

Action sociale et sanitaire : les initiatives des communes

MARS 2025

2024-074R

• **RAPPORT - TOME 1**

Matthieu
Angotti

Frédéric
Laloue

Valérie
Saintoyant

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Dans le cadre de son programme de travail, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a lancé une mission relative aux initiatives des communes et de leurs établissements publics (centres communaux et intercommunaux d'action sociale -CCAS et CIAS-, établissements publics de coopération intercommunale -EPCI-) dans le champ social et sanitaire. En effet, l'ensemble formé par ces collectivités publiques, autrement désigné le « bloc communal », concourt aux politiques publiques par des formes multiples d'interventions dont la mission s'est efforcée de comprendre la mécanique.

[2] Ses analyses ont reposé sur l'étude des politiques sociales et sanitaires menées par sept communes et EPCI, de petite ou moyenne taille, ayant pour caractéristique partagée de ne pas appartenir à des aires métropolitaines, dans les départements du Gard (commune du Vigan, communauté de communes de Cèze-Cévennes, Alès agglomération), du Jura (ville de Dole, communauté de communes du Cœur de Jura) et de la Vendée (ville de La Roche-sur-Yon, communauté de communes de La Châtaigneraie). La mission a complété son approche par les exemples des politiques menées par une métropole (Rennes), une ville de la région parisienne (Nanterre) et plusieurs collectivités de Guadeloupe (Morne-à-L'Eau, Port-Louis et la communauté d'agglomération de Nord Grande-Terre). Une enquête à venir, devant être menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2025 (enquête dite ASCO -action sociale des communes), permettra de disposer de données quantifiées quant aux interventions du bloc communal.

Le cadre général des interventions du bloc communal dans le champ social et sanitaire

[3] A l'issue de ces investigations, il ressort que **la clause de compétence générale fonde la plupart des initiatives** des communes en matière d'action sociale et sanitaire, et indirectement des EPCI, par voie de transferts de compétences relevant de l'intérêt communautaire. Prévue à l'article L.2121-29 du Code général des collectivités territoriales (« le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune »), elle permet au bloc communal d'intervenir sous de multiples formes, alors même que la loi ne prévoit que peu de compétences spécifiques dans le champ social et sanitaire.

[4] Au sein du bloc communal, **la répartition des compétences entre commune et intercommunalité est très variable**, en fonction de l'histoire des territoires, des circonstances de la formation des EPCI, des configurations politiques, des préférences locales, ainsi que des contraintes des collectivités (ressources financières, savoir-faire disponibles, etc.). Il en résulte quasiment autant de réalités que de blocs communaux.

[5] Le morcellement du fait communal est une réalité qui s'impose à l'ensemble des acteurs des politiques sociales : 34.875 communes et 1.255 groupements à fiscalité propre maillent le territoire. Si l'Etat et les départements tendent à privilégier les EPCI à fiscalité propre, dans le cadre des contractualisations, de façon à réduire le nombre de leurs interlocuteurs, ils doivent tenir compte de cette réalité territoriale pour mettre en œuvre, au plus près des habitants, les politiques qu'ils cherchent à impulser. De ce fait, les contractualisations (contrats locaux de santé,

conventions territoriales globales, projets alimentaires territoriaux, contrats issus d'appels à projets etc.) sont conclues à des échelons territoriaux divers et sont fréquemment multipartites, associant à la fois les EPCI et les communes qui en sont membres.

[6] **Les données budgétaires disponibles ne permettent pas d'avoir une vision totalement consolidée des dépenses du bloc communal en matière d'action sociale et sanitaire**, ni de mettre en évidence la part des recettes affectées via les mécanismes de contractualisation. Les estimations disponibles chiffrent ces dépenses entre 8 et 9 milliards d'euros, soit environ 7 % des dépenses d'aide et d'action sociales. Dans ces circonstances, la mission n'a pas été en mesure d'apprécier à quel point la contrainte financière constituait un facteur limitant pour les politiques sociales et sanitaires. Les différences de niveau des dépenses sociales par habitant entre collectivités ne tenant pas seulement aux écarts de richesse mais aussi aux transferts de compétences au sein du bloc communal, les inégalités territoriales n'ont pas non plus pu être éclairées. Au-delà de ces questions financières, c'est la capacité du bloc communal à nouer des partenariats qui apparaît déterminante pour conduire des politiques sociales adaptées aux besoins de la population.

[7] Au-delà de nuances territoriales liées aux dynamiques démographiques et aux situations socio-économiques, **les communes et intercommunalités sont confrontées aux mêmes grands défis sociaux et sanitaires : les difficultés d'accès aux soins, le vieillissement de la population, la précarité d'une partie des habitants**. Toutefois, en dehors d'un socle commun restreint, lié aux compétences obligatoires limitées des CCAS, les politiques communales se caractérisent par une grande variété. Les priorités en termes de publics diffèrent d'une collectivité à l'autre, tout comme le niveau d'engagement financier dans le champ social et sanitaire, ou encore l'envergure des dispositifs et établissements gérés en régie.

[8] **Les communes se saisissent aussi de manière variable des démarches développées pour que les politiques sociales et sanitaires soient effectives et franchissent « le dernier kilomètre »**. Leurs relations étroites avec la population et leur positionnement transversal les incitent à s'investir dans l'accueil social de proximité, notamment via les guichets des mairies et des CCAS, leur engagement dans les Maisons France services ou encore le développement de dispositifs mobiles et de démarches d'aller vers.

[9] Par ailleurs, en connectant les différentes politiques publiques locales qu'il est amené à porter (hygiène et salubrité, logement, mobilité...), **le bloc communal développe des approches globales en matière de santé**.

[10] La propension à prendre la main ou à se saisir d'une occasion d'agir varie selon les territoires et, au sein des territoires, selon les époques, au fil des évolutions socio-démographiques et des alternances politiques.

La mécanique des projets sociaux et sanitaires du bloc communal

[11] Parmi l'ensemble des initiatives prises par les sept collectivités dont la situation a été examinée, **la mission a sélectionné, avec leur concours, dix projets destinés à illustrer les conditions dans lesquelles les initiatives sociales et sanitaires du bloc communal sont effectivement conduites**. Ces initiatives ont fait l'objet d'analyses documentaires et d'entretiens approfondis, en recueillant le point de vue des partenaires impliqués. Les travaux ont été

complétés par la réalisation d’ateliers associant les parties prenantes, y compris des usagers, pour trois de ces projets.

[12] L’analyse de ces initiatives permet d’identifier les raisons pour lesquelles les collectivités choisissent d’actionner la clause de compétence générale dans le champ social et sanitaire. **Ces motivations, qui peuvent se cumuler, sont de natures très diverses** : pour répondre à la demande sociale exprimée par les habitants ; pour prendre en charge des besoins sociaux nouveaux ou mal couverts, parfois en raison du désengagement d’un partenaire ; pour respecter les engagements historiques de la commune, le cas échéant liés à l’existence d’établissements et de services gérés en régie par le bloc communal ou par des associations locales ; pour se saisir des opportunités opérationnelles et financières proposées par l’Etat ou les départements. Cette dernière motivation s’incarne aujourd’hui à travers la multiplication des **appels à projets et des contractualisations**. **Si ceux-ci constituent des vecteurs d’engagement** pour les communes et leurs établissements, ils **représentent également des facteurs de risques financiers** pour ces derniers en cas de mauvaise anticipation des enjeux humains et économiques, ou encore de désengagement du partenaire. La crise liée au Covid-19 a pu constituer un révélateur de la capacité d’initiative et de travail partenarial des communes dans le champ sanitaire ; elle n’a toutefois pas constitué la cause directe d’interventions durables dans les collectivités observées.

[13] **La conduite des projets étudiés présente certaines caractéristiques communes**. Elle s’appuie généralement sur des diagnostics, dont la vocation est à la fois d’aller au-delà d’une appréhension « intuitive » des besoins sanitaires et sociaux et de partager entre partenaires une vision commune des enjeux. Néanmoins, ces diagnostics peuvent être répétitifs, redondants et consommateurs de ressources. En outre, l’association des habitants à l’identification des besoins du territoire, tout en étant régulièrement recherchée par les porteurs de projet, reste globalement peu structurée. Enfin, si les projets analysés fournissent effectivement des services tangibles à la population, la mise en œuvre des actions est rarement assortie d’une évaluation de leur impact.

[14] Dès lors, **la mission formule un certain nombre de recommandations quant à la conduite des projets par le bloc communal**. Elle préconise de redéployer une partie des ressources associées aux contractualisations pour financer l’ingénierie et les savoir-faire nécessaires à la participation des habitants et à l’évaluation des projets. Sur ce point, la détermination d’objectifs explicites en termes d’utilité sociale et d’un nombre limité d’indicateurs favoriserait une appréciation partagée des résultats, avant de décider de la prolongation, de la pérennisation ou de l’arrêt du projet.

[15] **Plusieurs facteurs facilitent la mise en œuvre des projets**. L’engagement personnel des élus et des collaborateurs, lié parfois à une connaissance ou un vécu préalable de la problématique, apparaît déterminant. Une administration partagée entre l’EPCI et la ville centre favorise la continuité et la cohérence globale des initiatives prises dans la sphère sociale et sanitaire, à la condition qu’elle se fasse sur la base d’une vision politique partagée. Par ailleurs, **l’inscription du projet dans une stratégie locale plus large, par exemple sous forme d’un projet de territoire, permet de le situer au sein des priorités de la politique municipale et de l’adosser à des instances de gouvernance et un cadre budgétaire plus pérennes**. Enfin, les initiatives du bloc communal se développent d’autant plus facilement qu’un réseau partenarial est constitué et fonctionne de manière continue (comités locaux, dispositifs de coordination, etc.). En retour, les projets confortent les relations de confiance de proximité nouées entre acteurs territoriaux.

L'action sociale et sanitaire du bloc communal : un enjeu de coopération

[16] **La mission décrit l'écosystème dans lequel se positionne le bloc communal.** Les relations qu'il entretient avec les autres collectivités, les services de l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les acteurs privés varient singulièrement d'un territoire à un autre, en fonction de multiples facteurs, tels que les histoires et les cultures locales, les convergences ou divergences politiques, la puissance des réseaux informels ou des individualités à des postes clefs.

[17] **La complexité de cet écosystème peut être porteuse de dysfonctionnements dans la mise en œuvre des dispositifs sociaux et sanitaires :** les méconnaissances et les défiances entre acteurs peuvent conduire à des incohérences, des vides et des redondances. On observe également différentes formes délétères de compétition et de concurrence : courses aux financements pour multiplier les dispositifs auprès de certains publics, ou au contraire stratégies déployées pour limiter la prise en charge de publics qui mettent les collectivités en difficulté.

[18] **Les acteurs locaux s'efforcent de contenir ces difficultés, car agir en partenariat est un impératif.** En effet, à l'exception des métropoles, le bloc communal n'est pas armé pour répondre seul à la demande sociale d'une population qui perçoit la commune comme la première porte d'entrée du « service public » et lui adresse donc des sollicitations nombreuses et de toute nature. Ce constat est d'autant plus partagé que l'action sociale et sanitaire n'a eu de cesse de se professionnaliser : très peu de collectivités du bloc communal disposent aujourd'hui de l'ensemble des compétences spécialisées de ce champ d'intervention très vaste. A l'inverse, les différents services et opérateurs de l'Etat ainsi que les organismes de sécurité sociale et les départements ont besoin d'associer le bloc communal à la déclinaison de leurs politiques et à la mise en place, au plus près des bénéficiaires, des prestations et dispositifs nationaux.

[19] **Cette forte interdépendance conduit à développer localement des stratégies pour renforcer la culture et les leviers de la coopération.** Parmi ces derniers, la contractualisation permet à l'Etat de poursuivre ses priorités, en incitant les communes à conduire des projets qui y concourent, et aux communes de se procurer des sources de financement complémentaires, dans nécessaires à la mise en œuvre de leur politique municipale.

[20] **La mission recommande que les démarches conventionnelles soit conçues avec davantage de souplesse et comme leviers d'amélioration de la qualité de l'action publique,** et que les représentants locaux de l'Etat et des organismes de sécurité sociale puissent faciliter l'émergence et la mise en œuvre des projets territoriaux.

[21] Par ailleurs, la mission recommande de développer les démarches d'accompagnement et de formation des élus et des agents du bloc communal pour les aider à trouver leur juste place face à la double nécessité d'assurer la cohésion sociale, en entretenant un lien social de proximité, et de développer une action sociale et sanitaire experte à la bonne échelle.

[22] Enfin, la mission recommande que les **organismes de sécurité sociale renouvellent leurs efforts** non seulement de facilitation de l'accès aux droits, par un engagement continu dans le dispositif France Services, mais aussi **d'inscription de leur action sociale dans l'écosystème local.** Cet exercice, entrepris au gré des conventions d'objectifs et de gestion (COG) successives, n'est pas abouti et se traduit, de façon emblématique, par le sentiment que peuvent avoir les représentants des communes de devoir pallier un désengagement de la sécurité sociale dans l'accueil du public et par leur relative méconnaissance de l'action sociale des caisses.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable
1	Doter les projets sanitaires et sociaux menés par le bloc communal d'objectifs explicites en termes d'utilité sociale des services apportés à la population : dans ce but, la définition d'indicateurs doit être recherchée, en l'adaptant à la taille de la collectivité et à l'ampleur du projet, afin de faciliter les décisions des acteurs locaux quant à leurs suites.	Bloc communal
2	Redéployer une partie des ressources destinées à la réalisation des diagnostics pour que le bloc communal se dote de compétences et savoir-faire permettant de faciliter l'association de la population aux projets, ainsi que d'effectuer le bilan documenté des projets précédents.	Porteurs de contractualisations*
3	Inscrire autant que possible les initiatives du bloc communal au sein de stratégies plus larges, qui peuvent s'incarner dans les projets de territoire ou équivalents, de façon à situer le projet parmi l'ensemble des priorités, d'associer les partenaires, et de se projeter sur plusieurs années.	Bloc communal
4	Développer les savoir-faire en matière de conduite de projets territoriaux, par la diffusion d'outils méthodologiques. La mission propose ainsi en annexe une « check-list » à destination des acteurs communaux qui lancent un projet social ou sanitaire.	Bloc communal
5	Faire connaître et promouvoir les groupements de gestion (GIP, GCSMS) dans le champ de l'action sociale territoriale, via les réseaux de référents « métiers » (par exemple, les réseaux politique de la ville ou animés par l'Agence nationale de la cohésion des territoires).	Porteurs de contractualisations
6	Privilégier des cahiers des charges souples pour les appels à projets et contractualisations proposés par l'Etat, ses opérateurs et les caisses nationales de sécurité sociale, afin de laisser à leurs représentants territoriaux les moyens d'adapter leurs contenus et conditions aux besoins effectivement exprimés par les acteurs du bloc communal.	Porteurs nationaux de contractualisation
7	Faire des démarches conventionnelles des leviers de la qualité de l'action sociale et sanitaire partenariale, en exigeant la mise en réseau autour du projet des partenaires locaux et en diffusant des référentiels d'action fondés sur des preuves.	Porteurs de contractualisations
8	Affirmer la dimension sociale de l'accueil dans le dispositif France Service, en favorisant, via la labellisation, la formation des agents d'accueil et le partenariat avec les services sociaux du territoire.	ANCT

n°	Recommandation	Autorité responsable
9	Préciser les modalités de déclinaison territoriale des objectifs des conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches familles, maladie et vieillesse visant à une meilleure inscription de l'action sociale des caisses dans l'écosystème local, avec une attention particulière au dispositif France services.	Direction de la sécurité sociale et caisses nationales de sécurité sociale
10	Faire connaître et promouvoir les cellules d'étude et de traitement des cas complexes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale territoriale, en s'appuyant notamment sur les temps de rencontres et colloques thématiques entre élus et / ou agents, organisés par les associations d'élus et les associations de cadres territoriaux.	Direction générale de la cohésion sociale
11	Développer une expérimentation d'ouverture des formations dites « Intra » du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) aux élus locaux et aux partenaires associatifs.	CNFPT –France Compétences
12	Accompagner les démarches de territorialisation engagées par les Agences régionales de santé (ARS) par le déploiement du parcours de formation à destination des agents ainsi que par le soutien aux échanges sur les organisations et les outils financiers et informatiques favorisant les partenariats avec le bloc communal et les autres acteurs de l'action sanitaire et sociale territoriale.	Secrétariat général des ministères sociaux
13	Développer un programme de recrutement et de formation dans les services déconcentrés du secteur santé / social, ainsi que les organismes de sécurité sociale, pour développer et promouvoir les postures et fonctions d'animation et de facilitation des projets territoriaux. Associer à ce programme une dimension d'accompagnement au changement pour les équipes.	Secrétariat général des ministères sociaux Direction de la sécurité sociale et caisses nationales de sécurité sociale

* Porteurs de contractualisations :

- Directions d'administration centrale et agences nationales
- Agences régionales de santé et services déconcentrés
- Organismes de sécurité sociale (caisses nationales et locales)

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	6
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	10
RAPPORT	12
1 LE CADRE DE L'INTERVENTION DES COMMUNES EN MATIERE D'ACTION SOCIALE ET SANITAIRE .12	
1.1 LES ELUS DU BLOC COMMUNAL S'ACCOMMODENT DU CADRE JURIDIQUE, INSTITUTIONNEL ET BUDGETAIRE POUR MENER DES POLITIQUES SOCIALES ET SANITAIRES D'UNE GRANDE DIVERSITE.....	12
1.1.1 <i>Les communes s'appuient sur la clause de compétence générale pour investir largement l'action sociale et sanitaire.</i>	12
1.1.2 <i>Lorsqu'il existe, le centre communal d'action sociale exerce une partie de ces compétences</i>	15
1.1.3 <i>L'intercommunalité s'est construite à géométrie variable</i>	16
1.1.3.1 Le droit à la différenciation élargi par les réformes territoriales successives	16
1.1.3.2 Une grande diversité dans la répartition des compétences au sein du bloc communal ..	18
1.1.3.3 Le recours par les communes à d'autres cadres de coopération que les seuls EPCI à fiscalité propre	21
1.1.4 <i>La contrainte financière est difficile à apprécier</i>	22
1.2 LES COMMUNES SONT DIRECTEMENT EXPOSEES AUX DEFIS POSES A L'ACTION SOCIALE ET SANITAIRE.....	26
1.2.1 <i>Les difficultés d'accès aux soins, le vieillissement de la population et la précarité impactent fortement la situation sociale et sanitaire locale</i>	26
1.2.1.1 Des difficultés d'accès aux soins qui mettent à mal les politiques sanitaires et sociales	26
1.2.1.2 Le vieillissement de la population, une « lame de fond » ou un « mur »	28
1.2.1.3 La précarité aux multiples visages.....	31
1.2.2 <i>Les communes sont sollicitées pour rendre l'accès aux droits et prestations effectif</i>	34
1.2.2.1 L'accueil social de proximité	36
1.2.2.2 Le développement de l'aller vers	37
1.2.2.3 L'approche globale de la santé.....	39
2 LES PROJETS MENES PAR LE BLOC COMMUNAL : UNE GRANDE DIVERSITE, QUELQUES RECURRENCES	43
2.1 LES DIX PROJETS ETUDIES PAR LA MISSION ET PORTES PAR LE BLOC COMMUNAL DANS LE CHAMP SOCIAL ET SANITAIRE	43
2.2 LES RAISONS INVOQUEES POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROJET REpondent A DES LOGIQUES DIVERSES ET POUVANT SE CONJUGUER.....	46
2.2.1 <i>La demande sociale est un déterminant essentiel des initiatives du bloc communal</i>	46
2.2.1.1 La demande d'accès aux soins : un enjeu majeur et une motivation pour de nombreux projets	47
2.2.1.2 L'accompagnement des personnes âgées : un enjeu déterminant pour l'avenir	49
2.2.1.3 D'autres demandes reviennent moins systématiquement.....	49
2.2.2 <i>L'observation de problèmes sociaux mal couverts est également à l'origine de certaines interventions du bloc communal</i>	49
2.2.3 <i>L'intervention du bloc communal vise à prendre en compte certaines contraintes de gestion</i> ...	50
2.2.4 <i>Les interventions du bloc communal traduisent enfin la volonté de se saisir d'opportunités opérationnelles et financières liées à des appels à projets et des contractualisations</i>	52
2.2.4.1 Les appels à projets et les offres de contractualisation rendent possibles des initiatives opérationnelles et permettent de construire des relations de confiance entre les partenaires locaux	52

2.2.4.2	Les offres de financements partenariaux peuvent également comporter des effets pervers et contribuer à la fragilisation des équilibres budgétaires du bloc communal.....	55
2.3	LES CYCLES DE VIE DES PROJETS REVELENT QUELQUES RECURRENCES	56
2.3.1	<i>Les diagnostics sont généralisés et parfois foisonnants</i>	57
2.3.2	<i>La consultation des habitants est fréquente quoique non systématique</i>	58
2.3.3	<i>Les projets communaux et intercommunaux révèlent et confortent les relations de confiance de proximité avec les partenaires.....</i>	59
2.3.4	<i>Les projets apportent des services supplémentaires aux habitants des collectivités.....</i>	60
2.3.5	<i>Les évaluations de projets sont rares</i>	62
2.4	LA MISSION A PU IDENTIFIER DES FACTEURS FAVORABLES A LA CONDUITE DE PROJET DANS LE CHAMP SOCIAL ET SANITAIRE.....	63
2.4.1	<i>L'inscription des projets dans des cadres stratégiques plus vastes contribue à leur pérennité et à leur succès</i>	63
2.4.2	<i>L'incarnation administrative des projets est facilitée par le rapprochement entre la ville-centre et l'EPCI</i>	64
2.4.3	<i>La bonne implication du partenaire chef de file de la politique sociale ou sanitaire est un gage de succès</i>	66
2.4.4	<i>Les profils personnels des élus et des agents du bloc municipal apparaissent souvent déterminants pour la conduite des projets</i>	67
3	L'ACTION SOCIALE ET SANITAIRE DU BLOC COMMUNAL : UN ENJEU DE COOPERATION	68
3.1	LE BLOC COMMUNAL INTERVIENT AU CŒUR D'UN ECOSYSTEME FOISONNANT.....	68
3.1.1	<i>Les partenaires de l'action sociale et sanitaire du bloc communal sont multiples et divers</i>	68
3.1.2	<i>Les liens entre partenaires sont à la fois intenses et à géométrie variable.....</i>	72
3.1.2.1	<i>Le facteur humain</i>	72
3.1.2.2	<i>Les relations conventionnelles</i>	72
3.1.2.3	<i>Des relations particulières avec le département, chef de file de l'action sociale</i>	74
3.1.2.4	<i>Les relations entre le bloc communal et les associations</i>	75
3.1.2.5	<i>Le cas de la politique de la ville.....</i>	76
3.2	LA COMPLEXITE DE CET ECOSYSTEME ENGENDRE DES RISQUES DE DYSFONCTIONNEMENT DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	76
3.2.1	<i>Ces risques de dysfonctionnement sont d'abord liés aux méconnaissances entre acteurs.....</i>	77
3.2.2	<i>Ces risques sont ensuite liés à une logique de compétition plutôt que de coopération</i>	78
3.3	ON OBSERVE DIFFERENTES STRATEGIES POUR ATTENUER CES RISQUES ET NOURRIR LA COOPERATION.....	80
3.3.1	<i>Les acteurs communaux tentent de réduire la complexité de l'écosystème en pensant différemment le qui fait quoi.....</i>	80
3.3.2	<i>Les acteurs communaux produisent d'incessants efforts de mise en réseau</i>	81
3.3.3	<i>Les acteurs communaux et leurs partenaires travaillent à faire des démarches conventionnelles des leviers de coopération</i>	84
3.3.4	<i>Les référentiels d'action et les exemples de bonnes pratiques sont à diffuser avec précaution..</i>	88
3.3.5	<i>Les acteurs communaux et leurs partenaires veillent à la cohérence de leurs interventions dans l'accueil et les parcours des usagers</i>	89
3.3.6	<i>Des leviers supplémentaires de formation et d'accompagnement pourraient être proposés aux acteurs territoriaux afin de conforter les logiques de coopération.....</i>	93
	LISTE DES ANNEXES	98
	METHODOLOGIE GENERALE.....	99
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	108
	SIGLES UTILISES	121
	LETTRE DE MISSION.....	125

INTRODUCTION

[23] Par lettre du 25 septembre 2024, le Chef de l'IGAS a souhaité que soit conduite une analyse des initiatives prises par les communes, les intercommunalités et leurs établissements dans le champ social et sanitaire. Cette mission relève du programme de travail de l'IGAS, validé par les ministres. Elle a été confiée à Matthieu ANGOTTI, Frédéric LALOUE et Valérie SAINTOYANT, inspecteurs généraux des affaires sociales.

[24] Compte tenu de la perspective ouverte par la reconduction en 2025 par la DREES de la grande enquête ASCO (action sociale des communes), la mission a mené une étude plus qualitative, en analysant la manière dont naissent et vivent les initiatives prises par le bloc communal dans le champ social et sanitaire. Il s'agit de rendre compte de la façon dont les élus locaux utilisent la marge de liberté que leur laisse le cadre juridique et d'éclairer la plasticité de l'action publique communale.

[25] Au sein du vaste champ matériel investi par le bloc communal, la mission a sélectionné trois thématiques à approfondir, en fonction des défis qu'elles représentent pour la société et des enjeux soulevés en termes d'action publique : l'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie, la lutte contre la précarité alimentaire et la santé mentale des jeunes. La problématique de l'accès aux soins s'est imposée comme problématique complémentaire à investiguer, compte tenu de sa forte prégnance sur tous les territoires.

[26] La mission a conduit ses investigations prioritairement dans trois départements : la Vendée, le Gard et le Jura. Elle y a rencontré les élus et services de plusieurs communes et intercommunalités ainsi que les institutions locales partenaires : préfecture, agence régionale de santé, direction académique des services de l'Education nationale, direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, caisse d'allocations familiales, caisse primaire d'assurance maladie, caisse d'assurance retraite et de santé au travail, élus et services du département.

[27] Par ailleurs, la mission a conduit une série d'entretiens ponctuels avec d'autres collectivités : la Métropole de Rennes, la Ville de Nanterre et en Guadeloupe, les communes de Saint-Louis, Petit-Canal et Morne-A-L'eau. Ce choix tient compte de la diversité des territoires, sans pour autant constituer un échantillon représentatif des 34.875 communes et 1.255 groupements à fiscalité propre que compte la France au 1^{er} janvier 2025.

[28] Ces investigations ont permis de construire, d'une part, un regard à 360° sur les actions des collectivités dans le champ social et sanitaire et, d'autre part, une approche par projets. Dix projets conduits par des communes ou intercommunalités de Vendée, du Gard et du Jura ont été retenus pour une analyse de leur cycle de vie. Deux d'entre eux, conçus respectivement par la communauté d'agglomération de la Roche-sur-Yon et la communauté de communes de Cèze-Cévennes, ont fait l'objet d'un atelier collectif. Cet événement a pris la forme de l'animation par la mission de séquences d'intelligence collective, avec des élus, agents, bénéficiaires et partenaires, pour revenir sur le projet et identifier les éléments déterminants de son cycle de vie : origine et gestes fondateurs, étapes de mise en œuvre, modèle économique, outils de pilotage, intégration territoriale, forces et faiblesses.

[29] La mission s'est ainsi positionnée en priorité du point de vue des communes et a privilégié l'analyse des initiatives qu'elles prennent sur la base de la clause de compétence générale, plutôt que la description de leur rôle dans la déclinaison locale des politiques sociales et sanitaires nationales. Elle a toutefois observé les démarches conventionnelles, en ce qu'elles constituent les points de rencontre entre priorités nationales et initiatives locales.

[30] L'ensemble de ces travaux permet à la mission d'illustrer la diversité de l'action sociale et sanitaire des communes, qui se manifeste tant dans les choix d'organisation, au sein du bloc communal, pour la conduite de ces projets que dans les problématiques sociales ou sanitaires investies. L'analyse des cycles de vie des projets permet par ailleurs de mieux comprendre cette diversité par la mise en évidence des origines des projets, des facteurs facilitants ainsi que des difficultés de mise en œuvre.

[31] Compte tenu du caractère limité de l'échantillon, ces observations ne peuvent pas être généralisées à toutes les collectivités. Cette base ne permet pas non plus à la mission d'évaluer l'efficacité de l'action des communes au regard des besoins sociaux et sanitaires de la population. Elle éclaire toutefois ce qui fait la singularité de l'intervention des communes dans le champ des politiques sociales et sanitaires.

[32] Dans ces circonstances, les recommandations de la mission sont volontairement des préconisations relativement génériques, mettant en lumière des points de vigilance et invitant les collectivités locales, d'une part, et les institutions partenaires, d'autre part, à adapter leurs pratiques pour favoriser le développement et la mise en œuvre des projets territoriaux.

RAPPORT

1 Le cadre de l'intervention des communes en matière d'action sociale et sanitaire

1.1 Les élus du bloc communal s'accommodent du cadre juridique, institutionnel et budgétaire pour mener des politiques sociales et sanitaires d'une grande diversité

1.1.1 Les communes s'appuient sur la clause de compétence générale pour investir largement l'action sociale et sanitaire.

[33] En matière d'action sociale, les communes sont dotées par la loi d'un nombre limité de compétences spécifiques, qu'elles exercent en direct ou via un Centre communal d'action sociale (CCAS) (voir *infra*), en particulier :

- À chaque nouvelle mandature, réaliser au moins une analyse des besoins sociaux (article R.123-1 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale et les transmettre à l'organisme adéquat (article L.123-5 du CASF) ;
- Assurer le droit à la domiciliation (article L.264-1 du CASF) ;
- Établir un registre des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, notamment en vue des plans canicule (article L.121-6-1 du CASF).

[34] En matière d'action sanitaire, aux termes de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique (CSP), « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat* ». La commune exerce peu de compétences obligatoires dans ce champ. Les maires peuvent être amenés à prendre des mesures spécifiques dans le cadre de leur pouvoir de police, prévu par l'article L.2122-24 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

[35] Les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983, exerçaient déjà des attributions en matière de vaccination et de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle des règles d'hygiène, continuent de les exercer. À ce titre, les communes dont relèvent ces centres reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante. L'article L. 6323-1-3 du CSP reconnaît explicitement que les centres de santé peuvent être créés et gérés par les communes ou leurs groupements. Ceux-ci peuvent exercer les compétences en matière de santé attribuées au département, dans le cadre d'une délégation de compétences, comme c'est le cas par exemple d'un service de protection maternelle et infantile géré par la Ville de Nanterre par délégation de compétence du conseil départemental des Hauts-de-Seine.

[36] Sans remettre en cause la prééminence de l'Etat, la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite « loi 3DS ») renforce la participation du bloc communal aux politiques de santé. Elle prévoit notamment que les communes et leurs groupements peuvent concourir au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.

[37] La crise sanitaire liée au COVID-19 n'a pas marqué de rupture en termes de champs de compétence accordés à la commune dans le domaine de la santé. En revanche, elle a favorisé la prise de conscience du rôle clé que pouvait jouer une commune dans l'accompagnement de la population affectée par la crise et d'aide à l'organisation de la gestion de crise¹.

[38] La mission n'a pas évalué la mise en œuvre par les communes des compétences spécifiques attribuées par la loi, au profit d'une approche concentrée sur les projets d'initiative communale, qui se rattachent le plus souvent à l'exercice de la clause de compétence générale (cf. annexe méthodologie). Elle a toutefois observé que les compétences obligatoires constituaient bien le socle de base des interventions des CCAS et communes, tout en étant investies de manière diversifiée (voir *infra* sur la domiciliation et sur l'instruction des demandes d'aide sociale).

[39] La liste des compétences obligatoires du bloc communal n'a que très peu été modifiée ces dernières années. La seule évolution notable concerne le champ de la petite enfance, puisque la loi n°2023-1196 du 18 décembre 2023 introduit la notion d'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant et confie ce rôle aux communes à compter du 1^{er} janvier 2025.

[40] **Le CGCT prévoit une clause de compétence générale** à l'article L.2121-29 : « Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune ». Cette formulation était déjà présente dans la loi municipale de 1884. Elle implique que la commune peut intervenir dans toutes les matières qui présentent un intérêt public local, dès lors qu'elle n'empiète pas sur les compétences attribuées par la loi à l'Etat ou à une autre collectivité territoriale.

[41] Seules les communes peuvent se prévaloir de ce principe ; ce choix du législateur conforte leur place en tant qu'échelon administratif et politique de base de la République. La clause de compétence générale a été supprimée pour les départements et les régions : leurs attributions sont énumérées par la loi, conformément au principe de spécialité².

[42] Les différents travaux conduits en 2023 et en 2024 sur la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales et les perspectives de décentralisation³ mettent en exergue la

¹ Sénat, *Rapport d'information fait un nom de la commission des lois, Mieux organiser la Nation en temps de crise*, juillet 2020

² La loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, départements et régions avait doté la région d'une clause générale de compétence. Sur ce fondement juridique, les régions disposaient d'un pouvoir d'initiative, à condition que leurs interventions correspondent à l'intérêt de leur territoire. La clause de compétence générale a été supprimée pour les régions et les départements par la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités territoriales (RCT). Restaurée par la loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM), elle a de nouveau été supprimée pour les régions et les départements par la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe). En parallèle, la loi a conforté les départements dans leurs missions de solidarités et de cohésion territoriales.

³ *Décentralisation : le temps de la confiance*, rapport d'Eric Woerth au président de la République, mai 2024 ; *Coûts des normes et de l'enchevêtrement des compétences entre l'Etat et les collectivités : évaluation, constats*

valeur de l'échelon de proximité que représente la commune et la confiance auprès de la population qu'inspire le maire.

[43] **S'appuyant sur la clause de compétence générale, les communes ont développé, souvent dans la continuité de l'action historique des bureaux de bienfaisance, une vaste gamme de prestations et de services dans les champs social et sanitaire.** La mission a observé une grande diversité du périmètre et de l'ambition d'intervention des communes et des CCAS, qui ne tient pas qu'à la taille ou à la richesse de la collectivité mais bien souvent autant à l'histoire et à des préférences politiques locales.

Les bureaux de bienfaisance⁴

Les bureaux de bienfaisance ont été créés par la loi du 7 frimaire an V. Auparavant les secours aux pauvres étaient surtout le fruit de la charité chrétienne, par la paroisse ou par des bienfaiteurs privés.

Les bureaux de bienfaisance étaient destinés à secourir à domicile et en nature les personnes que les circonstances avaient placées dans un état de pauvreté, d'infirmité ou d'abandon. D'abord organisés au niveau du canton, ils ont laissé la place à des bureaux communaux à partir de 1820-1830, gérés par une commission administrative formée de délégués de l'administration nommés par le préfet et de membres élus par les conseils municipaux. Ils étaient chargés sous la présidence du maire d'administrer les biens et revenus du bureau, de constituer la liste des personnes à secourir et de désigner l'ordonnateur qui procédait aux distributions.

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite a créé des bureaux d'assistance médicale. Dans les communes ne disposant pas d'un bureau de bienfaisance, ces bureaux en faisaient office sous le nom de bureau d'assistance.

Au cours du XXe siècle, les fonctions des bureaux de bienfaisance ont évolué. Le règlement de 1920 a ouvert notamment la voie à de nouvelles formes de secours. Des services externes tels que les consultations de nourrissons, crèches, dispensaires, maisons hospitalières, infirmières-visiteuses, fourneaux alimentaires, ateliers d'assistance par le travail ont été créés. Après la seconde guerre mondiale, les bureaux de bienfaisance sont devenus des Centres communaux d'action sociale (CCAS).

[44] L'enquête que la DREES a conduite en 2015 à ce sujet, dite ASCO (action sociale des communes), mettait en évidence qu'en 2014, plus de huit communes sur dix, représentant 98 % de la population, développaient au moins une forme d'action sociale. Celles qui n'en mènent pas sont dans leur grande majorité des petites communes, de moins de 1500 habitants, qui ne sont pas tenues d'avoir un CCAS.

[45] Les actions sociales étaient d'autant plus diverses que la commune était grande. Les personnes âgées constituaient le premier public visé puisque deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population, réalisaient une action spécifique en leur faveur. Environ 40 %, représentant près de 80 % de la population, mettaient en place des actions auprès des jeunes et des familles

et propositions, rapport de Boris Ravignon au Gouvernement, mai 2024 ; Groupe de travail du Sénat sur la décentralisation, *La décentralisation libre administration, simplification, libertés locales : 15 propositions pour rendre aux élus locaux leur pouvoir d'agir*, 2023.

⁴ LIPPENS Stéphanie, *La bienfaisance en Vendée au XIXe siècle, mémoire de maîtrise d'histoire*, Angers, 1994 (BIB MEM 406) ; 2 X - Bureaux de bienfaisance et d'assistance (an IX-1943) (FranceArchives) et « Les bureaux de bienfaisance », *Patrimoine en revue* - N°66 Octobre 2024

ainsi que contre la pauvreté et l'exclusion. Environ 15 % le faisaient dans le domaine de l'accès aux soins et de la prévention sanitaire, soit au bénéfice potentiel de 58 % de la population.

[46] La nouvelle édition de l'enquête ASCO fournira en 2026 un vaste panorama de l'action sociale et sanitaire du bloc communal, à partir de riches données quantitatives recueillies auprès d'un échantillon représentatif des communes.

L'enquête ASCO 2025

La DREES a décidé de conduire en 2025 une nouvelle édition de l'enquête ASCO, à partir d'un échantillon de 12000 communes et intercommunalités. L'enquête ASCO vise principalement le recensement chiffré des actions menées par les communes, CCAS, EPCI et CIAS en matière d'action sociale : gestion d'établissements (EAJE, EHPAD, CHRS...), distribution d'aides et soutiens divers, guichets d'accueil et d'accompagnement, dispositifs d'aller-vers et d'accès aux droits, etc. Elle intègre également un certain nombre de questions relatives à l'action sanitaire, quand celle-ci vise spécifiquement des publics vulnérables : promotion de la santé, médiation sanitaire, prévention des risques, établissements médico-sociaux... La mission a participé au comité de pilotage de l'enquête. La collecte des données est prévue au dernier trimestre 2025 pour une publication des premiers résultats fin 2026.

1.1.2 Lorsqu'il existe, le centre communal d'action sociale exerce une partie de ces compétences

[47] **L'action sociale obligatoire et facultative est gérée par les services communaux directement ou par le CCAS, lorsqu'il existe.** Jusqu'en 2015, la constitution d'un CCAS était obligatoire pour toutes les communes. La loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (dite loi NOTRe) donne la possibilité aux communes de moins de 1500 habitants de dissoudre leur CCAS. Selon l'enquête ASCO de 2014, trois communes sur quatre disposaient d'un centre communal d'action sociale.

[48] Le CCAS et un établissement public administratif communal dont l'existence est prévue aux articles L.123-5 et L.123-6 du CASF. Même si les liens avec la commune sont très étroits, le CCAS a une personnalité juridique distincte, c'est-à-dire un budget, des biens et un personnel propres. Son régime juridique relève du droit public. Il peut également agir en justice en son nom propre.

[49] **L'organisation interne de la commune en matière d'action sociale et sanitaire** varie en fonction de la taille de la collectivité et de ses orientations prioritaires. Néanmoins, on y retrouve :

- Des **élus**, avec généralement un ou plusieurs élus ayant une délégation sur les questions sociales et sanitaires. Quand il existe un CCAS, il est généralement piloté par un élu en charge des questions sociales, nommé vice-président (la présidence étant l'apanage du maire). Pour les plus grandes communes, des élus de l'opposition peuvent également avoir un regard particulier sur les questions sanitaires et sociales, et siéger au conseil d'administration du CCAS.

- Des **agents**, dans des configurations variables selon la taille des communes. Dans les plus petites, ce sont les secrétaires de mairie qui prennent en charge la dimension sociale de l'activité de la mairie, parmi toutes leurs missions, et parfois sur des temps incomplets (partagés entre communes). Dans les plus grandes, on trouve des services structurés, avec des cadres de direction, des cadres intermédiaires, des agents administratifs, des agents des filières sanitaires et sociales, et jusqu'à des collaborateurs dédiés au sein des cabinets des maires et des élus délégués aux questions sanitaires et sociales. Dans les strates intermédiaires, la direction générale des services encadre directement un ou plusieurs agents dédiés aux questions sanitaires et sociales. Quand il existe un CCAS, les agents de celui-ci peuvent être des agents propres à la structure CCAS ou des agents mutualisés.
- Des **représentants de la société civile**, membres bénévoles des conseils d'administration des CCAS, désignés par la majorité municipale en tant que personnalités qualifiées. Ce sont généralement des représentants des associations de solidarité locales ou de réseaux comme les Unions départementales des associations familiales (UDAF). Certains CCAS proposent des places de personnalités qualifiées à des représentants des usagers.

1.1.3 L'intercommunalité s'est construite à géométrie variable

1.1.3.1 Le droit à la différenciation élargi par les réformes territoriales successives

[50] A la différence des communes, les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre (EPCI)⁵ sont régis par le principe de spécialité et ne disposent que de deux catégories de compétences :

- Les compétences obligatoires, qui résultent d'un transfert par la loi ;
- Les compétences facultatives, qui relèvent d'un transfert volontaire des communes membres selon une procédure encadrée par la loi (articles L.5211-17 et L.5211-5 II du CGCT). Les compétences facultatives transférées peuvent être exercées soit de façon exclusive, en lieu et place des communes, soit de façon partagée. Quand les compétences sont partagées, seules les actions dites « d'intérêt communautaire » relèvent des EPCI.

[51] Dans le champ social, les communes peuvent transférer à un EPCI l'action sociale dite d'intérêt communautaire, dont l'assemblée délibérante de l'établissement définit en principe les contours. La définition par la loi ou la jurisprudence de ce que constitue « l'intérêt communautaire » fait l'objet d'un encadrement réduit. Les transferts de compétences peuvent s'incarner à travers la création d'un Centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

⁵ Aux termes de l'article L.5210-1-1 du CGCT, forment la catégorie des établissements publics de coopération intercommunale les syndicats de communes, les communautés de communes, les communautés urbaines, les communautés d'agglomération et les métropoles. Les syndicats sont des EPCI sans fiscalité propre, c'est-à-dire dépourvus de tout pouvoir en matière fiscale (pas de vote des taux). Leurs ressources sont constituées soit d'une contribution budgétaire (les communes allouent les ressources nécessaires au fonctionnement de l'EPCI), soit d'une contribution fiscalisée (des taux additionnels aux taxes directes locales calculés par l'administration, sur la base du produit voté par le syndicat, s'ajoutent aux taux votés par la commune).

Tableau 1 : Compétences des EPCI dans le champ social

Type d'EPCI	Compétences obligatoires	Compétences facultatives
Communauté de communes		Politique de la ville Politique du logement et du cadre de vie Action sociale d'intérêt communautaire Création et gestion de maisons de service au public Organisation de la mobilité Petite enfance, enfance jeunesse
Communauté d'agglomération	Habitat Politique de la ville	Action sociale d'intérêt communautaire Participation à une convention France Services Petite enfance, enfance jeunesse
Communauté urbaine	Habitat Politique de la ville Gestion des services d'intérêt collectif	Non limitées par la loi
Métropole	Habitat Politique de la ville Services d'intérêt collectif	Non limitées par la loi

Source : Rapport de Boris Ravignon au Gouvernement⁶

[52] S'agissant des métropoles intercommunales (à l'exception de la métropole du Grand Paris), la loi impose aux départements de leur déléguer ou de leur transférer tout ou partie d'une liste de compétences fixée au IV de l'article L.5217-2 du CGCT, touchant en particulier à l'action sociale : fonds de solidarité pour le logement, service public départemental d'action sociale, programme départemental d'insertion, aide aux jeunes en difficultés, actions de prévention spécialisée, personnes âgées et action sociale. D'après le bilan intermédiaire établi par le Sénat, dans un rapport d'information de 2020⁷, les compétences les plus fréquemment déléguées étaient la gestion du fonds de solidarité pour le logement ou celle du fonds d'aide aux jeunes ainsi que la prévention spécialisée à l'intention des jeunes et des familles. Ce sont ces trois compétences que le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine par exemple a déléguées à la Métropole de Rennes, rencontrée par la mission.

[53] La Cour des comptes et le Sénat relèvent dans plusieurs rapports relatifs à l'action publique locale que l'intercommunalité à fiscalité propre est vue par les élus locaux comme un mécanisme permettant d'exercer de manière plus efficace les compétences dont la décentralisation a investi la commune, sans pour autant remettre en cause la notion de commune et l'échelon de proximité qu'elle constitue⁸. Ce sont souvent les mêmes élus qui occupent des responsabilités au niveau communal et intercommunal. La liberté ouverte par le cadre juridique actuel est utilisée par les

⁶ Coûts des normes et de l'enchevêtrement des compétences entre l'État et les collectivités : évaluation, constats et propositions, rapport de Boris Ravignon au Gouvernement, mai 2024

⁷ Sénat, Rapport d'information n°706 fait un nom de la mission d'information Compétences des départements, Rallier les citoyens, relier les territoires : le rôle incontournable des départements, septembre 2020

⁸ Voir notamment : Cour des Comptes, Les finances publiques locales 2022, fascicule 2 Chapitre II L'intercommunalité, octobre 2022 ; Sénat, Rapport d'information n°851, Avis de tempête sur la démocratie locale : soignons le mal des maires, 2023 ; Groupe de travail du Sénat sur la décentralisation, La décentralisation libre administration, simplification, libertés locales : 15 propositions pour rendre aux élus locaux leur pouvoir d'agir, 2023.

élus locaux pour organiser des transferts dont les périmètres matériels sont hétérogènes, en fonction des priorités et des configurations politiques locales.

1.1.3.2 Une grande diversité dans la répartition des compétences au sein du bloc communal

[54] Les observations de la mission sur l'action sociale et sanitaire du bloc communal corroborent le constat d'une grande diversité dans la répartition des compétences au sein du bloc communal.

[55] A titre d'illustration, la mission reproduit ci-dessous un tableau que le directeur de la CAF du Jura a fait établir à l'occasion des investigations dans ce département. Il fait apparaître, à l'échelle des quatorze EPCI du Jura, d'une part, des choix très différents d'une intercommunalité à l'autre quant au niveau retenu pour exercer la compétence et, d'autre part, un éclatement au sein même du bloc petite enfance / enfance / jeunesse, pourtant susceptible de constituer une politique sociale cohérente.

Tableau 2 : Répartition des compétences petite enfance / enfance / jeunesse au sein du bloc communal – département du Jura

EPCI	Petite enfance		Enfance			Jeunesse		
	EPCI	Commune	EPCI	Commune	Sivos (4)	EPCI	Commune	Sivos
Jura Nord	X		X			X		
Grand Dole		X	X			X		
Plaine Jurassienne	X		X			X		
Val d'Amour	X		X			X		
Arbois Poligny Salins (APS - Cœur du Jura)	X		X				X	
Bresse Haute Seille	X (1)		X		X	X		X
Champagnole Nozeroy	X (2)			X	X		X	
Espace Communautaire Lons Agglomération	X			X	X		X Gestion associative	
Porte du Jura	X		X			X		
Terre d'Émeraude	X		X (3)			X		
La Grandvallièrè	X RPE	X EAJE PSU		X	X		X	
Haut Jura Arcade		X		X			X	
Station des Rousses		X		X			X	
Haut Jura Saint-Claude		X		X	X		X	

- (1) compétences partielles pour les structures qu'ils gèrent : relais petites enfance (RPE) - lieu d'accueil enfants - parents (LAEP)
- (2) compétences partielles en ce qui concerne les projets d'investissement dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), gestion crèche Champagnole et RPE échelle communautaire
- (3) spécificité sur ce territoire avec une compétence EPCI partielle sur l'enfance qui exclut certains accueils loisirs sans hébergement (ALSH) du territoire. Gestion communale à ce jour pour les ALSH de Vaux et d'Étival
- (4) SIVOS : syndicat intercommunal à vocation scolaire

Source : CAF du Jura

[56] De même, les travaux de la chambre régionale des comptes de Bourgogne-Franche-Comté mettent en évidence une politique d'accueil du jeune enfant très inégalement intégrée au niveau intercommunal, du fait de moyens financiers contraints et de la réticence parfois constatée des intercommunalités à se saisir de la compétence⁹. Au sein même du bloc petite enfance, la loi n°2023-1196 du 18 décembre 2023 relative au plein emploi a distingué quatre compétences sécables : recensement des besoins, information et accompagnement des familles, planification du développement de l'offre d'accueil, soutien à la qualité. Il est précisé que les communes peuvent transférer tout ou partie de ces quatre compétences à un EPCI dont elles sont membres. L'EPCI auquel tout ou partie des quatre compétences auront été transférées sera alors l'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant pour la ou les compétences transférées ; pour les EPCI où s'exercent déjà tout ou partie des quatre compétences, la modification des statuts n'est pas nécessaire¹⁰.

[57] Dans ces circonstances, les conventions territoriales globales (CTG), qui constituent le contrat d'engagements politiques entre les collectivités locales et les CAF, pour maintenir et développer les services aux familles, sont fréquemment multipartites¹¹.

[58] Par ailleurs, la mission a relevé dans les territoires où elle a conduit ses investigations qu'il était rare que des CIAS soient constitués et que lorsqu'ils l'étaient, c'était principalement pour la gestion mutualisée d'un ou plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux. Ainsi, la communauté d'agglomération de la Roche-sur-Yon a transféré au CIAS qu'elle a constitué la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics relevant des différentes communes membres. Les CCAS ont conservé toutes leurs autres attributions. De même, le CIAS de la communauté de communes de La Châtaigneraie gère un EHPAD et une maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA), les CCAS continuant à conduire l'action sociale de proximité. La communauté d'agglomération de Dole ou la Métropole de Rennes n'envisagent pas la constitution d'un CIAS.

[59] La plupart des interlocuteurs de la mission ont insisté sur le fort attachement des maires au maintien d'une action sociale de proximité, incarnée principalement par les interventions du CCAS. La distribution de prestations en nature ou l'attribution de secours d'urgence sont décrites comme spontanément adressées à l'échelon communal et vues comme autant d'opportunités de contact direct avec les habitants. L' élu mesure ainsi au plus près les besoins exprimés par la population de son territoire et fait valoir la solidarité qui joue à l'échelle de la commune. La DREES relevait en 2014 que le colis de fin d'année restait la prestation la plus distribuée, aussi bien dans les communes de moins de 500 habitants (34 %) que dans celles de plus de 10000 habitants (70 %) ; dans certaines des collectivités rencontrées par la mission, les élus se rendent eux-mêmes au

⁹ Chambre régionale des comptes de Bourgogne-Franche-Comté, *L'action des collectivités territoriales en faveur de l'accueil du jeune enfant, en Bourgogne-Franche-Comté*, février 2025.

¹⁰ FAQ Service public de la petite enfance | collectivites-locales.gouv.fr

¹¹ La Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 engage la branche famille à tendre vers une couverture totale des territoires par une CTG. Depuis le 1er janvier 2020, les CTG remplacent donc progressivement les Contrats enfance jeunesse (CEJ), au fil de leur renouvellement. Le bilan établi par la CNAF en 2023 fait apparaître un taux de couverture de la population de plus de 95 %, avec une répartition équivalente entre l'échelon de signature communal et intercommunal. Les thématiques petite enfance, enfance, jeunesse et parentalité constituent le socle minimum des CTG.

domicile des personnes âgées pour leur remettre le colis. A l'inverse, Intercommunalités de France a indiqué que peu d'EPCI souhaitaient s'engager dans l'octroi d'aides sociales.

[60] Il est vrai qu'au-delà de la mutualisation technique de gestion d'un service, un transfert de compétences réussi implique la définition au niveau intercommunal d'un projet politique associé. Or cet exercice n'est pas simple, compte tenu des caractéristiques de la gouvernance des EPCI (modes de scrutin, composition large des conseils communautaires...). L'absence de stratégie territoriale nourrit le risque de se limiter à des actions à court terme, en fonction des crédits disponibles. A l'inverse, le cas de la Roche-sur-Yon est à relever puisque les élus ont fait le choix d'inscrire le transfert de la gestion des EHPAD au CIAS dans une démarche de définition au niveau de la communauté d'agglomération d'un schéma gérontologique.

[61] L'élargissement ces dernières années du périmètre des EPCI a fait parfois émerger des intercommunalités multipolaires, dépassant le schéma traditionnel s'appuyant sur une ville centre, posant la question de l'intégration communautaire différemment¹². Dans la communauté de communes Cœur du Jura par exemple - constituée le 1er janvier 2017 par la fusion des communautés de communes Arbois-Villes-Villages, pays de Pasteur et le pays de Salins les Bains-, les trois bourgs Arbois, Poligny et Salins ont tenu à conserver leur CCAS, chacun conduisant une action sociale de périmètre et d'ampleur différents. Les habitants de la communauté de communes sont ainsi placés dans des situations sensiblement différentes selon la commune dans laquelle ils vivent ; les autres communes membres de l'intercommunalité, plus petites, ne disposent pas des moyens pour un accompagnement social de même niveau et doivent s'en remettre au service social de secteur du département, puisque l'intégration communautaire n'est pas faite sur ce sujet.

[62] Par ailleurs, l'évolution des périmètres des intercommunalités a conduit à la coexistence au sein d'une même collectivité d'un pôle urbain et de territoires marqués par les problématiques de ruralité, comme le Grand Dole ou Laval agglomération par exemple. Dans ce cas, la ville centre peut juger peu pertinent de transférer des compétences relatives à des problématiques surtout prégnantes sur son territoire. Il en est ainsi par exemple de la compétence de la politique de la ville, dès lors qu'elle est la seule à avoir un quartier en relevant sur son territoire ; il s'agit pourtant d'une compétence obligatoire de la communauté d'agglomération.

[63] Pour résoudre cette difficulté liée à un territoire étendu et hétérogène, il peut être décidé d'organiser la compétence communautaire de manière territorialisée, comme pour les implantations des maisons France service (au sein de la communauté de communes Cœur du Jura par exemple, cette fonction est distribuée entre les trois bourgs) ou des maisons de santé (la communauté de communes de la Châtaigneraie par exemple a organisé plusieurs implantations de pôles santé). La métropole de Rennes a répondu à cet enjeu d'action sociale de proximité en définissant huit secteurs d'intervention. Ce choix peut être une réponse adaptée sur un territoire élargi mais s'avérer problématique en cas de manque de cohérence et d'intégration, chaque secteur conservant alors sa propre logique d'intervention.

[64] L'article L. 5211-17-2 du CGCT, créé par l'article 17 de la loi 3DS de 2022, a complété la possibilité de transfert facultatif de compétences supplémentaires des communes vers leur établissement EPCI à fiscalité propre, en précisant que cette faculté pouvait concerner une ou

¹² Cour des Comptes, *Les finances publiques locales 2022, fascicule 2 Chapitre II L'intercommunalité*, octobre 2022

plusieurs communes, notamment en vue de territorialiser l'action de l'intercommunalité dans son exercice.

[65] Dans tous ces cas, une intégration poussée des services, mutualisés entre la ville centre et l'intercommunalité, favorise, outre une meilleure maîtrise des dépenses de personnel, un alignement des orientations politiques. Un tel choix a été opéré par exemple par les villes de la Roche-sur-Yon, d'Alès et de Dole qui ont mis en place des directions générales des services communes à la Ville et à la communauté d'agglomération (voir aussi *infra*).

1.1.3.3 Le recours par les communes à d'autres cadres de coopération que les seuls EPCI à fiscalité propre

[66] Les EPCI à fiscalité propre ne sont pas les seuls échelons jugés pertinents par les élus locaux pour l'organisation de leur politique sociale et sanitaire. Les élus se saisissent d'autres formes juridiques pour coopérer, tels que le pays, le pôle d'équilibre territorial et rural (PETR)¹³ ou le syndicat mixte¹⁴.

[67] A titre d'illustration, en région Bourgogne-Franche Comté, on peut ainsi relever que :

- Les contrats locaux de santé (CLS) sont généralement conçus et signés à l'échelle des pays, sur la base d'une invocation large de la contribution des CLS à la cohésion sociale. Alors que le pays dolois prend la forme juridique d'une association, jugée plus souple par les quatre EPCI membres, le pays lédonien, qui regroupe lui aussi quatre EPCI, est un pôle d'équilibre territorial et rural. Le pays dolois porte par ailleurs le projet alimentaire territorial.
- Dans le Doubs, l'un des contrats locaux de santé est porté par le Parc naturel régional (PNR) du Doubs-Horloger et s'étend sur le territoire de l'ancien Pays horloger (intégré au PNR) ainsi que sur le Pays du Haut-Doubs. En effet, l'ARS a défini le territoire du CLS par rapport au groupe hospitalier présent qui s'étend sur les deux pays. Mais le PNR étant plus étendu, il couvre trois CLS¹⁵.
- La communauté de communes Cœur du Jura porte le projet alimentaire territorial mais la dynamique engagée en faveur de l'accès à une alimentation de qualité et la promotion de circuits courts a été initiée par le SICOPAL (syndicat mixte ouvert de la cuisine collective pour l'agglomération lédonienne) qui n'assure la restauration collective que pour une partie du territoire de la communauté de communes.

¹³ Un pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) est une catégorie d'établissement public créée par la loi Maptam du 27 janvier 2014. Il est constitué par accord entre plusieurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre au sein d'un périmètre d'un seul tenant et sans enclave. Il élabore un projet de développement économique, écologique, culturel et social, appelé projet de territoire. Les PETR sont soumis aux règles applicables aux syndicats mixtes.

¹⁴ Les syndicats mixtes sont des établissements publics de coopération locale et non des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Ils peuvent associer des collectivités territoriales et des groupements de collectivités (au besoin, avec d'autres personnes morales de droit public) et mettre des moyens en commun afin d'exercer ensemble une ou plusieurs activités d'intérêt général. Ils sont qualifiés de mixtes car ils peuvent regrouper des collectivités de différentes natures.

¹⁵ Fabrique Territoires Santé, *Les coordinations des démarches territoriales de santé*, Dossier ressources, 2023

- Pour la mise en œuvre de la politique enfance, les communes constituent de nombreux SIVOS (syndicats intercommunaux à vocation scolaire), comme indiqué dans le tableau n°2, qui ne sont pas toujours à l'échelle de l'intercommunalité. Le SIVOS reçoit les contributions financières des communes qui le composent ainsi que, pour les accueils loisirs sans hébergement (ALSH), les subventions CAF et les contributions des familles. Le SIVOS finance les constructions et entretiens des locaux scolaires et périscolaires, ainsi que le matériel et mobilier, et rémunère l'ensemble du personnel de l'ALSH.

[68] Concernant les PETR, la Cour des comptes a estimé, dans un référé de 2022¹⁶, que la majorité de ces établissements publics avaient, pour des programmes et des appels à projets nationaux, une plus-value interstitielle lorsqu'ils se positionnaient, dans une logique de subsidiarité, sur des problématiques peu investies par les EPCI à fiscalité propre. Cette analyse, appliquée par la Cour des comptes au secteur de la transition écologique et des mobilités douces, se vérifie aussi, dans les cas d'espèce examinés par la mission, aux domaines social et sanitaire. Toutefois, un éclatement institutionnel persiste, les contrats et les plans d'action associés s'appuyant sur des compétences maintenues au niveau de l'intercommunalité ou des communes.

1.1.4 La contrainte financière est difficile à apprécier

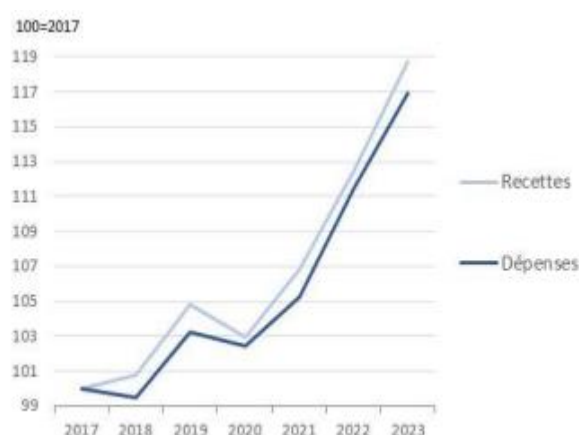
[69] En 2023, les dépenses des collectivités territoriales s'élevaient à 295 Mds€. Le bloc communal représentait 57 % de ce total. L'Observatoire des finances et de la gestion publique locales met en évidence, sur la période 2017-2023, un dynamisme significatif tant des dépenses de fonctionnement que des recettes du bloc communal¹⁷. Si la Cour des comptes a pointé en octobre 2024 une accélération de l'augmentation des dépenses du bloc communal sur la période récente, elle estime que la situation financière du bloc communal reste globalement favorable entre 2022 et 2024, contrairement aux collectivités départementales et régionales¹⁸. En 2023, l'épargne brute des collectivités du bloc communal s'est élevée à 26,6 Mds€, soit 17,7 % de leurs produits réels de fonctionnement en moyenne. L'endettement du bloc communal est maîtrisé et a diminué au cours des années récentes par rapport à la richesse nationale (la dette de l'ensemble des collectivités locales représente 6,7 % du PIB fin 2023, pour une dette publique globale de 110,7 % du PIB).

¹⁶ Cour des comptes, *Les pôles d'équilibre territorial et rural*, Référé, mai 2022

¹⁷ OFGPL, *Cap sur les finances des communes et intercommunalités en 2023 - Novembre 2024*. Pour une appréciation du pouvoir fiscal exercé par les communes, voir Cour des comptes, *L'évolution de la répartition des impôts locaux entre ménages et entreprises et de la (dé)territorialisation de l'impôt*, janvier 2025.

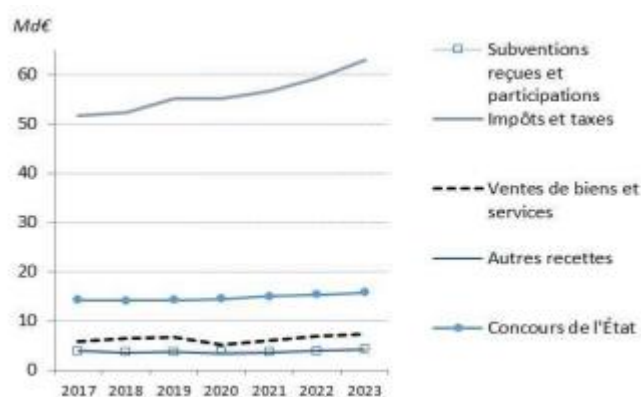
¹⁸ Cour des comptes, *Les finances publiques locales 2024*, octobre 2024 et Cour des comptes, *La situation des finances publiques début 2025*, février 2025. Les moyennes nationales recouvrent évidemment une grande diversité de situations à l'échelle individuelle.

Graphique 1 : Evolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des communes



Source : Observatoire des finances et de la gestion publique locales

Graphique 2 : Evolution des différentes recettes de fonctionnement des communes



Source : Observatoire des finances et de la gestion publique locales

[70] Il n'est pas possible dans cet ensemble de mettre en évidence de manière robuste la part des dépenses consacrée à l'action sociale et sanitaire. Les comptes de la protection sociale publiés par la DREES en décembre 2023 font apparaître des dépenses des communes de près de 8,7 milliards d'euros en 2022¹⁹ ; ce qui représente environ 7 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales²⁰. La publication annuelle des comptes par la DGCL inclut une présentation fonctionnelle des dépenses de fonctionnement des collectivités locales. Ce sont environ 8,4 milliards d'euros qui sont ventilés « santé et action sociale » dans les comptes des communes de 3500 habitants et plus (hors intercommunalités). Rapportées au nombre d'habitants, ces dépenses d'aide sociale et de santé sont d'un montant très variable, selon la taille de la commune (de 41€ / habitant pour les communes entre 3500 et 5000 habitants à 369€ / habitant pour les communes de 100 000 habitants et plus). Le constat est différent au niveau des intercommunalités, avec un écart entre les communautés de communes (46€ / habitant) et les

¹⁹ DREES, La protection sociale en France et en Europe en 2022 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2023

²⁰ DREES, « L'aide et l'action sociales en France », Panoramas de la DREES Social, Edition 2022.

autres types d'EPCI à fiscalité propre (25€ / habitant). Ces écarts sont notamment liés à la disparité des compétences transférées²¹.

[71] La mission n'a pas eu la possibilité d'examiner avec la DGFIP et la DGCL la ventilation effectuée et le périmètre retenu, et les données portant sur la dépense sociale, non consolidées au niveau du bloc communal (commune /CCAS / EPCI / CIAS) ne permettent pas d'effectuer des analyses globales. La DGCL et la DREES ont programmé des travaux à ce sujet, qui seront menés dans le prolongement de l'enquête ASCO de 2025.

[72] En outre, dans le champ social et sanitaire, de nombreuses interventions du bloc communal bénéficient de ressources complémentaires accordées via des contractualisations ou des appels à projets, ce qui peut majorer les dépenses et recettes. Dans son rapport 2023, la Cour des comptes relevait cette impossibilité de disposer d'une vision consolidée : *« Les documents budgétaires ne permettent que ponctuellement d'identifier les crédits consacrés aux contrats avec les collectivités, qu'il s'agisse de dispositifs transversaux et d'appels à projets spécifiques (...). Ils ne précisent ni les moyens mobilisés par les agences de l'Etat (dont les agences régionales de santé), ni les financements des collectivités. Dès lors, l'ensemble des moyens consacrés aux dispositifs contractuels ne peut être apprécié qu'à l'occasion d'évaluations ponctuelles »*²².

[73] A l'échelle des projets examinés par la mission, la mise à disposition par l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale de ressources complémentaires, parfois ponctuelles, a pu favoriser l'émergence de projets ou accélérer le renforcement d'autres. A titre d'illustration, dans le prolongement de la loi EGalim et de la convention citoyenne pour le climat, un fonds d'aide alimentaire durable a été initié en 2023 ; il finance en particulier le programme « Mieux manger pour tous » qui comporte un volet local (voir annexe correspondante). Ce programme, rattaché au Pacte des solidarités 2024-2027, est doté d'une enveloppe de 80 M€ au PLF pour 2025 (action 14 du programme 304). En parallèle, le volet *Transition agricole, alimentation et forêt* du plan France Relance de 2020, doté de 1,5 milliards d'euros, a permis l'accélération de très nombreux projets locaux, dont ceux visant l'accès à une alimentation saine et durable. A échéance de ces crédits, les plans d'action arrêtés dans le cadre des projets alimentaires territoriaux devront trouver des relais de financement.

[74] **La mission n'a pas été en mesure d'apprécier à quel point la contrainte financière constituait un facteur limitant pour la conduite des politiques sociales ou sanitaires du bloc communal.** Elle ne peut que relever la prudence avec laquelle les collectivités envisagent leur action des prochaines années, au regard des contraintes budgétaires à venir. D'autant plus quand elles sont tenues par des engagements financiers antérieurs pris pour la réalisation de projets (voir *infra*).

[75] Au-delà des incertitudes quant au montant des ressources des collectivités locales, les élus locaux dénoncent fréquemment des transferts de charge, indus ou subreptices. En ce qui concerne le bloc communal, ce débat est soulevé en particulier au sujet des Maisons France services, qui mobilisent leurs financements. Portées ou soutenues par les collectivités, les Maisons France services assument des missions d'accueil physique de proximité, alors que les services de

²¹ DGCL, « Les finances des communautés de communes en 2023 », *Bulletin d'information statistique*, N°188, octobre 2024.

²² Cour des Comptes, *Les finances publiques locales 2023, fascicule 2, Chapitre IV La contractualisation : un mode d'action publique incontournable, une efficience à renforcer*, octobre 2023

l'Etat et les organismes de sécurité sociale ferment des guichets. La subvention de l'Etat attribuée pour le fonctionnement est forfaitaire et jugée insuffisante²³.

Les interventions des communes dans les politiques sociales et sanitaires : quelques exemples internationaux

La mission a sollicité plusieurs interlocuteurs susceptibles de conférer un éclairage international sur les interventions des entités municipales et assimilées dans les politiques sociales et sanitaires. Elle a pu réunir des éléments d'information provenant du Réseau social européen²⁴ ainsi que de l'Observatoire européen sur les systèmes de santé²⁵.

Il ressort des éléments collectés par le Réseau social européen que les dispositifs nationaux sont marqués par une grande diversité, liée aux modèles d'organisation des Etats, et en particulier du choix entre structure fédérale et Etat unitaire. A l'échelle de l'ensemble des collectivités décentralisées, **la particularité de la France tient moins à la place du bloc communal dans les politiques de solidarité, qui est quasi-généralisée, qu'à la place prééminente des départements, dont l'équivalent n'existe pas** dans les pays retenus pour une comparaison effectuée en 2024²⁶. Le parangonnage des modèles d'organisation met en évidence la présence forte, dans les politiques sociales et sanitaires, de l'échelon régional ou de l'échelon communal. En revanche, le modèle d'une intervention assurée par une structure décentralisée intermédiaire, en l'espèce le département, chef de file de l'action sociale, fait de la France une exception. Le niveau départemental n'existe quasiment pas dans les pays comparables, où la taille des communes dépasse largement la moyenne des communes françaises, le développement des intercommunalités à fiscalité propre depuis 1999 ayant vocation à compenser ce phénomène.

Dans le champ sanitaire, plusieurs exemples de dynamiques ont été présentés lors de l'entretien avec l'Observatoire européen, appuyées sur les analyses de son réseau *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM)²⁷.

²³ En 2023, le financement du programme par l'Etat et ses opérateurs a progressé, avec un forfait annuel porté de 30 000 € à 35 000 € pour les structures non postales. Le financement s'appuie principalement sur le fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT), côté Etat et sur le fonds national France services (FNFS), côté opérateurs. L'objectif de la trajectoire de financement du programme est d'atteindre 50 000 € par structure en 2026. En dépit de cette trajectoire, la charge financière pèse fortement sur les porteurs locaux. Le coût total moyen d'un espace France services est estimé à environ 100 K€. Voir Cour des comptes, *Programme France services (2020-2023)*, septembre 2024.

²⁴ Le réseau social européen réunit des institutions publiques intervenant dans le champ social dans 30 pays d'Europe. Ses groupes de travail et forums thématiques ont vocation à partager des connaissances et des analyses sous un angle comparatif, privilégiant les politiques de solidarité. Ses membres sont majoritairement des collectivités décentralisées, mais également d'autres institutions sociales de statuts divers. En France, le GIP Protection de l'enfance protégée, l'ANDASS et le département de la Gironde en sont membres.

²⁵ L'observatoire européen sur les systèmes de santé, créé en 1998, a pour objectif de partager des analyses documentées sur l'efficacité des systèmes sanitaires sur la base de comparaisons internationales. Il réunit des organisations internationales (Organisation mondiale de la santé, Commission européenne), des Etats et des institutions publiques. C'est la caisse nationale d'assurance maladie qui y représente la France.

²⁶ European social network, *Social services index 2024 – Cross country analysis*, décembre 2024 : les pays de l'échantillon sont la Croatie, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, la Lettonie, Malte, la Pologne, la Roumanie, la Slovénie, l'Espagne et la Suède.

²⁷ Le HSPM est une plateforme permettant de partager des informations sur les principaux systèmes de santé européens et nord-américains, ainsi que leurs réformes récentes.
<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/overview>

En Finlande, la gestion hospitalière, qui était décentralisée aux communes, a été en partie « recentralisée » en 2023, au profit de districts régionaux de santé, eux-mêmes démocratiquement élus, dans une optique de rationalisation de l'offre de soins et d'une meilleure intégration avec les politiques de l'autonomie. Le financement de l'hôpital a quant à lui été transféré de l'échelon régional à l'échelon national. La compétence communale créait selon l'analyse du gouvernement finlandais des relations concurrentielles entre les entités locales, des pertes de qualité et une coûteuse duplication des moyens. La réforme est encore trop récente pour en mesurer les effets.

Au Royaume-Uni, depuis les lois de dévolution à la fin des années 1990, ce sont les gouvernements d'Angleterre, d'Ecosse, du Pays de Galles et d'Irlande du Nord qui sont compétents en matière d'organisation des soins. En revanche, le *National health service* (NHS) intervient sur l'ensemble du territoire du Royaume-Uni et assure une prise en charge publique des soins à hauteur d'environ 80 %. Il existe une tradition de collaboration approfondie, dans le champ de la santé, entre les communes et le NHS : c'est un système très structuré devant permettre aux citoyens d'accéder à des soins qui répondent aux caractéristiques du territoire et aux attentes du public, par le déploiement d'actions d'aller vers planifiées selon des référentiels précis et reproductibles. Les entités du NHS sont évaluées notamment sur la base d'indicateurs de participation de la communauté et de la société civile.

Enfin, un rapport de la Banque mondiale recommande une plus forte implication des métropoles dans les questions sanitaires²⁸, regrettant des politiques trop souvent marquées par les cloisonnements, les approches de court-terme et une intégration non-prioritaire des politiques sanitaires. Le rapport soutient la mise en place, dans les métropoles, de politiques sanitaires ciblées sur les personnes les plus vulnérables, intégrée avec les autres politiques urbaines, notamment les transports, le logement et la protection de l'environnement, et assises sur des actions étayées par des preuves (*evidence based*).

1.2 Les communes sont directement exposées aux défis posés à l'action sociale et sanitaire

1.2.1 Les difficultés d'accès aux soins, le vieillissement de la population et la précarité impactent fortement la situation sociale et sanitaire locale

[76] Les deux préoccupations les plus largement partagées, presque systématiquement mentionnées par les interlocuteurs de la mission, sont les difficultés d'accès aux soins et le vieillissement de la population. La moitié des projets examinés par la mission (voir *infra*) en relève. Les communes sont par ailleurs directement confrontées à la précarité d'une partie de leur population.

1.2.1.1 Des difficultés d'accès aux soins qui mettent à mal les politiques sanitaires et sociales

[77] La problématique des difficultés d'accès aux soins est générale, même si les situations des territoires diffèrent sensiblement. Les départements visités par la mission étaient dans des situations intermédiaires, selon la typologie constituée à partir des données de la DREES (voir annexe méthodologie générale). Environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins favorisés en termes d'accessibilité aux professionnels. Les trois quarts de ces

²⁸ World bank group, *Healthy cities – Revisiting the role of cities in promoting health*, 2023.

personnes vivent dans des territoires ruraux²⁹. Les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès en moyenne à 5,6 consultations par an tandis que les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,4 consultation par an. Toutefois, les inégalités d'accessibilité aux médecins généralistes restent inférieures à celles observées pour les autres professions de santé (infirmières, kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes)³⁰.

[78] Dans ce contexte, les difficultés d'accès aux soins constituent un sujet de préoccupation majeure pour le bloc communal, et parfois de tension inter-institutionnelle. Les élus locaux sont fréquemment interpellés par des citoyens inquiets et exaspérés de ne pas pouvoir accéder à un rendez-vous chez un professionnel de santé. L'accès aux soins constitue désormais un facteur d'attractivité du territoire ; la « désertification médicale » cristallise un sentiment d'abandon, voire de relégation.

[79] Si la responsabilité de cette politique relève principalement de l'Etat, en particulier des agences régionales de santé, et de l'assurance maladie, les contrats locaux de santé signés avec les collectivités locales comportent tous un volet d'accès aux soins, en cohérence avec les projets régionaux de santé arrêtés par les ARS³¹. Dans ce cadre, les interventions des collectivités sont résiduelles³² et sont illustrées par plusieurs projets étudiés par la mission (cf. partie 2).

[80] Ces initiatives s'inscrivent dans la typologie des interventions recensées par la Cour des comptes dans son rapport public annuel de 2023³³ et par la Banque des territoires en 2024³⁴, à savoir principalement le soutien à l'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé communaux) et la contribution à l'attractivité des territoires d'exercice par des incitations financières pour la réalisation de stages ou l'installation, l'accompagnement individualisé des étudiants et nouveaux professionnels. Dans les différents départements, les acteurs locaux s'engagent par ailleurs dans la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)³⁵.

²⁹ DREES, « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », *Études et résultats* N° 1206, septembre 2021

³⁰ DREES, [Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 Dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes](#), décembre 2024. Par ailleurs, des interlocuteurs nationaux signalent une difficulté croissante liée à la disparition des officines de pharmacie en milieu rural.

³¹ Prévu à l'article L.1434-10 du CSP, les CLS sont signés par l'ARS et une collectivité territoriale pour mettre en cohérence le projet régional de santé (PRS) de l'agence avec les politiques de santé menées par les collectivités ; mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé ; consolider par contrat les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée. Le préfet, les services de l'Etat, les acteurs de santé et les associations peuvent être associés au dispositif. En 2023, plus de 600 CLS étaient actifs ou en cours de négociation, pour un taux de couverture de la population supérieur à 60 % (contre 40 % en 2019).

³² Les collectivités territoriales et leurs groupements ont la possibilité d'attribuer des aides en matière sanitaire pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins (article L. 1511-8 du CGCT). En application des articles L. 1422-3, L. 1423-3 et L. 1424-2 du CSP, créés ou rétablis par l'article 126 de la loi 3DS, les communes et leurs groupements peuvent concourir au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.

³³ Cour des comptes, Rapport public annuel 2023. *Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours*. 2023

³⁴ Banque des territoires, *Lutter contre les déserts médicaux. Etat des lieux des initiatives locales*. Mai 2024

³⁵ Lancées dans le cadre du plan Ma Santé 2022, les CPTS ont pour objectif principal de renforcer l'organisation des soins de proximité, et de favoriser une approche populationnelle de la santé. Elles

[81] **Les difficultés d'accès aux soins sont d'autant plus sensibles qu'elles peuvent mettre à mal ou en échec des politiques conduites en faveur de certains publics dont l'accompagnement implique des soins** (personnes âgées, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou en situation de handicap...) et conduire à des situations dégradées. Cette perception est particulièrement forte concernant les problématiques de santé mentale. Ainsi, au congrès des maires de l'automne 2024, l'atelier organisé à ce sujet a fait ressortir que : « *Dans l'espace public, dans les foyers ou encore à l'école, la forte dégradation de la santé mentale, depuis le Covid, place les élus locaux en première ligne sur ce sujet. Ils doivent gérer des problématiques d'ordre public, chercher à repérer et soutenir les personnes de tout âge qui se retrouvent en difficulté et contribuer plus largement à la prévention. La coordination avec les médecins et l'ensemble des acteurs concernés, dans le cadre notamment des conseils locaux de santé mentale, apparaît nécessaire. Mais les conséquences du manque de psychiatres sont lourdes* »³⁶. La situation est exacerbée concernant les enfants et adolescents, en raison d'un effet ciseau entre l'augmentation des besoins de soins et d'accompagnement et la réduction de l'offre³⁷.

1.2.1.2 Le vieillissement de la population, une « lame de fond » ou un « mur »

[82] Au 1er janvier 2025, en France, 21,8 % des habitants ont au moins 65 ans, contre 16,3 % en 2005. Cette part augmente depuis plus de trente ans. Le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom dont les plus anciennes auront 79 ans en 2025 (et les plus jeunes 51 ans). Les évolutions sont contrastées selon les territoires, en fonction des pyramides des âges et des mobilités. Ainsi, les départements littoraux, tels que la Vendée, et méridionaux sont attractifs auprès des personnes âgées. La population est plus âgée sur une partie de la diagonale des territoires à faibles densités, du Sud-Ouest au Massif central.

[83] La présence d'une population importante de personnes âgées peut ouvrir des opportunités pour les territoires de résidence ou de villégiature, tant sur le plan économique que social. Dans l'*Atlas du grand âge*, publié en octobre 2024, Intercommunalités de France met l'accent sur le vieillissement comme facteur positif pour certains territoires, en raison de la contribution aux revenus assurée par les pensions de retraite, par ailleurs insensibles aux chocs économiques, et le développement de la « silver economy ». Celle-ci comprend les activités et métiers centrés sur la production de produits et de services visant à répondre aux besoins croissants et spécifiques des personnes âgées et peut être génératrice d'emplois.

permettent une meilleure coordination des professionnels de santé, en rassemblant des professionnels libéraux de proximité, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales. Les CPTS se distinguent des maisons et centres de santé par le fait qu'elles répondent aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée. L'objectif des pouvoirs publics est la généralisation des CPTS sur l'ensemble du territoire.

³⁶ [Congrès des maires – Santé mentale : les maires en première ligne](#)

³⁷ Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *Quand les enfants vont mal : comment les aider?* novembre 2023 ; HCFEA, *Avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence Santé mentale, Grande cause nationale 2025*, novembre 2024 ; HCFEA, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale*, janvier 2025; IGAS, *Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*, 2018 ; Haut Conseil de la Santé publique, *Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs*, avril 2022.

[84] Cependant, l'observatoire inter-régimes des situations de fragilité met en évidence les vulnérabilités particulières d'une partie des personnes âgées, en termes d'accès aux soins, de situation socio-économique et d'isolement (voir annexe méthodologie générale). Ces vulnérabilités peuvent se traduire par un non-recours aux droits, comme établi par les travaux notamment de la DREES³⁸ et illustré par des associations. Ainsi, le rapport 2024 de l'association des Petits frères des pauvres relève un taux de non-recours important des personnes âgées à l'intégralité de leurs droits à la retraite, au minimum vieillesse ou à la pension de réversion. Il qualifie par ailleurs de « dédale » l'ensemble des aides extralégales ou facultatives mises en place au bénéfice des personnes âgées par les organismes de sécurité sociale (branches vieillesse et maladie) et les collectivités locales.

[85] Enfin, en matière de perte d'autonomie, l'augmentation d'ici 2050 du nombre de personnes concernées représente un défi quantitatif majeur : selon le modèle Livia de la DREES, la croissance serait de plus de 36 % d'ici 2040 (+975 000) et de 46 % d'ici 2050 (+1 226 000), soit une croissance plus rapide que celles des plus de 60 ans en France. Ces évolutions sont d'ampleur et de nature variables selon les territoires : la Corse, l'Île-de-France, Rhône-Alpes et l'arc atlantique sont beaucoup plus concernés³⁹. Par ailleurs, les départements ne sont pas armés de la même façon en termes d'offre sanitaire et sociale à destination des personnes âgées.

[86] Dans ce contexte, les communes sont impactées par le vieillissement de la population de leur territoire de multiples façons. Pour répondre durablement aux besoins des personnes âgées et les accompagner dans le « bien vieillir », elles doivent adapter leur offre de services (santé, services à la personne, accès aux droits...) et leur aménagement (mobilier urbain adapté, nouveaux modes d'habitat permettant le maintien à domicile...)⁴⁰. Ci-dessous quelques catégories d'interventions du bloc communal relevées par la mission :

- **Le premier accueil et orientation ainsi que l'aide aux démarches administratives.** Pour les personnes âgées, cette mission est principalement assurée par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : décrits par certains territoires comme très actifs et / ou gérés par le CCAS (Nanterre), dans d'autres, leurs missions ont été absorbées dans les maisons des solidarités du conseil départemental. Par ailleurs, les personnes âgées sont très représentées dans le public accueilli par les Maisons France service ou les centres sociaux⁴¹.

³⁸ DREES, « Le non-recours au minimum vieillesse par les personnes seules », *Les dossiers de la DREES*, N°97, 2022.

³⁹ Voir le rapport IGAS n°2023-014R, *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire*, février 2024.

⁴⁰ Caisse des dépôts, *Les trajectoires résidentielles après la pandémie : stabilité, aspiration habitat et enjeux pour les seniors*, mai 2023.

⁴¹ Les personnes de plus de 55 ans représentent en moyenne 58 % du public accueilli par les Espaces France Services. Cour des comptes, *Programme France Services (2020-2023)*, septembre 2024.

- **Le repérage des personnes âgées en situation de vulnérabilité, en raison de leur perte d'autonomie et / ou de leur isolement.** Certaines communes n'alimentent le registre des personnes vulnérables que sur sollicitation expresse, alors que d'autres ont des démarches proactives pour repérer des situations de vulnérabilité⁴². Celles-ci peuvent prendre la forme de visites à domicile, de repérage à l'occasion d'une démarche administrative ou d'échanges d'informations avec des partenaires locaux⁴³. Elles participent alors de la logique de l'*aller vers* (voir *infra*). Le CCAS d'Alès s'est ainsi engagé en 2024 aux côtés de la CARSAT du Languedoc-Roussillon dans une expérimentation pour mieux repérer et prendre en charge les personnes âgées en situation d'isolement et ainsi prévenir la perte d'autonomie.
- **L'organisation d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie.** L'association par le département du bloc communal à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), instance mise en place par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est variable mais semble se résumer fréquemment à l'information sur les appels à projets lancés, afin que les CCAS puissent, le cas échéant, y candidater.
- **La création de lien social** par l'organisation de rencontres, d'activités culturelles ou de loisirs, comme ce que propose l'espace Entour'Age à La Roche-sur-Yon ou le pôle seniors du CCAS de Nanterre.
- **L'aide à la mobilité**, en particulier pour l'accès aux services de la quotidienne et l'accès aux soins. Les bourgs de Salins et d'Arbois, par exemple, ont mis en place un service de transport pour accompagner les personnes âgées faire leurs courses ou se rendre à un rendez-vous médical.
- **L'adaptation du logement et de l'espace public urbain.** A titre d'illustration, la métropole de Rennes, la communauté d'agglomération de la Roche-sur-Yon et la commune de Morne-A-L'eau (Guadeloupe) se sont engagées dans la démarche « Villes Amies des Aînés » qui consiste à interroger les particularités territoriales et les politiques locales au prisme des particularités liées au vieillissement de la population. De nombreuses collectivités cherchent à développer l'habitat inclusif.
- **L'organisation de services sociaux ou médico-sociaux**, notamment d'aide à domicile, de portage de repas, de téléassistance, de logement en résidence autonomie ou d'hébergement en EHPAD (à l'instar du CIAS de la Roche-sur-Yon).

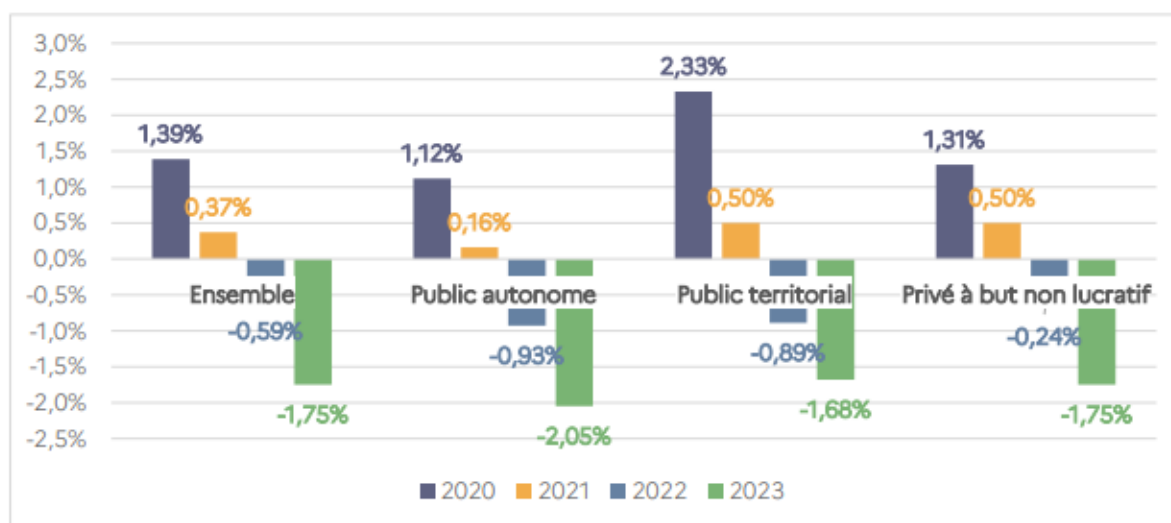
[87] Si la « *silver economy* » peut être génératrice d'emplois, les secteurs d'activité qui y sont rattachés sont en partie aussi ceux qui sont particulièrement confrontés ces dernières années à

⁴² La démarche d'inscription étant volontaire et la déclaration facultative, aucun impératif d'exhaustivité ne s'attache à la constitution du registre nominatif : [Microsoft Word - FAQ - Les registres communaux de personnes vulnérables - vagues de chaleur.docx](#).

⁴³ L'article 8 de la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (modifiant l'article L.121-6-1 du CASF) prévoit qu'un décret précise les modalités selon lesquelles les informations sur des éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité afin de favoriser l'intervention des services sanitaires, des centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi que des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

des fortes tensions en matière de ressources humaines La dégradation de la situation financière des EHPAD a aussi concerné les établissements publics territoriaux⁴⁴.

Graphique 3 : Evolution des résultats financiers médians des EHPAD par secteur



Source : Avis du HCFEA du 12 décembre 2024 d'après des données DGCS

[88] Dès lors que les EHPAD sont gérés en régie par le CCAS ou le CIAS, les difficultés financières ont un fort impact sur les collectivités elles-mêmes, tenues de verser une subvention d'équilibre. Cette situation est génératrice de tensions, telles qu'exprimées lors du forum organisé dans le cadre du 105^e congrès de l'Association des maires de France en novembre 2023. La situation est d'autant plus sensible dans des territoires de Bretagne et de Pays-de-la-Loire, qui se caractérisent par une proportion d'EHPAD publics non hospitaliers élevée⁴⁵. En Vendée, où plus de la moitié de l'offre d'accueil en établissements est composée d'EHPAD publics non hospitaliers, le bloc communal est très engagé dans les chantiers d'évolution de l'offre en faveur des personnes âgées, y compris pour assurer un rééquilibrage des places d'EHPAD sur le territoire départemental.

1.2.1.3 La précarité aux multiples visages

[89] Par la nature de ses compétences obligatoires et de ses interventions, le bloc communal est confronté aux différents visages que prend la précarité. L'aide à l'instruction des dossiers conduit en particulier les CCAS à exercer une fonction de premier accueil pour de nombreux publics démunis ; selon la composition de l'équipe du CCAS, ce premier accueil permet principalement une orientation vers un service spécialisé ou est prolongé par un accompagnement social assuré par un travailleur social.

⁴⁴ D'après l'UNCCAS, les CCAS et CIAS, qui dépendent de métropoles, d'intercommunalités ou de communes, gèrent 60 % des résidences autonomie et un peu moins de 10 % des EHPAD en France.

⁴⁵ Des élus du Finistère et d'Ille-et-Vilaine se sont constitués en collectif dénommé « Territoires du grand âge en résistance ».

[90] La domiciliation est sollicitée par des publics sans domicile stable ; certains CCAS assurent cette mission directement pour tous les publics⁴⁶. D'autres, comme celui de la Roche-sur-Yon, la délègue en partie à une association, en partageant avec l'Etat les publics et les financements associés. Certaines associations sont susceptibles de recevoir des subventions au titre de la domiciliation, dès lors qu'elles sont spécialisées dans l'accueil de certains publics, à l'instar des gens du voyage (cas de Dole).

[91] Le maire est également généralement en première ligne, dès lors que des personnes précaires sont présentes sur la voie publique ; il est alors interpellé pour répondre à l'urgence sociale mais aussi au titre de la tranquillité et de l'ordre publics. Pour ces situations, élaborer une réponse adéquate est généralement très complexe et nécessite la mobilisation conjointe de nombreux partenaires du social, médico-social, sanitaire et des forces de sécurité intérieure.

[92] Par ailleurs, de nombreux CCAS versent des secours d'urgence et / ou des prestations en nature pour répondre à de multiples situations de précarité : précarité énergétique et difficulté de payer les factures d'énergie, précarité alimentaire, difficultés de mobilité... Les communes investiguées par la mission, de taille moyenne ou petite, accordent principalement des secours d'urgence pour répondre à une situation *a priori* ponctuelle (et souvent en attendant la mise en place de l'aide d'un autre acteur institutionnel local). Certaines ont établi des barèmes locaux, d'autres s'en remettent aux décisions de la commission d'attribution de l'aide sociale locale, qui décide, au vu de la situation individuelle, du montant de l'aide accordé. Ces prestations directes sont souvent complétées par des subventions à des associations caritatives.

[93] En matière de lutte contre la précarité alimentaire, les modalités d'intervention peuvent être plus variées, avec le développement par exemple d'épiceries sociales et solidaires ou de jardins collectifs. Généralement seules les villes d'une certaine taille appliquent une tarification sociale pour la restauration scolaire⁴⁷. A cet égard, plusieurs interlocuteurs de la mission ont exprimé leur hésitation à se saisir du dispositif « cantine à 1 euro », en raison de l'effet de seuil lié au critère d'éligibilité des familles et craignant ne pas pouvoir assumer sa pérennisation, à l'échéance de l'aide financière versée par l'Etat⁴⁸.

[94] Ces constats corroborent ceux issus de l'enquête ASCO. En 2014, des aides financières étaient mises en place dans plus de la moitié des communes, le secours d'urgence (45 % des communes) et la prise en charge des factures (31 %) étant les aides les plus souvent citées. Les chèques d'accompagnement personnalisés et les aides financières remboursables étaient peu

⁴⁶ L'UNCCAS estime à 80 % les CCAS qui assurent cette mission en régie. Voir UNCCAS, Engagés pour les solidarités, Bilan à mi-mandat du bureau national, 2021-2024. [Unccas-Bilan Mi-mandat Planche.pdf](#)

⁴⁷ Rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *La restaurations scolaire : un enjeu majeur de politique publique*, novembre 2024. Le rapport cite une enquête de l'Association des maires de France de 2020 qui met en évidence que pour le 1er degré, la tarification unique de la cantine concerne surtout les communes de petite taille (84 % de celles de moins de 2 000 habitants), tandis que la tarification en fonction des ressources est davantage pratiquée dans les villes (78 % de celles de 10 000 à 29 999 habitants et 84 % de celles de plus de 30 000 habitants)

⁴⁸ Appelé à se développer dans le cadre du Pacte des solidarités 2024-2027, le dispositif « cantine à 1 euro » est applicable pour les collectivités ayant la compétence de restauration scolaire, dès lors qu'elles sont éligibles à la fraction « péréquation » de la dotation de solidarité rurale. L'Etat s'engage sur 3 ans au travers de la signature d'une convention avec la collectivité. Le tarif social d'1 euro maximum, permettant de recevoir l'aide de l'Etat de 3€, doit être attribué aux familles dont le quotient familial CAF est inférieur ou égal à 1 000 €.

répandus, respectivement proposés par 5 % et 10 % des communes. Près de la moitié des communes mettaient en place un barème pour accéder à ces prestations (une petite commune sur trois, trois quarts des moyennes et grandes communes).

[95] Les conditions d'attribution et les barèmes des aides financières accordées par les communes constituent une problématique investiguée depuis le milieu des années 2000, compte tenu des enjeux liés à leur articulation avec les prestations nationales. Ces travaux ont été prolongés ces dernières années et les résultats publiés en 2022⁴⁹.

Les droits connexes locaux

A la suite de premiers travaux mettant en évidence la création de trappes à inactivité sous l'effet du versement d'aides locales, sous condition de statut plutôt que de ressources, un *Guide des droits connexes locaux* a été élaboré en juillet 2009 par le Haut-commissariat aux Solidarités actives contre la pauvreté, et une déclaration commune sur les critères d'attribution des aides facultatives à caractère social signée par huit institutions⁵⁰. Il y est recommandé d'éviter tout effet de seuil dans les barèmes des aides sociales locales pour ne pas désinciter leurs bénéficiaires à reprendre un emploi ou à exercer une activité.

L'étude de 2022 vise à vérifier, plus d'une décennie après, sur un échantillon de 20 villes, le suivi de ces recommandations. Il en ressort que :

- Les aides sociales locales représentent selon la configuration familiale entre 6,5 % et 12,8 % de l'ensemble des ressources des ménages sans revenu d'activité ; les ménages avec enfants sont favorisés par les barèmes des aides locales relativement aux barèmes nationaux ;
- Les aides sociales locales sont très différentes d'une localité à l'autre. Dans une même localité, il peut exister autant de barèmes différents qu'il existe de prestations différentes. Pour une même prestation, il existe souvent autant de barèmes différents que de localités. Cette diversité se manifeste à la fois dans le montant et dans la forme des aides.
- Alors que dans les études de 2002 et de 2009, l'aide sociale locale type était de nature forfaitaire (d'un montant fixe) jusqu'à un seuil donné de ressources, et nulle au-delà de ce seuil, en 2020, la baisse des aides est beaucoup plus régulière avec le revenu, selon un profil qui évoque plutôt la baisse linéaire du montant du revenu de solidarité active en fonction du revenu d'activité. Sauf rares exceptions, les aides locales contribuent désormais au comblement des trappes à pauvreté.

[96] Même si la majorité des communes, via leur CCAS, offrent des prestations pour faire face aux situations de précarité, les positionnements des interlocuteurs de la mission ont été très variés. Certains élus jugent que la responsabilité de la lutte contre les exclusions relève de l'Etat et de la solidarité nationale et n'initient pas d'actions au-delà des compétences obligatoires. D'autres mobilisent leurs services, estimant qu'ils doivent répondre aux besoins auxquels ils sont exposés en première ligne, tout en déplorant les défaillances de l'Etat en la matière : des témoignages en ce sens ont été exprimés par exemple lors de la table ronde du Congrès des maires de 2024, intitulée « Des CCAS, confrontés à l'explosion des besoins ». D'autres, enfin, choisissent de concourir à l'action publique en ce domaine, dans un cadre de coopération organisé.

⁴⁹ Denis ANNE et Yannick L'HORTY, « Droits connexes et aides sociales locales : un nouvel état des lieux », *Economie et Statistique*, N°530-31, 2022.

⁵⁰ L'Assemblée des départements de France, l'Association des maires de France, l'Association des régions de France, la CNAF, la CNAMTS, la CCMSA, Pôle emploi et l'UNCCAS.

[97] La question de l'hébergement d'urgence est emblématique à cet égard, tant elle est susceptible de cristalliser les tensions au niveau local. A titre d'illustration des pratiques de coopération, le CCAS de Lons le Saunier assume la fonction de SIAO – 115 du Jura, gère des places d'hébergement d'urgence pour les demandeurs d'asile ainsi que des places de centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

[98] De même la question de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des réfugiés génère des positionnements divers, en fonction parfois de l'appartenance politique des élus mais fréquemment aussi de la perception de l'acceptabilité sociale locale et de la situation du marché du travail. Ainsi, la communauté de communes Cœur du Jura compte sur son territoire un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) en diffus ainsi qu'une maison d'enfants à caractère social (MECS) accueillant notamment des mineurs non accompagnés, sans que ces choix d'installation n'aient suscité d'opposition localement. Des employeurs ont pu y voir une réponse partielle à leurs besoins de main d'œuvre.

[99] Le Pacte des solidarités 2024-2027 ambitionne de poursuivre la démarche partenariale initiée par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, avec les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE), et de renforcer la gouvernance contractuelle des politiques de solidarités à travers des alliances locales. A l'exception des métropoles, invitées à conclure avec l'Etat des contrats locaux de solidarités, le bloc communal est susceptible d'être associé principalement par la signature d'un pacte local des solidarités, qui marque l'engagement de chaque partie prenante.

[100] Si la mission n'a pas pu disposer de bilans consolidés des pactes locaux, elle a observé que dans ce cadre, par exemple, dans le Jura des actions de lutte contre la précarité alimentaire avaient été engagées et dans le Gard des actions favorisant la structuration de l'accueil pour l'accès aux droits en territoire rural ainsi que le renforcement des coopérations pour l'accès à une alimentation de qualité pour tous.

[101] A noter que, parmi les grands défis sociaux, celui lié à la forte baisse de la natalité reste encore relativement peu cité à l'échelon communal. Pourtant, d'après le bilan démographique publié par l'INSEE en janvier 2025, le nombre de naissances en 2024 est inférieur de 21,5 % à son niveau de 2010 et est le plus bas niveau observé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ce recul de la natalité se traduira dans de nombreux territoires par une évolution de la demande pour l'accueil du jeune enfant, avant de concerner aussi l'enseignement élémentaire et l'organisation du périscolaire.

1.2.2 Les communes sont sollicitées pour rendre l'accès aux droits et prestations effectif

[102] Pour atteindre le public cible et être effectifs, les dispositifs et les prestations doivent franchir ce qu'on appelle désormais communément « le dernier kilomètre »⁵¹. Cette expression est née dans le domaine de la logistique, pour désigner la capacité d'une organisation à acheminer un produit ou un service jusqu'à un « client final ». Appliquée aux politiques publiques et aux

⁵¹ Voir notamment l'étude annuelle 2023 du Conseil d'Etat : « L'utilisateur du premier au dernier kilomètre de l'action publique : un enjeu d'efficacité et une exigence démocratique ».

services publics, elle revient à rechercher si l'action publique atteint effectivement le public qu'elle vise et les objectifs qu'elle s'est fixés.

[103] Cette préoccupation sous-tend aussi les chantiers de modernisation de l'action publique engagés ces dernières années par le Gouvernement. Il s'agit de piloter l'action publique non plus uniquement par la norme et par les moyens, mais par une méthode plus engageante de pilotage par les objectifs et les résultats concrets, afin de rendre compte aux Français de l'impact des politiques prioritaires sur leur vie quotidienne, au plus près de chez eux. Cela présuppose de mobiliser les acteurs (élus, société civile) qui sont associées sur le terrain à la co-construction des actions concrètes mises en œuvre.

[104] Dans le domaine social et sanitaire, cet impératif est ressorti face au double constat d'un fort taux de non-recours aux droits ainsi que d'un sentiment répandu de relégation territoriale, voire de désaffiliation, nourri des difficultés d'accès aux services publics et aux soins. Aussi, en reprenant la typologie du Haut Conseil de la santé publique⁵², le Pacte des solidarités 2024-2027 distingue-t-il, dans le référentiel de l'axe 2, quatre problématiques :

- Le dernier kilomètre géographique traduisant l'éloignement de certaines populations des services d'accueil social, parfois du fait d'une insuffisance de l'offre, d'un isolement ou d'une incapacité à se déplacer ;
- Le dernier kilomètre social, dû à la méconnaissance des démarches à entreprendre ou des difficultés à identifier les acteurs concernés ou rencontrés lors des démarches d'accès aux droits ;
- Le dernier kilomètre culturel, par crainte ou refus de la stigmatisation ou en raison de problèmes de compréhension des termes administratifs ou de la langue ou encore d'illettrisme ;
- Le dernier kilomètre numérique qui se renforce par le déploiement de solutions numériques pour accéder aux droits, opérantes pour une partie importante de la population, mais qui, du fait d'une fracture numérique (nonaccès au matériel, haut débit, illettrisme), exclut de fait une partie d'entre elle.

[105] Ces problématiques ont été décrites par la plupart des interlocuteurs de la mission dans les différentes collectivités sollicitées. Ce sont en effet autant d'interpellations directes des élus et des services par des citoyens.

[106] Dans ces circonstances, les communes, pour nombre d'entre elles, se sont-elles aussi engagées dans le renouvellement de la manière de répondre aux besoins sociaux. Généralement, les communes n'ont pas attendu l'Etat et s'appuient sur des savoir-faire acquis de longue date. Les démarches impulsées par l'Etat et les initiatives des communes se croisent alors au bénéfice des citoyens.

⁵² Avis du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé, 6 mars 2023.

1.2.2.1 L'accueil social de proximité

[107] La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté 2018-2022 avait mis l'accent sur « l'accueil social inconditionnel », garantissant à toute personne en moins de 30 minutes un accès à une information immédiate, l'ouverture de droits et une orientation adaptée ou un accompagnement social ou professionnel. Le département, chef de file de l'action sociale et du développement social local, était appelé à structurer un réseau de premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité avec ses partenaires du secteur social.

[108] Dans ses investigations, certes limitées à quelques départements, la mission n'a pas observé une telle structuration dans laquelle s'insérerait de manière formalisée le bloc communal, notamment via ses CCAS⁵³. A titre d'illustration, le département du Gard s'est efforcé de mailler le territoire de centres médico-sociaux et de « maisons du département », mais sans organiser l'articulation avec l'action sociale des communes. Au Vigan, le centre médico-social du conseil départemental constitue *de facto* le principal service d'accueil social du territoire communal ; situé en plein cœur de la ville, il abrite le service social de secteur ainsi que des agents respectivement de la protection maternelle et infantile, de l'aide sociale à l'enfance, du service autonomie et du service insertion.

[109] Dans ces circonstances, c'est principalement sur la base de leurs compétences propres et dans le prolongement de leur engagement historique que les communes offrent aux habitants un accueil social de proximité, alors que la difficulté pour l'utilisateur d'un contact physique avec les services publics essentiels, au premier rang desquels la sécurité sociale, est soulignée (voir *infra* partie sur les partenariats). Cette orientation est rarement formalisée ; la Métropole de Rennes a toutefois conçu un schéma métropolitain d'accès aux droits, sur la base d'un diagnostic partagé.

[110] L'accueil social de proximité est assuré en première intention par les CCAS ou par les mairies. La domiciliation en constitue un premier maillon, complété par l'information, l'orientation vers les services instructeurs et l'aide à la constitution de dossiers. Certaines communes s'appuient sur des centres sociaux (Dole) ou des espaces de vie sociale (Arbois) gérés en régie.

[111] Des Maisons France Services y sont parfois adossées ou intégrées dans les services de la commune. Très majoritairement implantées en milieu rural, 67 % des Maisons France Services sont portées par des collectivités locales. La mise en place de conseillers numériques, généralement au sein des Maisons France Services, parfois dans le CCAS (à Nanterre par exemple), favorise l'aide aux démarches administratives à effectuer en ligne.

[112] Les partenariats peuvent aussi se construire avec le réseau associatif, qu'il soit gestionnaire d'équipements (par exemple de centres sociaux comme à Nanterre) ou positionné / subventionné pour intervenir auprès de différents publics (comme à la Roche-sur-Yon).

[113] Enfin, l'aide à la mobilité peut venir compléter la stratégie de répartition des implantations territoriales. L'enjeu est alors de pallier l'insuffisance de transports en commun, particulièrement en milieu rural, ou parfois de favoriser le désenclavement de quartiers politique de la ville.

⁵³ Historiquement, les départements du Nord et du Pas de Calais ont toutefois formalisé leurs relations avec les communes via des protocoles de coopération.

[114] Toutefois, cet accueil social de proximité ne suffit pas à lui seul pour répondre aux besoins de la population locale. D'une part, les professionnels de ces structures ne disposent pas toujours de l'information pertinente pour bien aiguiller l'utilisateur, en particulier lorsqu'il s'agit de droits ou de prestations complexes. Cette situation peut générer des incompréhensions, des frustrations, voire de la colère. D'autre part, les personnes qui assurent l'accueil des usagers sont souvent des agents administratifs et, dans les petites communes, les secrétaires de mairie. Ces agents ne sont pas toujours armés pour faire face à la détresse sociale qui peut s'exprimer ou aux difficultés d'ordre psychique des personnes qui se présentent aux guichets. Enfin, l'accueil au guichet ne permet pas de toucher les personnes isolées ou en situation de désaffiliation sociale, qui ne font pas la démarche d'une demande d'aide.

Témoignages de membres du Conseil national de lutte contre la pauvreté et les exclusions sociales (CNLE)

Avec l'appui du secrétariat général du CNLE, la mission a pu échanger sur l'action sociale et sanitaire des communes avec des membres issus respectivement du 2^e collège (associations), du 3^e collège (organisations syndicales nationales et organisations professionnelles d'employeurs) et du 5^e collège (personnes concernées). Ceux-ci ont fait état de la grande diversité des expériences vécues en fonction des communes et des CCAS (« *autant d'expériences que de communes* »). Certains CCAS se cantonnent à un accueil de guichet sans aller au-devant des besoins des usagers (« *considérant que l'aller vers, ce n'est pas leur boulot, qu'ils ne savent pas faire* »), d'autres offrent un accompagnement social de proximité. La majorité des travailleurs sociaux identifiés comme « de droit commun » est décrite comme démunie pour savoir réagir face aux troubles de santé mentale et pour faire du « *sur mesure, plutôt que du prêt à porter* ». Il faudrait donc leur fournir un étayage, via un pôle ressources en santé mentale, et les former en continu, « *la précarité et les dispositifs évoluant vite* ». Préciser le rôle que peuvent jouer les médiateurs pairs ou pairs aidants serait également utile. Une formation devrait également être proposée aux élus locaux, décrits comme « *accessibles* », « *ayant les pieds dans la réalité* », mais parfois peu au fait des problématiques sociales. Enfin, l'engagement de nombreux CCAS en faveur des enfants et adolescents, pour favoriser leur accès aux activités sportives et culturelles, est salué.

1.2.2.2 Le développement de l'aller vers

[115] C'est notamment en raison de l'ampleur du phénomène de non-recours que l'actuelle rénovation des politiques sociales et de santé met fortement l'accent sur la démarche d'*aller vers* consistant à aller vers les personnes isolées ou démunies qui ne poussent pas ou plus la porte des services publics. L'*aller vers* a deux dimensions principales : une mobilité hors les murs vers les milieux de vie et une posture professionnelle d'ouverture vers la personne, alors qu'elle peut avoir renoncé à être aidée.

[116] Dans la première dimension, de nombreuses collectivités ont mis en place des permanences au plus près des citoyens ou des dispositifs itinérants. Les espaces France services sont dans 86 % des cas des structures fixes, les 14 % restantes correspondent à des antennes (4 %), bus ou espaces France services itinérants (6 %) et structures multisites (4 %)⁵⁴. A titre d'illustration, les communautés de communes Cœur du Jura et de la Châtaigneraie organisent l'itinérance des accueils France services. Dans la communauté de communes Cèze Cévennes, c'est le lieu d'accueil enfants-parents (LAEP) qui a pris place dans un bus. De manière générale, la Cour des comptes

⁵⁴ Cour des comptes, *Programme France Services (2020-2023)*, septembre 2024

pointe dans son rapport sur le programme France Services que ces modalités d'*aller vers* n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation. Il est donc difficile à ce stade de déterminer si ces dispositifs atteignent les publics cibles.

[117] Dans le domaine sanitaire, selon les termes du Haut Conseil de Santé publique, la prochaine stratégie nationale de santé doit viser à mettre en place une véritable politique du dernier kilomètre reposant sur l'universalisme proportionné et des dispositifs d'*aller vers*. La crise sanitaire a constitué à cet égard un facteur accélérateur : s'appuyant sur des expériences de terrain, éprouvées par la crise, des équipes mobiles santé-précarité (EMSP) ont notamment pu être déployées, dans les conditions fixées par le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021. Au niveau des communes, les services municipaux et leurs partenaires ont pu mettre à profit leur connaissance fine de la population, y compris via les registres de personnes vulnérables, pour offrir un accompagnement de proximité (organisation de portage de repas par exemple)⁵⁵.

[118] La deuxième dimension de l'*aller vers* représente davantage une gageure pour les acteurs de proximité que sont les communes. En effet, *« l'aller vers oblige les acteurs à être moins administratifs et plus proactifs, moins dans la procédure d'instruction des dossiers que dans le processus d'immersion territoriale (...). Les travailleurs sociaux sont conduits à intervenir sur le rapport aux institutions et sur l'environnement en étant acteurs des milieux de vie et de leurs ressources. Cela implique pour eux d'aller vers les populations, mais aussi d'aller vers les partenaires du territoire pour trouver des solutions collectives décloisonnées susceptibles de mieux accompagner les parcours de vie dans toutes les composantes et leur complexité »*⁵⁶.

[119] Les pratiques sont très variées d'un territoire à l'autre, aussi en fonction de la conception que les élus locaux ont de leur rôle social. Pour certains, l'*aller vers* n'est rien d'autre que le retour au cœur de métier du travail social ; les CCAS de la communauté de communes Cœur du Jura expliquent ainsi ne jamais avoir renoncé à la pratique de la visite à domicile, la plus à même de repérer des situations de fragilité. La commune de Salins a décidé de pérenniser sur son propre budget un réseau de proximité, s'appuyant sur des visites à domicile, initié par un appel à projet de 2016 de la conférence des financeurs. En ce qui concerne le public des jeunes, des communes, telles que la Ville de Dole, ont remis en place un dispositif de prévention spécialisée, auquel le conseil départemental avait renoncé.

[120] Pour d'autres, ce sont des dispositifs spécifiques qui sont conçus, comme dans la communauté de communes de la Châtaigneraie (voir encadré *infra*) ou par le CCAS d'Alès. Enfin, certaines collectivités ne souhaitent pas aller dans cette voie, faute de moyens (pour faire la démarche ou accorder l'aide qui pourrait être nécessaire) ou jugeant que cela ne relève pas de leurs missions.

⁵⁵ Sénat, Rapport d'information fait un nom de la commission des lois, *Mieux organiser la Nation en temps de crise*, juillet 2020

⁵⁶ Cyprien AVENEL, Entretien dans le Dossier « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations, *La Santé en Action*, n°458, décembre 2021.

L'expérimentation Territoires Zéro Non-Recours à l'exemple de la Châtaigneraie

Conséquence de la complexité du système de prestation sociales ou d'un manque d'information, le non-recours est un phénomène massif avec des conséquences sociales importantes. Dans ce contexte, le ministère en charge des solidarités a lancé en février 2022 l'expérimentation « Territoires zéro non-recours », prévue dans la loi 3DS et inscrite dans le cadre du Pacte des solidarités 2024-2027, afin de simplifier et de faciliter l'accès aux droits.

Dans le cadre de l'appel à projets lancé le 31 mars 2023, doté de 18 millions d'euros sur trois ans, 39 territoires ont été retenus pour lancer leurs initiatives visant à aller vers les personnes les plus éloignées des institutions en leur fournissant l'information nécessaire et un accompagnement adapté à leurs besoins ; améliorer la coordination entre les institutions et acteurs de la lutte contre la pauvreté et de l'insertion des territoires ; renforcer l'*aller vers* et le travail partenarial dans les pratiques des professionnels du travail social ; développer les échanges de données entre institutions à des fins de lutte contre le non-recours ; coconstruire les expérimentations avec les publics ciblés par le dispositif expérimenté.

La communauté de communes La Châtaigneraie fait partie des 39 territoires retenus et a défini, en concertation avec tous les partenaires locaux, un plan d'action. Celui-ci prévoit notamment la mise en place des LIENS (Lieux d'information et d'écoute numériques et solidaires) dans une dizaine de communes ; des bénévoles y tiennent des permanences régulières pour accompagner les personnes qui les sollicitent. Par ailleurs, le conseiller numérique organise son itinérance dans plusieurs communes pour assister les habitants dans l'utilisation de tablettes d'accès aux droits, par des appuis individuels et des opérations collectives.

[121] Au-delà de la réponse à un besoin identifié, l'enjeu est de maintenir ou de renforcer le lien social. Ainsi, ces démarches nourrissent aussi la confiance que le citoyen accorde au maire, confirmée par toutes les enquêtes d'opinion⁵⁷.

[122] Le développement de l'*aller vers* implique un changement de posture vis-à-vis de la personne, favorisant une approche globale de ses besoins et de son parcours de vie. Le décroisement entre sanitaire et social et la mise en réseau d'acteurs locaux peuvent être favorisés par la taille réduite de la collectivité, où tous les acteurs se connaissent et collaborent au quotidien via les différentes instances partenariales. Ce sont parfois aussi des associations qui jouent un rôle fédérateur, favorisant l'essaimage de bonnes pratiques entre collectivités d'un même département ou d'une même région. L'enjeu de coordination est particulièrement prégnant pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie, compte tenu du nombre d'acteurs susceptibles d'intervenir auprès d'eux (voir annexe spécifique et *infra*).

1.2.2.3 L'approche globale de la santé

[123] Partant de la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », les politiques sanitaires s'efforcent de tenir compte de l'importance, dans cette approche de santé globale, des déterminants de santé, en promouvant

⁵⁷ Selon le baromètre de confiance du Cevipof, le maire atteint un niveau de confiance de 60 %. Le niveau de confiance recule à mesure de la proximité des élus : conseiller départemental 47 % ; député 39 %, député européen 35 %, président de la République 29 %. Sciences po Cevipof, - Opinionway, *En qu[o]i les Français ont-ils confiance aujourd'hui ?*, Le baromètre de la confiance politique, février 2024.

la prévention et la promotion de la santé ainsi que des interventions intersectorielles dans les milieux de vie. Cette préoccupation croise le mouvement de territorialisation des politiques de santé. Ce sont sur ces bases que se sont développés notamment le réseau des villes santé OMS et des réseaux tels que la Fabrique territoires santé.

[124] Là encore, ce qui semble parfois constituer une nouvelle approche rejoint en réalité un engagement historique de certaines communes en faveur de la construction d'un environnement favorable à la santé, par l'intervention notamment des bureaux municipaux d'hygiène et la mise en œuvre des pouvoirs de police du maire⁵⁸. Cette histoire est particulièrement marquée dans certains territoires visités par la mission, du fait d'engagements politiques historiques, comme à Nanterre, ou de la culture minière et protestante, comme dans le Gard. Ces compétences complètent en outre des champs d'intervention traditionnels des collectivités communales, telles l'habitat ou les transports urbains, qui concourent à la santé environnementale.

[125] La mission n'a pas analysé la manière dont l'approche globale de santé sous-tendait aujourd'hui l'action sanitaire et sociale des communes. Cependant, deux des thèmes retenus par la mission pour des investigations approfondies s'y inscrivent et offrent des illustrations intéressantes.

[126] L'approche par milieu de vie et les efforts de promotion de la santé permettent d'enrichir les politiques publiques conduites en faveur de la santé mentale des enfants et adolescents⁵⁹. Agissant très en amont du repérage, de l'accompagnement et du soin de ceux présentant des troubles ou manifestant un mal-être, les acteurs misent en particulier sur le renforcement des compétences psycho-sociales (CPS) des enfants. L'efficacité de ces programmes pour prévenir des comportements à risque et pour favoriser le bien-être des enfants, dans une perspective d'investissement social, a été largement documentée par la littérature scientifique⁶⁰. Une ambitieuse démarche de déploiement de cette démarche est actuellement menée dans les

⁵⁸ Héritière des textes de la deuxième moitié du 19^e siècle concernant l'assainissement des logements insalubres ou instituant des conseils d'hygiène publique et de salubrité, la loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique crée les bureaux municipaux d'hygiène dans les villes de plus de 20 000 habitants et dispose que le maire est tenu de prendre des précautions pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles (désinfection, destruction d'objets des malades ou pouvant servir de véhicules à la contagion...) ainsi que pour assurer la salubrité des logements (notamment alimentation en eau potable et évacuation des matières usées). Voir notamment les rapports IGAS, *Evaluation des actions confiées par l'Etat aux services municipaux d'hygiène et de santé*, 2004 et IGAS, *Evaluation du fonctionnement des services municipaux d'hygiène et de santé*, 2009.

Voir aussi les actes du colloque « renforcer l'action sanitaire de proximité », organisé en décembre 2024 par le ministère de la santé et le CNFPT pour un partage d'expérience sur les missions des services communaux d'hygiène et de santé : [« Renforcer l'action sanitaire de proximité » : retour sur le colloque 2024 dédié aux missions des Services communaux d'hygiène et de santé \(SCHS\) - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

⁵⁹ Voir les publications récentes sur réseau des villes santé : « Jeunesse, santé et bien-être », Point Villes Santé, janvier 2025 et l'ouvrage *Repenser les actions de la Ville au prisme de la santé mentale*, janvier 2025.

⁶⁰ La synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques est accessible sur le site de Santé publique France: [Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021](#)

différents milieux de vie de l'enfant⁶¹ ; le concours des collectivités locales est toutefois marginal à ce stade.

[127] Par ailleurs, l'alimentation constitue un sujet intersectoriel dont les acteurs locaux se saisissent pour prendre de multiples initiatives. Les projets alimentaires territoriaux (PAT) répondent, selon les termes de la loi, à l'objectif de « mise en œuvre d'un système alimentaire territorial »⁶². L'ambition affichée est de fédérer les différents acteurs d'un territoire autour de la question de l'alimentation, contribuant ainsi à la prise en compte des dimensions sociales, environnementales, économiques et de santé. Le bloc communal joue fréquemment un rôle moteur et fédérateur indispensable en la matière.

[128] Dans la communauté de communes Cœur du Jura ou dans la communauté d'agglomération de Nord Grand-Terre, par exemple, le projet alimentaire territorial a permis la mise en réseau des acteurs locaux : producteurs, distributeurs, restauration collective, aide alimentaire. Des actions concrètes de soutien aux filières locales au profit de la population locale ont pu être mises en place. Cette dynamique locale semble tenir tant aux moyens engagés qu'aux orientations de la démarche, qui ont croisé des préoccupations déjà largement présentes et discutées au sein de la collectivité autour de la promotion des circuits courts et d'une alimentation de meilleure qualité. L'impulsion donnée par des acteurs locaux de la restauration collective ainsi que, dans le Jura, la culture liée aux coopératives agricoles ont constitué des facteurs facilitants.

⁶¹ Affichés dans plusieurs plans gouvernementaux, l'objectif et les modalités du déploiement à grande échelle des programmes de renforcement des CPS ont été détaillés dans une instruction interministérielle d'août 2022. Ils relèvent en réalité des dynamiques mises en place localement sous l'égide de l'agence régionale de santé et du rectoral ainsi que de l'engagement volontaire de communautés éducatives diverses (établissements scolaires, établissements sociaux et médico-sociaux, cités éducatives, acteurs du péri-scolaire ou des activités sportives, culturelles ou de loisirs...).

⁶² Article L.111-2-2 du code rural et de la pêche maritime. Le déploiement des PAT s'est fortement accéléré à partir de 2021, notamment sous l'impulsion donnée par le plan France relance, en lien avec une révision du dispositif de reconnaissance des PAT (déconcentration au niveau des DRAAF et introduction de deux niveaux de labellisation : niveau 1 pour les PAT en phase d'émergence et niveau 2 pour les PAT en phase opérationnelle). Voir annexe.

Synthèse des observations de la mission sur les trois thématiques retenues

La mission a retenu trois thématiques de politiques sociales et sanitaires pour sélectionner les dix projets qu'elle a plus particulièrement étudiés (Cf. *infra*, partie 2) : l'accès aux droits des personnes en perte d'autonomie, la lutte contre la précarité alimentaire et la santé mentale des adolescents. Ce travail l'a conduite à passer systématiquement en revue ces politiques dans les sept communes et EPCI visités.

L'accès aux droits des personnes âgées est rarement identifié par les communes comme une problématique en tant que telle ; ce sujet s'intègre dans la préoccupation des élus du bloc communal de réponse aux besoins des habitants, dont les personnes âgées représentent une proportion significative, mais est largement tributaire des interventions des autres institutions et collectivités. En particulier, les relations étroites avec le conseil départemental peuvent favoriser la construction du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie mais de telles relations peuvent peiner à se construire, hormis quand le CLIC est porté par le CCAS ou que la coopération se noue au niveau infra-départemental entre communes / CCAS et les maisons de l'autonomie territorialisées du département. La gestion ou non d'établissement ou de service médico-social au bénéfice des personnes âgées joue également un rôle déterminant dans l'investissement des communes. Les communes ne sont pas toujours associées localement aux dynamiques partenariales entre la CNSA, les caisses de retraite et le conseil départemental (incarénées notamment par la coordination des actions de prévention via la conférence des financeurs), et ces dynamiques partenariales s'avèrent elles-mêmes très hétérogènes d'un département à l'autre.

La lutte contre la précarité alimentaire continue à prendre principalement la forme historique de distribution d'une aide alimentaire, par des prestations en nature ou en espèce (bons de secours). La coordination avec les autres acteurs de l'aide alimentaire, en particulier les grandes associations, est difficile à mettre en place. Souvent dans le cadre du développement des projets alimentaires territoriaux, de nombreuses communes élargissent progressivement l'ambition à l'accès de tous à une alimentation équilibrée et durable. Cette orientation se traduit par de multiples initiatives locales de mise en réseau des acteurs locaux. L'intégration des exigences de la loi EGalim dans l'offre de restauration collective concourt également à la politique alimentation des collectivités.

La santé mentale des adolescents constitue une préoccupation très largement partagée, dans la mesure où les répercussions peuvent être importantes sur le bien-être des jeunes et de leur famille mais aussi sur les institutions et communautés locales. **Le bloc communal peine cependant à monter des initiatives pour répondre à ce défi**, tant la pénurie de professionnels de santé est prégnante. Les problématiques de santé mentale restent par ailleurs mal connues et peuvent susciter des appréhensions ; les formations en premier secours en santé mentale sont jugées pertinentes à cet égard. L'engagement explicite dans des démarches de prévention et de promotion de la santé mentale, par exemple par le déploiement de programmes de renforcement des compétences psycho-sociales des enfants, reste limité. L'articulation avec l'Education nationale, sur ces sujets, est difficile à construire, en dehors des dispositifs tels que les cités éducatives. Quand elle est engagée par la commune, l'amélioration de la qualité des accueils de loisirs et de l'offre d'activités sportives et de loisirs contribue toutefois au bien-être des enfants.

Les difficultés d'accès aux soins s'imposent dans la très grande majorité des communes comme un défi majeur, dès lors qu'elles correspondent à une préoccupation exprimée au quotidien par une large partie des habitants, quel que soit leur âge ou statut socio-économique, et que les difficultés qui y sont liées mettent à mal les politiques publiques menées en faveur des différents publics. Les efforts déployés par le bloc communal visent principalement à favoriser l'installation de professionnels de santé mais ces actions se heurtent à la pénurie généralisée en ressources médicales.

2 Les projets menés par le bloc communal : une grande diversité, quelques récurrences

2.1 Les dix projets étudiés par la mission et portés par le bloc communal dans le champ social et sanitaire

[129] La mission a appuyé ses analyses sur l'examen de plusieurs projets menés par les collectivités et établissements publics locaux (EPCI, CCAS, CIAS) qu'elle a visités.

[130] En tout, 10 projets ont fait l'objet d'analyses détaillées, sur la base de documents écrits et d'entretiens avec les porteurs, avec certains partenaires institutionnels et, dans trois cas, d'ateliers associant également des bénéficiaires de ces dispositifs. Le détail de ces dix initiatives figure en annexe du rapport.

- Le pôle ambulatoire de soins de premier recours d'Alès agglomération (30) ;
- Le lieu d'accueil enfants-parents (LAEP) itinérant de la communauté de communes de Cèze-Cévennes (30) ;
- La maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de la commune du Vigan (30) ;
- La santé mentale des jeunes de la communauté de communes du Cœur de Jura (39) ;
- Le projet alimentaire territorial (PAT) de la communauté de communes du Cœur de Jura (39) ;
- La prévention jeunesse de la ville de Dole (39) ;
- Le plan d'actions unique santé social famille (PLUSSF) de la communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie (85) ;
- La maison France services (MFS) de la communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie (85) ;
- Le centre de ressources territorial (CRT) du CIAS de la communauté d'agglomération de La Roche-sur-Yon (85) ;
- Le schéma gérontologique de la communauté d'agglomération de La Roche-sur-Yon (85).

[131] Le contenu des projets analysé par la mission est le suivant.

Tableau 3 : Contenu synthétique des projets analysés par la mission

	Nom du projet	Collectivité porteuse	Dépt	Champ	Description
1	Pôle de soins ambulatoires de premier recours	CA d'Alès	30	Politique de santé	Créer un centre de premier recours à Alès permettant la prise en charge immédiate des personnes souffrant d'affections de longue durée et se trouvant sans médecin traitant sur le territoire de l'agglomération.
2	LAEP itinérant	CC Cèze-Cévennes / association "Accès pour tous"	30	Politique de la famille	Faire circuler un camion dans 4 villages constituant un lieu d'accueil pour les parents et les enfants et de loisirs (ludothèque).
3	MSP du Vigan	Ville du Vigan	30	Politique de santé	Créer un lieu de soin hybride - maison de santé pluridisciplinaire / centre de santé - permettant l'exercice conjoint de médecins libéraux et de médecins salariés par le GIP porté par le Conseil régional.
4	Santé mentale des jeunes / projet de prévention des conduites addictives	CC Cœur de Jura	39	Politique de santé / politique de la jeunesse	Mettre en œuvre un projet de prévention des conduites addictives des jeunes du territoire, en misant en particulier sur le renforcement des compétences psycho-sociales des enfants (formation des professionnels) et l'identification d'acteurs relais sur les addictions
5	PAT	CC Cœur de Jura	39	Politique de l'alimentation	Coordonner diverses initiatives permettant un meilleur accès à une alimentation saine

6	Prévention jeunesse	Ville de Dole	39	Politique de la ville / politique de la jeunesse	Développer la prévention spécialisée et l'accompagnement des jeunes d'un quartier de Dole ainsi que de leurs familles
7	Convention PLUSSF	CC Pays de la Châtaigneraie	85	Mixte	Créer un support contractuel regroupant des actions relevant de la convention territoriale globale (CTG) passée avec la CAF et du contrat local de santé (CLS), passé avec l'ARS, afin de mutualiser les moyens et de répondre à la diversité des projets de l'EPCI
8	Maison France services	CC Pays de la Châtaigneraie	85	Mixte	Créer une capacité d'accueil sur site pour permettre l'accès aux droits offerts par de multiples partenaires et développer l'aller vers pour limiter le non-recours .
9	CRT	CA La Roche-sur-Yon	85	Politique de l'autonomie des personnes âgées	Créer une structure d'accompagnement de personnes à domicile cumulant la coordination des acteurs existants et une capacité supplémentaire d'intervention, et proposer des actions de prévention de la perte d'autonomie.
10	Schéma gériantologique	CA La Roche-sur-Yon	85	Politique de l'autonomie des personnes âgées	Mettre en place une stratégie qui intègre la mobilisation des moyens publics intercommunaux et municipaux dédiés à l'accueil du grand-âge (EHPAD notamment) et à la prévention de la perte d'autonomie.

Source : Mission

[132] Les analyses portant sur l'ensemble de ces initiatives permettent de dégager certaines récurrences constitutives d'enseignements intéressants. Le caractère restreint de l'échantillon nécessite néanmoins d'envisager la transposabilité de ces conclusions avec prudence.

2.2 Les raisons invoquées pour la mise en place d'un projet répondent à des logiques diverses et pouvant se conjuguer

[133] Les dix projets étudiés par la mission peuvent être rattachés à l'exercice par les communes de leur clause de compétence générale, qui donne lieu par la suite à des transferts de compétences et délégations de fonctions à leurs établissements publics (EPCI, CCAS et CIAS). Ils relèvent de causes immédiates relativement diverses, alors que les défis auxquels sont confrontés les acteurs locaux sont souvent proches. Parmi elles, il a été possible d'identifier quatre grands types de raisons d'agir :

- La demande sociale,
- L'observation de problèmes sociaux mal couverts sur le territoire,
- Les contraintes de gestion,
- La possibilité de saisir d'opportunités opérationnelles et stratégiques.

[134] L'ensemble de ces éléments convergent fréquemment dans les programmes politiques des majorités municipales ou intercommunales, qui peuvent les traduire de manière plus ou moins explicite. Ces causes ne sont évidemment pas exclusives les unes des autres ; elles peuvent se cumuler.

2.2.1 La demande sociale est un déterminant essentiel des initiatives du bloc communal

[135] **Plusieurs interlocuteurs de la mission ont insisté, sur le plan national comme au niveau local, sur la particularité du positionnement du maire**, au contact direct de la population et mis en demeure de répondre à ses demandes urgentes et / ou récurrentes. La terminologie qui revient le plus souvent à cet égard est sa situation « **à portée de baffes** » ou « **à portée d'engueulade** ». Par essence non spécialisée, la fonction de maire est le réceptacle d'une demande couvrant un très large spectre des besoins, dont les frontières ne s'arrêtent évidemment pas aux politiques sociales et sanitaires qui sont l'objet du présent rapport. A ce titre, le maire exerce une fonction essentielle de lien social, de premier recours et de capteur des besoins de sa population, même s'il n'est pas en capacité de répondre à l'ensemble de ces attentes.

[136] **Cette demande sociale peut être recueillie à diverses occasions** : dans le cadre de l'exercice du mandat municipal, ou dans le déroulement d'une campagne électorale, ou encore de façon plus systématique, par des consultations régulières réalisées auprès de la population, afin de connaître ses souhaits quant aux priorités municipales. C'est le cas à Alès, où une telle consultation est réalisée chaque année. D'après la collectivité, les résultats mettent en évidence de manière récurrente l'impérieuse nécessité de répondre au besoin d'offre en santé. Les états généraux de la santé, organisés par la communauté d'agglomération sur le territoire en 2023, avec le concours de l'ensemble des parties prenantes des politiques de santé, dont est directement issu le pôle de soins ambulatoires de premier recours de premier recours (**projet 1**), sont une initiative découlant de cette priorité.

[137] **L'orientation politique des élus est une donnée importante**, quoique non déterminante dans les exemples analysés par la mission (des élus d'un même bord politique peuvent avoir des

visions très différentes de leurs priorités alors que les défis paraissent identiques). De même, le cycle électoral peut jouer dans la manière de répondre aux aspirations sociales ; la proximité avec le programme sur lequel un candidat a été élu, ainsi que la distance aux prochaines élections sont des paramètres importants de l'initiative locale.

[138] La demande sociale est également le fruit des **cultures locales** d'après les interlocuteurs de la mission : l'esprit de solidarité identifié dans les trois collectivités du Gard a été fréquemment relié à la culture protestante, l'habitude de travailler ensemble liée à la prégnance des coopératives dans le Jura, l'attention portée à l'offre collective d'accueil pour les personnes âgées et la forte concentration d'EHPAD publics en Vendée à l'existence d'une volonté partagée, et historique, de sécuriser par l'intervention municipale les vieux jours des travailleurs modestes de ce département.

2.2.1.1 La demande d'accès aux soins : un enjeu majeur et une motivation pour de nombreux projets

[139] Si les consultations de la population ne sont pas organisées partout aussi régulièrement et de manière aussi structurée qu'à Alès, la demande sociale adressée aux élus, et plus spécifiquement aux maires, par la population va dans le même sens dans l'ensemble des collectivités visitées par la mission : **quasiment partout, la première demande adressée aux maires concerne l'accès aux soins**⁶³.

[140] Plusieurs des collectivités étudiées ont inscrit leur action dans ce domaine dans **un cadre stratégique dédié** :

- Les états généraux de la santé d'Alès Agglomération se sont engagés en 2023 par une concertation avec les professionnels (400 participants et 1700 contributions), une consultation de la population qui a suscité un millier de réponses⁶⁴. Le projet cible un objectif prioritaire, les soins de premier recours, qui se décline dans des actions dans trois champs : la prévention, l'accès programmé et l'accès non programmé. Parmi les actions projetées figure la création d'un pôle de soins ambulatoires de premier recours (**projet 1**). La démarche aboutit à la création d'une instance de gouvernance locale en santé, sur le modèle de celle qui a été mise en place lors de la crise du Covid-19, sous une forme pérenne : son rôle est de piloter le schéma territorial d'organisation des soins de premier recours, d'évaluer les services rendus à la population, de créer des programmes coordonnés de prévention et de formation, d'adopter un conseil local de santé mentale (CLSM) et de définir une politique de transports vers les services de soins de premier recours ;

⁶³ A l'exception toutefois de la commune de Morne-à-L'Eau, en Guadeloupe, qui a indiqué que son projet de maison de santé était moins prioritaire, car des médecins libéraux s'installent désormais spontanément sur son territoire.

⁶⁴ 43 % des répondants ont indiqué avoir renoncé à un soin dans les 12 derniers mois, et 18 % être sans médecin traitant.

- Le plan santé 2023-2035 de la communauté de communes de La Châtaigneraie tient compte des conditions sociales et géographiques du territoire, et définit les besoins en soins prioritaires (polypathologies, polymédication, pathologies chroniques, patients vieillissants, troubles musculo-squelettiques, diabète). Sur cette base, en fonction d'un ratio attendu par spécialité de santé (médecins généralistes, dentistes, sages-femmes, diététiciens, infirmiers...), le plan définit une cible d'effectifs à atteindre et pose une appréciation qualitative du service effectivement rendu. En ce qui concerne les seuls médecins généralistes, le plan définit une cible de 8 à 9 praticiens (contre 5 présents en 2022). La stratégie bâimentaire est déduite de ces besoins, et se traduit par la réalisation de travaux de réaménagement des locaux actuels, également dans une perspective de moyen terme lorsque la démographie médicale nationale s'améliorera : « *On veut être prêts quand les jeunes médecins arriveront* ».

[141] Ressentie à la fois comme une urgence par les habitants et un devoir pour les élus, cette demande est à l'origine de **projets dont les dimensions peuvent être conséquentes au regard des moyens comptés de certaines collectivités, qui s'y engagent tant par des dépenses immobilières que par la rémunération de personnels** :

- Au Vigan, la mise en place de la Maison de santé pluridisciplinaire (**projet 3**) répond directement à cet impératif. La communauté de communes a racheté le bâti de la MSP, avec une subvention de l'ARS et de la Région ; puis elle s'est engagée à prendre en charge son déficit structurel à hauteur d'un tiers (deux-tiers pour la Région). La MSP est intégrée au GIP « *Ma santé, ma région* », porté par la Région Occitanie⁶⁵. Depuis 2024, la MSP présente l'originalité de couvrir deux modes d'exercice distincts : deux médecins y exercent en libéral, et deux autres sont salariés du GIP. Les praticiens libéraux emploient leur propre secrétaire, tandis qu'un agent de l'EPCI assure le secrétariat des médecins salariés ;
- A La Châtaigneraie, l'EPCI a déployé un effort significatif sur le champ de l'accès aux soins, dès 2005-2006. Une première initiative, inscrite dans le cadre du pôle d'excellence rurale (2007-2022), s'est traduite par la mise en place de quatre pôles de santé pluridisciplinaires implantés sur quatre communes du territoire, dont les locaux appartiennent à l'EPCI. Au sein de chaque pôle, des services sont apportés par la communauté de communes : les locaux (incluant le mobilier et l'entretien), le secrétariat (3 agents offrant une continuité de service de 5 jours et demi par semaine, à la fois en présentiel et en distanciel et entièrement gérés par la collectivité), le logiciel métier, le module de prise de rendez-vous, le dispositif Asalée (une infirmière d'éducation thérapeutique en proximité directe) et des assistants médicaux. Par ailleurs, la communauté de communes a acquis un logement pouvant accueillir jusqu'à quatre internes travaillant dans la MSP.

⁶⁵ Ce GIP a pour objectif d'ouvrir des centres de santé en zones désertifiées, avec des médecins salariés. Le GIP existe depuis 2002 et a ouvert 21 centres en Occitanie.

2.2.1.2 L'accompagnement des personnes âgées : un enjeu déterminant pour l'avenir

[142] **L'offre de services aux personnes âgées** est également décrite comme faisant l'objet d'interpellations de la part des habitants. Les initiatives observées par la mission dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie résultent tout autant d'appréciations portées à plus long terme par les équipes du bloc communal sur les évolutions démographiques, dans lesquelles la transformation de l'offre d'accueil apparaît essentielle.

[143] L'adoption par la communauté d'agglomération de La Roche-sur-Yon d'un schéma gérontologique (**projet 10**) se rattache à ce besoin d'articuler demande immédiate d'accompagnement à domicile, dont le centre de ressources territorial (**projet 9**) est l'une des dimensions, et démarche stratégique, elle-même étroitement connectée avec la circonstance du transfert au CIAS des EHPAD municipaux du territoire (cf. *infra*). Ce schéma directeur a pour objet de préciser les enjeux locaux prioritaires et de définir les grands axes d'une politique territorialisée en faveur des retraités, des personnes âgées et des aidants. Il permet d'inscrire une politique préexistante dans une stratégie globale, et de continuer à étendre le spectre des actions assurées au niveau intercommunal à destination de ce public.

2.2.1.3 D'autres demandes reviennent moins systématiquement

[144] A La Roche-sur-Yon, la thématique de la **santé mentale des adolescents** est remontée à l'occasion de consultations de la population, dans le cadre de l'organisation d'Assises de la Jeunesse par la communauté d'agglomération en 2024.

[145] Au cours de la mission, les **questions relatives à l'hébergement d'urgence**, liées à la présence visible sur la voie publique de personnes sans domicile, ont été également soulignées comme des objets de préoccupation dans certaines communes, à la demande des habitants. Certains élus ont souligné qu'ils étaient en la matière confrontés à la saturation de l'offre d'hébergement et de logement adapté financée par l'Etat (La Roche-sur-Yon, Château-Thierry).

[146] En Guadeloupe, la **stratégie d'agro-transformation** développée par la communauté d'agglomération de Nord Grande-Terre est présentée comme la réponse à une demande des habitants, confrontés à une insécurité alimentaire latente, et à des crises (cyclones, tremblements de terre) représentant une menace aigüe en ce domaine.

2.2.2 L'observation de problèmes sociaux mal couverts est également à l'origine de certaines interventions du bloc communal

[147] **Les difficultés constatées d'accès aux services publics en milieu rural apparaissent également déterminantes.** C'est la principale motivation des projets de Lieu d'accueil enfants parents itinérant de la communauté de communes de Cèze-Cévennes (**projet 2**), de la MSP du Vigan (**projet 3**) ou encore de la maison France services à La Châtaigneraie (**projet 8**). Les réponses apportées tiennent compte de ce qui est perçu par les représentants locaux comme **un désengagement des services publics** de l'Etat et de la sécurité sociale sur les territoires ruraux.

[148] **D'autres interventions des collectivités peuvent également pallier ce qu'elles perçoivent comme un désengagement des partenaires dans le champ des politiques sociales.** C'est le cas pour les collectivités de Vendée, dont les interventions d'aller vers au titre de la prévention de la perte d'autonomie sont connectées à la décision de réintégration des CLIC par le département en 2018. Pour continuer à délivrer un service de prévention collective, tel qu'assuré auparavant par les CLIC, La Roche-sur-Yon a intégré cette **politique**, tant au sein du schéma gérontologique (**projet 10**), qui fait une large place au service du CIAS Espace Entour'âge, dédié à la prévention, que dans le projet de CRT (**projet 9**). C'est le cas également de la prévention jeunesse assurée par la ville de Dole (**projet 6**), du fait de la politique départementale de réorientation de la prévention spécialisée dans le Jura. Dans le cadre de la métropole rennaise, l'action de la ville peut correspondre à une sphère d'innovation sociale sur des « niches » visant des « publics oubliés » par les interventions des autres acteurs, en respectant un principe de subsidiarité (hébergement social des migrants, soutien aux familles monoparentales et aux épiceries solidaires).

2.2.3 L'intervention du bloc communal vise à prendre en compte certaines contraintes de gestion

[149] **La première de ces contraintes est financière.** Les difficultés budgétaires peuvent expliquer l'abstention des collectivités territoriales et de leurs établissements, ou la non-réalisation de certains projets pourtant programmés. Ainsi, le premier plan d'actions unique santé social famille (PLUSF) de la communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie (**projet 7**) compte-t-il un certain nombre de projets décalés dans le second PLUSF, adopté en décembre 2024, faute d'avoir pu réunir les financements nécessaires lors de la première édition. Cette contrainte financière explique également en large partie la volonté de saisir des opportunités financières offertes par les contractualisations et appels à projets lancés par les opérateurs nationaux ou les collectivités régionales ou départementales (Cf. *infra*).

Guadeloupe, la question des moyens au cœur de la question des initiatives du bloc communal

Les autorités de l'Etat décrivent une réalité communale fragile en Guadeloupe sur le plan financier. 31 communes voient leur budget réglé par la chambre régionale des comptes, sur les 32 que compte le département. Ces fragilités se retrouvent dans le tissu associatif, qui par exemple ne serait pas en mesure de porter la politique de la ville. L'Etat se positionne en soutien des communes, tant sur le plan financier en impulsant des initiatives, qu'en termes d'assistance technique.

Les représentants des trois communes du département avec lesquels la mission a pu s'entretenir soulignent ces difficultés budgétaires et la nécessité d'en tenir compte pour définir leur politique sociale. Les stratégies pour y faire face relèvent de plusieurs logiques possibles, dont la recherche de cofinancements. Les services de l'Etat comme les services municipaux décrivent des partenariats de qualité hétérogène. La CAF est qualifiée de partenaire solide et apprécié. Un CCAS, qui compte deux agents et doit passer à cinq agents en 2025, a pour ambition de se renforcer en s'appuyant notamment sur la CTG et sur le recrutement d'un ingénieur de projets. L'une des communes étudiées par la mission se positionne dans une multitude de labels pour pouvoir porter ses projets. Par ailleurs, la couverture en espaces et en bus France services est bonne, puisqu'il en existe 32 sur le territoire départemental, pour l'essentiel portés par les communes. Dans le domaine de l'accès à l'alimentation, les PAT développés au sein de la communauté d'agglomération de Nord Grande-Terre constituent la mise en œuvre innovante de partenariats au service du développement local (Cf. *infra*).

Les services de l'Etat signalent deux projets qu'ils financent au moyen de crédits débloqués spécifiquement sur ses budgets opérationnels de programme :

-En matière d'accès aux droits : le projet de territoire zéro non-recours piloté par les services de la préfecture, a permis de mobiliser les CCAS à travers la **caravane des droits**, initiée en 2024 : dans ce cadre l'Etat a conventionné avec le département et d'autres partenaires (La Poste, la CAF, la CGSS, la MDPH, France travail, la Mutualité française... : au total une trentaine d'opérateurs). L'objectif est de permettre aux Guadeloupéens d'être informés et de faire un point sur leur situation administrative auprès des institutions et des associations œuvrant pour l'accès aux droits sociaux ;

-Le **plan cantines 2024-2027**, élaboré indépendamment des politiques nationales, sur la base de crédits du pacte des solidarités (600 K€ de reliquats du plan pauvreté) et de la CNAF, pour un montant total de plus de 2 M€ sur 4 ans, partant du constat d'un faible recours à la restauration scolaire en Guadeloupe, alors que celle-ci contribue à éviter le décrochage et à améliorer la santé des enfants. Dans une école par commune pour chacune des 32 communes de Guadeloupe, une cantine est mise en place et assure un accompagnement des enfants. Il revient aux conseils municipaux de sélectionner l'école bénéficiaire, ce qui peut avoir un effet d'émulation avec les autres écoles municipales. 3000 élèves en ont bénéficié en 2024.

[150] **L'offre d'établissements et de services locaux présente sur le territoire, héritée de l'histoire, peut être déterminante parmi les facteurs expliquant les initiatives du bloc communal.**

[151] A La Roche-sur-Yon, comme vu *supra*, la vocation du schéma gérontologique (**projet 10**) est de définir une stratégie de moyen terme pour l'offre publique dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. La conduite du projet coïncide avec la décision de transférer au CIAS la totalité des dix EHPAD gérés jusqu'alors par les CCAS des communes membres de l'EPCI (755 places, soit les trois-quarts de l'offre de places en EHPAD sur le territoire de l'agglomération), ainsi qu'une résidence autonomie et un service à domicile. La stratégie intercommunale est ici articulée avec les priorités de l'ARS et du conseil départemental. Il s'agit de répondre au défi du vieillissement de la population locale, mais également de contenir les déficits (dont la moitié a été transférée au CIAS, les CCAS conservant l'autre moitié dans leurs comptes), de créer une synergie dans la totalité de l'offre publique territoriale et de mutualiser certaines procédures (gestion de la liste d'attente, admission). Dans ce cas, l'existence de l'offre publique a précédé la mise en place de la stratégie.

[152] A Alès, la très grande dynamique des projets sociaux (Cf. *infra*), notamment à l'égard des personnes âgées, tient en partie au fait que le CCAS gère directement plusieurs structures : un service à domicile, un espace d'animation en cœur de ville, des lieux de vie collectifs – résidence autonomie, logements inclusifs, Maison des aidants des Cévennes-, lesquels mettent en place des actions collectives.

[153] Au Vigan, l'existence sur le territoire communal d'une association historique (l'Association éducative du Mas Cavaillac -AEMC-), dont les activités s'étendent jusqu'à Nîmes et concernent un grand nombre de dispositifs et de politiques sociales (protection de l'enfance, handicap, santé, apprentissage, services à la personne, animation, hébergement) est une donnée majeure pour expliquer les sphères d'intervention du bloc communal. L'AEMC s'est imposée naturellement pour la reprise du centre social « Espace pour tous », au cœur du Vigan, ainsi que pour la gestion de la Maison France services. La commune se consacre par conséquent à d'autres champs d'intervention, notamment l'offre de soins ou le développement d'un pôle universitaire, pour renforcer l'attractivité de son territoire.

[154] Un autre déterminant existe lorsque l'autorité locale estime être légitime pour **intervenir comme un ensmblier face à la dispersion et au cloisonnement des compétences intervenant sur le territoire** :

- Le PLUSSF du Pays de la Châtaigneraie (**projet 7**) est le premier exemple en date d'une initiative qui a par la suite essaimé dans l'ensemble du territoire vendéen : le regroupement, au sein d'un instrument contractuel unique, du CLS et de la CTG, afin de mobiliser des moyens relevant à la fois des politiques de santé et de la famille, correspondant aux actions prioritaires déduites d'un diagnostic portant sur la totalité des problématiques sociales et sanitaires du territoire de l'EPCI ;
- Le président d'Alès Agglomération indique que ce sont les acteurs locaux de santé qui lui ont demandé de prendre en main la gouvernance du secteur sur le périmètre de l'EPCI, qu'il estime dispersée entre l'ARS et la CPAM. Sa volonté de créer un pôle de soins ambulatoires de premier recours (**projet 1**), destiné à accueillir les personnes en affections de longue durée et sans médecin traitant, est soutenu par le Fonds d'intervention régional (FIR) de l'ARS pour trois ans. Il se heurte à des difficultés juridiques pour inscrire ce dispositif, qui se rapproche d'une médecine de dispensaire, parmi les structures pouvant bénéficier d'un financement pérenne par l'assurance maladie. Le président de l'EPCI estime que ses initiatives sont motivées à l'identique dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées, qui donne lieu à des stratégies propres de la CARSAT et du conseil départemental, qui sont selon son analyse mieux coordonnées au niveau du bloc communal.

2.2.4 Les interventions du bloc communal traduisent enfin la volonté de se saisir d'opportunités opérationnelles et financières liées à des appels à projets et des contractualisations

2.2.4.1 Les appels à projets et les offres de contractualisation rendent possibles des initiatives opérationnelles et permettent de construire des relations de confiance entre les partenaires locaux

[155] **Les contractualisations et appels à projets sont autant d'occasions de réunir des financements pour les collectivités territoriales et leurs établissements.** La possibilité de se saisir de ces opportunités est essentielle dans la genèse d'initiatives comme le projet alimentaire territorial de la communauté de communes du Cœur de Jura, qui a pris appui sur la demande de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) de Bourgogne-Franche-Comté visant à accélérer le passage de ce PAT en niveau 2 (**projet 5**)⁶⁶. Le projet autour de la prévention des conduites addictives dans cette même communauté de communes résulte autant de l'analyse d'une difficulté spécifique sur ce champ parmi les jeunes du territoire que de la volonté de saisir l'opportunité représentée par un appel à projets de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (**projet 4**). La MSP du Vigan a pu être mise en place en s'appuyant sur la possibilité offerte par le GIP « *Ma région, ma santé* » de salarier des médecins dans les zones rurales touchées par les plus fortes pénuries de personnel de santé en

⁶⁶ Il existe deux niveaux de labellisation pour les PAT : niveau 1 en phase d'émergence et niveau 2 en phase opérationnelle. Des aides spécifiques sont prévues pour le passage d'un niveau à l'autre dans le cadre de la planification écologique.

Occitanie (**projet 2**). Le support régional a permis de développer une structure mixte, associant dans un même bâtiment un centre de santé où deux médecins sont salariés et une maison de santé pluridisciplinaire d'exercice libéral.

[156] **L'importance prise par ces opportunités implique la mise en place d'une veille efficace en la matière**, qui est assurée en partie par les sous-préfets territoriaux, dont le rôle a été salué à plusieurs reprises auprès de la mission en la matière, et par les chargés de développement eux-mêmes, dont les postes, au sein des collectivités, sont financés par ces mécanismes contractuels ou d'appels à projets successifs.

[157] **Plusieurs entités rencontrées par la mission ont explicitement indiqué que ces mécanismes constituaient une réponse aux contraintes budgétaires locales**, tout en permettant aux collectivités de mener des projets au service des habitants. La succession de candidatures et donc de conventions apporte un financement dans la durée. Ces démarches constituent aussi l'occasion de réunir les acteurs du territoire et de les impliquer. Dès lors qu'elles se succèdent ou se cumulent, elles permettent d'approfondir les liens et d'amplifier les actions.

[158] La communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie est particulièrement active à cet égard :

- Dans le domaine de l'accès aux droits, une Maison des services au public (MSAP) a été créée au sein des services de l'EPCI dès 2016, à laquelle la Maison France services (MSP) a succédé en 2020, avant d'être relogée dans de nouveaux locaux en 2022. L'EPCI a été candidat et lauréat de l'expérimentation « Territoire zéro non-recours » en 2023 (**projet 8**) ;
- Le plan santé du Pays de la Châtaigneraie a été établi en 2023 et actualisé en 2024, sur la base d'un bilan des actions du pôle d'excellence rurale lancé en 2007. Ce plan porte une stratégie de long terme à horizon 2035 et fixe des objectifs précis de recrutement de professionnels de santé sur le territoire ;
- Auparavant, le Plan d'actions unique santé social famille (PLUSSF – **projet 7**) lancé en 2019 a été reconduit fin 2024 pour cinq nouvelles années.

[159] La communauté d'agglomération d'Alès présente le même type de stratégie :

- Alès était la première agglomération de la région à signer un CLS en 2007⁶⁷. Le quatrième CLS, signé en décembre 2024, met en lumière la santé mentale des jeunes, qui correspond à une attente forte du territoire, et complète la démarche engagée à l'occasion des états généraux de la santé (2023, Cf. *supra*).
- Le projet social de territoire 2022-2026 s'inscrit dans la continuité du projet de territoire, et accompagne la nouvelle CTG signée avec la CAF. Le travail a débouché sur des actions relevant de 3 thématiques prioritaires, à mettre en œuvre jusqu'en 2026 : agir pour la petite enfance et l'enfance, agir pour la jeunesse et soutenir et accompagner la vie associative. Le projet social vise à insuffler de la cohérence dans un système d'acteurs éclaté et de donner de la visibilité aux structures quant à leur financement ;

⁶⁷ Dès 2001, un atelier santé ville, transversal aux deux contrats de ville de l'agglomération d'Alès d'une part et de la communauté de communes de Cèze-Cévennes d'autre part, déployait une stratégie de santé inter-communautaire.

- Le CCAS d'Alès comme la communauté d'agglomération apparaissent très dynamiques sur le champ des droits des personnes âgées, et se portent candidats à un très grand nombre d'appels à projets : expérimentation NACRE d'entretiens de prévention pris en charge par les services à domicile (CARSAT, depuis 2023) ; actions de prévention seniors voyages et bien-être (CARSAT, 2023 puis 2024) ; appel à projets national de la CNAV pour la réhabilitation des lieux de vie collectifs ; projet de Maison intercommunale sport santé, ouverte en septembre 2024, associant les acteurs de la santé du territoire (FILIERIS, hôpital, CPTS, association des patients, etc.) et de l'activité physique adaptée (association MAVie), sur la base d'un projet immobilier conçu pour les Jeux olympiques et paralympiques 2024 ; expérimentation d'aller vers conduite par la CARSAT et l'UDCCAS du Gard (2023)⁶⁸ ;
- Le PAT 2022-2026 comporte six axes, dont le premier est « social » (rendre accessible à tous une alimentation de qualité), comprenant une action de promotion de la santé. Par ailleurs, l'agglomération et le CCAS se sont portés candidats et ont été déclarés lauréats en 2024 des appels à projets « Mieux manger pour tous », du pacte des solidarités et de la stratégie climat.

[160] La commune de Morne-à-L'Eau, en Guadeloupe, a indiqué à la mission qu'elle adoptait le même type de stratégie, multipliant les labels : label Elogé du Conseil de l'Europe⁶⁹, quartier politique de la ville, PAT, CTG, appels à projet sport adapté, ADEME, centre-bourg, dotation de tablettes pour les personnes âgées, etc...

[161] « *On marche sur les appels à projets parce qu'on est pauvre* » indique l'un des dirigeants des collectivités précitées. L'un des risques liés à cette succession de plans est la potentialité de son excès : noyés sous les diverses stratégies, les services municipaux risqueraient l'embolie, et les citoyens comme les partenaires une préjudiciable perte de lisibilité / visibilité. Ce risque n'a pas été rapporté à la mission, ni par les collectivités concernées, ni parmi leurs partenaires (ARS, CARSAT, CAF, DDETS), qui disent apprécier ce dynamisme qui rencontre leurs propres objectifs sectoriels.

[162] Globalement, la succession de stratégies municipales ou intercommunales dans le champ social et sanitaire s'inscrit, dans les collectivités rencontrées, dans **un processus considéré comme vertueux par les collectivités comme par leurs partenaires, permettant d'opérer un chaînage entre projets anciens et projets nouveaux, d'entretenir et de développer des relations de confiance avec les partenaires** :

- A La Roche-sur-Yon, c'est largement parce que la communauté d'agglomération était favorablement identifiée par l'ARS, pour avoir mené avec succès une expérimentation précédente (DIVADOM), qu'elle a été sélectionnée dans le cadre d'une réflexion autour de l'octroi de moyens supplémentaires de l'Etat au titre de la création des centres de ressources territoriaux (CRT – **projet 9**) ;

⁶⁸ Après identification des retraités fragiles au moyen d'une grille de *scoring* co-construite par la CARSAT, en lien avec les acteurs de terrain (bailleurs, services à domicile, structures d'évaluation...) et désormais les conseils départementaux du Gard et de l'Hérault. Les personnes identifiées sont signalées avec leur consentement à des associations de type Petits frères des pauvres, Monalisa, centres sociaux et CCAS (avec l'appui de l'UD CCAS). Dans le Gard, la structure qui porte le dispositif en coordination sera le CCAS d'Alès.

⁶⁹ Label européen d'excellence en matière de gouvernance (ELOGE) est décerné aux municipalités qui peuvent démontrer qu'elles ont atteint un niveau élevé de bonne gouvernance démocratique.

- A La Châtaigneraie, l'EPCI repéré comme dynamique au regard de son action d'aller vers (création dès 2016 d'une MSAP remplacée en 2020 par France services) a été préféré par les services de l'Etat, dans le cadre de l'appel à projets « Territoires zéro non-recours », à une collectivité perçue comme moins réactive (**projet 8**) ;
- Dans la communauté de communes du Cœur de Jura, c'est parce qu'il existait une habitude de coopération, liée à la culture de coopérative agricole, notamment autour de la restauration collective au sein du SIVOM que le PAT de niveau 2 a pu être réalisé (**projet 5**) en associant d'autres financements apportés par le CLS, le programme « Mieux manger pour tous » et le pacte local des solidarités.

2.2.4.2 Les offres de financements partenariaux peuvent également comporter des effets pervers et contribuer à la fragilisation des équilibres budgétaires du bloc communal

[163] En revanche, plusieurs collectivités ont indiqué que ces démarches d'appels à projets pouvaient comporter des risques en termes de soutenabilité des finances publiques. L'Etat et ses opérateurs poussent des projets qui ne sont pas nécessairement ceux de la collectivité mais que cette dernière peut retenir par volonté de récupérer des moyens supplémentaires (« *on finit par imaginer des choses pour obtenir des financements* »). Ces projets se traduisent par une multiplication des chargés de coordination (la présence de 15 à 20 personnes dont les contrats sont financés, en tout ou partie, par les conventions et appels à projets, a pu être rapportée à la mission au niveau d'un EPCI). Le volume des actions et des indicateurs est souvent perçu comme excessif et parfois vide de sens. S'agissant du centre de ressources territorial de La Roche-sur-Yon, l'expérimentation précédente (DIVADOM) n'avait pas été évaluée par l'ARS avant de basculer dans le dispositif de CRT en 2023, et ce dernier n'a pas davantage été évalué avant que l'ARS ne décide à la fois de l'augmentation du nombre de personnes âgées suivies (d'une trentaine à une cinquantaine) et de l'extension du périmètre géographique, à financement inchangé (**projet 9**).

[164] Les appels à projets correspondent en théorie à des programmes publics provisoires, dont les bénéfices ont vocation à se prolonger dans le temps sans pour autant mobiliser des financements continus. Cependant, en pratique, ils correspondent souvent à des services supplémentaires pour la population et les partenaires locaux, dont il est difficile de se départir lorsque les ressources dédiées s'éteignent. Dans ce cas, en fin d'opération, la collectivité territoriale peut se trouver avec un service supplémentaire, qu'elle ne peut que supprimer - au risque d'assumer seule, auprès de sa population, la responsabilité politique d'un retrait qu'elle n'a pas désiré-, soit maintenir en l'autofinçant. De ce point de vue, la succession d'appels à projets et de conventions de financement, pourrait, dans certains cas, permettre de maintenir à flots budgétairement les projets précédents, et être assimilée à une forme de cavalerie budgétaire⁷⁰. **Globalement, certains représentants des collectivités estiment que ces mécanismes permettent à l'échelon local de mener les projets dont la population a besoin. Mais ils sont également susceptibles de contribuer à l'inflation des besoins locaux**, en conduisant les communes et leurs

⁷⁰ Une interlocutrice a indiqué que sa collectivité pouvait avoir le sentiment qu'il y a des ressources à foison (« *de la thune à gogo pour un nombre de groupes de travail hallucinant* », « *la machine s'est emballée* ») pour une multiplication des projets suscités par les branches famille et maladie.

établissements à consacrer des ressources à des services nouveaux dont ils n'avaient pas anticipé de supporter la charge totale.

2.3 Les cycles de vie des projets révèlent quelques récurrences

[165] L'examen des cycles de vie des dix projets révèle un certain nombre de récurrences, notamment l'existence d'un diagnostic et l'implication des habitants.

Tableau 4 : Caractéristiques relatives au cycle de vie des projets analysés par la mission

	Nom du projet	Collectivité porteuse	Diagnostic	Implication des habitants
1	Pôle de soins ambulatoires de premier recours	CA d'Alès	Oui dans le cadre des états généraux de la santé	Lors des consultations annuelles sur les priorités (général) et spécifiquement sur le projet
2	LAEP itinérant	CC Cèze-Cévennes / association "Accès pour tous"	Oui dans le cadre de groupes techniques thématiques mixtes (élus, professionnels, habitants)	Oui dans le cadre de groupes techniques thématiques mixtes (élus, professionnels, habitants)
3	MSP du Vigan	Ville du Vigan	Pas de diagnostic formalisé (pas de CLS sur ce territoire) mais le constat d'un risque de fermeture de la MSP existante	Pas d'implication formalisée mais des interpellations fréquentes
4	Santé mentale des jeunes / projet de prévention des conduites addictives	CC Cœur de Jura	Diagnostic de territoire conduit fin 2019 dans le cadre de la préparation du CLS Groupe de travail partenarial spécifique pour préparer la réponse à l'appel à projets de la MILDECA	Via l'organisation d'événements (semaine santé mentale, colloque de fin de projet...)
5	PAT	CC Cœur de Jura	Oui spécifique	Par les actions qui leur sont directement destinées
6	Prévention jeunesse	Ville de Dole	Diagnostic en vue du renouvellement du contrat de ville	Concertation organisée avec les habitants dans le cadre de la préparation du contrat de ville

7	Convention PLUSF	CC Pays de la Châtaigneraie	Oui spécifique (co-financé CTG et CLS)	Lors de l'évaluation de la première convention PLUSF, et pour la préparation de la seconde (2024)
8	Maison France services	CC Pays de la Châtaigneraie	Approche du besoin dans le cadre du PLUSF Enquête-diagnostic sur le non-recours (2024)	Enquête-diagnostic sur l'accès aux droits / Item spécifique de l'évaluation de la première convention PLUSF
9	CRT	CA La Roche-sur-Yon	Oui spécifique à l'appel à projet	Pas de processus de consultation à proprement parler
10	Schéma gérontologique	CA La Roche-sur-Yon	Oui spécifique au projet	Enquête sur les freins au recours aux soins dans le cadre de la candidature Ville amie des aînés

Source : Mission

2.3.1 Les diagnostics sont généralisés et parfois foisonnants

[166] Les plans portés par une contractualisation avec un partenaire financeur font généralement l'objet d'un diagnostic spécifique : c'est le cas du PAT de la communauté de communes du Cœur de Jura (**projet 5**) et du PLUSF de la communauté de communes de la Châtaigneraie (**projet 7**). C'est aussi le cas de certains projets portés de manière autonome par la collectivité, qui font l'objet de diagnostics dédiés (schéma gérontologique de l'agglomération de La Roche-sur-Yon – **projet 10**- ; Lieu d'accueil itinérant enfants parents de la communauté de communes de Cèze-Cévennes – **projet 2**-).

[167] Les projets peuvent en outre constituer une action ou une partie d'un plan plus vaste, ayant fait l'objet d'un diagnostic à cette échelle : c'est le cas par exemple du pôle de soins ambulatoires de premier recours d'Alès, issu du diagnostic posé à l'occasion des états généraux de la santé dans cette ville (**projet 1**), de l'initiative autour de la prévention jeunesse de la ville de Dole dans le cadre du diagnostic lié au renouvellement du contrat de ville (**projet 4**) ou encore du dispositif France services de La Châtaigneraie (**projet 8**), pour laquelle l'analyse des questions d'accès aux droits était intégrée au diagnostic du PLUSF.

[168] Ces diagnostics sont généralement requis par les autorités cocontractantes (pour les CTG, CLS, PAT), qui mettent à la disposition des collectivités des ressources (cartographies, statistiques, analyses plus globales, etc.) utiles à leurs propres orientations. Force est également de constater qu'ils constituent un marché économique significatif pour certains prestataires.

[169] Aucun des projets étudiés par la mission n'est lié directement aux analyses de besoins sociaux (ABS) que la réglementation impose aux communes (article R.123-1 du CASF). Par ailleurs,

ces ABS auraient recoupé en tout ou partie les diagnostics que réclamaient les appels à projets et contractualisations auxquels les collectivités et leurs établissements se portaient également candidats. Dans les grandes villes, comme à Rennes, la multiplication de ces diagnostics coexiste avec des ressources d'analyse par ailleurs importantes à travers divers observatoires mobilisables par la municipalité.

[170] A cet égard, les regroupements de diagnostics au sein d'instruments partagés et intégrés, comme le PLUSSF de La Châtaigneraie (**projet 7**), regroupant les diagnostics imposés par le CLS et la CTG, sont propices à la réduction du nombre de ces exercices parfois redondants. Ce modèle de conventions communes aux deux réseaux s'est généralisé dans l'ensemble de la Vendée depuis sa première adoption à La Châtaigneraie en 2019. En 2024, le renouvellement de la convention a été décidé sur la base d'une simple mise à jour du diagnostic de 2019, et a pu être assuré par les services de l'EPCI, sans avoir recours à un consultant.

[171] La mission s'est interrogée sur l'opportunité de recommander une suppression de l'obligation prévue par le CASF d'effectuer une analyse des besoins sociaux en début de mandat. Les avis recueillis à ce sujet se sont révélés partagés. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont relevé que le nombre de diagnostics était globalement trop élevé, et que les ABS s'ajoutent aux diagnostics réalisés à l'occasion d'appels à projets et de contractualisations. D'autres interlocuteurs de la mission ont indiqué que l'ABS était parfois le seul instrument incitant la collectivité à positionner ses actions sociales et sanitaires dans le cadre d'une approche étayée, de moyen terme et matériellement suffisamment large.

[172] Par conséquent, la mission ne recommande pas la suppression de la disposition du Code relative à l'ABS, tout en soulignant que son caractère obligatoire doit continuer à être interprété soupagement, et d'autant plus quand il existe des diagnostics réalisés à d'autres titres sur le champ social et sanitaire pour le même territoire.

2.3.2 La consultation des habitants est fréquente quoique non systématique

[173] **Il existe selon les projets des degrés d'association divers des habitants.** Il peut s'agir d'un processus intégré aux projets en routine, comme dans le cas des nombreuses stratégies portées par Alès Agglomération. Ainsi, l'actualisation du projet de territoire en 2021 y a fait l'objet d'un processus très piloté : questionnaire et ateliers avec les élus, concertation avec la population (700 participants) et séminaire de partage. S'agissant du projet social (2022), 130 personnes (associations, structures partenaires, acteurs intentionnels, services et élus d'Alès Agglomération) ont participé à trois forums de travail collectif entre janvier et avril 2022. En 2023, les états généraux de la santé se sont également appuyés sur une large concertation (Cf. *supra*).

[174] **Dans des territoires plus ruraux, ces associations des habitants sont aussi bel et bien présentes, sous diverses formes :** la communauté de communes de Cèze-Cévennes a organisé des groupes thématiques mixtes (élus, professionnels, habitants) pour évaluer les besoins des familles (**projet 2**) ; au sein de la communauté de communes du Cœur de Jura, l'association des habitants autour de la santé mentale des adolescents a pris la forme de l'organisation d'événements thématiques (semaine de la santé mentale, colloque de fin de projet...) – **projet 4**. Au sein de la communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie, la mise en œuvre de l'expérimentation « Territoire zéro non-recours » par la Maison France services a été précédée, en 2024, d'une enquête diagnostic sur l'accès aux droits, qui a été diffusée à la population du territoire (**projet 8**).

Celle-ci s'est déroulée en janvier-février 2024, en supports numérique ou papier. Les résultats obtenus ont été de 575 retours de questionnaires, soit un taux de réponse de 7 % sur 8200 foyers, pour un objectif initial fixé entre 2,5 et 5 %.

[175] **Il peut paraître utile de détacher le processus de consultation des habitants d'un projet donné.** La pratique d'Alès Agglomération, consistant à interroger la population chaque année sur ses besoins et ses priorités, a permis à la collectivité de s'investir à titre principal dans la politique de santé. Les états généraux de la santé ont permis d'affermir et d'affiner ce diagnostic.

[176] **L'association des habitants aux projets** est devenue un incontournable de l'action politique locale, tant pour assurer l'acceptabilité de projets parfois sensibles (santé environnementale, lutte contre la grande précarité) que pour renforcer la pertinence de ceux-ci au regard des besoins de la population. Les regards croisés d'usagers, d'élus et d'agents autour du LAEP itinérant (**projet 2**), mis en présence à l'occasion d'un atelier de réflexion partagée, ont permis de mettre en évidence une problématique particulière jusqu'ici restée impensée sur le territoire : l'accès des assistantes familiales à ce type de dispositif. Des pistes concrètes d'amélioration de la couverture du dispositif (association de deux communes supplémentaires) et d'articulation avec l'offre pour les familles (notamment pour les enfants de plus de 6 ans) ont également pu être explorées.

[177] Si les interlocuteurs de la mission soulignent cette plus-value de la participation citoyenne de manière consensuelle, ils constatent que **cette dynamique exige des savoir-faire précis, dès les premiers pas des démarches participatives** (capacité à faire venir les habitants, techniques d'animation, intégration de la place des habitants dans le fonctionnement habituel des services territoriaux...), faute de quoi les tentatives échouent : faible affluence, incompréhensions et mécontentements. Cette ingénierie de la participation s'est largement développée dans les plus grandes collectivités, mais pas toujours dans les autres. A l'instar de la CC Cèze Cévennes, de nombreuses communes et ECPI s'appuient alors sur leurs partenaires associatifs (centres sociaux, EVS), pour « capter » des habitants et animer avec soin des temps de coopération avec eux.

[178] Il serait opportun de promouvoir et développer ces savoir-faire au cœur des territoires, que ce soit via la formation des acteurs locaux (cf. partie suivante) et la diffusion de guides pratiques⁷¹, ou encore via les instruments contractuels, qui dans leur conception actuelle ne prennent pas systématiquement en compte ces enjeux. De fait, les ressources aujourd'hui orientées vers les diagnostics préalables aux contractualisations pourraient être davantage orientées vers de tels mécanismes. Cet enjeu de l'ingénierie de la participation est d'autant plus prégnant quand il s'agit de parvenir à toucher et associer des personnes en situation de grande vulnérabilité, un défi documenté dans un récent rapport de l'IGAS⁷².

2.3.3 Les projets communaux et intercommunaux révèlent et confortent les relations de confiance de proximité avec les partenaires

[179] **L'une des dimensions récurrentes de ces projets est qu'ils sont les catalyseurs de relations de confiance entre les acteurs sociaux et sanitaires du territoire** (Cf. *infra* partie 3). Sur la base des

⁷¹ DGCS / Club des territoires, *Implication des usagers : quels sont les freins et les leviers à l'implication des usagers pour les acteurs des territoires*, Groupe de travail 2024.

⁷² IGAS, « La participation citoyenne directe dans les politiques de solidarité : état des lieux et perspectives », 2024.

dix projets étudiés par la mission, il est possible d’observer que ces initiatives constituent le support de véritables alliances territoriales des acteurs impliqués dans les politiques sociales, quels que soient leurs statuts (administrations, professionnels de santé, milieu scolaire, etc.). La confiance traduite par le lancement d’un projet est aussi alimentée par ce dernier et constitue ainsi le facteur de relations nourries, propices aux dynamiques territoriales. Les exemples de la communauté de communes de La Châtaigneraie (**projets 7 et 8**) ou de la communauté d’agglomération d’Alès (**projet 1**) l’illustrent particulièrement.

[180] La proximité avec les habitants et leur positionnement transversal font des communes et des EPCI des acteurs généralement capables de fédérer autour d’eux les compétences requises pour mener les initiatives avec succès. « *S’ils ont l’expertise, on peut mettre du lien* ». Cette dimension est présente dans l’ensemble des projets examinés par la mission.

[181] En revanche, la recherche de bonnes pratiques au sein de collectivités comparables est apparue comme une source très marginale d’inspiration pour les dix projets examinés. La ville de Dole s’est inspirée d’une expérience menée par la commune de Rillieux-la-Pape pour sa maison de la parentalité (**projet 6**) et le projet alésien de pôle de santé de premier recours a cherché, sans succès, de trouver des points de référence dans les autres régions françaises (**projet 1**). La diffusion de bonnes pratiques, qui est l’un des leviers d’animation de la sphère communale par les partenaires nationaux (Cf. *infra* partie 3), n’a ainsi pas rencontré véritablement les attentes des acteurs communaux à l’occasion des initiatives étudiées par la mission.

2.3.4 Les projets apportent des services supplémentaires aux habitants des collectivités

[182] La totalité des projets étudiés par la mission ont permis d’apporter des services supplémentaires aux habitants des communes et EPCI visités par la mission. Leur portée et leur impact sont logiquement variables au vu de la diversité des projets menés.

Tableau 5 : Les services supplémentaires liés aux dix projets étudiés

	Nom du projet	Collectivité porteuse	Services pour la population
1	Pôle de soins ambulatoires de premier recours	CA d'Alès	Disponibilité d'une offre sanitaire généraliste de premier recours pour les personnes en affections longue durée sans médecin traitant
2	LAEP itinérant	CC Cèze-Cévennes / association "Accès pour tous"	Permanences d'accueil et de loisirs dans 4 villages pour les enfants et leurs parents
3	MSP du Vigan	Ville du Vigan	Disponibilité d'une offre de soins pluridisciplinaires, avec au cœur un pool de médecins généralistes
4	Santé mentale des jeunes / projet de prévention des conduites addictives	CC Cœur de Jura	Formation large des professionnels de l'enfance au renforcement des compétences psycho-sociales, avec un effet attendu en matière de prévention de tout type de comportement à risque
5	PAT	CC Cœur de Jura	Amélioration de l'alimentation proposée notamment via l'aide alimentaire ou la restauration collective Aide aux agriculteurs locaux
6	Prévention jeunesse	Ville de Dole	Meilleur accompagnement des jeunes pour favoriser leur bien-être mais aussi la cohésion du quartier QPV
7	Convention PLUSSF	CC Pays de la Châtaigneraie	Le projet est le support d'actions au bénéfice de la population (notamment la Maison France services)
8	Maison France services	CC Pays de la Châtaigneraie	Fréquentation de la Maison France services de 4000 à 11.400 visites en 3 ans, 18 personnes ont eu des droits à prestations ouverts (TZNR), permanences numériques dans les communes
9	CRT	CA La Roche-sur-Yon	Meilleure qualité de coordination pour les cas complexes, augmentation de l'offre de prise en charge à domicile et actions de prévention, débouché de carrière pour les aides-soignantes
10	Schéma géronto-logique	CA La Roche-sur-Yon	Le projet n'apporte pas de bénéfice direct à la population mais il est le support d'actions qui l'assurent (notamment en termes de prévention)

Source : Mission

2.3.5 Les évaluations de projets sont rares

[183] Parmi les projets étudiés par la mission, seul le PLUSSF de La Châtaigneraie (**projet 7**) a fait l'objet d'une évaluation documentée, sur la base d'une actualisation en 2024 du diagnostic qui avait été réalisé pour le premier plan en 2019. Cette démarche est évidemment intéressante, et constitue un exercice de vérité, puisqu'elle met aussi en évidence les actions qui n'ont pas pu être menées à bien.

[184] Les autres projets n'intègrent pas de procédure d'évaluation *a priori*, ce qui ne signifie pas qu'elles n'auront pas lieu *in fine*. Par exemple, le CRT de La Roche-sur-Yon a intégré, dans son comité de pilotage de mai 2024, un retour d'expérience qui se rapproche d'une logique d'évaluation (**projet 9**). De même, le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion passé entre Alès agglomération et l'ARS d'Occitanie doit-il permettre de faire un bilan complet de l'expérimentation de pôle de soins de premier recours (**projet 1**). Le renouvellement des contractualisations arrivées à terme, qui implique l'engagement d'une nouvelle procédure de diagnostic, peut utilement être orienté en ce sens.

[185] Le contraste est de ce point de vue très fort entre des projets mis en place dans le cadre de contractualisations et d'appels à projets avec des acteurs spécialisés (comme dans les CLS, CTG, PAT, etc.), pour lesquels le nombre d'indicateurs peut être considérable, et représenter une charge de gestion lourde et souvent contestée par les communes et les EPCI, et des projets menés par le bloc communal pour lesquels l'explicitation des objectifs elle-même peut manquer.

[186] Sans aller jusqu'à une généralisation des évaluations, qui ne semble pas réaliste, les projets menés par le bloc communal devraient se doter de manière systématique d'un nombre limité d'objectifs et d'indicateurs chiffrés, permettant à la fois d'expliciter les attendus d'une initiative et de se doter de la capacité de la prolonger ou au contraire de l'arrêter si elle ne donne pas de résultats suffisants. Ces travaux doivent être adaptés à la taille des collectivités et à l'ampleur des projets, afin d'éviter qu'ils ne constituent une charge disproportionnée au regard des enjeux et des capacités opérationnelles.

[187] Ces démarches devraient s'appuyer sur la collecte de données simples à recueillir : nombre de visites dans un lieu d'accueil, de personnes sans médecin traitant, de jeunes ayant bénéficié d'actions collectives, etc. Les partenaires des communes mettent à leur disposition un grand nombre de ressources qui ne sont pas toujours exploitées :

- Atlas santé, le portail géolocalisé des données de santé proposé par les ARS, qui permet de disposer de données sur l'offre de soins et les parcours à une maille communale : <https://www.atlasante.fr>;
- L'observatoire des fragilités, le système d'information de la sécurité sociale (CNAM, CNAV, MSA) permettant de géolocaliser les situations sociales de fragilité au regard de la santé et de l'accès à certains droits ;
- L'observatoire des territoires de l'ANCT : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr>.

Recommandation n°1 Doter les projets sanitaires et sociaux menés par le bloc communal d'objectifs explicites en termes d'utilité sociale des services apportés à la population : dans ce but, la définition d'indicateurs doit être recherchée, en l'adaptant à la taille de la collectivité et à l'ampleur du projet, afin de faciliter les décisions des acteurs locaux quant à leurs suites.

[188] Par ailleurs, compte tenu des observations *supra*, les ressources liées aux diagnostics, apportées en large partie par les partenaires, pourraient utilement être redéployées en partie, à la fois pour associer davantage la population à la conception de nouveaux projets, en participant au financement d'une ingénierie parfois rendue nécessaire par la complexité de cet exercice. Ces ressources pourraient en outre permettre de financer des études ou des enquêtes, adaptées à la taille de la collectivité et à l'ampleur du projet, susceptibles de documenter un bilan des résultats obtenus par les générations précédentes de contrats.

Recommandation n°2 Redéployer une partie des ressources destinées à la réalisation des diagnostics pour que le bloc communal se dote de compétences et savoir-faire permettant de faciliter l'association de la population aux projets, ainsi que d'effectuer le bilan documenté des projets précédents.

2.4 La mission a pu identifier des facteurs favorables à la conduite de projet dans le champ social et sanitaire

2.4.1 L'inscription des projets dans des cadres stratégiques plus vastes contribue à leur pérennité et à leur succès

[189] Quels que soient les déclencheurs de l'action du bloc communal, et quelle que soit la combinaison de ces déclencheurs, les projets étudiés par la mission mettent en évidence l'intérêt de se reposer sur la définition d'une stratégie large, permettant de situer le projet dans un contexte budgétaire pérenne, et de l'inscrire dans un projet plus global inscrit dans la durée. Ces stratégies permettent également une meilleure prise en considération des attentes de la population locale et de développer progressivement un cadre partenarial de confiance, tout en limitant les risques de politiques exclusivement tournées vers la captation d'opportunités financières.

[190] Dans plusieurs collectivités étudiées, ces initiatives sociales s'inscrivent dans de plus vastes stratégies territoriales :

- Un projet de territoire a été adopté au niveau de l'agglomération d'Alès en 2018 et actualisé en 2021. Il comprend des actions de développement économique et de protection de l'environnement. Dans le champ social, il comporte des actions sur le PAT (dans la thématique agriculture), la rénovation de l'habitat (dans la thématique cadre de vie). Des politiques identifiées dans la thématique des solidarités : connecter la jeunesse à son avenir, dont la mise en place d'un espace « écoute jeunes » et la mise en place d'une prévention spécialisée ; promouvoir les services publics innovants et accessibles, dont la création d'espaces numériques mobiles et fixes avec animation et le maintien et le développement d'une offre de soins et de services de santé ; renforcer l'équité territoriale, dont renforcer les actions de réussite éducative et les actions de politique de la ville ;

- La Communauté de communes de La Châtaigneraie s'est lancée dans l'élaboration de son projet de territoire en juillet 2021. Ce document structurant permet de définir les axes de développement du territoire à l'horizon 2035, tout en portant une vision concrète et cohérente. Ce projet aborde l'ensemble des domaines qui font la vie du territoire : l'économie, le service à la population, l'agriculture, le tourisme, l'environnement, l'habitat, l'emploi, la culture, les loisirs, etc.

[191] Il apparaît que les projets menés par le bloc communal gagnent en cohérence et du point de vue de leur pérennité en s'inscrivant dans le cadre plus général d'une stratégie sociale et / ou territoriale, permettant de se projeter à moyen terme et de mieux impliquer les partenaires de la commune et de l'EPCI.

Recommandation n°3 Inscrire autant que possible les initiatives du bloc communal au sein de stratégies plus larges, qui peuvent s'incarner dans les projets de territoire ou équivalents, de façon à situer le projet parmi l'ensemble des priorités, d'associer les partenaires, et de se projeter sur plusieurs années

[192] Cette dimension stratégique des initiatives communales s'incarne d'abord dans la vision et la force d'entraînement des décideurs. Elle se traduit également dans les savoir-faire et éléments de méthode que peuvent déployer les élus et agents en termes de conduite de projet. La mission a relevé, au fil des projets étudiés, que ces savoir-faire étaient diversement utilisés, en fonction des profils, des parcours et des expériences des acteurs communaux. Il s'agit d'un enjeu de formation important (Cf. infra), ainsi que d'appropriation des outils à la disposition des communes.

[193] La mission a recensé plusieurs de ces guides produits par diverses institutions (ANCT, CNFPT, DITP, Banque des territoires, etc.). Elle propose, en s'appuyant sur ces outils et sur les constats effectués au cours de ses investigations, une « check list » des conditions de mise en place des initiatives des communes. Celle-ci figure en annexe du présent rapport.

Recommandation n°4 Développer les savoir-faire en matière de conduite de projets territoriaux, par la diffusion d'outils méthodologiques. La mission propose ainsi en annexe une « check-list » à destination des acteurs communaux qui lancent un projet social ou sanitaire.

2.4.2 L'incarnation administrative des projets est facilitée par le rapprochement entre la ville-centre et l'EPCI

[194] D'une manière générale, la mission a pu constater la dimension essentielle prise par l'incarnation institutionnelle des projets menés à bien, à travers la structuration de services administratifs. La multiplication des contractualisations implique le plus souvent un renforcement de l'échelon intercommunal, et motive parfois des transferts de compétences vers ce dernier⁷³.

[195] L'existence d'un haut niveau de cohérence entre les administrations de la commune-centre et de l'EPCI constitue un facteur favorable à l'émergence et à la structuration de projets.

[196] Le cas de la ville d'Alès est emblématique à cet égard. Les interventions, nombreuses, du bloc communal sur le champ sanitaire y relèvent juridiquement, et selon les cas, de la ville, du

⁷³ C'est le cas en particulier des CLS.

CCAS, de la communauté d'agglomération ou même du Syndicat mixte du Pays des Cévennes. L'équipe qui met en œuvre les projets est néanmoins toujours la même, et elle est relativement stable. Elle se compose d'agents et de salariés relevant de plusieurs employeurs : l'EPCI, l'association Reseda⁷⁴, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) La Cévenole et ECEGEC⁷⁵ et le Dispositif d'appui à la coordination (DAC 30). Les projets successifs (organisation d'états généraux de la santé en 2023, signature d'un CLS de quatrième génération en 2024, mise en place d'un CLSM en 2024) mobilisent d'abord les compétences de ces professionnels ; la détermination de l'institution porteuse intervient dans un deuxième temps, en fonction des besoins : « *Les structures juridiques s'adaptent aux équipes.* » Le projet de Pôle de soins ambulatoires de premier recours (**projet 1**) est piloté dans ce cadre, et rattaché administrativement à Alès Agglomération. La fluidité de l'ensemble est largement liée à l'homogénéité de l'incarnation politique : le premier adjoint au maire d'Alès est aussi président de la communauté d'agglomération et du syndicat mixte du Pays des Cévennes.

[197] Une intégration forte des administrations de la ville-centre et de l'EPCI est un gage de cohérence globale dans la conduite de ces projets sociaux. A La Roche-sur-Yon, les services administratifs sont largement mutualisés entre la ville, son CCAS, la communauté d'agglomération et son CIAS, quoique dans des configurations variables selon les directions. A ce titre, le projet de centre de ressources territorial (**projet 9**) comme celui de schéma gérontologique (**projet 10**) sont portés par l'équipe de la direction de l'autonomie pour le compte du CIAS, mais nombre des actions de prévention qui se rattachent à ce schéma relèvent d'équipes placées dans la même direction, tout en agissant au nom du CCAS ou de l'EPCI.

Tableau 6 : Répartition des compétences entre les services du bloc communal

	CCAS	CIAS	VILLE	EPCI
Direction de l'autonomie	Portage de repas	Espace Entour'âge EHPAD	Accessibilité	Politiques en faveur des aînés
Direction de l'action sociale	Aide légale Aide facultative		Permanence sociale ; micro-crédit	
	Election de domicile Aide alimentaire		Demande de logement social ; prévention des expulsions ; lutte contre l'habitat indigne	SLIME +
			Permanence sociale au commissariat	
Direction Proximité prévention	Programme de réussite éducative			

Source : Ville de La Roche-sur-Yon

⁷⁴ Association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien.

⁷⁵ Communauté professionnelle territoriale de santé Entre Cèze et Gardon en Cévennes.

[198] *A contrario*, les représentants de l'une des collectivités rencontrées par la mission ont insisté sur les freins qu'avaient pu représenter le non-alignement entre les élus et les administrations de la ville-centre et de l'EPCI pour la mise en place du moindre projet social. A plusieurs reprises également, les écarts politiques et la concurrence dans la recherche de leadership entre la commune ou l'EPCI ont été décrits comme une source majeure de difficultés pour l'avancée des projets. Enfin, dès lors que les projets font intervenir des partenariats, qui sont consubstantiels à la nature du champ social et sanitaire, l'existence d'un bloc communal lui-même homogène est un atout dans cet écosystème de projet.

2.4.3 La bonne implication du partenaire chef de file de la politique sociale ou sanitaire est un gage de succès

[199] **L'ensemble des dix initiatives examinées** par la mission relève de la clause de compétence générale des communes. Elles interviennent donc **soit par substitution, soit plus généralement en complément de politiques menées à titre principal par d'autres acteurs** :

- L'ARS et l'assurance maladie s'agissant de l'offre de soins ;
- Une pluralité d'acteurs s'agissant de la santé des adolescents : branche famille, branche maladie, ARS, département, Education nationale ;
- La branche autonomie et le conseil départemental s'agissant des politiques d'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- L'Etat (DRAAF, DREETS) s'agissant de la politique de l'alimentation.

[200] De ce point de vue, **la structuration et la tenue régulière d'instances de gouvernance propres aux projets, ou couvrant des stratégies territoriales plus larges, sont utiles** pour assurer la cohérence avec les partenaires et la mise en œuvre partagée des objectifs.

[201] **Certains projets progressent et se développent à travers de nouvelles initiatives.** Quand c'est le cas, la politique est le plus souvent conduite de manière étroitement coordonnée avec les acteurs spécialisés en charge des thématiques couvertes par les politiques sociales ou sanitaires : le LAEP itinérant de la communauté de communes de Cèze-Cévennes est intégré dans la CTG portée par la CAF (**projet 2**) ; le projet de prévention des conduites addictives dans la communauté de communes du Cœur de Jura bénéficie de l'implication de la coordinatrice du CLS (**projet 4**) ; le PLUSSF de La Châtaigneraie se positionne d'emblée dans les priorités de l'ARS comme de la CAF (**projet 7**) et le CRT de La Roche-sur-Yon prend appui à la fois sur les priorités du projet régional de santé de l'ARS et du schéma départemental de l'autonomie (**projet 10**).

[202] **A contrario, la faible implication des institutions en charge, à titre principal, de la responsabilité d'une politique sociale, contribue à freiner les projets initiés par les communes et les EPCI.** Certaines difficultés sont recensées s'agissant de l'articulation entre les maisons France services et les maisons des solidarités des départements localisés sur le territoire de mêmes communes, comme à La Châtaigneraie ou au Vigan (**projet 8**). De même, les réticences de l'assurance maladie vis-à-vis du projet de pôle de soins ambulatoires de premier recours de la communauté d'agglomération d'Alès, liées à l'absence de cadre juridique et financier susceptible d'accueillir cette expérimentation, fragilise ce dispositif, qui ne bénéficie à ce stade que d'un financement pour trois années par le FIR de l'ARS, alors que les élus souhaiteraient inscrire cette structure dans des mécanismes pérennes relevant de l'assurance maladie (**projet 1**).

2.4.4 Les profils personnels des élus et des agents du bloc municipal apparaissent souvent déterminants pour la conduite des projets

[203] Enfin, la **dimension individuelle des conduites de projets**, dans des collectivités de taille petite ou moyenne, est très importante. La complexe combinaison de facteurs qui peuvent expliquer le succès d'une initiative dépend d'un facteur humain essentiel.

[204] Il s'agit d'abord des **élus**, qui peuvent manifester une appétence et une compétence particulières pour une thématique donnée : accès aux soins à Alès, au Vigan ou à La Châtaigneraie. Au-delà de ces goûts et de ces talents, il importe de s'assurer que le système de formation des élus répond bien aux besoins très étendus liés à l'exercice de leurs compétences (Cf. *infra*).

[205] L'engagement des **collaborateurs de mairies et d'EPCI** est également essentiel. Les chargés de projets embauchés à l'occasion d'une première convention sont fréquemment les artisans de son prolongement par d'autres instruments contractuels, que ces derniers demeurent dans le même champ matériel ou le dépassent. Les chargées de mission de la communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie, dont les contrats sont financés depuis 2019 par le premier PLUSF (**projet 7**), sont également à l'origine de la préparation de la bascule de la MSAP en Maison France services puis de la candidature de l'EPCI à l'appel à projets TZNR (**projet 8**).

[206] A titre secondaire, les collectivités peuvent parfois mobiliser, au sein de leur population, la ressource représentée par des citoyens prêts à rendre service à la collectivité. Ainsi, au Vigan, la ville s'est appuyée, pour le projet de sa MSP, sur un médecin retraité, qui a su faire appel à son réseau au CHU de Montpellier et auprès conseil régional, d'une part, et sur les ressources touristiques du territoire, d'autre part, pour attirer de jeunes praticiens (**projet 3**). L'existence d'un tel schéma dépend évidemment de la configuration locale : en l'espèce, il s'est avéré extrêmement utile.

[207] Les dix projets examinés par la mission mettent en évidence un certain nombre de caractères et de récurrences quant à leurs motivations, le contenu opérationnel de leur conduite et les facteurs susceptibles de les faciliter. Le caractère limité de l'échantillon invite néanmoins à observer une certaine prudence quant à la reproductibilité *a fortiori* la généralisation de ces conclusions. Néanmoins, afin de partager les observations réalisées, la mission a identifié une série de points d'attention à avoir à l'esprit, en tant qu'acteur du bloc communal, au moment de se lancer dans projet social ou sanitaire. Ceux-ci figurent en annexe du présent rapport, sous la forme d'une *check-list*.

[208] Il est constant que l'ensemble de ces projets, qui traduisent concrètement toute la diversité de la mise en pratique par les communes de la clause de compétence générale, impliquent leur inscription dans des partenariats, que ces projets émanent des collectivités elles-mêmes ou des autres institutions publiques du champ social et sanitaire, pour lesquels les communes présentent le double avantage de pouvoir intervenir sur tous les sujets et en lien direct avec les usagers (proximité).

[209] Dès lors, la coopération avec l'ensemble des acteurs du champ social et sanitaire apparaît un impératif pour le bloc communal. Cette exigence n'est pas spécifique aux communes et aux EPCI : elle est valable pour l'ensemble des acteurs intervenant à l'échelle des territoires. Cependant, elle revêt une dimension stratégique singulière pour ces collectivités, pour trois

raisons qui leur sont propres : le flot continu des demandes qu'elles reçoivent de la population ; les sollicitations nombreuses des autres institutions et organisations du secteur (Etat, sécurité sociale, départements, associations...) ; et en face leurs moyens humains, financiers et techniques limités. La mission a ainsi estimé utile de mettre en lumière les enjeux de coopération pour comprendre la mécanique des initiatives du bloc communal, dont elle constitue un caractère essentiel.

3 L'action sociale et sanitaire du bloc communal : un enjeu de coopération

3.1 Le bloc communal intervient au cœur d'un écosystème foisonnant

3.1.1 Les partenaires de l'action sociale et sanitaire du bloc communal sont multiples et divers

[210] Dans le domaine de l'action sociale et sanitaire, le bloc communal prend place dans un **écosystème extrêmement riche**. Ce foisonnement d'acteurs, publics et privés, s'explique à la fois par la diversité des problématiques et des actions couvertes par le champ social et sanitaire, ainsi que par la lente sédimentation de l'Etat providence, dont les ramifications se sont mécaniquement étendues au fil de son histoire. Les efforts de simplification et de mise en cohérence des places et compétences des différents acteurs n'ont qu'en partie contenu cette tendance à la sophistication et à la multiplication des intervenants. En s'efforçant de schématiser cet écosystème du point de vue d'une commune (cf. tableau *infra*), on peut y distinguer les différentes sphères suivantes.

[211] L'écosystème propre au **bloc communal** en matière d'action sociale et sanitaire (communes, intercommunalités, syndicats, CCAS, CIAS) est présenté en 1.2.1, avec ses élus, agents et représentants de la société civile aux conseils d'administration des CCAS.

[212] **Les autres collectivités.** Les communes et intercommunalités interagissent, dans les domaines social et sanitaire, avec les autres collectivités du territoire : autres communes, autres intercommunalités, conseil départemental, conseil régional (notamment sur les enjeux de formation, d'emploi et d'attractivité des territoires). **Le département occupe une place particulière** parmi ces collectivités, puisqu'il a été désigné par le législateur comme le chef de file de l'action sociale sur les territoires⁷⁶, ce qui le conduit à mener des démarches de planification, de cadrage, de contractualisation, de partenariat sur son périmètre. Il assume en outre de nombreuses compétences dans le champ social et sanitaire : protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, accueil et accompagnement social polyvalent, revenu de solidarité active et insertion, autonomie.

⁷⁶ Article L.121-1 du CASF : « 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. »

Graphique 4 : L'écosystème de l'action sociale et sanitaire,
du point de vue d'une commune

L'écosystème de l'action sanitaire et sociale, vu par les communes



Source : Mission

[213] **Les services de l'Etat.** Malgré les différentes vagues de décentralisation, les services de l'Etat demeurent des acteurs importants, dans ces domaines, à l'échelle territoriale. On peut mentionner ici :

- Les interventions directes des **services préfectoraux** : politique de la ville, asile et accueil des étrangers, droits des femmes, interventions des préfets et sous-préfets territoriaux, ainsi que de leurs équipes ;
- Les **directions déconcentrées**, à commencer par les directions régionales et départementales de l'emploi, du travail et des solidarités, actives dans les politiques de lutte contre l'exclusion, l'hébergement et l'insertion professionnelle. La Direction académique des services de l'Education nationale (DASEN) et la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) peuvent contribuer à divers titres à l'action sociale et sanitaire locale. On peut souligner ici le rôle d'animation particulier qu'occupent depuis 2018 les **Commissaires à la lutte contre la pauvreté**, positionnés auprès des préfets de région et coordonnés par la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DILPL) ;
- Les **Agences régionales de santé** (ARS), qui notamment régulent l'offre sanitaire et médico-sociale et déploient et soutiennent les politiques et dispositifs de santé territorialisés : Projets territoriaux de santé, Programme régional de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, Contrats locaux de santé, Projets territoriaux en santé mentale, Conseils locaux de santé mentale, etc. ;
- Les **services contribuant à la sécurité et à la justice**, qui sont en lien permanent avec les acteurs territoriaux de l'action sanitaire et sociale : police, gendarmerie, Service départemental d'incendie et de secours (SDIS), parquets, Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

[214] Cet univers régalien ne se limite pas aux services territorialisés. **L'Etat central** intervient aussi directement auprès des communes et intercommunalités, à travers notamment :

- Des programmes et expérimentations lancés par les directions d'administration centrale des ministères : Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de la santé (DGS), Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), DILPL ;
- Les dispositifs de soutien aux collectivités proposés et déployés par les grandes agences nationales : Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), Agence nationale de l'habitat (ANAH), Agence nationale de la rénovation urbaine (ANRU), etc.

[215] Soulignons aussi la place de **l'Union Européenne** en tant que financeur de l'action sociale territorialisée, à travers ses fonds structurels : Fonds social européen, Fonds européen de développement régional, Soutien européen à l'aide alimentaire, programme LEADER...

[216] Enfin, aux côtés des pouvoirs exécutifs et judiciaires, les institutions du pouvoir législatif constituent aussi des acteurs de l'action sociale et sanitaire locale. En effet, **députés et sénateurs** interviennent régulièrement, au sein de leurs circonscriptions, en appui du développement de projets et dispositifs sociaux et sanitaires, ou au contraire en opposition.

[217] **Les organismes de sécurité sociale au niveau territorial** : Caisses d'allocations familiales (CAF), Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), Mutualité sociale agricole (MSA), Caisse générale de sécurité sociale (CGSS)

dans les DOM. Elles sont actives en matière de distributions de prestations et d'aides, d'accueil et d'accès aux droits, de financement d'établissements (crèches, centres sociaux...), de contractualisation avec les collectivités, de lancement et de financement de projets et expérimentations.

[218] **Divers organismes publics** intervenant dans le domaine sanitaire et social, ou en lien permanent avec ce domaine : institutions de santé (les hôpitaux du Gard, par exemple, sont particulièrement actifs dans le champ médico-social), service public de l'emploi, éducation et enseignement supérieur, aménagement et logement (bailleurs), etc. ; les délégués du **Défenseur des droits** interviennent également aux côtés des acteurs communaux de l'action sociale et sanitaire ;

[219] **Des acteurs privés non lucratifs**, à commencer par **l'univers associatif** dans toute sa diversité, depuis les plus petites associations caritatives bénévoles locales, jusqu'à des structures associatives professionnalisées intervenant dans de multiples domaines, gérant de nombreux dispositifs sociaux et sanitaires et plusieurs dizaines de millions d'euros de budget. A ces associations, on peut ajouter le mouvement mutualiste, très présent également dans la gestion d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi que des organismes issus de l'histoire industrielle (comme le groupe de santé FILIERIS, géré par la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et très présent dans le Gard), ou encore les fondations, gestionnaires et parfois mécènes ;

[220] **Des acteurs privés lucratifs** : bailleurs mixtes et privés, établissements sociaux et médico-sociaux privés, professionnels de santé libéraux, prestataires de service (notamment en matière de diagnostic et d'ingénierie de projet), employeurs locaux, organismes consulaires (chambres de commerce, des métiers, de l'agriculture) ;

[221] **Les partenaires sociaux** : potentiellement actifs au sein de chacune des structures contribuant à l'action sociale et sanitaire, mais aussi en tant que partenaires territoriaux quand il s'agit de déployer des politiques territoriales ;

[222] **Les associations d'élus** : associations de maires (à l'échelle départementale notamment) ou d'élus thématiques, et un acteur dont l'importance varie selon les territoires : les Unions départementales des CCAS (**UDCCAS**). Celles du Gard et de Vendée sont ainsi régulièrement citées comme des partenaires actifs et précieux de l'Etat, du département et des organismes de sécurité sociale pour animer le réseau des CCAS, promouvoir et monter des événements et des formations, faire remonter des besoins et des pistes d'action, etc.

[223] Enfin, ce tour d'horizon de l'écosystème de l'action sanitaire et sociale du bloc communal serait incomplet sans un retour vers les **habitants des territoires**. D'abord, parce que ce sont eux qui donnent leur légitimité aux exécutifs locaux, à leurs feuilles de route et leurs choix politiques. Ensuite, parce qu'ils constituent régulièrement des partenaires de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques locales, à travers des démarches de consultation et de participation (Cf. *supra*). Enfin, parce qu'en tant que bénéficiaires des dispositifs sociaux et sanitaires, ils les orientent à travers l'expression de leurs besoins, la manière dont ils s'en saisissent, les retours positifs ou négatifs qu'ils manifestent.

3.1.2 Les liens entre partenaires sont à la fois intenses et à géométrie variable

[224] A la lecture de ce recensement (non exhaustif) des acteurs avec lesquels les communes et intercommunalités interagissent dans le domaine social et sanitaire, on prend la mesure de **la complexité à laquelle font face les élus et agents communaux** pour élaborer et mener des politiques cohérentes, intégrées dans un ensemble lisible et efficient. A cette multiplicité d'acteurs s'ajoutent la richesse et **la diversité des liens** qui les unissent.

3.1.2.1 Le facteur humain

[225] Ces liens multiples sont d'abord de nature informelle, influencés par l'histoire et la culture locale. Les acteurs rennais évoquent ainsi une culture de la coopération solidement ancrée sur leur territoire, tout comme les acteurs jurassiens, qui mettent en avant la tradition des coopératives agricoles, ou les élus de Nanterre, la tradition de solidarité ouvrière du territoire.

[226] **La dimension humaine** des relations partenariales est soulignée dans tous les territoires, comme un **facteur déterminant** de la qualité et de la solidité des liens qui se tissent, avec tous les aléas que cela peut impliquer (accointances personnelles, alternances électorales, changements de poste, etc.). Ce facteur, par nature difficile à mettre en équation, s'incarne à travers des réseaux de pairs (élus, agents, professionnels...) ou encore des personnalités aux parcours singuliers, qui peuvent faire office de passerelle entre les institutions. A titre d'exemple, la coordinatrice du projet social et culturel de Cèze Cévennes a longtemps travaillé au conseil départemental du Gard.

3.1.2.2 Les relations conventionnelles

[227] Ces relations sont ensuite de nature plus formelle, à travers les **liens conventionnels nombreux** et divers :

- La **nature des conventions varie fortement**, dans leur forme (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, contrats de partenariat pour des projets, schémas partagés, etc.), comme dans leur contenu : visions générales et objectifs partagés, plans d'actions, engagements de financements croisés, etc. ;
- Les **durées** de contractualisation sont elles aussi variables, depuis le soutien à des événements ponctuels jusqu'à des financements autorisés pour de nombreuses années pour des établissements sociaux ou médico-sociaux, en passant par le soutien à des projets d'une durée généralement de 1 à 3 ans ;
- Les conventions sont **tantôt bilatérales** (subventions, CPOM...), **tantôt multilatérales** (CTG, CLS, PAT...).

Les projets alimentaires territoriaux de la Communauté d'agglomération de Nord Grande-Terre et des communes appartenant à l'EPCI (Guadeloupe)

La Communauté d'agglomération de Nord Grande-Terre (CANGT, 56.000 habitants) comprend cinq communes : Anse-Bertrand, Morne-à-L'Eau, Le Moule, Petit-Canal et Port-Louis. Elle représente 20 % du territoire guadeloupéen, mais quasiment le double des surfaces agricoles (38 %). Le projet alimentaire territorial (PAT) porté par l'EPCI repose sur cette richesse agricole : 18 produits sont cultivés sur place (fruits, légumes, amylacés). Il implique la création d'un atelier de transformation agro-alimentaire, l'utilisation des trois cuisines centrales (à Petit-Canal, Morne-à-L'Eau et Le Moule), et prend appui sur la recherche.

Le PAT de la CANGT est labellisé par l'Etat depuis 2020. Il a été complété en janvier 2023 par un plan d'action, préparé entre avril et octobre 2022 par des groupes de travail thématiques visant à impliquer les consommateurs, les agriculteurs, les associations locales et la recherche dans la mise en place d'un système alimentaire plus durable. La motivation sanitaire et sociale du projet est très présente, alors qu'un enfant sur cinq est en surpoids, et que certains tubercules locaux ont des indices glycémiques intéressants. Ce nouveau programme, intitulé Partage LIZIN SANTRAL, a permis la réalisation de plusieurs actions : éducation au goût et classes de découverte d'exploitations agricoles, sensibilisation à la préparation et à la consommation d'une alimentation saine par les restaurateurs et les familles du territoire, accompagnement des producteurs vers des pratiques plus écologiques, structuration de groupements d'agriculteurs, distribution de fruits et légumes dans les écoles.

La création de l'atelier de transformation agro-alimentaire, devant être livré en 2025, constitue un projet d'investissement majeur du programme. L'équipement, situé sur le territoire de la commune d'Anse-Bertrand, mobilise un financement de près de 10 M€, pour moitié par le FEADER et pour le reste par la Région, le département et l'EPCI. Il vise à développer la consommation de produits locaux respectueux de l'environnement. Le groupement de recherche et d'innovation culinaires met au point et diffuse des recettes de cuisine auprès des restaurateurs, des cuisines centrales communales et des familles.

L'initiative s'inscrit dans des partenariats multiples. Elle prend place dans un schéma de développement régional et contribue ainsi à l'offre alimentaire à l'échelle de la Guadeloupe. Par ailleurs, elle se positionne dans l'écosystème des acteurs du territoire au moyen de la participation de la CANGT à des appels à projets divers : l'INRAE, l'Université des Antilles, l'Institut technique tropical, la chambre d'agriculture, Légumes de France Outre-mer, etc.

L'articulation du PAT intercommunal avec les initiatives propres des communes témoigne d'une souplesse propice à la recherche de complémentarités. Morne-à-L'Eau était la première à avoir son propre PAT, avant même la CANGT. Son PAT communal est focalisé sur la proximité avec les citoyens-consommateurs. Le PAT communal de Port-Louis est, quant à lui, en émergence et non-encore labellisé au sens du plan national pour l'alimentation, avec une orientation ciblant le risque alimentaire et la capacité à se nourrir en cas de crise (cyclone, intempéries), notamment en cuisinant des volailles et des poissons locaux peu consommés. L'ensemble des démarches communales et intercommunales doivent être partagées au niveau de l'agglomération dans le cadre d'un séminaire, prévu pour la fin de l'année 2025, destiné à dégager des orientations communes et une feuille de route partagée.

Les responsables municipaux et intercommunaux rencontrés insistent sur la nécessité d'inscrire les projets dans une démarche de concertation et de co-construction, afin de partager les contraintes et les objectifs des producteurs, des transformateurs et des consommateurs, dans une logique de développement du territoire, de sécurisation de son alimentation et d'amélioration des conditions de santé. Il s'agit de construire un « vocabulaire commun », indispensable à un projet intrinsèquement partenarial.

[228] Le cas spécifique des contrats entre l'Etat et ses opérateurs, d'une part, et les communes, d'autre part est détaillé *infra*.

[229] Dans ce paysage, **les communes et intercommunalités peuvent occuper des places diverses dans le partenariat** : parfois à l'initiative et financeurs des dispositifs contractuels (notamment pour les nombreuses subventions aux associations), parfois en soutien en nature (prêts de foncier, de locaux, fourniture de fluides), parfois en cofinancement institutionnel (pour les centres de santé ou les centres sociaux par exemple), parfois en tant qu'opérateurs (comme pour les Maisons France services ou pour de nombreux établissements sociaux et médico-sociaux gérés par des CCAS ou CIAS). Les conventions ne comportent parfois pas de volet financier, comme c'est le cas entre la Roche-sur-Yon et le département de la Vendée dans le champ de l'autonomie des personnes âgées.

3.1.2.3 Des relations particulières avec le département, chef de file de l'action sociale

[230] Les relations des communes et intercommunalités avec **les départements** illustrent la richesse et la diversité des liens entre partenaires. Richesse parce que, dans un grand nombre de territoires, ces liens entre département et bloc communal sont constants, dans le quotidien de l'action sociale et médico-sociale : orientation des publics, instruction des dossiers d'aide sociale, montage de projets et actions collectives, etc. A titre d'exemple, au Vigan, le centre médico-social du département, qui abrite les assistantes sociales de secteur, ainsi que des agents de la PMI, de l'ASE, du service autonomie et du service insertion, opère de l'accès aux droits pour toute la population, ainsi que des actions collectives (par exemple de lutte contre l'isolement), en relations étroites et constantes avec les communes (élus, secrétaires de mairie, CIAS).

[231] Ces relations avec les départements sont néanmoins complexes. Ainsi, plusieurs retours, de chaque côté, attestent que dans certains territoires les services sociaux départementaux et communaux coexistent avec un minimum d'interactions (échanges de dossiers par courrier). De même, les échanges entre exécutifs et cadres dirigeants sont régulièrement affectés par **des enjeux de vision politique, voire de posture**, pouvant ralentir les projets, ou au contraire les accélérer. On remarque que les relations entre exécutifs départementaux et communaux sont d'autant plus riches que les conseillers départementaux sont également, pour une grande partie d'entre eux, des élus communaux. Leur capacité d'interpellation des services du département est alors forte et les circuits rapides.

[232] Les **conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** (CFPPA) constituent également des espaces de partenariat plus ou moins ouverts aux communes, selon qu'une invitation d'y siéger est adressée ou non aux communes, EPCI ou à l'UDCCAS et selon la prédilection pour retenir comme porteurs des actions des structures publiques (comme les CCAS) ou privées (associations, prestataires).

[233] Dans ce schéma, il apparaît utile que, localement, le rôle de chef de file de l'action sociale confié au département soit mieux dessiné. Lorsque le bloc communal intervient en planification dans le champ des politiques de la perte d'autonomie, il est important que ces initiatives s'inscrivent en cohérence avec les orientations du département comme de l'ARS, comme c'est le cas à La Roche-sur-Yon, qui a par ailleurs passé une convention avec le département de Vendée. Mais les conventions partenariales entre département et bloc communal sont rares et, quand elles existent, anciennes, d'après la Cour des comptes. Dans un rapport de janvier 2025 dédié à

l'accompagnement social généraliste⁷⁷, elle juge que si le département n'a pas compétence pour imposer aux communes et aux intercommunalités des modalités de coopération et d'articulation de leurs interventions, pour autant, sa qualité de chef de file de l'action sociale lui permettrait d'initier des travaux pour aboutir à de nouvelles conventions territoriales d'exercice coordonné (CTEC), si ce n'est avec tous les CCAS, du moins avec les plus importants du territoire. Ces conventions pourraient traiter en priorité de l'organisation de la complémentarité des services à l'échelon infra-départemental. Une étude du Haut conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge (HCFEA), en 2023, montre que le rôle pourtant essentiel du bloc communal dans la politique d'accès aux droits des personnes âgées est généralement sous-estimé. Un CCAS ou CIAS répondant sur dix seulement se situe dans une commune ayant mis en place une CTEC avec le département autour de la thématique du grand âge⁷⁸.

3.1.2.4 Les relations entre le bloc communal et les associations

[234] Dans cet univers partenarial, l'intensité et la diversité des relations entre le bloc communal et **les associations** sont généralement remarquables. On peut souligner :

- **La présence généralement forte des associations** de loi 1901, dans les grandes villes comme dans les zones rurales ;
- La relation contractuelle entre la collectivité et l'association est le plus souvent fondée sur le **principe de la subvention**, une modalité de partenariat caractérisée par sa souplesse (temporalités, montants et exigences contractuelles sont à la discrétion des partenaires) qui peut en contrepartie générer une forme de fragilité (les suspensions peuvent être brutales) ;
- **La diversité** de ces associations, depuis des collectifs de quelques bénévoles animant une épicerie sociale (c'est le cas au Vigan avec L'Épicerie Plus en Pays Viganais) jusqu'à des structures professionnelles de plusieurs centaines de salariés, dans les champs de l'hébergement, de la protection de l'enfance, de l'éducation populaire, du handicap, de la dépendance, etc. En pays viganais, l'Association Educative du Mas Cavaillac emploie ainsi 240 personnes. On peut également retrouver des unités locales de grands groupes associatifs nationaux (type Secours populaire, Restos du cœur, Emmaüs ou le groupe SOS) ;
- La profondeur et la **richesse variables des relations** entre collectivités et associations, fondées sur l'identité du territoire, et aux relations interpersonnelles entre élus, agents et acteurs associatifs locaux. Ces relations sont parfois confiantes, parfois tendues ou distendues ;
- Ces relations peuvent **évoluer dans le temps** : il a été fait état à la mission, dans le Jura comme dans le Gard, de mouvements de transfert d'activités de collectivités vers des associations (comme l'hébergement à Dole), ou au contraire de reprises en régie (comme le centre social d'un quartier politique de la Ville, toujours à Dole) ;

⁷⁷ Cour des comptes, *L'accompagnement social généraliste dans les caisses d'allocations familiales et les départements*, janvier 2025

⁷⁸ HCFEA, *Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge*, décembre 2023 : enquête conduite auprès de 152 CCAS et CIAS, couvrant les territoires de 582 communes dans 42 départements.

- Enfin, les associations sont souvent mises à contribution pour travailler sur des enjeux particuliers (comme l'aide alimentaire) ou auprès de **publics spécifiques** (errance, souffrance psychique, victimes de violence, addictions, etc.) ayant besoin de dispositifs experts, dans l'optique de les accompagner jusqu'à un retour vers le droit commun, celui-ci étant plutôt opéré par les services publics. Ces passages de relai supposent de solides capacités de coordination, pour éviter les allers et retours et les ruptures de parcours.

3.1.2.5 Le cas de la politique de la ville

[235] En matière de richesse des relations partenariales autour de l'action sociale du bloc communal, il convient de citer le cas particulier de la politique de la ville. Depuis plusieurs décennies, celle-ci touche directement aux enjeux de prévention, d'insertion et de cohésion et se développe sur le **principe d'une mise en réseau** de l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs locaux, et même au-delà : les entreprises, les collectifs informels, les habitants eux-mêmes.

[236] D'un point de vue institutionnel, il en ressort une **mécanique subtile** entre la place et les prérogatives de l'Etat (gestion d'appel à projets et de lignes budgétaires dédiées, sous-préfets dédiés, postes de délégués du préfet à la politique de la ville...), celles des intercommunalités (vers qui les compétences communales en la matière ont systématiquement été transférées, et qui assurent notamment l'ingénierie des projets) et celles des communes (qui gardent généralement une attention particulière à ces sujets, avec des élus et des personnels dédiés, pour des actions de proximité). Les départements peuvent également intervenir dans les quartiers politique de la ville, via des lignes budgétaires extralégales, comme c'est le cas dans le Gard (budget annuel supérieur à 1 M€).

[237] Si les acteurs locaux critiquent régulièrement les limites de la politique de la ville dans sa capacité à changer la donne en matière de désenclavement et de sortie de la pauvreté, tous soulignent sa dimension de « **laboratoire de la coopération** », en citant notamment les Cités éducatives, y compris quand des enjeux politiques forts viennent rendre particulièrement sensibles les jeux d'acteurs.

3.2 La complexité de cet écosystème engendre des risques de dysfonctionnement de l'action sanitaire et sociale

[238] Le bloc communal occupe une place singulière dans l'écosystème des politiques sanitaires et sociales territoriales : à la croisée des besoins exprimés par les habitants, dans leur diversité, et des réponses apportées par les nombreux acteurs du secteur, qu'ils soient publics ou privés (Cf. *supra*). Cette place centrale donne aux communes un rôle de facilitation et d'harmonisation de l'action sociale et sanitaire, ainsi qu'une capacité à prendre des initiatives adaptées. Néanmoins, assumer ce rôle n'est pas chose aisée, la complexité de l'écosystème étant source de nombreuses difficultés.

[239] Avant de les aborder, soulignons que, de l'avis unanime des parties prenantes de l'action sociale et sanitaire, la dimension foisonnante de l'écosystème **est à la fois une richesse et un vecteur de dysfonctionnements**. Une richesse parce que la multiplicité des acteurs est une source

d'innovation et d'adaptation constante aux besoins sociaux et sanitaires de la population, qui ne cessent d'évoluer et de se ramifier. La sophistication de l'Etat providence, grâce à la diversité des acteurs locaux et de leurs interventions, apparaît d'abord comme une force, dans la précision des réponses apportées aux habitants, la diversité des acteurs et de leurs dispositifs contribuant à prendre en compte les spécificités des besoins. Mais elle est aussi une source de dysfonctionnements, car les risques de méconnaissances et de compétition sont de nature à compromettre l'efficacité et l'efficience l'action sanitaire et sociale.

3.2.1 Ces risques de dysfonctionnement sont d'abord liés aux méconnaissances entre acteurs

[240] Malgré la puissance des liens humains informels et la multiplication des relations contractuelles qui les relient, les parties prenantes de l'action sociale et sanitaire connaissent mal leurs champs d'intervention respectifs. Ou plutôt : cette interconnaissance connaît de fortes variations au fil des péripéties quotidiennes de l'action sociale et sanitaire, initiatives des élus et services, réponses à des appels à projets, renouvellement démocratique des exécutifs, turn-over des agents territoriaux, aléas dans la sphère associative, etc. C'est un point que les acteurs réunis par la mission à la Roche-sur-Yon, à l'occasion d'un atelier de réflexion collective sur le centre de ressources territorial, ont tous souligné : **l'interconnaissance des acteurs locaux n'est jamais acquise**, c'est un sujet à remettre en permanence à l'ordre du jour, un jardin à cultiver en continu. En se réunissant ce jour-là, ils ont pu constater leur besoin de « mettre à jour » la connaissance mutuelle de leurs dispositifs et actions, malgré le sentiment qu'ils pouvaient avoir de « bien se connaître ».

[241] Les effets dysfonctionnels associés aux méconnaissances entre acteurs de l'action sociale et sanitaire sont bien connus de ceux qui les vivent au quotidien :

- Effets de « **tuyaux d'orgue** » : les communes, intercommunalités et leurs partenaires potentiels alignent des dispositifs en parallèle, sans suffisamment prendre soin de leur coordination (guichets d'accueil, maraudes, distributions alimentaires...) ;
- Effets de **redondance** : ces acteurs multiplient les dispositifs visant les mêmes publics et les mêmes objectifs. On pense ici aux appels à projet portés par différents acteurs dans le champ de la lutte contre l'isolement des personnes âgées, et qui souvent manquent de mise en cohérence : départements, CNSA, CARSAT, MSA, inter-régimes etc. ;
- Effets **d'interstice** : malgré la multiplication des initiatives, le manque de coordination crée des vides géographiques, des lacunes vis-à-vis de publics spécifiques, et jusqu'à de véritables « zones blanches » de l'action sociale (en ruralité ou pour les publics en errance notamment) ;
- Effets de « **stop and go** » : de grandes opérations de coordination vivent puis s'étiolent, faute d'entretien des liens entre les acteurs concernés. La CPAM du Gard met ainsi en évidence l'élan pris en 2013 pour signer des conventions avec l'UDCCAS et les CCAS du département, de façon à mettre sur pied et nourrir la coopération (interlocuteurs privilégiés, formations communes). Douze ans après, faute d'entretien, les liens se sont distendus et devraient faire l'objet d'une nouvelle dynamique.

[242] Les méconnaissances entre acteurs touchent aussi aux **difficultés d'accorder les règles de fonctionnement** des uns et des autres, surtout quand celles-ci évoluent au fil des réglementations et de l'interprétation qui en sont faites. A titre d'illustration, au Vigan, un Centre médico-psychologique enfants adolescents (CMPEA) était porté depuis plusieurs années par une grande association locale, l'AEMC. Cependant, quand le conventionnement est arrivé à son terme, la question du statut de l'établissement s'est posée, aboutissant après plusieurs mois d'incertitudes sur un compromis : le CHU d'Alès portera officiellement le dispositif mais en délèguera la gestion à l'AEMC. Après 2 ans de fermeture, le centre devait rouvrir au printemps 2025.

[243] Ces méconnaissances mutuelles peuvent rapidement dériver vers **des formes de défiance** entre acteurs de l'action sociale et sanitaire. Des **stéréotypes** sont véhiculés par les uns et les autres, par défaut de connaissance et de reconnaissance : les communes et intercommunalités seraient opportunistes (« pliant » les appels à projets selon leurs propres agendas) et de médiocres gestionnaires ; les départements auraient des visées hégémoniques, ne toléreraient aucun partage des priorités, voire se désengageraient de l'action sociale; les services de l'Etat seraient distants et dans l'incapacité d'écouter les remontées du terrain pour façonner des programmes adaptés.

3.2.2 Ces risques sont ensuite liés à une logique de compétition plutôt que de coopération

[244] Alors que, dans les discours, tous les acteurs locaux prônent la coopération, on constate que la complexité de l'écosystème de l'action sociale et sanitaire territoriale peut mener à des **positionnements et stratégies de compétition**, au détriment de la cohérence de l'offre de services pour les usagers et d'un usage optimal des ressources publiques : absence de vision et d'objectifs partagés, dispersion des financements et des énergies, redondances ou au contraire abandons de certains publics, focalisation sur les effets les plus visibles et les résultats à court terme.

[245] Cette compétition naît d'abord du **poids des choix politiques**. Même si les clivages partisans ont tendance à s'estomper dans les collectivités comptant peu d'habitants, c'est un fait propre au morcellement administratif de la France, qui compte 34 875 communes et 1 255 EPCI à fiscalité propre, et autant d'exécutifs légitimement élus pour appliquer un programme politique qui leur est propre et sur lequel ils ont pris des engagements auprès de la population. Dès lors, les visions s'entrechoquent et les compétitions électorales influent dans les choix des acteurs, surtout à l'approche des échéances. De nombreux acteurs interrogés fin 2024 et début 2025 soulignent ainsi qu'ils entrent dans une année particulière, en amont des élections municipales de 2026, où les élans coopératifs risquent d'être minorés par les ambitions électorales, sans compter le simple gel de nouveaux projets du fait de la période de réserve.

[246] Cette compétition naît ensuite de **la rareté des ressources disponibles** pour répondre aux besoins des habitants. Le cas typique : la rareté des personnels soignants, alors que c'est l'une des problématiques les plus saillantes à l'échelle du bloc communal. Dès lors, la tentation est grande, pour les communes, d'entrer dans une forme de course à l'attractivité vis-à-vis des médecins et autres professionnels de santé, en proposant des conditions d'installation toujours plus confortables.

[247] Quant à la **tension budgétaire**, elle peut se traduire par une situation de concurrence face à aux appels à projets et à manifestation d'intérêts, dès lors que les collectivités cherchent à boucler leurs budgets et à assumer le poids de leur masse salariale, en particulier quand des postes

d'ingénierie de projets ont été créés au fil des contrats précédents (cf. 3.2.3). C'est un point qui est ressorti notamment de l'échange collectif, avec des élus et représentants de différents CCAS et CIAS, que la mission a organisé avec l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT).

[248] Par ailleurs, les communes peuvent avoir une perception de **concurrence entre institutions publiques**, dès lors que des sollicitations sont faites en parallèle, sur un même champ. Le département, la CARSAT, l'inter-régimes ou les caisses d'autres régimes peuvent ainsi tous proposer une offre de services ou lancer des appels à projets pour des actions collectives en faveur des personnes âgées ; les conférences de financeurs sont précisément pensées pour tempérer ces risques de dispersion. L'ARS et la CPAM interviennent sur le même champ de l'aide à l'installation de professionnels de santé et sont susceptibles de financer des actions de prévention et de promotion de la santé sur des thématiques voisines. Si cette concurrence entre financeurs permet de multiplier les sources de financement, elle est surtout vécue comme un facteur de dispersion : multiplication des appels à projets, "stop and go" des projets, contradictions éventuelles dans les philosophies d'action de chacun...

[249] Au-delà des réflexes de solidarité des acteurs non-lucratifs face aux enjeux sanitaires et sociaux, **les associations aussi se font parfois concurrence**. Elles aussi font face à la rareté des ressources et se retrouvent en compétition devant les appels d'offre et appels à projets proposés par les institutions. Elles aussi peuvent tantôt se disputer les publics à accueillir, tantôt se les renvoyer. De nombreuses communes et intercommunalités s'efforcent de mettre de l'ordre et d'instiller un **esprit de coopération avec et entre les associations de leur territoire**, en s'appuyant sur les relations interpersonnelles permanentes entre collectivités et monde associatif. Ce n'est pas toujours chose facile, et particulièrement délicat dans le champ de l'aide alimentaire. Dans le Gard comme dans le Jura, les efforts de coordination en matière de critères d'accès aux distributions, de qualité nutritionnelle, de recours aux filières locales ou encore d'organisation des maraudes, se heurtent à des fonctionnements disparates et à une faible volonté de s'aligner. Celle-ci peut s'expliquer par la dimension autonome et non-gouvernementale des associations d'aide alimentaire, mais pose de vrais problèmes en matière de cohérence et de pertinence de l'offre de service sur les territoires (c'est récurrent sur les critères et barèmes d'attribution des aides de secours, avec des effets de redondance ou contraire d'éviction de certains publics). Enfin, l'esprit de coopération que les collectivités promeuvent avec les associations peut être limité par les **fragilités propres aux associations** : turn-over des bénévoles, limites des savoir-faire de ces bénévoles (surtout face à des situations sociales complexes), volatilité des ressources financières.

[250] Enfin, cette compétition peut prendre une forme particulière, à front renversé, quand les collectivités se refusent toutes à prendre en charge certains publics : absence d'initiatives pour certains publics, voire stratégies d'évitement. Cette **course au désengagement** naît d'un sentiment de « surcharge », voire d'injustice, quand les acteurs territoriaux estiment que l'accueil et l'accompagnement de certains publics ne relèvent pas de leurs compétences, ou du moins pas exclusivement, alors que c'est justement vers eux que ces publics se tournent. C'est le cas notamment des personnes en demande d'hébergement, ou encore des personnes en souffrance psychique, qui relèvent au premier chef de la compétence des services de l'Etat. Les communes et intercommunalités estiment, pour une partie d'entre elles, se retrouver en première ligne pour accueillir et trouver des solutions pour des publics qui ne relèvent pas de leurs prérogatives. Une partie des départements ont une lecture restrictive de leurs obligations relatives à l'hébergement des personnes seules accompagnées d'enfants de moins de trois ans, ou de la prise en charge des mineurs non accompagnés. Ces compétitions minent durablement la qualité du service rendu à

la population, ainsi que les efforts de coopération entre les collectivités. Ce sont les communes qui en pâtissent le plus, les habitants considérant leur mairie comme l'institution disponible sur tout type de problématiques. Selon leurs orientations politiques, les communes affichent ou non leur volonté d'assumer ce rôle « palliatif ».

3.3 On observe différentes stratégies pour atténuer ces risques et nourrir la coopération

3.3.1 Les acteurs communaux tentent de réduire la complexité de l'écosystème en pensant différemment le qui fait quoi

[251] La première stratégie observée pour atténuer les risques liés aux méconnaissances et à la logique de compétition consiste à tenter de **réduire cette complexité de l'écosystème**, de façon à faciliter les initiatives cohérentes et, *in fine*, rendre de meilleurs services, au regard des besoins des usagers. On vise ici les efforts réguliers de **clarification dans les compétences** des diverses institutions et échelons administratifs, que ce soit au niveau législatif ou au niveau des exécutifs territoriaux, à travers par exemple des protocoles de coopération ou parfois des conventions de délégation de services qui précisent dans le détail le rôle des uns et des autres dans l'accueil et l'accompagnement des publics. Ainsi, les situations sont variables, selon les conventions passées entre départements et bloc communal, en matière de premier accueil social inconditionnel ou de suivi des bénéficiaires du RSA. Dans le Gard, le département a fait le choix de limiter drastiquement ce type de délégation, là où de nombreux départements confient aux communes et CCAS l'accueil et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA isolés et / ou domiciliés par leurs soins.

[252] Ces efforts de clarification dans les compétences peuvent aller jusqu'à faire évoluer les prérogatives des différentes collectivités, à travers par exemple la définition des compétences relevant de l'intérêt communautaire (cf. *supra*, partie 1), créer des CIAS ou mettre en œuvre des mutualisations entre services des communes et intercommunalités (cf. *supra*, partie 2).

[253] La réduction de la complexité peut aussi passer par la mise en place de **dispositifs autonomes mais financés, sollicités, voire gérés en commun**. On rencontre ainsi de nombreux **dispositifs d'observation sociale** territoriaux, pensés sur un modèle de cofinancements et d'usages partagés, comme la Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE) en Auvergne-Rhône-Alpes ou l'observatoire APRAS sur le bassin rennais, carrefour de multiples financeurs (ville, département, CAF, bailleurs sociaux...).

[254] Dans le même ordre d'idée, les communes et intercommunalités peuvent aussi s'appuyer sur de nombreux **pôles ressources thématiques**, en particulier dans les domaines du grand âge et de la politique de la ville (centres ressources régionaux). Dans le champ de la santé, et notamment de la santé mentale, se développent des **dispositifs de prise en charge globale**, pluridisciplinaires, fondés sur des partenariats et financements multiples, dont ceux du bloc communal, pour garantir des réponses adaptées à des problématiques complexes, ainsi que des parcours de soin cohérents. C'est le cas par exemple des Maisons des adolescents (accueil, écoute, évaluation, conseil aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels, mise en place de soins quand cela est nécessaire), dont le modèle est salué par les acteurs rencontrés dans le Gard, le Jura et la Vendée.

[255] Enfin, certains établissements sociaux, médico-sociaux ou sanitaires peuvent être gérés sous la forme de groupements impliquant le bloc communal, Groupements d'intérêt public (GIP) ou Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) notamment. C'est le cas de la Maison des adolescents de Vendée, sous forme de GIP, du dispositif « Ma Santé, Ma Région » (gestion de centres de santé en Occitanie), là aussi sous forme de GIP, ou encore de plusieurs GCSMS porteurs du dispositif « Un chez soi d'abord » (accès au logement pour des personnes souffrant de troubles psychiques). Ces groupements intègrent, dans leur gouvernance, des communes, EPCI, départements, associations et autres partenaires (établissements hospitaliers, bailleurs...).

[256] Ces établissements faisant l'objet d'une gouvernance partagée permettent de s'adapter aux exigences et contraintes de chacun. Ils constituent des objets de travail en commun très concrets, initiant et ancrant durablement des habitudes de coopération sur le terrain.

Recommandation n°5 : Faire connaître et promouvoir les groupements de gestion (GIP, GCSMS) dans le champ de l'action sociale territoriale, via les réseaux de référents « métiers » (par exemple, les réseaux politique de la ville ou animés par l'ANCT).

[257] Ces élans et stratégies de réduction de la complexité de l'écosystème se heurtent néanmoins à un principe de réalité : nos systèmes démocratiques et de solidarité ont atteint aujourd'hui un fort degré de sophistication. Si cette sophistication est source de complexité, elle est également ce qui permet la précision et l'équité dans les réponses apportées aux besoins la population, tout en garantissant la poursuite de l'intérêt général. Les acteurs communaux en ont conscience : tout en appelant de leurs vœux des gestes de réduction de la complexité et le **partage des lieux d'accueil**, ils rejettent pour la plupart **le mythe du guichet unique**, qui voudrait qu'une seule institution dispose du monopole de l'action publique en matière d'action sociale et sanitaire (ou sur un pan entier de celle-ci). Un mythe qui peut lui-même devenir source de tensions et de redondances, quand les acteurs se font concurrence pour l'incarner, à grands renforts d'opérations de communication concurrentes. La mission a pu le constater à l'occasion de l'atelier de réflexion collective de la Roche-sur-Yon : les différents acteurs présents faisaient le constat d'un besoin de mutualisation des numéros de téléphone destinés au grand public autour des enjeux du grand âge, plutôt que de voir chaque institution communiquer sur un canal présenté comme exclusif.

3.3.2 Les acteurs communaux produisent d'incessants efforts de mise en réseau

[258] Dès lors, pour l'action sociale et sanitaire du bloc communal, la question de la coordination devient éminemment stratégique. S'il faut « faire avec » une forme irréductible de dispersion des compétences, acteurs et actions menées, alors il devient indispensable de **penser le champ de l'action sociale et sanitaire territoriale comme un espace de coopération**, un espace où les intervenants consacrent du temps, des moyens et des savoir-faire à nourrir les interconnexions et les interconnaissances, que ne sont jamais définitivement acquises. Lors des trois ateliers de réflexion collective que la mission a organisés, à la Roche-sur-Yon, à Saint-Ambroix et avec les acteurs du centre de soins de premier recours d'Alès, les retours des différents acteurs étaient convergents : les projets les plus pertinents émergent de la qualité des relations partenariales locales, tissées au fil des années. A la Roche-sur-Yon, les premières discussions sur la coordination des interventions pour le maintien des personnes âgées à domicile datent des années 1990, soit

trente ans avant la naissance du CRT. A Saint-Ambroix, plusieurs personnes présentes se souvenaient avoir attendu 20 ans pour voir se réaliser leur vœu de disposer d'un LAEP itinérant. A Alès, les initiateurs du projet des professionnels de santé libéraux implantés de longue date dans le territoire et capables de faire jouer des solidarités locales qui préexistaient à la mise en place des institutions comme les CPTS.

[259] Ces efforts d'interconnexions et d'interconnaissances passent d'abord par **la mise en réseau** des acteurs de l'action sociale et sanitaire des territoires. Celle-ci peut se faire spontanément, de façon **informelle**, notamment via des réseaux de pairs (élus, travailleurs sociaux, soignants, agents administratifs, experts en ingénierie de projet, bénévoles), et qui prennent aussi la forme d'associations : associations d'élus, associations de cadres, associations métiers... Ces réseaux informels se nourrissent également de rencontres à travers les associations, amicales, partis politiques, syndicats, mouvements religieux, ou simplement le voisinage.

[260] La mise en réseau peut être encouragée, de façon **formelle**, par les institutions. Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en sont un exemple, tout comme les Conseils locaux en santé mentale (CLSM), bénéficiant d'agrément et de subventions des ARS, comme celui lancé en 2024 sur le Pays des Cévennes, unifiant plusieurs réseaux préexistants.

[261] Pour incarner et stimuler ces efforts de mise en réseau formelles, on voit se multiplier, ces dernières années, dans les collectivités du bloc communal, les créations de postes de **chargés de coordination, de coopération ou d'animation**, en particulier dans le cadre des diverses démarches conventionnelles. De nombreux acteurs interrogés, dans les communes, les CAF (plus de 500 chargés de coopération sont financés par la branche famille) et les ARS, soulignent l'importance et la pertinence de ces postes pour transformer les intentions de départ en démarches et projets à impacts réels. Ils soulignent que ces postes sont généralement à la croisée des chemins entre **la diplomatie locale et l'ingénierie de projet**, deux compétences qui apparaissent aujourd'hui essentielles au développement de l'action sanitaire et sociale locale. Des efforts de montée en compétence sont à signaler : formation des coordinateurs de CLS par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), formations et mises en réseau par les CAF, notamment en territoires ruraux. Les acteurs interrogés plaident néanmoins pour la « dé-précarisation » de ces postes, les embauches se faisant régulièrement pour des durées courtes, sur la base de montages financiers fragiles, avec des rémunérations modestes. La question se pose notamment de la capacité ou non des collectivités à positionner des titulaires de la fonction publique sur ce type de poste. Pour la mission, il s'agit d'un point d'attention important au moment où se nouent les contractualisations (cf. recommandation 6).

[262] Cette mise en réseau des acteurs territoriaux se nourrit aussi **d'événements fédérateurs**, montés autour des questions sociales et sanitaires, et dont les communes et intercommunalités sont fréquemment organisatrices : Assises de la jeunesse (La Roche-sur-Yon), Forums autour du bien-vieillir (communauté de communes de la Châtaigneraie), Etats généraux de la santé (agglomération d'Alès), Forums petite enfance (communauté de communes Cèze-Cévennes).

Les Semaines d'information en santé mentale (SISM)

En 2024, plusieurs des territoires visités par la mission ont organisé une SISM. Dans la communauté de communes Cœur de Jura, elle a été conduite grâce à un financement de l'ARS. Elle s'est déployée autour d'un « café popote » avec une psychologue, de la conception d'un guide des ressources locales, de la présentation du Centre médico-psychologique (CMP) et de tables rondes thématiques.

Au Vigan, la semaine s'est articulée autour de différentes actions phares : des stands d'information, la diffusion du film « De toutes nos forces » et du documentaire « Toutes nos différences », une conférence débat avec un psychiatre, des rencontres témoignages, des ateliers « sports adaptés ».

Dans la communauté de communes de La Châtaigneraie, plusieurs actions ont été coordonnées dans le cadre du CLS (intégré dans le PLUSSF), financé par l'ARS, l'hôpital des Collines vendéennes et le Centre hospitalier Georges-Mazurelle : des ateliers théâtre au sein des collèges, une présentation des livres Saison Psy au sein du réseau des bibliothèques, une exposition photos et une pièce de théâtre destinée au grand public.

[263] La coordination des acteurs de l'action sociale et sanitaire a une dimension administrative discrète mais déterminante : les **découpages géographiques** utilisés par les différentes institutions. Il n'est pas rare d'observer une coexistence de secteurs communaux (ville entière ou subdivisions communales), de secteurs métropolitains (différents des découpages communaux, comme sur Rennes Métropole), de cantons et de secteurs administratifs départementaux, propres aux conseils départementaux, de secteurs d'intervention des organismes locaux de sécurité sociale et d'arrondissements de préfectures, suivant leur propre logique. Le rapprochement de ces découpages constitue une aide précieuse à la coordination. C'est, depuis longtemps, la politique du département du Nord, qui a fait de la **territorialisation de son action sociale** un marqueur de son action, en misant sur des **découpages cohérents avec le bloc communal**, ainsi que de solides prérogatives accordées à ses unités locales.

La coordination des acteurs pour les parcours de vie des personnes âgées

L'enjeu de coordination est particulièrement prégnant pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie, compte tenu du nombre d'acteurs susceptibles d'intervenir auprès d'eux.

Il s'agit, d'une part, de simplifier et d'améliorer la lisibilité, la cohérence et l'accessibilité de l'information, des droits et aides au profit des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de leurs aidants pour mieux les accompagner ; d'autre part, de mettre en place des interventions coordonnées des professionnels de santé, et/ou du secteur social et médico-social.

Depuis le début des années 2000 des dispositifs de coordination successifs ont été mis en place, dessinant un paysage très complexe de l'accompagnement des personnes âgées. A titre d'exemples :

- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont été créés par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- L'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de la coordination des parcours.

Les communes, si elles sont généralement invitées à y participer, peinent à en avoir une vision complète qui leur permettrait d'inscrire explicitement leur intervention dans une stratégie territoriale globale⁷⁹. En raison de la persistance de cloisonnements entre acteurs, préjudiciables à la personne accompagnée, la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit la mise en place d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA). Il ne s'agit pas d'un nouveau dispositif. Sous le pilotage du conseil départemental en lien étroit avec l'ARS, le SPDA doit se traduire par de nouvelles articulations entre tous les acteurs de l'autonomie sur le territoire, en lien renforcé avec les acteurs de droit commun.

Dans les collectivités observées par la mission, on constate que les réformes successives de la prise en charge de la perte d'autonomie ne semblent avoir impacté que partiellement le contenu même des interventions des communes ainsi que la qualité et les modalités de coopération avec les autres acteurs locaux.

3.3.3 Les acteurs communaux et leurs partenaires travaillent à faire des démarches conventionnelles des leviers de coopération

[264] En donnant davantage d'autonomie aux collectivités locales pour exercer leurs compétences et investir de nouveaux champs, la décentralisation des dernières décennies a favorisé le développement de la contractualisation. Celle-ci permet en effet à l'Etat de poursuivre ses priorités en incitant les communes à conduire des projets qui y concourent et aux communes de capter des sources de financement complémentaires, dans le respect de la réalisation de leur politique municipale. A ce titre, quand elle fonctionne harmonieusement, la contractualisation peut être qualifiée de « mode de co-construction de l'action publique »⁸⁰.

[265] De fait, la contractualisation structure aujourd'hui une large part de l'action sociale et sanitaire du bloc communal, via quelques grands contrats, tels les contrats locaux de santé et les conventions territoriales globales, et une multitude d'appels à projets et d'appels à manifestation d'intérêt. La mission a pu l'observer dans l'ensemble des collectivités investiguées.

[266] Les AAP et AMI sont lancés à destination du bloc communal par les services centraux et déconcentrés de l'Etat, les opérateurs de l'Etat ou les caisses nationales ou locales de sécurité sociale et visent des objets de nature et d'envergure très variables, entre participation à un dispositif expérimental (Territoire Zéro non Recours), préfiguration d'une nouvelle organisation (service public départemental de l'autonomie), déploiement d'un dispositif de façon progressive (centre de ressources territorial, projet alimentaire territorial), encouragement à développer des initiatives locales (projet local de prévention des conduites addictives), mise en place d'interventions (actions collectives de prévention de la perte d'autonomie).

[267] Dès lors que les AAP et AMI ne sont pour les personnes publiques que des modalités de sollicitation de l'initiative privée pour favoriser l'émergence de projets dans lesquels elles trouvent

⁷⁹ Voir aussi Sénat, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, *L'adaptation des communes et des intercommunalités au vieillissement de la population*, octobre 2024

⁸⁰ Cour des Comptes, *Les finances publiques locales 2023, fascicule 2, Chapitre IV La contractualisation : un mode d'action publique incontournable, une efficience à renforcer*, octobre 2023

un intérêt⁸¹, ils aboutissent à une convention, stipulant les engagements de chaque partie, en détaillant le dispositif ou le plan d'action attendus ainsi que le concours financier, généralement sous forme de subvention. Ces documents s'apparentent alors aux contrats conclus au terme d'une négociation directe (CTG, CLS).

[268] Comme analysé en partie 2, le découpage de l'action publique locale par « projets » ou plans d'action présente des avantages : préservation d'une plasticité de l'action publique face aux aléas et évolutions rapides des besoins et de la demande sociale, décroisement facilité entre services municipaux et entre politiques sectorielles, mobilisation des partenaires autour d'un objet concret, perspective de valorisation auprès des bénéficiaires et des citoyens de résultats souhaités tangibles.

[269] Toutefois, la coexistence et la succession de multiples plans et programmes nationaux se traduisent souvent, même lorsqu'ils concernent des problématiques voisines, par autant de dispositifs d'appels à projets. Même si certaines collectivités, à l'instar de la communauté de communes de la Châtaigneraie et d'Alès agglomération, parviennent à s'en accommoder, ces exercices mobilisent à nouveau du temps et de l'énergie pour calibrer les projets et monter les dossiers administratifs correspondants. Plusieurs acteurs mentionnent ainsi la transformation de certains services communaux en des « usines à réponses aux appels à projets », organisés comme des bureaux d'études, et dont les objectifs et fonctionnements s'éloignent mécaniquement de la décision politique locale. A l'inverse, de nombreuses communes restent à l'écart des AAP, faute de ressources en ingénierie pour y répondre.

[270] Comme relevé *supra*, la mécanique conventionnelle génère en outre pour les collectivités des incertitudes sur l'obtention des financements, qui sont par ailleurs prévus pour des périodes limitées, alors qu'ils répondent souvent à des thématiques d'action permanentes. Ainsi que l'illustrent les incertitudes financières pesant sur l'avenir des CRT et des PAT, l'Etat peine en réalité à définir et préserver dans la durée une stratégie de déploiement de programmes ou de dispositifs à l'échelle de l'ensemble du territoire.

[271] Par ailleurs, la juxtaposition et la succession de contrats rendent les contours de l'objet de la contractualisation plus flous. La notion même de « projet » en perd son sens et les co-contractants ne parlent pas toujours de la même chose : entre la mise en place d'un service / dispositif ou la conduite d'actions circonscrites dans le temps (actions de communication, formations, événements collectifs...) ; entre une mesure ponctuelle et un plan d'actions plus global ; entre le regroupement parfois artificiel d'actions sous un même chapeau et l'affichage d'une priorité municipale. Il n'y a alors plus à proprement parler de cycle de vie d'un projet, marqué par un début et par une fin. Cette situation génère des risques, en particulier en termes de transparence et de compte rendu de l'action engagée par une collectivité : présentation au conseil municipal, *reporting* aux partenaires, association des habitants.

⁸¹ Les AAP et AMI sont des procédures ad hoc non prévues par le code de la commande publique. L'AMI se distingue généralement de l'AAP en ce qu'il comporte un cahier des charges moins détaillé, afin de pouvoir engager avec les candidats ayant manifesté un intérêt et retenus une phase de dialogue sur le contenu du projet.

[272] Dans ces circonstances, pour que la contractualisation soit adaptée, dans ses modalités, aux réalités locales, il convient que les initiateurs d'une démarche conventionnelle veillent aux paramètres suivants :

- **Le respect du cycle de vie des projets**, qui sur les territoires s'ancrent **dans la durée** : diagnostic et vision partagés, préfiguration / expérimentation, mise en place des actions, évaluation, pérennisation ou abandon. Plusieurs acteurs soulignent à quel point les injonctions à la rapidité d'exécution (délais de réponses aux AAP, délais de réalisation des expérimentations, délais de remontée des évaluations, durée des financements) peuvent venir perturber la continuité de service des communes. En outre, il est fréquent que les cadres conventionnels ne tiennent pas compte du rythme des cycles électoraux, paramètre pourtant essentiel en termes de portage politique ;
- **La définition de la gouvernance** : il convient de définir la place de chacun dans le pilotage du projet et d'organiser l'association des parties prenantes sans comitologie excessive ;
- **La visibilité financière** à chaque étape du cycle de vie du projet, surtout si la subvention accordée ne couvre qu'une part des dépenses associées au plan d'action et si des cofinancements sont exigés ;
- **La viabilité en termes de ressources humaines** pour la gestion du projet par les organisations qui les portent. Le statut des emplois de chargés de coordination est à ce titre important, certains cahiers des charges exigeant l'embauche de contractuels, alors que d'autres sont ouverts au financement de postes d'agents titulaires.

[273] Pour une meilleure adéquation avec les stratégies effectivement portées localement, il importe que les acteurs territoriaux eux-mêmes (services déconcentrés de l'Etat, ARS, caisses de sécurité sociale), qui déclinent localement des plans nationaux, disposent de souplesse dans la définition des cahiers des charges des contractualisations et des appels à projets, par exemple sur les dépenses susceptibles d'être prises en charge, les exigences de co-financement, l'échelle territoriale de contractualisation, la mutualisation avec d'autres démarches conventionnelles ou sources de financement public.

[274] De telles marges d'adaptation sont compatibles avec le respect des objectifs poursuivis par les porteurs de ces politiques sectorielles, tout en donnant les moyens de partenariats plus modulaires, et ainsi profiter de la plus-value de découplage que offrent les interventions initiées par le bloc communal.

Recommandation n°6 Privilégier des cahiers des charges souples pour les appels à projets et contractualisations proposés par l'Etat, ses opérateurs et les caisses nationales de sécurité sociale, afin de laisser à leurs représentants territoriaux les moyens d'adapter leurs contenus et conditions aux besoins effectivement exprimés par les acteurs du bloc communal.

[275] Les efforts de coordination du bloc communal et de ses partenaires de l'action sociale et sanitaire passent également par des stratégies de convergence des services de l'Etat et de la sécurité sociale autour des actes conventionnels :

- **La structuration de l'action de l'Etat et des caisses de sécurité sociale autour d'un nombre limité et prédéfini de contractualisations de référence**, alignées sur la durée des mandats locaux, dans lesquelles les appels à projets pourraient s'inscrire ;

- La **modification par avenant d'une contractualisation existante**, pour y insérer une nouvelle priorité ou action, plutôt que la signature d'un nouveau contrat ;
- Le lancement **d'appels à projets ou à manifestation d'intérêt communs**, pour viser la cohérence de l'action et la diminution de la charge administrative. A défaut, des réunions régulières des financeurs, sous forme de conférence des financeurs, peuvent permettre d'organiser la mutualisation des financements. La communauté de communes Cœur du Jura, par exemple, a réussi à faire converger les axes de travail du PAT avec ceux du CLS, du programme « Mieux manger pour tous » et du Pacte local des solidarités pour mutualiser *de facto* les moyens financiers et conforter ainsi le plan d'action. Les financeurs de Bourgogne-Franche-Comté veillent de leur côté, via la constitution partenariale des comités de sélection, à la cohérence des démarches accompagnées par l'Etat.
- La **signature multipartite des grands contrats** territoriaux, exposant les engagements de chacun, y compris financiers, et jusqu'à la fusion de ces contrats (comme les PLUSSF fusionnant en Vendée les CLS et les CTG). Cette logique multilatérale peut avoir pour limite de produire des documents trop lourds, dont il importe de caler le contenu sur les besoins et projets effectivement portés par les acteurs communaux, et non d'y placer l'ensemble des items attendus par les institutions co-contractantes, qu'il s'agisse de la CAF ou de l'ARS. Il faut en effet se prémunir d'une inflation excessive des documents conventionnels, dans lesquels on peut perdre le fil des objectifs et la clarté des actions concrètes à mener. Une autre piste, mentionnée par certains acteurs interrogés, peut consister à fonctionner en « poupées russes » : des contrats cadres à large échelle ne se substituent pas à des contrats au niveau communal mais les intègrent dans leur déploiement (c'est par exemple le cas de PAT départementaux, articulés avec des PAT du bloc communal). Cet emboîtement peut constituer une première étape dans la coordination, avant une véritable clarification.
- **L'appui sur l'administration déconcentrée** pour identifier et mobiliser les structures co-contractantes, afin d'éviter les inégalités liées aux capacités variables des collectivités territoriales à répondre spontanément à des appels à projets ;
- **L'articulation des « comitologies »** des grands contrats comme des dispositifs expérimentaux (comités de pilotage, comités techniques, comités de suivi et d'orientation...), de façon à éviter de multiplier à l'infini les instances réunissant peu ou prou les mêmes personnes.
- Une « **prime aux partenariats** » à inscrire dans les termes de ces appels à projet, invitant lieu à des réponses communes, via des **consortiums** entre collectivités, voire entre collectivités et associations, universités et prestataires de services. Si elle présente le risque d'engendrer des coûts de coordination, cette logique de consortium permet d'assumer collectivement les tâches administratives et de *reporting* inhérentes à ces conventions. Cette répartition s'avère déterminante pour permettre à des petites communes, ne disposant pas des compétences d'ingénierie nécessaires pour répondre à ces exigences, d'accéder aux financements.

[276] Cette convergence des démarches conventionnelles peut se structurer autour d'un principe simple : **forger des alliances territoriales** et **nourrir la qualité des actions partenariales** entre les acteurs de l'action sanitaire et sociale territoriale.

3.3.4 Les référentiels d'action et les exemples de bonnes pratiques sont à diffuser avec précaution

[277] Visant l'amélioration de la qualité de l'action publique locale, l'Etat et la sécurité sociale s'efforcent de fournir au bloc communal un soutien méthodologique à la conduite de ses projets. Ce soutien peut passer par le financement de postes de chargés de coopération ou coordinateurs pour l'ingénierie de projet (cf. *supra*, 3.3.2).

[278] Il se traduit également par le partage de référentiels d'action et d'exemples de bonnes pratiques, destinés à aider les acteurs locaux à atteindre le plus efficacement possible les objectifs qu'ils se sont fixés. Ce partage se fait à la travers la diffusion de guides, de kits méthodologiques, de banques de projets modèles ou inspirants en ligne. Elle passe aussi par les cadres conventionnels et les cahiers des charges des appels à projets⁸² auxquels peuvent être intégrés des référentiels nationaux, voire internationaux. Ces cahiers des charges peuvent par ailleurs donner à la collectivité la possibilité financière de s'associer avec un partenaire expert, tels que les IREPS - Promotion santé ou autres associations spécialisées.

[279] A titre d'illustration, dans le cadre de la stratégie nationale intersectorielle de développement des compétences psycho-sociales chez les enfants et les jeunes 2022-2037, Santé publique France a élaboré en 2021 un référentiel national, décrivant ce que sont les compétences psycho-sociales, leur importance pour le développement de l'enfant, ainsi que les programmes ayant fait preuve de leur efficacité. Une commune ou intercommunalité souhaitant s'engager en faveur de la prévention des comportements à risque et la promotion de la santé mentale des enfants et adolescents peut ainsi s'appuyer sur une description de ce qui marche. Elle est appelée à mettre en œuvre un programme, soit en faisant intervenir auprès des publics cibles des opérateurs spécialisés, généralement associatifs, soit en faisant former ses propres professionnels ainsi que si possible les autres acteurs intervenant dans le milieu de vie des enfants. C'est le choix qu'a fait la communauté de communes Cœur du Jura dans le cadre du CLS et d'un appel à projets (voir fiche projet en annexe). Ainsi la Mutualité française et Promotion santé ont formé près de 110 professionnels des ALSH, crèches et relais petite enfance, au bénéfice de 2500 enfants.

[280] Cette pratique du partage de référentiels présente l'avantage de favoriser la reproductibilité d'actions éprouvées, selon des process eux-mêmes validés. Cependant, elle se heurte fréquemment à des difficultés d'adaptation de ces actions à des réalités territoriales très diverses, que ce soit dans l'expression des besoins de la population comme dans l'organisation et les visions des acteurs locaux⁸³. C'est pourquoi une telle stratégie doit aller de pair avec un travail d'accompagnement des acteurs communaux – pour faire évoluer leurs postures et pratiques – et

⁸² L'appel à projet national visant à décliner le Plan national de l'alimentation (PNA) sous forme de projets alimentaires territoriaux (PAT) est accompagné d'une instruction détaillant les critères de labellisation : info.agriculture.gouv.fr/boagri/instruction-2024-306. Une batterie d'indicateurs de suivi et d'objectifs est également mise à disposition. Pour le centre de ressources territorial pour les personnes âgées (CRT), un cahier des charges national détaillant les missions à confier à ces dispositifs a été validé par un arrêté du 27 avril 2022 et est repris par les agences régionales de santé pour organiser le déploiement dans chaque région. La CNAF a publié en 2023 un guide pratique destiné aux CAF et aux porteurs de LAEP. Il comporte des fiches pratiques pour chaque étape de mise en place du dispositif ainsi qu'un référentiel qui en précise les objectifs, les principes d'intervention et les conditions de fonctionnement (Guide-LAEP_2023.pdf).

⁸³ Voir aussi IGAS, *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé*, octobre 2024

d'adaptation des protocoles méthodologiques aux contextes locaux, de façon à favoriser leur appropriation.

[281] Par ailleurs, l'Etat ou les associations de collectivités s'efforcent souvent d'organiser la mise en réseau des collectivités, et en particulier des coordinateurs, engagés dans des projets comparables (forums, colloques, webinaires, banque d'outils à partager...). Si ces événements sont généralement appréciés, il est difficile d'en mesurer l'impact, au-delà du partage d'expérience. D'une façon générale, l'essaimage de pratiques reconnues comme « bonnes » semble limité ; en tout cas, il n'a pas été observé par la mission.

[282] Cependant, la diffusion de pratiques fondées sur des preuves (*evidence based*) est à rechercher afin de permettre un partage de l'expertise, permise par la spécialisation des services de l'Etat, dans un cadre souple propice à des initiatives du bloc communal effectivement adaptées au terrain. Il peut aussi être utile à cet égard de faire connaître et de promouvoir les ressources existantes : centre de ressources et de preuves de la CNSA, centres de ressources politique de la ville, réseaux associatifs tel que celui de la fédération promotion santé...

Recommandation n°7 Faire des démarches conventionnelles des leviers de la qualité de l'action sociale et sanitaire partenariale, en exigeant la mise en réseau autour du projet des partenaires locaux et en diffusant des référentiels d'action fondés sur des preuves.

3.3.5 Les acteurs communaux et leurs partenaires veillent à la cohérence de leurs interventions dans l'accueil et les parcours des usagers

[283] Le dispositif France services est emblématique des enjeux de l'articulation partenariale locale autour de l'accueil des usagers. Il est aujourd'hui déployé partout en France, avec plus de 2800 points d'accueil, Espaces et Maisons France Services (MFS), ainsi que plus d'une centaine de dispositifs mobiles, les Bus France Services. Les MFS sont, pour les deux tiers d'entre eux, portés par des communes et EPCI. Même lorsqu'elles sont portées par d'autres organismes, elles sont généralement hébergées dans des locaux mis à disposition par le bloc communal, comme c'est le cas au Vigan, pour la MFS portée par l'association AEMC. Ce sont également les communes et intercommunalités qui gèrent la plupart des Bus France Services.

[284] Si les collectivités rencontrées par la mission ont globalement une vision positive des MFS, en termes de plus-value pour les habitants, en particulier en zone rurale, elles s'y investissent de façon diverse. A titre d'exemple, la communauté de communes Cœur du Jura s'est engagée dans le recrutement, sur son propre budget, d'un agent « volant » entre les trois MFS du territoire, ce qui permet d'assurer la continuité de service et de larges plages d'ouverture, très appréciées par les habitants. Quant à la communauté de communes de La Châtaigneraie, elle a mis en place le même type d'itinérance au profit des habitants des villages de son territoire, et complété son offre avec sa candidature à l'expérimentation « Territoires Zéro Non-Recours », un dispositif précisément pensé pour nourrir la densité des réseaux d'accueil et la cohérence des parcours (voir encadré *supra* et la fiche projet en annexe).

[285] Les MFS ont été conçues pour proposer un accueil de premier niveau en matière d'accès aux droits. Cependant, cette fonction se heurte à deux difficultés, qui parfois se cumulent :

- **Certaines demandes administratives** (information sur les droits, aide à la démarche) **nécessitent une expertise** que ne peuvent acquérir et maintenir à jour que les agents des organismes concernés. Dès lors que les guichets ou permanences d'accueil de ces organismes se raréfient, les MFS peuvent se trouver confrontées à une demande à laquelle elles peinent à répondre, en dépit des canaux de communication mis en place avec les structures partenaires des MFS. Par ailleurs, les difficultés d'accès aux services d'accueil des étrangers des préfectures entraînent des répercussions sur l'accès aux droits des personnes en attente d'un titre de séjour et donc sur les demandes formulées dans les MFS.
- Une partie significative du public qui sollicite les espaces et MFS se trouve confrontée à **différentes formes de vulnérabilités**, et a en réalité besoin d'un accompagnement social, au-delà de l'information et de l'aide à la démarche administrative

[286] Dans ces circonstances, de nombreux élus déplorent ce qu'ils estiment un transfert de charge subreptice vers les Maisons France Services que la compensation financière ne couvre pas.

[287] La dimension sociale de l'accueil en MFS ne disparaîtra probablement pas : par définition, ce sont les personnes qui ne sont pas autonomes dans leurs démarches qui frappent à leur porte et continueront à le faire. A l'échelle du bloc communal, les MFS fonctionnent d'autant mieux qu'elles s'articulent avec les CCAS ou les centres sociaux. Dès lors, il serait pertinent de faire évoluer le modèle des MFS, en s'appuyant sur les travaux de la Cour des Comptes⁸⁴, pour prendre acte de la dimension sociale du dispositif et s'appuyer sur son essence partenariale pour y faire face. Les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale devront être pleinement partie prenante de cette dynamique.

Recommandation n°8 Affirmer la dimension sociale de l'accueil dans le dispositif France Service, en favorisant, via la labellisation, la formation des agents d'accueil et le partenariat avec les services sociaux du territoire.

[288] Le dispositif France services met en lumière l'importance de la bonne coopération avec les organismes de sécurité sociale pour un accueil de premier niveau de qualité mais aussi l'intérêt d'une articulation avec l'accompagnement social pour les publics qui en ont besoin.

[289] A cet égard, les évaluations des conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches familles et maladie réalisées par l'IGAS⁸⁵ retracent les efforts, déployés au cours de la dernière période conventionnelle 2018-2022 et appelés à être approfondis sur la période 2023-2027, pour favoriser l'accès aux droits sociaux et à l'offre de services des organismes de sécurité sociale : la

⁸⁴ Cour des Comptes, "Programme France Services (2020-2023)", Rapport public thématique, Évaluation de politique publique, Septembre 2024

⁸⁵ IGAS, *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement*, janvier 2023 et IGAS, *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'Etat et la Caisse nationale d'allocations familiales*, avril 2023

conception de parcours concertés, parfois en inter-branches ; la détection de situations de non-recours ; le développement des contacts proactifs ; la pratique des rendez-vous des droits⁸⁶.

[290] Toutefois, ces démarches sont conçues principalement autour d'une logique de parcours de vie (naissance, séparation, passage à la retraite...), et d'une approche populationnelle (jeunes, enfants protégés, familles monoparentales...). De ce fait, elles peinent à croiser les organisations territoriales de l'accès aux droits et d'accompagnement social.

[291] Au niveau local, les caisses de sécurité sociale estiment pourtant indispensable de s'appuyer sur des partenaires extérieurs pour détecter des publics cibles éloignés, les orienter vers les parcours et coopérer dans le cadre de démarches communes d'aller vers. 85 % des caisses répondantes à une enquête réalisée par une précédente mission IGAS⁸⁷ disent associer des partenaires extérieurs à la sécurité sociale pour orienter vers les parcours : les plus mobilisés sont les services sociaux du bloc communal et des départements ainsi que les associations. Ces partenariats passent aussi par des échanges de fichiers et de données, réalisés avec plus de prudence voire de réserves quand le partenaire est hors sécurité sociale. Ces résultats ne permettent pas d'établir en retour la proportion de collectivités locales concernées par ces partenariats.

[292] En 2021, une mission IGAS, portant sur une évaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, concluait que l'horizon de cette mission de la sécurité sociale était celui d'une coopération renforcée avec l'ensemble des acteurs territoriaux, dont les communes et les EPCI⁸⁸. C'est l'ambition affichée dans les COG 2023-2027 de la CNAF et de la CNAM : ancrer la participation au dispositif France services et enrichir les collaborations avec les partenaires territoriaux. Ces objectifs ne sont toutefois pas assortis d'actions précises⁸⁹.

Recommandation n°9 Préciser les modalités de déclinaison territoriale des objectifs des COG des branches familles, maladie et vieillesse visant à une meilleure inscription de l'action sociale des caisses dans l'écosystème local, avec une attention particulière au dispositif France services.

⁸⁶ Les rendez-vous des droits constituent une démarche par laquelle les CAF proposent, selon une logique de guichet unique, à certains publics allocataires un entretien personnalisé pour faire le point sur un grand nombre de leurs droits sociaux, gérés ou non par les CAF.

⁸⁷ IGAS, *Les parcours des usagers de la sécurité sociale : comment mieux accompagner les moments importants de la vie*, octobre 2024.

⁸⁸ IGAS, *Évaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale*, mai 2021.

⁸⁹ Fiches 1.3 et 2.3 de la COG 2023-2027 de la CNAF et fiches thématiques 8 et 11 de la COG 2023-2027 de la CNAM.

[293] Dans ces circonstances, des mécanismes de coordination se mettent toutefois en place pour **assurer la cohérence des parcours des personnes accueillies et accompagnées**, de façon à éviter les erreurs d'aiguillage, les ruptures de prise en charge, les temps morts, les abandons (qu'ils soient le fait de l'accompagnant ou de l'accompagné), les pertes de chances en termes de droits et dispositifs disponibles. Ce souci d'une coordination robuste des prises en charge se traduit par :

- Des **échanges incessants d'information**, au quotidien, entre professionnels de l'action sociale et sanitaire, et de **clarification du « qui fait quoi »** au bénéfice des usagers, au fil de leurs parcours. Ces échanges posent des questions techniques épineuses, en termes de canaux de communication. On retrouve ici **la problématique des lignes téléphoniques directes** : dans les CCAS, certains agents bataillent pour obtenir des numéros permettant de contourner les standards des CAF, CPAM, CARSAT et services préfectoraux, jusqu'à nouer des conventions pour le formaliser (entre CCAS et CPAM notamment). A défaut, de nombreuses CAF proposent maintenant à leurs partenaires communaux d'accéder à des espaces web dédiés pour des échanges en ligne de type chat. D'un point de vue juridique, c'est la question des échanges de fichiers de données qui se pose, de ce qui est permis et sécurisé⁹⁰.
- Des tentatives régulières de **réunir physiquement les différents accueils** à caractère social et médico-social, ceux du bloc communal, du département, des organismes de sécurité sociale et des associations. Les communes ont ici un rôle particulier : ce sont généralement elles qui promeuvent ces regroupements (dans des MFS qu'elles portent, ou encore les « maisons des habitants » qu'elles proposent par exemple) et qui disposent du **patrimoine immobilier** leur permettant de mettre à disposition les locaux nécessaires à ces accueils mutualisés. De nombreux partenaires de l'action sociale des communes organisent, à défaut d'accueil fixes communs, des **permanences d'accueil dans les mairies et les CCAS** (c'est le cas des OSS, de France Travail, des Missions locales...).
- Des expériences de **démarches partagées de repérage et d'aller vers** pour les publics réputés « invisibles ». Ainsi, dans le Gard, la CARSAT, la MSA et le département ont lancé en 2023 une démarche d'*aller vers* conjointe pour lutter contre l'isolement des retraités les plus fragiles, en établissant une grille commune de repérage et en associant les CCAS (via l'UDCCAS), les bailleurs sociaux, les services d'aide à domicile, les Petits Frères des Pauvres ou encore le réseau Monalisa.
- La mise en place **d'instances d'étude et de traitement des cas complexes**. Connues depuis longtemps dans le domaine de la santé (« case-management »), plébiscitées par les acteurs communaux, ces « cellules » de coordination très opérationnelles (elles se réunissent régulièrement pour passer en revue des cas réels particulièrement épineux) peuvent concerner le champ de la santé mentale comme du grand âge, de la protection de l'enfance comme des violences faites aux femmes. Au-delà des solutions trouvées au cas par cas, elles nourrissent durablement les liens interpersonnels entre professionnels. A titre d'exemple, le Pays Dolois porte aujourd'hui une cellule de gestion des cas complexes en santé mentale, en lien avec le centre hospitalier spécialisé local.

⁹⁰ Voir sur ce point le rapport « Les parcours des usagers de la Sécurité sociale : Comment mieux accompagner les moments importants de la vie ? », IGAS, 2024.

Recommandation n°10 Faire connaître et promouvoir les cellules d'étude et de traitement des cas complexes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale territoriale, en s'appuyant notamment sur les temps de rencontres et colloques thématiques entre élus et / ou agents, organisés par les associations d'élus et les associations de cadres territoriaux.

[294] Enfin, ces efforts de cohérence dans les parcours des personnes accueillies et accompagnées passent par **la coopération avec les personnes concernées** elles-mêmes (cf. *supra*).

3.3.6 Des leviers supplémentaires de formation et d'accompagnement pourraient être proposés aux acteurs territoriaux afin de conforter les logiques de coopération

[295] Dans un écosystème aussi complexe, chaque acteur territorial est appelé à se positionner de façon à favoriser la coopération, tout en s'inscrivant dans le cadre institutionnel donné qui détermine les rôles et compétences de chacun.

[296] Pour certains observateurs et réseaux d'acteurs, comme l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS), c'est l'un des enjeux centraux du concept de « **développement social territorial** »⁹¹. Il s'agit d'articuler la logique de solidarité liée aux grands prestations et dispositifs nationaux avec une approche locale favorisant la construction d'un projet de société à l'échelle de la communauté locale, incarné en particulier par la constitution d'un milieu de vie favorable.

[297] D'ailleurs, interrogés sur leurs priorités et réalisations dans les domaines social et sanitaire, les élus présentent rarement leurs priorités et actions sous forme de « projets » et mettent plutôt l'accent sur des politiques municipales globales, conduites au profit de publics cibles, ou sur la réalisation d'équipements ou le développement d'une offre de services, plus tangibles pour les citoyens. Ces éléments sont intégrés dans un récit politique développant le projet global conçu par l' élu pour le territoire.

[298] Pour les personnes âgées, par exemple, un tel projet global prend la forme d'une promesse d'un « bien vieillir » dans la cité ou sur le territoire (comme à la Roche-sur-Yon et à la Châtaigneraie), pour les enfants et adolescents, celle d'un investissement social global en leur faveur (comme à Dole). Les multiples services ou activités proposés aux uns et aux autres constituent autant d'étayages au bien être individuel et collectif. C'est d'ailleurs cette fonction-là des CCAS que les personnes en situation de précarité membres du CNLE ont reconnue comme essentielle dans leur expérience. Ces approches sont généralement dans l'ADN des collectivités, parfois décrites comme émanant de cultures locales (coopérative, minière, religieuse...). Elles sont toutefois plus difficiles à décrire et à cartographier, d'où leur relative invisibilité pour les grands acteurs nationaux du social ou du sanitaire.

[299] L'esprit de coopération intersectorielle et de développement social est aujourd'hui aussi porté par une volonté de **décloisonnement entre les enjeux sociétaux et environnementaux**, à travers par exemple les enjeux de santé environnementale, présents dans la plupart des PAT et des CLS. Dans plusieurs communes et intercommunalités étudiées, des dynamiques croisées sont

⁹¹ Voir notamment les travaux de Cyprien Avenel, « Les enjeux du développement social et territorial au regard du rôle de l'État et des politiques du droit commun. », *Les politiques sociales*, 2017

engagées, pour faire de la transition environnementale un vecteur de rebond économique et de cohésion sociale. Ces évolutions sont utiles *a minima* pour éviter que les effets du réchauffement climatique et des mesures adaptatives ne pèsent plus fort sur les habitants les plus vulnérables⁹².

[300] Cette manière de concevoir l'action sociale et sanitaire des communes permet aux élus de surmonter une vision du social qui pourrait être négative, vécu comme une machinerie complexe à laquelle il faut se résoudre pour lutter contre la précarité et les vulnérabilités et leurs répercussions sur la cohésion de la société locale.

[301] A cette fin, il convient de **soutenir et accompagner les élus locaux**, en particulier ceux en charge des questions sociales et sanitaires, notamment en début de mandats, sur différents points clefs :

- Savoir distinguer ce qui relève du **lien social de proximité**, qu'un élu peut entretenir au titre de son mandat, jusque dans les plus petite communes, en misant sur ses qualités relationnelles (écoute des signaux faibles, repérage des vulnérabilités discrètes, signalements, coups de main rapides et efficaces), de ce qui relève d'une **action sociale et sanitaire dont la professionnalisation s'est accélérée au fil des années**, et qui nécessite aujourd'hui des dynamiques de mutualisation à une juste échelle, généralement supra-communale. En effet, les plus petites communes ne peuvent prétendre disposer de tous les spécialistes sur place, et les élus locaux encore moins prétendre être spécialistes de tout.
- **Être sensibilisé aux grands enjeux sociaux et sanitaires** contemporains (errance, dépendance, addictions, santé mentale, monoparentalité...), pour limiter les peurs légitimes, les stéréotypes et les contresens dans les actions envisagées. Dans le Gard, le Jura et la Vendée, les formations « Premiers secours en santé mentale » (PSSM) sont ainsi reconnues comme très efficaces pour changer le regard des élus (et des autres acteurs) sur la réalité des situations et des actions à mettre en place, au-delà d'une approche sécuritaire ;
- Savoir **s'extraire des postures individuelles de « sauveur »** et d'une position caritative, sources de maladresses et dans lesquelles on s'épuise à traiter des situations individuelles au cas par cas, pour adopter une approche globale des enjeux du territoire, en lien avec les partenaires de l'action sociale et sanitaire. Ceci n'implique pas de s'interdire de prendre des initiatives, au contraire, puisqu'il arrive fréquemment qu'un projet innovant naisse de la volonté et de l'opiniâtreté d'un élu local. Ainsi, à Morne-à-l'Eau, c'est un élu moteur qui a porté le projet de PAT. Cela signifie une capacité à **passer au collectif**, le plus tôt possible dans les projets, pour fédérer les énergies et les savoir-faire, voire à transmettre les dossiers à d'autres acteurs, plus adaptés au déploiement opérationnel (intercommunalités, associations).

[302] Aux côtés des élus, ce sont les agents territoriaux qui ont les clefs de la qualité des dynamiques partenariales locales. En matière d'action sociale et sanitaire, on rencontre ici des profils extrêmement divers : **cadres** (directeurs généraux d'EPCI, de communes et de CCAS, DGA, chefs de service, directeurs d'établissements, etc.), **travailleurs sociaux et professionnels de santé**, **agents d'accueils** et **secrétaires de mairie**. Ceux-ci assument, dans plusieurs milliers de communes

⁹² Voir sur ce point le rapport « Faire de la transition écologique un levier de l'inclusion sociale », CNLE, 2024, ainsi que le rapport « Les enjeux sociaux du changement climatique : un éclairage international pour une feuille de route nationale », IGAS, 2024.

en France, un rôle de première ligne déterminant en matière d'action sociale, en liens étroits avec les maires : ils accueillent, orientent, contribuent à l'accès au droit et à la résolution de situation de crises. Les interlocuteurs de la mission relèvent **le besoin de formation de l'ensemble de ces agents**, un besoin qui reste à préciser et décliner, selon les territoires et selon les acteurs (élus, cadres, agents d'accueil). A titre d'exemple, la MSA du Languedoc propose des formations aux secrétaires de mairie et aux élus locaux, dans le cadre de leur dispositif « Sentinelles », pour savoir réagir face à des situations de crise chez les agriculteurs.

[303] Le **Centre national de la fonction publique territoriale** (CNFPT) est positionné sur ces enjeux de formation pour l'ensemble des agents de la fonction publique territoriale. Cependant, ce cloisonnement pose question. D'une part, on constate que peu d'élus communaux suivent des formations au cours de leur mandat, malgré les nombreuses propositions des associations d'élus à l'échelle locale. D'autre part, les associations du secteur social et sanitaire organisent les formations de leur côté, que ce soit pour leurs salariés ou leurs bénévoles, dont beaucoup se retrouvent en première ligne face à des situations de détresse extrême. On peut même y ajouter les intervenants sociaux issus des autres fonctions publiques (Etat, hôpitaux), qui suivent eux-aussi d'autres parcours de formation. Les conséquences en sont **des vides et des discordances**, les référentiels pédagogiques pouvant fortement différer selon les organismes de formation. Le CNFPT expérimente des formats ouverts aux élus et partenaires des agents territoriaux – à travers des modules de formation sur mesure proposer en « intra » aux collectivités – mais leur ampleur reste limitée.

[304] En outre, de nombreuses communes mettent sur pied des temps de sensibilisation *ad hoc* pour rassembler élus et agents, en parvenant parfois à les faire financer par le CNFPT, ou dans le cadre de partenariats spécifiques. Ainsi, lors de l'atelier de réflexion collectif que la mission a organisé avec la communauté de communes de Cèze Cévennes, les participants ont mentionné des formations à l'accompagnement de la parentalité proposées par la CAF ou par la PMI. Les formations PSSM sont aussi ouvertes régulièrement pour élus et agents. Dans l'ensemble, il a semblé à la mission que les acteurs étaient mûrs pour passer à une forme d'officialisation de ces pratiques.

Recommandation n°11 Développer une expérimentation d'ouverture des formations dites « Intra » du CNFPT aux élus locaux et aux partenaires associatifs.

[305] **La nécessité d'une évolution des positionnements et postures concerne aussi les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale.** Les acteurs communaux appellent leurs représentants à ne pas se cantonner à un positionnement vertical, pour adopter une place plus équilibrée : à la fois garant de la solidarité nationale par la mise en œuvre des politiques et des grandes prestations et dispositifs nationaux, et facilitateur, voire catalyseur, d'une action sociale et sanitaire locale s'inscrivant dans un projet de territoire.

[306] Aussi les acteurs communaux plébiscitent-ils **les postures d'accompagnement et d'animation, au contact du terrain** : des rôles de « sparring-partner » des acteurs territoriaux, pour les aider au partage de visions stratégiques, pour faciliter les alliances, pour veiller à la cohérence des actions, à la convergence des contractualisations, à la qualité de l'ingénierie des projets et à la capacité à se saisir des opportunités de financement. Ces postures impliquent de sillonner les territoires, de façon à proposer ses « bons offices » (expression retenue d'un sous-préfet) aux élus et agents du bloc communal. Elles permettent en outre de leur expliquer les projets et

positionnements des services de l'Etat, qui évoluent rapidement, et d'entendre ce qu'ils ont à en dire.

[307] Il est apparu à la mission que de nombreux agents de l'Etat et de la sécurité sociale avaient déjà fait le choix de ce type de positionnement. C'est le cas de plusieurs cadres de CAF rencontrés par la mission, tout comme de plusieurs sous-préfets, ou encore de certains commissaires à la lutte contre la pauvreté. De nombreuses ARS se sont également engagées dans un mouvement d'inscription plus forte de leur action dans les territoires⁹³. Rencontrée dans le cadre de la mission, l'ARS Pays-de-la-Loire, par exemple, privilégie depuis une dizaine d'années une approche territoriale plutôt qu'une approche par spécialisation thématique. Cette structuration fait l'objet de retours positifs des acteurs vendéens : adaptation aux réalités des territoires, souplesses dans l'intégration des dispositifs nationaux, coopération facilitée entre acteurs au niveau intercommunal (avec l'exemple de la fusion entre CTG et CLS en PLUSSF). Le réseau des ARS a constitué un comité dédié à l'animation territoriale et conçu un parcours de formation destiné à accompagner les agents à adopter les postures les plus à mêmes de favoriser les partenariats locaux.

[308] Prolonger cette dynamique implique de travailler au **recrutement** de profils experts en termes de coopération, d'animation et de facilitation, de développer un vaste **programme de formation** relatif aux fondamentaux et méthodes de la coopération, de valoriser les fonctions de facilitation dans les évaluations annuelles des agents, de tisser et d'entretenir **des réseaux** au sein des services déconcentrés et des organismes de sécurité sociale pour faire porter cette dynamique par les agents eux-mêmes. De tels réseaux d'ambassadeurs de la coopération seraient aussi de nature à améliorer la cohérence et la clarté des dispositifs portés par l'Etat et la sécurité sociale.

Recommandation n°12 Accompagner les démarches de territorialisation engagées par les ARS par le déploiement du parcours de formation à destination des agents ainsi que par le soutien aux échanges sur les organisations et les outils financiers et informatiques favorisant les partenariats avec le bloc communal et les autres acteurs de l'action sociale et sanitaire territoriale.

Recommandation n°13 Développer un programme de recrutement et de formation dans les services déconcentrés du secteur santé / social, ainsi que dans les organismes de sécurité sociale, pour développer et promouvoir les postures et fonctions d'animation et de facilitation des projets territoriaux. Associer à ce programme une dimension d'accompagnement au changement pour les équipes.

[309] L'accompagnement des acteurs pour mieux coopérer dépasse la question des postures et compétences individuelles : il revêt un caractère systémique. Il passe ainsi par la mise en place de gouvernances partagées et harmonieuses pour les projets et dispositifs communs (conventions, contrats, groupements, instances de partage de cas complexes, etc.). Il peut aussi impliquer

⁹³ Une enquête menée à l'automne 2024 par le collège des directeurs généraux d'ARS auprès d'un échantillon raisonné de 250 maires révèle que les ARS bénéficient auprès des élus d'une bonne notoriété et d'une bonne image, dont la première raison est l'utilité perçue de leur action. Toutefois, 6 maires sur 10 ont le sentiment que les ARS sont éloignées des communes telle que la leur. Ils expriment le souhait que les ARS multiplient leurs visites sur le terrain (78 %) et les interactions à l'échelle départementale (68 %). 73 % des maires ont une bonne image des Agences régionales de santé, selon une enquête de l'institut IPSOS pour le Collège des directeurs généraux d'ARS | Agence régionale de santé Ile-de-France

l'accompagnement au changement pour des organisations confrontées à des modifications structurelles, comme l'intégration de nouvelles compétences sanitaires et sociales, ou la création d'un CIAS.

Matthieu ANGOTTI

Frédéric LALOUE

Valérie SAINTOYANT

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Les fiches « projet » pour les 10 projets étudiés
- Annexe 2 : Ateliers de réflexion collective
- Annexe 3 : « check-list » pour les lanceurs de projet » sur les territoires
- Annexe 4 : Eclairages sur les trois thématiques explorées prioritairement par la mission

MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

L'articulation avec l'enquête ASCO de la DREES

[311] La DREES a conduit en 2015-2016 une première édition de l'enquête ASCO (action sociale des communes) pour décrire le plus exhaustivement possible tout ce qui concerne l'action sociale des communes et intercommunalités (communautés de communes, communautés d'agglomération, communautés urbaines, métropoles, syndicats d'agglomération nouvelle). Dans cette enquête, l'action sociale communale et intercommunale comprend toutes les aides délivrées et actions effectuées par la commune ou le centre communal d'action sociale (CCAS), et par l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou le centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

[312] Les thèmes abordés par l'enquête ASCO sont nombreux. Elle porte sur le contenu de l'action sociale : aides délivrées, services et prestations mis en place, établissements et services gérés mais également sur les publics visés par ces prestations, les modalités d'accès et d'attribution des aides. Elle s'intéresse à l'organisation de l'action sociale sur le territoire communal : répartition des compétences entre les communes et leur CCAS, entre les communes et les EPCI, rôle du CIAS lorsqu'il y en a un. Plus généralement, l'enquête aborde les rapports entre les communes ou les EPCI et leurs partenaires, notamment les départements, ou encore d'autres administrations, les caisses de sécurité sociale. Il s'agit enfin d'en apprendre plus sur les moyens humains et financiers affectés par les communes à l'action sociale.

[313] Cette enquête est reconduite par la DREES en 2025, en vue d'une publication des premiers résultats fin 2026. Les enjeux et objectifs de la nouvelle édition sont multiples :

- Dresser un état des lieux de l'action sociale des collectivités locales en 2024 et observer les évolutions entre 2014 et 2024 ;
- Des phénomènes nouveaux (crise sanitaire, crise énergétique, enjeux liés au réchauffement climatique et au développement durable) : mesurer les évolutions et/ou émergence de nouveaux besoins sociaux, la diversification des publics et étudier la mise en place de nouveaux dispositifs ;
- Évolution du paysage institutionnel et territorial : constater les effets de la législation sur l'action sociale territorialisée.

[314] La mission de l'IGAS s'inscrit en complémentarité avec l'enquête ASCO. La mission a conduit une étude d'ordre essentiellement qualitatif, en analysant la manière dont naissent et vivent les initiatives prises par le bloc communal dans le champ sanitaire et social. Il s'agit de rendre compte de la façon dont les élus locaux utilisent la marge de liberté que leur laisse le cadre juridique et d'éclairer la plasticité de l'action publique communale.

[315] L'IGAS participe aux comités de pilotage de l'enquête ASCO organisés par la DREES et la mission a eu des échanges réguliers avec l'équipe chargée de la conception de l'enquête.

Des regards croisés pour le cadrage général

[316] Les analyses de la mission s'appuient en premier lieu sur une exploitation documentaire, avec l'appui du Pôle Documentation de l'IGAS. Sur l'action sociale des communes proprement dite, une grande partie des articles disponibles s'appuie sur l'exploitation de la première enquête ASCO conduite par la DREES en 2014. De nombreux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et d'autres institutions publiques traitent de certains aspects de politique publique abordés par la mission et ont donc pu utilement alimenter ses réflexions (voir bibliographie).

[317] La Cour des comptes et le Sénat conduisent régulièrement des travaux sur les enjeux pour le bloc communal des grandes évolutions de l'action publique et plusieurs rapports ont été remis au Gouvernement sur les perspectives d'une nouvelle étape de décentralisation. La mission a confronté ses observations à ces analyses plus globales de l'action publique territoriale, afin de mesurer si elles s'appliquaient aussi aux champs sanitaire et social. Il en ressort un même constat, détaillé dans le rapport, d'une immense diversité des politiques sociales locales, qui s'organise dans les espaces de différenciation ouverts par le cadre juridique et institutionnel.

[318] Quant aux réseaux constitués par les collectivités (Union nationale des centres communaux d'action sociale, Réseau français des villes santé, Fabrique Territoires Santé, Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale), ils mettent principalement à disposition les productions de groupes de travail thématiques, soit autant d'éclairages ponctuels sur l'action sanitaire et sociale.

[319] Des éléments de benchmarking ont été fournis par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et le Réseau social européen, contactés avec l'aide de la mission permanente Europe et international de l'IGAS.

[320] Par ailleurs, la mission a conduit, essentiellement pendant la phase de cadrage, une série d'entretiens destinés à recueillir les analyses, suggestions et points de vigilance de l'ensemble des acteurs pertinents (voir liste des personnes rencontrées) :

- Les directions d'administration centrale concernées : Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP), Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), Direction générale des collectivités locales (DGCL) ;
- Les caisses nationales de sécurité sociale : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;
- Les associations d'élus : Association des Maires de France, France urbaine, Intercommunalités de France
- Des réseaux de collectivités : Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), Réseau français des Villes santé, Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale (ODAS) ;
- Le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;

- Des élus locaux (Echirolles en Isère, Port-Brillet en Mayenne, Château-Thierry dans l'Aisne), afin de passer en revue leurs préoccupations dans la conduite de l'action sanitaire et sociale.

Une focalisation à la fois territoriale et thématique

[321] Pour produire des réflexions en réponse aux problématiques identifiées ainsi que des recommandations qui puissent être utiles à la conduite des politiques publiques, la mission a choisi d'étudier les initiatives du bloc communal dans le champ des politiques sociales et sanitaires d'abord du point de vue des collectivités territoriales (communes ou intercommunalités), pour analyser ce que celles-ci estiment devoir mettre en place dans le domaine, et comment elles le font. Une attention particulière a ainsi été accordée aux origines, aux motivations, aux facteurs facilitants, aux contraintes et aux difficultés rencontrées par ces initiatives, à leur démarrage et au fil de leur déploiement.

[322] Les moyens d'investigation de l'IGAS ne permettent ni de balayer l'ensemble des politiques publiques qui s'incarnent dans l'action sanitaire et sociale des communes, ni de viser une représentativité statistique des territoires. L'objectif a été d'atteindre une forme équilibrée de diversité, tant en termes de profil de territoires que de nature des projets qui y sont menés. Pour parvenir à cet équilibre, la mission a retenu deux axes de sélection, thématique et géographique.

[323] Ainsi, la mission n'a pas réalisé une évaluation des politiques sociales et sanitaires des communes et de leurs établissements, qui aurait impliqué d'étudier, pour chaque politique étudiée, l'ensemble de la chaîne des responsabilités du national au local. Elle a retenu d'illustrer par ses analyses la façon dont le bloc communal mène ses projets.

Les thèmes analysés de façon prioritaire

[324] La mission a retenu trois objets de politique publique ayant les caractéristiques suivantes :

- Se situer à la croisée des enjeux sanitaires et sociaux ;
- Faire l'objet de nombreuses initiatives locales, en tant qu'enjeu social et sanitaire d'actualité, au niveau communal ou intercommunal ;
- Confronter les acteurs locaux à des questions méthodologiques récurrentes : observation des besoins, coordination territoriale, gestion de projet, détermination d'un modèle économique, gouvernance, évaluation...

[325] Les enjeux et cadre d'action de chacun de ces thèmes font l'objet d'annexes spécifiques.

Les initiatives en matière d'accès aux droits, et notamment celles en faveur des personnes âgées en situation d'isolement.

[326] D'après les données recueillies par la DREES, la CNAV, la CNSA, le CNLE et d'associations comme les Petits frères des pauvres, le non-recours par les personnes âgées à leurs droits concerne une large gamme de prestations, dont au niveau territorial l'allocation personnalisée d'autonomie et les différentes aides proposées par les CCAS. Ce phénomène a conduit au développement de projets de repérage, d'aller-vers et d'accompagnement des personnes âgées concernées.

Les initiatives dans le domaine de l'alimentation et notamment la lutte contre la précarité alimentaire.

[327] Selon les termes de l'article L.266-1 du CASF, la lutte contre la précarité alimentaire vise à favoriser l'accès à une alimentation saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante aux personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale. Il s'agit d'actions que le contexte post-Covid-19 a mis en lumière tout en correspondant à une sphère d'intervention traditionnelle des CCAS⁹⁴. L'engagement du bloc communal à ce titre concourt plus largement à la politique nationale de l'alimentation et illustre la manière dont la transversalité d'une politique publique peut être organisée au niveau local. Cette transversalité s'incarne en particulier dans les projets alimentaires territoriaux (articles L.1 et L.111-2-2 du code rural et de la pêche maritime).

Les initiatives menées en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents.

[328] Les enquêtes successives conduites par Santé publique France⁹⁵ ainsi que l'analyse des données du SNDS⁹⁶ pointent l'enjeu de la dégradation de la santé mentale des adolescents, accentuée par la crise sanitaire. Le bloc communal partage cette préoccupation, dans la mesure où les répercussions peuvent être importantes sur le bien-être des jeunes et de leur famille mais aussi sur les institutions et communautés locales. L'enjeu est de déterminer quelles initiatives le bloc communal est susceptible de prendre pour répondre à ce défi, tant la pénurie de professionnels de santé est par ailleurs prégnante.

Les territoires retenus pour les investigations

[329] A défaut de pouvoir constituer un échantillon représentatif des communes et intercommunalités françaises, la mission a recherché des caractéristiques communes à un ensemble de collectivités, sélectionnées pour leur diversité en termes de taille, de localisation et de situation socio-économique du département.

[330] Ainsi, la mission a conduit ses investigations dans trois départements de taille moyenne ou petite, se trouvant en-dehors du périmètre des principales métropoles françaises et aux niveaux de dynamisme économique contrastés. Une diversité des sites a ainsi pu être assurée : communes / intercommunalité, taille des collectivités, rural / urbain, présence d'un quartier politique de la ville...

- La Vendée, département moyen marqué par un dynamisme économique et une croissance démographique, notamment dans la zone littorale ;
- Le Jura, département à faible densité, marqué par des trajectoires territoriales contrastées entre un tissu industriel en déclin dans le sud du département, le développement du tourisme dans le Haut-Jura et une zone frontalière tournée vers le pôle économique suisse ;

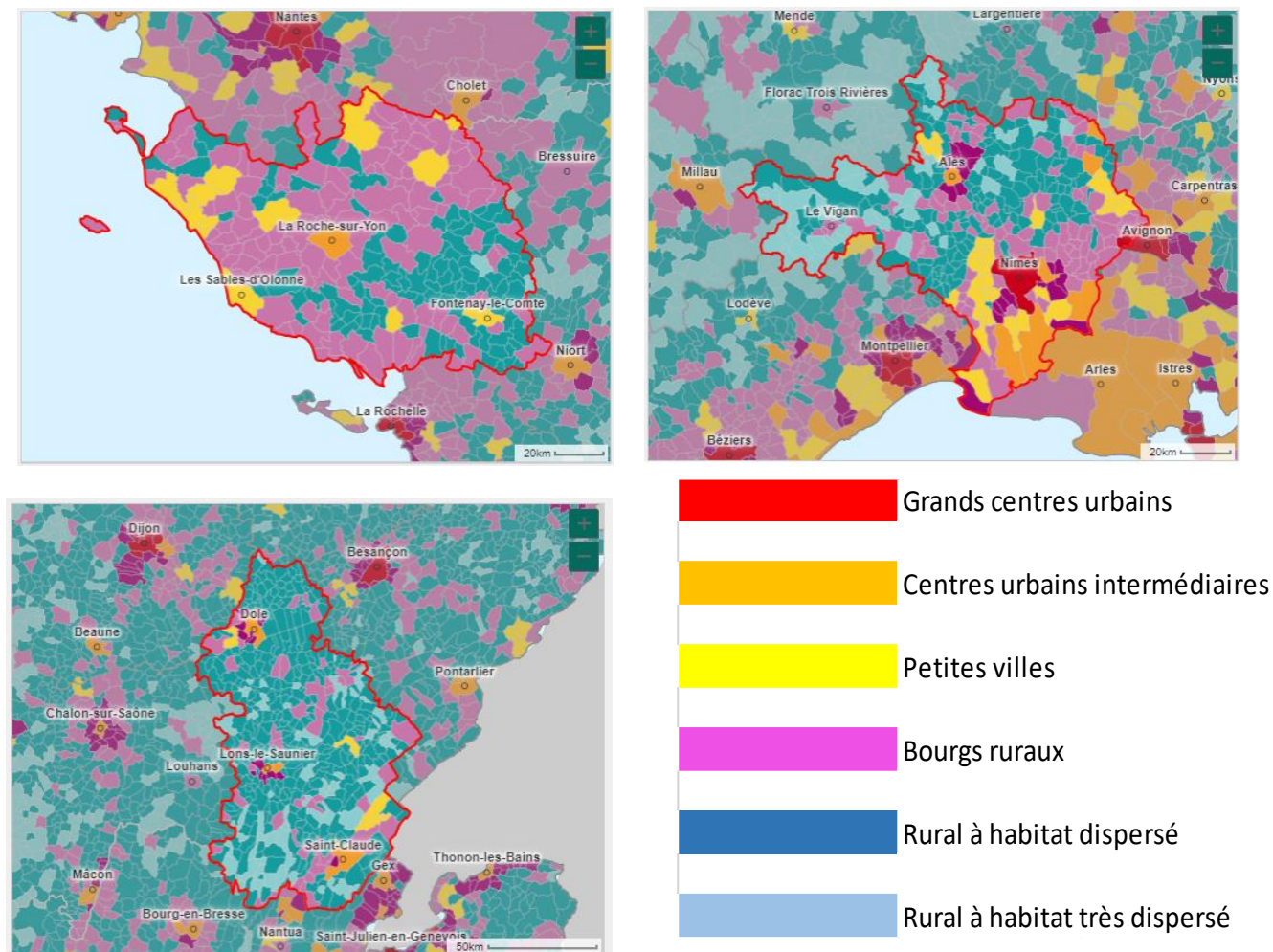
⁹⁴ UNCCAS, Vivre, enquête auprès des CCAS (1055 répondants couvrant 27 % de la population), 2019 et ODAS, Enquête sur les priorités politiques et stratégiques des villes de plus de 30.000 habitants, mai 2013.

⁹⁵ Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale (santepubliquefrance.fr)

⁹⁶ Fond G, Pauly V, Brousse Y, et al. *Mental Health Care Utilization and Prescription Rates Among Children, Adolescents, and Young Adults in France*. JAMA Netw Open. 2025;8(1):e2452789. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.52789

- Le Gard, département à densité moyenne, 6e département le plus pauvre de France et doté d'une agglomération en crise.

Tableau 7 : Caractéristiques des départements



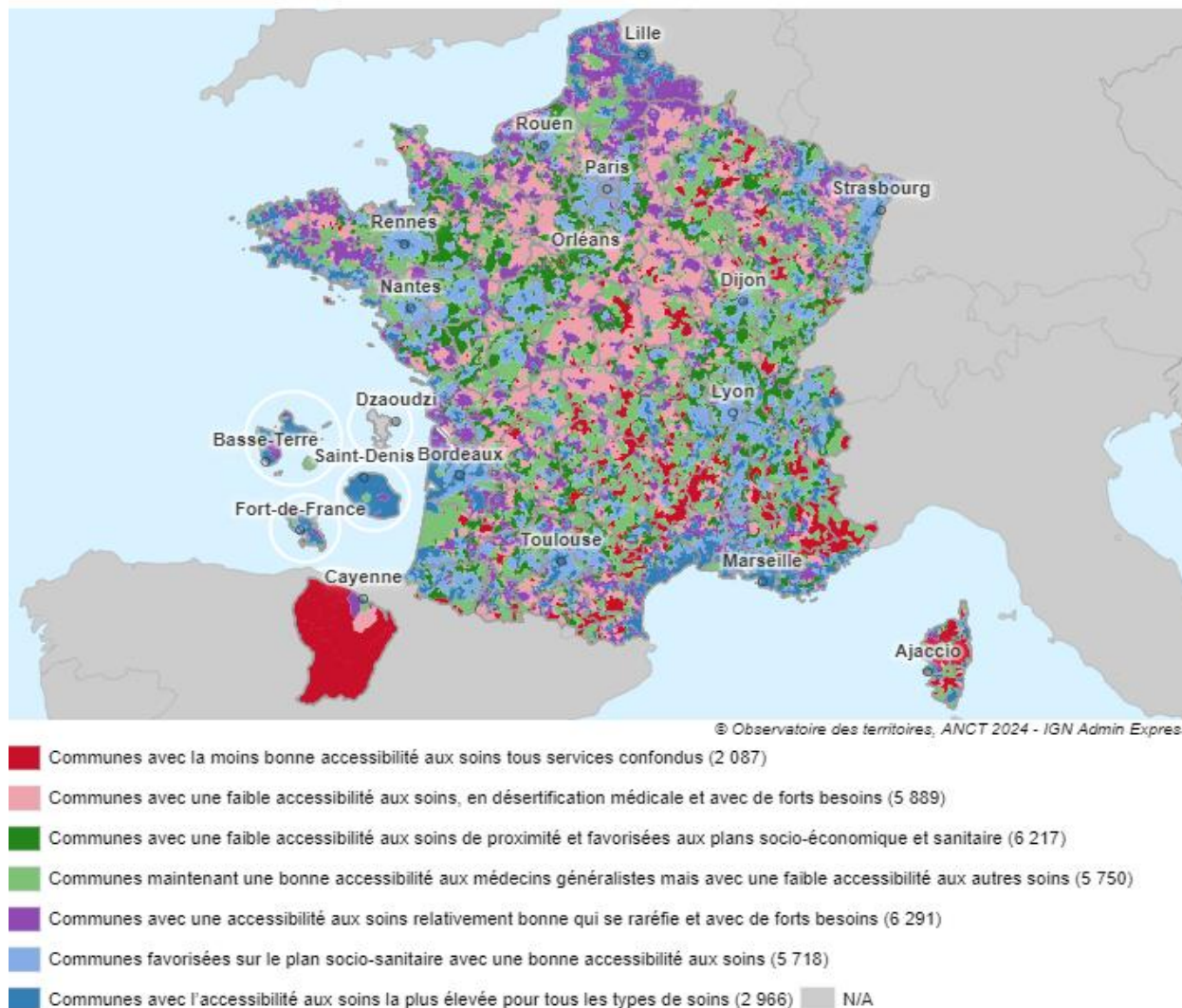
Source : Observatoire des territoires

Département	Superficie [en km ²]	Population	Densité [hab. /km ²]	Richesse [PIB / habitant]	Pauvreté [% - Seuil 60 %]
Gard	5 853	623 125	106	27500	19,4
Jura	4 999	250 857	50	30200	11,2
Vendée	7 016	610 000	90	32800	8,9

[331] En matière d'accès aux soins, ces trois départements sont dans des situations intermédiaires., au regard de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée⁹⁷.

Carte 1 : Accessibilité aux soins de premier recours en France – Typologie des communes (2021)

Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours en France, 2021 - Source : IRDES - EHESP



[332] En ce qui concerne les personnes âgées, ces trois départements peuvent être caractérisés à l'aide de plusieurs types d'indicateurs. La vulnérabilité des personnes âgées est plus marquée dans le Gard qu'en Vendée, le Jura étant dans une situation intermédiaire.

⁹⁷ Dans ses travaux sur l'accès aux soins, la DREES utilise désormais communément l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) : il s'agit d'un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins ou d'accompagnement qui permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance.

Tableau 8 : Situations de fragilité (population 55 ans et plus)

Indicateur	Vendée	Jura	Gard	France
Score moyen de la fragilité sociale (1)	3,18	3,42	3,65	3,46
% des seniors sans médecin traitant	9,07	6,57	8,58	8,53
% des seniors sans recours aux soins	2,98	3,74	4,34	4,67
% des retraités au minimum vieillesse	1,92	2,79	6,04	4,32
% des retraités exonérés de l'IR	18,56	21,12	27,96	22,93
% des bénéficiaires d'une pension réversion	16,09	17,88	16,79	16,76

Indicateur composite : La fragilité sociale des retraités repose sur la combinaison de trois facteurs de risque de fragilité : l'âge du retraité, le fait qu'il bénéficie ou non d'une pension de réversion, le fait qu'il soit exonéré ou non de la CSG. Une pondération est associée à chacun de ces facteurs. Pour chaque retraité est mesuré un score individuel de fragilité sociale suivant les valeurs prises sur les trois critères de risque. Le score moyen de la fragilité du territoire correspond à la moyenne des scores individuels de risque des retraités résidant sur le territoire.

Source : *Observatoire interrégimes des situations de fragilité*

[333] Dans chacun de ces départements, la mission a identifié avec l'appui des services centraux et territoriaux de l'Etat et des réseaux de collectivités locales, deux ou trois communes ou intercommunalités ayant récemment pris des initiatives et mené des projets dans le champ social et sanitaire.

Tableau 9 : Les communes ou intercommunalités investiguées

Département	Collectivité	Nb d'habitants	Nb de communes membres
Vendée	Ville Roche sur Yon	57 500	NA
	CC La Châtaigneraie	16 000	14
	Ville de Dole	24 600	NA
	CC Cœur du Jura APS	21 600	65
Gard	Ville d'Alès	45 600	NA
	CC Cèze-Cévennes	20 000	23
	CC Le Vigan	10 700	21

Source : *Mission*

[334] Pour chacun des trois départements, la mission a rencontré les élus et services des collectivités sélectionnés ainsi que le conseil départemental, en tant que chef de file de l'action sociale, la préfecture et la DDETS-PP, l'agence régionale de santé, la direction académique des services de l'Education nationale et les organismes de sécurité sociale impliqués (CARSAT, CAF, CPAM ou MSA), afin de croiser les regards sur les initiatives du bloc communal.

[335] Ces investigations ont permis de construire, d'une part, un regard à 360° sur les actions de la collectivité dans le champ social et sanitaire et, d'autre part, une approche par projets, en suivant tout leur cycle de vie.

[336] Dix projets ont été retenus pour une analyse de ce type sur la base de documents écrits et d'entretiens avec les porteurs, avec certains partenaires institutionnels et dans trois cas d'ateliers associant également des bénéficiaires de ces dispositifs.

Tableau 10 : Contenu synthétique des projets analysés par la mission

	Nom du projet	Collectivité porteuse	Dpt	Champ	Description
1	Pôle de soins ambulatoires de premier recours	CA d'Alès	30	Politique de santé	Créer un centre de premier recours à Alès permettant la prise en charge immédiate des personnes souffrant d'affections de longue durée et se trouvant sans médecin traitant sur le territoire de l'agglomération.
2	LAEP itinérant	CC Cèze-Cévennes / association "Accès pour tous"	30	Politique de la famille	Faire circuler un camion dans 4 villages constituant un lieu d'accueil et de loisirs pour les parents et les enfants.
3	MSP du Vigan	Ville du Vigan	30	Politique de santé	Créer un lieu de soin hybride - maison de santé pluridisciplinaire / centre de santé - permettant l'exercice conjoint de médecins libéraux et de médecins salariés par le GIP porté par le Conseil régional.
4	Santé mentale des jeunes / projet de prévention des conduites addictives	CC Cœur de Jura	39	Politique de santé / politique de la jeunesse	Mettre en œuvre un projet de prévention des conduites addictives des jeunes du territoire, en misant en particulier sur le renforcement des compétences psychosociales des enfants (formation des professionnels) et l'identification d'acteurs relais sur les addictions
5	PAT	CC Cœur de Jura	39	Politique de l'alimentation	Coordonner diverses initiatives permettant un meilleur accès à une alimentation saine
6	Prévention jeunesse	Ville de Dole	39	Politique de la ville / politique de la jeunesse	Développer l'action sociale auprès des jeunes d'un quartier de Dole
7	Convention PLUSSF	CC Pays de la Châtaigneraie	85	Mixte	Créer un support contractuel regroupant des actions relevant de la convention territoriale globale (CTG) passée avec la CAF et du contrat local de santé (CLS), passé avec l'ARS, afin de cumuler les moyens et de répondre à la diversité des projets de l'EPCI
8	Maison France services	CC Pays de la Châtaigneraie	85	Mixte	Créer une capacité d'accueil sur site pour permettre l'accès aux droits offerts par de multiples partenaires et développer l'aller-vers pour limiter le non-recours aux droits des habitants du Pays.
9	CRT	CA La Roche-sur-Yon	85	Politique de l'autonomie des personnes âgées	Créer une structure d'accompagnement de personnes à domicile cumulant la coordination des acteurs existants et une capacité supplémentaire d'intervention, et proposer des actions de prévention de la perte d'autonomie.
10	Schéma gériatrique	CA La Roche-sur-Yon	85	Politique de l'autonomie des personnes âgées	Mettre en place une stratégie qui intègre la mobilisation des moyens publics intercommunaux et municipaux dédiés à l'accueil du grand-âge (EHPAD notamment) et à la prévention de la perte d'autonomie.

Source : Mission

[337] Chacun de ces projets a fait l'objet d'une fiche dédiée, explicitant les origines, le contenu, la dimension partenariale et participative des initiatives, et donnant des éléments de bilan quantitatif et qualitatif. Ces fiches ont été transmises pour observations et rectifications aux

responsables des projets au sein des collectivités et des EPCI porteurs. Une annexe reprend le contenu de ces dix fiches projets.

[338] Par ailleurs, pour tenir compte des spécificités de certains territoires, la mission a conduit une série d'entretiens ponctuels avec d'autres collectivités :

- La Métropole de Rennes ;
- La Ville de Nanterre ;
- En Guadeloupe, les communes de Saint-Louis, Petit-Canal et Morne-A-L'eau, ainsi que la Communauté d'agglomération de Nord Grande Terre.

[339] Les investigations ainsi menées ont permis d'étayer et d'illustrer des analyses transversales. Elles n'avaient pour objectif d'évaluer les projets eux-mêmes mais de documenter la manière dont les acteurs rencontrés mettent en œuvre les politiques publiques sélectionnées.

L'association des parties prenantes

[340] Afin de veiller à une juste implication des élus communaux, des agents territoriaux, des usagers et des citoyens, la mission a eu recours à plusieurs procédés. D'une part, elle a sollicité le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), pour des échanges avec des membres issus respectivement du 2^e collège (associations), du 3^e collège (organisations syndicales nationales et organisations professionnelles d'employeurs) et du 5^e collège (personnes concernées).

[341] D'autre part, la mission a organisé deux ateliers collectifs autour de trois projets conçus respectivement par la communauté d'agglomération de la Roche-sur-Yon, la communauté de communes de Cèze-Cévennes et, sous la forme d'une réunion collective à distance, la communauté d'agglomération d'Alès. Ces événements ont pris la forme de l'animation par la mission de séquences d'intelligence collective, avec des élus, agents, bénéficiaires et partenaires, pour revenir sur les projets étudiés et identifier les éléments déterminants de leur cycle de vie : origine et gestes fondateurs, étapes de mise en œuvre, modèle économique, outils de pilotage, intégration territoriale, forces et faiblesses...

[342] Enfin, la mission a sollicité l'Agence nationale de cohésion des territoires pour pouvoir interroger en fin de mission un « groupe utilisateurs », composé d'élus et agents territoriaux. L'objectif en était en particulier de tester la pertinence des observations et des recommandations.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Directions d'administration centrale

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Jean-Benoît DUJOL, directeur général

Direction générale de la santé (DGS)

Dr Marine JEAN-BAPTISTE, conseillère santé publique et une seule santé du Directeur Général

Quentin DE PELLEGARS, chef de la mission synthèse et coordination

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M. Fabrice LENGART, directeur

Mme Julie LABARTHE, sous-directrice de l'observation de la solidarité

Mme Clotilde SARRON, cheffe de bureau des collectivités locales

Mme Sherine HADJ, conceptrice de l'enquête ASCO

M. Geoffrey LEFEBVRE, chef du bureau de l'analyse des comptes sociaux

M. Cyril DE WILLIENCOURT, adjoint au chef de bureau, responsable des comptes de la protection sociale

Secrétariat général des ministères sociaux

M. Yvan DENION, Chef de projet « animation territoriale, soins coordonnés, démocratie en santé »

Direction générale des collectivités locales (DGCL)

Mme Isabelle DORLIAT-POUZET, sous-directrice des compétences et des institutions locales

Mme Sarah GEORGE, adjointe à la sous-directrice

Mme Marie CORNET, cheffe du bureau des services publics locaux

Mme Pauline LEVIER, chargée de mission

M. Yoann BLAIS, adjoint au sous-directeur des finances locales et de l'action économique

M. Alexandre BARBIER, adjoint au chef du bureau du financement des transferts de compétence

M. Brieuc BODET, chargé de mission

Autres acteurs nationaux

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Mme Fanny RICHARD, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins (DISAS)

Mme Elodie NAFFRECHOUX-QUERBES, directrice de missions au cabinet de la Direction Déléguée aux Opérations (DDO)

Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

M. Nicolas GRIVEL, directeur général

Mme Gaelle CHOQUER-MARCHAND, directrice générale déléguée chargée des politiques familiales et sociales

Mme Patricia CHANTIN, directrice adjointe de cabinet du directeur général

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Mme Bénédicte AUTIER, directrice de l'accès aux droits et des parcours

M. Etienne DEGUELLE, directeur adjoint de l'accès aux droits et des parcours

Mme Virginie HOAREAU, responsable du pôle appui à la coordination des acteurs

M. Gauthier CARON-THIBAUT, responsable du pôle prévention et appui à la transformation, direction de l'appui au pilotage de l'offre

Mme Eléonore DE LA VARDE, cheffe de projet lutte contre l'isolement, direction de l'appui au pilotage de l'offre

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

M. Renaud VILLARD, directeur général

Mme Frédérique GARLAUD, directrice nationale de l'action sociale

Mme Elsa PARLANGE, directrice de l'action sociale pour l'Île-de-France

Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)

M. Belkacem MEHADDI, directeur général adjoint évolution des compétences et des métiers, Directeur de l'Institut national des études territoriales (INET)

Mme Alexa ROUEZ, directrice de l'INSET d'Angers

Conseil national de lutte contre la pauvreté et les exclusions sociales (CNLE)

Mme Delphine AUBERT, DGCS, secrétaire générale du CNLE

M. Olivier BABOULAT, membre du 5e collège (personnes concernées)

Mme Souad BITAM-PRUDENTOS, DGCS, assistante au CNLE

M. Xavier COCHARD-BAUMIER, membre du 5e collège

Mme Lou-Jayne HAMIDA, membre du 2e collège (associations)

M. Brice MOREY, membre du 3e collège (partenaires sociaux)

M. Moïse THIANDOUME, DGCS, stagiaire chargé d'études

Agence nationale de la cohésion des territoires

M. Stanislas BOURRON, directeur général

Mme Corinne DE LA METTRIE, directrice générale déléguée en charge de la politique de la ville

Participants à l'atelier organisé par l'ANCT

M. Jacques ANTHONY, chargé de mission « analyse des besoins sociaux, portrait de territoire », CIAS du Libournais

M. Nicolas BESSON, Responsable Relation usagers, Communauté d'agglomération Grand Lac

Mme Michelle KERJEAN, adjointe « Solidarité, action sociale, vie associative et sports », ville de Plouguin

M. Romain MANEVEAU, consultant, Directeur associé, Néorizons

Mme Isabelle NICARD, chargée de mission services à la population, Communauté de Communes des Crêtes Prérardennaises

Mme Nolwenn ROUE, chargée de Coopération « solidarités, vie sociale et parentalité », Communauté de communes du Pays des Abers

Mme Perrine SIMIAN, cheffe de projet Territoires d'engagement, ANCT

Associations et réseaux de collectivités territoriales

Association des maires de France

Mme Marylène MILLET, co-présidente de la commission affaires sociales, maire de Saint-Genis-Laval

Mme Nelly JACQUEMOT, responsable action sociale, éducative, sportive et culturelle

Mme Sarah REILLY, conseillère technique

Intercommunalités de France

M. Romain BRIOT, directeur général adjoint chargé de la cohésion sociale et territoriale

France Urbaine

M. Jean DEYSSON, conseiller cohésion des territoires, réforme territoriale, santé, solidarités et Europe

Mme Marion TANNIOU, conseillère solidarités cohésion sociale

Réseau français villes santé

Mme Maude LUHERNE, directrice

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

M. Eric SIGNARBIEUX, directeur général

Mme Hélène-Sophie MESNAGE, directrice générale adjointe

Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale (ODAS)

M. Didier LESUEUR, délégué général

M. Joachim REYNARD, directeur de la communication

Association nationale des directeurs de l'action sanitaire et sociale (ANDASS)

M. Patrick GENEVAUX, président, directeur général adjoint du conseil départemental du Pas-de-Calais

Comparaisons internationales

Dr. Deepha RAJAN, Observatoire européen sur les systèmes de santé

M. Arnaud LOPES, directeur de l'autonomie du département des Yvelines, au titre du Réseau social européen

Personnalités qualifiées

M. Roland GIRAUD, membre du conseil de la CNSA, président d'honneur ANDASS

M. Thierry LECONTE, inspecteur général des affaires sociales

M. Patrick COTTIN, président d'honneur de l'ANMDA

M. Dominique GIORGI, inspecteur général des affaires sociales

Mme Anne-Carole BENSADON, inspectrice générale des affaires sociales

M. Christophe ITIER, inspecteur général des affaires sociales

M. Simon ARAMBOUROU, inspecteur des affaires sociales

Mme Noor-Yasmin DJATAOU, inspectrice des affaires sociales

Mme Gaëlle TURAN-PELLETIER, inspectrice des affaires sociales

Pour le département du Gard

Agence régionale de santé d'Occitanie

M. Guillaume DUBOIS, délégué territorial Gard

Préfecture de la région Occitanie

M. Eric PELISSON, commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès du préfet de région Occitanie

CARSAT du Languedoc Roussillon

Mme Marie-Christine d'AVRINCOURT, directrice de l'action sociale et des interventions sociales

Mme Delphine PACCARD, responsable du service action sociale et santé

Mme Muriel MORENGHI, responsable de l'association inter régimes Cap prévention seniors

Mme Laure AEBERLI, responsable des aides collectives et partenariats

M. Wilfrid ROBLEDON, responsable du pilotage et coordination

Mme Sonia WATTIER, chargée de missions spécialisées sur les territoires Gard/Lozère

Préfecture du Gard

M. Jérôme BONNET, préfet

M. Yann GERARD, Secrétaire général

Mme Suzanne FABREGUE, Stagiaire INSP

Mme Anne LE VASSEUR, sous-préfète, arrondissement du Vigan

M. Emile SOUMBO, sous-préfet, arrondissement d'Alès

M. Mathias NIEPS, sous-préfet, secrétaire général adjoint de la préfecture

DDETSPP

M. Renaud MORIN, directeur départemental adjoint

DASEN

M. Christophe MAUNY, directeur

CAF

M. Matthieu PERROT, directeur

CPAM

M. Christophe VAN DER LINDEN, directeur de transition

Mme Aurore CROUZET, directrice adjointe

MSA du Languedoc

M. Benoît HEREDIA, responsable de département action sanitaire et sociale

Mme Virginie NADAL, responsable du secteur développement social des territoires

Maison des Adolescents

M. Philippe RIGOULOT, directeur

Alès Agglomération

M. Christophe RIVENQ, président de la communauté d'agglomération

M. Patrick CATHELIN, directeur général des services

Mme Lydia PICQ, directrice générale adjointe - pôle développement du territoire

Mme Aline GUERIN-PLANTIN, directrice du pôle éducation, enfance, jeunesse

M. Thierry CUBEDO, responsable du service santé publique – pôle des solidarités - coordinateur équipe de santé mutualisée / Reseda / CLS Pays Cévennes

Participants à l'atelier collectif autour du Pôle de soins ambulatoire de premier recours (PSA) d'Alès

Dr. Amandine SALANOVA, médecin directrice du PSA

M. Florian BONHOMME, IDEL PSA, infirmier référent

Mme Natacha ZANATTA, coordinatrice administrative PSA

Mme Célia ACHOURI, coordinatrice de la CPTS La Cévenole

Mme Joëlle RIOU, directrice du pôle des solidarités, Alès Agglomération

M. Guilhem LEYNAUD, IDEL PSA, DU d'addictologie

Mme Sabrina GENOLHER, IDEL PSA

Mme Christelle THADET, patiente du PSA

M. Jean-Pierre BARTHELEMY, patient du PSA

M. Thierry CUBEDO, responsable santé publique Alès Agglomération, coordinateur CLS Pays Cévennes

Ville du Vigan

Mme Sylvie ARNAL, maire du Vigan

Mme Emilie PASCAL, vice-présidente, CC du Viganais

Mme Halima FILALI, adjointe aux affaires sociales, ville du Vigan

M. Joel BOUIS, directeur général des services mutualisé ville et CC du Viganais

Mme Nolwenn LEROI, directrice des ressources humaines et des affaires générales, ville du Vigan

M. Michel DAVID, médecin retraité, chargé de mission Santé pour la CC du Viganais

Associations sur le territoire du Vigan

Mme Lucile DURAND, infirmière coordinatrice, EHPAD Oustaou

M. Jean-Luc SAUVAIRE, directeur de l'Association d'Education du Mas Cavaillac

Mme Arlette BERTHEZENE, bénévole, association de l'Epicerie solidaire

GIP Ma santé, ma région

Mme Sophie DEJOUX, directrice générale

Conseil Départemental du Gard

M. Nicolas JULIEN, directeur général adjoint en charge des solidarités

Mme Beatrice CERRET, cheffe de service, UTASI Cévennes Aigoual - service social territorial

Mme Monique BOUTEILLE, assistante sociale

Mme Sophie POLIAKOW, assistante sociale

Communauté de communes Cèze Cévennes

M. Olivier MARTIN, président de la communauté de communes

M. Cyril GILLES, vice-président aux finances,

Mme Sylvette MOLIERES, vice-présidente à la Culture

Mme Olga BOFILL, déléguée à l'enfance jeunesse

Mme Christelle ALLIO, coordinatrice actions sociales et culturelles

Mme Yolande LASIA, conseillère communautaire

Mme Léa FOURNIER, coordinatrice CPTS Entre Cèze et Gardon En Cévennes

Associations et partenaires sur le territoire de Cèze Cévennes

Mme Line VALLMITJANA, coordinatrice de l'Atelier santé ville, association RESEDA

Mme Chloé LAURENTI, animatrice en gérontologie, entrepreneuse, accompagnée de 4 seniors experts : Denise, Eliane, Jacques et Yvette

Mme Valérie FAURE, directrice de l'Espace de vie sociale « Accès pour Tous »

M. Jean-Yves LANTOINE, trésorier, centre socio-culturel de Molières sur Cèze

M. Samuel CRASSAC, animateur et conseiller numérique, centre socio-culturel de Molières sur Cèze

Mme Celyna NEKAA, service civique au sein du centre socio-culturel de Molières sur Cèze

Mme Fresca DIESON, service civique au sein du centre socio-culturel de Molières sur Cèze

Participants à l'atelier collectif autour du LAEP Cèze Cévennes

Mme Karine ALLARD, accueillante LAEP

Mme Olga BOFILL, déléguée à l'enfance jeunesse, CC Cèze Cévennes

Mme Sandrine CLICHE, vice-présidente de l'association Accès Pour Tous et usagère du LAEP

Mme Caroline FABREGOUL, cheffe de service, service Action sociale et culturelle, CC Cèze Cévennes

Mme Valérie FAURE, directrice de l'Espace de vie sociale « Accès pour Tous »

Mme Sylvie FAVIER, puéricultrice au centre médico-social de Saint-Ambroix, Conseil départemental du Gard

Mme Gladys MAILLOT-CARPI, CAF du Gard

M. Bertrand MOUTOUNET, accueillant LAEP

Mme Coralie SENG, usagère du LAEP

Pour le département du Jura

Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche Comté

M. Jean-Jacques COIPIET, directeur général

M. Mohamed SI ABDALLAH, directeur général adjoint

Mme Emma BONNIOT, adjointe à la déléguée territoriale du Jura

CARSAT de Bourgogne-Franche Comté

Mme Nathalie MOORE, directrice de l'accompagnement des publics fragilisés

Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

Mme Sophie JACQUET, cheffe du service de l'alimentation

Préfecture

M. Serge CASTEL, préfet

Mme Elisabeth SEVENIER-MULLER, sous-préfète, secrétaire générale de la préfecture

Mme Virginie GAVAND, déléguée du préfet politique de la ville

DETSPP

Mme Anne-Cécile COTILLON, directrice

DASEN

M. Fabien BEN, directeur

Dr Anne-Claude ELISSEEFF, médecin conseil du DASEN

Mme Sandrine BOMBOIS, infirmière conseillère technique

M. Romain DUPUY, inspecteur jeunesse et sports, responsable du service jeunesse

CAF

M. David TORRES, directeur

CPAM

Mme Annaïck LE NOACH, directrice

Mme Céline BAUER, directrice adjointe

Ville de Dole

M. Jean-Baptiste GAGNOUX, maire de Dole

Mme Frédérique DRAY, maire adjointe en charge des politiques en faveur de la parentalité, de la petite enfance et des affaires sociales et vice-présidente du CCAS

M. Jean-Baptiste VOINOT, directeur général des services de la Ville de Dole et de la communauté d'agglomération du Grand Dole

Mme Delphine BERNARDOT, directrice du centre communal d'action sociale

M. Laurent BOURGUIGNAT, directeur du Pays dolois

Mme Jacqueline MANGIN, chargée de mission santé, coordinatrice du contrat local de santé du Pays dolois

Mme Virginie PORTA-JOLY, directrice du syndicat mixte La Grande Tablée

M. Mohamed EL KHRISSI, directeur du centre social municipal Olympe de Gougues

Mme Jennifer BLASQUEZ, assistante de direction au centre social

Communauté de communes Cœur du Jura

M. Dominique BONNET, président de la communauté de communes, maire de Poligny

Mme Véronique LAMBERT, vice-présidente chargée de l'enfance et de la jeunesse

M. Bernard LAUBIER, vice-président en charge notamment du projet alimentaire territorial, maire de Pont d'Héry

Mme Sylvie REGALDI, vice-présidente chargée des services à la population et de la santé, première adjointe du maire d'Arbois

Mme Françoise BOUILLET, conseiller communautaire, adjointe du maire de Salins-les-Bains en charge de la jeunesse et de la vie associative

Mme Cécile BRIOT, conseiller communautaire, adjointe du maire d'Arbois

Mme Samia BRAZI, directrice générale des services

Mme Carine BERGAMASCHI, cheffe du pôle service à la population

M. Florian PIERRE, chef du pôle économie

Mme Edith RUEFLY, coordinatrice du contrat local de santé

Mme Charlène SEINGRY, responsable du CCAS de Salins-les-Bains

Mme Mathilde POULIN, responsable du CCAS de Poligny

Mme Véronique MONNIER, coordinatrice France Services Arbois Poligny Salins

M. Cédric HOLLEY, responsable enfance / jeunesse, Ville de Poligny

M. Joachim GOBILLARD, directeur du centre de loisirs Léo Lagrange, Salins-les-Bains

Mme Lucile GRAND, animatrice du secteur jeunes, Salins-les-Bains

Mme Emilie TATTU, co-responsable du secteur jeunes, Arbois

M. Jean-François PERRODIN, directeur de l'accueil loisirs de la Séquanaise, Poligny

Mme Stéphanie FAMELART, animatrice secteur ados, association la Séquanaise, Poligny

Conseil départemental du Jura

M. Jean-Charles MARTEL, directeur général adjoint solidarités

Mme Christelle MOUILLARD, directrice autonomie

Mme Patricia JEUNET, responsable du service insertion et action sociale

Autres

M. Benjamin COIGNET, directeur de Trajectoire Ressources, centre de ressources politique de la ville région Bourgogne-Franche Comté

Pour le département de la Vendée

Agence régionale de santé des Pays-de-la-Loire

M. Jérôme JUMEL, directeur général

M. Pierre-Emmanuel CARCHON, délégué territorial Vendée

M Samuel MARTINEAU, chargé de développement territorial en santé - La Roche sur Yon agglomération et pays de Chantonnais

CARSAT Pays-de-la-Loire

Mme Christelle POISNEUF, directrice

Mme Isabelle VAUTERIN, directrice des interventions sociales

Mme Cécile SOLIER, responsable du département action sociale

Préfecture de Vendée

M. Gérard GAVORY, préfet

Mme Nadia SEGHIER, secrétaire générale

DDETS

M. Philippe RAFFLEGEAU, directeur

DSDEN

M. Michaël TERTRAIS, secrétaire général

M. Philippe DOURIAUD, inspecteur en charge de la circonscription de La Roche sur Yon – sud

CAF

M. Adrien PASQUET, conseiller technique action sociale

Maison des adolescents

Mme Peggy GUILMINEAU, directrice

Conseil départemental de Vendée

Mme Isabelle RIVIERE, vice-présidente du conseil départemental, présidente de la commission Solidarités-Famille

M. Rémi PASCRAU, conseiller départemental, président de la commission Enfance et famille, maire de Challans

Mme Isabelle DURANTEAU, conseillère départementale, présidente de la commission Insertion sociale et économique, maire de Landevieille

M. Christophe BARON, directeur général adjoint, pôle des solidarités et des familles

M. François MENIER, directeur de la Maison Vendée Autonomie, directeur de l'autonomie

M. Clément CHINOUR, directeur adjoint de la Maison Vendée Autonomie, directeur de la Maison départementale des personnes handicapées

Union départementale des CCAS de Vendée

Mme Yveline THIBAUD, présidente de l'UDCCAS et adjointe au maire de Luçon

Ville de la Roche-sur-Yon

Mme Sophie MONTALETANG, adjointe au maire chargée des solidarités et de la santé, vice-présidente de la communauté d'agglomération chargée des relations avec le CIAS

Mme Ketty COVEMAERKER, directrice générale des services, Ville et Agglomération de La Roche-sur-Yon

Mme Cécile DALAIS, directrice générale adjointe

M. Denis GERBOUIN, directeur de la citoyenneté

Mme Anne-Lise OLDANI, directrice du CCAS de La Roche-sur-Yon et du CIAS, et responsable du pôle solidarités

M. Vincent HIBLOT, coordonnateur du Centre de ressources territorial

Mme Maud PINEAU, directrice coordinatrice des EHPAD

Mme Lise CAILLEAU, infirmière ressources

Mme Marie-Thérèse VIDIANI, responsable du Service Entour'Âge

Communauté de communes de la Châtaigneraie

Mme Valérie CHARBONNEAU, Vice-Présidente de la Communauté de communes, en charge du pôle « Services à la personne »

M. Daniel MOTTARD, Vice-président du CIAS, en charge de l'action sociale, maire de St Pierre-du-Chemin

M. Bertrand DE LA BONNELIERE, directeur général des services

Mme Louise BIRONNEAU, responsable du pôle « Services à la personne »

Mme Pauline MORISSET, coordinatrice du contrat local de santé

Participants à l'atelier collectif autour du CRT de la Roche-sur-Yon

M. Mathieu BARBIER, directeur de l'autonomie, CIAS

Mme Hélène BAUCHE, infirmière coordinatrice de l'HAD Vendée

Mme Véronique BOURCY, directrice du DAPS 85 - DAC

M. Christian BRIOLAT, membre du bureau de la CPTS
Mme Lise CALLEAU, infirmière ressource du CRT
M. Clément CHINOUR, directeur adjoint, Maison Vendée Autonomie - directeur de la MDPH
Mme Dolores CHOPIN, directrice de pôle à l'ADMR
Mme HAYE, usagère, aidante
M. Vincent HIBLOT, chef de projet responsable du CRT
M. François MENIER, directeur de la Maison Vendée Autonomie
Mme Sophie MONTALETANG, vice-présidente de La Roche-sur-Yon Agglomération
Mme Marie-Laure PAVAGEAU, directrice générale de l'ADAMAD
Mme Bénédicte PHILIBERT, médecin coordinatrice du CIAS
Mme Cathie PIERRE-EUGENE, présidente de l'ADAMAD
Mme Geneviève POIRIER-COUTANSAIS, conseillère municipale déléguée aux Seniors
Mme Carole RIOU, directrice de la résidence Moulin Rouge porteur du CRT
Mme Isabelle RIVIERE, présidente de la commission Solidarités-Famille - CD de la Vendée
Mme Aurélie ROUSSEAU, aide-soignante référente du CRT
Mme Kim TESSIER, assistante sociale EOPS - CHD
M. Gervais TRICHET, usager, aidant
Mme Maité VIDIDANI, directrice de l'Espace Entourage

Pour les autres départements

Ville de Rennes (Ile et Vilaine)

M. Patrice ALLAIS, directeur général solidarité, citoyenneté, culture – Ville / Métropole
Mme Danièle FOURCHAN, directrice solidarité, santé – Ville, directrice du CCAS de Rennes
M. Arnaud LAURANS, directeur santé publique, handicap – Ville

Ville de Nanterre (Hauts de Seine)

Mme Caroline COR, adjointe du maire à l'action sociale, présidente du CCAS
M. Didier DESBORD, conseiller municipal délégué à la santé
Mme Laurence CORONIO, directrice du CCAS
M. Mouctar DIALLO, responsable du Contrat local de santé

Département de la Guadeloupe

M. Arnaud DURANTHON, sous-préfet chargé de la cohésion sociale, du travail et de la politique de la ville, secrétaire général adjoint
M. Cédric GLOAGUEN, chargé de mission pacte des solidarités

Mme Catherine COSAQUE, directrice générale des services de la commune de Port-Louis

M. Pascal FOUCAN, directeur général des services de la ville de Morne-à-L'Eau

Mme Yannick BOC, responsable du service agroéconomie, communauté d'agglomération de Nord-Grande Terre

Autres départements

M. Pierre LABRIET, premier adjoint au maire d'Echirolles (Isère)

M. Fabien ROBIN, maire de Port-Briet (Mayenne)

M. Sébastien EUGENE, maire de Château-Thierry (Aisne)

M. Gwendal BARS, responsable de département à la direction de la santé publique de l'ARS Ile de France

SIGLES UTILISES

AAP	Appel à projets
ABS	Analyse des besoins sociaux
ADEME	Agence de l'environnement de la maîtrise de l'énergie
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AEMC	Association éducative du Mas Cavaillac
ALD	Affection longue durée
ALSH	Accueil loisirs sans hébergement
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
AMF	Association des maires de France
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANCT	Agence nationale de la cohésion des territoires
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé
ANRU	Agence nationale de la rénovation urbaine
ANSA	Agence nouvelle pour les solidarités actives
AO	Appel d'offre
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASCO	Action sociale des communes
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CA	Communauté d'agglomération
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CC	Communauté de communes
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEJ	Contrat enfance jeunesse
CFPPA	Conférence des financeurs de prévention et de la perte d'autonomie
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CIVAM	Centre d'initiative pour valoriser l'agriculture et le milieu rural
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMPEA	Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNLE	Conseil national de lutte contre la pauvreté et les exclusions sociales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COCOLUPA	Comité de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CPS	Compétence psycho-sociale
CRT	Centre de ressources territorial
CRTE	Contrat pour la réussite de la transition écologique
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
CTEC	Convention territoriale d'exercice partagé
CTG	Convention territoriale globale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DASEN	Direction académique des services de l'Education nationale
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGS	Direction générale de la santé
DGS	Directeur général des services
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

DILPL	Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
DITP	Délégation interministérielle à la transformation publique
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EAJE	Etablissement d'accueil du jeune enfant
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	Equipe mobile santé précarité
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent temps plein
EVS	Espace de vie sociale
FIR	Fonds d'intervention régionale
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HCFEA	Haut-conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
JOP	Jeux olympiques et paralympiques
LAEP	Lieu d'accueil enfants parents
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MARPA	Maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MFS	Maison France Services
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMPT	Mieux manger pour tous
MRIE	Mission régionale d'information sur l'exclusion
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Maison des services au public
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire

ODAS	Observatoire de l'action sociale décentralisée
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAT	Projet alimentaire territorial
PETR	Pôle d'équilibre territorial et rural
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLF	Projet de loi de finances
PLH	Plan local pour l'habitat
PLUSSF	Plan d'actions unique santé social familles
PNA	Plan national pour l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNR	Parc naturel régional
PRS	Projet régional de santé
PSSM	Premier secours en santé mentale
PSU	Prestation sociale unique
PVD	Petites villes de demain
QPV	Quartier politique de la ville
RFVAA	Réseau français des villes amies des aînés
RPE	Relais petite enfance
RSA	Revenu de solidarité active
SAD	Service à domicile
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SISM	Semaine d'information en santé mentale
SIVOM	Syndicat intercommunal à vocation multiple
SIVOS	Syndicat intercommunal à vocation scolaire
SNANC	Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC)
SPDA	Service public départemental pour l'autonomie
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TZNR	Territoire zéro non recours
UDAF	Union départementale des associations familiales
UDCCAS	Union départementale des centres communaux d'action sociale
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
VADA	Ville amie des aînés

LETTRE DE MISSION



Le Chef de l'IGAS

Paris, le 25 septembre 2024

Le chef de l'inspection générale des affaires sociales

à

Matthieu ANGOTTI

Frédéric LALOUE

Valérie SAINTOYANT

Objet : Action des communes dans le champ social et sanitaire

Le bloc communal est un acteur important du champ sanitaire et social. Les collectivités et établissements qui s'y rattachent (communes, établissements publics de coopération intercommunale, centres communaux et intercommunaux d'action sociale) peuvent intervenir au titre des compétences obligatoires de communes dans les domaines sanitaire et social :

- Participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale (exceptée celle de demande d'aide sociale à l'enfance) et les transmettre à l'organisme adéquat ;
- Domicilier les demandeurs, sur la base d'un agrément préfectoral ou de manière obligatoire ;
- À chaque nouvelle mandature, réaliser au moins une analyse des besoins sociaux ;
- Constituer et tenir à jour un fichier des personnes bénéficiaires d'une prestation d'aide sociale légale ou facultative, résidant sur le territoire de la commune ;
- Sur le champ sanitaire : obligation d'un service communal d'hygiène pour les communes de plus de 20000 habitants ; plans canicule.

En accord avec la clause de compétence générale des communes, les communes sont en outre en mesure de mettre en place de nombreuses actions sociales et sanitaires facultatives, à destination de leurs administrés, dans de multiples directions (prévention, aides diverses, gestion d'établissements...). Ces actions peuvent être assurées directement par la commune mais aussi être gérées par un EPCI, un CCAS, ou encore un CIAS.

Les initiatives du bloc communal ont été particulièrement décisives pendant et après la crise du Covid-19. Ces initiatives complètent les politiques sociales et sanitaires relevant d'autres acteurs

(Etat, sécurité sociale, département) et parfois en délégation de ceux-ci. Si elles apparaissent indispensables, dans une logique d'innovation et d'adaptation au terrain, elles répondent à des logiques diverses (volonté d'un élu, besoin exprimé par la population, situation d'urgence, opportunité représentée par une initiative départementale ou nationale, pression du secteur associatif, etc.). Ces politiques peuvent rencontrer des facteurs favorables, ou au contraire se heurter à des contraintes et difficultés qu'il est important d'identifier, tout comme les leviers pour y faire face.

Dans ce cadre, le programme de travail de l'IGAS, validé par les ministres, prévoit la réalisation d'une mission centrée sur l'action sociale et sanitaire du bloc communal. Cette mission aura pour objectif :

- D'identifier les singularités des initiatives du bloc communal dans les domaines sanitaire et social, notamment dans leur capacité à répondre au plus près aux besoins et attentes des usagers ;
- De déterminer les origines, les facteurs facilitants, les contraintes et les difficultés rencontrées par ces initiatives, à leur démarrage et au fil de leur déploiement ;
- D'examiner en particulier la manière dont ces initiatives se coordonnent ou non avec les politiques sanitaires et sociales menées par les autres acteurs territoriaux (Etat, sécurité sociale, département, associations...);
- De formuler toutes recommandations utiles à l'amélioration des pratiques et de l'efficacité de l'action sanitaire et sociale du bloc communal (ajustement aux besoins, cohérence territoriale, gouvernance, modèles de gestion...);
- De formuler toutes recommandations utiles à la reconnaissance du rôle du bloc communal dans les politiques sanitaires et sociales.

Vous articulerez votre mission avec les travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui doit reconduire son enquête relative à l'action sociale des communes (ASCO) en 2025, et offrir ainsi un panorama des interventions du bloc communal au 31 décembre 2024.

Vous pourrez vous appuyer pour vos travaux sur les recherches et investigations du groupe de travail interne de l'IGAS chargé de favoriser la prise en compte des communes et du bloc communal dans les missions de l'inspection. Par ailleurs, une mission séparée traitera des interventions des communes dans le champ de l'emploi et de l'insertion professionnelle.

Vous veillerez à une juste implication des élus communaux, des agents territoriaux, des usagers et des citoyens dans vos investigations, en direct et via leurs représentants.

Vous remettrez les conclusions de votre rapport en janvier 2025.

Le Chef de l'inspection générale
des affaires sociales

Thomas AUDIGE