



Projet du gouvernement Lecornu sur une décentralisation en matière d'autonomie, incluant une réforme des Agences Régionales de Santé (ARS)

Cette note présente la position de la FNAPAEF concernant le projet du gouvernement Lecornu de décentraliser vers les départements le traitement de la problématique du grand âge et d'engager, en corollaire, une réforme en profondeur des Agences Régionales de Santé (ARS).

En complément, elle rappelle la chronologie et le contenu des annonces gouvernementales, la chronologie et le contenu des rapports préliminaires et les réactions du secteur médico-social à ce projet.

La position de la FNAPAEF

Mi-novembre 2025, le Premier Ministre Sébastien Lecornu a annoncé, sans préavis, son projet de décentraliser le traitement de la problématique du grand âge, en le plaçant sous la tutelle unique des départements, vers qui pourraient être transférées les compétences actuelles des Agences Régionales de Santé (ARS).

Cette annonce a immédiatement fait réagir les acteurs du champ médico-social et de la santé, qui ont tous exprimé leur incompréhension et leur grande inquiétude devant ce projet.

La FNAPAEF rejette elle aussi fermement ce projet de décentralisation vers les départements, qui lui apparaît comme gravement préjudiciable pour les usagers. C'est une mauvaise solution au véritable enjeu du grand âge, apportée à la va-vite et sans partir des besoins des citoyens.

En effet, la gestion départementale du champ médico-social a déjà fait la démonstration de ses nombreuses limites : fortes inégalités territoriales, équilibre budgétaire des établissements soumis à certaines lignes de financement des plus variables et surtout incertaines, fortes contraintes financières ouvrant la voie à des arbitrages opportunistes, voire clientélistes, au détriment de l'intérêt des personnes les plus vulnérables, mais aussi, hélas, incapacité avérée à prévenir certains scandales de maltraitance, en EHPAD comme dans l'accueil des enfants placés.

Pourtant, **devant le mur démographique à venir**, avec un nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui pourrait augmenter en France de près d'1 million entre 2020 et 2040, **notre pays a plus que jamais besoin d'une politique du grand âge qui soit :**

- **ationale**, pour répondre de façon équitable au droit de tous les citoyens français à une vieillesse digne et une qualité de vie préservée même en cas de perte d'autonomie,
- **globale et innovante**, pour activer tous les leviers de la prévention, de l'inclusion et du soin, tout au long du vieillissement des personnes,
- **financée à long terme**, avec un principe de solidarité citoyenne et intergénérationnelle et une péréquation nationale pour lisser la diversité des situations économiques des territoires,
- **nourrie par une démocratie médico-sociale revivifiée à tous les échelons**, depuis les Conseils de la Vie Sociale en établissements jusqu'aux ministères ou la CNSA.



Les structures nationales, déconcentrées en région comme les ARS créées il y a 15 ans, ou centralisée comme la CNSA créée il y a 4 ans, doivent être le support de cette politique nationale ambitieuse du grand âge, en s'appuyant sur leur expertise spécifique.

Le projet annoncé à la va-vite par Sébastien Lecornu s'appuie sur des rapports généraux et relativement superficiels, couvrant tout le champ de l'action publique, motivés par une volonté politique de décentralisation, la recherche d'économies et un souci de simplification normative. Ces objectifs sont légitimes mais, outre leurs dimensions idéologique et politique, ils ne constituent pas la bonne porte d'entrée dans la problématique critique du grand âge : **il faut impérativement aborder le sujet du point de vue des usagers** (ceux qu'on appelle en entreprise « les utilisateurs » ou « les clients »), en se posant la question de **leurs besoins, de leurs attentes et des services à leur rendre**, pour identifier les résultats et le niveau de performance à atteindre. C'est seulement sur cette base que l'on pourra **réviser les processus de délivrance de ces services, pour les rendre plus efficaces et moins coûteux**. Comme partout, de nombreux leviers existent pour optimiser un fonctionnement : la clarification des responsabilités, la simplification du cadre réglementaire, l'homogénéisation des pratiques, la suppression des tâches inutiles, la professionnalisation des acteurs, l'adaptation des moyens...

La question de la coordination (entre « métier » et « territoire », entre les « métiers », entre les « territoires ») se posera toujours, quelle que soit l'organisation retenue. Elle se traite notamment par une vision partagée de l'intérêt des usagers et la valorisation des compétences de coopération chez les responsables.

Une telle réforme ne pourra réussir que si elle est fondée sur **l'écoute et l'association de l'ensemble des parties prenantes, usagers et professionnels en premier lieu**. Elle devra ensuite être prolongée par des démarches qualité locales, elles aussi nourries par une écoute attentive en continu des usagers, et par un fonctionnement volontariste et sincère des instances consultatives à tous les niveaux (établissement, local, départemental, régional, national).

En conclusion, la FNAPAEF appelle le gouvernement à assumer la responsabilité qui est la sienne concernant l'enjeu critique du grand âge, au lieu de se défausser sur les départements. Elle craint que ce renvoi de la problématique au niveau de chaque département ne soit une manœuvre destinée à affaiblir l'expression et la capacité d'action des usagers et des professionnels, au profit d'un potentiel lobbying exercé par des intérêts privés.

La FNAPAEF appelle au contraire au **lancement immédiat d'un travail collectif** qui s'appuie sur les multiples rapports dédiés produits depuis 2018¹ et associe l'ensemble des parties prenantes, en vue **d'élaborer une véritable politique nationale du grand âge, d'identifier un financement de long terme et de réviser les processus en jeu pour les rendre plus performants, à l'écoute des usagers et des professionnels.**

¹ Depuis l'élection d'Emmanuel Macron, une vingtaine de rapports ont été produits sur la problématique du grand âge, à la demande des gouvernements successifs mais aussi à l'initiative des Commissions des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat. Ils sont riches, documentés, souvent concertés, quasiment unanimes en termes de constats et d'axes de travail, et relativement convergents sur les propositions formulées, à l'exception de la question du financement, plus discutée.



De quoi on parle ? La chronologie et le contenu des annonces gouvernementales

Après avoir esquissé une volonté de décentralisation devant le Parlement en octobre 2025, s'engageant à déposer un projet de loi relatif à l'action publique et à la décentralisation avant les élections municipales de mars 2026, le Premier Ministre Sébastien Lecornu a développé sa vision le 14 novembre 2025, lors des Assises des Départements de France à Albi, en ciblant « les thématiques sociales de solidarité, dont la dépendance et le handicap » qui nécessitent « beaucoup de libertés locales ». Il « propose un acte de rupture », à écrire avec les conseils départementaux, « notamment sur les questions sanitaires, médico-sociales et sociales » et affirme, en corollaire, que « le temps est venu de réformer en profondeur les ARS ».

Dans la foulée, la Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Stéphanie Rist, adresse aux Directeurs généraux des ARS, [un courrier daté du 14 novembre 2025](#), dont l'objet est intitulé « Transformation des ARS et réforme de la gouvernance de la santé – clarification et mobilisation ».

Après avoir rappelé que « grâce à vous [les ARS], la France dispose d'un opérateur capable de piloter l'ensemble des politiques de santé, avec une expertise reconnue et une capacité d'action qui en font un point d'appui indispensable pour l'Etat, les professionnels et l'ensemble des acteurs du territoire », la Ministre réaffirme pourtant la volonté du gouvernement de transformer les ARS, avec des travaux en cours articulés autour de 3 axes :

- Moderniser le réseau des ARS et clarifier les responsabilités
- Renforcer l'ancrage territorial et le partenariat avec les collectivités et les conseils départementaux
- Une méthode : progressivité, co-construction, soutien aux équipes

Depuis, dans [un courrier daté du 24 novembre 2025](#) adressé aux présidents de conseil départemental, Sébastien Lecornu indique qu'il veut « faire du département la collectivité des solidarités », notamment en confiant aux départements « la planification, l'organisation et la responsabilité du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie », avec un rôle renforcé pour les nouvelles formes d'habitat intermédiaire, les ministères actuellement impliqués² se désengageant complètement de cette compétence. Côté sanitaire, Le Premier Ministre confirme dans son courrier qu'il compte confier au départements « un rôle de copilote du déploiement de France Santé avec les préfets de départements et les services du ministère de la santé ». A noter que, curieusement, ce courrier ne mentionne à aucun moment les Agences Régionales de Santé.

Le dépôt d'un projet de loi de décentralisation pourrait se faire le 17 décembre 2025, selon des sources professionnelles.

² Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et Ministère de la ville et du logement



D'où ça sort ? La chronologie et le contenu des rapports préliminaires

Le rapport Woerth (mai 2024)

En novembre 2023, Emmanuel Macron, Président de la république, confie à Eric Woerth, député de l'Oise (Ensemble Pour la République), une mission sur la décentralisation.

Eric Woerth remet, en mai 2024, [un rapport « Décentralisation : le temps de la confiance »](#), contenant 51 propositions.

Parmi toutes ces propositions, **deux concernent la question des solidarités et du social :**

- **Créer un établissement public local, « Service départemental des solidarités », présidé par le président du Conseil départemental, avec des cofinancements et une gouvernance de l'Etat et du département sur l'ensemble des compétences sociales obligatoires**
- **Faire du département l'acteur principal de la prévention de la perte d'autonomie en renforçant sa compétence d'accompagnement à domicile, notamment à travers la décentralisation de Ma Prime Adapt – Recentraliser le financement et la tutelle des EHPAD et des foyers d'accueil médicalisés**

Sur le social, Eric Woerth se dit conscient que les politiques conjointes Etat-département sont nombreuses et complexes, que ce soit sur l'insertion, l'autonomie ou l'enfance. Pas question de tout recentraliser... mais pas question non plus d'effacer le rôle de l'Etat. D'où le choix médian d'une "contractualisation globale entre l'État et les départements, autour d'une gouvernance et de financements partagés", qui se matérialisera par la création d'un "établissement public local", le service départemental des solidarités, présidé par le président du conseil départemental, et une gouvernance intégrant des représentants de l'État, et des organismes de sécurité sociale, qui couvrirait l'ensemble des compétences et dépenses sociales obligatoires des départements, avec toutefois **deux exceptions** : la protection de l'enfance et **les EHPAD, pour lesquels le rapport propose de "recentraliser le financement, les autorisations et la tutelle des Ehpads" dans la mesure où ceux-ci "ont vocation à être de plus en plus médicalisés".**

Le rapport Woerth ne formule **aucune recommandation dans le champ de la santé et n'évoque jamais la question des ARS.**

Le rapport Ravignon (mai 2024)

En parallèle, en décembre 2023, les ministres Thomas Cazenave (Ministre délégué chargé des comptes publics) et Dominique Faure (Ministre déléguée chargée des collectivités territoriales) confient à M. Boris Ravignon, maire de Charleville-Mézières (LR) et président d'Ardenne Métropole, une mission sur les coûts des normes et de l'enchevêtrement des compétences entre l'Etat et les collectivités.

Boris Ravignon remet, en mai 2024, [un rapport](#) de 115 pages (hors annexes), annonçant un coût de l'enchevêtrement des responsabilités et des compétences entre l'Etat et les collectivités et entre les collectivités entre elles estimé à 7,5 Mds €. Il formule de nombreuses propositions de réorganisation et 50 propositions de simplification de normes.

Dans ce rapport, **21 lignes concernent le grand âge**, sous le titre « **Unifier au niveau des départements la responsabilité en matière de grand âge** » : « Déjà en charge de l'accompagnement à domicile des personnes âgées, les départements constituerait ainsi la **tutelle unique des EHPAD**. Ils recevraient pour ce faire la

délégation des crédits de l'assurance-maladie, aujourd'hui gérés par les ARS. Réduisant les coûts de coordination entre départements et ARS, cette organisation allègerait la charge des directeurs d'EHPAD et permettrait aux départements de gérer un continuum de solutions adaptées au vieillissement de la population. »

Par ailleurs, **25 lignes du rapport concernent la santé**, sous le titre « **Confier aux départements un rôle de chef de file en matière d'accès aux soins** ».

Le rapport Barros – Lavarde (juillet 2025)

Début 2025, le Sénat, à la demande du groupe Les Républicains dans le cadre de son « droit de tirage » annuel, décide de constituer une commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État. Son président est Pierre Barros (groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky) et son rapporteur Christine Lavarde (groupe Les Républicains).

Le [rapport de la commission d'enquête](#) est remis en juillet 2025. Parmi les 58 recommandations, **la recommandation n°38 concerne spécifiquement les ARS : « transférer les missions des Agences régionales de santé aux services déconcentrés au niveau régional et départemental »**

La proposition s'appuie sur les critiques formulées à l'encontre des ARS (« lenteur bureaucratique et inefficacité des procédures », « éloignement des réalités locales et déficit de concertation », « poids financier et recherche d'économies »).

Tout en actant un alignement d'ores et déjà renforcé entre ARS et préfet (présidence du conseil d'administration de l'ARS assurée par le préfet ; participation du directeur général de l'ARS au comité d'administration de la région ; association du directeur général de l'ARS aux opérations diligentées dans le cadre des comités opérationnels départementaux antifraude ; reprise de la direction fonctionnelle de l'ensemble des établissements publics de l'État, dont les ARS, par le préfet de département en cas de crise sanitaire), le rapport considère que le transfert des attributions des ARS aux services déconcentrés de l'État sous l'autorité des préfets supprimerait les ambiguïtés actuelles sur la répartition des responsabilités. **Une direction régionale de la santé, rattachée à la préfecture de région, reprendrait les fonctions de pilotage stratégique aujourd'hui dévolues à l'ARS.** Et les délégations départementales des agences, sous l'autorité du préfet de département, exerceraient les missions de proximité : suivi des établissements de santé et médico-sociaux, inspections sanitaires, animation des contrats locaux de santé, gestion des situations d'urgence. La chaîne de commandement ainsi unifiée (ministère-préfet de région-préfet de département) serait appuyée par un échelon maintenu de coordination régionale. La suppression des ARS en tant qu'entités juridiques simplifierait en outre les circuits budgétaires, estiment les sénateurs. Elle permettrait des sources d'économies sur les fonctions administratives support (ressources humaines, informatique et communication) et les postes de direction. Et participerait à une meilleure allocation des ressources aux soins avec la suppression du niveau intermédiaire de décision budgétaire, continuent les deux sénateurs. Quant à la répartition du financement mixte entre l'État et l'Assurance maladie, Pierre Barros et Christine Lavarde suggèrent de maintenir l'actuel partage mais en **transférant la part de l'Assurance maladie vers un programme ou un fonds dédié dont les préfets disposeraient**. L'État pourrait reprendre à son compte la totalité des coûts de fonctionnement des services de santé déconcentrés et l'Assurance maladie se focaliser sur le financement des soins et les investissements.

Nota Bene

A ce stade, on peut remarquer :

- que les questions de l'autonomie et de la santé sont marginales dans les 3 rapports évoqués, qui couvrent l'ensemble du champ de l'action publique ;
- que les préconisations sont incohérentes entre elles ;
- que l'annonce de Sébastien Lecornu ne s'inscrit finalement dans aucune des recommandations des rapports préliminaires ;
- qu'on ne sait plus au final quel est le contour de la réforme envisagée par le gouvernement ;
- que le dispositif France Santé vient d'être rejeté par le Sénat.

Les réactions du secteur médico-social aux annonces du gouvernement

Les annonces du gouvernement ont immédiatement suscité **des réactions quasi-unanimes d'inquiétude et d'indignation** auprès des acteurs concernés.

- **Le Cercle de la Réforme de l'Etat**, think tank qui regroupe responsables d'administrations de l'Etat, services de collectivités territoriales et experts des politiques publiques, **alerte**, dans [une tribune](#), sur les fâcheuses conséquences que pourrait entraîner le projet de loi de décentralisation annoncé par le premier ministre : "Confier massivement des responsabilités aux départements sans péréquation robuste, ce serait accepter que certaines populations soient mieux protégées que d'autres". "Disséminer des compétences jusque-là concentrées au sein des ARS sans préserver une capacité nationale forte de pilotage de la politique de santé, de surveillance et de gestion des crises, ce serait fragiliser la protection sanitaire et sociale du pays". "Multiplier les acteurs décisionnels sans clarifier les responsabilités, ce serait accentuer la fragmentation d'un système déjà illisible pour les usagers".

Pour le Cercle de la Réforme de l'état, « il est possible- et nécessaire- de concilier proximité territoriale et cohérence nationale », en construisant « une puissance publique distribuée, capable d'agir vite, juste et au plus près des personnes ». La question n'est pas « qui décide ? » mais « comment décide-t-on ensemble ? ».

Trois principes doivent guider la conduite de toute réforme : « expérimenter avant de généraliser », « protéger les missions qui garantissent l'unité sanitaire du pays » et « associer systématiquement les professionnels et les usagers à la conception et à l'évaluation des politiques territoriales ».

- **Le Synerpa** (Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées) "appelle à la vigilance"

Rappelant "le soutien décisif des ARS aux établissements pour personnes âgées, en première ligne" durant la crise sanitaire, Jean-Christophe Amarantinis, président du Synerpa, "appelle à la vigilance sur les modalités de cette transition, dans un contexte où l'instabilité nationale freine déjà la réponse aux besoins urgents du secteur", dans un communiqué diffusé le 17 novembre.



"La confédération s'inquiète particulièrement des conséquences financières d'un tel transfert. L'expérience montre que les transferts de fiscalité ne suivent pas toujours l'évolution des besoins sociaux, fragilisant les collectivités. De plus, les fortes inégalités territoriales entre départements ne sont pas toujours compensées par les mécanismes de péréquation", ajoute-t-il.

"L'attente prioritaire du secteur grand âge reste d'obtenir enfin un financement pluriannuel à la hauteur des besoins, garantissant une qualité d'accompagnement égale sur tout le territoire", estime encore Jean Christophe Amarantinis.

- **Onze anciens ministres de la santé** (Roselyne Bachelot, François Braun, Agnès Buzyn, Geneviève Darrieussecq, Claude Evin, Agnès Firmin Le Bodo, Yannick Neuder, Aurélien Rousseau, Marisol Touraine, Frédéric Valletoux et Olivier Véran) **se sont également élevés contre la réforme envisagée des ARS**, dans une tribune commune publiée dans l'édition du 19 novembre du quotidien *Le Monde*.

"En annonçant vouloir démembrer les [ARS], le premier ministre met en cause la cohérence des politiques de santé et d'accès aux soins. » Ils rappellent que les ARS sont nées en 2010 "du constat que le système de pilotage de la santé était défaillant, éclaté entre l'Etat -notamment sous la responsabilité des préfets-, les départements et l'assurance maladie".

"C'est l'ambition de coordonner ces actions tout en permettant la prise en compte des spécificités territoriales qui a conduit à leur création", soulignent-ils.

"Cette ambition reste nécessaire, même s'il faut la faire évoluer pour être plus proche du terrain, en sachant parfois déroger à certaines normes nationales", reconnaissent-ils tout observant que de telles évolutions sont intervenues au cours des dernières années.

Estimant que "la santé et le social sont au cœur des missions de l'Etat" et, cinq ans après l'épidémie de Covid-19, "au cœur de la résilience de la nation", ils ne "voient pas comment les préfets, qui rendent compte au ministère de l'intérieur, pourraient mieux répondre à ces défis spécifiques".

Et "tous les jours", les responsables des ARS "échangent avec les préfets et avec les élus locaux", mettent-ils en avant.

"Imaginer qu'en matière de santé, l'échelle pertinente serait le département est une erreur", poursuivent les anciens ministres qui précisent que "sur certains sujets, seules les communes ou les intercommunalités sont les bons interlocuteurs" tandis que "sur d'autres, seule une organisation à l'échelle régionale ou nationale est pertinente, sauf à accepter l'institutionnalisation d'une médecine à plusieurs vitesses".

Ils estiment également que l'approche visant à "éclater" les politiques de santé "entre santé environnementale, soins de premiers recours, prévention, hôpital ou encore médico-social" est "très préoccupante" "au moment même où, partout dans le monde, [...] c'est l'approche globale dite 'One Health' qui s'impose, avec une vision coordonnée des acteurs pour des parcours de soins plus efficaces".

Ils s'interrogent aussi sur un éventuel transfert d'une part de contribution sociale généralisée (CSG) et l'attribution parallèle d'une compétence santé aux départements. "Imagine-t-on les inégalités territoriales qu'une telle approche pourrait induire, les effets de clientèles, de baronnies locales?", alertent-ils.



"Ajouter une nouvelle responsabilité aux départements sans la moindre expérimentation préalable relève plus de l'idéologie que d'une politique publique", dénoncent-ils. "La décentralisation, tout comme la santé des Français, mérite mieux que cette vision simplificatrice du système de santé."

- **L'UNIOPSS** (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) a également adressé à Sébastien Lecornu, le 19 novembre 2025, [un courrier](#) dans lequel elle s'inquiète « d'un démantèlement précipité des Agences régionales » avec « un risque de rupture d'égalité territoriale face à des besoins identiques, [...] un nouveau morcellement de responsabilités aux effets qui restent à évaluer, et [...] un risque de nivellation par le bas de l'accès aux soins et de l'accompagnement pour certains publics »

Sans être fermés à des évolutions souhaitables (décloisonnement des politiques publiques des solidarités et de la santé, simplification, proximité avec le terrain), l'UNIOPSS souhaite avoir « la garantie que les changements à venir ne se feront pas au détriment des publics les plus en difficulté, des personnes particulièrement vulnérables par leur situation personnelle, leur capacité contributive ou leur territoire de vie. »

Elle pose comme conditions de réussite à toute réforme le respect des principes fondamentaux de la protection sociale (universalité des droits, égalité de traitement, financement par la solidarité et unicité du pilotage) et de la démocratie en santé (participation des usagers, des professionnels et des acteurs de terrain de la société civile aux débats, à la définition et à l'évaluation des politiques publiques).

- **La CNDEPAH** (Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et personnes handicapées) **alerte sur « un risque d'éclatement entre le médico-social et le sanitaire »**

La CNDEPAH s'est elle aussi émue des orientations voulues par le premier ministre dans son communiqué du 24 novembre.

La conférence cite le rôle des agences dans la gestion de la crise du Covid-19, la fusion, à titre expérimental avant généralisation, des sections tarifaires soins et dépendance des EHPAD, confiant "la gestion de l'ensemble des crédits d'autonomie aux ARS", et souligne que ces établissements "sont appelés à renforcer leur 'médicalisation', en réponse à une évolution très palpable de la demande des publics accompagnés".

Ce renforcement "s'inscrit dans un contexte d'hôpitaux tendus, dont les urgences ont besoin d'être autant que possible soulagées", pointe la CNDEPAH. "Le maillage des filières gériatriques de leur territoire d'implantation avec la totalité des acteurs du grand âge est par ailleurs de la responsabilité des centres hospitaliers [CH] porteurs de la filière. Il est essentiel de préserver ce lien", considère-t-elle.

A ses yeux, "donner la compétence aux conseils départementaux (CD) du renforcement de cette médicalisation n'est ni dans l'ADN des CD ni dans la logique d'une transversalité cohérente avec les CH".

Si la gouvernance du secteur reste à clarifier, "laisser à penser que la départementalisation des politiques du grand âge comme celles de la santé de proximité est la réponse adaptée à ce manque de cohérence fait l'impasse sur la place qu'ont réellement su occuper les conseils départementaux dans leur rôle, consacré par la loi, de chef de file du secteur", critique la CNDEPAH.



"Fragmenter la santé entre la proximité et le recours, dissocier les organisations sanitaires de recours des organisations médico-sociales n'a pas de sens", fustige la conférence.

Elle pointe par ailleurs le risque d'une aggravation des "iniquités territoriales". Elle souligne à cet égard qu'en 2024, "les écarts entre les différents tarifs dépendance restent importants".

Les sections soins "restent majoritairement en excédent ou à l'équilibre contrairement aux sections hébergement, ce qui explique en très grande partie le déficit global des établissements", complète-t-elle. "La mise en place récente des tarifs différenciés a mis en évidence" que "c'est l'incapacité financière des CD à assumer des prix de journée suffisants qui a prévalu principalement à leur mise en place", estime la conférence.

La situation budgétaire et financière des CD "ne permettra vraisemblablement pas d'assumer la situation financière actuelle très dégradée des établissements et services qui constituera [pour eux] une charge sans doute impossible à assumer", s'inquiète-t-elle. Elle juge donc incohérent et inefficace de "transférer le pilotage et la gouvernance du secteur médico-social aux conseils départementaux, qui ne sont par ailleurs aucunement prêts à l'accueillir".

En annonçant le versement direct d'une part de contribution sociale généralisée (CSG) aux départements, le premier ministre "annonce implicitement la fin de la cinquième branche [autonomie] et celle, par voie de conséquence, de la CNSA [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie]", s'alarme également la CNDEPAH. "Cela pourrait s'apparenter à un abandon d'une politique nationale du grand âge."

- **18 fédérations et associations du champ médico-social³** ont adressé, le 27 novembre, une lettre ouverte à Sébastien Lecornu, lui demandant « **de renoncer à ce transfert de compétences et d'ouvrir un véritable chantier national de l'autonomie** ».

Estimant que transférer l'ensemble des compétences des ARS aux départements sur le champ de l'autonomie "ne résoudra pas les difficultés actuelles" et, pire, "les agravera", les fédérations expriment leur « profonde inquiétude » quant au fait de "confier aux départements la tutelle unifiée du champ médico-social". "Une telle décision constituerait une rupture majeure dans l'organisation de la protection sociale, avec des conséquences lourdes pour les personnes les plus vulnérables", alertent les organisations.

En premier lieu, elles mettent en avant des "disparités territoriales dans la prise en charge du handicap, du grand âge et de l'aide à domicile", qui sont "massives, documentées et unanimement dénoncées". "Les restes à charge, les tarifs d'hébergement, les prestations, les moyens humains ou les taux d'encadrement varient fortement selon les politiques départementales. Loin de réduire ces inégalités, le transfert envisagé les amplifierait", mettent ainsi en garde les signataires.

³ Adédom • Aide à domicile en milieu rural (ADMR) • APF France handicap • CNDEPAH • Collectif "Pour faire du domicile un choix possible" • Fédération française des services à la personne et de proximité (Fédésap) • Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap) • Fédération du service aux particuliers (Fesp) • Fédération hospitalière de France (FHF) • Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) • Fédération des associations de l'aide familiale populaire (Fnaafp-CSF) • Mutualité française • Nexem • Synerpa cbe/nc • Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (Gepso) • Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) • Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas) • Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss).



Plus largement, la réforme voulue par le premier ministre "risquerait de vider de son sens la branche autonomie, cinq ans après sa création", poursuivent-ils, dans la mesure où le transfert de compétences "reviendrait à transformer cette nouvelle branche en ressource départementale, et la CNSA [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie], en banque des conseils départementaux, détournant ainsi la sécurité sociale de sa mission première: protéger tous les citoyens, quel que soit leur lieu de vie". "L'organisation que vous proposez aboutirait à transformer le budget de la caisse en un concours financier aux départements, au détriment de l'Ondam [objectif national des dépenses d'assurance maladie] médico-social, et exclurait du champ de la sécurité sociale toutes les actions financées par ce biais", ajoutent-ils.

Et de citer en exemple les dispositifs "déjà décentralisés" tels que l'APA [allocation personnalisée d'autonomie] et la PCH [prestation de compensation du handicap], qui "montrent les limites du modèle". "Leur gestion dépend aujourd'hui davantage du coût pour les collectivités que de l'évaluation fine des besoins. Aucun mécanisme national d'harmonisation ni de garantie de droits n'a pu être assuré", assènent les organisations.

En synthèse, "confier la totalité de la compétence médico-sociale aux départements, c'est prendre le risque que les politiques de l'autonomie ne soient plus discutées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale ni même au sein de la gouvernance de la CNSA mais par un 'comité des financeurs', instance ad hoc qui ne réunit que le gouvernement et des représentants des départements", préviennent-elles. "Les droits fondamentaux" ne peuvent dépendre du "code postal"

Pour illustrer leur démonstration, les signataires évoquent le secteur de l'aide à domicile, qui fait selon elles les frais de "plusieurs années d'un pilotage strictement départemental", engendrant une "paupérisation" importante des professionnels et un accompagnement "inégalitaire" des bénéficiaires. S'avouant échaudés par "les problématiques endémiques de financement des revalorisations salariales" pour les structures "relevant actuellement de la compétence des départements", ils se disent "plus que réservés" sur le cap de Sébastien Lecornu. Alors que "la situation des établissements et des services est aujourd'hui critique", cela "reviendrait à affaiblir la solidarité nationale et à accentuer les fractures territoriales". "Les chiffres sont sans appel. En cinq ans, les crédits de la branche autonomie ont évolué au rythme des besoins et des coûts, et leur répartition a été équitable sur tout le territoire. A l'inverse, les financements départementaux -prestation dépendance, tarifs d'hébergement, aides individuelles- n'ont pas suivi l'inflation. Huit départements n'ont par exemple pas revalorisé le forfait dépendance des Ehpad depuis cinq ans, alors que les coûts ont augmenté de près de 20%", concluent-ils, en saluant à ce titre l'expérimentation en cours sur la fusion des sections "soins" et "dépendance", qui vise à "corriger les inégalités territoriales".

Si les organisations signataires "ne ni[ent] pas la nécessité de simplifier la gouvernance du secteur médico-social, de lever les cloisonnements des politiques publiques et de construire un lien plus fort avec les personnes les plus fragiles", "un tel chantier ne peut se réduire à un acte de décentralisation". Au contraire, "il doit s'inscrire dans une vision nationale de l'autonomie, construite collectivement, s'appuyant sur une loi autonomie ambitieuse, une programmation pluriannuelle des moyens, un pilotage équilibré entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités", font elles valoir.