14,6 %
dépenses nettes	23 054	24 422	26 000	26 851	27 754	1,4 %	13,8 %
Dépenses totales (y compris frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention sociale)							
dépenses brutes	27 792	29 560	31 223	32 269	33 402	1,5 %	13,6 %
dépenses nettes	25 885	27 328	28 939	29 838	30 794	1,2 %	12,5 %

(p) : provisoire Champ : France métropolitaine

Source : DREES, Enquête Aide sociale

Evolution des bénéficiaires des prestations de l'aide sociale départementale

Aides aux personnes âgées

		2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2013/2009	2013/2012
Aides aux personnes âgées		**1 298 660**	**1 330 890**	**1 364 660**	**1 388 890**	**1 418 880**	**9%**	**2%**
Aides aux personnes âgées à domicile		731 600	749 760	767 270	778 030	794 240	9%	2%
	Aides ménagères	20 730	19 380	18 390	18 130	17 760	-14%	**-2%**
	Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (1)	675 190	687 440	698 590	704 660	715 180	6%	**1%**
	Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP) (2)	18 210	17 540	18 380	18 210	18 350	1%	**1%**
	Prestation de compensation du handicap des 60 ans ou plus (PCH) (2)	17 480	25 390	31 920	37 030	42 960	146%	**16%**
Aides aux personnes âgées en établissement		567 060	581 140	597 380	610 860	624 640	10%	2%
	Aide sociale à l'hébergement (ASH)	116 060	116 150	116 260	115 110	114 960	-1%	**0%**
	Accueil chez des particuliers	1 670	1 800	1 840	1 740	1 800	8%	**3%**
	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	446 820	460 320	475 640	489 700	503 560	13%	**3%**
	Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP) (2)	2 060	2 150	2 350	2 390	2 200	7%	-8%
	Prestation de compensation du handicap des 60 ans ou plus (PCH) (2)	460	720	1 290	1 920	2 130	363%	11%
Total allocation personnalisée d'autonomie (APA)		**1 122 000**	**1 147 760**	**1 174 230**	**1 194 360**	**1 218 730**	**9%**	**2%**
Total allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (ACTP)		**20 270**	**19 680**	**20 730**	**20 600**	**20 550**	**3%**	**0%**
Total prestation de compensation du handicap des 60 ans ou plus (PCH)		**17 940**	**26 120**	**33 210**	**38 950**	**45 090**	**257%**	**16%**

Aides aux personnes handicapées

		2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2013/2009	2013/2012
Aides aux personnes handicapées		**310 040**	**331 910**	**355 590**	**369 480**	**380 340**	**23%**	**3%**
Aides aux personnes handicapées à domicile		168 920	186 170	202 550	206 530	213 990	27%	4%
	Aides ménagères et auxiliaires de vie	18 570	19 490	21 110	20 250	20 270	9%	**0%**
	Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (ACTP) (2)	59 560	53 680	49 960	45 460	42 450	-29%	**-7%**
	Prestation de compensation du handicap des moins de 60 ans (PCH) (2)	90 790	112 990	131 480	140 810	151 270	67%	**7%**
Aides aux personnes handicapées en établissement		141 130	145 750	153 040	162 950	166 350	18%	2%
	Aide sociale à l'hébergement (ASH)	96 250	98 950	103 330	107 810	110 670	15%	**3%**
	Accueil chez des particuliers	5 180	5 310	5 260	5 310	5 450	5%	**3%**
	Accueil de jour	16 210	16 190	16 840	17 020	17 350	7%	**2%**
	Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (ACTP) (2)	15 810	14 220	12 460	11 890	10 040	-36%	**-16%**
	Prestation de compensation du handicap des moins de 60 ans (PCH) (2)	7 670	11 070	15 140	20 930	22 830	198%	**9%**
Total allocation compensatrice		**75 370**	**67 900**	**62 420**	**57 350**	**52 490**	**-30%**	**-8%**

pour tierce personne des moins de 60 ans (ACTP)							
Total prestation de compensation du handicap des moins de 60 ans (PCH)	**98 460**	**124 060**	**146 630**	**161 750**	**174 100**	**77%**	**8%**

Aide sociale à l'enfance et aide sociale au titre de l'insertion

		2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2013/2009	2013/2012
Aide sociale à l'enfance		**289 440**	**290 700**	**297 250**	**303 380**	**306 670**	**6%**	**1%**
Enfants accueillis à l'ASE		144 450	145 980	148 440	150 350	153 100	6%	2%
	Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	126 460	129 100	132 280	134 780	137 870	9%	2%
	Placements directs par un juge	17 990	16 880	16 160	15 570	15 230	-15%	-2%
Actions éducatives (AEMO et AED)		144 990	144 730	148 810	153 040	153 580	6%	0%
	Actions éducatives à domicile (AED)	44 470	44 140	45 010	47 450	47 940	8%	1%
	Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	100 520	100 580	103 800	105 590	105 640	5%	0%
Total de l'aide sociale aux personnes âgées, handicapées et à l'enfance		**1 898 140**	**1 953 510**	**2 017 500**	**2 061 750**	**2 105 890**	**13%**	**2%**
Aide sociale au titre de l'insertion		**1 364 400**	**1 435 840**	**1 474 510**	**1 555 380**	**1 661 800**	**22%**	**7%**
	Revenu minimum d'insertion (RMI) (3)	2 470	20	-	-	-	**-**	**-**
	Revenu de solidarité active (RSA) socle (3)	1 313 920	1 373 750	1 411 280	1 497 500	1 611 400	**23%**	**8%**
	Contrat d'insertion (4)	48 010	62 070	63 240	57 880	50 400	**5%**	**-13%**
Total		**3 262 540**	**3 389 350**	**3 492 010**	**3 617 130**	**3 767 690**	**24%**	**4%**

(1) Bénéficiaires payés.
(2) Droits ouverts.
(3) Le RSA socle remplace le RMI et l'allocation de parent isolé (API) depuis le 1er juin 2009.
(4) Contrats uniques d'insertion au titre du RSA socle et du RSA socle majoré et contrats emploi d'avenir non marchands.
(p) Données provisoires.
Note • Les chiffres sont arrondis à la dizaine. Les sommes des données détaillées peuvent donc différer légèrement des totaux.
À la suite de l'amélioration de la qualité des données dans un département, les données concernant l'APA à domicile, ainsi que les sous-totaux et totaux, ont été révisés pour les années 2011 et 2012, par rapport aux précédentes publications.
Champ • France métropolitaine, effectifs au 31 décembre 2013.

Sources : DREES, enquête Aide sociale au 31 décembre 2013, CNAF, CCMSA, DARES.

Évolution des dépenses brutes d'aide sociale départementale selon le type d'aide

	2008	2009	2 010	2 011	2012 (p)	Évolution 2012/2011	Évolution 2012/2008
	Dépenses en millions d'euros courants					En euros constants pour les dépenses	
Aide sociale aux personnes âgées							
Total dépenses brutes	**7 238**	**7 564**	**7 838**	**7 979**	**8 158**	**0,3 %**	**6,5 %**
• aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou plus, aides ménagères)	3 322	3 427	3 538	3 569	3 584	-1,5 %	2,0 %
• aide à l'accueil (ASH, APA, accueil familial)	3 729	3 905	4 076	4 185	4 339	1,7 %	10,0 %
Aide sociale aux personnes handicapées							
Total dépenses brutes	**5 136**	**5 603**	**5 993**	**6 358**	**6 669**	**2,9 %**	**22,7 %**
• aide à domicile (ACTP et PCH des moins de 60 ans, aides ménagères)	1 015	1 204	1 342	1 452	1 521	2,7 %	41,6 %
• aide à l'accueil (ASH, accueil familial)	3 965	4 247	4 495	4 734	4 967	2,9 %	18,4 %
Aide sociale à l'enfance							
Total dépenses brutes	**6 052**	**6 382**	**6 635**	**6 884**	**7 126**	**1,5 %**	**11,3 %**
• enfants accueillis à l'ASE	4 699	4 910	5 081	5 294	5 494	1,8 %	10,5 %
placements en établissements	*2 969*	*3 072*	*3 203*	*3 345*	*3 535*	3,6 %	12,5 %
placements en familles d'accueil	*1 537*	*1 633*	*1 674*	*1 739*	*1 843*	4,0 %	13,4 %
• actions éducatives	390	393	401	413	421	-0,1 %	1,8 %
• dépenses d'allocation	297	316	322	327	346	3,8 %	10,3 %
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et RSA(2)							
Total dépenses brutes	**6 466**	**7 007**	**7 674**	**7 911**	**8 221**	**1,9 %**	**20,2 %**
• dépenses d'insertion du RMI	955	718	143	90	66	**-28,3 %**	-93,5 %
• dépenses de RSA expérimental	30	23	2	-	-	-	-
• dépenses de CI-RMA (1)	86	42	15	1	1	-28,4 %	-99,1 %
• dépenses liées aux contrats d'avenir (1)	209	173	54	5	4	-11,5 %	-98,0 %
• dépenses d'allocation du RMI et du RSA	5 186	5 789	6 645	6 907	7 209	2,4 %	31,4 %
• dépenses d'insertion du RSA - hors CUI	-	261	702	714	756	3,9 %	-
• dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	-	113	195	185	-6,9 %	-

(1) : Certains départements n'ont pas comptabilisé les dépenses liées au CI-RMA et aux contrats d'avenir dans les rubriques prévues par la nomenclature comptable. Il est possible que ces dépenses soient comptabilisées avec les dépenses de RMI et/ou de RSA.
Note • Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes âgées.
(p) provisoire.
Champ • France métropolitaine - hors services communs et autres interventions sociales. Hors frais de personnels à l'exception de ceux liés au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.

Sources : DREES - Enquêtes aide sociale. CNAF, MSA pour les allocataires du RMI, du RSA "socle" et "socle majoré", et du RSA expérimental. DARES pour les bénéficiaires des contrats uniques d'insertion, des CI-RMA et des contrats d'avenir.

Évolution des dépenses brutes d'APA, d'ACTP et de PCH

En millions d'euros courants

	2008	2009	2 010	2 011	2012 (p)	Évolution 2012/2011 en euros constants
Total personnes âgées	**4 999**	**5 206**	**5 433**	**5 537**	**5 654**	**0,1 %**
APA	4 802	4 964	5 126	5 188	5 257	-0,6 %
ACTP, 60 ans ou plus	119	119	121	125	131	2,8 %
PCH, 60 ans ou plus	78	123	185	224	266	16,6 %
Total personnes handicapées	**969**	**1 158**	**1 290**	**1 393**	**1 462**	**3,0 %**
ACTP, moins de 60 ans	490	448	408	385	359	-8,6 %
PCH, moins de 60 ans	478	710	882	1 008	1 103	7,4 %

(p) provisoire.

Champ • France métropolitaine - hors services communs et autres interventions sociales. Hors frais de personnels, à l'exception de ceux liés au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.

Source : DREES - Enquête aide sociale.