



Evaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale



Rapport

Dominique GIORGI

Christophe ITIER

Christophe LANNELONGUE

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2020-098R

Mai 2021

SYNTHÈSE

[1] Aux termes des textes en vigueur, l'action sociale tend à promouvoir « l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. »¹ Parmi les acteurs qui la mettent en œuvre, les organismes de sécurité sociale (OSS) occupent une place importante et y consacrent chaque année près de 7 Mds € (dont plus des quatre cinquièmes concentrés sur la branche famille, et environ 12 % sur l'action sociale vieillesse), soit au total, un peu moins de 1 % des dépenses de protection sociale.

[2] L'objet du présent rapport, établi dans le cadre du programme de travail de l'IGAS, est d'appréhender l'action de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, à l'échelle d'un territoire donné, sur trois pans majeurs de l'action sociale (prévention de la perte d'autonomie, enfance et famille, insertion), et ainsi d'apprécier la lisibilité, l'accessibilité, la pertinence, la cohérence et la légitimité des actions menées pour les populations concernées et pour les professionnels qui s'y investissent, sans négliger les articulations avec les interventions d'autres acteurs sur ce territoire, et la dynamique d'innovation à l'œuvre.

[3] La mission a fait le choix de deux départements témoins, l'Ille et Vilaine et l'Orne, pour leurs caractéristiques sociales et populationnelles, territoire à dominante rurale, pour l'un, permettant de pleinement intégrer l'action sociale de la MSA, et pour l'autre à dominante urbaine.

[4] La mission porte sur l'évaluation de l'action sociale des organismes de sécurité sociale du régime général des branches santé, vieillesse, famille, et recouvrement (pour les travailleurs indépendants), du régime agricole, et enfin d'un régime spécial intégré à l'inter régimes retraite (la CNRACL, qui ne dispose cependant pas de représentation territoriale) et du régime de retraite complémentaire des salariés du secteur privé.

[5] Au terme de ses investigations, la mission recommande à la fois de progresser dans le contenu et les méthodes des actions sociales sectorielles, prévention de la perte d'autonomie, enfance-famille et insertion-lutte contre la pauvreté, de développer le repérage des besoins sociaux et l'adaptation de l'offre de services, et enfin de renforcer les partenariats territoriaux des organismes de sécurité sociale.

- Progresser dans le contenu et les méthodes des actions sociales sectorielles
 - Le domaine de la prévention de la perte d'autonomie est caractérisé par une forte structuration de l'action mise en œuvre, une organisation en inter régimes, et une articulation au niveau départemental en progrès, bien que récente, entre financeurs compétents.

[6] Sur le fond des actions mises en œuvre, l'assez grande convergence des prestations offertes laisse cependant place à une certaine adaptation aux publics servis. L'action sociale individuelle converge vers des bouquets de services. Le déploiement de la nouvelle offre du régime général dite

¹ Article L 116-1 CASF, loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

OSCAR est en cours, et constitue un enjeu majeur de la fin de période d'exécution de l'actuelle COG de la CNAV. L'action sociale de MSA laisse place à une certaine originalité, marquée en particulier par son inscription territoriale.

[7] Mais certains régimes (CNRACL) conservent une offre diversifiée qui pourrait utilement être comparée et sans doute rapprochée de celle de l'inter régimes. Globalement, les actions sont sous tendues par de solides études portant sur les facteurs de risques liés aux vieillissement et les actions de prévention efficaces. Le rôle moteur des caisses nationales et particulièrement de la CNAV dans la construction de ces référentiels doit être souligné. De ce point de vue, les actions de prévention en santé, portées notamment par AGIRC-ARRCO méritent d'être fortement encouragées.

[8] L'inter régimes retraite a largement atteint ses objectifs, mis en œuvre par des opérateurs communs efficaces et de surface régionale. Une nouvelle convention avec l'Etat pourrait être l'occasion à la fois d'en élargir le périmètre et d'en renouveler les ambitions.

[9] Enfin, la CNAV et les CARSAT en particulier, apportent une forte contribution aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, pour étayer les diagnostics, cibler les territoires fragiles, sélectionner, programmer, financer et piloter les actions. Néanmoins, il reste à progresser pour assurer une prise en charge sans rupture des bénéficiaires de plans d'aide personnalisé (GIR 5 et 6) et de l'APA.

- S'agissant du domaine de l'insertion sociale, plus que les autres, il est au carrefour de l'intervention d'acteurs multiples. Pour ce qui est des organismes de sécurité sociale, les interventions de soutien individuel sont cependant menées en assez grande autonomie.

[10] Ainsi, les interventions des travailleurs sociaux des CAF et des MSA, ainsi que les aides financières, sont attribuées au regard de règlements qui prévoient non seulement les conditions d'attributions, mais aussi pour les CAF, les situations ciblées et faits générateurs qui les justifient. Après une période de normalisation forte des interventions, la mission plaide pour une marge de manœuvre laissée aux caisses locales, notamment pour aller au-delà des référentiels nationaux d'intervention. Les actions de prévention du suicide mises en place par les MSA répondent pour leur part, et utilement, à un besoin sensible du monde agricole.

[11] L'assurance maladie intervient essentiellement pour aider à l'accès aux soins et à une couverture complémentaire. La montée en charge de la réforme dite « 100 % santé » et la Complémentaire santé solidaire doivent réduire ces interventions. L'articulation entre action sociale, accès aux droits (à travers l'intervention des Missions d'accompagnement en santé) et politique de prévention en santé pour les personnes fragiles devra être renforcée.

[12] Enfin, la mise en place de l'action sociale de la branche recouvrement, dédiée aux travailleurs indépendants, a été surdéterminée par la crise sanitaire en 2020. Elle devrait poursuivre son déploiement, en travaillant en interbranches sur l'accueil, la communication, l'adaptation de l'offre de services et le repérage des situations de fragilité.

- Enfin, les CAF sont très engagées dans le soutien à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, à travers une politique dynamique d'accueil des jeunes enfants et d'activités des enfants et des jeunes, qui représente une part essentielle de leur budget d'action sociale.

[13] Le soutien à la parentalité, le financement de l'animation à la vie sociale et les actions logements, actions, dont la vocation sociale est clairement affirmée, méritent d'être fortement soutenues.

[14] Mais, l'enjeu majeur porte bien sur la répartition des places d'accueil du jeune enfant – places individuelles et accueil collectif, et sur des inégalités sociales et territoriales d'accès qui subsistent, malgré la politique de bonus mise en place. Des progrès pourraient être obtenus en renforçant le caractère mobilisateur des schémas départementaux et surtout des partenariats territorialisés, qui sont susceptibles de pallier l'absence de chef de filât sur cette politique, et d'exercer un effet sur la création adaptée de places d'accueil.

- Renforcer les partenariats territoriaux

- Afin de répondre à l'évolution constante des besoins sociaux, aux disparités et spécificités populationnelles, catégorielles et géographiques, l'action sanitaire et sociale des OSS s'est nécessairement inscrite dans un cadre partenarial territorial.

[15] Ce cadre s'est structuré au fil de l'histoire des politiques sociales, des réformes de l'organisation de l'Etat et des étapes de la décentralisation.

[16] Aussi, la lisibilité et l'efficacité de cette action sanitaire et sociale dans les territoires se fondent-elles en grande partie sur la qualité des partenariats avec l'ensemble des parties prenantes, au sein de l'inter branches et de l'inter régimes, comme avec l'Etat et ses services déconcentrés, les Départements et leurs compétences sociales renforcées, les EPCI et les communes dans la proximité, sans oublier le monde associatif, les multiples acteurs publics et privés du domaine social.

[17] C'est pourquoi la mission a porté ses analyses sur l'efficacité des programmes, chartes, conventions et schémas, comme de leurs instances de gouvernance politique et de coordination technique, aux différents échelons territoriaux.

- Les recommandations induites sont nécessairement différenciées selon les trois champs d'intervention, au regard du degré de maturité et d'intégration des coopérations, de l'existence ou non d'un chef de filât, de la clarté des compétences des parties prenantes, et de la précision de l'architecture des politiques territoriales, comme de l'impact des réformes nationales en cours de déploiement.
 - Ainsi, dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie, les propositions visent à approfondir et consolider les partenariats territoriaux existants, qui fonctionnent déjà, dans le cadre de l'inter régime ou de la conférence des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie.
 - Dans le domaine Enfance/Famille, un renforcement des synergies des schémas départementaux portés par la branche famille avec les politiques sociales des Départements, et le déploiement accéléré des dispositifs territoriaux soutenant l'approche intercommunale (Conventions territoriales globales, chartes, ...) et de développement social local sont préconisés, notamment grâce à des incitations financières adaptées.
 - Enfin, dans le champ de l'insertion, où le chef de filât du Département structure fortement les partenariats, la mission propose de consolider le rôle et la place des OSS dans les Pactes Territoriaux de l'Insertion, d'expérimenter la mise en place d'une conférence des financeurs de l'insertion, étendue au champ de la lutte contre la pauvreté, afin de favoriser la mise en cohérence des politiques menées par les OSS et leurs partenaires en matière d'insertion, et de venir en appui du déploiement en cours de la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la pauvreté et d'en préfigurer les futurs développements (service public de l'insertion et de l'emploi, SPIE).

[18] Au-delà de ces enjeux institutionnels, des pistes d'amélioration des partenariats associatifs de l'OSS sont proposées.

- Développer le repérage des besoins sociaux et l'adaptation de l'offre de services
 - L'identification des besoins prioritaires et des publics cibles sont des enjeux majeurs, les OSS cherchant à atteindre par leur action sanitaire et sociale, non seulement les personnes les plus précaires, mais aussi celles les plus éloignées des politiques et interventions, qui leur sont pourtant destinées.

[19] Dans ce sens, la mission a pu observer que les OSS ont fait des progrès, réels mais inégaux, dans leurs méthodes et leurs outils pour adapter leur offre de service aux besoins prioritaires et promouvoir l'innovation.

[20] Ces progrès ont été particulièrement marqués dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie à travers la mise en place de l'observatoire des situations de fragilité. Celui-ci permet d'identifier, et de cartographier de manière agrégée, les situations de fragilités des retraités, mais aussi de repérer des zones en difficulté. La mission recommande de conforter les utilisations de l'observatoire des fragilités, mais aussi de mieux formaliser le repérage de personnes en situations difficiles par des conventions entre opérateurs qui sont amenés à les fréquenter. Une extension du champ de l'observatoire au champ enfance-famille est également préconisée.

[21] Dans le champ enfance-famille, la mission a pu observer que, conformément aux orientations définies au niveau national, les CAF et les CMSA ont développé le ciblage des interventions sociales sur des événements de vie tels que séparation, décès du conjoint ou d'un enfant ou perte du logement et se sont efforcés de mieux appréhender les besoins d'offre d'accueil du jeune enfant, notamment s'agissant des familles défavorisées.

[22] Dans le champ de l'insertion, l'identification des besoins et des publics prioritaires de l'action des OSS se nourrit des multiples diagnostics partagés, d'autant plus approfondis qu'ils s'appuient sur des démarches d'analyse des besoins sociaux (ABS) des CCAS/CIAS. Les OSS ont développé également des dispositifs d'identification des publics en difficultés : par exemple, le réseau Sentinelles de la MSA afin de faciliter le repérage précoce des personnes en détresse psychique, ou le repérage des publics en risque de renoncement aux soins, mis en œuvre par les CPAM (Missions Accompagnement Santé (MisAS)) et les Centres d'Examen de Santé.

[23] Pour développer l'efficacité de ces démarches, il apparaît nécessaire de faciliter l'échange d'informations entre les acteurs. C'est pourquoi la mission recommande de continuer les travaux sur les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale, autorisés par la loi ASV, et de lancer le projet d'une charte de l'information partagée entre acteurs de l'action sociale (OSS, ADF, UNCCAS) en l'expérimentant sur quelques territoires.

- La mission a constaté l'ampleur des efforts pour développer l'offre de services numériques, mais aussi l'importance d'un accompagnement des publics pour les utiliser et du maintien d'un accueil en proximité.

[24] C'est pourquoi elle préconise d'amplifier les efforts engagés par les OSS pour développer des accès de proximité ou itinérants, notamment dans le cadre de la démarche France Service, ou en partenariat avec les collectivités territoriales et les associations.

[25] Enfin, la mission a pu mesurer l'ampleur des initiatives innovantes, mais aussi la difficulté d'assurer leur diffusion. Elle recommande de créer un Lab national inter régimes de recensement, de capitalisation et de transfert/essaimage des innovations de processus en matière d'accès aux droits, d'accueil et de parcours partagé. L'innovation constitue aussi un enjeu stratégique d'image pour les organismes de sécurité sociale, d'une image plus fidèle à la réalité de leur dynamisme souvent méconnu de nos concitoyens.

[26] Au total, là où la question de l'utilité voire de la continuité de l'ASS des OSS revient de manière cyclique dans le débat politique, sa légitimité et son importance peuvent être attestés, tant elle contribue utilement à la cohésion sociale des territoires ainsi qu'à la résorption des inégalités sociales et territoriales. Elle répond à des problématiques ou des besoins sociaux spécifiques, parfois mal ou partiellement couverts par ses partenaires. Elle leur apporte d'ailleurs souvent une ingénierie et une technicité précieuses. Elle peut être décisive pour relever les défis que sont aujourd'hui l'accès aux droits, la référence unique de parcours, le dossier social partagé. Elle constitue enfin un point de stabilité, de continuité de l'intervention sociale.

[27] Dès lors, la nouvelle étape à franchir pour une action sanitaire et sociale des OSS plus lisible et plus performante, repose aujourd'hui principalement sur une articulation plus aboutie avec les politiques sociales dans les territoires, qu'elles relèvent de compétences décentralisées, de la déclinaison de réformes nationales en cours ou d'initiatives locales. Autrement dit, l'horizon de l'ASS est désormais celui d'une coopération territoriale résolument renforcée inter régime, inter branche et multi partenariale, des services déconcentrés de l'Etat aux Départements, des EPCI et collectivités locales au monde associatif et aux bénéficiaires eux-mêmes.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
Progresser dans le contenu et les méthodes des actions sociales sectorielles			
1	Promouvoir dans le cadre des prochaines COG, le rôle moteur des caisses nationales sur le contenu, les référentiels et les méthodes en matière d'action sociale des organismes de sécurité sociale	DSS/caisses nationales	Négociation COG
2	Encourager le développement des actions de prévention en santé pour les plus de 50 ans	CNSA/CNAV/ARRCO-AGIRC	2022
3	Lors de la préparation de la prochaine COG de la CNRACL, établir un bilan comparatif des aides individuelles servies par la caisse dans le cadre d'un rapprochement inter régimes	DSS/DB/CDC	Négociation COG
4	Etablir une nouvelle convention Etat/ inter régimes retraite, pour en élargir le champ et adopter de nouveaux objectifs de rapprochements et actions communes	DSS/inter-régimes	2022
6	Assurer une prise en charge sans rupture des bénéficiaires de plans d'aide personnalisé (GIR 5 et 6) et de l'APA	CNSA/CNAV/ADF	2022
10	Préserver les fonds locaux gérés sous la responsabilité des CAF et leur capacité à compléter les référentiels nationaux d'intervention	CNAF	Négociation COG
11	Pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes en difficulté, mieux articuler les interventions de l'ASS de la branche maladie avec l'action des missions d'accompagnement santé des CPAM (MisAS), et des Centres d'examen de santé, et renforcer les partenariats propres à améliorer la détection des situations de fragilité.	DSS/CNAM	Négociation COG
12	Poursuivre le déploiement de l'ASS au bénéfice des travailleurs indépendants, en travaillant en interbranches sur l'accueil, la communication, l'adaptation de l'offre de services et le repérage des situations de fragilité	France recouvrement/CNAM/CNAV/CNAF	Négociation COG
Renforcer les partenariats territoriaux des OSS			
5	Renforcer l'investissement des organismes de sécurité sociale dans le cadre des CFPPA, au regard des moyens et de l'ingénierie dont ils disposent, notamment pour le portage de projets territoriaux	DSS/CNSA/inter régimes	2022
7	Poursuivre la démarche d'élaboration de la deuxième génération des schémas départementaux, en unifiant SDSF et SDAVS, et en recherchant la plus grande cohérence avec	Préfectures/CNAF/CAF/CD	Fonction des échéances de renégociation des schémas

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
	les autres schémas du département dans le domaine de l'action sociale		
8	Dans le cadre de la préparation de la prochaine COG de la CNAF, établir un bilan du déploiement des CTG et favoriser leur généralisation en renforçant les leviers financiers des CAF (Fonds publics et territoires et bonus territoire)	DSS/CNAF	Négociation COG
9	Faire évoluer le cadre réglementaire des Pactes territoriaux d'insertion, pour qu'ils intègrent désormais l'ensemble des organismes de sécurité sociale compétents, et inscrire cette orientation nouvelle dans leurs COG respectives, afin de favoriser la lisibilité, la cohérence de leurs interventions dans le domaine de l'insertion.	DGCS/DSS	Négociation COG
20	Expérimenter la mise en place d'une conférence des financeurs de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté	DGCS /DIPLCP/ADF/OSS	2022
21	Soutenir l'appropriation des enjeux sociaux par les EPCI, notamment avec un objectif de couverture complète du territoire par les CTG et chartes MSA à fin 2023, et d'investissement accru des OSS dans les autres dispositifs territoriaux existants (plans locaux d'insertion, projets de territoire, contrats de ville ou de ruralité...)	CNAF/CCMSA/OSS	2023
22	Renforcer les coopérations entre les OSS et les services de l'Etat, notamment dans le domaine de l'insertion et de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SNPLP)	Préfectures/ DIPLCP/OSS	2022
14	Améliorer la visibilité et l'efficacité des partenariats et soutiens associatifs des OSS, en privilégiant les financements pluriannuels, et en développant davantage les appels à projet ou à manifestation d'intérêt sur des programmes ciblés.	Caisses nationales/fédérations associatives	2022
18	Créer sur le modèle du Viva lab et en amplifiant le CAF Lab, un Lab d'open innovation inter régimes, accélérateur d'innovations sociales, pour chacun des domaines enfance-famille et insertion sociale.	Caisses nationales	2022
Développer le repérage des besoins sociaux et l'adaptation de l'offre de services			
13	Dans le cadre des prochaines COG, développer la proactivité des services au bénéfice d'assurés présentant des fragilités, en s'appuyant sur des partenariats interbranches, notamment dans le domaine des échanges d'informations	DSS/Caisses nationales	Négociation COG
15	Conforter les utilisations de l'observatoire des fragilités, formaliser les procédures de repérage des personnes âgées fragiles, et envisager une extension de l'Observatoire des fragilités au champ enfance-famille	CNAV/CCMSA/CNAM/CN AF	2022 et négociation COG
16	Créer un Lab national inter régimes de recensement, de capitalisation, de transfert et essaimage des innovations de processus en matière d'accès aux droits, d'accueil et de parcours partagé.	Caisses nationales	2022

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
17	Lancer le projet d'une charte de l'information partagée entre acteurs de l'action sociale (ADF, UNCCAS, OSS) et l'expérimenter sur quelques territoires, dans le domaine de l'insertion	DGCS/DSS/Caisses nationales/ADF/UNCASS	2022
19	Au-delà des actions de développement social local, soutenir les méthodes d'association des bénéficiaires, organiser la capitalisation des expériences et le référencement des approches innovantes.	Caisses nationales	Négociation COG
23	Amplifier les efforts engagés par les organismes de sécurité sociale pour développer, sur des territoires fragiles ou isolés, des accès de proximité ou itinérants, notamment dans le cadre de la démarche France Service, ou en partenariat avec les collectivités territoriales et les associations	Caisses nationales/caisses locales/ANCT	2022

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	8
RAPPORT.....	13
1 LES CARACTERISTIQUES DE L’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DEPLOYEE PAR LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE : UN SERVICE RENDU EFFECTIF, MAIS SOUVENT DEPENDANT DES COOPERATIONS MISES EN ŒUVRE.....	15
1.1 DANS LE CHAMP DE LA PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE, L’INTER REGIMES ET LA CONFERENCE DES FINANCEURS ONT PERMIS DES RAPPROCHEMENTS OPERATIONNELS DES ACTEURS QUI DOIVENT ENCORE PROGRESSER.....	17
1.1.1 <i>Les différents organismes de sécurité sociale développent une action sociale assez convergente dédiée à la prévention de la perte d'autonomie, qui tient cependant compte des spécificités des populations couvertes</i>	17
1.1.2 <i>Grâce à des opérateurs dédiés, l’inter-régimes constitue un cadre de mutualisation, solide mais encore perfectible, des actions collectives</i>	28
1.1.3 <i>La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) doit permettre de progresser encore dans la mise en commun d’instruments de prévention</i>	31
1.2 DANS LE CHAMP « ENFANCE-FAMILLE », LA TERRITORIALISATION DE L’ACTION SOCIALE APPARAÎT COMME UNE VOIE MAJEURE DE PROGRES.....	35
1.2.1 <i>L’action prépondérante sur les modes de garde et le temps libre des enfants peine à atteindre ses objectifs, notamment pour réduire les inégalités d’accès</i>	37
1.2.2 <i>La planification stratégique départementale de l’action sociale familiale est inégale et souffre de l’absence de chef de filât clair</i>	42
1.2.3 <i>La territorialisation des actions : une voie à privilégier pour améliorer la réponse aux besoins</i>	46
1.3 DANS LE CHAMP « PAUVRETE-INSERTION », LA LISIBILITE ET LA PERFORMANCE DE L’ACTION SOCIALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE PASSENT PAR UNE COOPERATION TERRITORIALE RENFORCEE.....	48
1.3.1 <i>L’action sociale des organismes de sécurité sociale s’inscrit dans le cadre de politiques territoriales structurantes</i>	50
1.3.2 <i>Un accompagnement des familles à travers des aides financières distribuées dans des conditions rigoureuses et des interventions en travail social de plus en plus normées, mais qui préservent utilement de réelles marges de manœuvre locales</i>	55
1.3.3 <i>L’assurance maladie et la branche recouvrement : des interventions pertinentes en cours de repositionnement</i>	58
2 UNE PERFORMANCE QUI S’EST NETTEMENT AMELIOREE, MAIS QUI DOIT CONTINUER A PROGRESSER.....	66
2.1 LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE S’APPUIENT LARGEMENT SUR LEURS PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS	67
2.1.1 <i>Les organismes de sécurité sociale sont encadrés et soutenus par leurs caisses nationales, et doivent développer les relations interbranches</i>	67
2.1.2 <i>Les OSS s’appuient largement sur des partenaires associatifs : indispensables mais d’apports variables</i>	69
2.2 LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ONT FAIT DES PROGRES INEGAUX DANS LEURS METHODES ET LEURS OUTILS POUR ADAPTER LEUR OFFRE DE SERVICE AUX BESOINS PRIORITAIRES ET PROMOUVOIR L’INNOVATION	73
2.2.1 <i>Des progrès inégaux dans l’adaptation de l’offre de service aux besoins sociaux</i>	73
2.2.2 <i>L’innovation sociale et l’association des bénéficiaires : des chantiers ouverts</i>	77
2.3 POUR L’ACTION SOCIALE, LES COOPERATIONS PROGRESSENT SANS TOUJOURS CONVAINCRE DE LEUR EFFICACITE, MAIS L’ACCESSIBILITE EST D’AUTANT MEILLEURE QU’ELLE S’INSCRIT DANS UN CADRE COLLABORATIF	81
2.3.1 <i>Les coopérations des OSS avec les autres acteurs institutionnels locaux progressent sans toujours convaincre de leur efficacité</i>	81
2.3.2 <i>L’accessibilité de l’action sociale, l’accès au droit et la communication vis-à-vis des bénéficiaires potentiels : des efforts importants, d’autant plus efficaces qu’ils s’inscrivent dans un cadre coopératif avec les autres acteurs</i>	86

LETTRE DE MISSION.....	91
ANNEXE 1 : EVALUATION TERRITORIALE DE L’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ILLE ET VILAINE	93
PIECE JOINTE 1: ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D’ACTIONS ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L’ACTION SOCIALE	171
PIECE-JOINTE 2 : INDICATEURS CPOG CAF	177
PIECE-JOINTE 3 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT.....	179
PIECE-JOINTE 4 : INDICATEURS ASS CPG MSA	181
ANNEXE 2 : EVALUATION TERRITORIALE DE L’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ORNE.....	183
PIECE JOINTE 1 : ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D’ACTIONS ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L’ACTION SOCIALE.....	247
PIECE JOINTE 2 : LE PROGRAMME COORDONNE DE LA CFPPA ORNE.....	255
PIECE JOINTE 3 : REGLEMENT PORTANT SUR L’ATTRIBUTION DES AIDES INDIVIDUELLES CAF	257
PIECE JOINTE 4 : AIDES INDIVIDUELLES CAF ACCORDEES EN 2020	261
PIECE JOINTE 5 : AIDES ACCOMPAGNEMENT SOCIAL CAF	263
PIECE JOINTE 6 : INDICATEURS CPOG CAF.....	265
PIECE JOINTE 7 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT.....	267
PIECE JOINTE 8 : OBJECTIFS COG MSA	269
ANNEXE 3 : DOCUMENTS DE PROGRAMMATION DANS LE SECTEUR DE L’INSERTION ET DE LA COHESION SOCIALE	271
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	275
SIGLES UTILISES	281

RAPPORT

Introduction

[28] Le présent rapport est consacré à l'évaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale. Issu du programme de travail de l'IGAS, le thème d'investigation fait l'objet d'une lettre de mission datée du 20 novembre 2020.

[29] Le champ de la mission est particulièrement et volontairement large, puisqu'il touche trois pans majeurs de l'action sociale des organismes de sécurité sociale, prévention de la perte d'autonomie, enfance et famille, insertion.

[30] Son objet est d'appréhender l'action de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, à l'échelle d'un territoire donné, et ainsi d'apprécier la lisibilité, l'accessibilité, la pertinence, la cohérence et la légitimité des actions menées pour les populations concernées et pour les professionnels qui s'y investissent, sans négliger les articulations avec les interventions d'autres acteurs sur ce territoire, et la dynamique d'innovation à l'œuvre.

[31] Il était également demandé de formuler toute proposition adaptée à la place spécifique de ces formes d'intervention sociale dans les politiques de solidarité.

[32] La mission a fait le choix de deux départements témoins, l'Ille et Vilaine et l'Orne, choisis pour leurs caractéristiques sociales et populationnelles, territoire à dominante rurale, à la démographie déclinante et vieillissante, pour l'un, permettant de pleinement intégrer l'action sociale de la MSA, et pour l'autre à dominante urbaine, avec des traits socio-économiques plus dynamiques, mais aussi des problématiques de quartiers en difficultés.

[33] L'objet même de la mission porte sur l'évaluation de l'action sociale des organismes de sécurité sociale du régime général des branches santé, vieillesse, famille, du régime agricole, de la branche recouvrement pour les travailleurs indépendants (aide aux cotisants en difficultés), complétés d'un régime spécial intégré à l'inter régimes retraite (la CNRACL, qui ne dispose cependant pas de représentation territoriale) et du régime de retraite complémentaire des salariés du secteur privé.

[34] Au regard des textes en vigueur, des politiques publiques mises en œuvre et de la répartition de la dépense en matière d'action sociale, l'approche territoriale de la mission oblige également à aborder l'action sociale des collectivités chefs de file ou partenaires- essentiellement au titre des articulations fonctionnelles complexes avec les OSS :

- Les départements qui ont vu leur rôle de chef de file de l'action sociale renforcé par les derniers actes de la décentralisation (loi MAPTAM en 2015, Loi NOTRe en 2014) et qui pilotent à ce titre la plupart des schémas et plans départementaux d'action sociale ;
- Les communes, acteurs de proximité et souvent premier contact des citoyens, et les EPCI dont la montée en puissance est un enjeu en matière de territorialisation efficace de l'action sociale.

[35] Au travers des conventions d'objectifs et de gestion qu'il co-signe avec l'ensemble des organismes de protection sociale, mais aussi des stratégies et politiques² qui encadrent, orientent, soutiennent l'intervention sociale au niveau national et territorial, l'Etat est évidemment un acteur incontournable pour une juste appréciation de la performance et de l'intégration de l'action sociale des OSS dans les dispositifs de territorialisation de l'action publique.

[36] L'ensemble des organismes de sécurité sociale implantés dans les deux territoires investigués, ainsi qu'une large partie de leurs partenaires ont pu être rencontrés et interrogés, au cours des mois de février et mars 2021.

[37] Une annexe est consacrée à un bilan de la situation en Ille et Vilaine, une autre à l'Orne.

[38] Les développements du rapport de synthèse s'appuient à la fois sur les investigations de terrain, de nombreux entretiens de niveau national et l'exploitation de l'abondante documentation mise à disposition.

[39] Le rapport aborde successivement les caractéristiques de l'action sociale dans les trois domaines analysés, au regard des investigations menées dans les territoires d'Ille et Vilaine et de l'Orne (1ère partie), et les conclusions qui en sont tirées, s'agissant de l'accessibilité des services offerts, des coopérations entre acteurs, des moyens mis en œuvre et des partenariats associatifs noués, enfin de l'adaptation des services aux besoins sociaux et du mouvement d'innovation sociale (2ème partie).

[40] La mission remercie de leur disponibilité l'ensemble des interlocuteurs sollicités dans une période de gestion contrainte par la pandémie de covid 19. Si la mission a pu bénéficier de nombreux entretiens avec des travailleurs sociaux des trois domaines d'action sociale choisis, et des différents OSS entrant dans son champ d'investigation, elle regrette que le contexte de déroulement des travaux n'ait pas permis de réunir des panels d'usagers, ce qui les auraient sans doute enrichis.

[41] Les entretiens menés dans ce contexte l'ont tous été par les moyens de visio-conférence disponibles.

[42] La rédaction du présent rapport est arrêtée à la date du 6 mai 2021.

² A ce titre, la stratégie nationale de lutte et de prévention de la pauvreté, le plan quinquennal « pour le logement d'abord », ainsi que la nouvelle feuille de route de la politique de la ville viennent réformer et structurer fortement l'action sociale de l'ensemble des acteurs concourant à sa déclinaison territoriale.

1 Les caractéristiques de l'action sanitaire et sociale déployée par les organismes de sécurité sociale : un service rendu effectif, mais souvent dépendant des coopérations mises en œuvre

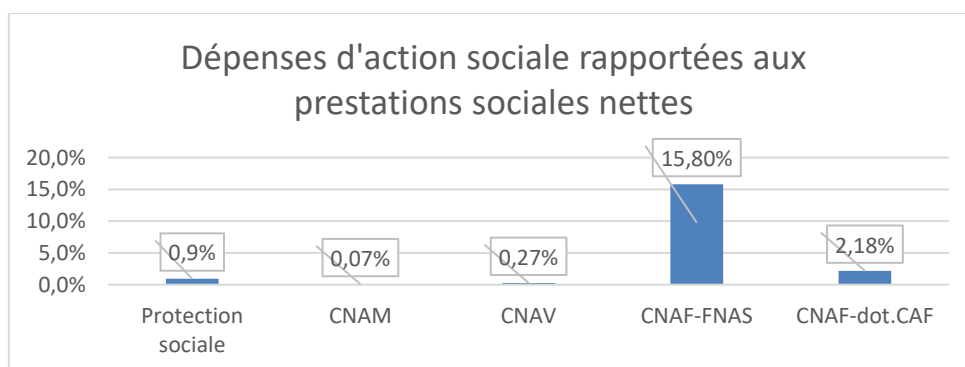
[43] « L'action sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales³ ».

[44] Selon la DREES, l'action sociale, parfois dite « facultative », recouvre « tout ce qu'une collectivité ou un acteur de la protection sociale mène auprès de personnes dans le besoin, en dehors ou en complément des régimes de sécurité sociale et de l'aide sociale. » Selon une autre définition ⁴ « l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale vient compléter ou prolonger leurs actions de droit commun au titre de la sécurité sociale ».

[45] Les prestations légales d'aide sociale (APA, RSA, PCH, ASE) sont exclues du périmètre de travail de la mission.

[46] Les crédits affectés à l'action sociale par les organismes de sécurité sociale représentent des sommes importantes, proches de 7 Mds€ en 2019, la branche famille en concentrant à elle seule plus des quatre cinquièmes. Au regard des dépenses de protection sociale⁵, ces sommes restent cependant marginales, inférieures à 1 %, même si leur proportion est très variable d'un organisme à l'autre et sont les plus significatives dans la branche famille. Dans ce dernier cas cependant, les dépenses sont largement utilisées dans un cadre normatif strict (création et fonctionnement de places d'accueil de jeunes enfants, dépenses enfance-jeunesse), seules les dotations d'action sociale aux CAF étant de gestion plus souple (cf. 12).

Graphique 1 : Dépenses d'action sociale rapportées aux prestations sociales⁶



Source : Mission d'après données DREES et CCSS

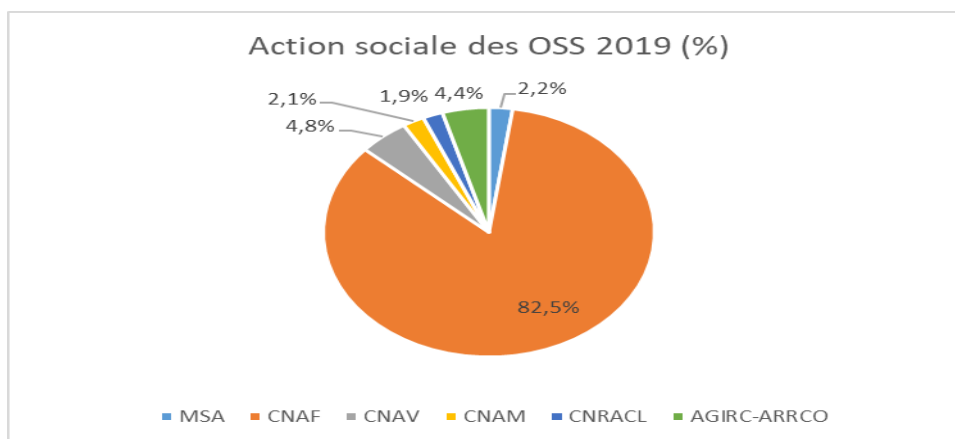
³ Article L 116-1 CASF, loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale

⁴ IGAS, Contribution à la cartographie de l'action sociale B.Delpal/G.Le Coz, 2006

⁵ Au sens de la DREES, L'aide et l'action sociales en France > édition 2020 > DREES

⁶ Protection sociale au sens de la DREES, prestations sociales nettes pour les comptes des caisses nationales de sécurité sociale (source : commission des comptes de la sécurité sociale, sept.2020)

Graphique 2 : Dépenses d'action sociale des OSS (2019- %) ⁷



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale sept 2020 et rapport d'activité AGIRC-ARRCO

[47] Les objectifs poursuivis par l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale peuvent être ainsi présentés de manière synthétique.

Tableau 1 : Objectifs de l'ASS des différentes branches des Organismes de sécurité sociale

Organismes de sécurité sociale	Branche famille	Branche maladie	Branche recouvrement	Branche vieillesse et inter-régimes
ASS dominante « branche »	Offre d'accueil du jeune enfant, accompagnement des parcours éducatifs des enfants de 3 à 11 ans ; soutien aux familles et à la fonction parentale ; temps libre et vacances des enfants et de la famille.	Aides individuelles (dentaire optique auditif et frais d'hospitalisation) ; acquisition de la complémentaire santé	Pour les travailleurs indépendants, aide aux cotisants en difficulté (prise en charge de cotisations) ; aux actifs victimes de catastrophes et intempéries ; accompagnement au départ à la retraite	Bien vivre sa retraite et anticiper la perte d'autonomie, prévention axée autour de la mise en œuvre d'actions et d'ateliers collectifs, actions individuelles pour les plus fragiles, soutien au logement et à l'habitat.
ASS dominante « insertion »	Aides individuelles aux familles en difficulté ; soutien des jeunes âgés de 12 à 25 ans dans leur parcours d'accès à l'autonomie ; aides au développement social : actions de soutien à la parentalité...ciblage de territoires fragiles; accès aux droits	Prévention de la désinsertion professionnelle, objectif de prévention, accès aux droits et traitement du renoncement aux soins	Aide financière exceptionnelle aux actifs	Ciblage des interventions collectives sur des territoires fragiles, repérage des fragilités individuelles

Source : mission

⁷ Dépenses de fonctionnement, hors investissement ; les dépenses 2019 recouvrent également les dépenses de gestion administratives afférentes (qui dans les dépenses 2020 seront intégrées aux fonds de gestion administrative)

[48] Les développements qui suivent aborderont successivement l'action sociale des organismes de sécurité sociale dans les domaines de la prévention de la perte d'autonomie (PPA), de l'enfance et de la famille, enfin de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté.

1.1 Dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie, l'inter régimes et la Conférence des financeurs ont permis des rapprochements opérationnels des acteurs qui doivent encore progresser

[49] Dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie, les années 2010 ont permis des rapprochements opérationnels importants, d'abord entre régimes de retraite, dans le cadre dit « inter régimes », puis, à partir de la loi « Adaptation de la société au vieillissement », entre ces régimes et les autres financeurs compétents, principalement conseils départementaux.

[50] Des progrès incontestables sont constatés. Mais, même à partir d'une approche très limitée sur deux territoires, des différences sensibles d'engagements des acteurs sont perceptibles.

[51] Quoi qu'il en soit, les chantiers ouverts ne sont pas achevés et des pistes nouvelles de travail doivent être tracées dans le cadre des prochaines COG, comme dans celui de la nouvelle cinquième branche de la sécurité sociale.

1.1.1 Les différents organismes de sécurité sociale développent une action sociale assez convergente dédiée à la prévention de la perte d'autonomie, qui tient cependant compte des spécificités des populations couvertes

1.1.1.1 La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) : une normalisation réussie des interventions qui laisse place aux initiatives locales, dans un contexte d'évolution importante de l'offre de service

[52] La COG 2018-2022 de la CNAV place l'action sociale au nombre des ambitions stratégiques et des « engagements renouvelés sur le cœur de métier » (fiche 3).

[53] Les plans d'actions des deux CARSAT visitées, tels qu'ils ressortent de leur CPG 2018-2022 reflètent strictement les six axes de l'action sociale développés par la CNAV⁸.

- L'action sociale collective

[54] S'agissant de l'action sociale collective, elle passe largement par l'inter-régimes et fait l'objet d'une mutualisation de ressources et de projets, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) (*cf. infra*), sans préjudice de la capacité d'initiative propre des CARSAT.

- Des thématiques d'intervention riches, dont l'étayage par des pratiques validées par les preuves doit être poursuivi

⁸ Renforcer les synergies retraite/action sociale dans une logique de continuum ; Repérer et accompagner les retraites fragilisés ; Contribuer à l'adaptation des logements individuels et prioriser les dépenses d'investissement en faveur des lieux de vie collectifs ; Créer des parcours de prévention en lien avec les collectivités territoriales et les autres acteurs de la prévention du territoire ; Renforcer le partenariat inter régimes et interbranche dans le cadre des orientations nationales ; Accompagner de nouveaux publics et développer de nouvelles offres

[55] Le programme d'actions collectives est défini en inter régimes et appuyé sur des référentiels issus de travaux menés avec Santé publique France (ex INPES)⁹ qui attestent d'une réflexion approfondie sur les facteurs de fragilité exposant à la perte d'autonomie, et les moyens de prévention efficaces. Cette réflexion mérite d'être poursuivie et étayée, notamment dans le cadre du projet ICOPE, un appel à manifestation d'intérêt ayant ainsi été lancé pour co-construire le cahier des charges d'une expérimentation de nouveaux outils de repérage des situations de fragilité¹⁰.

[56] Le programme d'actions collectives se décline en trois niveaux, informations et conseils pour bien vivre sa retraite, actions et ateliers collectifs de préventions, actions individuelles attentionnées pour les retraités les plus fragiles¹¹ (cf. graphique *infra*).

[57] Les ateliers collectifs de prévention traitent des thèmes suivants : bienvenue à la retraite, bien vivre sa retraite, équilibre, nutrition, habitat (prévention des accidents domestiques), activités physiques adaptées, stimulation cognitive et mémoire.

[58] La lutte contre l'isolement constitue une axe d'action particulier, sollicitant des partenariats (notamment l'association « Les petits frères des pauvres ») dans le cadre du dispositif MONALISA¹².

- Un déploiement partenarial appuyé sur le repérage des besoins locaux

[59] Les relations avec les interlocuteurs locaux (CD, CLIC, CCAS, secteur associatif...) permettent un déploiement adapté des actions, là où elles sont le plus nécessaires.

[60] Ce déploiement repose sur un riche réseau partenarial, relai d'information, prescripteur ou co-organisateur d'actions, dont la mission a eu des exemples probants en Ille et Vilaine, comme dans l'Orne, constitué de collectivités locales (la ville de Rennes, CCAS), d'associations multiples, particulièrement les centres sociaux.

[61] De manière transversale, l'utilisation de l'observatoire des fragilités paraît constituer une réelle plus-value dans le ciblage des actions entreprises, et peut être largement mis à contribution dans le cadre des partenariats et collaborations institutionnelles des CARSAT.

[62] La CNAV consacre 15,7M€ aux actions collectives, dont bénéficient 232 000 ressortissants du régime en 2019.

Recommandation n°1 Promouvoir dans le cadre des prochaines COG le rôle moteur des caisses nationales sur le contenu, les référentiels et les méthodes en matière d'action sociale des organismes de sécurité sociale

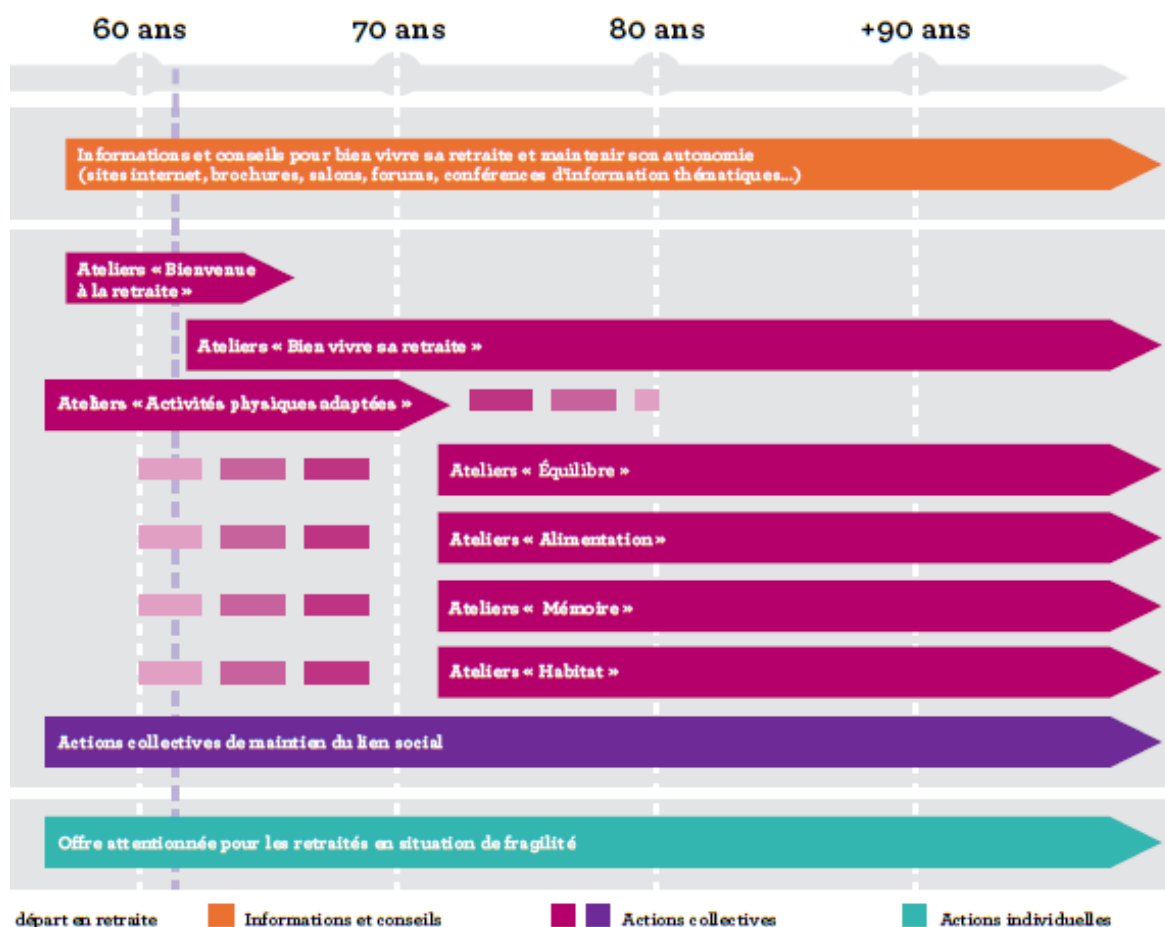
⁹ « Les actions de prévention développées par la branche retraite visent à favoriser l'adoption de comportements favorables correspondants aux cinq éléments protecteurs de la santé identifiés dans le cadre des travaux de l'Inpes : la participation sociale, la mobilité et les activités physiques, l'alimentation et les rythmes nutritionnels, l'activation cognitive et les loisirs, la prévention et le dépistage. » « Six types de stratégies principales sont reconnus comme efficaces dans la littérature internationale pour promouvoir la santé des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes et vivant à domicile : l'activité physique (exercices d'endurance, de renforcement musculaire, de maintien de l'équilibre, et assouplissement) ; l'information/communication (via les professionnels ou via les médias) ; l'éducation des personnes, le conseil (en individuel et/ou collectif) ; le suivi téléphonique ; l'évaluation des besoins de la personne et des risques et ressources de l'environnement (domicile et territoire), les visites à domicile. » (source : Les programmes de prévention des caisses de retraite)

¹⁰ L'objectif est de développer des pratiques proactives de repérage et de prise en charge du déclin fonctionnel associé au vieillissement en outillant les acteurs de soins primaires et en rendant les personnes concernés acteurs de leur santé selon la démarche Integrated care for older people -ICOPE (programme OMS), centrée sur 6 grandes fonctions déterminantes, dites « capacités intrinsèques » pour l'autonomie des personnes : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition et les capacités auditives et visuelles.

¹¹ aidants, personnes confrontées à la perte d'un proche, à l'accueil d'un proche en établissement, situation de précarité, vie dans un foyer pour travailleurs migrants

¹² Mobilisation Nationale de Lutte contre l'isolement des Âgés

Graphique 3 : Offre socle des actions de prévention



Source : Les programmes de prévention des caisses de retraite inter régimes

- L'action sociale individuelle : vers des bouquets de services
 - La situation actuelle

[63] La CNAV consacre globalement 342M€ au maintien à domicile. On compte 204 000 bénéficiaires d'un plan d'aide personnalisé (PAP), et 60 000 d'une aide au retour à domicile après hospitalisation.

[64] L'offre actuelle¹³ repose essentiellement sur le plan d'action personnalisé (PAP)¹⁴, mis en œuvre après une évaluation normée de la situation de la personne, basée désormais sur l'utilisation des grilles AGGIR et FRAGIRE¹⁵, intégrées au Support Inter Régimes d'Évaluation (SIREVA).

¹³ Les aides individuelles sont réservées aux retraités du régime en GIR 5 et 6, ne percevant pas d'aide légale et sous condition de ressources.

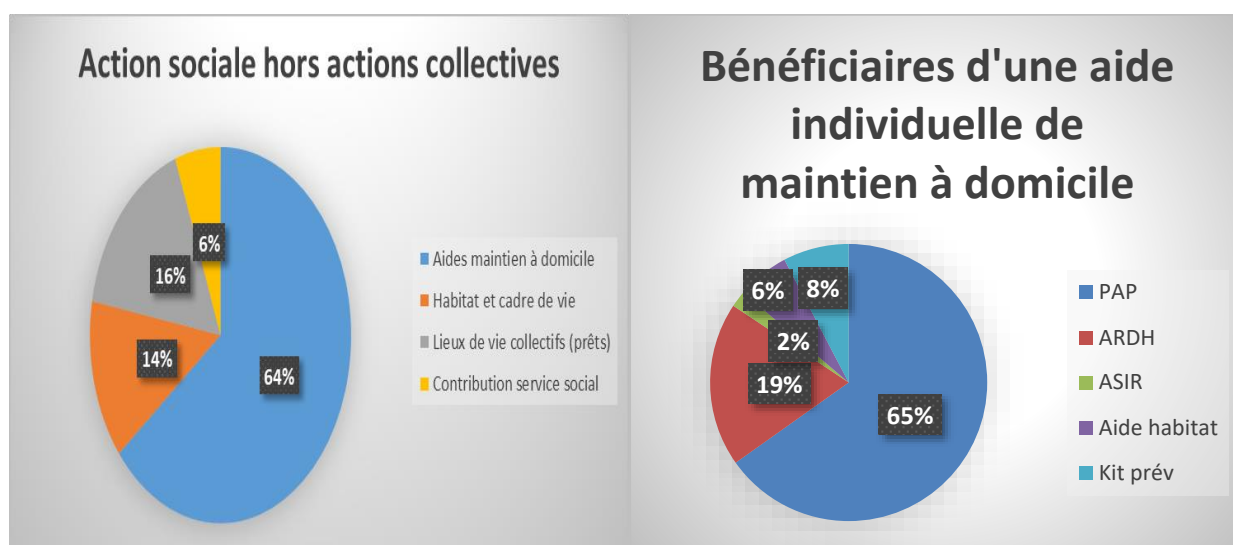
¹⁴ Les prestations finançables comprennent l'aide à la personne : l'aide aux courses, à la préparation des repas, à la toilette, au ménage ; le portage de repas (limité à 3 par semaine) ; la téléalarme, téléassistance ; la pédicurie ; les dépenses de protection ; l'aide au maintien du lien social (cotisations club...) ; l'aide aux petits travaux (jardinage, installation kit prévention...) ; l'aide au transport...

¹⁵ Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) permet de déterminer le degré d'autonomie (de dépendance) de la personne ; la grille Fragilités des retraités, (FRAGIRE) permet de détecter les personnes en situations à risque et d'identifier leur niveau de fragilité, à partir d'une série de tests et de questions

[65] L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) s'est bien développée, mais son articulation avec l'action PRADO de l'assurance maladie reste parfois complexe, PRADO personnes âgées n'ayant pu être lancée comme prévu en 2020. La mission a pu noter des retours prudents sur ces sujets, de la part des caisses visitées.

[66] L'aide aux retraités en situation de rupture (ASIR) reste marginale à ce stade, même si les raisons de la mise en œuvre de cette aide paraissent fondées.

Graphique 4 : Action sociale individuelle CNAV 2019



Source : Mission d'après rapport d'activité CNAV 2019

- Des évolutions majeures en cours, dont le bilan devra être dressé en fin de COG

[67] La période couverte par l'actuelle COG de la CNAV est marquée par la double ambition d'un passage à une offre à base de bouquets de service, dite OSCAR¹⁶ (composée d'un forfait prévention¹⁷ et d'une famille de prestations : heures d'accompagnement et de prévention à domicile), et d'actions de repérage des fragilités, pour pouvoir proposer, de manière pro-active, des offres de service attentionnées.

[68] Une première vague de déploiement est envisagée à mi année, dont le périmètre territorial est laissé au choix de la CARSAT, et de nombreuses étapes de préparation et adaptation des modes de gestion sont prévues, comprenant celle du système d'information Antarès.

[69] Les deux CARSAT Bretagne et Normandie visitées par la mission, confirment que le passage à OSCAR nécessitera une révision des conventions avec les prestataires de services, en vue notamment de se diriger vers un accompagnement plus qualitatif et préventif des bénéficiaires (notamment via la prestation de coordination) et de mieux suivre la qualité de service.

¹⁶ Offre de Services Coordonnée pour l'Accompagnement à la Retraite, dont le déploiement doit intervenir à compter du mois de juin 2021

¹⁷ Cadre de vie et sécurité à domicile : Aides techniques, assistance et sécurité, gros travaux d'entretien, petits travaux. ; Mobilité et lien social : aide à la mobilité, aide aux loisirs, accompagnement informatique, repas en structure. ; Soutien personnalisé : mieux-être, soutien psychologique, conseils en prévention, conseil en gestion. ; Vie quotidienne : livraison de courses, portage de repas

[70] Il n'apparaît encore pas possible à ce jour de conclure au succès de cette vaste évolution en cours.

[71] Quant à la détection individuelle des fragilités, elle constitue un réel défi.

[72] Le croisement de données au moment de la demande de la retraite, entre le conseiller retraite, l'action sociale retraite et le service social régional (maladie) représente une première échéance de détection de retraités fragiles, ceux qui nécessitent un rendez-vous en vis-à-vis. Aucun bilan de ce processus prometteur n'était cependant disponible.

[73] Par ailleurs, ni en Bretagne, ni en Normandie l'observatoire des fragilités ne paraissait utilisé pour une détection individuelle des fragilités, ce qui n'empêchait pas de cibler certaines actions en utilisant des critères d'âge, d'isolement, de faibles ressources, ou d'habitation dans une zone isolée.

[74] Enfin, des relais d'information locaux (CLIC, CCAS...) sont fortement sollicités, de même que des signalements de situations fragiles peuvent être faits par des intervenants associatifs et travailleurs sociaux. Ces dispositifs qui reposent encore largement sur des relations personnelles méritent d'être formalisés pour être réellement efficaces.

- Les actions d'amélioration de l'habitat et les lieux de vie collective : des relations à resserrer avec les bailleurs sociaux

[75] Les aides à l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie¹⁸, ainsi que les kits prévention se développent et répondent à des besoins importants.

[76] Dans ce domaine, les conventions avec les bailleurs sociaux permettent d'établir des diagnostics individualisés de logements et des aménagements éventuels à entreprendre, au bénéfice de personnes âgées, en vue d'assurer le maintien à domicile. Mais les objectifs quantitatifs sont difficilement atteints en Ille et Vilaine, tandis qu'aucune convention n'a été conclue dans l'Orne.

[77] En Bretagne, l'habitat intermédiaire se développe surtout en Ille et Vilaine¹⁹, tandis que le financement des résidences autonomie, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) coporté par la CNAV et la CNSA, permet un travail collaboratif avec le conseil départemental pour la priorisation des projets, et le plus souvent pour des cofinancements, avec le CD mais aussi les EPCI.

[78] Dans l'Orne, le PAI a permis de lancer en 2017 à Alençon une opération de travaux importante portant sur la résidence autonomie « Les quatre saisons », et en 2019, la rénovation de la résidence « Les Archers » à l'Aigle.

1.1.1.2 L'action sociale AGIRC-ARRCO en direction des personnes âgées : les enjeux de l'insertion dans l'inter régimes à brève échéance

- Le cadre national de l'action sociale : la feuille de route 2019-2022

[79] Conformément au référentiel national²⁰, l'action sociale mise en œuvre par AGIRC-ARRCO comporte à la fois des aides individuelles jusqu'à 75 ans (cas de fragilité particulière), et au-delà (sortir plus, aide à domicile momentanée, bien chez moi comportant l'appui d'un ergothérapeute,

¹⁸ Aménagement des parties sanitaires (remplacement d'une baignoire par une douche, WC surélevé), accessibilité au logement, travaux d'isolation, remplacement d'une chaudière ancienne, travaux favorisant la mobilité dans le logement (élargissement des portes, monte-escalier,...).

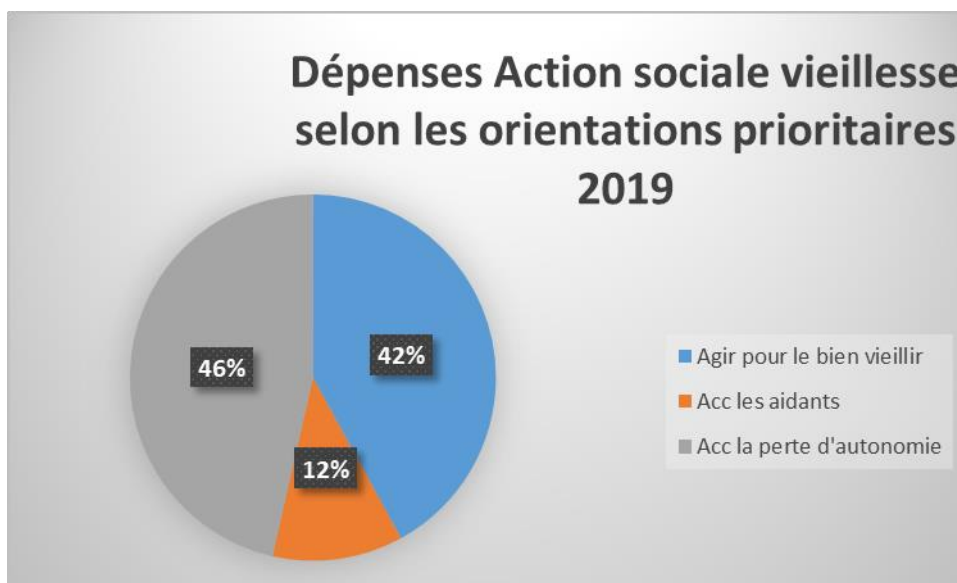
¹⁹ La CFPPA finançant pour sa part par forfait, le projet de vie sociale associé à ce type d'habitat inclusif

²⁰ Référentiel national des aides individuelles du socle commun, 2019

Orizéa, accompagnement pour trouver un lieu de vie adapté), des aides aux aidants (soutien, solutions et séjours de répit) et des actions collectives, dans le cadre inter régimes.

[80] Ces aides sont réparties en trois orientations prioritaires²¹ au sein desquelles les institutions de retraite complémentaire doivent positionner leurs interventions à plus de 80 %²² : agir pour le bien vieillir (actions collectives), soutenir et accompagner les proches aidants, accompagner la perte d'autonomie (aides ponctuelles, sortir plus, bien chez moi, Orizéa)²³. Elles représentent 259M€ de dépenses en 2019.

Graphique 5 : Dépenses d'action sociale selon les orientations prioritaires



Source : Mission d'après données AGIRC-ARRCO

[81] L'organisation opérationnelle d'AGIRC-ARRCO en matière d'action sociale était en cours d'évolution au moment de la mission, avec la mise en place de pilotes²⁴ à la tête de chacun des 16 Comités régionaux d'Action sociale (CRCAS), « rapportant à la Direction de l'Action sociale de la Fédération, dans le cadre du mandat accordé par leur employeur ». L'objectif d'un pilotage plus resserré, notamment des actions collectives, est ainsi manifeste, en lien avec l'adhésion annoncée de l'AGIRC-ARRCO à l'inter régimes, d'autant que :

- 5 coordinateurs territoriaux sont, en outre, en charge d'une mission de définition et portage de la stratégie inter-régimes, de représentation stratégique, de partage d'expériences et informations,

²¹ Il n'est pas ici traité des actions d'aide au retour en emploi en faveur des actifs

²² Objectif apparemment largement dépassé selon le rapport d'activités action sociale de 2018

²³ Dans les établissements du parc Agirc-Arrco, pilotés par deux réseaux : UNIVI et BTP RMS, des actions autour du bien-être des personnes accueillies sont également mises en œuvre

²⁴ Leur fiche de poste faite apparaître les missions principales suivantes : le pilote

- Met en œuvre les orientations de l'action sociale Agirc-Arrco auxquelles il contribue, en matière d'animation du territoire défini, sur différents thèmes.
- Est chargé et est garant de la mise en œuvre du programme d'actions collectives sur son territoire autour des sujets prévention, aide aux aidants.
- Élabore, contractualise, anime, suit et pilote ses projets, sur un mode partenarial
- Coordonne une équipe inter Groupes de Protection Sociale chargée du développement de l'action sociale sur son territoire.

- Les pilotes des CRCAS seront secondés d'une équipe opérationnelle restreinte, mais qui n'existait pas précédemment.

- Les aides individuelles

[82] Les aides individuelles relèvent opérationnellement des groupes de protection sociale. Elles ne sont pas accordées dans le cadre d'un plan d'aide, mais après une évaluation sociale *ad hoc* de la situation de la personne, qui fait intervenir des critères multiples²⁵. Il n'appartenait pas à la mission d'examiner pour elles-mêmes les conditions d'attribution de ces aides par les institutions de retraite complémentaire.

[83] Les recoupements éventuels avec les aides proposées par la CNAV paraissent *a priori* faibles. Le formulaire de demande, certes déclaratif, contient un relevé des aides sociales sollicitées et obtenues par ailleurs. L'aide momentanée à domicile est réservée aux personnes qui ne bénéficient pas d'un plan d'aide par ailleurs. La CNAV ne propose pas, pour sa part, de recours à un ergothérapeute pour le diagnostic de logement, ni de prestation de sortie accompagnée ; seule l'aide momentanée d'urgence paraît mériter une certaine vigilance, pour éviter un recours parallèle aux aides au retour à domicile après hospitalisation. Quoi qu'il en soit, un rapprochement de données inter régimes, tel qu'autorisé par la loi ASV²⁶ permettrait de s'assurer de ce sujet.

- Les actions collectives (Bien vieillir): les centres de prévention

[84] Outre les actions collectives classiques mises en œuvre dans le cadre inter régimes, l'AGIRC-ARRCO met en valeur l'action originale déployée par ses 14 centres de santé.

[85] En Ile et Vilaine, comme dans l'Orne, la mission a pu constater l'intérêt réel de cette démarche consistant à proposer à tout ressortissant de 50 ans et plus, actif comme retraité, ainsi qu'à son conjoint, un double bilan médical et psychologique, la phase de bilan étant suivie de propositions opérationnelles (orientation chez un médecin le cas échéant, actions de prévention diverses, conférences ou ateliers, activités adaptées...).

[86] Les actions sont positionnées géographiquement après interrogation de l'observatoire des fragilités et de nombreux partenaires territoriaux (CLIC, CCAS...).

[87] L'évaluation des actions *a posteriori* permet d'apprécier les progrès réalisés dans les domaines de fragilités identifiés (équilibre, sommeil, mémoire...).

[88] Compte tenu de son intérêt, de l'appréciation positive des participants, de son impact, cette action mérite d'être encouragée et développée.

Recommandation n°2 Encourager le développement des actions de prévention en santé pour les plus de 50 ans

1.1.1.3 Le socle d'intervention sanitaire et sociale de la Mutualité sociale agricole (MSA) : une offre qui préserve une certaine originalité et un ancrage territorial particulier

[89] Le socle d'intervention sanitaire et sociale de la MSA distingue logiquement les interventions individuelles d'accompagnement social et les interventions collectives. Le

²⁵ Age, genre, situation personnelle, revenus, charges, habitat, expression de besoin...avec utilisation du formulaire de « demande d'intervention sociale », commun à toutes les institutions de retraite complémentaire.

²⁶ Article L115-2-1 CSS

développement social local constitue par ailleurs un point majeur et original de l'intervention territoriale de la MSA.

[90] Les résidences autonomie, logements individuels d'hébergement permanent ou temporaire sous la forme de Maisons d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie (MARPA)²⁷, sont par ailleurs considérées comme des vecteurs importants de préservation de l'autonomie, grâce aux possibilités offertes de participer à la vie de la maison, ainsi qu'aux activités et ateliers de prévention proposés.

- Les interventions individuelles

[91] Les CMSA mettent en place un panier de services qui comporte 6 éléments : l'aide à domicile, la téléassistance, le portage de repas, l'adaptation de l'habitat, l'accompagnement des aidants, le lien social.

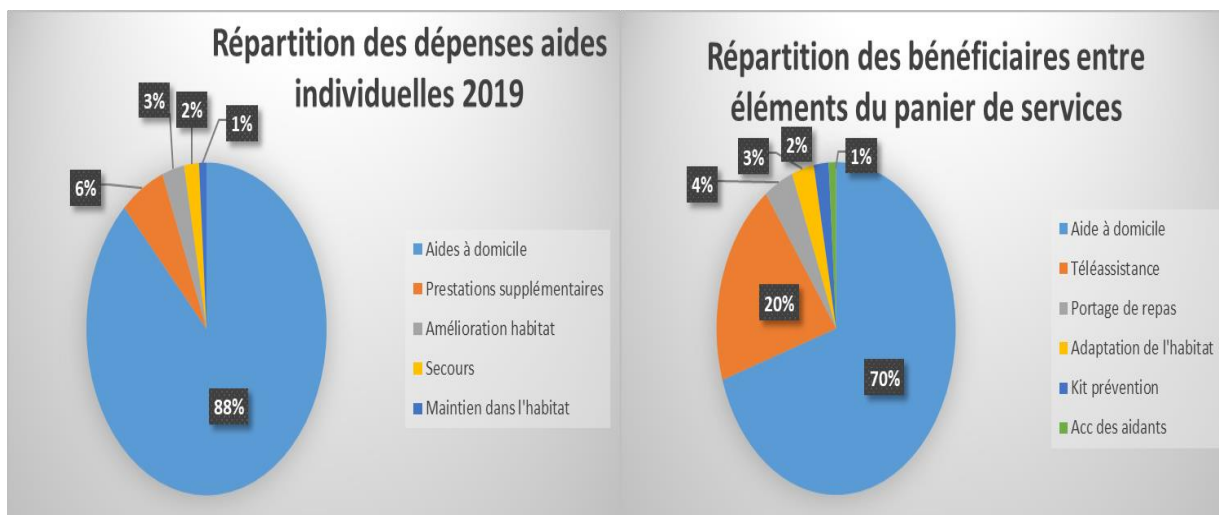
[92] L'utilisation du dispositif d'évaluation validé en inter-régimes (*cf. supra*), permet la mise en place de plans d'aides aux personnes en situation de faible dépendance (GIR 5 et 6), avec recours à des solutions classiques ou plus originales, promues et mises en œuvre comme telles par le régime.

[93] La mission a ainsi noté plusieurs initiatives propres à la MSA, notamment :

- Part'âge, permettant d'organiser des séjours de vacances intergénérationnels,
- Présence Verte, offre de service proposant des solutions de téléassistance,
- Bulle d'air²⁸, service de remplacement à domicile pour les aidants.

[94] Le bilan quantitatif des interventions individuelles vieillesse du régime, soit 39 M€, pour près de 37 000 bénéficiaires, peut être ainsi présenté.

Graphique 6 : Aides individuelles MSA



Source : Mission d'après données CASS MSA

²⁷ 197 MARPA sont réparties sur 62 départements

²⁸ En 2020, 8 services bulle d'air couvrent 17 départements et ont accompagné 248 familles. Par ailleurs, 7 nouveaux services sont en cours de projet.

- Les actions collectives

[95] Elles se développent dans le cadre de l'inter régimes, dont la MSA est un des membres fondateurs.

[96] Les actions de prévention de la perte d'autonomie portent, sous forme de conférences ou ateliers, sur des thématiques classiques, santé, vitalité, bien vieillir, nutrition, mémoire, activités physiques..., même si les dénominations et les contenus peuvent varier²⁹. La MSA y consacre un budget annuel de 1,5 M€ en 2019³⁰.

[97] Au sein des MARPA, qui accueillent des actions collectives ouvertes à des participants extérieurs, la MSA propose également des « Pac résidents » pour améliorer la communication et préserver l'autonomie³¹.

[98] La MSA est à l'origine, via le réseau des ASEPT, d'un dispositif d'évaluation des actions par les bénéficiaires, qui remplissent des questionnaires via le Web Report Bien Vieillir. L'exploitation des résultats sert à la fois à apprécier l'impact des actions et, le cas échéant à les réorienter (*cf. infra*).

- Les chartes de solidarité des aînés

[99] Mises en œuvre sur des territoires ruraux fragiles, les chartes ont pour vocation d'y développer des solidarités et des services pour les personnes âgées, et de lutter contre leur isolement³².

[100] Les MSA, avec des moyens d'appui modestes³³, portent une méthode de « développement social local », cherchant l'implication des différentes parties prenantes, collectivités, associations, acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, et particulièrement les personnes âgées elles-mêmes.

[101] L'ingénierie de projet est précise et respecte les phases de diagnostic, formulation de projets, suivi et établissement de bilans intermédiaire et final.

[102] L'objectif est *a priori* de signer une charte territoriale par département³⁴, objectif atteint dans les CMSA porte de Bretagne (territoire correspondant à deux EPCI, Pays de la Roche aux fées et Vitré communauté) et Mayenne-Orne-Sarthe (pays de l'Aigle).

[103] Les chartes analysées dans l'Ille et Vilaine et l'Orne montrent néanmoins un bilan contrasté, l'année 2020 ayant souvent perturbé le développement des projets en cours, et exacerbé les difficultés de mobilisation des acteurs et d'appropriation de la démarche.

²⁹ Par exemple, PEPS Eurêka, méthode à destination des personnes âgées de plus de 55 ans qui souhaitent améliorer le bon fonctionnement de leur mémoire

³⁰ BP de 2,2 M€ en 2020

³¹ Le programme d'animation implique l'équipe de la résidence autonomie et vise à maintenir les capacités cognitives et comportementales des personnes

³² Aux termes du code rural, les caisses de MSA « contribuent au développement sanitaire et social des territoires ruraux. » (Article L723-3)

³³ 0,5 ETP et 20K€ en Ille et Vilaine et Orne

³⁴ 80 chartes ont été signées

1.1.1.4 La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) : l'intégration dans l'inter régimes a laissé subsister une action sociale individuelle dispersée

[104] Compte tenu de l'approche territoriale adoptée par la mission, et s'agissant d'une caisse sans représentation locale, seuls des entretiens et une documentation de niveau national, ainsi que des informations sur l'inscription de la CNRACL dans l'inter régimes nourrissent les présents développements.

- Une action sociale « à distance », sans représentation locale, une communication dynamique

[105] Les 90 000 bénéficiaires de l'action sociale de la CNRACL, sont répartis sur l'ensemble du territoire. Mais seuls douze départements rassemblent plus de 2 % des bénéficiaires³⁵, et les départements analysés par la mission n'en comptent guère plus de quelques centaines³⁶.

[106] Cette situation justifie l'absence de représentation locale de la CNRACL, qui s'appuie sur des moyens d'accès à distance et des relais locaux.

[107] La Caisse a ainsi optimisé ses différents supports de communication, afin de rendre accessibles les informations relatives à l'action sociale proposée³⁷. Le guide du Fonds d'action sociale (FAS) est disponible sur le site internet de la caisse et en version papier.

[108] De même, les demandes sont dématérialisées, via l'espace personnel dédié aux retraités et des formulaires papier peuvent être demandés par courrier ou par le serveur vocal interactif.

[109] Ces moyens de communication et d'accès paraissent efficaces, si l'on en juge par le nombre de bénéficiaires de l'action sociale, qui ne cesse d'augmenter³⁸.

[110] Enfin, la CNRACL peut s'appuyer sur des opérateurs locaux. Ainsi, par convention avec la CNAV, la CNRACL fait appel au réseau d'évaluateurs des CARSAT pour effectuer l'évaluation des besoins d'un primo-demandeur d'aide à domicile³⁹.

- Une action sociale individuelle très diversifiée

[111] Le guide des aides disponibles fait ressortir la grande diversité des aides disponibles. Les données financières relatives aux aides utilisées nuance cette première impression, avec une assez forte concentration sur trois catégories d'aides, aides à la santé, aides chauffage-énergie et aides ménagères.

[112] Globalement, sur 132 M€ d'aides individuelles en 2020, le soutien aux retraités en situation de fragilité financière représente près de 80 % des aides⁴⁰ (soit 104 M€), le maintien à domicile 20 %, les aides « vertes » et les prêts sociaux, moins de 1 %.

³⁵ Et seuls les Bouches du Rhône et le Nord dépassent 4 % des retraités de la caisse ;

³⁶ 1097 en Ille et Vilaine, 463 dans l'Orne

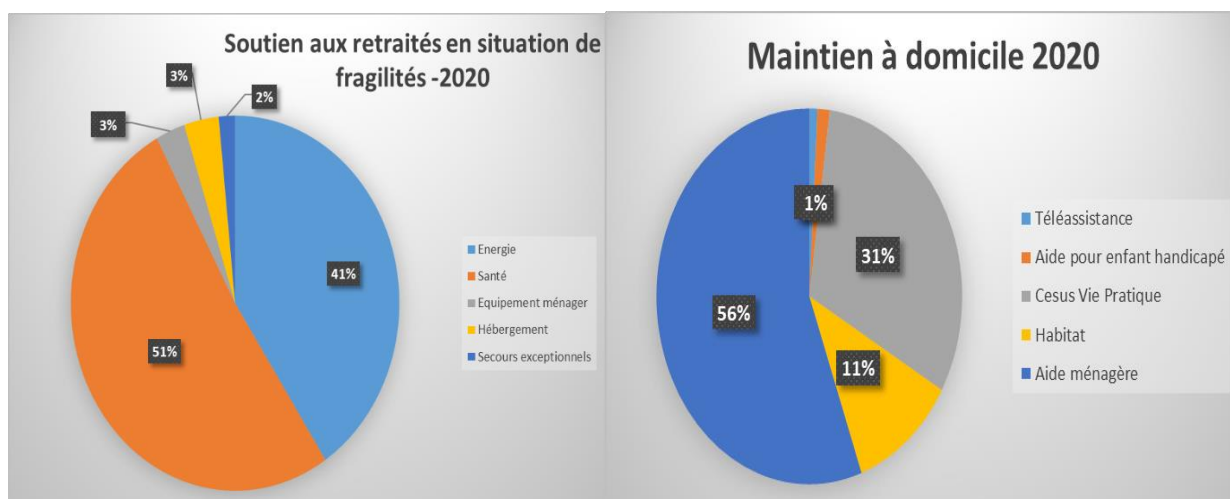
³⁷ Supports disponibles : site internet CNRACL, guide du retraité et du nouveau retraité, lettre aux retraités, magazine Climats, flash info, guide du FAS et campagnes de communication dédiées

³⁸ 69 000 bénéficiaires en 2016, 90 000 en 2020

³⁹ Les évaluations sont opérées sur la base d'un formulaire unique « Évaluation des besoins des retraités et élaboration des plans d'actions personnalisés », validé en interrégime

⁴⁰ Dans le graphique infra, les aides aux vacances, à la scolarité et au déménagement, représentant moins de 500K€ chacune, ne sont pas représentées.

Graphique 7 : Répartition des dépenses d'aides individuelles CNRACL 2020



Source : Mission d'après données CNRACL

[113] Cette forte diversification, ainsi que la pertinence de certaines aides a pu faire l'objet d'observations dans le cadre de l'évaluation de la précédente COG⁴¹.

[114] De fait, la part des aides de santé (plus de 52 M€) au sein du soutien aux retraités en situation de fragilité continue de croître et ne peut que surprendre. D'une part, la prise en charge de tout ou partie des cotisations d'assurance complémentaire de santé ne devrait *a priori* qu'être strictement supplémentaire à la « complémentaire santé solidaire » de droit commun⁴². Par ailleurs, la réforme dite « zéro reste à charge », ne peut que limiter le champ d'application de l'aide destinée à prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé (lunettes, prothèses, orthodontie, cures thermales...).

[115] De même, l'aide destinée à compenser une partie des frais de chauffage ou de consommation d'énergie, représente plus de 41 M€ au total (pour 760 € maximum par foyer). On peut s'étonner de cette forte prégnance, alors que les aides au maintien à domicile (dont l'aide-ménagère) ne constituent au total que deux tiers de ce montant (moins de 28 M€).

[116] Il n'appartenait pas à la mission d'aller plus loin dans l'analyse des aides individuelles proposées, qui sera reprise lors de la négociation de la prochaine COG. Il devra évidemment être tenu compte du champ de compétences du conseil d'administration⁴³ en cette matière.

Recommandation n°3 Lors de préparation de la prochaine COG de la CNRACL, établir un bilan comparatif des aides individuelles servies par la caisse, dans le cadre d'un rapprochement inter régimes

⁴¹ Evaluation de la COG CNRACL 2014-2017 en vue de son renouvellement, rapport IGAS N°2017-135R

⁴² Pour couvrir des personnes dépassant le seuil de ressources applicable, ou pour compléter des remboursements insuffisants

⁴³ Décret n°2009-1387 du 11 novembre 2009, article 13 point 10 :

Le conseil d'administration délibère sur toutes les questions d'ordre général concernant l'organisation intérieure et l'administration de la caisse nationale, notamment sur :

« Les conditions dans lesquelles sont décidés et mis en œuvre les services aux actifs, retraités et employeurs de la caisse nationale, et en particulier les aides et secours en faveur des retraités, les prêts aux collectivités locales destinés à faciliter la modernisation des établissements d'hébergement accueillant des retraités de la caisse nationale. »

- Une action sociale collective appuyée sur l'inter régimes

[117] L'action sociale collective ne représente qu'une très faible part de l'intervention de la CNRACL, soit 1M€ et reste plafonnée à 1 % maximum de l'enveloppe annuelle allouée au FAS⁴⁴.

[118] Néanmoins, la CNRACL s'est engagée dès l'origine dans l'inter régimes, avec la CNAV, la MSA et le RSI, et a signé les conventions communes en matière de prévention de la perte d'autonomie⁴⁵.

[119] En pratique, elle cofinance des opérateurs territoriaux, ASEPT Normandie et Pour Bien vieillir Bretagne, par exemple, et ses ressortissants peuvent ainsi bénéficier des actions collectives et ateliers proposés.

[120] Elle reçoit annuellement un compte rendu relatif à la participation de ses retraités. Mais elle confie localement aux financeurs majoritaires le soin de piloter l'offre.

1.1.2 Grâce à des opérateurs dédiés, l'inter-régimes constitue un cadre de mutualisation, solide mais encore perfectible, des actions collectives

[121] Au regard des textes applicables, « La Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales concluent avec l'Etat une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'Etat. »⁴⁶

1.1.2.1 L'inter régimes constitue un socle de collaboration solide, mais encore perfectible pour l'action sociale vieillesse

- Des convergences largement mises en œuvre, des objectifs à compléter

[122] Les objectifs de la coopération inter régimes, tels qu'ils apparaissaient dans la convention de 2014⁴⁷ étaient ainsi de :

- « Définir les principes d'une offre de prévention commune aux régimes de retraite de base,
- Fixer les orientations et les objectifs qui les engagent pour les prochaines années,
- Arrêter les modes d'organisation et les coopérations qui en découlent,
- Flécher les outils, les actions et les prestations qu'ils s'engagent à déployer. »

⁴⁴ Le financement des structures citées, ASEPT Normandie et PBVB en provenance de la CNRACL s'élève à quelques dizaines de K€

⁴⁵ - convention inter-régimes « la retraite pour le Bien Vieillir : L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie » du 1er juin 2016

- convention pluriannuelle pour « une politique d'action coordonnée inter-régimes pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées » avec l'Etat, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le régime social des indépendants (RSI) du 4 mai 2017.

⁴⁶ Article L 115-9 CSS

⁴⁷ Convention « La Retraite pour le Bien Vieillir, L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie » CNAV/MSA/RSI

[123] Opérationnellement, la coopération était censée se traduire par un certain nombre d'actions, dont on peut aujourd'hui considérer qu'elles sont au moins lancées, et pour certaines largement mises en œuvre :

- Une approche commune de l'évaluation globale des besoins au domicile, mise en œuvre par SIREVA (*cf. supra*),
- Une convergence progressive des critères d'attribution des aides à domicile, effectivement réalisée,
- La proposition de dispositifs couvrant la sortie d'hospitalisation et les situations de rupture (réalisée par le régime général avec l'ARDH et l'ASIR, *cf. supra*),
- Le lancement d'expérimentations sur les logiques de paniers de services (mises en œuvre par la MSA et le régime général avec OSCAR),
- Le soutien à l'émergence de lieux de vie collectifs pour des personnes autonomes mais qui ne souhaitent plus vivre seules (*cf. supra* : MARPA et PAI du régime général).

[124] La convention signée entre l'inter régimes et l'Etat en 2017⁴⁸ insistait sur quelques objectifs reformulés, ou pour certains plus nouveaux : consolidation de la démarche de gouvernance (dans le cadre notamment des CFPPA), coordination de la politique en matière de lieux de vie collectifs, facilitation de l'accès aux aides à l'aménagement de l'habitat, rapprochement des barèmes d'attribution des aides individuelles, lutte contre l'isolement et maintien du lien social, rapprochement des aides collectives, développement du repérage des fragilités, notamment par échanges d'informations⁴⁹ entre organismes.

[125] Là encore, ces objectifs ont été pour la plupart pris en charge, à l'exception du repérage proactif des fragilités individuelles, qui reste imparfait.

- Un périmètre en évolution

[126] Aux regard des textes applicables⁵⁰, l'inter régimes n'est pas un ensemble fermé, et il peut être étendu. L'intégration du RSI au régime général en a réduit logiquement le périmètre. Mais la CNRACL l'avait à l'inverse rapidement rejoint. Après s'en être tenu à l'écart, AGIRC-ARRCO a annoncé son souhait de le rejoindre également, ce qui conduira à réviser en profondeur la convention⁵¹ avec la CNAV de 2012.

[127] Enfin, sans être directement parties prenantes de l'inter-régimes, certains régimes profitent des offres de services structurées dans ce cadre, essentiellement les actions collectives. Les rapports d'activité des structures opératrices de l'inter régimes recensent ainsi les ressortissants de divers

⁴⁸ Convention du 4 mai 2017

⁴⁹ Article 6 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement : Article L115-2-1 CSS

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent les informations, autres que médicales, qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires

⁵⁰ Article L 115-9 CSS : « Cette convention pluriannuelle peut également, à leur demande, être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et par les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite. »

⁵¹ Convention CNAV/AGIRC-ARRCO du 19 juillet 2012

régimes (IRCANTEC, CNIEG...) qui bénéficient des prestations. Certains de ces régimes participent, même de manière marginale, à leur financement.

[128] S'agissant des retraités de la fonction publique d'Etat, les aides à domicile et aides à l'habitat sont mises en œuvre, par délégation, par l'Assurance retraite.

1.1.2.2 L'inter-régimes est porté par des opérateurs territoriaux spécialisés

- Des associations cofinancées par l'inter régimes en constituent les chevilles ouvrières locales

[129] Ainsi en Normandie, une Associations de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT)⁵² assure le pilotage des actions des caisses de l'inter régimes en matière de prévention de la perte d'autonomie, le déploiement des actions et leur suivi. En Bretagne, l'association Pour bien vieillir Bretagne (PBVB) assure la même mission. Ces associations sont cofinancées, pour l'essentiel, par les membres de l'inter régimes et les CFPPA.

[130] Les actions déployées répondent aux besoins de l'inter régimes et les thématiques abordées dans les conférences et ateliers organisés sont celles attendues pour la prévention de la perte d'autonomie (cf annexes).

- Une évaluation des actions collectives, mais peu d'études d'impact

[131] En Bretagne comme en Normandie, PBVB et ASEPT Normandie réalisent des évaluations des actions collectives menées, sur la base de questionnaires remplis par les bénéficiaires, administrés sous l'outil web report bien vieillir⁵³. Ces analyses sont consolidées nationalement et largement exploitées comme outils de présentation des actions collectives, par les différents régimes, ainsi qu'à la CNSA.

[132] S'agissant des deux centres de prévention Bretagne et Normandie portés par AGIRC-ARRCO, ils réalisent, ce qui beaucoup plus rare, une évaluation de l'impact de l'action sur les participants. En Bretagne, la CARSAT a accepté de financer une étude particulière sur ce sujet⁵⁴.

[133] La mission n'a cependant pas eu connaissance de retour sur expérience, conduisant à modifier le contenu même des conférences ou ateliers au regard des évaluations de contenu ou d'impact menées.

Recommandation n°4 Etablir une nouvelle convention Etat/ inter régimes pour en élargir le champ et adopter de nouveaux objectifs de rapprochements et actions communes

⁵² Les Associations de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT) ont été créées par la MSA pour répondre aux besoins de déploiement des actions de prévention et d'éducation à la santé; 20 sont en activité, 6 sont interrégimes et 14 sont uniquement des structures opératrices

⁵³ Les participants aux ateliers remplissent des questionnaires à diverses échéances du début à la fin des ateliers et six mois après, l'objectif étant de recueillir leur appréciation, d'évaluer l'impact des actions et de permettre l'amélioration des contenus. Le profil des participants est analysé selon de nombreux paramètres (âge, genre, sociologie, santé, comportements...), et selon les types d'actions suivies. Un rapport d'évaluation des actions menées en Bretagne a été établi en 2019, à partir de 3240 questionnaires exploités. Les réponses montrent des améliorations sensibles rapportées par les participants, par exemple sur le maintien de l'équilibre, la prévention des chutes, la nutrition ou l'activité physique. Le rapport d'évaluation de PBVB donne cependant peu de pistes d'améliorations envisagées pour le contenu des ateliers ou conférences.

⁵⁴ La CARSAT a accepté de financer un deuxième bilan de santé, postérieur aux ateliers de prévention, afin de pouvoir comparer les résultats avec le premier bilan de santé financé par l'Agirc-Arrco. Une étude randomisée est menée dans ce cadre.

1.1.3 La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) doit permettre de progresser encore dans la mise en commun d'instruments de prévention

[134] Aux termes des textes applicables, « Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. »⁵⁵

[135] La CFFPA est désormais ancrée au niveau départemental. Néanmoins, les deux territoires abordés par la mission le démontrent, le fonctionnement partenarial et institutionnel n'est pas partout aussi fluide.

1.1.3.1 Un apport important des financements de la CNSA, une participation financière variable des organismes de sécurité sociale

[136] Le programme coordonné couvre six thèmes précisément énumérés par les textes⁵⁶.

[137] L'utilisation par les membres des CFPPA, des concours de la CNSA portant sur le « forfait autonomie » aux résidences autonomie (thème 2) et les « autres actions de prévention » (thèmes 4, 6 et 5 depuis 2019), n'a pas été analysé en tant que telle par la mission, qui n'était pas mandatée pour ce faire.

[138] Des entretiens réalisés, il ressort cependant que l'apport de ces concours sur les actions entreprises est manifeste, ne serait-ce qu'en termes quantitatifs. En 2019, leur niveau global d'engagement était toujours en augmentation⁵⁷, et ils représentaient près des deux tiers des financements de la prévention, tous financeurs⁵⁸.

[139] Les organismes de sécurité sociale contribuent, pour leur part, à près de 17 % aux dépenses engagées, surtout sur l'accès aux aides techniques, les actions mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile, et les actions collectives.

⁵⁵ Art. L 233-1 CASF

⁵⁶ Le programme défini par la conférence porte sur :

1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition ...;

2° L'attribution du forfait autonomie...;

3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile...;

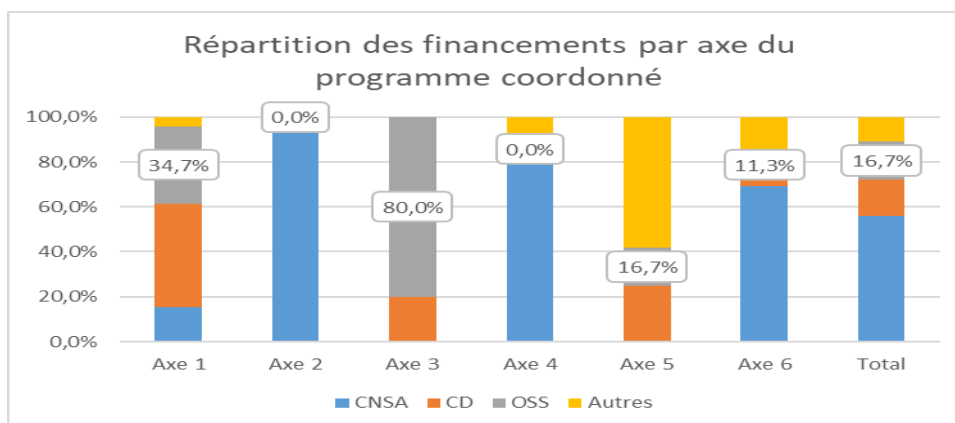
5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.

⁵⁷ Il a atteint 81,4 % en 2019 (75,3 % en 2018), soit un montant de plus de 146 millions d'euros, ce qui correspond à une augmentation de plus de 11 millions d'euros par rapport à 2018 (source : CNSA)

⁵⁸ 130 M€ sur 203, en 2019

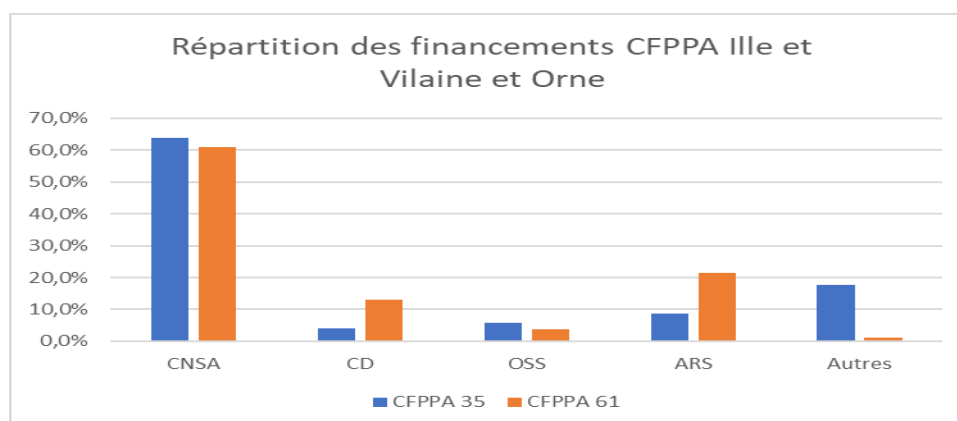
Graphique 8 : Répartition des financements par axes, part des OSS-2018



Source : Mission d'après données CNSA⁵⁹

[140] Les situations dans l'Orne et en Ille et Vilaine présentent quelques spécificités par rapport aux constats nationaux en la matière, les financements sur fonds propres des organismes de sécurité sociale y apparaissant plus faibles, l'investissement de l'ARS important, comme celui des autres collectivités territoriales en Ille et Vilaine.

Graphique 9 : Répartition des financements CFPPA Ille et Vilaine et Orne- 2019



Source : Mission d'après données CFPPA 35 et 61

1.1.3.2 Conforter l'effet d'entraînement des capacités d'observation et d'expertise des organismes de sécurité sociale

[141] Les programmes coordonnés des départements d'Ille et Vilaine et de l'Orne ont été conçus sur la base des thèmes énoncés par la loi, et établis suite à des travaux de diagnostic où les expertises et données des CARSAT et MSA ont été fortement sollicitées. Les données des observatoires de fragilités ont par exemple permis de cartographier les deux départements, en faisant ressortir avec précision les communes et EPCI où se concentrent les besoins d'intervention.

[142] Les priorités retenues sont traduites par un ou des appels à candidatures annuels, communs aux financeurs. En 2020, pour les actions collectives (axe 6), l'Orne comme l'Ille et Vilaine mettent

⁵⁹ DOSSIER TECHNIQUE Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie; Synthèse des rapports d'activité 2018 (juin 2020)

l'accent, outre les actions « bien vieillir », sur la lutte contre l'isolement et le maintien du lien social, la mobilité et les transports, l'usage du numérique et l'accès aux droits et de manière plus originale en Ille et Vilaine, sur les accidents médicamenteux, le sentiment de peur, le risque suicidaire.

[143] Dans l'Orne, les actions de soutien et d'accompagnement des proches aidants (axe 5) font l'objet d'un AAC spécifique. Si ce thème d'intervention reste budgétairement marginal dans les deux départements, il émerge néanmoins, notamment dans les plans d'action sociale des régimes de retraite.

[144] Les thématiques abordées, notamment pour le « bien vieillir », qui constitue le cœur des actions collectives, s'appuient pour l'essentiel sur les référentiels développés par l'inter régime retraite.

[145] Mais, si l'appétence pour des actions innovantes est variable, dans les deux départements, on voit apparaître des préoccupations nouvelles et la recherche d'opérateurs susceptibles de porter des solutions adaptées.

[146] Au total, il convient de conforter la dynamique instaurée au sein des CFPPA, largement liée à l'effet de levier des financements CNSA, mais également à l'investissement des différentes parties prenantes. Si les partenariats peuvent être plus ou moins fluides, les organismes de sécurité sociale disposent d'une ingénierie de repérage des besoins, de référentiels d'actions, de suivi des actions, voire de mesure d'impact, et d'information de potentiels bénéficiaires⁶⁰ qu'ils doivent continuer à mettre à disposition collective de manière volontariste.

[147] De même, les organismes de sécurité sociale doivent être encouragés à promouvoir des actions territoriales de type « chartes de solidarités avec les aînés » de la MSA, ou des démarches Engagement Commun pour le Logement et l'Autonomie sur les Territoires (ECLAT)⁶¹, qui restent en attente d'évaluation des neuf expérimentations actuellement en cours. Les deux CARSAT visitées par la mission sont chacune porteuse d'un projet, situé pour l'un sur le territoire de Crozon Aulne Maritime (Ille et Vilaine)⁶², l'autre sur la Communauté urbaine Caen La Mer.

Recommandation n°5 Renforcer l'investissement des organismes de sécurité sociale dans le cadre des CFPPA, au regard des moyens et de l'ingénierie dont ils disposent, notamment pour le portage de projets territoriaux

⁶⁰ Via par exemple l'alimentation de la cartographie "Trouver près de chez vous un atelier" du site "pourbienvieillir.fr"

⁶¹ La démarche ECLAT consiste à « modéliser des contrats de territoire autour de la prévention de la perte d'autonomie reposant sur une double démarche de coordination des acteurs du territoire au niveau infra départemental, d'élaboration d'un diagnostic des fragilités par la mobilisation de données et d'élaboration de plans d'actions locales co-financés avec les collectivités territoriales et les bailleurs sociaux notamment » (source : CPG CARSAT Normandie). A titre d'exemples, une démarche ECLAT peut venir soutenir : la rénovation d'une résidence autonomie, un programme coordonné d'actions collectives de prévention / de maintien du lien social, des actions favorisant l'inclusion numérique des habitants du territoire, l'organisation de bilan de prévention pour les retraités, l'adaptation de logements dans le parc social, etc.

⁶² Territoire fragile, mais doté d'un réseau partenarial fort (CLIC, centre social, bailleur social) ; le diagnostic préalable est en cours, réalisé par Soliha Hauts de France

1.1.3.3 Assurer une prise en charge sans solution de continuité des bénéficiaires de PAP et de l'APA, entre acteurs de la prévention de la perte d'autonomie

- En amont de l'évaluation, le dépôt des demandes auprès des conseils départementaux et auprès des caisses de retraite reste tributaire de demandes distinctes⁶³, facteurs de complexité ou d'erreurs

[148] La demande unique APA/PAP⁶⁴ a été expérimentée sur quelques territoires en 2020, et la création d'un formulaire CERFA est en cours au moment de la rédaction du présent rapport.

[149] Pour aller au bout de la démarche, un téléservice de demande unique est en cours de développement à la CNAV, en lien avec la CCMSA, et la CNSA, pour permettre d'adresser directement la demande au Conseil départemental, à la CARSAT ou la MSA compétente. Le produit pourrait être expérimenté puis déployé courant 2022.

[150] Il conviendra de suivre la bonne mise en place de cette initiative intéressante partagée entre CNSA, CCMSA et CNAV.

- La reconnaissance des évaluations des personnes en perte d'autonomie et des plans d'aide

[151] La reconnaissance croisée des évaluations entre régimes de retraite compétents pour les personnes encore autonomes, et les conseils départementaux qui le sont pour des personnes déjà dépendantes a fait l'objet, dans l'Orne, comme en Ille et Vilaine, de conventions de réciprocité⁶⁵.

[152] *A minima*, ces conventions permettent aux évaluateurs mandatés par les deux parties d'aller au bout de la démarche d'évaluation, et conduisent à une reconnaissance mutuelle des résultats en termes de Groupe iso ressources.

[153] L'Ille et Vilaine et l'Orne offrent, en outre, l'exemple d'une reconnaissance des plans d'aides proposés. Pour les primo demandes, au cas où l'évaluation conduit à l'attribution du dossier de demande à l'autre partie (instruction département concluant à un GIR 5 ou 6, instruction CARSAT ou MSA concluant à un GIR 1 à 4), le plan d'aide établi selon les référentiels en vigueur (référentiel départemental pour établissement d'un plan d'aide APA, référentiel CARSAT ou MSA pour établissement d'un plan d'aide GIR 5 et 6) fait l'objet d'une communication pour validation puis décision par l'institution compétente⁶⁶. Mais le plan d'aide a bien été élaboré par le premier évaluateur saisi, même si la décision finale d'ouverture d'un droit reste propre à chaque institution.

[154] Cette situation constitue évidemment une cible pour l'ensemble des départements.

⁶³ La CARSAT Normandie semble être une des seules à avoir établi avec les CD de son ressort, une demande (papier) unique pour le PAP et l'APA

⁶⁴ L'APA est une prestation légale et l'intervention des CARSAT sur les personnes en GIR 5 et 6 une prestation d'action sociale, généralisée, mais facultative

⁶⁵ La reconnaissance mutuelle des évaluations fait l'objet d'une politique nationale de promotion engagée entre la CNAV, la CNSA et les CD

⁶⁶ Dans ce cas, la personne est invitée par l'évaluateur de la caisse de retraite à adresser une demande APA (qu'il lui remet) au département ; et réciproquement par l'évaluateur du département à adresser une demande de PAP à sa caisse de retraite.

[155] Au-delà, les évaluateurs pourraient aller jusqu'à aider la personne à constituer le dossier de demande⁶⁷.

[156] Les procédures sont pour l'instant moins satisfaisantes, pour les personnes dont la situation justifie d'un passage de l'APA à la prestation PAP (GIR 5 ou 6), ou, plus souvent, du PAP à l'APA⁶⁸. Les conventions prévoient simplement une notification de fin de droit et une prorogation de droit de deux mois pour permettre la constitution d'un nouveau dossier de demande. Là encore, il pourrait être demandé à l'évaluateur d'aider la personne à constituer le dossier.

Recommandation n°6 Assurer une prise en charge sans rupture des bénéficiaires de plans d'aide personnalisé et de l'APA

1.2 Dans le champ « enfance-famille », la territorialisation de l'action sociale apparaît comme une voie majeure de progrès

[157] En plus des prestations légales, la branche famille sert des prestations extra légales, prestations d'action sociale à l'égard des familles. L'arrêté du 30 octobre 2001 définit un large champ d'intervention pour l'action sociale de la branche, qui va de l'action en faveur de la petite enfance, au soutien aux familles et à la fonction parentale, à la prévention des exclusions, à l'appui aux jeunes adultes, à l'action sur le temps libre et les vacances des enfants et de la famille.

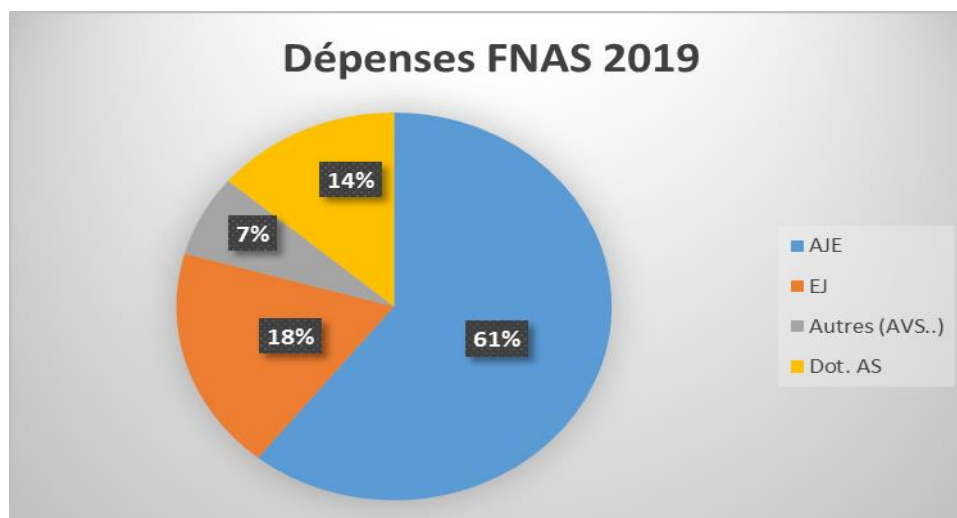
[158] L'action sociale de la branche est mise en œuvre par la CNAF et les 101 CAF dans le cadre d'un Fonds National d'Action sociale (FNAS), au niveau national sous l'égide du conseil d'administration et de sa commission d'action sociale, au niveau départemental par chaque CAF, sous l'égide de son conseil d'administration et d'une ou plusieurs commissions spécialisées.

[159] En 2019, les dépenses du FNAS se sont élevées à 5 865 M€. Ces crédits ont été utilisés principalement pour développer des actions en matière d'accueil du jeune enfant (0 à 6 ans) (AJE, 3,65 Mds), mais aussi des actions concernant le temps libre des enfants et des familles (1,125 Mds€). Pour le reste, les crédits de l'action sociale ont permis de financer des aides collectives au développement notamment des actions de soutien à la parentalité et aux centres sociaux et les aides individuelles aux familles en difficulté (0,4 Mds€). Enfin, une partie significative de ces crédits a été gérée sous forme de dotations d'action sociale des CAF (826 M€).

⁶⁷ Là encore, à la date de rédaction du rapport, la situation de demande unique semble très minoritaire. La CARSAT Normandie admet que la demande unique qu'elle a mise en place avec les CD de son ressort n'exclut pas la demande de pièces complémentaires pour le dossier APA

⁶⁸ Si, à la suite de sa demande ou au cours d'un renouvellement ou d'un réexamen, une personne déjà bénéficiaire d'un plan d'aide ou d'une APA s'avère potentiellement relever dorénavant de l'autre dispositif, elle se voit notifier une fin du droit existant

Graphique 10 : Dépenses FNAS 2019



Source : Mission d'après données CNAF

[160] Dans les deux départements étudiés par la mission, ces lignes d'action sont mises en œuvre par les CAF, qui interviennent sur trois champs bien identifiés :

- Le financement de prestations de services qui doivent permettre la conciliation vie familiale-vie professionnelle pour l'accueil des jeunes enfants et l'aide au temps libre des enfants (périscolaire et loisirs),
- L'action sociale collective, c'est-à-dire le financement par les CAF d'action de soutien à la parentalité, de structures d'animation de la vie sociale et d'actions en faveur du logement,
- L'action sociale individuelle, c'est-à-dire l'accompagnement des familles en difficulté par des travailleurs sociaux et par la mise en place d'aides financières. Ces interventions, dont les bénéficiaires sont des familles en fragilité seront traitées *infra* avec l'action sociale du domaine pauvreté inclusion (voir 13).

[161] Ces actions sont financées par des budgets significatifs : 81,4 M€ pour l'Ille et Vilaine et 15,3 M€ pour l'Orne en 2019. La répartition entre les fonds nationaux (utilisés dans le cadre de règles fixées au niveau national) et les fonds locaux (utilisés dans le cadre des règles fixés au niveau local) s'établissait pour l'Ille et Vilaine à 77 % pour les premiers contre 23 % pour les seconds, et pour l'Orne à 87 % pour les premiers contre 13 % pour les seconds.

[162] Les actions mises en œuvre déclinent la politique nationale de l'enfance et de la jeunesse⁶⁹, de renforcement de l'offre d'accueil des jeunes enfants à la fois sur le plan quantitatif (création de 30 000 places supplémentaires d'ici 2022), mais aussi qualitatif (à travers notamment la formation des assistants maternels et la mise en place de relais d'assistants maternels), de développement

⁶⁹ En matière d'action sociale, la COG de la CNAF comporte une série d'orientations qui visent à

- développer l'accueil du jeune enfant en luttant contre les inégalités sociales et territoriales,
- accompagner les parcours éducatifs des enfants âgés de 3 à 11 ans,
- soutenir les jeunes de 11 à 25 ans dans leur parcours d'accès à l'autonomie,
- valoriser le rôle des parents et contribuer à prévenir les difficultés rencontrées avec leurs enfants,
- soutenir les politiques du logement et participer à leur réforme,
- contribuer à l'accompagnement social des familles et développer l'animation de la vie sociale dans les territoires prioritaires,

d'une approche préventive (programme 100 premiers jours de la vie), et d'une meilleure prise en compte des parcours de vie notamment ceux des familles monoparentales en inscrivant l'action dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (voir plus loin).

[163] La mission constate que les politiques importantes mises en œuvre peinent à atteindre leurs objectifs en matière de réduction des inégalités d'accès aux modes de garde. Les schémas départementaux mis en œuvre apparaissent insuffisants, du fait de leur caractère non contraignant et de l'absence d'un chef de filât clair du côté des collectivités territoriales. Les deux CAF visitées considèrent que la recherche de partenariats territoriaux constitue une alternative à privilégier. Cela devrait conduire à une couverture complète des territoires par les CTG. La mission partage ces analyses et préconise d'accroître les capacités des CAF à contractualiser, grâce au renforcement des leviers financiers dont elles disposent (fonds publics et territoires, bonus territoire, mesures prévues par le plan rebond).

1.2.1 L'action prépondérante sur les modes de garde et le temps libre des enfants peine à atteindre ses objectifs, notamment pour réduire les inégalités d'accès

[164] La MSA donne un exemple probant d'inscription territoriale de l'action sociale enfance-famille. Mais pour les CAF, si les actions de soutien à la parentalité et de l'animation de la vie sociale, qui mobilisent peu de moyens, apparaissent pour autant très utiles, le financement massif des modes de garde peine à atteindre ses objectifs en matière de réduction des inégalités d'accès.

1.2.1.1 L'action de la MSA : un effort soutenu d'adaptation territoriale

- Un cadre d'orientation stratégique et une doctrine articulée de l'action sociale

[165] Les deux caisses de MSA Portes de Bretagne (PDB) et Mayenne, Orne, Sarthe (MOS) mettent en œuvre des actions dans le domaine famille-enfance conformément aux orientations fixées par la COG et déclinées par leurs CPG (2016 -2020). Au niveau national a été établi en 2020 un référentiel de l'action sociale « Intervention sociale - socle commun des pratiques sur les territoires », qui fixe une doctrine d'intervention articulée autour de trois axes : la mise en œuvre des politiques sociales (par exemple l'offre d'accueil des jeunes enfants), le développement social territorial et l'accompagnement social individuel et collectif des adhérents en difficulté.

[166] Le plan d'action sanitaire et sociale (PASS) de la CMSA PDB pour 2017-2021 définit un objectif d'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, par le versement de prestations aux familles et aux structures, et au travers de partenariats.

[167] Le PASS comporte aussi un engagement en faveur des jeunes, avec le versement de prestations versées aux familles (aides à la poursuite des études, au permis de conduire, à la recherche d'emploi et à l'insertion professionnelle à la formation d'animateur ou de directeur de centre de loisirs) et des aides collectives en soutien à des projets d'animation en direction des jeunes.

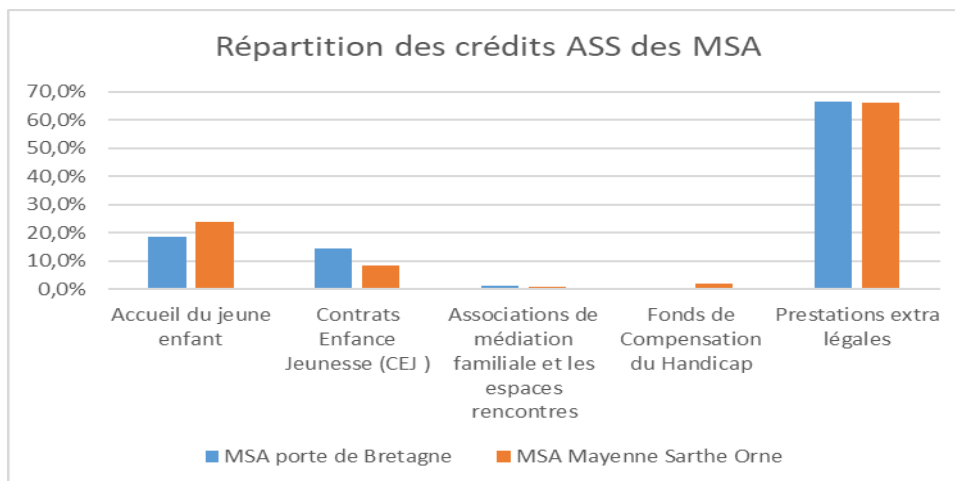
[168] S'agissant de la CMSA MOS, le Plan d'Action Sanitaire et Sociale 2016-2020 fixe cinq objectifs prioritaires, dont deux concernent directement le domaine enfance famille :

- Accompagner les parents dans leurs rôles et responsabilités parentales,
- Accompagner les jeunes dans la réalisation de leurs projets.

[169] Dans les deux départements, la déclinaison de ces objectifs se traduit par des actions collectives dans les territoires à destination de l'ensemble des habitants du milieu agricole et rural, menées dans une démarche de développement social local et par des accompagnements individuels et financiers pour les ressortissants du régime agricole.

- Les ressources engagées

Graphique 11 : Répartition des crédits ASS des MSA PdB et MOS en 2020 (%)



Source : Mission d'après données MSA

[170] Pour les deux départements couverts par la MSA Portes de Bretagne (PDB), les dépenses d'action sociale se sont élevées à 6 M€ en 2019 et pour la MSA Mayenne Orne Sarthe (MOS) à 5,6 M€. Dans les deux budgets, une part importante est consacrée à l'accueil du jeune enfant et aux contrats enfance jeunesse (32 % au total), tandis que les prestations extra légales en représentent les deux tiers.

[171] La CMSA MOS met en œuvre des rencontres avec les jeunes installés et les futures mères, ainsi qu'un soutien à l'accueil du jeune enfant, notamment à travers la mise en œuvre de la prestation de service (330 versées en 2019), mais aussi en accompagnant le développement des maisons d'assistance maternelles (MAM) et les micro-crèches.

[172] S'agissant des aides collectives, les deux CMSA interviennent sur le soutien à la parentalité. En 2019, la CMSA MSM a financé dans l'Orne 8 actions des réseaux d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), soutenu 4 espaces de rencontre parents enfants et 4 services de médiation familiale.

[173] Concernant les structures d'animation de la vie sociale, les deux CMSA ont soutenu des Centres Sociaux et Espaces de vie sociale. Elles sont aussi intervenues sur le logement et ont soutenu avec des montants limités des associations (par exemple Familles rurales et l'UDAF).

1.2.1.2 L'action sociale collective des CAF : un développement réussi du soutien à la parentalité et de l'animation de la vie sociale

[174] Dans les deux départements, une partie limitée des financements d'action sociale des CAF est affectée à la mise en œuvre de l'action sociale collective, soutien à la parentalité, financement de l'animation à la vie sociale et actions logements. Pour autant, ces actions ont une portée sociale significative.

- Le soutien à la parentalité

[175] En application de la stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent » de 2018 et de l'orientation des deux SDSF, les deux CAF ont développé des actions concrètes dans le cadre d'un partenariat avec le CD, particulièrement nourri en Ille et Vilaine.

[176] Il s'agit d'abord du soutien aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP) qui, dans les deux départements, connaissent un réel développement. Ainsi par exemple en Ille et Vilaine, le nombre de porteurs de projets et surtout d'actions présentées est en constante progression depuis plusieurs années⁷⁰.

[177] Les CAF ont aussi soutenu la mise en place de Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)⁷¹. En Ille et Vilaine, la CAF a également mis en place avec ses partenaires un label « Club parents » pour faciliter l'échange entre parents⁷². Les modalités de fonctionnement sont variées : rencontres mensuelles, hebdomadaires ou bimestrielles, en journée ou en soirée, avec la mobilisation ou non d'intervenants extérieurs sur des thèmes divers.

[178] Enfin, les deux CAF ont soutenu la médiation familiale pour contribuer à résoudre les problèmes de conflit conjugal et chercher des solutions dans l'intérêt des enfants. L'objectif est de résoudre un conflit post-divorce ou séparation concernant l'autorité parentale sans saisir à nouveau la justice⁷³.

- Le financement de l'animation de la vie sociale

[179] En application des schémas directeur de l'animation sociale (SDAS), les CAF interviennent sur l'intégration des familles dans la vie sociale. Elles soutiennent des structures qui sont des lieux-ressources proposant des services et activités coordonnées, à finalités sociales, éducatives et culturelles et qui favorisent la mise en œuvre des initiatives locales et le renforcement du lien social. Elles constituent des espaces de rencontre et de soutien des familles dans leur environnement proche.

[180] En 2019, la CAF de l'Ille et Vilaine a ainsi financé 16 centres sociaux (CS) et 20 espaces de vie sociale (EVS) dont 2 créés en 2019 qui ont bénéficié de 4,3 M€ et 10 Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) gérés par 6 associations pour un montant de 1,2 M€. Dans l'Orne La CAF a ainsi financé notamment une dizaine de centres sociaux et 5 foyers de jeunes travailleurs FJT.

- Les actions concernant le logement

[181] Enfin, les deux CAF agissent sur l'accès au logement. Elles interviennent sur les impayés de loyers en essayant de favoriser la résolution des difficultés par la conciliation à travers des actions d'information en direction des locataires et des bailleurs. Elles participent sous l'égide de la préfecture et avec tous les acteurs à la commission de conciliation des actions de prévention des expulsions locatives (CAPEX).

⁷⁰ En 2019, 128 dossiers de demandes de subvention reçus, 230 actions financées sur 334 actions proposées (soit 69 %) pour 113 porteurs de projets différents.

⁷¹ 24 LAEP sont labellisés en Ille-et-Vilaine dont 3 nouveaux l'ont été en 2019 et 6 dans l'Orne dont 3 en milieu rural.

⁷² Au nombre de 30 pour 29 gestionnaires en 2019, ceux-ci sont répartis sur l'ensemble du département et la CAF les finance à hauteur de 70 000 euros.

⁷³ Dans l'Orne 224 dossiers ont été pris en charge en 2019 par l'association Fondation Normandie Générations à son siège à Alençon mais aussi dans ses quatre antennes (Argentan, Bellême, L'aigle et Flers) et par l'association Adom'61 à Alençon.

[182] Les deux CAF interviennent aussi sur la lutte contre la non décence en application de la loi ALUR de 2014 qui a renforcé leur rôle en utilisant le levier du dispositif de conservation des allocations de logement familial ; cette action qui concerne quelques une centaine de logements par dans les deux départements par an est géré par le Pole sur l'Habitat Indigne qui incite les bailleurs à faire les travaux nécessaires.

1.2.1.3 Les prestations de service, l'accueil des jeunes enfants et le financement d'accueils de loisirs sans hébergement : des inégalités sociales et territoriales d'accès qui subsistent

[183] Dans les deux départements, les CAF sont très engagées dans le soutien à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, à travers une politique dynamique d'accueil des jeunes enfants et de loisirs des enfants et des jeunes, qui représentent une part considérable du budget de l'action sociale respectivement 57 % et 23 % pour l'Ille et Vilaine et 45 % et 16 % pour l'Orne.

- Pour l'accueil du jeune enfant, les CAF financent à la fois les familles avec la prestation d'accueil du jeune enfant (prestation légale) avec ses différentes composantes possibles⁷⁴, mais aussi les structures d'accueil avec un dispositif financier complexe, qui permet de couvrir des dépenses de fonctionnement, à travers le versement de la prestation de service unique (PSU), mais aussi d'investissement.

[184] Ces crédits ont permis de doter les deux départements d'une capacité d'accueil à un bon niveau. L'Ille-et-Vilaine, avec 75 places offertes pour 100 enfants et l'Orne avec près de 67 places pour 100 enfants contre une moyenne de 58 places pour 100 enfants au niveau national à fin 2018, se classent parmi les départements qui présentent la capacité d'accueil la plus forte.

[185] Mais dans les deux départements, les places étaient davantage offertes en accueil individuel chez les assistants maternels qu'en accueil collectif dans les équipements d'accueil du jeune enfant (EAJE). Ainsi en Ille et Vilaine, les places en accueil individuel représentent 67 % de l'ensemble des places offertes (contre 56 % au niveau national).

[186] La répartition de ces places sur les territoires n'est pas sans poser problème. Les deux SDSF avaient fait le constat que l'offre collective se situait en dessous de la moyenne nationale, mais surtout que certains publics n'y accédaient pas autant qu'on aurait pu le souhaiter, et que certains territoires étaient peu couverts. A partir de ces constats, les deux SDSF avaient fait de la réduction des inégalités une orientation majeure.

[187] Il apparait que, ces dernières années, le mouvement de création de places et d'amélioration de la qualité de l'offre s'est poursuivi, mais que selon les responsables des deux CAF, il n'a pas permis de réduire sensiblement les inégalités territoriales.

[188] Par ailleurs, comme au niveau national, dans les deux départements, le recours aux EAJE est plus limité pour les familles en situation moins favorisées⁷⁵. Cette situation peut s'expliquer par la situation économique des familles (l'Orne figure parmi les 10 départements où le taux de participation familiale pour les crèches est le plus faible), mais il est aussi lié à la difficulté de prendre

⁷⁴ Prime naissance/ adoption, allocation de base, prestation partagée d'éducation de l'enfant et complément de libre choix des modes de garde

⁷⁵ Au niveau national seuls 16 % des enfants vivant dans le premier quartile de niveau de vie sont accueillis chaque semaine au regard de de 32 % des enfants vivant dans les familles du dernier quintile. Le chiffre équivalent pour l'Orne n'est pas disponible mais devrait être proche compte tenu des caractéristiques socio-économiques du département (taux de pauvreté des jeunes).

en compte les besoins spécifiques de ces personnes (et notamment la situation des personnes au chômage ou en horaire décalé).

[189] Il apparaît que la mise en œuvre des orientations des SDSF s’est heurtée à deux difficultés : la première est l’attitude réservée de certaines collectivités locales devant l’extension de modes de garde perçus comme coûteux et moins prioritaires que d’autres engagements ; la seconde tient à la difficulté de bien appréhender les besoins des familles défavorisées, qui sont significativement différents de ceux des autres parents.

[190] Les efforts de rééquilibrage territorial ou social ont été mis en œuvre dans un contexte défavorable en termes de financement. Compte tenu de leur situation financière appréciée à travers leur potentiel fiscal, la participation des collectivités locales est faible.

[191] Dans ce contexte, la mise en place des bonus territoriaux et d’abord le bonus mixité a eu un impact significatif. Ainsi par exemple dans l’Orne, en 2019, première année d’application des bonus mixité, 273 200€ ont été versés à 19 des 38 structures du de l’Orne. Les structures implantées sur les Quartiers Politique de la Ville (QPV) ont toutes bénéficié du versement du bonus mixité⁷⁶.

[192] S’agissant du bonus Inclusion Handicap, les résultats sont moins significatifs : en 2019, ces financements (12 978€) qui ont concerné l’accueil de 8 enfants porteurs de handicap bénéficiaires de l’AEEH ont été versés à 4 structures sur 39. L’Orne est ainsi un des départements où le taux d’EAJE bénéficiaires est le plus faible en France (10 %).

Le plan rebond

En mars 2021, la CNAF a engagé un plan rebond pour soutenir davantage la création de crèches et de places d’assistantes maternelles, doté de 300 M€ sur deux ans, dont 200 M€ pour 2021, ce qui portera l’effort des CAF dans ce domaine à 3,9 Mds €. Les crédits supplémentaires seront mis en œuvre autour d’un petit nombre d’axes :

- Un soutien exceptionnel aux structures pour les aider à faire face à la crise sanitaire et éviter les fermetures de places à travers le versement d’aides transitoires au fonctionnement ;

- Des mesures d’accompagnement à la création de nouvelles places d’accueil en crèches. Le plan permettra d’apporter jusqu’à 22 500€ par place par an, ce qui fait passer la prise en charge de 56 % à 75 % du coût par place. Les aides seront notamment majorées pour les projets prévus dans Quartiers Prioritaires de la Ville ou les Zones de Revitalisation Rurale, ou ceux qui sont tournés vers l’accueil de public en insertion. Grâce à cette forte baisse du reste à charge en investissement, 12 000 places supplémentaires devraient être créées.

- Des allègements supplémentaires pour les dépenses de fonctionnement à la charge des collectivités. L’objectif du plan Rebond est d’augmenter la prise en charge des coûts de fonctionnement des crèches (en moyenne 16 000€) par an en le faisant passer de 60 % à 64 %.

- Un renforcement de l’expertise des Caf pour accompagner le montage des projets, à travers la création d’un pôle national de conseil, pour proposer des services et des conseils dans les domaines juridiques, immobiliers, budgétaires et pédagogiques, afin d’aider à la création d’une crèche.

- Un renforcement de l’appui aux Maisons d’assistantes maternelles (MAM). Les MAM permettent à quatre professionnels de se regrouper pour exercer hors de leur domicile. Leur nombre, aujourd’hui de 3477 progresse fortement (+ 600 par an). Des crédits supplémentaires à hauteur de 15,7 M€ seront mis en œuvre pour des aides à l’investissement et étendre l’aide au démarrage pour toutes les nouvelles Mam et les projets d’extension.

⁷⁶ Le montant du bonus s’échelonne de 3600 € à 63 000 € d’aides supplémentaires. 4 des 19 structures implantées sur les territoires ruraux ont également pu en bénéficier. Le bonus permet de diminuer la participation des familles qui s’élève en moyenne pour le département à 1,20€ de l’heure.

- Les deux CAF soutiennent aussi fortement l'accès des enfants, des jeunes et des familles aux temps libres, temps périscolaires et de loisirs, à la fois à travers des aides individuelles, mais aussi par un soutien aux structures, notamment pour l'accueil en péri scolaire.

[193] Ainsi en Ille et Vilaine, pour l'année scolaire 2018/2019 où la CAF anime le comité de pilotage dans un partenariat étroit avec l'Education Nationale, 70 Contrats Locaux d'Accompagnement de la Scolarité (CLAS), portés par 48 gestionnaires, ont permis l'accueil de 219 groupes d'enfants, soit 2 339 élèves (dont 59 % scolarisés en primaire).

[194] Au total, dans un contexte où il n'existe pas de définition précise de la fonction de chef de filât dans le domaine de l'enfance hors l'ASE, ni d'obligations règlementaires pour garantir l'engagement des collectivités sur la création de places d'accueil et dans une moindre mesure sur les conditions de soutien aux temps libres, la conviction des responsables des deux CAF, est que seules les démarches de dialogue dans les territoires de proximité permettent d'affiner les diagnostics sur les besoins, et de créer une motivation à agir pour les collectivités locales. Ces interventions conduisent par exemple de réfléchir à des formules intermédiaires comme le développement de maisons d'assistants maternels, permettant de mieux répondre aux besoins des territoires ruraux.

[195] Les CAF de l'Orne et avec un temps de retard, d'Ille et Vilaine, se sont ainsi engagées dans des démarches de passation de Conventions Territoriales Globales (CTG) pour mieux appréhender ces besoins et mieux y répondre. (Voir *infra*)

[196] Pour faciliter cette démarche, il paraît souhaitable de renforcer les leviers financiers dont disposent les CAF.

1.2.2 La planification stratégique départementale de l'action sociale familiale est inégale et souffre de l'absence de chef de filât clair

[197] Le champ abordé exclut l'aide sociale à l'enfance.

[198] Les deux CAF interviennent dans un cadre d'orientations de moyen terme, assorti d'une programmation financière définie par la Convention d'Objectifs de Gestion (COG) 2018 -2022.

[199] Ces orientations ont vocation à être mises en œuvre dans le cadre de Schémas Départementaux de Services aux Familles (SDSF), eux-mêmes déclinés sur le plan territorial par des Conventions Territoriales de Gestion (CTG).

1.2.2.1 Les Schémas Départementaux de Services aux Familles (SDSF)

[200] A partir de 2015 a été engagée, dans chaque département, l'élaboration d'un schéma Départemental de Services aux Familles (SDSF) par la CAF en concertation avec ses partenaires, sous l'égide des préfets. Il s'agissait dans le cadre défini par la COG de lutter contre les inégalités d'accès aux modes d'accueil des enfants, de développer des dispositifs de soutien à la parentalité et de lutter contre les inégalités territoriales et sociales à ces services et de renforcer la gouvernance partenariale dans les domaines d'intervention de l'action sociale des CAF.

- En Ille et Vilaine, le SDSF couvrait initialement la période 2015-2019 et il a été prorogé en 2020.

[201] La gouvernance, est assurée par un comité départemental stratégique de services aux familles, présidé par le Préfet et vice- présidé par le CD et la CAF. La CAF assure une fonction de coordination

et animation. La MSA est co-signataire. Deux comités opérationnels thématiques pilotent respectivement les secteurs petite enfance et parentalité.

[202] Le SDSF est structuré autour de quatre orientations clefs :

- « Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès des familles aux services d'accompagnement des parents,
- Améliorer l'information des familles et des acteurs locaux en matière d'enfance et de soutien à la parentalité,
- Faciliter la mise en réseau, la coordination des acteurs et des offres en matière d'enfance et d'accompagnement à la parentalité pour garantir la qualité de service,
- Répondre aux besoins spécifiques des familles, en particulier lorsqu'elles rencontrent des situations de vulnérabilité ».

[203] Les orientations sont déclinées en objectifs et actions précises.

[204] La prorogation du SDSF en 2020 a été justifiée par la nécessité d'en faire un bilan approfondi qui a été mené avec l'appui d'un consultant extérieur⁷⁷. Les travaux présentés en décembre 2020 ont fait apparaître les forces et les faiblesses du SDSF.

[205] Pour les premières, il apparaît que le schéma a constitué un cadre de gouvernance global et cohérent, qui a amélioré la coordination entre la CAF et le Département, et qui a permis des échanges appréciés par les partenaires.

[206] Mais le bilan a aussi fait apparaître les faiblesses du SDSF : un schéma peu lisible, trop descendant ce qui n'a pas favorisé l'appropriation par les acteurs, peu opérationnel et élaboré sans une association suffisante des collectivités territoriales (autre que le CD). Pour l'avenir, et sachant que le futur SDSF devrait être unifié avec le futur schéma d'animation de la vie sociale, il est préconisé de construire un schéma plus co-construit, plus opérationnel et plus transversal.

- Dans l'Orne, le SDSF 2017-2019, qui réunit les partenaires compétents en la matière⁷⁸ a été enrichi par avenant en avril 2019.

[207] Il est passé de cinq à huit orientations stratégiques, en intégrant trois nouvelles orientations relatives à l'enfance et à la jeunesse (coordination des acteurs dans le domaine enfance-jeunesse, qualité des actions éducatives dans les structures enfance-jeunesse, autonomie des jeunes et accès aux droits).

[208] Les moyens mis en œuvre reposent sur « les financements de droit commun, dans le respect des compétences de chaque partie, et selon ses procédures internes ». Ces moyens sont mobilisés « dans la mesure de leurs possibilités et dans le respect des compétences et territoires qui leur sont dévolus ».

[209] Le SDSF, qui valait jusqu'à fin 2019 n'a pas fait l'objet d'une prorogation formelle. Sa gouvernance apparaît à la fois légère, voire distante du point de vue des moyens mis en œuvre par les parties, et faisant intervenir un grand nombre de réseaux et groupes de travail (voir schéma *en*

⁷⁷ Cabinet TMO

⁷⁸ Etat, conseil départemental, CAF, MSA, association des maires de l'Orne, UDAF

annexe), sans pilotage nettement identifié, ce qu'ont confirmé plusieurs interlocuteurs de la mission, en le regrettant.

[210] Il apparaît que la dynamique des schémas a été nettement différente entre les deux départements. Cela tient naturellement à la qualité du partenariat avec la préfecture et le conseil départemental. Mais cela s'explique aussi par le fait que la démarche de schéma intervient dans un domaine où les communes jouent un rôle important dans le développement ou non des modes de garde et d'activités périscolaires.

[211] Quoi qu'il en soit, la mission ne peut qu'approuver l'instauration envisagée d'un « Comité départemental des services aux familles » piloté par le Préfet, qui ne pourra que renforcer le cadre d'élaboration et de suivi de la mise en œuvre des SDSF.

1.2.2.2 Les Schémas directeurs de l'Animation de la vie Sociale (SDAVS)

[212] A partir de juillet 2015 il a été demandé à chaque CAF d'élaborer dans un cadre partenarial un Schéma Directeur de l'Animation de la Vie Sociale (SDAVS). Il s'agissait de faire émerger une vision globale des besoins sociaux dans chaque département et de promouvoir une adaptation de l'offre à ces besoins, avec un accent mis sur la parentalité, la socialisation précoce, l'accueil des jeunes et l'accès aux droits. Plus précisément, les SDAVS étaient conçus comme un outil pour développer les liens sociaux, lutter contre l'isolement, les compétences sociales et l'autonomisation des jeunes. Pour ce faire, les SDAVS devaient organiser le développement de la présence territoriale des centres sociaux (CS) des espaces de vie sociale (EVS) et des autres structures d'animation.

- Le SDAVS de l'Ille et Vilaine

[213] Le SDAVS 2017-2019 a été prolongé jusqu'à fin 2021 dans la perspective du rapprochement avec le SDSF. Réunissant l'Etat, le CD, la fédération des centres sociaux, quelques communes et associations (UDAF, familles rurales, maires ruraux), le SDAVS est paraphé par la CAF et la MSA, auxquelles la CARSAT s'est jointe plus récemment.

[214] La CAF a piloté l'élaboration du SDAVS, et réunit un comité composé de représentants des partenaires signataires, constitué au premier trimestre 2017 afin d'affiner les orientations stratégiques et suivre la mise en œuvre du schéma. Un travail de bilan des actions du schéma est en cours⁷⁹.

- Le SDAVS de l'Orne

[215] Le SDAVS, qui réunit autour de la CAF, l'Etat, la MSA, la CARSAT et le CD, couvrait la période 2015-2019. Il n'a pas fait l'objet de prorogation formelle, comme le SDSF. Les orientations principales du schéma sont classiques⁸⁰.

[216] La gouvernance apparaît faible, le schéma indiquant « Les instances de gouvernance de la politique départementale de l'animation de la vie sociale sont à créer et/ou à formaliser pour

⁷⁹ Journée de travail avec les directeurs de centres sociaux et espaces de vie sociale en 2020, journée départementale sur l'animation de la vie sociale projetée en 2021

⁸⁰ Rationnaliser le fonctionnement des structures sur les territoires ; Encourager les initiatives, la dynamique participative au sein des structures et la concertation entre acteurs de l'animation de la vie sociale, Développer les outils et les instances nécessaires à l'observation sociale partagée, Développer le nombre de structure sur les zones non pourvues et en particulier les EVS.

accompagner la démarche, suivre les actions et les évaluer. ». La mission n'a pas eu connaissance d'avancées en la matière.

1.2.2.3 Les limites de la démarche des SDSF et SDAVS

[217] Dans la plupart des départements les années 2019 et 2020 étaient les dernières de la première génération de SDSF et de SDAVS. A la fin 2019, la CNAF, avec l'appui d'un cabinet de consultant, a lancé une évaluation des SDSF⁸¹. Ces travaux faisaient apparaître différents constats ; les SDSF avaient apporté une réelle dynamique partenariale, la CAF avait joué un rôle central dans leur élaboration, et il apparaissait une difficulté à décroiser les différentes politiques de l'enfance et de la jeunesse portées par les acteurs. Si les SDSF avaient permis des réflexions approfondies notamment sur les modes d'accueil des enfants, ils avaient aussi montré des limites dans la mise en œuvre, du fait notamment d'un manque de « territorialisation », c'est-à-dire de la difficulté à mobiliser les acteurs de proximité autour de priorités territoriales établies en commun.

[218] Ces constats valent pour les démarches mises en œuvre en Ile et Vilaine et dans l'Orne. La mission est intervenue à un moment où allait commencer l'élaboration de nouveaux schémas. C'est sûrement une opportunité pour améliorer l'efficacité des démarches de schémas dans trois directions :

- Intégrer les deux types de schéma dans un schéma unifié SDSF et SDAVS, qui soit le plus large possible ;
- Rechercher la plus grande cohérence entre les futurs schémas et les cadres programmatiques du département et donc rechercher, dans le respect des responsabilités de chef de file du département, une bonne articulation entre les orientations du CD et celles portées par les OSS en application des politiques nationales d'action sociale. La mission a été particulièrement intéressé par la démarche développée par le CD d'Ile et Vilaine qui a élaboré un schéma départemental de l'action sociale de proximité (2018-2023) qui pourrait être actualisé parallèlement à la préparation des futurs schémas et constituer ainsi un outil de cohérence ;
- Et surtout articuler la définition d'orientations au niveau des départements avec leur mise en œuvre au niveau infra départemental, dans un partenariat de proximité. Il s'agira notamment de développer l'observation de la vie sociale et l'évaluation, afin de prendre en compte les spécificités des territoires de proximité.

Recommandation n°7 Poursuivre la démarche d'élaboration de la deuxième génération des schémas départementaux, en unifiant SDSF et SDAVS, et en recherchant la plus grande cohérence avec les autres schémas du département dans le domaine de l'action sociale

⁸¹« Evaluation de la préfiguration des SDSF » Geste-Société coopérative d'études et de conseil, 2019

1.2.3 La territorialisation des actions : une voie à privilégier pour améliorer la réponse aux besoins

1.2.3.1 La démarche de conventions territoriales globales (CTG) de la CAF

[219] Les CAF mettent en œuvre les actions d'appui aux familles dans un cadre territorial qui doit permettre la mobilisation coordonnée des acteurs du territoire.

[220] Dans une première période, elles ont mis en œuvre une démarche de Contrat Enfance Jeunesse (CEJ) qui à partir de 2017 a été remplacée par la passation de Convention Territoriale Globale (CTG). Celles-ci sont passées avec les communes et surtout les EPCI pour associer l'ensemble des acteurs et les inscrire dans des démarches de développement social territorial.

[221] La démarche a été mise en œuvre à un rythme très différent entre les deux départements : à la fin de l'année 2020, en Ille et Vilaine les 11 CTG signées couvraient seulement 17,40 % de la population alors que dans l'Orne le taux de couverture de la population par les 7 CTG s'élevait à 62,98 %. Pour l'avenir cet écart devrait se réduire : si le taux de couverture devrait atteindre 85,7 % en Ille et Vilaine à l'horizon de fin 2022, il devrait atteindre 100 % à cette même échéance dans l'Orne.

[222] Dans les deux départements, les CTG ont été signées pour 4 ans par la CAF et ses partenaires locaux qui, sur le plan institutionnel sont le plus souvent une communauté de commune (CC). En Ille et Vilaine il est prévu la possibilité de déployer dans les agglomérations de plus de 10000 habitants une CTG à l'échelle communale (Rennes, Fougères, Vitré, ...). Dans un cas (la CTG signée avec la CC de St Méen-Montauban), la démarche a été conduite conjointement avec la MSA (voir ci-dessous).

[223] La méthode de construction de la CTG prévoit une démarche en trois phases :

-Une **phase de diagnostic territorial** ; dans les deux départements, il est apparu que ces diagnostics avaient été conduit de manière approfondie et participative.

- Une **phase d'élaboration et de mise en œuvre d'un plan d'action**. Les CTG couvrent en priorité les questions de mode d'accueil du jeune enfant (valorisation de l'offre existante et création de place d'accueil), d'organisation des loisirs en périscolaire, de soutien à la parentalité et à la grand parentalité (projets REAP, CLAS en lien avec l'éducation nationale, Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP) et d'action en direction des jeunes ; mais certaines CTG évoquent aussi les questions d'accès aux droits et d'accès numérique (par exemple à travers la mise en place des MSAP devenue France service) , de logement, celles de l'emploi et de l'insertion et de la mobilité.

Sur ces thématiques les CTG fixent des orientations assez générales et parfois, elles renvoient à des projets identifiés ; elles ne comportent pas d'engagement financier autre que ceux qui découlent de la poursuite du Contrat Enfance Jeunesse (CEJ). Mais il y a bien une incitation financière car, en l'absence de CTG les engagements financiers du CEJ tombent.

-Une **phase d'évaluation**. Au moment où est intervenue la mission, la démarche était encore relativement récente et elle n'avait pas donnée lieu à des travaux d'évaluation. Mais il apparaissait qu'elle est un puissant levier pour mieux articuler l'intervention de tous les acteurs en matière d'enfance et aussi de jeunesse, sur des champs où prévaut un certain éclatement des responsabilités institutionnelles. Elle est le point de départ d'une approche globale partenariale et opérationnelle, et permet de créer un alignement stratégique entre les institutions, les associations et les professionnels, tout en étant très proches des réalités de terrain.

[224] Il est apparu que la démarche est d'autant plus facile à conduire que l'élaboration d'un projet de territoire est concomitante du développement des intercommunalités. De même la qualité de la CTG (champ couvert, caractère opérationnel des objectifs, importance de l'engagement) est

clairement améliorée lorsque la CC a récupéré la compétence sociale et /ou jeunesse, et qu'a été constitué un centre intercommunal d'action sociale, qui constitue un partenaire solide pour la CAF.

Une démarche exemplaire la CTG de l'Aigle (Orne)

Signée en 2018, la CTG a été très largement facilitée par la présence d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS), créée une dizaine d'années auparavant. La démarche de CTG a été un catalyseur pour amener l'ensemble des acteurs à travailler ensemble, alors même qu'ils ne se connaissaient pas. Elle a conduit les acteurs à établir un diagnostic partagé ; sur ce point les groupes de travail ont associé les techniciens mais aussi les élus. La démarche co-pilotée par le CIAS avec la CAF, a associé les OSS, la MSA, la CARSAT, mais aussi l'ARS très engagée, avec une réelle capacité de dialogue à travers la passation d'un contrat local de santé (CLS) en 2013.

Le diagnostic a été co-construit avec les élus, en croisant des approches statistiques et la perception ou l'expérience des acteurs et notamment des élus, sur la qualité de service. Pour ces derniers, la démarche crée une visibilité accrue et donc progressivement facilite leur engagement sur des questions, par exemple les modes de garde, pour lesquelles ils peuvent avoir des réticences du fait des engagements financiers nécessaires.

Le CTG a créé une très forte dynamique de travail et a débouché sur de nombreux projets concrets. Ainsi, dans un territoire étendu, des problèmes de mobilité se posent pour certains habitants et cette question a été prise en compte avec la création d'un espace social partagé itinérant. La CTG a porté une vision globale du développement social dans le territoire (allant jusqu'à un projet éducatif et aux questions de santé publique). Dans ce sens, elle va évoluer dans la prochaine génération de CTG en cours de préparation pour élargir le champ des domaines couverts.

[225] Au total, si la dynamique de conclusion de CTG paraît lancée avec des bases méthodologiques solides, il est trop tôt pour en tirer des enseignements formels quant aux effets correctifs sur les modes d'accueils, tant en termes quantitatifs que qualitatifs. Au demeurant, le champ de la mission ne le permettait évidemment pas. Une enquête nationale sur ce sujet mérite d'être lancée dans le cadre de la préparation de la prochaine COG. De même, l'effet des CTG est aujourd'hui largement dépendant de l'échos qu'il trouve auprès des collectivités territoriales, qui peut être très variable. De ce point de vue, il apparaît que les leviers financiers directement utilisables par les caisses pourraient utilement réévalués (CTG et bous territoire).

1.2.3.2 La territorialisation des actions : les chartes familles de la MSA

[226] La MSA a aussi développé de longue date une intervention territorialisée, notamment à travers la mise en œuvre du dispositif de contrats enfance jeunesse adossé avec la CAF, mais surtout à travers un soutien dynamique aux actions au développement social des territoires ruraux.

[227] A partir de 2018, les deux CMSA PDB et MOS se sont engagées dans la démarche de charte territoriale de solidarités « avec les familles », pour créer un partenariat territorial avec tous les acteurs institutionnels ou associatifs, maintenir et développer les services dans les territoires ruraux à commencer par les plus fragiles.

[228] La démarche a été menée dans un territoire de chaque département.

- Pour ce qui concerne l'Ille et Vilaine, au sein des territoires identifiés comme prioritaires dans le SDSF, la MSA a choisi la CC de Saint Méen-Montauban.

[229] L'originalité est que la démarche a associé la CAF, et que finalement a été élaborée une démarche unifiée de CTG et de Charte Famille. Après une phase de pré-diagnostic, différentes

thématiques ont été priorisées : petite enfance, enfance et parentalité, jeunesse, prévention et promotion santé et parentalité et logement.

[230] Sur la base de diagnostics réalisés pour chacun des domaines, des actions concrètes ont été définies, par exemple pour développer la garde en horaires atypiques et l'accueil d'urgence, pour améliorer la formation des assistants maternels et faire des relais parents assistants maternelles un point d'entrée sur ensemble des modes de garde offerts. A l'évidence, ce partenariat CAF-MSA a permis de densifier le contenu de la démarche. La crise sanitaire et le confinement ont ralenti le calendrier de mise en œuvre prévu, et le plan d'actions n'a été validé que le 7 décembre 2020. Sa mise en œuvre devrait être prolongée jusqu' au 30 juin 2023.

- Dans l'Orne, c'est le territoire Domfront Tinchebray qui a été retenu.

[231] La communauté de commune Domfront Tinchebray est une nouvelle communauté de commune créée en 2017, et la démarche de charte est particulièrement structurante. L'élaboration a démarré en juillet de 2018 et la charte a été signée avec la communauté de communes le 14 novembre 2019 par l'ensemble des acteurs : Etat (sous-préfet et DDCSPP) CD, CAF et associations. Compte tenu de la crise COVID. La mise en œuvre du plan d'action n'a effectivement démarré qu'en septembre 2020.

[232] La charte définit quatre priorités ;

- Favoriser l'accès aux droits et aux services par l'information, l'orientation et le développement de nouveaux services,
- Favoriser le lien social, l'engagement citoyen et renforcer les solidarités,
- Développer les actions petite enfance et de soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire,
- Encourager les dynamiques locales par la participation des familles et la mobilisation des acteurs en développant la coopération entre acteurs locaux de la petite enfance et de l'enfance-jeunesse, et d'abord la coopération entre acteurs locaux pour l'accès aux droits.

[233] Sur ces axes, des projets ont été construits. Il est évidemment trop tôt pour évaluer les résultats obtenus, mais il apparaît que la démarche a suscité une forte dynamique partenariale.

Recommandation n°8 Dans le cadre de la préparation de la prochaine COG de la CNAF, établir un bilan du déploiement des CTG et favoriser leur généralisation en renforçant les leviers financiers des CAF (Fonds publics et territoires et bonus territoire)

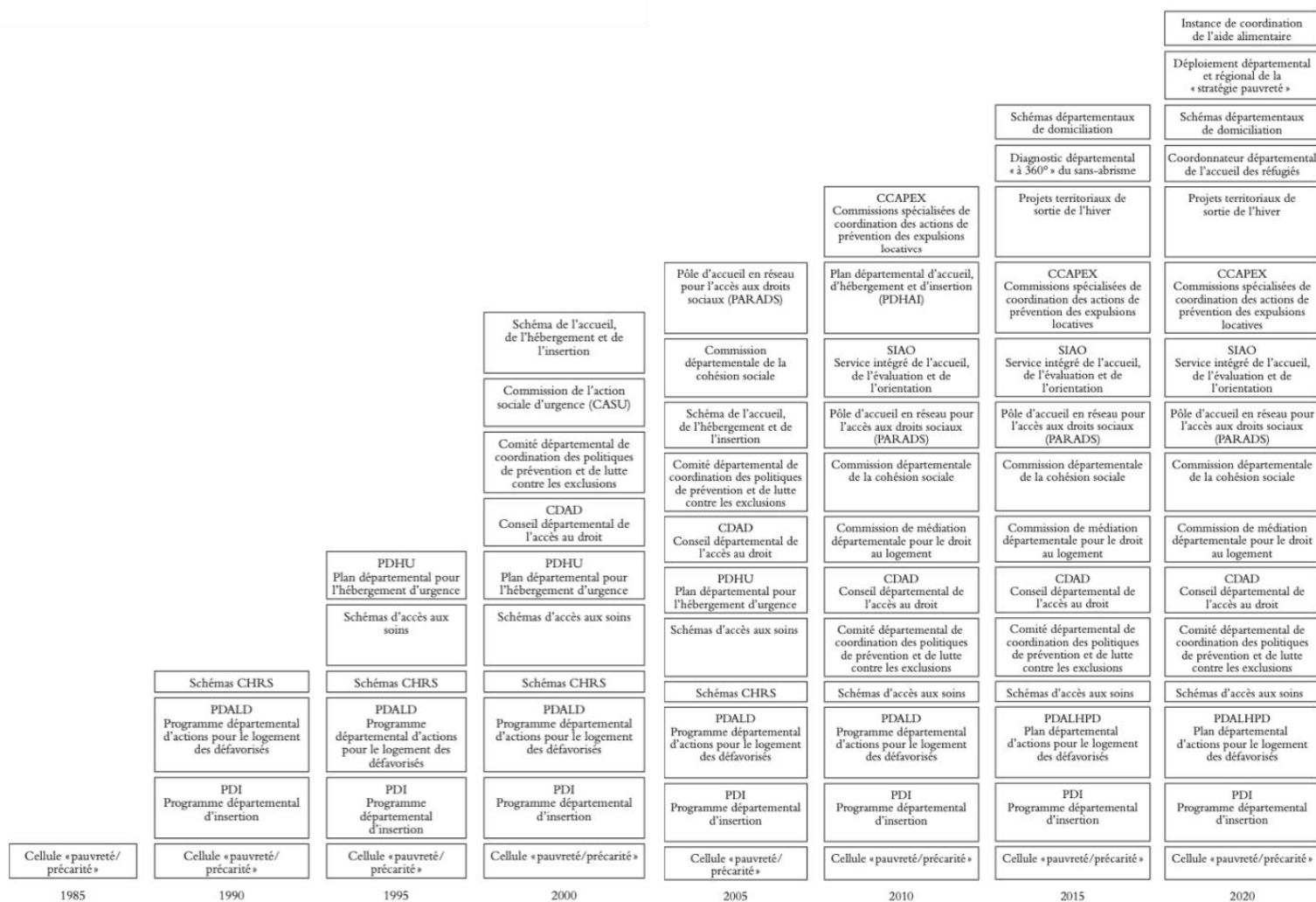
1.3 Dans le champ « pauvreté-insertion », la lisibilité et la performance de l'action sociale des organismes de sécurité sociale passent par une coopération territoriale renforcée

[234] Le champ de l'insertion et plus largement de la lutte contre la précarité, est sans doute le domaine de l'action sociale le plus complexe au regard des problématiques couvertes, de l'évolution rapide des besoins, mais aussi au regard de la démultiplication des interventions des différents acteurs Etat, collectivités et EPCI, OSS, CCAS/CIAS, missions locales, pôle emploi , bailleurs sociaux, mutuelles, sans oublier les associations agissant dans de solidarité, les structures d'insertion par l'activité,...

[235] Dans un souci d'efficacité, de réponses ciblées, les politiques publiques se sont au fil des années spécialisées, avec pour effet collatéral, une sédimentation de la gouvernance politique et technique, comme l'illustre le schéma ci-après reproduit, pour le seul échelon départemental.

[236] Cette complexité croissante de la coordination des politiques d'insertion sociale nuit à la lisibilité de l'action, comme aux approches globales, transverses des réponses et des parcours d'insertion, chacune des parties prenantes œuvrant selon ses propres objectifs, sur ses propres segments, avec ses propres moyens. L'ASS des OSS n'échappe pas à la règle, malgré les efforts déployés pour y pallier, multipliant les conventions partenariales, les démarches de DSL et les expérimentations de partage d'information et d'accompagnement coordonnés avec les partenaires.

Graphique 12 : Evolution 1985 -2020 des instances de coordination des politiques de lutte contre la pauvreté



Source : Julien Damon, professeur associé à Sciences Po, conseiller scientifique à l'En3s

1.3.1 L'action sociale des organismes de sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de politiques territoriales structurantes

[237] Si dans le champ enfance/famille pour ce qui est de la CAF ou de la MSA, ou dans le champ vieillesse/autonomie pour la CARSAT, la MSA et l'AGIRC-ARCCO, les OSS sont – indépendamment du cadre institutionnel et réglementaire - relativement incontournables et leurs actions sanitaires et sociales mieux identifiées et intégrées aux politiques publiques territoriales, la performance de l'action sanitaire et sociale des OSS⁸² est largement tributaire, dans le champ de l'insertion, de celle des dispositifs de gouvernance et de coordination territoriaux.

[238] L'ASS des OSS ne propose pas une approche transverse, globale des problématiques d'insertion,

- Parce que cette action sanitaire et sociale des OSS en matière d'insertion est, en termes de moyens financiers et humains, relativement faible au regard des enjeux des territoires et des ressources dont disposent d'autres acteurs, au premier rang desquels les Départements ;
- Parce que par nature, elle ne constitue qu'un maillon – certes important – mais ciblé sur un angle particulier de la réponse à des problématiques d'insertion, soit populationnelles (famille, enfance, jeunesse, retraités, personnes âgées), soit sectorielles (secteur agricole, travail indépendant), soit thématique (santé) ;
- Parce que l'ASS des OSS se développe dans le cadre d'un environnement institutionnel et réglementaire dans lequel elle est avant tout contributive et fonction des orientations données à des politiques d'insertion, de lutte contre les exclusions décidées principalement par les collectivités territoriales et l'Etat.

[239] C'est pourquoi la lisibilité et l'efficacité de l'action sanitaire et sociale des OSS est à ce point dépendante de celle des instances et instruments de gouvernance territoriale des politiques d'insertion, de la vision portée par ceux de ces partenaires qui les pilotent, et de la qualité des relations interinstitutionnelles.

[240] Fort d'un cadre réglementaire national, le chef de file exercé par le Département au travers du Plan Départemental d'Insertion et – pour ce qui est des partenariats développés – du Pacte Territorial d'Insertion est déterminant de l'efficacité de l'ASS des OSS.

[241] Par ailleurs, l'Etat a souhaité également réaffirmer son rôle d'impulsion et d'ensembleur, et sa volonté de lutter contre le déterminisme social, au travers du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale lancé en 2013, puis en 2018, de la Stratégie de Prévention et de lutte contre la pauvreté, déclinée régionalement puis par département; sans oublier en 2014 la réforme du financement de l'insertion par l'activité économique et le plan de développement de l'IAE annoncé en juin 2020 et amplifié depuis la crise sanitaire.

[242] Enfin, l'échelon intercommunal s'empare de plus en plus de ces enjeux, de lutte contre les exclusions, au-delà des compétences légales attribuées et semble dessiner de nouveaux horizons en matière d'insertion.

⁸² L'action AGIRC-ARRCO en faveur des personnes en recherche d'emploi n'est pas abordée ici

1.3.1.1 Les OSS et le Pacte Territorial de l'Insertion : un levier de performance à consolider

[243] Dans le domaine de la cohésion sociale, les missions du Département sont déclinées comme telles dans le code de l'Action sociale et Familiale (CASF) : « garantir, sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance »⁸³.

[244] De l'acte II de la décentralisation (lois du 18 décembre 2003 et du 13 août 2004) à la Loi NOTRe (Nouvelle Organisation Territoriale de la République) du 7 août 2015 en passant par la Loi MAPTAM (Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d’Affirmation des Métropoles) du 27 janvier 2014 ou encore la loi du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion, le cadre législatif n'a cessé de confirmer et conforte le rôle de chef de file du Département dans l'action sociale, et notamment dans la définition et la conduite des politiques d'insertion.

[245] Le cadre réglementaire définit également les deux documents de référence soutenant ces politiques d'insertion départementales :

- Le Plan Départemental d'Insertion (PDI) : « Le programme départemental d'insertion définit la politique départementale d'accompagnement social et professionnel, recense les besoins d'insertion et l'offre locale d'insertion et planifie les actions d'insertion correspondantes »⁸⁴.
- Le Pacte Territorial d'Insertion (PTI) : « Pour la mise en œuvre du programme départemental d'insertion, le département conclut avec les parties intéressées un pacte territorial pour l'insertion ».

[246] Le pacte peut associer au département, notamment, l'Etat, Pôle emploi, les organismes concourant au service public de l'emploi, les maisons de l'emploi ou, à défaut, les personnes morales gestionnaires des plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi, les organismes compétents en matière d'insertion sociale, les CAF et MS, les organisations syndicales représentatives à l'échelon national, les organismes consulaires intéressés et les collectivités territoriales intéressées, en particulier la région, et leurs groupements, ainsi que les associations de lutte contre l'exclusion.

[247] Il définit notamment les modalités de coordination des actions entreprises par les parties pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du revenu de solidarité active. Le pacte prévoit, en particulier, au titre de la formation professionnelle, le concours de la région aux politiques territoriales d'insertion. Le pacte pour l'insertion peut faire l'objet de déclinaisons locales dont le président du conseil départemental détermine le nombre et le ressort⁸⁵.

[248] Ainsi, le cadre réglementaire du PTI est peu contraignant quant aux partenaires engagés autour du Département, et notamment quant à la participation ou non des OSS.

[249] D'ailleurs seuls sont mentionnés par le CASF comme signataires potentiels les CAF et MSA⁸⁶.

⁸³ Article L 115.1 CASF

⁸⁴ article L 263.1 du CASF

⁸⁵ article L 263.3 du CASF

⁸⁶ article L. 262-16 CASF

[250] Grâce à cette compétence, les CAF et MSA sont les OSS les plus étroitement associés aux travaux d'élaboration et de mise en œuvre des PTI, dans les missions d'accès aux droits, d'orientation et d'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

[251] La CPAM est généralement associée au PTI au regard de sa capacité à lever un des premiers freins périphériques à l'insertion et à l'emploi, via ses actions de prévention santé et celles de lutte contre le renoncement aux soins, axées prioritairement sur les populations les plus précaires. Les MISAS (Mission d'accompagnement en santé – ex PFIDASS depuis 2020-*cf.infra*) qui visent dans chaque département à promouvoir l'accès à la santé et aux soins, sont devenues structurantes pour l'action sanitaire et sociale des CPAM, tant pour la mobilisation de ses moyens en appui des actions de la Misas, que dans son adaptation aux nouveaux besoins des personnes en précarité identifiés par elle.

[252] En revanche, malgré le vieillissement général de la population et la prégnance des problématiques de précarité chez les personnes âgées dans certains territoires, la CARSAT ou l'AGIRC-ARRCO ne sont pas systématiquement associées.

[253] Enfin, l'URSSAF qui – il est vrai depuis peu (2020) et la disparition du RSI – est en charge de l'action sanitaire et sociale des travailleurs indépendants n'est pas partie prenante des PTI, alors même que cette catégorie professionnelle, notamment les micro-entrepreneurs, peut révéler des situations de grande fragilité, voire de précarité et des risques de désinsertion professionnelle importants, tout particulièrement compte tenu des impacts économiques, sociaux et psychologiques présents et à venir de la crise sanitaire.

[254] Ainsi l'association des OSS et de leur action sanitaire et sociale dans le champ de l'insertion est-elle très largement conditionnée à la vision et aux orientations politiques que le Département souhaite porter via le PTI. En cela, l'évaluation comparée de l'Orne et de l'Ille-et-Vilaine est significative.

[255] En Ille et Vilaine, où le Département a historiquement toujours joué la carte de la coopération sur le plan social en étant précurseur du RMI ou de la PSD, comme sur le plan interinstitutionnel en soutenant un développement accéléré de l'intercommunalité, les collaborations avec les OSS sont inscrites dans une culture du partenariat fortement ancrée qui se retrouve dans les orientations stratégiques du PTI, les engagements réciproques des parties prenantes et les déclinaisons opérationnelles au sein des 22 Centres départementaux d'action sociale. L'ensemble des OSS sont signataires du PTI, excepté l'URSSAF pour les raisons évoquées supra.

[256] Dans l'Orne où les relations interinstitutionnelles sont plus difficiles, le PTI n'intègre pas l'ensemble des OSS. Outre l'URSSAF, la CARSAT et l'AGIRC-ARRCO n'en sont pas signataires, alors même que la population ornaise est vieillissante (les plus de 75 ans représentent 21 % de la population ornaise contre 15 ,7 % en France) et que la précarité y est forte, notamment dans les territoires ruraux.

[257] Dans les départements analysés, on constate par ailleurs un décalage certain entre les ambitions de concertation et de coordination affichées par les parties prenantes du PTI, et la réalité des collaborations sur le terrain où les logiques institutionnelles en silo prédominent encore, jusque dans le travail social.

[258] C'est un des enjeux majeurs bien identifiés pour les prochaines générations de PTI, qui se concrétisent déjà par des expérimentations dans lesquelles les OSS sont fortement impliqués : c'est le cas par exemple dans l'Orne avec l'objectif du PTI 2019-2022 d'expérimenter un carnet d'insertion dématérialisé, ou encore une référence unique de parcours pour les femmes seules avec enfant par

une coopération renforcée Département, CAF, Pôle emploi, MSA, CCAS-CIAS, missions locales. Comme c'est le cas par exemple en Ille-et-Vilaine, et plus particulièrement dans le quartier rennais du Blosne, de l'expérimentation d'un parcours partagé entre partenaires (CAF, Département, CCAS, centre social) pour les personnes en situation de séparation.

[259] Compte tenu du rôle structurant joué par le PTI, l'implication des OSS y est déterminante pour permettre à leur action sociale mobilisée et mobilisable en ce domaine de jouer pleinement de leur complémentarité avec celles des partenaires engagés. C'est d'autant plus important pour l'action sanitaire et sociale des OSS qu'elle est sur le champ de l'insertion souvent méconnue, y compris des acteurs opérateurs de l'insertion tels que les associations.

[260] Cette plus forte intégration de l'action sanitaire et sociale des OSS au PTI est gage de lisibilité et de performance de l'ASS des OS comme du PTI lui-même en renforçant les synergies territoriales et permettrait aussi, dans le respect des orientations des COG, de limiter les effets de dispersion parfois encore constatés.

[261] Ainsi, puisque le législateur n'a cessé de réaffirmer le chef de filât du Département en matière d'insertion, rendre règlementairement plus contraignant le cadre du PTI en y intégrant systématiquement l'ensemble des OSS compétents du territoire, et concomitamment y associer plus fortement leur ASS par la voie des objectifs fixés par les futures COG, permettraient :

- De favoriser une approche holistique des problématiques d'insertion (populationnelles, catégorielles, thématiques),
- De renforcer l'interconnaissance de l'action des signataires et donc de l'action sociale des OSS,
- De garantir une plus grande intégration de l'ASS des OS dans les stratégies territoriales d'insertion, et donc une plus grande complémentarité et synergie des interventions, y compris dans les partenariats et soutiens apportés aux associations et à l'innovation sociale ;
- De développer une culture partagée qui favorise l'identification des besoins émergents, l'élaboration des nouvelles réponses comme les partages d'informations, les coopérations opérationnelles, la fluidité des parcours et le travail social collaboratif.

[262] Dans le champ de l'insertion, la performance de l'ASS des OSS passe donc par une coopération renforcée avec les parties prenantes de l'insertion, au premier rang desquels le Département qui en retour, doit y contribuer pleinement, grâce à un cadre PTI/COG plus directif et favorisant par ailleurs le déploiement progressif du Service Public de l'Insertion et de l'Emploi (SPIE). En effet, alors même que les objectifs poursuivis par le SPIE consistent à accélérer les parcours d'insertion par la promotion d'une approche globale des besoins des personnes comme des réponses apportées (emploi, social, santé, logement, mobilité ...), sur les 31 départements retenus pour le déploiement du SPIE en 2021, un quart seulement des consortiums⁸⁷ ainsi constitués ont associé les CPAM de leur territoire, la santé étant pourtant un frein à l'insertion parfaitement identifié.

⁸⁷ A l'occasion de l'appel à manifestation d'intérêt lancé le 16 décembre 2020 par le Gouvernement visant à retenir les 31 premiers départements de déploiement du SPIE, sont constitués pour la réponse des consortiums, portés par « un conseil départemental ou un autre acteur de l'insertion ou de l'emploi avec l'accord du conseil départemental. Les porteurs de projet doivent représenter un groupement d'acteurs de l'insertion comprenant obligatoirement le conseil départemental et Pôle emploi et plus largement : collectivités territoriales, missions locales, Cap emploi, CAF, ARS, CCAS, CCIAS, associations, organismes de formation et d'accompagnement, entreprises, etc. » - Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion.

Recommandation n°9 Faire évoluer le cadre réglementaire des Pactes territoriaux d'insertion, pour qu'ils intègrent désormais l'ensemble des organismes de sécurité sociale compétents, et inscrire cette orientation nouvelle dans leurs COG respectives, afin de favoriser la lisibilité, la cohérence de leurs interventions dans le domaine de l'insertion.

1.3.1.2 L'action sanitaire et sociale des OSS et la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté : des synergies à conforter avec l'Etat

[263] Bien que la CAF comme la MSA soient au cœur de la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté (SNPLP), essentiellement pour leur action en faveur de l'enfance et de la famille (qui étaient la cible initiale du plan en 2018, élargie depuis), comme l'Assurance Maladie avec notamment le déploiement du reste à charge zéro, l'ASS des OSS⁸⁸ sur le champ de la lutte contre les exclusions est à ce stade encore peu identifiée et mobilisée dans le cadre des déclinaisons régionales et départementales de la stratégie.

[264] C'est le constat convergent établi sur les deux départements investigués, malgré leurs caractéristiques démographiques, économiques et sociales très différentes, tout comme leurs contextes inter-institutionnels.

[265] A cela, plusieurs raisons à la fois conjoncturelles et sans doute structurelles.

- Des raisons conjoncturelles qui sont principalement liées d'une part au caractère encore récent de la stratégie et de l'installation des commissaires à la pauvreté, chargés d'animer celle-ci dans les territoires, et d'autre part, à l'impact de la crise sanitaire qui a perturbé le déploiement de la SNPLP et surtout renforcé l'échelon départemental car plus opérant dans la gestion des urgences sociales.
- Des raisons structurelles liées à l'option prise de l'échelon régional pour la déclinaison de la stratégie dans un domaine où l'échelon départemental est puissant de par la réglementation et les moyens associés, liées à la position spécifique de l'Etat d'animation, d'impulsion et d'ensembliser comme à la faiblesse institutionnelle du statut de commissaire au sein de l'organisation déconcentré des services de l'Etat et vis-à-vis du corps préfectoral, comme celle des moyens humains et financiers associés.

[266] Dès lors, le déploiement de la SNPLP est très progressif et si les partenaires y compris les OSS, saluent l'intérêt de la démarche notamment celle des groupes de travail qui permettent un état des lieux partagés, ils sont beaucoup plus prudents pour ne pas dire dubitatifs sur les effets réels induits par la mise en œuvre.

[267] Pour toutes ces raisons, dans les investigations menées auprès des OSS, la déclinaison de la SNPLP n'apparaît pas aujourd'hui comme un levier identifié par les OSS de performance accrue de leur ASS, alors même qu'elle pourrait pourtant constituer une opportunité d'alliance stratégique « gagnant-gagnant » avec l'Etat permettant à la fois de renforcer l'ingénierie sociale des services déconcentrés, de rendre plus lisible l'action des OSS et de procéder un rééquilibrage institutionnel entre un Etat garant et des Départements chefs de file.

[268] Au-delà de la SNPLP, les relations des OSS et la mobilisation de leur ASS aux côtés de l'Etat s'exprime à titre quasi exclusif pour les CAF et au sein de la politique de la ville. Des entretiens menés dans les deux départements analysés, les relations des autres OSS sont quasi inexistantes, en tout

⁸⁸ Voir *infra* sur les actions en faveur du recours aux droits

état de cause très ponctuelles et leurs ASS totalement méconnue. Toutefois, il convient toutefois de souligner que les urgences sociales (premiers secours, aides alimentaires) générées par cette dernière année de crise sanitaire ont pu amener à de nouvelles collaborations entre l'Etat et les OSS (essentiellement CAF, MSA et CPAM), tout l'enjeu sera de les capitaliser.

[269] De plus, renforçant ce constat, la réorganisation des services déconcentrés de l'Etat qui a eu pour conséquence le désarrimage de la compétence jeunesse et sport - et des effectifs associés - des directions régionales et départementales de la cohésion sociale, a conduit à affaiblir les relations de la CAF avec les DRCS et les DDCS.

1.3.1.3 L'échelon intercommunal : un potentiel d'efficacité à développer

[270] Parallèlement, l'échelon intercommunal apparaît comme porteur de dynamiques prometteuses en faveur là-aussi d'une coordination plus efficaces des acteurs et des actions comme d'une accessibilité et d'une efficience plus fortes de l'ASS des OSS en matière d'insertion.

[271] Au-delà des démarches portées par les OSS elles même (Charte des aînés ou des familles de la MSA, Convention territoriale Globale de la CAF) qui reconnaissent l'échelon intercommunal comme pertinent dans la mise en œuvre de leur politique, la montée en puissance des EPCI sur le champ social crée des opportunités d'efficience partenariale, comme l'illustrent les deux départements étudiés tant dans leurs territoires urbains que ruraux.

[272] Ainsi sur le territoire de Rennes Métropole (43 communes pour 450 000 habitants, 5 QPV), les partenariats tissés de longue date notamment avec la CAF d'Ille et Vilaine, ont permis de développer un observatoire commun des besoins sociaux et des parcours de personnes en précarité, et une capacité d'appui mutualisée à l'ingénierie et au suivi des projets, abrités au sein de l'APRAS (Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale). Cette dynamique a permis de créer des Espaces Sociaux Communs (6 ESC à ce jour), lieux d'intervention sociale concertée, fondés sur une co-localisation des services et accélérateurs de l'accueil unique et de la référence de parcours.

[273] Dans l'Orne, en territoire rural, la Communauté de Commune du Pays de l'Aigle (32 communes pour 26 750 habitants en ZRR) s'est dotée du premier CIAS de Basse-Normandie, et porte un projet global de territoires intégrant les problématiques liées aux personnes âgées/personnes handicapées, à la famille comme à l'insertion des publics fragiles. Cette Communauté de Commune est un partenaire essentiel dans la territorialisation des politiques portées par les OSS, notamment la MSA qui y développe une Charte des Aînés, comme la CAF une Convention Territoriale Globale, qui va déjà entrer dans sa seconde édition, avec pour projet, une maison des familles, ou encore le développement des démarches « aller vers » grâce à la création d'un Espace de Vie Sociale itinérant.

1.3.2 Un accompagnement des familles à travers des aides financières distribuées dans des conditions rigoureuses et des interventions en travail social de plus en plus normées, mais qui préservent utilement de réelles marges de manœuvre locales

1.3.2.1 L'accompagnement social des familles par les CAF

- Les interventions du travail social

[274] Depuis 2009 l'accompagnement social des CAF est encadré par des orientations nationales définies à l'origine dans un « Socle national du travail social » qui conserve son actualité : il s'agit notamment de cibler l'accompagnement sur la prévention et la prise en charge des situations de

grande fragilité avec des domaines d'action prioritaires comme la parentalité, le logement et l'insertion.

[275] Le ciblage des publics s'appuie sur la notion de faits générateurs, évènements potentiellement fragilisant pour les familles : séparation, décès d'un parent, décès d'un enfant, impayés de loyers. Ces orientations nationales n'excluent pas la prise en compte d'autres situations dans des contextes locaux. Ainsi dans les deux CAF étudiées, l'offre de service mixe une offre d'application du socle national et une offre de service locale. Par ailleurs, les CAF mettent en place des aides financières qui sont pour partie liées à l'accompagnement social.

[276] La mission a constaté que ces orientations étaient correctement appliquées par les CAF d'Ille et Vilaine et de l'Orne. Près de 1390 personnes en Ille et Vilaine près de 470 dans l'Orne avaient bénéficié d'une intervention du travail social.

[277] La sélection des bénéficiaires se fait à partir de signalements internes aux CAF et en provenance de leurs partenaires, mais surtout à partir d'une prise de contact par téléphone ou par courrier (en cas de décès) à partir d'un repérage des données détenues sur des allocataires. La crise sanitaire a accéléré la mise à disposition de l'offre de service par téléphone. Cette méthode permet la mise en œuvre d'une approche la plus préventive possible, ce qui est particulièrement précieux dans un domaine où l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce.

[278] Il apparaît que les orientations nationales de concentration de l'activité sur les évènements de vie ont été appliquées, tout en laissant la place à une offre locale. Ainsi en Ille et Vilaine, la part de l'accompagnement sur le socle national était stable, à 40 % en 2020. Mais le début d'année 2021 marque une progression avec un taux à 55 % pour un objectif de 65 % à horizon 2022. Dans l'Orne, elle est passée de 55 % en 2019 à 79 % en 2020, et atteint 86 % sur les premiers mois de l'année 2021, donc en dépassement de l'objectif national de 80 %. Mais, même dans ce dernier département, l'offre locale se situe à un niveau significatif ce qui paraît pour la mission un gage de bonne adéquation aux besoins.

[279] S'agissant de leur contenu, une part très importante des interventions, la moitié du total, se fait à l'occasion de séparations. Concernant les interventions de l'offre locale, l'accompagnement est centré sur la naissance (premier enfant, naissance gémellaire et naissance dans une famille monoparentale), donc à destination de parents en difficulté dans leur nouveau rôle. Une part significative des accompagnements concerne les familles monoparentales (12 % dans l'Orne).

[280] L'accompagnement adopte des modalités d'intervention différenciées selon qu'il y a simplement une action d'information et de conseil, ou que l'intervention comporte un accompagnement dans la durée pour développer l'autonomie de la personne, garantir l'accès au droit et soutenir ses projets. L'accompagnement peut se faire à différents niveaux d'intensité. Sur ce point les conditions concrètes mises en œuvre paraissent satisfaisantes particulièrement pour l'Orne, où le nombre moyen de rendez-vous réalisés s'établissait à 5,24 contre 3,88 au niveau national.

[281] La mission n'a pas pu approfondir la question de l'adéquation entre les ressources du travail social et les besoins de la population. Les délais de fixation d'un premier rendez-vous paraissent raisonnables. Néanmoins, les travailleurs sociaux d'une des CAF étudiée considéraient que le niveau actuel des ressources qui permettaient de traiter 50 % des situations de séparations leur paraissait trop limité, et que s'ils pouvaient disposer de moyens supplémentaires, ils pourraient accompagner davantage de famille en cours de séparation. Ce débat renvoie à la fois aux conditions d'articulation avec les interventions des autres acteurs sur ce même champ, mais aussi aux choix de ciblage plus ou moins accentué sur certaines catégories de bénéficiaires.

[282] Sur le premier point, la situation a paru satisfaisante mais perfectible. Comme cela a été évoqué plus haut, l'identification des bénéficiaires potentiels se fait pour beaucoup à partir des signalements faits par les partenaires et donc dépend de la qualité du partenariat notamment avec le CD. Toutefois les relations étaient nettement plus resserrées en Ille et Vilaine que dans l'Orne. Dans le premier cas des contacts réguliers étaient organisés dans la plupart des territoires. Mais, en l'absence d'un cadre formalisé (notamment pour les échanges d'information), la coopération est largement dépendante des relations personnelles nouées.

[283] Sur le second, il ressort des entretiens avec des travailleurs sociaux que le public concerné est assez diversifié sur le plan de ses conditions socio-économiques, allant de personnes de milieu plutôt favorisés surtout des femmes, mais qui se retrouvent isolées et sans travail, à des personnes, notamment à Rennes, très en difficulté, notamment pour l'accès au logement, parfois mineures ou très jeunes majeures avec enfant.

- Les aides financières

[284] Les deux CAF mettent en œuvre des aides financières individuelles⁸⁹.

[285] Ces aides doivent permettre à des familles de faire face à des événements fragilisant, de soutenir la parentalité et favoriser des conditions décentes de logement. Elles n'ont pas vocation à compenser de façon pérenne l'absence de ressources. Elles revêtent un caractère ponctuel et préventif. Elles sont attribuées par décision de la direction, sur proposition des services dans le cadre de règlement élaboré localement par chacune des caisses.

[286] Les aides visent à soutenir la famille par des interventions à domicile, à améliorer le logement, à aider aux temps libre et enfin à financer les formations d'animateur ou de directeur d'établissements d'accueil collectifs. Les règlements définissent de manière très précise les différents types d'aide, les montants qui peuvent être attribués et les conditions de ressources en termes de quotient familial pour en bénéficier.

[287] Une part significative des aides correspond à la mise en œuvre des orientations retenues au niveau national pour les interventions en travail social, telles qu'elles ont été évoquées plus haut. Il y a donc une articulation effective entre l'intervention en accompagnement social et le versement des aides. Cette articulation est relativement sélective : dans l'Orne, seules 416 aides ont été attribuées pour un motif de séparation, sur lequel la CAF est intervenue sur 3560 situations.

[288] Les conditions d'attribution des aides individuelles sont très précisément encadrées. Les plafonds de ressources définis en terme de quotient familial, permettent de concentrer les aides au bénéfice des familles défavorisées. Le niveau unitaire de l'aide est relativement limité et clairement cohérent avec son objet. Enfin, et c'est un élément majeur de progrès, les aides sont attribuées sur avis des travailleurs sociaux et une partie importante d'entre elles, s'inscrit dans une démarche d'accompagnement social. De ce fait, elles sont, davantage que par le passé des leviers pour la réussite d'un projet de développement de l'autonomie des personnes.

[289] Les responsables des CAF visitées considèrent que la politique de versement des aides interdit le développement de phénomènes d'abonnements (aides versées pendant plusieurs années successives à un même bénéficiaire).

⁸⁹ En Ille et vilaine à hauteur de 1,05M€ et dans l'Orne un peu plus de 661 K€ qui ont été versées à 3677 bénéficiaires.

1.3.2.2 L'accompagnement social mis en œuvre par la MSA

[290] Comme les CAF, Les deux caisses MSA, Portes de Bretagne et Mayenne Orne Sarthe mettent en œuvre des actions d'accompagnement social, c'est-à-dire des interventions en travail social et des aides financières. L'accompagnement s'appuie sur la notion d'évènement ou de parcours et il intègre aussi un accompagnement vers le numérique comme l'action " coup de pouce connexion" en Ile et Vilaine.

[291] S'agissant des interventions en travail social, si l'on prend l'exemple de l'Ille et Vilaine, elles sont mises en œuvre par un service social qui intègre 15 travailleurs sociaux répartis en 6 agences ; leur activité se fait notamment à partir de signalements de situations préoccupantes effectués par les services de la MSA ou directement auprès des travailleurs sociaux⁹⁰.

[292] Par ailleurs, la MSA met en œuvre une action de prévention du suicide, lié à la prégnance de ce risque dans le monde agricole principalement chez les exploitants, avec l'objectif de mieux repérer les personnes en risque et d'assurer à travers l'action d'une cellule de signalements des situations préoccupantes une prise en charge par les travailleurs sociaux⁹¹.

[293] S'agissant des aides individuelles, si on prend l'exemple de l'Orne, elles sont mises en œuvre dans le cadre d'un règlement très précis actualisé régulièrement⁹², couvrant une grande variété de situations.

[294] En fin d'année 2020, le bilan présenté sur l'ensemble de la mise en œuvre du plan d'action sociale par la direction de la MSA faisait apparaître au-delà de la réussite d'ensemble, la nécessité de renforcer certaines thématiques notamment les actions sur la jeunesse, par exemple en accompagnant les appels à projets jeunes. La mise en œuvre d'un nouveau programme « Grandir en milieu rural » prévue à la mi 2021 pourrait permettre d'atteindre cet objectif.

Recommandation n°10 Préserver les fonds locaux gérés sous la responsabilité des CAF et leur capacité à compléter les référentiels nationaux d'intervention.

1.3.3 L'assurance maladie et la branche recouvrement : des interventions pertinentes en cours de repositionnement

1.3.3.1 L'assurance maladie, avec des moyens limités, promeut l'accès aux soins pour les plus démunis

[295] L'action sociale de la branche maladie peut être considérée comme relevant à titre principal du champ de l'insertion sociale, au sens large, au regard du versement

⁹⁰ En 2020, il y a eu 2503 personnes accompagnées en PDB. Pour l'Ille et Vilaine, 1 222 personnes accompagnées en 2020 pour 5 902 interventions.

⁹¹ En 2020, s'agissant de la CMSA PDB ces signalements, au nombre de 58, correspondaient à des problématiques de mal être, de santé, de difficultés administratives et économiques avec dans un certain nombre de cas (7) des risques suicidaires avérés. Ces signalements qui concernaient le plus souvent des situations connues par les travailleurs sociaux ont débouchés sur 40 accompagnements.

⁹² Les aides concernent les prestations naissances (prime de 250 euros) versées à 853 familles en 2019 , l'accès aux vacances et aux loisirs des familles ; accompagnement des familles pour un séjour en autonomie, pour des séjours premiers départ et journées découvertes pour 196 familles en 2019 tickets loisirs (5442), bons vacances (5600), aide au premier départ en vacances et colonies de vacances (165), les aides à l'apprentissage aux études secondaires et supérieures l'intervention à domicile (AVS TISF) en appui des familles a des moments où elles sont en fragilité.

- Des aides au financement des restes à charge⁹³, des aides à l'acquisition de la complémentaire santé, des aides à caractère social et des aides liées à la prévention de la désinsertion professionnelle (au sein d'une dotation paramétrique aux CPAM, qui constitue 70 % de leurs dépenses d'ASS),
- Par ailleurs, des subventions au soutien d'associations (soit 4,8 M€ pour 935 associations en 2019 représentant 5 % de la dotation paramétrique).
- Et enfin des aides au retour et au maintien à domicile (ARMD) et des remboursements de frais de cures thermales (hors dotation paramétrique).

[296] Les objectifs poursuivis, prévention en matière de santé et lutte contre le non-recours aux soins ciblés sur les publics les plus précaires, rattachent également ces interventions au champ de l'insertion.

[297] La politique de l'assurance maladie en matière d'accompagnement des publics en difficultés, est au cœur de la Stratégie de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté, avec le lancement au 1^{er} novembre 2019 de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), prestation légale⁹⁴, qui doit permettre aux personnes précaires, un accès aux soins sans reste à charge.

[298] En 2019 également, l'offre dite « 100 % Santé » pour les aides auditives, les prothèses dentaires et la lunetterie, a commencé à se déployer, afin d'améliorer l'accès aux soins dans ces domaines, et le renouvellement automatique des droits à la C2S pour les bénéficiaires du RSA est entré en vigueur.

[299] Ces réformes majeures n'avaient pas encore de traduction nette dans les dépenses d'action sanitaire et sociale de la branche maladie en 2019, mais il est certain que les restes à charge dans les domaines dentaire, optique et auditif devraient diminuer et occasionner moins de recours à l'ASS.

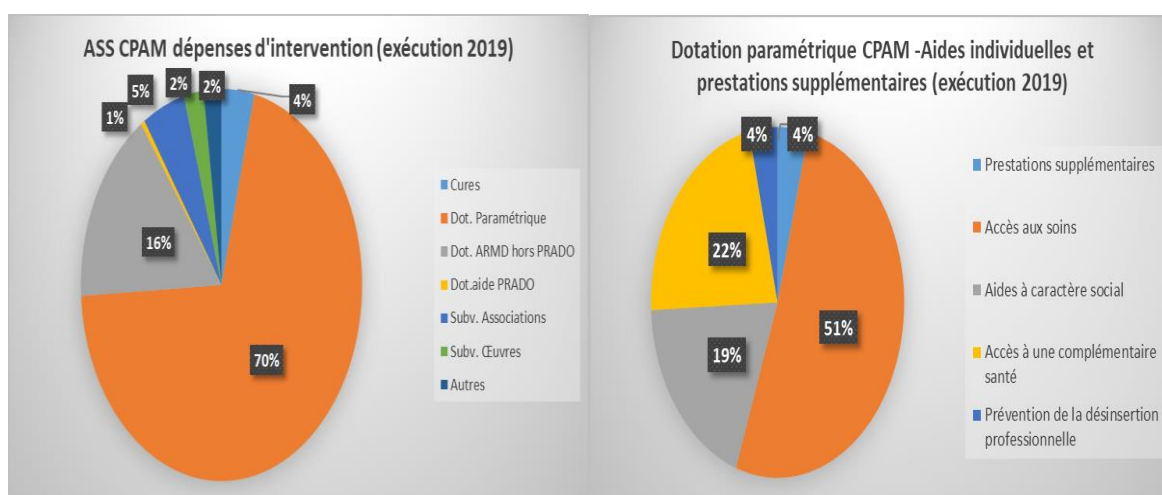
- Dès le 1^{er} janvier 2019, la prise en charge des aides auditives a ainsi évolué pour permettre à davantage d'assurés de corriger leurs troubles d'audition. En pratique, pour les aides auditives du panier 100 % Santé, les tarifs sont plafonnés depuis cette date tandis que la base de remboursement a augmenté. Cette première étape a permis de diminuer le reste à charge par aide auditive de 200 euros en moyenne. Elle a bénéficié à 44 000 personnes, soit 10 % des assurés équipés en 2019. Le nombre total d'audioprothèses soumises au remboursement a augmenté de 2 % par rapport à 2018.
- Dans le domaine dentaire, à partir d'avril 2019, de nouvelles mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins dentaires négociées entre l'Assurance Maladie et les représentants des dentistes ont été mises en place. Afin d'encourager des soins qui préservent les dents naturelles plutôt que de les remplacer par des prothèses, les soins dits conservateurs (comme la restauration d'une dent ou la reconstitution de la forme de la dent) ont été revalorisés, sans reste à charge supplémentaire pour l'assuré. Par ailleurs, les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques ont été plafonnés. 16 % de ces actes s'inscrivent dans un panier de soins aux tarifs maîtrisés générant un reste à charge modéré, tandis que 28 % sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé. Enfin, une majoration spécifique pour les séances de soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd a par ailleurs été créée afin de faciliter leur prise en charge par les dentistes.

⁹³ Le secteur dentaire hors orthodontie constituant le poste de dépenses principal, devant l'auditif, la pharmacie (LPP), l'optique et l'hospitalisation

⁹⁴ La C2S se substitue à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS).

Encadrée par un arrêté du 26 octobre 1995, l'action sociale de la branche maladie s'intègre dans le Fonds National d'Action Sanitaire Sociale (FNASS) et les dépenses afférentes ont atteint 127 M€ en 2019 et 166 M€ en 2020 (exécution). Son pilotage est assuré par le conseil d'administration de la CNAM, qui fixe des dotations qui sont gérées par le conseil d'administration de chaque CPAM avec l'appui de commissions spécialisées. La mission d'action sociale est mise en œuvre notamment à travers les interventions du Service Social de l'Assurance Maladie⁹⁵ (2600 ETP dont 1660 travailleurs sociaux), rattaché aux CARSAT et déployé dans quelques 226 points d'implantation, notamment dans les CPAM. En 2015, les activités du service social ont bénéficié à quelques 600 000 assurés, dont 44 % pour les assurés en arrêt de travail et 22 % pour des assurés en risque de désinsertion professionnelle.

Graphique 13 : Action sociale CPAM (exécution 2019- %)



Source : Mission d'après données CNAM

● Les missions Accompagnement Santé : une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins

[300] Partant du constat qu'un quart des Français a renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois⁹⁶, des taux de non recours à la CMUC et à l'ACS⁹⁷ et des enjeux d'inclusion numérique⁹⁸, la CNAM développe une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins, qui propose une offre de service d'accompagnement intégrée individuelle ou collective, au travers des Missions Accompagnement Santé (MisAS).

[301] Dans le prolongement des démarches PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures) et PFIDASS (Plateforme d'Intervention Départementale d'Aide à l'accès aux Soins et à la Santé), les MisAS ont pour vocation d'accompagner les assurés en difficulté d'accès aux droits, en exclusion numérique et en situation de renoncement aux soins : les raisons de ce renoncement étant le plus souvent financières (reste à charge), l'action sanitaire et sociale est mobilisée par les conseillers.

⁹⁵ Dont les missions sont définies dans le L 215-1 du code de la santé publique ainsi que par l'article R 26211 du code de la sécurité sociale

⁹⁶ Source Odenore, Irdes

⁹⁷ Taux de recours à la CMUC et à l'ACS (Source : DREES 2018) :

- CMUC, entre 56 et 68 % pour 6,6 à 7,9 millions de personnes éligibles ;
- ACS, entre 33 et 47 % pour 2,9 à 4,2 millions de personnes éligibles.

⁹⁸ 13 millions de français sont aujourd'hui en difficulté avec le numérique (baromètre du numérique CREDOC, 2018)

[302] Ainsi une relation étroite se tisse entre la Mission Accompagnement Santé et l'ASS, tant dans la mobilisation des aides pour lever les freins à l'accès aux soins, qu'en retour pour la détection de nouveaux freins et l'adaptation des aides en conséquence (ex : réactivation de la prestation supplémentaire pour la prise en charge transport par l'ASS de la CPAM d'Ille et Vilaine). Cette approche tournée vers l'accès aux soins est un levier important de performance de l'ASS (l'aide n'est plus une fin en soi).

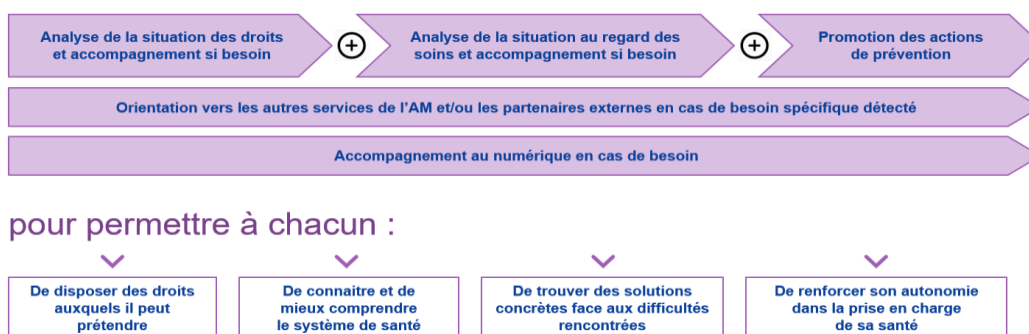
Graphique 14 : Le périmètre de la MisAS

Un point d'entrée unique quel que soit le mode de détection de l'assuré



Graphique 15 : Offre de services de la MisAS

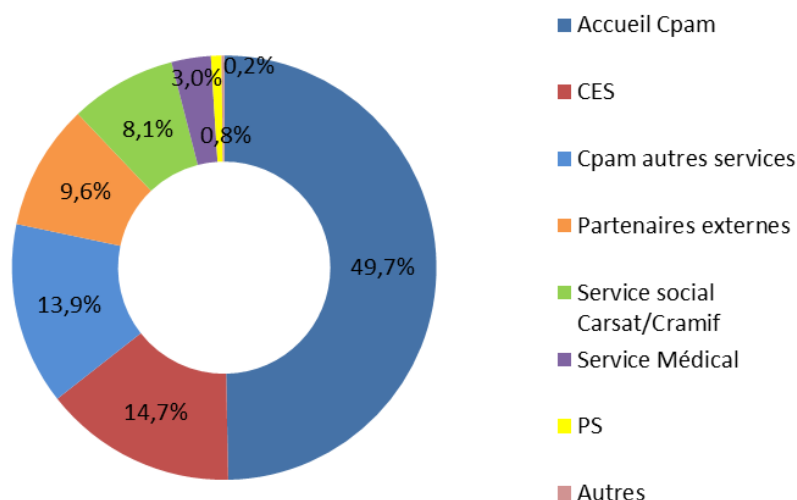
Une offre de service intégrée et complète



Source : CNAMTS

[303] L'enjeu majeur pour la réussite des MisAS, est de bâtir une méthode proactive de détection des personnes en risque, souvent « invisibles » des CPAM, et reposant sur une démarche « d'aller vers » ; d'où l'importance de tisser, renforcer et développer des partenariats externes (autres OSS, services publics, associations, ...) qui adressent aujourd'hui moins de 10 % des personnes à la MisAS (en 2019, avec une progression qui semblerait assez nette en 2020).

Schéma 1 : Répartition des détections MisAS par type de partenaires en 2019



Source : CNAMTS

[304] C'est en ce sens que la CNAM développe depuis 2020, une « stratégie partenariats », qui vise à mobiliser des organismes publics et des têtes de réseau nationales. Sept conventions cadre sont à ce jour signées (Pôle Emploi, l'UNCCAS, ADOMA, la FNMEF, les Restos du Cœur, le Secours Populaire Français et Emmaüs France), d'autres en phase de finalisation (APF, enseignement supérieur, CNAF, Croix Rouge, Groupe SOS solidarités).

[305] Cette stratégie nationale encore récente peut conduire par ailleurs à mobiliser le FNASS, par exemple pour soutenir la distribution de kits de protection (masques, gel, lessive, ...) pour les usagers des Restos du Cœur. Avec la crise sanitaire, ce type d'actions a été multipliées sur le territoire, ciblant les publics fragilisés (les étudiants dans le Calvados et les Ardennes)

[306] La « stratégie partenariat » vise donc aussi à enrichir et renforcer les partenariats locaux déjà développés par les CPAM, à mieux faire connaître l'offre de service et l'ASS des caisses qui souffrent d'un manque de lisibilité pour les acteurs institutionnels et associatifs des territoires, ce qui a pu être constaté en Ille et Vilaine et dans l'Orne. Tout en laissant des marges de manœuvre au plan local pour s'adapter aux réalités des territoires tant au niveau des besoins de la population qu'au niveau des acteurs mobilisables, cette « stratégie partenariats » doit être renforcée pour porter pleinement ses fruits, notamment d'une plus grande structuration des relations et des soutiens apportés par l'ASS des CPAM au tissu associatif.

- Les centres d'examen de santé (CES)⁹⁹

[307] Cette action menée en propre par les CPAM auprès des publics les plus fragilisés ou éloignés du système de santé se complète d'une des missions principales des Centres d'Examen de Santé, consistant à développer la prévention en santé pour cette population précaire : chômeurs, bénéficiaires du RSA, de la CSS, ... Ainsi, se situant dans la moyenne nationale des 110 CES de France, 58 % des 8 667 personnes ayant consulté le CES de la CPAM d'Ille et Vilaine relèvent des catégories des assurés en précarité, et un peu moins de 50 % des 2 137 Examens de Prévention Santé réalisés en 2019 par le CES ornais.

⁹⁹ Les CES ne relèvent pas de l'ASS mais de la politique de prévention

[308] Afin d'appréhender ces populations en précarité, les Centres d'Examen de santé s'appuient sur l'indicateur EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans le CES) qui permet une approche multidimensionnelle de la situation de la personne, et de jeter les bases de la construction d'un accompagnement adapté.

[309] Les CES jouent donc un rôle important comme acteurs de repérage des situations de vulnérabilité, et de l'accompagnement effectif de ce public dans le parcours de soins¹⁰⁰.

[310] Porteurs d'une stratégie volontariste visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention, l'activité des CES comme le déploiement des MisAS sont gages d'efficience de l'ASS : ils permettent de l'inscrire dans une approche globale des personnes en fragilité, d'éviter les phénomènes de dispersion des actions et des soutiens, au regard de la faiblesse relative des moyens financiers consacrés à l'ASS de l'Assurance Maladie, et d'être force de propositions pour adapter les aides aux évolutions des besoins des publics visés.

[311] CES et MisAS répondent enfin à une question majeure posée par tous les acteurs et toutes les politiques d'insertion : parvenir à lever plus efficacement le premier des freins à l'insertion des personnes en vulnérabilité. Alliés au déploiement de la « stratégie partenariats » dans les territoires, ils constituent des atouts importants à davantage valoriser et développer dans le cadre des PTI et de la Stratégie de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté, afin de renforcer le rôle de l'Assurance Maladie, l'impact de sa politique à destination des plus fragiles et par là-même, la lisibilité et l'efficience de son action sanitaire et sociale.

Recommandation n°11 Pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes en difficulté, mieux articuler les interventions de l'ASS de la branche maladie avec l'action des missions d'accompagnement santé des CPAM (MisAS), et des Centres d'examen de santé, et renforcer les partenariats propres à améliorer la détection des situations de fragilité.

1.3.3.2 Surdéterminée par la crise sanitaire, l'action sociale nouvelle au bénéfice des travailleurs indépendants doit retrouver son cadre normal, en assurant une bonne articulation interbranches

[312] Suite à l'intégration du RSI au régime général, l'action sanitaire et sociale au bénéfice des travailleurs indépendants (TI) a fait l'objet d'une profonde réorganisation, les URSSAF disposant pour la première fois d'une compétence en ce domaine, comprenant le support au fonctionnement des Instances régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants (IRPSTI), et la gestion d'aides spécifiques.

- La montée en puissance du nouveau dispositif d'ASS pour les TI a été percutée par la crise sanitaire
 - Le nouveau dispositif d'action sanitaire et sociale pour les TI a été mis en place

[313] Le cadre général des aides est déterminé au niveau national par le Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants (CPSTI).

¹⁰⁰ Conformément au Code de la Sécurité sociale, toute personne de plus de 15 ans affiliée au régime général peut demander un bilan de santé gratuit auprès d'un des centres d'examen de santé de la zone géographique concernée. La fréquence de ce contrôle est d'une fois tous les 5 ans mais peut être plus rapprochée en fonction de l'état de santé de la personne.

[314] Les décisions sont prises par la commission d'ASS des instances régionales de protection sociales des travailleurs indépendants (IRPSTI), et mises en œuvre par les différentes branches¹⁰¹ du Régime Général, selon leurs compétences.

[315] Du point de vue de la gouvernance, les commissions d'action sanitaire et sociale des CPSTI Bretagne et Normandie ont été désignées en 2019 puis renouvelées en 2020. Elles fonctionnent et se réunissent régulièrement. Les directeurs régionaux du recouvrement des travailleurs indépendants (DRRTI) assurent l'instruction des dossiers d'aide pour la branche recouvrement, et obtiennent des délégations importantes de prise de décision.

[316] Dix aides spécifiques aux travailleurs indépendants ont été maintenues, gérées par les trois branches, maladie, retraite et recouvrement¹⁰².

[317] Dans les deux URSSAF Bretagne et Basse-Normandie visitées par la mission, les dotations budgétaires initiales pour 2020 étaient de montants modestes¹⁰³.

○ L'impact de la crise sanitaire et des aides exceptionnelles attribuées

[318] L'état des attributions des aides à fin 2020 en Bretagne, comme en Normandie est trois fois supérieur au budget initial, compte tenu des aides financières exceptionnelles (AFE) dites Covid-1 et Covid-2, versées au titre des deux périodes de confinement.

[319] Depuis début 2021, de nombreux dossiers au titre de l'aide Covid 2 ont été traités, ou étaient encore en cours d'examen en mars 2021, pour des montants importants¹⁰⁴.

[320] Enfin, une aide exceptionnelle¹⁰⁵ a été mise en œuvre par le CPSTI, au titre du Régime complémentaire de retraite des indépendant et en lien avec la situation sanitaire, d'un montant maximum de 1 250 €¹⁰⁶.

[321] En termes administratifs, des simplifications de gestion et de procédures de demandes avaient été mises en place dès le mois de mars 2020¹⁰⁷. Parallèlement, les DRRTI ont dû être fortement renforcées pour supporter d'instruction d'un nombre de dossiers de demandes inédit.

[322] Alors que la gestion d'aides constituait un processus nouveau pour les URSSAF, au total, la crise sanitaire a obligé à une prise en charge en urgence, avec des moyens accrus en montants d'aides comme en gestion.

¹⁰¹ Un règlement national arrête précisément, par branche, les conditions d'accès aux différentes aides

¹⁰² Les quatre aides développées par la branche recouvrement visent particulièrement à

- prendre en charge totalement ou partiellement des contributions et cotisations sociales personnelles, en cas de difficultés particulières de trésorerie rencontrées par le TI ;

- résoudre une difficulté exceptionnelle qui risquerait de compromettre l'activité de l'entreprise, et de conduire à une situation de précarité ;

- venir en aide aux nouveaux retraités aux revenus modestes ;

- intervenir en urgence, en aide aux victimes de catastrophes naturelles ou non.

¹⁰³ Respectivement 1,4 et 1,1 M€.

¹⁰⁴ 10 M€ en Bretagne, 5,3 M€ en Normandie.

¹⁰⁵ Aide exceptionnelle « CPSTI RCI COVID-19 », en faveur des artisans/commerçants et leurs conjoints collaborateurs, immatriculés avant le 1er janvier 2019, en activité au 15 mars 2020 et ayant cotisé au régime complémentaire de retraite des indépendants (RCI) au titre de l'année 2018. Cumulable avec les aides du Fonds de Solidarité, l'aide est nette d'impôts et de cotisations sociales.

¹⁰⁶ Les montants versés s'élèvent respectivement à 62 millions d'euros au bénéfice de plus de 71 000 artisans et commerçants en Bretagne et 26 millions d'euros au bénéfice de près de 32 000 artisans et commerçants en Basse Normandie.

¹⁰⁷ Circ. ACOSS du 25/3/2020

[323] Cet épisode, qui n'est pas achevé, a permis de mettre en évidence de fortes marges de progression.

- Les marges de progression

[324] Des entretiens avec les responsables nationaux et régionaux entendus, il ressort plusieurs axes de progrès dans la gestion de l'ASS au bénéfice des travailleurs indépendants. Il doit en particulier être tenu compte de la nécessité de conserver une approche globale de la situation du travailleur indépendant, des moyens adaptés de détection de ses besoins, et des services attentionnés.

- La communication et la lisibilité de l'ASS

[325] L'année 2020, pour exceptionnelle qu'elle soit, avait commencé par des actions de droit commun, destinées à mieux mettre l'ASS en visibilité. Certaines de ces actions¹⁰⁸ paraissent devoir être reprises puis accentuées, même si la crise a familiarisé les travailleurs indépendants avec le circuit de demandes d'aides.

[326] Parallèlement, les accueils uniques ouverts à raison d'un par département, et dont l'activité a été naturellement affectée par la crise sanitaire, devront constituer des relais d'informations et des facilitateurs dans la constitution des dossiers d'aide.

[327] Enfin, la détection des difficultés des cotisants en amont peut progresser grâce à une surveillance accrue des comptes présentant des taxations d'office. De même, les deux URSSAF visitées envisagent des démarches pro actives d'information sur les aides disponibles, au bénéfice des assurés en difficultés.

- L'adaptation territoriale de l'ASS et le développement d'une action sociale collective

[328] L'Urssaf Bretagne est soucieuse de pouvoir développer une offre d'ASS adaptée aux spécificités territoriales, avec par exemple des aides en faveur des travailleuses indépendantes en période de maternité, ou du public des auto entrepreneurs précaires.

[329] De même, l'action sociale collective reste à développer. L'Urssaf Bretagne a ainsi regretté le report à 2022 de l'appel à projet national sur une prestation de diagnostic économique des entreprises. Elle pense pouvoir le cas échéant s'appuyer sur des partenariats locaux d'ores et déjà repérés.

- La collaboration entre branches du régime général

[330] Selon l'URSSAF Bretagne, elle peut d'abord concerner les actions de communication portant sur l'ASS, notamment à l'égard de certains publics ciblés.

[331] La mise en place de comités de pilotage communs entre branches, pour favoriser la prise en charge globale des assurés est suggérée par l'URSSAF Basse Normandie.

[332] Le signalement interbranche des situations complexes constitue également un sujet de préoccupation commun aux URSSAF, qui attendent les résultats de l'expérimentation en cours de l'outil HELP.

¹⁰⁸ actions de communication dédiées, relai des organismes professionnels et chambres consulaires, espace dédié sur le site internet de l'organisme, mailing ciblé relatif à l'ACED...

En cours d'expérimentation entre l'URSSAF Champagne Ardennes, la CPAM de la Marne, la CAF de la Marne et la CARSAT Nord-est, le dispositif dit HELP constitue, dans la suite de l'intégration du RSI au régime général, une ligne de service ciblant des personnes ayant des difficultés ou fragilités économiques perçues : elle est censée permettre, en inter branches, un repérage mutualisé (détection anticipée des fragilités, signalement entre partenaires, notamment à partir des front office et des accueils communs travailleurs indépendants), un accompagnement et une activation accélérée des dispositifs légaux (RSA, CMS..) et extra légaux (action sociale) adaptés.

La phase de repérage repose sur l'administration d'un questionnaire ad hoc, sous le système dit « démarche simplifiée » (DNUM), traité par une cellule spécialisée de l'URSSAF puis partagé avec la Mission d'administration en santé de la CPAM, la CARSAT et une cellule dédiée à la CAF. L'utilisation de « démarche simplifiée » a permis de répondre aux questions complexes de partage des données entre organismes.

Chaque organisme instruit pour sa part l'ouverture de droits adaptés ; une revue de dossier mensuelle permet pour les dossiers qui le nécessitent, une étude en commun, et une information sur les suites données.

Recommandation n°12 Poursuivre le déploiement de l'ASS au bénéfice des travailleurs indépendants, en travaillant en interbranches sur l'accueil, la communication, l'adaptation de l'offre de services et le repérage des situations de fragilité

2 Une performance qui s'est nettement améliorée, mais qui doit continuer à progresser

[333] L'action sociale constitue un outil précieux pour garantir l'accès aux prestations légales de ceux qui peuvent en bénéficier. Cette exigence d'accès au droit est particulièrement délicate à mettre en œuvre pour des personnes qui sont très éloignés pour de multiples raisons, de l'offre de prestations légales, qui se situent dans la « non demande », et qui nécessitent un accompagnement social vers la prestation.

[334] De ce point de vue, la performance de l'action sociale dépend fondamentalement de la capacité à

- Bien identifier les besoins et repérer les bénéficiaires potentiels,
- Définir une offre de service et d'accompagnement adapté à ces besoins,
- Et enfin à permettre l'accès aux services sous forme numérique, mais aussi par une présence en proximité des OSS et un travail en réseau.

[335] L'accès effectif au droit est ainsi fonction de la qualité du partenariat que nouent les OSS avec d'autres acteurs, collectivités territoriales, et d'abord le CD chef de file de l'action sociale, mais aussi services de l'Etat et les associations.

2.1 Les organismes de sécurité sociale s'appuient largement sur leurs partenaires institutionnels et associatifs

2.1.1 Les organismes de sécurité sociale sont encadrés et soutenus par leurs caisses nationales, et doivent développer les relations interbranches

[336] A l'exception du domaine enfance-famille, les moyens de l'action sociale à disposition des organismes de sécurité sociale (voir *supra* et annexes) paraissent largement minoritaires par rapport à ceux déployés par d'autres acteurs et par rapport aux prestations légales versées¹⁰⁹.

[337] Les effets de levier des moyens financiers des OSS sont surtout sensibles dans le domaine enfance-famille, où le département concentre plutôt ses dépenses sur le domaine de l'aide sociale à l'enfance, et où les moyens d'intervention de la CAF sont puissants, puis celui de la prévention de la perte d'autonomie, et de manière plus qualitative dans le secteur de l'insertion.

[338] Par ailleurs, les caisses nationales jouent un rôle d'encadrement et de soutien méthodologique important, et le développement des procédures interbranches doit être encouragé.

- Les caisses nationales soutiennent de diverses manières l'action sociale des caisses locales

[339] Les conventions d'objectifs et de gestion des caisses nationales sont déclinées de manière précise dans les contrats liant ces dernières aux caisses locales, l'action sociale faisant systématiquement l'objet d'une partie significative des engagements pris. Les CPOG des CAF et les CPG des CARSAT constituent de ce point de vue des exemples probants (voir annexes), reprenant et contextualisant les objectifs nationaux.

[340] Sans que cela ait constitué un sujet d'investigation, la mission a néanmoins noté quelques difficultés liées à la production de données locales pour la MSA, et de cohérence entre ces données et les données consolidées au niveau national, ce qui pourrait plaider pour un pilotage national plus précis en la matière.

[341] Mais au-delà, les caisses nationales sont bien entendu productrices de normes ou de référentiels de méthode et d'action. La mission a relevé quelques exemples structurants en la matière, qui ont en particulier conduit au cours des dernières années à une normalisation et une professionnalisation de l'intervention en action sociale, qu'il s'agisse des référentiels d'actions collectives dans le domaine de la PPA, ou ceux relatifs au travail social dans la branche famille, ou encore du rôle de l'ACOSS dans le déploiement de l'action sociale au bénéfice des travailleurs indépendants (cf. *supra*).

- Des relations interbranches très différenciées selon les domaines de l'action sociale

[342] Le tableau suivant recense les relations entre branches, telles qu'elles ont pu être identifiées sur les deux territoires visités.

¹⁰⁹ Malgré des tentatives, il n'a pas été possible dans les territoires visités par la mission de rapprocher les dépenses d'action sociale des OSS (dont il aurait alors été logique de soustraire le financement normé des structures d'accueil de la petite enfance) des seules dépenses extra légales des départements. Celles-ci ne paraissent pas non plus identifiées dans les sources nationales qui recensent uniquement l'intervention en aide sociale légale, soit 38,5 Mds € en 2018 (source ; DREES)

Tableau 2 : Relations interbranches identifiées

Promoteur	CAF	CARSAT	CPAM	URSSAF
CAF		Développement de l'intergénérationnel et lutte contre l'isolement social (centres sociaux, Monalisa...)	Action sociale maladie/bénéficiaires RSA Prise en charge des SDF	Support IRPSTI Accueils communs Travaux HELP
CARSAT	CDAP ¹¹⁰ - Mon Compte Partenaire		Interventions sorties d'hôpital SSR : actions PPA Rendez-vous de prévention en CES pour retraités Repérage retraités fragiles	Support IRPSTI Accueils communs Travaux HELP
CPAM	Accueils communs Niveau 1 CDAP - Mon Compte Partenaire Travaux parcours maternité Travaux accès aux droits (notamment C2S)	Travaux accès aux droits Observatoire des fragilités		Support IRPSTI Accueils communs Travaux HELP
URSSAF	CDAP - Mon Compte Partenaire ¹¹¹			

Source : mission

[343] Dans le domaine de la prévention de la perte de l'autonomie, les relations interbranches entre les CARSAT se développent avec les CPAM. Le service social régional de l'assurance maladie participe au repérage de retraités fragiles, il promeut des rendez-vous de prévention à leur attention dans les centres d'examen de santé, ainsi que les actions collectives de prévention. L'articulation des actions pour les sorties d'hospitalisation est en place, mais PRADO pour les plus de 75 ans n'a pu démarrer en 2020, compte tenu de la crise sanitaire.

[344] En Ile et Vilaine, la CAF et la CARSAT ont engagé un rapprochement partenarial afin d'intégrer cette dernière comme signataire du Schéma Directeur de l'Animation de la Vie Sociale dès janvier 2021 et de promouvoir l'action en direction des personnes âgées dans les centres sociaux et auprès des autres acteurs de l'animation de la vie sociale.

¹¹⁰ Consultation des dossiers allocataires pour les partenaires

¹¹¹ Pour l'URSSAF, il s'agira d'obtenir des informations sur les prestations versées par la CAF afin de préparer les dossiers de la CASS : pour les ressources du cotisant, il est prévu dans ASI (outil gestion ASS) une case pour renseigner l'information du bénéfice ou non du RSA.

[345] Entre CNAV et CNAM, la constitution de l'Observatoire des fragilités a permis de développer des travaux d'identification des zones et des personnes fragiles, qui ont été déjà mentionnés. Des travaux communs sur l'accès aux droits se développent, de même qu'entre CPAM et CAF. Entre ces deux organismes, la perspective de parcours communs (maternité/naissance) est tracée, ainsi que des signalements croisés (par exemple pour que les bénéficiaires du RSA puissent éventuellement émarger à l'action sociale maladie).

[346] Enfin, des accueils communs sont identifiés, notamment entre CAF et CPAM. Dans ce domaine, les accueils communs pour les travailleurs indépendants ont été mis en place et rassemblent toutes les branches (et d'autres partenaires). L'expérimentation du service interbranche HELP permettant le signalement croisé et le suivi de situation d'une personne potentiellement fragile a été mentionné *supra* ; les URSSAF visitées ont témoigné de leur fort intérêt pour ce dispositif.

[347] Enfin, sans que la mission en ait observé une mise en œuvre sur le terrain, la possibilité ouverte par la loi ASV, suivie du décret du 14 mars 2017, de procéder à des échanges de données nominatives entre organismes pour développer des services proactifs à l'attention de certains assurés reste en expérimentation dans deux régions¹¹².

Recommandation n°13 Dans le cadre des prochaines COG, développer la proactivité des services au bénéfice d'assurés présentant des fragilités, en s'appuyant sur des partenariats interbranches, notamment dans le domaine des échanges d'informations

2.1.2 Les OSS s'appuient largement sur des partenaires associatifs : indispensables mais d'apports variables

[348] Dans le développement territorial de l'ASS des OSS, les partenariats associatifs sont déterminants : ils permettent à la fois de rendre l'action sociale plus opérationnelle, de l'adapter aux besoins des publics et des territoires cibles.

[349] De manière générale, les partenariats associatifs développés par les OSS relèvent de deux approches :

- Les associations opératrices, directement au service de la politique des OSS, initiées ou portées directement par ces organismes et leurs partenaires institutionnels ;
- Les associations partenaires des OSS : têtes de réseau, associations locales et/ou spécialisées sur un champ d'intervention ou populationnel.

2.1.2.1 Les associations opératrices :

[350] Qu'elles soient issues de politiques ou dynamiques nationales ou d'initiatives territoriales, ces associations opératrices permettent de rendre opérationnelles sur des objets précis, des stratégies

¹¹² Les travaux ont consisté dans un 1er temps à définir pour la branche retraite et maladie les différents besoins métier, les variables utiles puis dans un second temps à expérimenter effectivement des croisements de données dans 2 territoires (CARSAT Languedoc-Roussillon et Hauts-de-France avec les CPAM de leurs territoires). Plusieurs objectifs opérationnels sont testés en interbranche : favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire, favoriser l'accès aux soins pour des seniors en ALD et seniors sans complémentaire santé, et traiter le non recours aux soins, Cibler l'octroi de PAP aux retraités fragiles, Organiser des actions de proximité conjointes Maladie/Retraite (inclusion numérique, accès aux droits...), Favoriser le recours à l'ASPA, Affiner le ciblage des seniors à risque au niveau des centres d'examen de santé

inter institutionnelles, en offrant à la fois une transversalité des approches et des actions, et une mutualisation des moyens.

[351] De fait, ces démarches associatives nécessitent une volonté partagée des parties prenantes de dépasser les logiques institutionnelles, se fondant sur un diagnostic partagé, un alignement stratégique et une mise en convergence des actions. Elles supposent donc un important travail de fond préalable et s'expriment donc sur des domaines d'interventions et/ou des territoires portés préalablement à maturité.

[352] Des trois champs d'intervention de l'ASS des OSS, celui de la prévention de la perte d'autonomie, bénéficie d'une structuration plus forte des coopérations interinstitutionnelles, que ce soit en interne des OSS avec le développement accéléré de l'inter régime ou en externe avec le rôle majeur désormais de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. C'est pourquoi c'est dans ce champ, que le recours à des associations opératrices s'est davantage développé au service d'une volonté partagée des OSS et de leurs partenaires, telles que l'association Pour bien vieillir Bretagne créée en 2014 par la CARSAT Bretagne, la MSA, la Sécurité Sociale pour les indépendants, la CNRACL et l'IRCANTEC (voir supra partie 11). Au fil des ans, au-delà de ses membres fondateurs, l'association est devenue l'opératrice privilégiée de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie.

[353] De même, créée initialement par la CCMSA en 2006, le réseau national des 19 ASEPT (Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires) propose, prioritairement sur les territoires ruraux, des ateliers de prévention autour de la mémoire, de la vitalité et de la nutrition et des actions de promotion de la santé.

[354] D'autres associations opératrices ont été fondées à partir d'une ambition territoriale, par exemple en Ile-et-Vilaine, et plus précisément sur le territoire de la métropole rennaise, l'APRAS (Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale), fondée en 1977, par la Ville de Rennes et son CCAS, Rennes Métropole, le Conseil Départemental, des représentants des bailleurs sociaux et la CAF d'Ile et Vilaine.

[355] De l'observation sociale à l'appui à l'ingénierie et à l'animation de projets portés par les fondateurs, l'APRAS est devenu un outil puissant au service des politiques sociales des institutions du territoire. C'est notamment cette association qui anime le dispositif rennais des Espaces Sociaux Communs qui a permis aux partenaires engagés, et notamment la CAF, de faire avancer de manière très concrète les enjeux d'unicité de l'accueil et de la référence de parcours.

[356] A l'heure du rôle institutionnel croissant de l'intercommunalité, de sa reconnaissance comme échelon territorial pertinent pour le déploiement des politiques portées par les OSS (CTG des CAF, chartes des familles ou des aînés pour la MSA), l'expérience de l'APRAS est révélatrice du potentiel d'accélération de ces associations opératrices, renforçant les coopérations et transcendant les silos et cloisonnements institutionnels. Elle constitue un levier d'inspiration voire d'essaimage dans d'autres territoires urbains ou ruraux, et d'intérêt pour une lisibilité et efficience accrue de l'ASS de l'ensemble des OSS.

2.1.2.2 Les associations partenaires :

[357] Les partenariats associatifs sont évidemment multiples à la mesure de l'ampleur des champs couverts par l'ASS des OSS, de la diversité du tissu associatif français.

[358] Certains de ces partenariats associatifs sont structurels, intimement liés au développement des politiques portées par les OSS. C'est notamment par exemple, le cas pour la branche famille, des

centres sociaux et espaces de vie sociale (et de leur fédération), des associations gestionnaires de EAJE ou encore de têtes de réseaux associatifs telle que l'UNAF/UDAF, Familles Rurales, les Francas, la Ligue de l'Enseignement, Ainsi entre 2014 et 2018, la CNAF a apporté son soutien financier à 52 associations nationales et têtes de réseau pour un montant total de 19 535 770 €. C'est le cas également pour la MSA, des associations relevant de son « offre de services », la Fédération nationale des MARPA, Solidel pour les ESAT, Laser emploi pour les Entreprises d'Insertion, Présence verte pour la télésurveillance, l'AVMA pour les villages vacances. Ou encore des Maisons d'Accueil Hospitalier qui pour les CARSAT représentent les deux tiers de leur soutien associatif en 2019.

[359] Ces partenariats associatifs font le plus souvent l'objet de contractualisations pluriannuelles d'objectifs, garants du pilotage et de l'évaluation des actions pour l'OSS et de sécurisation des financements pour les associations signataires.

Présents à 80 % dans les territoires urbains, les Centres sociaux portés à 70 % par des associations et les Espaces de vie sociale (EVS) s'inscrivent dans un partenariat privilégié avec les organismes de sécurité sociale, concrétisé par un cadre national multi conventionnel avec leur fédération nationale (qui regroupe la moitié des 2 200 centres sociaux et 1 100 EVS du pays).

En effet, la Fédération Nationale des Centres Sociaux est signataire de conventions avec la CNAF bien-sûr dont elle est un des partenaires majeurs du déploiement de ses politiques d'animation de la vie sociale via les SDAVS, mais aussi plus récemment avec la CNAV, la MSA et l'AGIRC-ARRCO, ou encore l'AG2R en Île de France.

Sur le plan territorial, ces partenariats se déclinent via les fédérations régionales ou départementales lorsqu'elles existent, voire des associations locales comme celle de Rennes, et les centres sociaux eux-mêmes.

Concernant la branche famille qui finance en moyenne à hauteur de 25 % les centres, le partenariat avec les centres sociaux se fonde sur un équilibre précieux et reconnu comme tel par les parties prenantes, entre des référentiels nationaux – les agréments – et la co construction local du projet du centre, gage de cohérence et d'efficacité. Les acteurs rencontrés soulignent l'importance de préserver cette ADN, perçu comme fragilisé par la tendance à la normalisation des orientations nationales de la CNAF et des pouvoirs publics.

Une attention particulière est également à porter à la consolidation du financement des missions d'ingénierie de projets confiées aux Centres sociaux ; bien que parties intégrantes de leur agrément, le financement de ces missions demeurent fragiles, alors qu'elles sont essentielles pour le développement et l'innovation des actions.

Les Centres sociaux et les Espaces de vie sociale constituent des atouts à conforter et développer à l'heure où les interventions des OSS se développent dans des démarches de développement social local, dans une logique « d'aller vers » et de participation des habitants. En développant des EVS itinérants comme dans l'Orne, ils sont aussi une réponse pertinente à l'insertion sociale pour les territoires ruraux isolés.

D'un point de vue de la couverture territoriale, et tout particulièrement dans les QPV, un effort conséquent a été réalisé puisque qu'alors que l'on recensait 363 QPV non-couverts fin 2018, ils ne sont plus que 163 en mars 2021 à être en cours de déploiement.

Ce développement doit s'accompagner d'une structuration territoriale plus importante, les objectifs fixés en ce sens par la Fédération Nationale des Centres Sociaux dans sa stratégie sont à soutenir.

[360] D'autres partenariats se fondent sur un soutien financier plus opérationnel et ponctuel apporté par l'ASS des OSS aux associations dans les territoires.

[361] Les instances des caisses régionales ou locales présidant à l'octroi de ces soutiens, y sont particulièrement attachées et font l'objet d'une importante implication des élus. Il convient aussi de souligner que même si les montants unitaires des subventions engagées peuvent paraître parfois

relativement modestes, les associations soulignent l'importance de ces financements réputés plus stables et durables lorsque celles d'autres financeurs sont davantage soumis à aléas politiques.

[362] Néanmoins pour important que soit ce point de vigilance exprimé par les acteurs eux-mêmes, il relève davantage d'une réflexion politique globale relatif au modèle économique des associations et dépassant largement les enjeux des partenariats associatifs de l'ASS des OS.

[363] Bien que de la compétence de la gouvernance des caisses locales, le financement des associations par l'ASS des OSS fait depuis de nombreuses années l'objet par les caisses nationales comme par les COG successives, d'orientations, d'incitations et de directives visant à objectiver et rationaliser les soutiens octroyés. C'est un enjeu important compte tenu des enveloppes globales relativement réduites : le montant des aides associatives des CARSAT et CPAM s'élevait ainsi à 9,6 M€ en 2019.

[364] Par ailleurs, de grandes disparités subsistent dans les pratiques des caisses. Ainsi, à titre illustratif, en 2019, 75 % des CPAM consacraient moins de 50 000 € au soutien associatif en 2019, seules 6 CPAM, plus de 200 000 €.

[365] Enfin, selon le champ d'intervention et la nature du besoin (équipements ou actions), le montant moyen des subventions peut être très variable : pour les CARSAT en 2019, 26 000 € en moyenne pour l'aide aux malades, 15 600 € pour l'aide aux handicaps, 4 000 € pour l'insertion sociale.

[366] Ainsi, si un effort de rationalisation s'est opéré dans le soutien aux associations par l'ASS des OSS, il reste encore à s'interroger sur un niveau plancher de subvention unitaire. Ainsi, il n'est pas rare de recenser encore des subventions de 500 € à 1000 € (près d'un quart des subventions allouées par l'ASS d'une caisse locale rencontrée par la mission). Sans préjuger de la valeur des actions soutenues, un niveau aussi faible de financement conduit à la dispersion des moyens, questionne l'impact effectif du soutien apporté, et son rapport avec les coûts de gestion induits (tant pour le financeur que pour le financé).

[367] Ces dernières années, rénovant les pratiques et usages en matière de soutien aux associations, se sont développés des appels à projets nationaux visant à mobiliser les acteurs sur des enjeux et programmes identifiés comme prioritaires, à soutenir des projets innovants susceptible d'accélération, d'essaimage ou de changement d'échelle. Ces appels à projets permettent aussi par ailleurs d'élargir parfois le spectre des partenaires des OSS aux entreprises de l'Economie Sociale et Solidaire, et de proposer des montages financiers hybrides associant subventions et investissements.

[368] Ainsi, afin de susciter l'implantation de structures inclusives en milieu rural, l'appel à projets « Inclusion et Ruralités » initié par la MSA en partenariat avec le Ministère du Travail a retenu en 2021, 35 projets (sur 180 candidatures) proposant un subventionnement de 60 k€ à 100 k€ sur trois ans, un accompagnement par la caisse et le réseau d'incubation Make Sense, l'intégration à un programme de mesure de l'impact et – selon le modèle économique des projets - des investisseurs institutionnels complémentaires (France Active, Banques des Territoires). C'est dans ce cadre que dans l'Orne, le projet Objectif Ferme conjuguant réinsertion des sortants de prison et agriculture biologique a été retenu. Sans pouvoir évaluer à ce stade la qualité et la viabilité des projets lauréats, l'esprit et la méthode de cet appel à projets semblent être à reproduire tant au niveau national que territorial pour permettre une rationalisation et un impact plus important des moyens consacrés par l'ASS des OSS aux associations.

[369] Ces appels à projet peuvent aussi constituer un levier de communication important pour renforcer la visibilité de l'ASS des OSS auprès des associations et plus largement des acteurs de l'ESS, à l'appui également de programmes spécifiques innovants comme de promotion de l'activité

physique des retraités porté par le Groupe Siel Bleu et soutenu par mobilisé par la CARSAT ou l'AGIRC-ARRCO en Ille-et-Vilaine.

[370] Enfin depuis le déclenchement de la crise sanitaire, il faut souligner l'efficace mobilisation par les OSS et l'engagement des associations (Centres sociaux, Restos du Cœur, Petits Frères des Pauvres, Secours Populaire, ...), pour apporter premiers secours, aides alimentaires, ... et faire face à l'urgence de la fragilisation de certaines populations (SDF, étudiants, ...) dans des conditions d'organisation tout aussi complexe qu'inédite.

Recommandation n°14 Améliorer la visibilité et l'efficacité des partenariats et soutiens associatifs des OSS, en privilégiant les financements pluriannuels, et en développant davantage les appels à projet ou à manifestation d'intérêt sur des programmes ciblés.

2.2 Les Organismes de sécurité sociale ont fait des progrès inégaux dans leurs méthodes et leurs outils pour adapter leur offre de service aux besoins prioritaires et promouvoir l'innovation

2.2.1 Des progrès inégaux dans l'adaptation de l'offre de service aux besoins sociaux

2.2.1.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie : des outils puissants pour le diagnostic et le ciblage des actions, des progrès à réaliser pour l'action individuelle

[371] L'observatoire des situations de fragilité permet d'identifier et de cartographier de manière agrégée les situations de fragilités, au regard de la situation des retraités caractérisée à partir de plusieurs critères, âge, isolement, niveau de revenus, implantation géographique, faisant l'objet d'une cotation¹¹³.

[372] Partagé avec la MSA et la branche maladie, il constitue une puissante base de données¹¹⁴, dont l'utilisation est bien appropriée par les organismes, comme la mission a pu le constater avec les CARSAT visitées.

- L'identification et le ciblage des zones blanches et fragiles : des utilisations multiples

[373] Les analyses territoriales, surtout au niveau le plus fin, communes ou EPCI contribuent d'abord à l'élaboration de diagnostics territoriaux sur la prévention de la perte d'autonomie. Des portraits de territoire croisant de multiples données peuvent être établis.

[374] Les objectifs opérationnels recherchés sont multiples : un partage de diagnostic avec les acteurs de la prévention (conseil départemental, communes, EPCI, ARS), un positionnement des actions collectives de prévention sur les territoires prioritaires, la promotion de lieux de vie collectifs sur les territoires prioritaires et les moins couverts, l'aide à la décision d'implantation et au diagnostic sur les territoires visés par des actions territoriales (chartes de solidarité des aînés, dispositif ECLAT..).

¹¹³ Age (score de 1 à 4), bénéfice ou non d'une pension de réversion (caractérisant une situation d'isolement) (score 0 ou 3), exonération ou non de CSG (caractérisant un niveau de revenu) (score 0 ou 4); plus le score total est élevé, plus la situation est appréciée comme fragile

¹¹⁴ Pour une présentation d'ensemble, voir l'Atlas national des situations de fragilité, territoires et publics seniors

[375] Avec l'assurance maladie, l'observation des consommations de soins et du recours aux droits constitue un enjeu majeur.

[376] Les outils à disposition avec l'observatoire sont utilisés concrètement, comme en témoignent les exemples recensés en annexe, essentiellement pour le positionnement géographique des actions collectives.

[377] La question d'une extension du champ de l'Observatoire aux données de la branche famille peut être très légitimement posée, compte tenu de l'intérêt dans la caractérisation des territoires de recouper l'ensemble des données disponibles.

- L'identification des personnes fragiles : des progrès à réaliser

[378] L'Atlas des fragilités indique que des seniors font l'objet d'un repérage individuel de leur situation et, dès lors d'une offre ciblée, pro active d'une action individuelle, ou d'un service adapté.

[379] Dans les deux CARSAT Bretagne et Normandie, tel ne paraît être le cas que de manière assez rare.

[380] Par contre, des relais de terrain, CCAS, CLIC, Maisons France Service, antennes des Restos du Cœur, des Petits frères des pauvres... donnent fréquemment un premier niveau d'information sur les offres d'action sociale de la CARSAT, de même que les travailleurs sociaux des départements, des foyers de travailleurs migrants (Adoma...) ou des plateformes d'évaluation, peuvent faire directement des signalements de situations de fragilité.

[381] Pour efficace qu'ils puissent être, ces croisements d'informations restent informels et mériteraient d'être protocolisés avec des partenaires institutionnels (CCAS, CLIC) et associatifs.

Recommandation n°15 Conforter les utilisations de l'observatoire des fragilités, formaliser les procédures de repérage des personnes âgées fragiles, et envisager une extension de l'Observatoire des fragilités au champ enfance-famille

2.2.1.2 Le champ « insertion » :

- Les diagnostics partagés et analyses des besoins sociaux (ABS)

[382] L'identification des besoins et des publics prioritaires de l'action des OSS en matière d'insertion se nourrit des multiples diagnostics partagés développés par les collectivités territoriales, les EPCI et leurs partenaires – dont les OSS – tels que ceux posés dans le cadre du PDI, pour lequel la loi prévoit qu'il « recense les besoins d'insertion, l'offre locale d'insertion et planifie les actions d'insertion correspondantes », et qui peuvent se décliner dans les Plans Locaux d'insertion (PLI) dans lesquels CAF et MSA et à degré moindre CPAM, sont particulièrement impliquées.

[383] Il en va de même pour les ABS (Analyses des Besoins Sociaux) des CCAS/CIAS, qui sont en effet conduits depuis le décret n° 2016-824 du 21 juin 2016, à réaliser cet ABS une fois par mandat au minimum, dans l'année civile qui suit le renouvellement des assemblées municipales¹¹⁵.

[384] Au-delà de l'analyse croisée de données statistiques de l'INSEE, de la DARES, de la DREES et du recensement général de la population, les CAF contribuent à ces ABS en mettant à disposition leurs

¹¹⁵ « L'analyse des besoins sociaux consiste en un diagnostic sociodémographique à partir des données d'observation sociale du territoire. Ce diagnostic est établi avec l'ensemble des partenaires, publics ou privés, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social telles que mentionnées à l'article L. 123-5. »

données foyers allocataires, personnes couvertes, équipements (FJT, EAJE, LAEP) et des indicateurs ad-hoc tels que le nombre d'allocataires dont les revenus sont composés à plus de 50 % et à 100 % d'allocations CAF.

[385] Ces ABS se complètent le plus souvent d'analyses partenariales plus précises sur l'accès aux aides, sur les sorties positives ou non des dispositifs d'accompagnement ou encore sur les freins périphériques (mobilité, santé, ...). Par les responsabilités déléguées dans le cadre du RSA, les CAF et MSA sont là encore les OSS les plus impliqués dans ces démarches.

[386] Ces ABS sont des outils importants pour permettre d'identifier les besoins spécifiques ou émergents, de mieux cibler les publics les plus précaires comme d'interroger l'efficacité des dispositifs d'aides ou d'accompagnement. C'est par exemple le questionnaire issu de l'ABS réalisé par le CIAS de la Communauté du Pays de l'Aigle (Orne) sur le niveau élevé d'endettement des familles entrant dans les dispositifs de soutien : s'agit-il de réticences psychologiques des familles ou d'un défaut d'information ou d'accessibilité des services proposées par les acteurs ?

[387] De même, à l'appui du Pacte rennais de l'insertion, la Ville de Rennes et son CCAS, Rennes Métropole, le Conseil Départemental, quatre bailleurs sociaux, et la CAF d'Ille et Vilaine, ont créé en 1977, l'APRAS déjà mentionnée, qui produit tous les deux ans un Tableau de Bord Social de Rennes Métropole, destinées aux élus, aux professionnels et partenaires de l'action sociale. Il leur offre une vision précise de l'évolution des caractéristiques des populations fragiles et de leur besoin en terme d'emploi, de revenus, de logement, de vie familiale ... sur le territoire de Rennes Métropole, ville par ville, avec un focus sur les quartiers politiques de la ville.

[388] C'est sur la base de ces diagnostics que la CAF d'Ille et Vilaine a engagé avec le CCAS un « parcours vers une autonomie numérique », pour les publics en difficulté d'usage, ou qu'un travail est mené afin d'adapter les modes de garde d'enfant aux parents en parcours d'insertion.

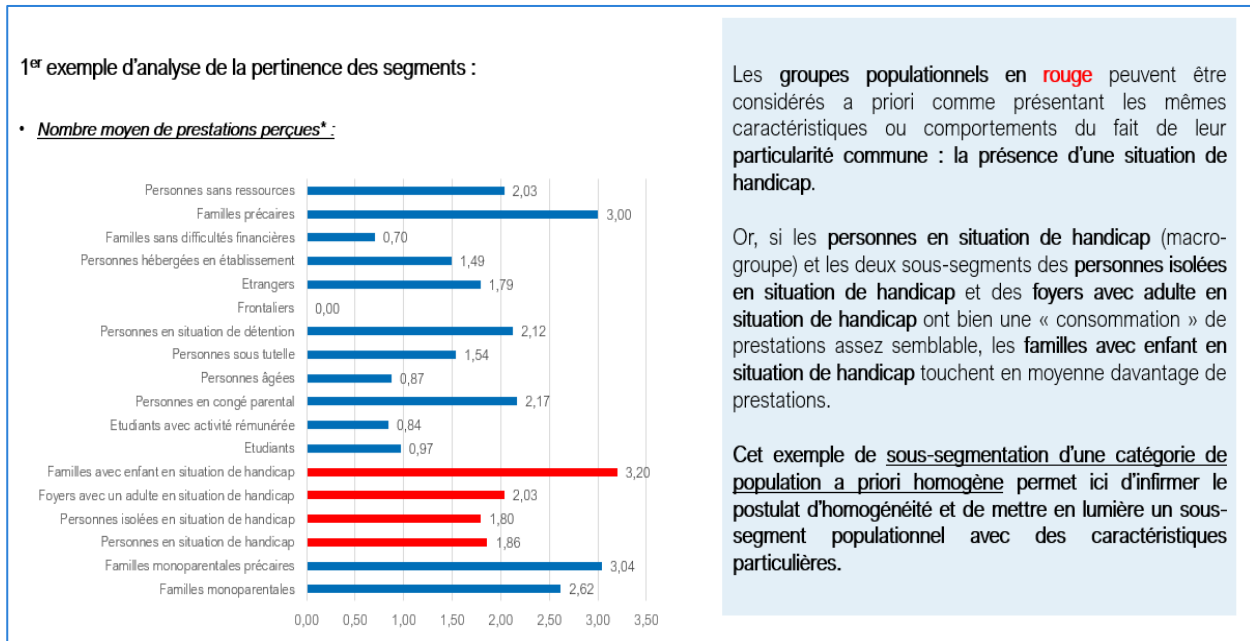
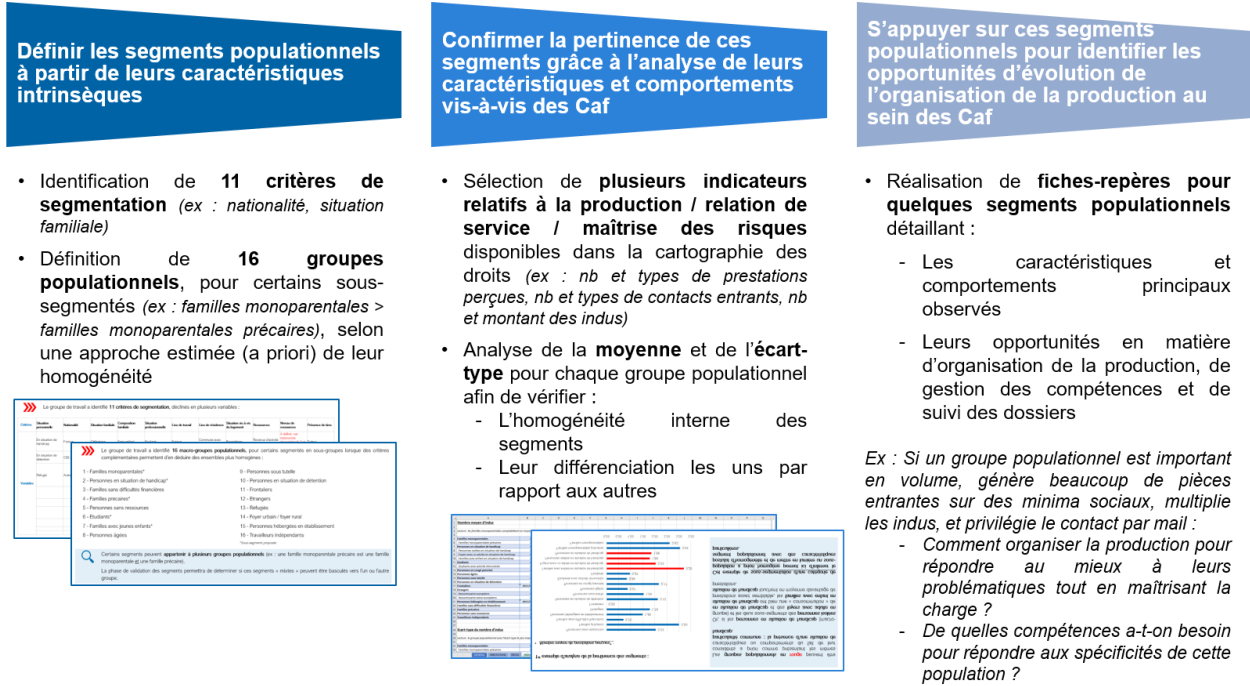
- Par ailleurs, les OSS développent également leurs propres dispositifs d'identification des publics en difficultés, sur des segments spécifiques.

[389] Ainsi, dans le cadre du plan national d'action contre le suicide en agriculture, la MSA a développé le réseau Sentinelles afin de faciliter le repérage précoce des personnes en détresse psychique et leur apporter un accompagnement ad-hoc. De même, la Cellule Pluridisciplinaire de Maintien en Emploi (CPME) permet de détecter précocement les salariés ou non-salariés agricoles en risque de perte d'emploi suite à une difficulté de santé ou un handicap.

[390] Concernant l'assurance maladie, comme évoqué précédemment (1.3.3.1.), les Missions Accompagnement Santé (MisAS) et les Centres d'Examen de Santé constituent des outils de repérage des publics les plus précaires en risque potentiel ou avéré de renoncement aux soins et d'adaptation de la réponse apportée à des besoins émergents.

[391] Enfin, les OSS développent des outils de segmentation des populations cibles et de leur caractérisation, basés sur le croisement de données démographiques, sociologiques, ... avec leurs propres indicateurs de production, de la relation de service et de la maîtrise des risques comme l'illustre les méthodes de segmentation de la CNAF :

Schéma 2 : Méthode de segmentation des populations



Source : CAF Ile de France

[392] L'identification des besoins prioritaires et des publics cibles sont des enjeux majeurs à l'heure où l'ensemble des OSS cherchent à atteindre par leur action sanitaire et sociale, non seulement les personnes les plus précaires, mais aussi celles les plus éloignées voire étrangères aux politiques et interventions qui leur sont pourtant destinées ; à l'heure aussi où les besoins sociaux évoluent rapidement, à l'heure en fin d'une crise sanitaire et sociale inédite.

[393] Atteindre ces « invisibles » requiert non seulement une logique « d'aller vers », une approche globale donc partenariale, une démarche en proximité de remobilisation des personnes, mais aussi

une identification la plus précise possible de leurs caractéristiques et de leurs besoins, seule gage d'un accompagnement performant.

[394] Dans ce domaine aussi, la qualité des coopérations territoriales des OSS en matière d'insertion, avec les Départements, les EPCI, les communes, est déterminante.

2.2.2 L'innovation sociale et l'association des bénéficiaires : des chantiers ouverts

2.2.2.1 L'innovation sociale

[395] L'innovation sociale est définie par l'article 5 de la loi du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire :

[396] « Est considéré comme relevant de l'innovation sociale le projet d'une ou de plusieurs entreprises consistant à offrir des produits ou des services présentant l'une des caractéristiques suivantes :

1° Soit répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, que ce soit dans les conditions actuelles du marché ou dans le cadre des politiques publiques ;

2° Soit répondre à des besoins sociaux par une forme innovante d'entreprise, par un processus innovant de production de biens ou de services ou encore par un mode innovant d'organisation du travail. »

[397] Dans cette acception large, l'innovation sociale est consubstantielle des politiques sociales et notamment de l'ASS des OSS qui multiplie les démarches internes comme externes pour contribuer à la recherche, l'émergence et le développement des innovations sociales. L'innovation est particulièrement valorisée dans tous les documents de communication institutionnelles (rapports d'activité, présentations, ...), preuve qu'elle est devenue aussi un enjeu stratégique pour l'avenir des OSS, y compris du point de vue de l'image donnée d'organismes agiles dans un environnement de la protection sociale jugé par l'opinion publique, souvent trop complexe et figé.

- Les innovations de processus

[398] Confirmés par la situation dans l'Orne comme dans l'Ille et Vilaine, l'accueil et la référence unique de parcours sont les sujets prioritairement traités par les OSS et leurs partenaires en matière d'innovation de processus : simplifier l'accès et améliorer le recours aux aides et à l'accompagnement proposé, fluidifier les parcours des usagers, partager l'information et l'instruction des situations, décloisonner le travail social sont les objets premiers de recherche et de développement des innovations de process.

[399] En Ille et Vilaine, les Espaces Sociaux Communs de Rennes sont emblématiques de cette innovation sociale qui ne peut être que partenariale, fruit en l'espèce d'une ambition commune de la Ville de Rennes, du Conseil départemental et de la Caisse d'Allocations Familiales. Au nombre de 6 aujourd'hui sur les quartiers rennais, ils essaient sur la métropole et au-delà. Fondé en 1997 sur un objectif d'amélioration de l'accès aux droits et de l'accompagnement via la co-localisation des services des partenaires, ces ESC permettent aujourd'hui de continuer à innover en proposant un accueil unique et mutualisé et en élaborant des parcours partagés des usagers.

[400] C'est ainsi que dans l'Orne, se développe le projet de « carnet d'insertion dématérialisé » du PTI 2020-2022 s'attaquant aux phénomènes de renoncement ou de rupture dans les parcours

d'insertion des bénéficiaires du RSA, en proposant une plus grande accessibilité de l'information pour les usagers et une approche globale des interventions et accompagnements.

[401] Dans le même objectif de simplification de l'accès et du recours aux aides comme de parcours partagé, on citera l'innovation encore expérimentale mais très porteuse, de la plateforme HELP (Harmoniser les Echanges entre Les Partenaires au service des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise en difficultés) développée par l'URSSAF Champagne-Ardenne, l'ACOSS, la CNAF, la CARSAT Grand Est et la CNAMTS (*cf. Supra*).

[402] Ou encore la proposition d'expérimentation issue des réflexions menées en Bretagne dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, d'un « territoire zéro non recours » sur un certain nombre de droits sociaux, en concertation avec le Département, les OSS et les partenaires locaux.

[403] La multiplicité de ces innovations sociales démontre la capacité des OSS, en lien avec leurs partenaires – car une fois encore, l'innovation ne peut être que partenariale – à réinterroger en permanence leurs politiques, dispositifs et pratiques.

[404] Parce qu'elles partent de situations et problématiques concrètes, souvent exprimées par les parties prenantes elles –même (usagers comme professionnels), qu'elles sont ciblées sur un domaine, une population et/ou un territoire donné, ces innovations permettent de transcender la complexité et la segmentation de l'intervention sociale, comme le cloisonnement inter institutionnel. En s'appuyant sur la démonstration par l'exemple, le langage de la preuve, ces innovations constituent par le terrain, en plaçant l'utilisateur au centre de leur démarche, des leviers importants sur lesquels s'appuyer pour faire progresser la coopération entre institutions.

[405] Même si la mission n'est intervenue que dans deux départements, on peut néanmoins constater que l'ensemble des OSS et leurs partenaires se mobilisent dans les territoires sur les mêmes objets d'expérimentation et d'innovation de processus : accès aux droits, accueil et parcours partagés.

[406] On voit aussi que certains territoires ont une culture partenariale et de l'innovation plus ou moins avancée, du fait de leur histoire, de leurs caractéristiques économiques et sociales, des acteurs locaux, etc.

[407] Aussi, se révèle un enjeu de capitalisation de ces innovations, afin de favoriser leur appropriation, leur essaimage et leur déploiement. Un Lab national porté par les OSS et leurs partenaires, pourrait être créée pour recenser les innovations les plus abouties ou avancées en matière d'accès aux droits, d'accueil et de parcours partagé, formaliser les facteurs de réussite, la méthodologie et les conditions de modélisation et d'essaimage.

[408] Ce Lab pourrait utilement s'inspirer de la démarche portée depuis 2016 par la CNAF au travers de son CAF Lab qui par des consultations citoyennes, le recours au design thinking, identifie des besoins nouveaux ou sous-jacents des citoyens, accompagne les directions métiers dans la création de solutions nouvelles, comme il valorise les innovations locales portées par les CAF pour essaimage voire généralisation nationale. C'est aussi le CAF Lab qui accompagne des réflexions visant par exemple à faire évoluer les lieux d'animation de la vie sociale, en y intégrant de nouveaux modèles tels que les tiers-lieux. La CAF de Paris ou celle du Gard ont développé deux premiers prototypes. Comme il en va de toute innovation, celle-ci se heurte encore à des freins réglementaires et juridiques liés à l'agrément, au portage et au financement de ces tiers lieux – au modèle économique hybride, différent d'un centre social – dans le cadre de la politique de l'animation de la vie sociale de la CNAF.

[409] Ainsi, créer un Lab national porté par les OSS sur les questions d'accès aux droits, d'accueil de parcours partagé, permettrait par ailleurs d'identifier, d'enclencher ou d'accélérer les évolutions

législatives, règlementaires, organisationnelles ou techniques nécessaires à la diffusion des innovations (notamment l'évolution du cadre juridique du partage de données, ou l'évolution des systèmes d'information) ou les cadres institutionnels préalables à poser.

[410] S'agissant des questions de partage de l'information, la mission a constaté l'importance des cloisonnements dans les systèmes d'information des acteurs de l'action sociale. Ils constituent un frein puissant à la coopération, à la fois au niveau territorial pour améliorer les capacités de diagnostic et de ciblage évoquées plus haut, mais aussi pour mieux coordonner l'accompagnement social entre les OSS, le conseil départemental et les CCAS. Ce dernier point paraît particulièrement important puisque l'efficacité de l'accompagnement dépend de la capacité à bien conjuguer des approches généralistes avec des approches plus spécialisées. Le développement de la coordination au bénéfice des personnes accompagnées, telle qu'elle est envisagée à travers la mise en place des référents de parcours dépend largement des capacités à partager l'information.

[411] Dans le moyen-long terme, il serait souhaitable de mettre en place un Dossier Social Partagé (DSP), à l'instar de ce qu'est la démarche de Dossier Médical Partagé (DMP promu par l'Assurance Maladie). Mais l'ampleur des problèmes juridiques et techniques à résoudre interdit d'envisager la mise en place effective de ce DSP avant plusieurs années. C'est pourquoi la mission recommande de procéder par une voie conventionnelle et territoriale, en suscitant dans chaque département une discussion et un accord entre les OSS, le CD et les CCAS pour organiser le partage des informations concernant les bénéficiaires de l'action sociale.

[412] Pour faciliter ces discussions, il pourrait être utile de créer un cadre national de travail. Dans ce sens, le projet de charte de partage de l'information porté par le Département de l'Ille-et-Vilaine c'est-à-dire d'un ensemble d'engagements réciproques sur le partage d'information pourrait faire l'objet d'un échange entre l'ADF, les OSS et d'autres partenaires tels que l'UNCCAS. Cette discussion pourrait aboutir à élaborer une charte de référence nationale incitative et accélératrice de cette première étape d'un décroisement des systèmes d'information, et point d'appui pour développer des parcours mieux coordonnés pour les bénéficiaires de l'action sociale.

Recommandation n°16 Créer un Lab national inter régimes de recensement, de capitalisation et de transfert/essaimage des innovations de processus en matière d'accès aux droits, d'accueil et de parcours partagé.

Recommandation n°17 Lancer le projet d'une charte de l'information partagée entre acteurs de l'action sociale (ADF, UNCCAS, OSS) et l'expérimenter sur quelques territoires, dans le domaine de l'insertion

- Au-delà de ces innovations de processus, les OSS se mobilisent aussi afin de répondre à des « besoins sociaux non ou mal satisfaits », pour reprendre les termes de la loi.

[413] Là encore les initiatives des OSS sont multiples, traduisant le dynamisme des institutions, des politiques et des professionnels.

[414] L'innovation sociale se traduit ainsi par des nouveaux services développés par les OSS eux-mêmes, ce qui est une fois encore en grande partie leur raison d'être, mais aussi par la volonté d'identifier les innovations sociales portées par des associations, des acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire et/ou des entreprises, et de bâtir un écosystème leur permettant un développement accéléré.

[415] Cette ambition peut prendre la forme d'appels à projets dédiés, avec l'appel à projets « Inclusion et ruralités » lancé en 2020 par la MSA et le Ministère du travail. Au-delà des objectifs poursuivis et des projets lauréats, la vertu de cet appel à projets repose d'une part sur sa cible, celle

d'innovations matures, ayant réussi « la preuve du concept » et prête à subir un développement accéléré. D'autre part, cet appel à projets propose un niveau de financement par subvention significatif, dans la durée et construit autour des lauréats un écosystème d'accompagnement, d'investissement et de mesure d'impact. Cette exigence posée est certes sélective, mais elle est le gage d'un développement rapide et maîtrisé de l'innovation. C'est par de telles approches méthodologiques, que l'innovation sociale peut révéler tout son potentiel et les moyens d'être le plus efficacement mobilisés.

[416] C'est d'ailleurs cette même approche qui a présidé à la création du dispositif sans doute le plus abouti porté par les OSS en matière de développement de l'innovation : le Viva lab, « Valoriser l'innovation pour vivre autonome » lancé en 2019 par la CNAV, la CCMSA, l'Agirc-Arrco, la Banque des Territoires et France Active, a pour objectif de sourcer et porter rapidement à l'échelle des innovations technologiques ou de service ayant démontré leur impact social.

[417] Concernant la branche famille, le CAF Lab évoqué *supra* a lui aussi exploré ces approches d'open innovation. C'est ainsi qu'au cours du premier confinement en mars-avril 2020, ont été développés des « paniers solidaires » permettant de soutenir à la fois les besoins alimentaires des familles les plus vulnérables en complément des aides financières individuelles, et l'activité de groupements d'agriculteurs en mal de débouchés à leurs productions durant cette période complexe. De même, le CAF Lab travaille dans le cadre du dispositif VACAF (aides aux vacances), avec des start-up permettant aux allocataires de mieux identifier les lieux éligibles. Toutefois, cette open innovation est encore embryonnaire, se heurtant notamment à des freins culturels internes liés à l'hybridation d'une mission de service public et d'activités commerciales. Pourtant, cette hybridation permet non seulement d'apporter de nouvelles solutions pour répondre plus efficacement aux besoins des bénéficiaires, mais elle constitue aussi un levier important d'amélioration de l'image des OSS, trop souvent encore assimilés à une logique de guichet et à une complexité administrative, pour ne pas dire bureaucratique. L'innovation est en ce sens un enjeu stratégique d'image pour les OSS, d'une image plus fidèle à la réalité de leur dynamisme souvent méconnue de nos concitoyens.

[418] Capitalisant la démarche Viva Lab, sur chacun des deux autres champs d'intervention de l'action sociale (enfance/famille et insertion) et en identifiant des cibles thématiques ou populationnelles précises (facteurs clés de réussite), la création de Lab d'open Innovation par les OSS et leurs partenaires permettraient d'enclencher des dynamiques vertueuses de promotion de l'innovation, de structuration d'un écosystème porteur et de mutualisation des moyens pour un développement accéléré de nouvelles solutions.

[419] Chacun de ces Lab accélérateurs d'innovations sociales pourraient être soutenus par des fonds de concours permettant d'y associer financements privés et mécénat, tels que portés par la Fondation Break Poverty (appelée à être démultipliée dans le cadre de la SNPLP).

[420] Ces nouveaux Lab pourraient se créer de manière expérimental sur une région ou un département disposant des atouts pour une émergence rapide ; par sa culture historique de la coopération et de l'innovation sociale, l'Ille et Vilaine pourrait être un territoire propice pour être précurseur de la démarche.

Recommandation n°18 Créer sur le modèle du Viva lab et amplifiant le CAF Lab, un Lab d'open innovation inter régimes, accélérateur d'innovations sociales pour chacun des domaines enfance/famille et insertion sociale.

2.2.2.2 L'association des bénéficiaires : le Développement Social local au cœur des politiques territorialisées

[421] Face aux problématiques récurrentes de non-recours, d'accès aux droits, de ruptures des parcours, de démobilité des bénéficiaires, l'« aller vers », le « pouvoir d'agir », la « capacitation » sont devenus les nouveaux mots d'ordre des politiques sociales, et notamment de l'action sanitaire et sociale territorialisée des OSS.

[422] Ainsi, si la démocratie sociale qui constitue l'essence des organismes de sécurité sociale, est un levier important d'association des ressortissants aux politiques d'ASS, et même si dans l'ensemble des caisses rencontrées, l'action sociale fait l'objet d'une implication forte des administrateurs, c'est par le déploiement sous tous azimuts des démarches de développement social local (DSL) que les OSS ancrent leur action dans les territoires.

[423] Des schémas départementaux aux conventions globales de territoires portés par la CAF, des chartes des solidarités à celle des aînés portées par la MSA, du parcours santé AGIRC-ARRCO, des ateliers de prévention Bien Vieillir à ceux des centres d'examen, le DSL irrigue désormais la plupart des dispositifs portés par les OSS, philosophie partagée avec leurs partenaires au premier rang desquels les Départements qui recourent aussi au DSL pour leurs propres politiques et schémas, tout comme les EPCI.

[424] Cette préoccupation constante d'associer les usagers aux politiques développées, du diagnostic à l'élaboration, de la mise en œuvre à leur évaluation et à leur adaptation, se concrétise aussi par le recours à des méthodes et des outils innovants tels que le design thinking mobilisée par l'inter régime Pour Bien Vieillir Bretagne pour rénover les ateliers de prévention existants et imaginer une nouvelle offre pour les jeunes retraités.

Recommandation n°19 Au-delà des actions de DSL, soutenir les méthodes d'association des bénéficiaires, organiser la capitalisation des expériences et le référencement des approches innovantes.

2.3 Pour l'action sociale, les coopérations progressent sans toujours convaincre de leur efficacité, mais l'accessibilité est d'autant meilleure qu'elle s'inscrit dans un cadre collaboratif

2.3.1 Les coopérations des OSS avec les autres acteurs institutionnels locaux progressent sans toujours convaincre de leur efficacité

2.3.1.1 Une clarification nécessaire des cadres de programmation et de pilotage

- Un grand nombre de travaux de programmation, qui peuvent perturber les partenariats et marquent la multiplicité des chefs de filât

[425] Le paysage de l'action sociale territoriale est marqué par la profusion de schémas, plans et programmes qui recouvrent des domaines proches, dans les champs de la prévention de la perte d'autonomie, de l'enfance et de la famille et de l'insertion.

[426] Sans viser à l'exhaustivité, les conventions conclues entre caisses nationales et caisses locales de sécurité sociale n'étant par exemple pas ici recensées, on peut dénombrer une quinzaine de documents programmatiques dans le seul champ de l'insertion, concernant plusieurs

domaines : lutte contre la pauvreté, action sociale départementale, enfance-famille, accessibilité des services publics et équité territoriale, logement et santé.

Tableau 3 : Documents de programmation du secteur de l'insertion sociale ¹¹⁶

Domaine	Schéma ou plan
Insertion Lutte contre la pauvreté	Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et à l'accès à l'emploi
	Programme départemental d'insertion
	Pacte territorial d'insertion
Action sociale départementale	Schéma départemental Aide sociale à l'enfance
	Schéma départemental de l'action sociale (de proximité)
Enfance Famille	Schéma départemental de service aux familles
Accessibilité Aménagement territorial	Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public
	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
	Schémas de cohérence territoriale
	Contrat de ville
	Contrat de ruralité
Logement	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
	Schéma départemental d'accueil des gens du voyage
Santé	Projet régional de santé
	Contrat local de santé

Source : Mission

[427] Sans qu'il soit nécessaire de le commenter plus avant, le seul exemple du secteur de l'insertion montre clairement l'empilement de documents de planification, qui ont théoriquement vocation à s'articuler, sans que cet exercice puisse être réalisé à un niveau opérationnel, et sans même que les responsables supérieurs des administrations aient la capacité de les synthétiser efficacement.

- Le champ de la prévention de la perte d'autonomie apparaît aujourd'hui comme le mieux stabilisé

[428] Comme mentionné plus haut, et comme le démontrent les exemples de l'Ille et Vilaine et l'Orne, la CFPPA constitue désormais un cadre bien approprié par ses membres, malgré les variations locales inévitables.

[429] Des effets levier positifs et multiples conduisent à dépasser progressivement les frontières de compétences entre départements et caisses de retraite chargées de l'action sociale en direction des personnes peu dépendantes. La loi ASV a conforté chaque catégorie d'acteurs dans sa légitimité d'intervention, tout en créant les conditions d'une bonne collaboration.

[430] Ce succès, en quelques années, repose à la fois sur la création d'une instance regroupant les acteurs, d'un programme coordonné, d'outils opérationnels (appels à candidature), de coordinations autour de certaines actions concrètes (évaluation de la situation des personnes, et conception de

¹¹⁶ Voir annexe 3

plans d'aides) et enfin sur des concours financiers importants de la CNSA, qui est également chargée d'un pilotage à distance du dispositif.

- Dans le domaine enfance-famille il est souhaitable de progresser d'abord en unifiant les deux schémas SDSF et SDAVS, mais aussi en développant la cohérence avec les autres outils de programmation et notamment ceux du CD

[431] Comme cela a été évoqué plus haut, le renouvellement des démarches de SDSF et de SDAVS doit conduire à rechercher la meilleure cohérence possible avec les démarches analogues engagées par le Département lorsqu'elles existent.

[432] A titre d'exemple, le CD d'Ille et Vilaine avait clairement fait le choix du développement du partenariat avec les OSS, les communes et les EPCI (à commencer par la ville de Rennes). Ainsi a été élaboré en 2017, un Schéma Départemental de l'Action Sociale de Proximité 2018-2023, dont l'une des quatre orientations majeures est de promouvoir une gouvernance territoriale du social, en coordonnant l'action sociale au niveau départemental, en renforçant l'action territoriale, en développant l'ingénierie sociale et en inscrivant l'intervention dans une approche de développement social local.

[433] Dans ce sens le renouvellement des schémas portés par les CAF pourrait se faire de manière intégrée à la préparation d'un nouveau schéma départemental de l'action sociale de proximité.

- Le champ « pauvreté-insertion », la nécessité d'un cadre de coopération clarifié

[434] Comme évoqué supra (1.3), le rôle des OSS dans le domaine de l'insertion n'est pas aussi visible que dans d'autres champs d'intervention, du fait de la multiplicité des populations cibles, des problématiques à traiter, comme des acteurs en responsabilité aux différents échelons territoriaux.

[435] L'action des OSS n'en demeure pas moins essentielle, tant pour s'adresser à certaines populations, telles les seniors ou les familles, certaines catégories professionnelles, telles les indépendants ou les salariés et non-salariés agricoles ou encore certains leviers de l'insertion, tels la santé. C'est fort de ce constat que les politiques de ces OSS en faveur des populations précaires sont au centre de la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté.

[436] Néanmoins, compte tenu des moyens mobilisés par les OSS en la matière, et de leur apport de nature contributive et complémentaire à des politiques pilotées par l'Etat, le Département voire les collectivités locales et EPCI, la qualité et la performance de leurs interventions dans les territoires sont fortement conditionnées à celles de la gouvernance des politiques d'insertion et des coopérations induites.

[437] C'est en ce sens qu'il est recommandé *supra*¹¹⁷ de réformer les PTI pour systématiser l'intégration des OSS territorialement compétentes, et mieux concaténer leurs actions avec celles des stratégies départementales concertées de l'insertion.

[438] C'est en ce sens également que, s'inspirant des bonnes pratiques et des résultats probants sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie, la création d'une conférence des financeurs sur le champ de l'insertion et plus largement de la lutte contre la pauvreté est recommandée.

¹¹⁷ Recommandation n°12

[439] Cette conférence associant au niveau départemental, l'ensemble des parties prenantes (Etat, Département, Région, EPCI, OSS, Pôle Emploi, têtes de réseaux associatifs...), permettrait, sans remettre en question les compétences et prérogatives de chacun :

- De créer un espace de renforcement de la cohérence et de la bonne articulation des politiques territoriales menées (PTI, PDLAHPD, Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et à l'accès à l'emploi, ...), et de lancer concomitamment un chantier de simplification et de rationalisation des instances de coordination ;
- D'être un point d'appui au déploiement de la SNPLP, et aux politiques impulsées par l'Etat telles que le Service Public de l'Insertion et de l'Emploi ;
- De proposer des programmes d'action concertés thématiques, et de lancer des appels à projet spécifiques sur la base de financements mutualisés ;
- D'accélérer le développement de l'évaluation et de la mesure de l'impact.

[440] Cette conférence des financeurs de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté pourrait être expérimentée sur quelques départements dans un premier temps.

[441] Pour les OSS, cette conférence permettrait en outre de mieux valoriser leurs politiques et interventions en faveur des populations les plus précaires, d'améliorer leur potentiel de coopération et par là-même de performance.

Recommandation n°20 Expérimenter la mise en place d'une conférence des financeurs de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

2.3.1.2 Les relations des OSS avec le CD et les autres collectivités territoriales : le développement nécessaire d'un partenariat de proximité

[442] Comme relevé *supra*, les OSS interviennent sur des champs communs avec d'autres acteurs, d'autres OSS mais aussi des collectivités territoriales. Au sein de cet ensemble, la position des collectivités territoriales est particulière, le Conseil Départemental (CD) assurant une fonction de chef de file de l'action sociale, confortée par la loi NOTRe.

[443] Les OSS mettent ainsi en œuvre une action sociale spécialisée, qui doit être complémentaire de l'action sociale de droit commun du CD. Dans ce contexte, la qualité du partenariat, en inter branches, avec les collectivités et sous l'égide de la préfecture, avec les autres services de l'Etat est décisive pour garantir l'accessibilité et l'adaptation aux besoins des publics bénéficiaires.

[444] La situation était, de ce point de vue, différente dans les deux départements étudiés. Le département l'Ille et Vilaine est depuis longtemps un territoire de partenariat, dans lequel les acteurs ont porté ensemble une action dynamique et innovante. Dans l'Orne, les relations entre acteurs ont été ces dernières années assez variables, même si l'Orne est un département de dimension limitée, ce qui facilite *a priori* la connaissance et le développement de la confiance entre les acteurs.

[445] Mais, même dans le cas de l'Ille et Vilaine, la mission a constaté, la persistance de cloisonnements. Au moment où est intervenue la mission, des progrès étaient en cours pour les surmonter et créer un partenariat territorial efficace en proximité.

[446] La mission a pu observer la dynamique partenariale très dense qui s'est développée dans certains territoires de proximité des départements ; ainsi par exemple sur la métropole de Rennes, mais surtout à travers les démarches déjà évoquées de passation des CTG et de chartes familles ou aînés.

[447] En inter régimes, la relation des deux CAF visitées avec les caisses MSA s'intensifie nettement comme le montrent les actions conjointes CTG/ charte famille en Ille et vilaine et l'association de la CAF de l'Orne à la charte famille de Donfront Tinchebray. En Ille et Vilaine, une convention est en cours de préparation entre ces deux partenaires notamment pour organiser l'action conjointe dans les territoires ruraux en matière d'accueil du jeune enfant, et plus généralement pour faciliter dans tous les territoires le développement des actions en faveur de la jeunesse. C'est particulièrement souhaitable dans la mesure où l'évolution des territoires conduit à atténuer la séparation marquée entre espaces urbains et espace ruraux. Dans de nombreux territoires péri urbains coexistent des populations d'assurés, qui relèvent tantôt du régime général tantôt de celui de la MSA. Le développement des démarches de partenariat en proximité doit faciliter la mutualisation des actions.

[448] Ces démarches se sont révélées particulièrement efficaces pour intégrer l'action sociale des OSS dans une vision globale, cohérente et mobilisatrice du développement local, améliorer les diagnostics sur les besoins auxquels l'action sociale doit répondre et créer un décloisonnement entre les acteurs.

[449] Ces démarches peuvent ainsi créer les conditions pour rendre plus cohérentes voire unifier les multiples outils de programmation et de contractualisation, au niveau infra départemental : contrat de territoire département ou de la région avec les EPCI, contrat de ruralité passé avec la sous-préfecture ou contrats politique de la ville passés avec la préfecture, convention et contrats locaux de santé (CLS) etc.

[450] Le développement du partenariat de proximité va pouvoir s'appuyer sur l'engagement croissant des EPCI sur les questions sociales. En apparence cet engagement est encore limité, si on en juge par le petit nombre de CIAS. Mais dans plusieurs territoires, des formes de coordination ont commencé à se développer de manière informelle, par exemple sous forme de rencontres régulières entre représentants de CCAS. Par ailleurs, au moment où est intervenue la mission, plusieurs communes et EPCI d'Ille et Vilaine avaient fait appel à des consultants spécialisés pour mener à bien une analyse des besoins sociaux sur leurs territoires, démontrant ainsi leur volonté de promouvoir un diagnostic approfondi, gage d'un partenariat territorial efficace.

[451] Au-delà de ces évolutions qui témoignent de l'importance croissante de l'articulation de l'action des OSS et de celles de collectivités locales et EPCI dans le champ enfance/famille, mais aussi des limites des dispositifs et outils déployés, comme de l'impact des mesures financières incitatives, et bien que cela ne soit pas l'objet même de la mission, il convient toutefois de relever la question posée par certains interlocuteurs de la mission, d'une compétence obligatoire en matière de petite enfance attribuée à ces collectivités, à l'heure où la décentralisation va connaître une nouvelle étape avec le projet de loi 4D (différenciation, décentralisation, déconcentration et décomplexification). Si les évolutions recommandées par la mission ne produisaient pas les effets attendus, il serait alors sans doute nécessaire d'examiner de manière précise les conditions de création d'un service public de la petite enfance, confié aux EPCI, dans un cadre de cohérence départemental.

Recommandation n°21 Soutenir l'appropriation des enjeux sociaux par les EPCI, notamment avec un objectif de couverture complète du territoire par les CTG et chartes MSA à fin 2023, et d'investissement accru des OSS dans les autres dispositifs territoriaux existants (plans locaux d'insertion, projets de territoire, contrats de ville ou de ruralité...)

- Le développement de la contribution des OSS aux politiques inter ministérielles, à travers un resserrement des liens avec la préfecture et les autres services de l'Etat

[452] Les OSS sont des acteurs de la mise en œuvre des politiques interministérielles au niveau territorial. La contribution des CAF est particulièrement importante dans la mise en œuvre de la

politique de la ville. Les contrats de ville signés avec différentes communes ou EPCI des deux départements comportent des engagements des CAF pour l'accueil des jeunes enfants et le développement de la vie sociale. Par ailleurs, les OSS se sont engagées fortement dans la mise en place des MSAP puis du réseau France Service. Dans la crise sanitaire, les OSS, et notamment CAF et CPAM, ont été fortement sollicités pour la mise en place des actions de lutte contre l'épidémie.

[453] De même, dans les deux départements, la préfecture a piloté la préparation des SDSF et des SDAVS et a associé, notamment dans l'Orne, les OSS à la préparation et au suivi de mise en œuvre des Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAAP). Néanmoins sur le plan opérationnel, la coopération entre la Préfecture de département et les OSS (à commencer par les CAF) n'apparaît pas toujours aussi facile qu'on pourrait le souhaiter. Ainsi par exemple sur le domaine du logement où dans des deux départements étudiés, l'absence de la CAF à certains moments dans les CCAPEX¹¹⁸ peut poser problème pour la recherche de solutions adaptées (d'autant plus que la CAF continue à gérer le FSL).

[454] Il pourrait être utile de resserrer les liens entre les OSS (et d'abord la CAF) et la Préfecture. Il apparaît souhaitable d'intégrer davantage les OSS dans les procédures de pilotage et d'animation des services de l'Etat mises en œuvre par la Préfecture.

[455] Cela pourrait passer par des échanges à intervalles rapprochés (par exemple mensuels) pour mieux articuler les démarches des OSS en matière territoriale, par exemple la mise en œuvre des CTG. Pour faciliter la transparence des actions des uns et des autres, la participation de la CAF à certaines instances (notamment celles où est présent le CD) pourrait être organisée, de même qu'en sens inverse pourrait être prévue la participation occasionnelle d'un représentant de l'Etat au conseil d'administration des OSS.

[456] Dans ce sens, au moment où est intervenue la mission, les deux Préfectures de l'Ille et Vilaine et l'Orne étaient engagées dans la préparation des contrats de relance et de transition écologique (CTRE). Mais la démarche n'a pas prévu l'intégration des questions de politique sociale dans ce cadre, alors même que cela pourrait s'avérer très utile pour rénover le cadre de travail en matière d'action sociale avec les collectivités territoriales.

Recommandation n°22 Renforcer les coopérations entre les OSS et les services de l'Etat, notamment dans le domaine de l'insertion et de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SNPLP)

2.3.2 L'accessibilité de l'action sociale, l'accès au droit et la communication vis-à-vis des bénéficiaires potentiels : des efforts importants, d'autant plus efficaces qu'ils s'inscrivent dans un cadre coopératif avec les autres acteurs

[457] L'action sociale doit accompagner le mieux possible les personnes en situation de vulnérabilité et notamment celles qui vivent dans des territoires fragiles. Dans ce sens, l'accessibilité entendue au sens large, c'est-à-dire l'accès aux droits, l'accès à des services de qualité répondant aux besoins

¹¹⁸ La CCAPEX est la commission spécialisée de coordination des actions de prévention des expulsions locatives. Elle a été mise en place de façon à lutter contre les expulsions des locataires et à prévoir un plan de relogement pour les locataires en situation difficile. Son rôle a été renforcé par la Loi ALUR du 24 mars 2014. En 2020, les instances ont été scindées en CCAPEX d'un côté et commission de relogement social prioritaire, de l'autre, où les conseillers techniques logement des CAF visitées ne sont plus systématiquement présents, car leurs missions se centrent sur la prévention des impayés de loyer et la lutte contre la non-décence des logements.

spécifiques de ces personnes et la possibilité de bénéficier d'un accompagnement pour maintenir et développer leur autonomie, est un élément majeur d'efficacité de l'action sociale.

[458] Dans les deux départements de l'Ille et Vilaine et de l'Orne, les OSS ont engagé des efforts importants pour améliorer l'accessibilité, notamment dans le cadre des Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAAP), achevés en 2019 pour l'Ille et Vilaine, et en 2020 pour l'Orne.

[459] Dans ce cadre, de nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années par les OSS pour développer l'accès numérique. Mais pour que les services soient accessibles à tous les bénéficiaires potentiels dont certains se situent parfois dans une situation de « non demande », il est apparu que parallèlement, il convenait de faciliter le plus possible l'accès en proximité et si possible dans un cadre partenarial et donc mutualisé entre acteurs. La mission s'est inscrite dans le droit fil des travaux antérieurs de l'IGAS sur cette question¹¹⁹. Les travaux menés sur les OSS sur les départements d'Ille et Vilaine et de l'Orne ont ainsi conduit à valider les constats et recommandations précédents de l'IGAS.

2.3.2.1 Les Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) : un cadre efficace de travail pour développer l'accessibilité

[460] Dans les deux départements, la préparation du SDAASP a été l'occasion d'établir un diagnostic partagé sur les conditions d'accessibilité. Il s'agissait de progresser par rapport à la perception des usagers qui, dans le diagnostic préalable au schéma d'Ille et Vilaine avaient jugé insuffisante, pour plus de la moitié d'entre eux, l'accessibilité des services santé/social offertes par les permanences de la CAF, des CDAS, et des CLIC. Dans l'Orne, l'accessibilité était apparue comme une question majeure dans un département très rural, où le vieillissement de la population créait des besoins supplémentaires d'accompagnement social et où, dans le même temps, la mobilité était difficile pour de nombreuses personnes.

[461] Les SDAASP des deux départements ont mis en avant la nécessité d'améliorer la qualité et la proximité de l'offre de service, en organisant un premier accueil social inconditionnel, et en développant l'accès aux services par la mobilité et le numérique, mais aussi en maintenant un accueil physique en proximité, et en développant le travail en réseau entre les acteurs.

[462] Ainsi, le SDAASP de l'Orne indique que « sur les territoires, les collectivités (département, communes), les organismes de protection sociale ou encore les associations accueillent quotidiennement les publics les plus variés. Toutefois, il est noté que les réponses apportées restent encore trop cloisonnées alors que l'enjeu, face à une demande sociale qui croît et se complexifie, est bien celui de pouvoir proposer un accueil global permettant à la personne d'exprimer l'ensemble de ses problématiques. Cet accueil global doit permettre d'offrir aux personnes soit une réponse immédiate, soit une ouverture immédiate de droits, soit une orientation vers l'interlocuteur et le service compétent et/ou une orientation vers un accompagnement social ».

[463] Tout en considérant que la situation était globalement satisfaisante, les deux schémas et particulièrement celui de l'Orne, invitaient les OSS à développer les efforts de mutualisation et de communication coordonnée. La mission a constaté que les orientations définies par les schémas étaient en cours de mise en œuvre.

¹¹⁹ Rapport IGAS 2019-033 R décembre 2019 « Garantir un numérique inclusif : les réponses apportées par les opérateurs de protection sociale ».

2.3.2.2 Le développement de l'accès par le numérique

[464] D'abord essentiellement mise en œuvre sous forme de sites d'information, la numérisation de l'action sociale s'est traduite par le développement de services numériques.

[465] Dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie, les CARSAT de Bretagne et de Normandie et les associations qui les relaient, Bien vieillir en Bretagne et l'ARSEPT en Normandie, ont développé des sites qui offrent de nombreuses informations et permettent l'accès aux services : par exemple, la possibilité d'inscription à des actions collectives de prévention.

[466] Dans le domaine enfance-famille, grâce aux efforts de la branche famille, les démarches effectuées par le public sur le site Caf.fr (telles que changements de situation, demandes de prestations, déclaration de ressources annuelles) ont nettement progressé, et la crise sanitaire a accéléré cette évolution.

[467] S'agissant des CAF, la refonte du site monenfant.fr a permis d'enrichir les rubriques d'informations locales, et de les élargir à la parentalité. L'espace documentaire est organisé sur la base de situations rencontrées par les familles. Il met à disposition des guides méthodologiques, des rapports d'études pour soutenir la réflexion et le passage à l'action. Il propose un outil de simulation du coût de chaque mode de garde au regard de la situation économique et sociale de la famille, permet de déposer une demande d'information, de recenser l'ensemble des services locaux (ainsi par exemple il couvre plus de 50 % des assistants maternels agréés en Ille-et-Vilaine).

[468] Pour la branche maladie, le site Ameli.fr permet d'effectuer de nombreuses démarches en ligne pour ouvrir et maintenir les droits des assurés.

[469] Enfin les deux MSA Portes de Bretagne (PDB) et Mayenne Orne Sarthe ont aussi beaucoup développé l'accès numérique ; ainsi par exemple, le site de la MSA MOS offre l'accès à 80 télé services.

[470] Parallèlement à cet effort des OSS, les collectivités territoriales se sont, elles aussi, engagées dans le développement de services numériques : ainsi par exemple, le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine, a mis en place depuis 1999 un site « Info sociale en ligne » (ISL), qui constitue un outil apprécié pour l'information et l'orientation.

[471] Mais la mise en place d'un accès numérique n'est pas suffisante pour des publics qui sont éloignés de ces technologies. Pour ces publics, il est important de maintenir et même de développer un accès en présentiel. C'est pourquoi dans les deux départements, tous les OSS offrent un accès en présentiel repartit sur l'ensemble du territoire.

2.3.2.3 Le développement de l'accès en proximité à travers une coopération entre les acteurs

[472] Les OSS et particulièrement les CAF, les CPAM et les caisses MSA ont maintenu voire développé de très nombreux points d'accueil, avec une répartition permettant de couvrir l'ensemble des territoires.

[473] Dans la recherche de cette accessibilité améliorée, la MSA bénéficie d'un avantage structurel, portant de manière intégrée l'action sociale dans les trois domaines vieillesse, enfance-famille et maladie. Elle dispose d'un ancrage territorial à partir d'un réseau d'élus, qui ont une capacité à repérer les situations individuelles.

[474] Concernant les travailleurs indépendants, les membres de l'IRPSTI jouent un rôle d'adressage outre des campagnes de communication dédiée, et un dispositif de guichets uniques (un par

département) dont la crise sanitaire a rendu le déploiement difficile en 2020 (du fait de leur fonctionnement sur rendez-vous).

[475] Mais l'accessibilité dépend aussi beaucoup de la capacité des acteurs à bien travailler ensemble dans un territoire. Il s'agit de développer une interconnaissance entre services, permettant un adressage simple vers les services compétents, et donc la prise en charge la plus coordonnée possible. C'est pourquoi les OSS se sont engagés dans des coopérations pour améliorer l'accessibilité, parfois en co-localisant des services, ou parfois en organisant un fonctionnement en réseau.

[476] Ainsi dans la dernière période a été développé le réseau France service. Les espaces France service regroupent neuf services publics¹²⁰. Les OSS s'y sont fortement engagés et en tirent d'ores et déjà un premier bénéfice, en termes de présence de proximité. Une expérimentation a été conduite, à l'automne 2020, dans six départements, dont l'Ille-et-Vilaine, sur la formation des agents polyvalents, qui renseigneront et accompagneront les usagers dans leurs démarches administratives

[477] Enfin, les OSS doivent aussi s'appuyer sur les réseaux de proximité de leurs partenaires, les services territorialisés du CD, les CCAS et bien sûr les associations. A Rennes, une démarche de co-localisation et donc de partage de locaux a été mise en œuvre, à travers la création de 6 Espaces Sociaux Communs (ESC), déjà évoqués, et qui réunissent dans lieu unique, les services de la CAF, du CD, du CCAS, de Pôle Emploi, de la Mission Locale et les centre sociaux. Toujours en Ille et Vilaine, des permanences de la CAF étaient organisées dans certains services territorialisés du département.

[478] Ces formes de travail en réseau et en proximité, qu'elles soient organisées dans les Espaces France Service ou dans le cadre de la co-localisation de services, ou simplement en resserrant les liens entre les partenaires, sont essentielles pour garantir l'accès au droit. La relation avec les associations, par exemple les centres sociaux, est essentielle pour l'accès aux droits de publics qui n'expriment pas de demandes, car ces espaces créent les conditions pour un « aller vers » efficace. Comme cela a été évoqué précédemment les interventions du travail social comportent aussi une forte composante d'accompagnement pour l'accès au droit

Recommandation n°23 Amplifier les efforts engagés par les organismes de sécurité sociale pour développer, sur des territoires fragiles ou isolés, des accès de proximité ou itinérants, notamment dans le cadre de la démarche France Service, ou en partenariat avec les collectivités territoriales et les associations

*

[479] Au total, la complexité de la mission - qui en fait aussi sans doute son originalité - réside dans l'approche à fois transversale et territoriale de l'évaluation portée sur l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale.

[480] Pour mener les travaux, le choix de l'Ille-et-Vilaine et de l'Orne, départements très contrastés en bien des points, a pu démontrer s'il en était besoin, combien les spécificités démographiques, sociales, économiques mais aussi institutionnelles, des territoires influent sur l'efficacité des politiques sociales, validant ainsi l'intérêt de cette approche évaluative.

¹²⁰ 3 ministères Intérieur, Justice et finances (DGFIP) et 6 opérateurs (La Poste, Pôle Emploi et 4 OSS, la CAF, CPAM, la CARSAT et la MSA)

[481] Aussi, même si seuls deux départements ont pu être étudiés et que l'extrapolation nationale des constats et des recommandations ainsi posés ne peut qu'être prudente, les entretiens réalisés et les ressources nationales mobilisées permettent néanmoins de tracer quelques lignes de force.

[482] Au travers des COG successives et des orientations de l'Etat et des OSS eux-mêmes, l'action sanitaire et sociale a été ces dernières décennies, fortement rationalisée, objectivée sous l'effet de normes, de référentiels et de compétences toujours plus affinés, comme de moyens toujours plus maîtrisés et pilotés.

[483] Là où la question de l'utilité voire de la continuité de l'ASS des OSS revient de manière cyclique dans le débat politique, sa légitimité et de son importance peuvent être attestés, tant elle contribue utilement à la cohésion sociale des territoires ainsi qu'à la résorption des inégalités sociales et territoriales. Elle répond à des problématiques ou des besoins sociaux spécifiques, parfois mal ou partiellement couverts par ses partenaires. Elle leur apporte d'ailleurs souvent une ingénierie et une technicité précieuses. Elle peut être décisive pour relever les défis que sont aujourd'hui l'accès aux droits, la référence unique de parcours, le dossier social partagé. Elle constitue enfin un point de stabilité, de continuité de l'intervention sociale.

[484] Dès lors, la nouvelle étape à franchir pour une action sanitaire et sociale des OSS plus lisible et plus performante, repose aujourd'hui principalement sur une articulation plus aboutie avec les politiques sociales dans les territoires, qu'elles relèvent de compétences décentralisées, de la déclinaison de réformes nationales en cours ou d'initiatives locales. Autrement dit, l'horizon de l'ASS est désormais celui d'une coopération territoriale résolument renforcée inter régime, inter branche et multi partenariale, des services déconcentrés de l'Etat aux Départements, des EPCI et collectivités locales au monde associatif et aux bénéficiaires eux-mêmes.

Dominique GIORGI Christophe ITIER Christophe LANNELONGUE

LETTRE DE MISSION



La Cheffe de l'IGAS

Le 20 novembre 2020

La cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
à
M. Dominique GIORGI,
M. Christophe ITIER,
M. Christophe LANNELONGUE,
Membres de l'IGAS

Objet : mission du programme de travail de l'IGAS relative à l'évaluation de l'action sociale des organismes de protection sociale

Le code de la Sécurité sociale (art. R. 262-1 à R. 264-3) établit qu'une « action sanitaire et sociale » est assurée par chacune des branches du régime général de la Sécurité sociale, et financée par une fraction de leurs ressources respectives. À la différence des prestations légales obligatoires, ces interventions et prestations présentent un caractère facultatif, au sens où les organismes ont une relative latitude dans le choix et le contenu des actions. Ces modes d'intervention constituent historiquement une traduction importante de l'autonomie de gestion des caisses. L'action sanitaire et sociale est donc par nature diversifiée, à la fois entre branches et entre organismes locaux.

La marge de manœuvre des caisses locales s'est certes réduite, sous l'effet notamment d'orientations nationales et d'une préoccupation d'égalité de traitement entre assurés sociaux (orientations fixées dans les conventions d'objectifs et de gestion des caisses nationales, déclinées au niveau local dans les contrats pluriannuels de gestion, définition de barèmes d'aides nationaux, constitution d'un socle inter-régimes pour la prévention de la perte d'autonomie, etc.). Cependant, les constats issus de divers rapports de l'IGAS¹ font état d'un manque de lisibilité de cette action sanitaire et sociale et d'une faible coordination entre les branches, préjudiciable à la cohérence d'ensemble de ces interventions. Est en outre posée la question de la complémentarité des interventions des organismes de Sécurité sociale avec celles des autres institutions qui déploient une action sociale de proximité, comme les départements, communes et intercommunalités au premier chef mais aussi les organismes complémentaires de protection sociale.

¹ Notamment les rapports d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion.

C'est donc en appréhendant l'ensemble de ces institutions, à l'échelle d'un territoire donné, que doivent être appréciées la lisibilité, la pertinence, la cohérence et la légitimité de ces actions pour les populations concernées et pour les professionnels qui s'y investissent.

Ces enjeux sont rendus encore plus pressants par les fragilités sociales (pauvreté, isolement, éloignement de l'emploi, anxiété, différé de soins, etc.) induites par la pandémie de Covid-19, qui imposent d'éviter toute dispersion de l'action sanitaire et sociale de proximité et d'assurer son efficacité.

C'est pourquoi je vous demande de réaliser une évaluation de l'action sanitaire et sociale des organismes de protection sociale en se plaçant du point de vue de la population d'un territoire.

Vous examinerez la nature et les objectifs de cet ensemble d'actions, l'effort financier consenti ainsi que les processus décisionnels sous-jacents (diagnostics partagés des besoins, évaluations, articulation entre orientations nationales et adaptations ou initiatives locales, coordination) et les articulations avec les interventions d'autres acteurs sur ce territoire.

Vous étudierez également les bénéficiaires effectifs de ces actions et les éventuels écarts par rapport à ceux qui étaient visés. Vous porterez une appréciation sur l'adéquation des actions au territoire considéré et aux besoins présents des populations, sur la dynamique d'innovation sociale suscitée, sur la lisibilité et l'accessibilité de cette offre de services et de soutiens pour les citoyens.

Vous formulerez toute proposition adaptée à la place spécifique de ces formes d'intervention sociale dans les politiques de solidarité, pour favoriser la cohérence, la lisibilité et l'effectivité des droits, ainsi que le meilleur usage possible des ressources collectives qui y sont engagées.

Le périmètre de vos travaux consistera en trois cercles concentriques :

- à titre principal, l'action sanitaire et sociale des branches famille, maladie, vieillesse du régime général de Sécurité sociale, ainsi que l'action sanitaire et sociale d'autres régimes, notamment du régime agricole. La branche recouvrement sera incluse dans vos travaux dans la mesure où elle a repris une partie de l'action sanitaire et sociale dédiée aux travailleurs indépendants, suite à la suppression du Régime Social des Indépendants ;
- les régimes et institutions de retraite complémentaires seront intégrés au périmètre de vos travaux, en ce qu'ils peuvent proposer des prestations proches des précédentes et sont souvent des interlocuteurs de référence pour les assurés sociaux ;
- de manière plus large, l'action sanitaire et sociale dans sa globalité fait intervenir les acteurs majeurs que sont les collectivités locales (communes et départements en particulier), ainsi que l'État pour certaines politiques publiques (éducation et politique de la ville par exemple) et les agences régionales de santé à travers leur « fonds d'intervention régional ».

Afin de pouvoir procéder à des comparaisons entre au moins deux départements, l'un rural et l'autre urbain bénéficiant de la politique de la ville, vous privilégieriez le ressort d'une région de petite taille, par exemple à l'échelle d'une CARSAT (ex-Centre, Bretagne, Normandie, ex-Languedoc-Roussillon, Pays de Loire).

Votre rapport est attendu pour le 15 avril 2021.



Nathalie Destais

ANNEXE 1 : Evaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale Ille et Vilaine

1	CONTEXTE ET ENJEUX SOCIAUX DU DEPARTEMENT D'ILLE ET VILAINE.....	95
1.1	LE CONTEXTE HISTORIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET TERRITORIAL DE L'ASS ET ILLE ET VILAINE	95
1.1.1	<i>Le contexte historique de l'action sanitaire et sociale en Ille et Vilaine : une tradition d'innovation et de coopération</i>	<i>95</i>
1.1.2	<i>Le contexte démographique et social : un département dynamique</i>	<i>96</i>
1.1.3	<i>Des territoires prioritaires d'intervention en zones périurbaines et en périphérie du département</i>	<i>98</i>
1.2	LES INTERVENANTS DE L'ASS, LES MOYENS DEPLOYES ET LES PRINCIPAUX CADRES DE COOPERATION	102
1.2.1	<i>Les intervenants de l'ASS en Ille et Vilaine : un paysage classique</i>	<i>102</i>
1.2.2	<i>Les objectifs conventionnels en matière d'action sociale : une pertinence et des résultats plutôt satisfaisants</i>	<i>106</i>
1.2.3	<i>Les moyens déployés par les OSS : des leviers d'intervention importants dans certains domaines, mais globalement très minoritaires</i>	<i>108</i>
1.2.4	<i>Les cadres de coopération existants entre acteurs territoriaux de l'ASS : une solide implication des OSS</i>	<i>110</i>
2	LES CARACTERISTIQUES DE L'ASS DEPLOYEE EN ILLE ET VILAINE	114
2.1	LE CHAMP DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	114
2.1.1	<i>L'action sociale des différents organismes de sécurité sociale : des cadrages nationaux respectés</i>	<i>114</i>
2.1.2	<i>Les actions initiées dans le cadre de l'inter-régime : le rôle majeur de « Pour bien vieillir Bretagne »</i>	<i>119</i>
2.1.3	<i>Le fonctionnement de la CFPPA : une solide dynamique de coopération</i>	<i>121</i>
2.2	LE CHAMP « ENFANCE-FAMILLE »	123
2.2.1	<i>L'action de la CAF</i>	<i>123</i>
2.2.2	<i>L'action de la MSA</i>	<i>136</i>
2.3	LE CHAMP « PAUVRETE-INCLUSION »	138
2.3.1	<i>L'implication des OSS dans le plan départemental d'insertion et le PLCP</i>	<i>138</i>
2.3.2	<i>L'ASS maladie et le Centre d'exams de santé</i>	<i>141</i>
2.3.3	<i>La mobilisation de l'AS en faveur des travailleurs indépendants : une nouvelle organisation surdéterminée par la crise sanitaire</i>	<i>144</i>
3	UNE PERFORMANCE QUI S'EST NETTEMENT AMELIOREE MAIS QUI DOIT CONTINUER A PROGRESSER	148
3.1	LES OSS ONT FAIT DES PROGRES DANS LA CAPACITE A ANALYSER LES BESOINS, A IDENTIFIER LES PUBLICS PRIORITAIRES ET A DEFINIR UNE OFFRE DE SERVICE ADAPTEE PARTICULIEREMENT POUR LE DOMAINE AUTONOMIE ET DANS UNE MOINDRE MESURE DANS LES DOMAINES ENFANCE FAMILLE ET INCLUSION	148
3.1.1	<i>Le champ de la prévention de la perte d'autonomie : des outils de ciblage statistique bien appropriés</i>	<i>148</i>
3.1.2	<i>Le champ « enfance-famille » : le développement en cours de l'observation sociale</i>	<i>151</i>
3.1.3	<i>Le champ « insertion » : l'importance des diagnostics locaux partagés</i>	<i>152</i>
3.2	LES OSS S'APPUIENT LARGEMENT SUR LEURS PARTENAIRES ASSOCIATIFS, MAIS LES EFFORTS POUR RENDRE LEUR OFFRE PLEINEMENT ACCESSIBLE NE PORTENT PAS ENCORE TOUS LEURS FRUITS	154
3.2.1	<i>Les partenaires associatifs et les OSS : des appuis différenciés</i>	<i>154</i>
3.2.2	<i>L'accessibilité de l'action sociale, l'accès au droit et la politique de communication : une politique en chantier</i>	<i>159</i>
3.3	MEME SI DES CLOISONNEMENTS PERSISTENT ENTRE LES ACTEURS, LA TRADITION ANCIENNE DE PARTENARIAT DE L'ASS EN ÎLE ET VILAINE A PRODUIT DES RESULTATS FAVORABLES, Y COMPRIS EN TERMES D'INNOVATION ET D'ASSOCIATION DES BENEFICIAIRES A L'ACTION MENEES	162
3.3.1	<i>Les OSS et les autres acteurs institutionnels: des partenariats fortement ancrés mais perfectibles</i>	<i>162</i>

3.3.2 *L'innovation sociale et l'association des bénéficiaires : des exemples probants, la nécessité d'un questionnement permanent*.....166

PIECE JOINTE 1: ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D' ACTIONS ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L' ACTION SOCIALE.....	171
PIECE-JOINTE 2 : INDICATEURS CPOG CAF	177
PIECE-JOINTE 3 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT	179
PIECE-JOINTE 4 : INDICATEURS ASS CPG MSA.....	181

Introduction

[485] La présente annexe consacrée à l'évaluation de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale compétents dans le département d'Ille et Vilaine repose sur les entretiens réalisés par la mission en février et mars 2021, avec un ensemble important d'interlocuteurs des caisses concernées et de leurs partenaires institutionnels et associatifs, ainsi que sur l'exploitation de la documentation mise à sa disposition.

[486] La mission remercie de leur disponibilité l'ensemble des interlocuteurs sollicités, dans une période de gestion contrainte par la pandémie de covid 19.

[487] Les entretiens menés dans ce contexte l'ont tous été par les moyens de visio-conférence disponibles.

[488] La rédaction de la présente annexe est arrêtée à la date du 28 avril 2021.

1 Contexte et enjeux sociaux du département d'Ille et Vilaine

1.1 Le contexte historique, démographique, social et territorial de l'ASS et Ille et Vilaine

1.1.1 Le contexte historique de l'action sanitaire et sociale en Ille et Vilaine : une tradition d'innovation et de coopération

[489] Terre politique démocrate chrétienne jusqu'à la fin des années 70, puis sociale-démocrate, l'Ille et Vilaine est un département où la question sociale et des solidarités est centrale dans les politiques publiques. C'est ainsi que le territoire a été dans son histoire récente précurseur sur nombre de dispositifs sociaux devenus par la suite nationaux.

[490] Ainsi, en 1984, le Conseil général présidé alors par Pierre Méhaignerie expérimentera un Revenu Minimum Familial Garanti en partenariat avec la Caisse d'Allocation Familiale, enrichi quelques mois plus tard de travaux d'intérêt collectif rendus en contre partie aux collectivités, hôpitaux, associations. 800 familles bénéficieront de ce dispositif expérimental qui se transformera en 1986, par la signature d'une convention entre l'Etat et le Département d'Ille-et-Vilaine, en un Complément Local de Ressources (CLR) de 1935 francs mensuel considéré comme préfigurateur de la loi du 1er décembre 1988 instaurant le Revenu Minimum d'Insertion (RMI).

[491] Dans le champ du vieillissement, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine fut également un des douze départements retenus pour tester la mise en œuvre d'une prestation expérimentale dépendance (PED) dans le cadre de la loi du 25 juillet 1994, en coordination avec la CRAM, la MSA, l'Organic, les CCAS et les associations d'aide au maintien à domicile du territoire. Cette expérimentation préfigurera la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) créée 3 ans plus tard par la loi du 24 janvier 1997. Elle aboutira notamment sur le plan départemental, à un soutien accru à la formation et à la professionnalisation de l'aide à domicile.

[492] Parallèlement, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine crée en 1988 également une Dotation Globale de Développement Intercommunal (DGDI) tendant à favoriser le partage des ressources entre les communes et à accélérer l'intégration intercommunale en complément des dispositions incitatives de l'Etat. Grâce à cette DGDI, l'Ille-et-Vilaine devient dès le début des années 90, le département où l'intercommunalité s'est le plus développée, 80% des 352 communes étant

regroupées dès 1994 en communautés de communes, avec un partage intégral des ressources de la taxe professionnelle. Les mécanismes de péréquation intercommunaux institués par les lois du 6 février 1992 et du 31 décembre 1993 s’inspirèrent partiellement de ceux expérimentés par cette dotation départementale.

[493] Cette double culture de l’innovation sociale et de la coopération territoriale historiquement ancrée demeure très prégnante aujourd’hui encore et permet aux acteurs de poursuivre sur la voie de l’innovation partenariale, à l’image des Espaces Sociaux Communs (ESC) déployés depuis 1997 sur le territoire rennais grâce à un partenariat entre la Ville, le Conseil général et la Caisse d’Allocations Familiales d’Ille-et-Vilaine. Fondés sur les principes du développement social local et sur une co-localisation des services et travailleurs sociaux des institutions parties prenantes, les ESC visent notamment à la simplification de l’accès aux droits sociaux et prestations, à une amélioration des interventions comme de l’expression des usagers, autant d’objectifs au cœur des enjeux de l’action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale.

1.1.2 Le contexte démographique et social : un département dynamique

[494] Le département d’Ille et vilaine compte 1,082 million d’habitants avec une démographie positive, une croissance moyenne de plus de 1 % par an sur la période 2012-2017 contre +0,4 % pour la France entière, et donc un solde net de + 10 000 nouveaux habitants par an.

[495] En terme de structure démographique, l’Ille et Vilaine est un département qui se situe dans la moyenne nationale. L’indice de vieillissement¹²¹ se situe à 72, 6 contre 85,5 pour la France entière. La moitié de la population a moins de 38 ans (40 en France). La part de la population âgée de 18 ans ou moins s’établissait en 2013 à 24,5 % contre 23,2 % en France métropolitaine. La part de la population âgée de 65 ans ou plus atteignait 16,1 %, contre 17,9 % en France métropolitaine.

[496] La densité moyenne est relativement faible (160 habitants par km², à comparer à 119 habitants par km² pour la France métropolitaine), mais cette donnée cache des situations diversifiées et des disparités entre trois types de territoires :

- La métropole de Rennes, qui comprend 43 communes et qui accueille la moitié de la population du département, en croissance, avec une très forte population étudiante (50 000) et une certaine mixité sociale,
- Des petites villes, par exemple Saint-Malo, Fougères, Redon,
- Des territoires ruraux, dont certains sont plus en difficulté, notamment sur le sud et extrême est du département¹²².

[497] Comparativement à la France métropolitaine, le département se caractérise par davantage de personnes isolées (48 % en Ille-et-Vilaine contre 45 % en France), et moins de familles monoparentales (12,7 % contre 16 % en France).

[498] Le bilan effectué au moment de l’élaboration de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté fait apparaître que l’Ille et Vilaine est relativement dans une situation moins difficile du point de vue de la pauvreté que le reste du pays. Le niveau de vie annuel médian des ménages

¹²¹ Rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans

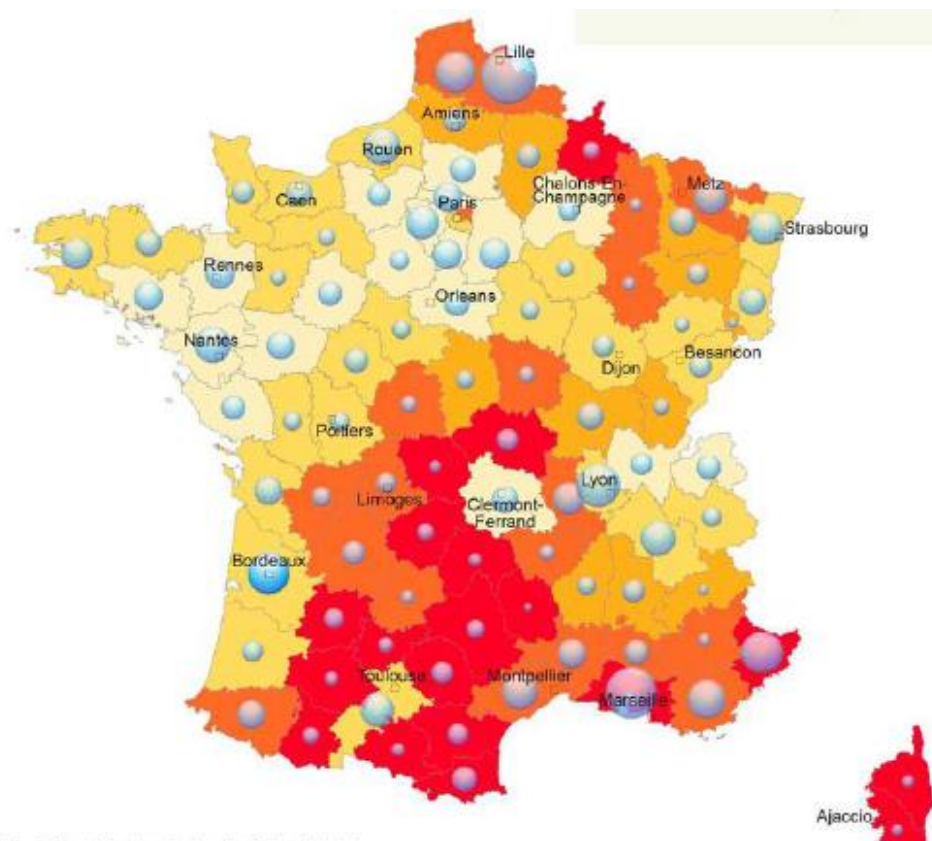
¹²² En effet, les territoires ruraux les plus fragiles (synthèse de 4 critères : population, emploi, niveau de vie, logements) se situent au nord-est du département (CC Dol de Bretagne, CC Couesnon Marche de Bretagne, CA de Fougères) ainsi qu’au sud-ouest (CA de Redon) et au sud est (CC La Roche aux Fées)

s'établit à 21 470 € contre 21 110 en France. Le taux de pauvreté atteint 10,5 % contre 14,5 % au niveau national. En 2018, le taux de chômage est sensiblement inférieur à la moyenne nationale : 6,7 % contre 7,9 % à fin 2019.

[499] En Ile-et-Vilaine, 562 800 habitants sont couverts par au moins une prestation légale versée par la CAF, soit 54 % de la population totale. 19 497 perçoivent le RSA. Le taux de population couverte par le RSA (allocataire, conjoints et personne à charge) est de 3,2 % contre 5,8 % au niveau national. 27 400 étudiants bénéficient d'une aide, soit 12 % de l'ensemble des allocataires (6 % au niveau national). Pour 11 % des allocataires, les prestations légales représentent la totalité de leurs ressources financières (15 % au niveau national). 53 000 foyers allocataires vivent sous le seuil de bas revenus avec un niveau de vie inférieur à 1 096 € ; ceux-ci accueillent 44 300 enfants. La part de la population du département résidant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville est de 2,7 % contre 8,1 % pour la France entière.

[500] Pour autre exemple, on rajoutera un taux de fragilité sociale des personnes âgées qui situe le département parmi les 17 les plus favorisés en France métropolitaine.

Schéma 1 : Taux de fragilité sociale des personnes âgées¹²³



Source : Atlas national des situations de fragilité

¹²³ Score national moyen 3,34, l'Ile et Vilaine se situant avec 16 autres départements dans la tranche 2,81-3,16, figuré en couleur claire ; pour une définition du score composite de fragilité voir *infra*

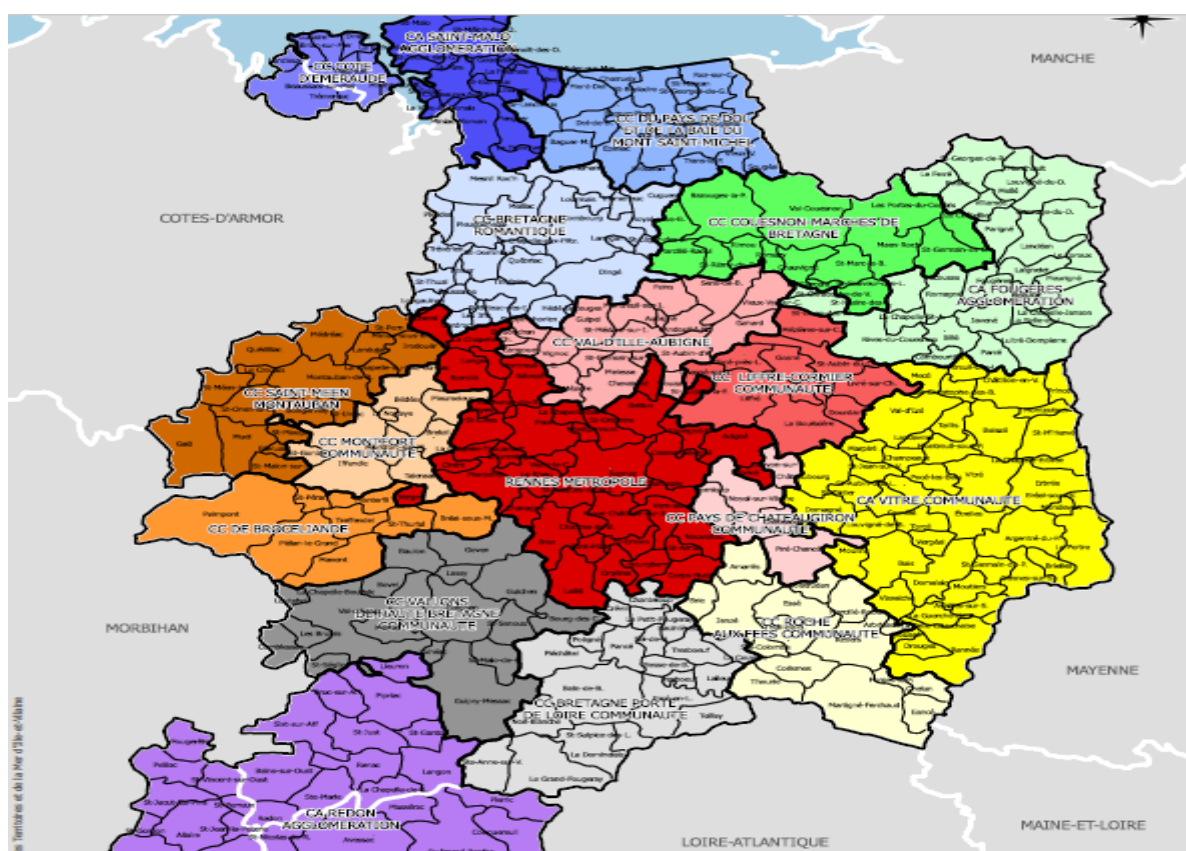
1.1.3 Des territoires prioritaires d'intervention en zones périurbaines et en périphérie du département

1.1.3.1 Les OSS doivent tenir compte d'une restructuration de la carte administrative du département après la loi NOTRe

- Après la loi NOTRe, le schéma départemental de coopération intercommunale conduit à un resserrement du nombre d'EPCI

[501] Désormais au nombre de 18, les EPCI couvrent l'ensemble du département sans enclave ou discontinuité territoriale.

Graphique 1 : Carte des EPCI Ille et Vilaine



Source : Préfecture Ille et Vilaine

[502] Ainsi, depuis le 1er janvier 2017, le département se compose d'une métropole, quatre communautés d'agglomérations, et treize communautés de communes.

- Les organismes de sécurité sociale sont amenés à adapter leurs interventions pour tenir compte de cette nouvelle cartographie, essentiellement pour garantir une équité de traitement entre assurés. On note en particulier la présence sur le territoire départemental de plusieurs QPV (Rennes, Redon, Saint Malo)¹²⁴ et zones de revitalisation rurale¹²⁵.

1.1.3.2 Les différents travaux menés convergent sur l'identification de territoires prioritaires pour l'intervention sociale

- Le diagnostic territorial établi dans le cadre du schéma de l'action sociale de proximité dresse un tableau très contrasté du département, réparti en cinq catégories de zones¹²⁶.

Encadré 1 : L'Ille et Vilaine selon les caractéristiques sociales territoriales

Les zones urbaines, caractérisées par une grande facilité d'accès aux soins, aux équipements de base, une bonne situation du logement, mais de fortes fragilités vis-à-vis de l'emploi, de la famille, des ressources et de la citoyenneté (Rennes métropole);

Les zones périurbaines, avec une situation positive pour l'ensemble des thématiques, sauf la citoyenneté ;

Les zones rurales enclavées (Pays de Dol, Couesnon, Marches de Bretagne, CC Vallons de Haute Bretagne), globalement très fragiles ;

Les zones de campagne sous influence urbaine, plutôt favorisées, mais qui souffrent de leur éloignement des centres urbains, notamment pour l'offre de services ;

Les zones urbaines fragiles (Saint-Malo, Redon, Fougères), en situation moins favorables que les zones urbaines, sauf pour la mobilité et l'accessibilité.

Source : Mission d'après Schéma départemental de l'action sociale de proximité

- Les travaux menés dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie permettent d'identifier des zones fragiles

[503] Ces travaux reposent sur le croisement de plusieurs données

- Un indicateur composite de fragilité des communes, issu de l' Observatoire des Fragilités, et croisant l'âge des retraités, un indicateur d'isolement (bénéfice ou non d'une pension de réversion) et un indicateur de ressources (exonération ou non de la CSG)¹²⁷ ;

¹²⁴ Les QPV sont au nombre de 7 en Ille-et-Vilaine (dont 5 sur le CV de Rennes).

¹²⁵ Liste des ZRR Arrêté du 16 mars 2017 constatant le classement de communes en zone de revitalisation (35 - Ille-et-Vilaine)

Antrain (35004) ; Baillé (35011) ; Bazouges-la-Pérouse (35019) ; Chauvigné (35075) ; La Fontenelle (35113) ; Le Châtelier (35071) ; Le Tiercent (35336) ; Les Portes du Coglais (35191) ;

Maen Roch (35257) ; Marcillé-Raoul (35164) ; Noyal-sous-Bazouges (35205) ; Rimou (35242) ; Romazy (35244) ; Saint-Germain-en-Coglès (35273) ; Saint-Hilaire-des-Landes (35280) ; Saint-Marc-le-Blanc (35292) ; Saint-Ouen-la-Rouërie (35303) ; Saint-Rémy-du-Plain (35309) ; Tremblay(35341).

¹²⁶ Ces travaux, menés avec l'ONG PEKEA s'appuient sur l'indicateur de santé sociale, reposant sur six dimensions d'appréciation (revenu, travail et emploi, éducation, santé, logement, lien social et sécurité); cf. Florence Jany-Catrice & Grégory Marlier, La santé des nouvelles régions françaises et son évolution (2008-2016), FMSH-WP-2020-147, septembre 2020.

¹²⁷ Sont considérées comme fragiles les communes dont l'indicateur est supérieur ou égal à la moyenne départementale + ½ écart type; Ces communes doivent être prioritaires dans les interventions à programmer

- Un indicateur de concentration de population âgée de plus de 60 ans (communes comprenant) plus de 200 personnes âgées de 60 ans et plus ;
- Un indicateur d'interventions dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie.

[504] Les communes les plus fragiles se trouvent sans surprise dans les territoires prioritaires identifiés *supra*, au sud-ouest du département (Le grand Fougeray, Langon, La Chapelle de Brain), à l'est (Le Pertre) et au nord (Pays de Dol et Couesnon Marches de Bretagne).

- La Mutualité sociale agricole (MSA) a mené une réflexion approfondie portant sur ses territoires prioritaires d'intervention

[505] En matière de développement social local, elle priorise les territoires comportant les taux de population agricole les plus élevés et ceux retenus par le SDSF et le SDAVS. Les territoires mis en évidence peuvent se voir proposer le lancement d'un projet de charte "familles" ou "aînés", des projets ou des financements spécifiques. De même, la participation au pilotage des Contrats locaux de santé est réservée aux territoires prioritaires.

[506] Ainsi, les communautés de communes prioritaires sont Dol Baie du Mont Saint Michel et Couesnon Marches de Bretagne au nord, Roche aux Fées au sud-est (charte des solidarités avec les aînés) et Saint-Méen Montauban à l'ouest (charte familles).

- Le schéma départemental des services aux familles fait apparaître les territoires prioritaires « petite enfance »

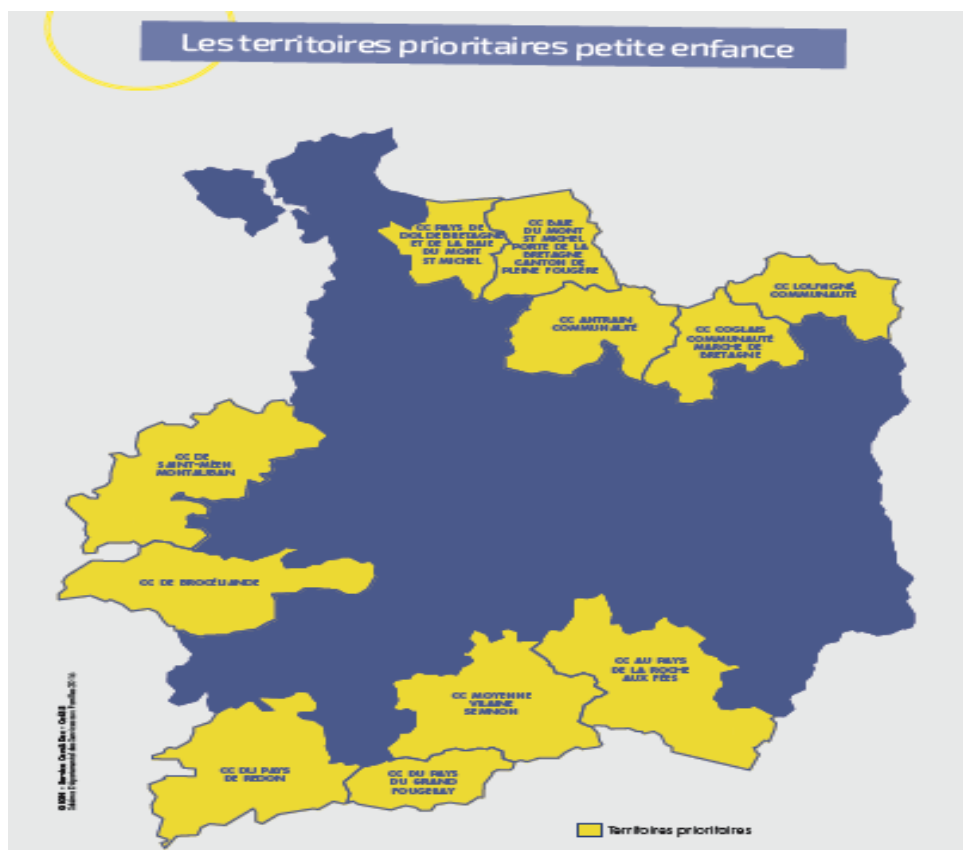
[507] Au regard de la définition posée par la CNAF « est prioritaire la commune ou l'intercommunalité dont le taux de couverture en mode d'accueil est inférieur à 54 places pour 100 enfants (accueil individuel et collectif) », ce qui correspond à la moyenne nationale.

[508] Par ailleurs, deux autres critères sont utilisés :

- Le potentiel financier de la commune par habitant, inférieur au potentiel moyen national,
- Le revenu net moyen déclaré par foyer fiscal, inférieur à la moyenne nationale.

[509] Le SDSF rappelle que pour l'Ille et Vilaine, toutes les intercommunalités ont un taux de couverture supérieur à 54 %. Par contre, l'agrégation des trois critères permet d'identifier des territoires prioritaires, qui correspondent encore largement aux territoires fragiles du SDAS de proximité, dans le sud et le nord du département.

Graphique 2 : Carte des territoires prioritaires petite enfance SDSF

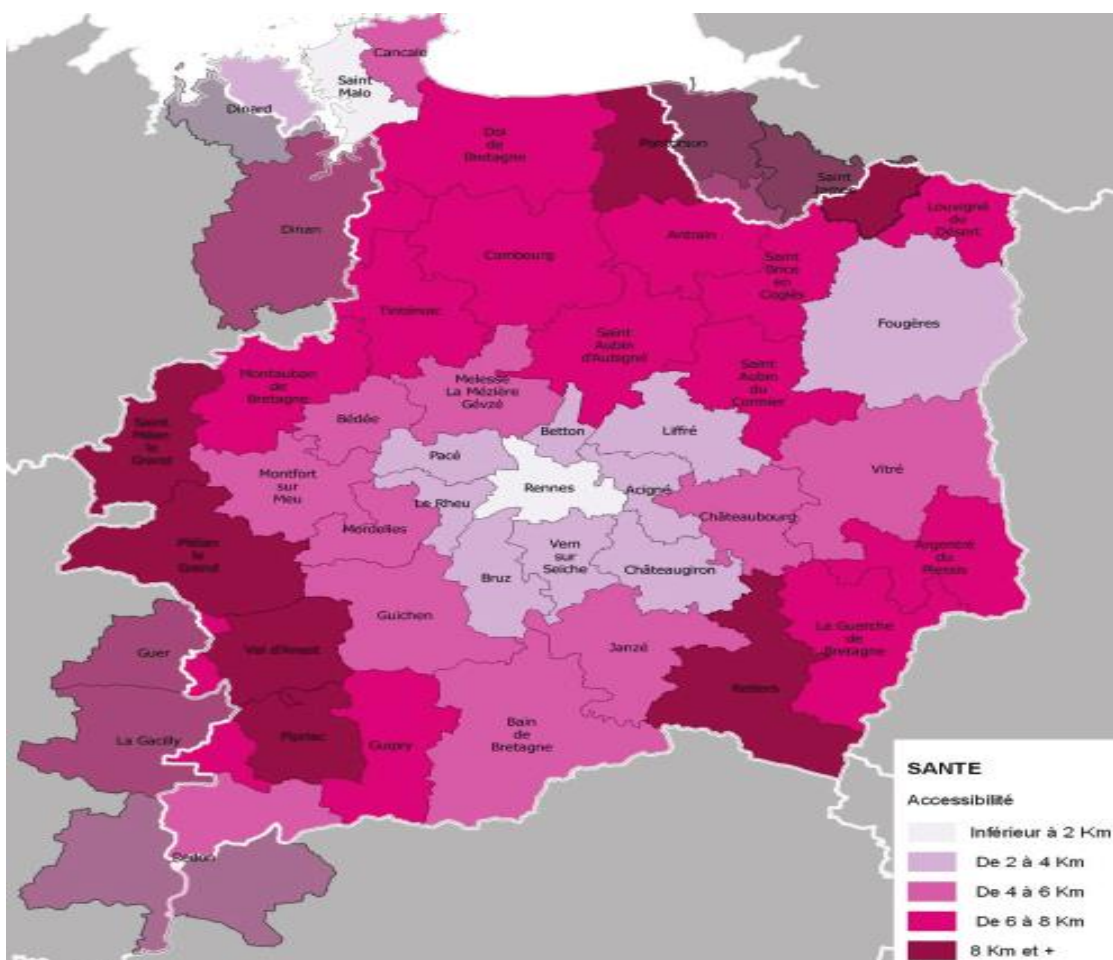


Source : SDSF

- Enfin, le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public permet, entre autres, de faire apparaître la distance moyenne aux services des secteurs santé/social¹²⁸, par bassin de vie.

¹²⁸ La famille de services « santé ou social » est composée des 15 services suivants : Médecin, Infirmier, Pharmacie, Dentiste, Kinésithérapeute, Pédicure-podologue, Orthophoniste, Laboratoire d'analyses médicales, Ophtalmologiste, Imagerie médicale, Psychomotricien, Sage-femme, Permanence CAF, CDAS, CLIC.

Graphique 3 : Accessibilité aux services santé-social en Ille-et-Vilaine



Source : SDAASP Préfecture Ille et Vilaine/Conseil départemental, 2017

[510] Le SDAASP conclut que la « représentation de l’accessibilité obéit à une logique très concentrique, avec une population des franges du département (notamment sur la frontière morbihannaise) plus distante de l’ensemble des services du domaine médical et social ».

[511] Les bassins aux caractéristiques défavorables correspondent encore largement aux territoires identifiés comme prioritaires par les analyses des opérateurs de l’action sociale.

1.2 Les intervenants de l’ASS, les moyens déployés et les principaux cadres de coopération

1.2.1 Les intervenants de l’ASS en Ille et Vilaine : un paysage classique

1.2.1.1 Les organismes de sécurité sociale

- La Caisse d’allocations familiale (CAF) d’Ille et Vilaine met en œuvre les prestations de la branche famille : prestations légales, mais aussi prestations facultatives d’action sociale.

[512] Le pilotage de l’action sociale est assuré par le conseil avec l’appui de la Commission d’Action Sociale (CAS). Celle-ci se réunit 6 à 7 fois par an et traite les dossiers d’aide collective

comme ceux d'aides individuelles. La CAS bénéficie d'une large délégation de gestion ; seuls les dossiers refusés (aux alentours de 10 %) font l'objet d'un examen par le conseil.

[513] Les activités d'action sociale de la CAF sont placées sous la responsabilité de la directrice adjointe qui dispose de deux groupe de services

- Ceux qui gèrent l'offre de services aux allocataires et qui intègrent une unité accompagnement social et habitat, avec deux entités l'une spécialisée sur l'accompagnement social (offre de naissance à parentalité) l'autre sur « solidarité et habitat » (aides financières individuelles logement cellule impayés de loyers indécence),
- Ceux qui gèrent l'offre de services aux partenaires (politiques partenariales, action territoriale aide financière aux partenaires, étude et évaluation).

- La Caisse Primaire d'Assurance-Maladie (CPAM) d'Ille-et-Vilaine

[514] La CPAM couvre 986 322 bénéficiaires, soit près de 90 % de la population du Département, dont 85 000 bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Elle assure les missions de remboursement des soins, d'accès à la couverture maladie universelle, d'indemnisation des arrêts de travail, de prévention santé, de réparation du risque professionnel, de prévention de la désinsertion professionnelle. Elle comptait 914 salariés au 31.12.20. Les dépenses 2020 se sont élevées à plus de 3,12 milliards d'euros.

[515] L'action sanitaire et sociale est pilotée par le conseil dans le cadre des orientations fixées au niveau national par la CNAM à travers la commission d'ASS, composée de représentants du Conseil. Chaque orientation ou évolution proposée par la commission est à nouveau validée par le Conseil.

[516] Au sein de la CPAM, une agence a été dédiée depuis 2019 à l'accès aux droits et aux soins. Autour d'une responsable de service, trois adjoints travaillent conjointement sur les sujets suivants : action Sanitaire et Sociale, Mission Accompagnement Santé (MAS), activité de la Complémentaire Santé Solidaire (étude des dossiers, liquidation), suivi de l'Aide Médicale d'Etat, relations partenariales sur le sujet de l'accès aux droits.

[517] S'agissant plus particulièrement de la MAS, il s'agit de coordonner, d'organiser ou de réaliser l'accompagnement d'assurés dans le cadre de difficultés d'accès aux droits et de renoncements ou de difficultés d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap...) et d'orienter vers le service social de l'Assurance Maladie les situations de fragilité sociale complexe.

- La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) de Bretagne

[518] La CARSAT Bretagne met en œuvre trois grandes missions : préparation et paiement de la retraite (5,14 Mds€ de prestations versées en 2019), prévention et tarification des risques professionnels et l'accompagnement des assurés fragilisés (15 M€ en 2019). Elle emploie 815 salariés répartis dans différentes implantations notamment à Rennes où se situent le siège, 2 agences retraite à et une implantation du service social.

[519] Dans le cadre défini par le CPG, l'action sanitaire et sociale est pilotée, sous l'égide du conseil qui s'appuie sur la commission d'action sociale, la direction générale et la direction de l'action sociale qui lui est rattachée.

- L'URSSAF Bretagne

[520] L'URSSAF Bretagne met en œuvre depuis le 1er janvier 2020 la gestion des aides sociales en direction des travailleurs indépendants (en Ille et Vilaine 52 584 chefs d'entreprise, autoentrepreneurs (AE), exerçant une activité artisanale ou commerciale, pour l'ensemble des risques, et de professionnels libéraux, uniquement pour le risque santé), visant à soutenir et accompagner ceux d'entre eux qui sont momentanément fragilisés ou qui rencontrent des difficultés dans l'exercice de leur activité ou à titre personnel. Cet accompagnement s'effectue à travers 10 aides spécifiques (*cf.infra*).

[521] Les autres caisses de régime général ont pris en charge les assurés travailleurs indépendants dans le cadre de leur action sociale de branche (Carsat, Cnam, Caf).

- La Mutualité Sociale Agricole (MSA) Portes de Bretagne

[522] La MSA Portes de Bretagne couvre 228 960 assurés dans deux des quatre départements bretons, l'Ille et Vilaine et le Morbihan ; les deux autres, Côtes d'Armor et Finistère étant pris en charge par la MSA Armorique.

[523] Pour ses assurés, la MSA Portes de Bretagne assure l'ensemble de la population agricole et des ayants droits (917 M€ de prestations versées en 2019). Elle intègre près de 539 salariés avec des implantations réparties sur les deux départements : en Ille et vilaine sont implantés des services de siège, cinq agences et quatre points d'implantation non permanents. La MSA appuie son action sur un réseau de 502 délégués élus pour un mandat 2020-2025, qui, à leur tour, ont désigné un conseil d'administration dont certains des membres composent la commission d'action sanitaire et sociale.

1.2.1.2 Les partenaires institutionnels locaux

- Le département d'Ille et vilaine est chef de file de l'action sociale dans ce territoire.

[524] Il a développé depuis de longues années une action dynamique et souvent innovante dans ce domaine, en organisant un partenariat efficace avec les autres collectivités territoriales (et d'abord avec la métropole de Rennes et l'Etat mais aussi avec les organismes de sécurité sociale).

[525] L'action du département est encadrée par un ensemble de documents d'orientations stratégiques, souvent établis conjointement avec l'Etat et les autres partenaires notamment Schéma Enfance Famille, Schéma de l'action sociale en proximité, Schéma d'amélioration de l'accessibilité de services au public ... (Voir *infra*).

[526] Pour la mise en œuvre de ces orientations, le département a mis en œuvre depuis 2006 une politique de partenariat territorial au double niveau départemental et *infra* départemental. S'agissant de ce dernier niveau, le département a engagé la passation de contrats avec les EPCI (voir plus loin) qui rassemblent des engagements réciproques en termes d'investissement (par exemple piscine, médiathèque) et de fonctionnement (par exemple subventions au secteur associatif et culturel) et de plus en plus, intègrent des actions dans le champ de l'action sociale.

[527] Le département met en œuvre ses responsabilités en y affectant des ressources importantes : l'action sociale au sens large mobilise plus de 550 M€ de crédits, soit plus de 65 % du budget total. Les politiques d'action sociale sont mises en œuvre par un peu plus de 1000 collaborateurs dont un peu plus de 300 travailleurs sociaux, avec une organisation fortement déconcentrée sur une base territoriale, structurée en trois niveaux de responsabilité.

[528] Les services sièges sous l'autorité du DGS comprennent deux pôles pilotés chacun par un directeur de pôle : le pôle solidarité humaine qui comprend la direction de lutte contre les exclusions la direction de l'autonomie et la MDPH, et le pôle territoires et services de proximité, qui pilote le réseau territorial.

[529] Le réseau territorial est structurée autour de :

- 6 agences, une par pays c'est-à-dire pays de Saint Malo, de Fougères, de Rennes, de Redon, des pays vallon de Vilaine de Vitry et de Brocéliande, qui pilotent la mise en œuvre des politiques départementales dans tous les domaines d'action, et donc dans celui de l'action sociale et bénéficient d'une large délégation depuis le siège ;
- 22 Centres Départementaux de l'Action Sociale (CDAS), placés sous l'autorité des responsables d'agence, dont 10 dans la métropole de Rennes. Leur territoire d'intervention recouvre sauf exception, un ou plusieurs EPCI et ils assurent le service de proximité dans le domaine de l'action sociale.
- Les communes et intercommunalité (EPCI) et leurs centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres intercommunaux d'action sociale (CIAS)

[530] Les communes et leurs intercommunalités (EPCI) jouent un rôle majeur dans l'action sociale, notamment à travers l'action des CCAS et des CIAS. Ceux-ci assurent une fonction d'action générale en matière de prévention et de développement social, et sur le plan opérationnel jouent un rôle majeur en termes d'accueil et d'orientation, mais aussi d'intervention, par exemple sur l'exclusion (banques alimentaires) et le logement.

[531] En Ille et Vilaine, on compte 245 CCAS et 3 CIAS.

[532] 81 des 333 communes ont supprimé leur CCAS, en application d'une disposition de la loi NOTRe qui autorisait cette suppression pour les communes de moins de 1500 habitants.

[533] Ces CCAS interviennent dans des conditions très différenciées ; certains se limitent pour l'essentiel à l'organisation du traditionnel « repas des aînés », tandis que d'autres interviennent sur l'ensemble de l'action sociale. Les ressources mises en œuvre sont aussi très différentes.

1.2.1.3 L'Etat partenaire de l'action sociale

[534] Dans le cadre des textes qui ont organisé la décentralisation de l'action sociale, l'Etat est présent sur le champ social. La Préfecture assure une mission de coordination interministérielle et d'impulsion de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques, notamment dans le domaine de l'exclusion, en lien avec le commissaire de la lutte contre la pauvreté. Plus généralement, elle assure le contrôle de légalité sur l'action des collectivités territoriales.

[535] Le rapport d'activité des services de l'Etat en 2019 rend compte de l'activité des services autour de trois axes :

- Renforcer le partenariat avec les collectivités locales, pour accompagner le développement équilibré et durable du territoire (notamment actions politiques de la ville, cœur de ville, zones de revitalisation rurale ...)
- Protéger et accompagner les brétiliens, notamment en mettant en œuvre des politiques publiques (notamment dans le domaine cohésion sociale : mise en œuvre du Schéma d'Amélioration de l'Accessibilité du Services au Public (*cf. infra*), mise en place du réseau France Services, et actions en direction de l'hébergement d'urgence, du logement d'abord, des gens du voyage et des demandeurs d'asile)

- Moderniser l'action de l'Etat pour renforcer son efficacité et sa présence sur le territoire.

[536] En 2021, ces actions se poursuivent et s'enrichissent dans le cadre de la poursuite de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté, des actions inscrites en direction des habitants des QPV, à l'agenda rural et de la préparation des futurs Contrats de Relance et de Transition écologique (CTRE).

[537] Au sein de la préfecture d'Ile et Vilaine, le pilotage et l'animation des politiques sociales au sens large est mise en œuvre par la secrétaire générale adjointe, avec l'appui du réseau des sous-préfets. La SG adjointe coordonne l'action de plusieurs services de l'Etat qui interviennent sur le champ de l'action sociale : la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) (en cours de transformation en direction départementale Emploi Travail Solidarités et Protection de la population DDETS-PP), la DASEN (prochainement en articulation avec la DRAJES pour les questions de jeunesse et de sports) et la Délégation départementale de l'ARS.

1.2.2 Les objectifs conventionnels en matière d'action sociale : une pertinence et des résultats plutôt satisfaisants

1.2.2.1 Les objectifs des conventions conclues par les caisses locales avec les caisses nationales manifestent une bonne compréhension des enjeux

[538] A titre d'exemples principaux, le CPOG de la CAF et la CPG de la CARSAT comprennent les objectifs suivants.

Tableau 4 : Objectifs des conventions de gestion

Caisse	Objectifs transversaux	Objectifs liés aux actions déployées	Objectifs de gestion
CARSAT	Information et promotion de l'ASS ; inclusion numérique Repérage des besoins et retraités fragiles Développement des partenariats, notamment interrégime et interbranche Coordination avec les collectivités territoriales	Développement des aides temporaires, de l'adaptation des logements, de l'offre liée aux lieux de vie collectifs Adaptation des aides individuelles (OSCAR) Renforcement des aides collectives interrégime Intégration de nouveaux publics (travailleurs indépendants)	Renforcement du pilotage
CAF	Renouvellement de la relation de service (dispositif des espaces sociaux communs rennais -ESC) et développement de l'accès aux droits (inclusion numérique) Développement des échanges de données entre partenaires Implication dans le pilotage (SDSF, CTG)	Développement AJE en luttant contre les inégalités sociales et territoriales Accompagnement des parcours éducatifs des 3-11 ans Soutien des jeunes dans l'accès à l'autonomie Valorisation du rôle des parents ; accompagnement des familles et développement de l'animation de la vie sociale	Développement de l'utilisation d'outils (GRC) et des évaluations d'impact

Source : Mission d'après CPOG CAF et CTG CARSAT

[539] Outre les objectifs de fond, propres à l'action sociale développée par chaque branche, on relèvera surtout la convergence des objectifs transversaux en matière

- D'amélioration de la relation de services, de repérage des besoins et d'accès aux droits,
- De développement des partenariats, coopérations et échanges de données.

[540] Ces enjeux majeurs pour l'action sociale font, aussi bien dans les documents conventionnels que pour les interlocuteurs entendus par la mission, l'objet d'une bonne compréhension.

1.2.2.2 Le suivi de l'ASS ne passe que partiellement par des indicateurs retenus dans les conventions de gestion.

Encadré 2 : Les indicateurs des conventions de gestion de la CAF, de la CARSAT et de la MSA, dans le domaine de l'ASS

Pour la CAF, les indicateurs retenus reflètent les axes clefs de la politique d'ASS :

- territorialisation de l'ASS (1 indicateur relatif à la couverture territoriale en CTG),
- petite enfance, enfance, jeunesse et parentalité (4 indicateurs : création de places d'accueil en EAJE, enfants de moins de 3 ans vivant dans une famille à bas revenu parmi les enfants en mode d'accueil formel, EPCI couverts par au moins un panier de service parentalité, présence d'un axe jeunesse dans le SDSF)
- vie sociale et accompagnement des familles (3 indicateurs : centres sociaux et espaces de vie sociale créés, Nombre de personnes reçues en rendez-vous des droits, Nombre d'interventions sociales),
- insertion et logement (1 indicateur : délai de prise en charge par les Caf du signalement de l'impayé)

Pour la CARSAT, on note que les trois indicateurs¹²⁹ retenus ont trait à l'action sociale individuelle, l'action sociale collective n'étant pas suivie de cette manière.

S'agissant de la MSA, le contrat pluriannuel de gestion contient 3 engagements et 11 actions en matière d'ASS¹³⁰, illustrés par plusieurs indicateurs :

- en action individuelle pour la prévention de la perte d'autonomie¹³¹, ainsi qu'en action collective (Nombre de bénéficiaires des ateliers de prévention pour le bien vieillir),
- en action territoriale¹³²
- en action d'accompagnement vers l'emploi.

¹²⁹ Taux de demande d'aides individuelles traitées en 40 jours maximum ; Déploiement des dispositifs en faveur de l'aménagement du logement individuel (nombre de bénéficiaires) ; Développement de la reconnaissance réciproque des GIR affectés aux retraités par les conseils départementaux et par les caisses de retraite (taux de couverture des départements de la caisse)

¹³⁰ Les retraités sur les territoires (5 actions) ; Les conditions de vie des familles (2 actions) ; L'emploi des actifs en situation de maladie ou handicap (2 actions)

¹³¹ Déploiement de l'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation, déploiement du socle commun de l'aide au domicile des personnes âgées fragiles, déploiement du pack d'accompagnement des Marpa ; 2 actions relatives au parcours santé des aidants

¹³² Nombre de chartes déployées, Conventions offre d'ingénierie et d'accompagnement aux territoires ruraux : service et solidarité aux familles

[541] Les conventions de la CPAM et de l'URSSAF ne comprennent pas d'indicateurs propres à l'ASS, ce qui reflète la faible importance de ce pan d'activité, mais ne signifie pas un suivi moins exigeant, mais d'une autre nature, dans les relations avec les caisses nationales¹³³.

[542] Il n'appartenait pas à la mission de se livrer à un audit des résultats obtenus par les organismes de sécurité sociale, au regard des objectifs fixés. Au demeurant, il n'apparaît pas, sauf exception, (cf. Pièces jointes à la présente annexe) d'écart majeur entre objectifs et résultats.

1.2.3 Les moyens déployés par les OSS : des leviers d'intervention importants dans certains domaines, mais globalement très minoritaires

[543] De manière synthétique, les moyens mis en œuvre par les organismes de sécurité sociale en matière d'action sanitaire et sociale peuvent être ainsi présentés.

- Pour les organismes du régime général

[544] Les moyens budgétaires déployés pour l'ASS par l'ensemble des organismes du régime général se montent à environ 90 M€, avec une forte concentration sur le secteur enfance-famille.

[545] Les dépenses de la CARSAT et de l'URSSAF concernent la région Bretagne et non le seul département d'Ille et Vilaine.

Tableau 5 : Dépenses ASS

Fct en M€	2017	2018	2019	2020
CAF	76,4	76	80	77,4
CARSAT	14,5	14,4	13,5	17,9
CPAM	1,89	1,38	1,48	1,47 ¹³⁴
URSSAF	-	-	-	4,2

Source : OSS

¹³³ Néanmoins, d'autres indicateurs CPG illustrent les missions sociales de la CPAM:

- Nombre d'accompagnements dans le cadre de la Mission accompagnement santé : fixé à 1216 assurés
- Nombre de bénéficiaires ACS / C2S : fixé à 77 681 assurés
- Délai d'instruction des demandes C2S (9ème décile) : fixé à 31 jours

¹³⁴ En 2020, le budget de l'ASS de la CPAM d'Ille-et-Vilaine s'établissait à 1 420 680 € dont :

- 1 139 200 € de dotation paramétrique : aides financières individuelles (frais médicaux, secours d'urgence, frais optique, dentaire ...), aides à la complémentaire santé (pour compenser les effets de seuil de la CSS, 1297 bénéficiaires en 2020), primes de fin de rééducation accident du travail ou encore dispositif ARPIJ (aide à la remobilisation précoce des assurés en IJ pour prévenir la désinsertion professionnelle en partenariat avec la MSA, l'ENIM et l'AGEFIPH). La crise sanitaire a conduit à des aides plus spécifiques telles que la mise à disposition de masques supplémentaires à celle de l'Etat auprès des populations précaires ou encore des aides alimentaires (423 pour un montant de 250 517 euros)
- 281 480 € de dotation dédiée au retour et au maintien à domicile : aide aux personnes en situation de handicap (appareillage, aménagements logement, véhicule, ...), aides aux malades et aux soins palliatifs (aide-ménagère, portage repas, garde malade), aides en lien avec le PRADO.

[546] Les moyens humains dévolus à l'ASS :

Tableau 6 : ETP ASS

en ETP	2017	2018	2019	2020
CAF	137,3	130	127	
CARSAT	24,1	22,5	23,4	26,5
CPAM ASS ¹³⁵	5	5,4	5,9	5
CPAM CES	24,1	23,6	25,1	26,4
URSSAF	-	-	-	5,4

Source : OSS

- Pour la MSA, les moyens mis en œuvre se montent à environ 6 M€ (hors personnels)

Tableau 7 : Moyens ASS MSA

	AJE	CEJ	MEDIATION FAMILIALE/ES PACES RENCONTRE	HANDICAP	PEL	TOTAL GENERAL	Bénéficiaires totalité	ratio totalité	ETPMA CDI et CDDS	LE TOTAL GENERAL/etp
Portes de Bretagne										
2018	1 415 398 €	400 655 €	66 200 €	25 657 €	4 186 886 €	6 094 796 €	16431	371	51,18	119 097 €
2019	1 454 973 €	1 061 756 €	67 897 €	25 657 €	4 014 428 €	6 624 711 €	15828	419	49,56	133 670 €
2020	1 110 265 €	850 000 €	66 790 €	25 657 €	4 003 127 €	6 055 838 €	12461	486	41,84	144 745 €

Source : MSA

- A titre de comparaison, les dépenses sociales prévues au budget départemental, qui représentent deux tiers du budget de fonctionnement, se montent à plus de 550 M€.

Tableau 8 : Dépenses sociales du département d'Ille et Vilaine

En M€	BP 2019	BP 2020
Enfance-famille	144,9	153,7
Personnes âgées	131,7	134,2
Personnes handicapées	150,6	155,3
Insertion	113,5	113,2
Total des dépenses sociales	540,7	556,4

Source : Présentation BP 2020

¹³⁵ Pour la CPAM ne sont indiqués que les ETP dédiés à l'ASS, sachant que les autres effectifs de l'agence accès aux droits et aux soins sont dédiés à l'instruction de la complémentaire santé solidaire, à la Mission Accompagnement Santé (créée en 2018, elle emploie 6 ETP), et à la gestion des partenariats. La baisse en 2020 s'explique par la crise sanitaire (fermeture des cabinets médicaux, dentaires pendant le 1er confinement) et la mise en place du 100% santé

[547] Les effets de levier des moyens dont disposent les OSS sont surtout sensibles dans le domaine enfance-famille, où le département concentre ses dépenses sur le domaine de l'aide sociale à l'enfance, et où les moyens d'intervention de la Caf sont puissants, puis dans celui de la prévention de la perte d'autonomie, et de manière plus qualitative dans le secteur de l'insertion.

1.2.4 Les cadres de coopération existants entre acteurs territoriaux de l'ASS : une solide implication des OSS

[548] Dans les trois domaines, prévention de la perte d'autonomie, enfance-famille et lutte contre les exclusions, les cadres de coopération apparaissent solides et les organismes de sécurité sociale tiennent une place réelle dans les partenariats établis.

1.2.4.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie

- La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) Ille et Vilaine

[549] L'Ille et Vilaine faisait partie des départements préfigurateurs pour la mise en œuvre des CFPPA. Elle a été créée en novembre 2015, avant la l'entrée en vigueur de la loi ASV.

[550] Elle est composée du Conseil Départemental, de l'ARS, des OSS, CARSAT / MSA / CPAM et AGIRC- ARRCO, de plusieurs représentants de communes et communautés de communes (AMF 35), de l'ANAH et enfin de la Mutualité française Bretagne.

[551] La CARSAT en assure une vice-présidence¹³⁶, caractéristique originale de la gouvernance adoptée.

[552] La mise en place de la CFPPA a été accompagnée d'un diagnostic approfondi des actions menées préalablement sur le territoire, d'une enquête sur les attentes des acteurs et de préconisations sur l'organisation des travaux¹³⁷ à entreprendre.

[553] Un bilan des actions entreprises a également été réalisé fin 2018¹³⁸.

- L'inter-régimes et l'association « Pour bien vieillir Bretagne » (PBVB)

[554] Créée en 2014 par les parties prenantes initiales de l'interrégimes (CARSAT-MSA-RSI) l'association « Pour bien vieillir Bretagne » (PBVB) décline régionalement « l'offre commune inter-régime pour la prévention et la préservation de l'autonomie ».

[555] Au regard de ses statuts, elle se fixe notamment pour objectifs de « favoriser une politique de prévention santé du bien vieillir des personnes en développant des actions individuelles d'évaluation et de prévention ; de participer à l'évaluation globale des situations des bénéficiaires ; d'intervenir avec des professionnels spécialisés; de concourir au développement des actions de prévention collectives ».

¹³⁶ L'ARS assurant l'autre vice présidence

¹³⁷ Rapport COMPAS Diagnostic PPA, juin 2016

¹³⁸ Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus d'Ille-et-Vilaine, Rapport d'évaluation, sept 2018, Solène NAVEOS, Stagiaire EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)

[556] L'association apparaît comme un opérateur de premier plan en Bretagne dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie (cf. *infra*).

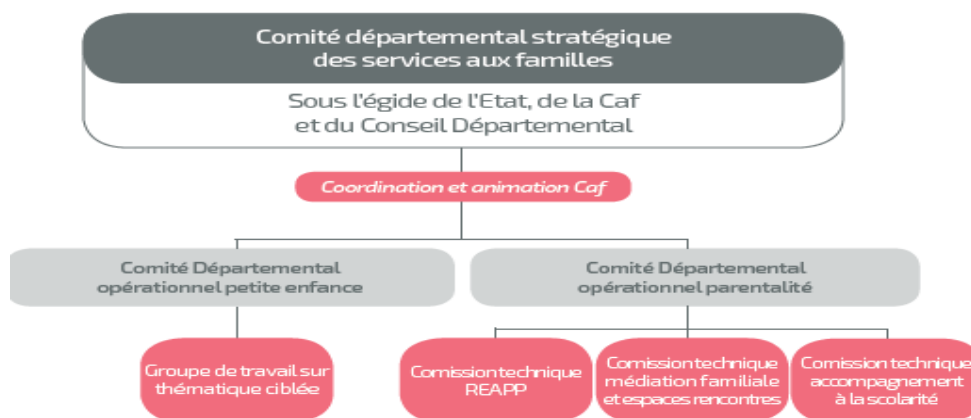
[557] La CNRACL et l'IRCANTEC, partenaires associés, financent l'association, et leurs ressortissants peuvent ainsi bénéficier des actions mises en place.

1.2.4.2 Le champ « enfance-famille »

[558] Le département est doté d'un SDSF et d'un SDAVS, tous deux prorogés en 2020 et en voie de rapprochement.

- La gouvernance du SDSF 2017/2019 prorogé en 2020, est assurée par un comité départemental stratégique de services aux familles, présidé par l'Etat et vice-présidé par le CD et la CAF. La Caf assure une fonction de coordination et animation. La MSA est co-signataire.

Schéma 2 :



Source : SDSF

[559] Deux comités opérationnels thématiques pilotent respectivement les secteurs petite enfance et parentalité.

[560] Les SDSF est structuré autour de quatre orientations clefs :

- 1/ « Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès des familles aux services d'accompagnement des parents »
- 2/ « Améliorer l'information des familles et des acteurs locaux en matière d'enfance et de soutien à la parentalité »
- 3/ « Faciliter la mise en réseau, la coordination des acteurs et des offres en matière d'enfance et d'accompagnement à la parentalité pour garantir la qualité de service »
- 4/ « Répondre aux besoins spécifiques des familles, en particulier lorsqu'elles rencontrent des situations de vulnérabilité »

[561] Les orientations sont déclinées en objectifs et actions précises.

[562] La prorogation du SDSF en 2020 est justifiée par la nécessité d'en faire un bilan approfondi, d'articuler les travaux avec l'élaboration du schéma départemental de l'ASE et de tenir compte de la stratégie nationale de soutien à la parentalité et du plan de lutte contre la pauvreté.

L'articulation avec le SDAVS paraît également souhaitée et cette perspective a été présentée en comité de pilotage du schéma directeur de l'animation de la vie sociale le 25 novembre 2020.

[563] Au moment de la mission, un bilan du SDSF venait d'être établi¹³⁹ et devait faire l'objet d'un examen en comité stratégique.

- Le schéma directeur de l'animation de la vie sociale 2017-2019 a été prorogé jusqu'à la fin 2021, dans la perspective du rapprochement avec le SDSF.

[564] Réunissant l'Etat, le CD, la fédération des centres sociaux, quelques communes et associations (UDAF, familles rurales, maires ruraux), le SDAVS est paraphé par la CAF et la MSA, auxquelles la CARSAT s'est jointe plus récemment.

[565] La CAF pilote l'élaboration du SDAVS, et réunit un comité composé de représentants des partenaires signataires, constitué au premier trimestre 2017 afin d'affiner les orientations stratégiques et suivre la mise en œuvre du schéma.

[566] Un travail de bilan des actions du schéma est en cours¹⁴⁰.

- Les Conventions territoriales globales et chartes « familles » (voir *infra* 2215)

[567] Au 31 décembre 2020, onze conventions territoriales globales (CTG) sont signées dans le département à l'échelle des communautés de communes, couvrant un peu plus de 17 % de la population.

[568] La stratégie de déploiement réaliste adoptée par la CAF¹⁴¹ devrait conduire à dépasser l'objectif cible de couverture de 80 % de la population départementale à fin 2022, avec respectivement 48,2 % fin 2021 et 85,7 % fin 2022.

[569] Une Charte Territoriale « Avec les familles » portée par la MSA avec la Caf¹⁴² a initié un projet de développement social local sur la communauté de communes de Saint-Méen Montauban, à l'ouest du département, à la frontière entre l'Ille et Vilaine et les Côtes d'Armor.

1.2.4.3 Le champ « pauvreté-inclusion »

[570] Dans un domaine où le chef de filat du conseil départemental est clairement reconnu, les OSS jouent un rôle important.

- Leurs engagements sont consignés dans le Pacte brétilien d'insertion (2018-2022).

[571] Le choix a été fait de regrouper en un seul document le programme départemental d'insertion (PDI), qui définit la politique départementale et l'offre d'insertion, le pacte territorial d'insertion (PTI), cadre de coordination des acteurs, et les pactes locaux d'insertion (PLI).

¹³⁹ Cabinet TMO, décembre 2020

¹⁴⁰ Journée de travail avec les directeurs de centres sociaux et espaces de vie sociale en 2020, journée départementale sur l'animation de la vie sociale projetée en 2021

¹⁴¹ Conseil d'administration du 18 décembre 2020

¹⁴² Convention de partenariat 2019 – 2022 Projet « Avec et Pour les Familles de Saint-Méen Montauban »

[572] La CAF, la MSA, la CARSAT et la CPAM en sont signataires. On retiendra notamment les principaux engagements, consignés dans le livret 2 du PBI de :

- La CAF : outre la facilitation des démarches et l'accès aux droits au RSA, la qualité des procédures afférentes et la production de données, elle s'engage en matière de logement (versement des prestations d'allocation logement et implication dans l'accès à ces aides) de garde des enfants dans un parcours d'insertion (dans le cadre du SDSF), de soutien et développement d'espaces de vie sociale et centres sociaux ;
 - La MSA : elle dispose d'une délégation pour l'accompagnement des allocataires du RSA, non-salariés agricoles et s'engage également dans le domaine de la santé (information pour l'accès aux droits et aux soins...) ;
 - La CPAM : elle vise à favoriser l'accès à la couverture sociale des personnes défavorisées (PUMA, Complémentaire santé solidaire), optimiser l'offre de bilans de santé (via l'action du CES), et plus largement favoriser l'accès aux soins (via l'intervention de la mission d'accompagnement en santé-MISAS) ;
 - La CARSAT : l'intervention du service social spécialisé en santé doit permettre d'agir en direction des publics défavorisés.
- Un cadre de coopération territorial : le pacte rennais d'insertion

[573] La métropole de Rennes dispose d'une délégation de gestion du RSA de la part du département. Elle a consigné les orientations de la politique menée en la matière dans le pacte rennais d'insertion.

[574] La CPAM et la CAF font partie des partenaires du PRI, qui contient d'ailleurs des orientations concernant précisément la santé (notamment « Rendre les personnes actrices de leur santé dans le cadre de leur parcours d'insertion »¹⁴³, « Renforcer et développer des programmes de santé au cœur du parcours d'insertion de la personne »¹⁴⁴, et « Renforcer les Espaces Sociaux Communs-ESC- dans le domaine de la santé »).

[575] En tant que partenaire des ESC, la CAF est impliquée dans la mise en œuvre des orientations « Changer la place de l'utilisateur dans les institutions et les modalités d'intervention des professionnels en développant des responsabilités transversales », ou encore « Travailler à la coordination et la mise en réseau des partenaires ».

[576] Une convention de 2017 liant la CAF et le CCAS de la ville de Rennes décline de manière plus précise les engagements réciproques pour favoriser l'accès aux droits, lutter contre les exclusions et favoriser l'insertion professionnelle grâce à des modes de garde des enfants adaptés.

- Le premier accueil social inconditionnel

[577] Les quatre organismes, CAF, MSA, CARSAT et CPAM, ont chacun conclu avec le conseil départemental, en octobre 2019, une convention d'engagements réciproques relative à la mise en œuvre du premier accueil social inconditionnel.

[578] Ces conventions prévoient l'orientation du public vers les services adaptés, des contributions à l'interconnaissance des services (présentation réciproque des missions et

¹⁴³ La CPAM est particulièrement impliquée sur certaines actions : Participer à la mise en oeuvre de la plateforme d'Information Départementale pour l'accès aux soins et à la santé et orientation du public

¹⁴⁴ Développer les orientations vers le bilan de santé du centre d'examen de santé

interventions), l'information sur les changements de réglementation, l'élaboration d'un protocole de collaboration...

[579] Ces actions s'inscrivent dans le contexte de mise en œuvre du schéma départemental de l'action sociale de proximité et du schéma d'amélioration de l'accessibilité des services au public.

2 Les caractéristiques de l'ASS déployée en Ille et Vilaine

2.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie

2.1.1 L'action sociale des différents organismes de sécurité sociale : des cadrages nationaux respectés

2.1.1.1 La CARSAT

[580] Le plan d'action de la CARSAT, tel qu'il ressort de la CPG 2018-2022 reflète strictement les six axes de l'action sociale développés par la CNAV¹⁴⁵. Une synthèse de sa mise en œuvre est présentée en pièce jointe.

- L'action sociale individuelle ne paraît pas présenter de spécificité, ni en termes d'orientations, ni en termes de mise en œuvre, par rapport au cadrage national en la matière.

[581] Les interlocuteurs de la mission ont souligné que :

- L'orientation vers la prévention supposait une diversification des prestations de l'aide à domicile,
- La mise en œuvre d'OSCAR (dont la montée en charge est prévue sur 18 mois à partir de juin 2021) nécessiterait une révision des conventions avec les prestataires, en vue notamment de se diriger vers un accompagnement plus qualitatif et préventif des bénéficiaires (notamment via la prestation de coordination) et de mieux suivre la qualité de service,
- Les travaux interbranche avec la CPAM progressaient tant en matière d'échange de données, que sur la coordination des actions sur les sorties d'hospitalisation¹⁴⁶ - dont la mise en œuvre par la Carsat paraissait par contre avoir beaucoup avancé, grâce notamment à une meilleure articulation avec les services hospitaliers; le cercle de processus ARDH lancé cette année à la Carsat travaille, entre autre, à bien intégrer le dispositif du PRADO et l'ARDH afin d'éviter que les deux dispositifs fonctionnent en parallèle.
- Les aides liées à des situations de rupture restaient très peu utilisées ;

¹⁴⁵ Renforcer les synergies retraite/action sociale dans une logique de continuum ; Repérer et accompagner les retraites fragilisés ; Contribuer à l'adaptation des logements individuels et prioriser les dépenses d'investissement en faveur des lieux de vie collectifs ; Créer des parcours de prévention en lien avec les collectivités territoriales et les autres acteurs de la prévention du territoire ; Renforcer le partenariat interrégime et interbranche dans le cadre des orientations nationales ; Accompagner de nouveaux publics et développer de nouvelles offres

¹⁴⁶ Le démarrage de PRADO + 75 ans ayant été retardé par la CPAM, du fait de la crise sanitaire

- Les conventions avec les associations des bailleurs sociaux permettaient d'établir des diagnostics individualisés de logements et des aménagements éventuels à entreprendre, au bénéfice de personnes âgées en vue d'assurer le maintien à domicile ; cependant, la convention passée avec l'ADO – Association Départementale des organismes d'habitat d'Ille-et-Vilaine en 2018 n'a abouti qu'à la rénovation de 80 logements¹⁴⁷ et les moyens budgétaires contraints ne paraissent pas permettre de se projeter sur des réalisations fortes en 2021 ;
 - Les aides individuelles à l'aménagement de l'habitat connaissent un réel succès (rénovation énergétique, aménagement de salles de bains, kit de prévention..) ;
 - S'agissant des lieux de vie collective, l'habitat intermédiaire se développait surtout en Ille et Vilaine¹⁴⁸ , tandis que le financement des résidences autonomie, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) coporté par la CNAV et la CNSA, permettait un travail collaboratif avec le conseil départemental pour la priorisation des projets, et le plus souvent pour des cofinancements, avec le CD mais aussi les EPCI.
- S'agissant de l'action sociale collective, elle passe largement par l'inter-régime et fait l'objet d'une mutualisation de ressources et de projets, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) (*cf. infra*), sans préjudice de la capacité d'initiative propre de la Carsat.

[582] Plusieurs actions significatives ont été signalées à la mission :

- Une action interbranche avec le centre d'examen de santé de la CPAM mobilisé pour réaliser des bilans dans le cadre du parcours prévention ;
- Une convention de partenariat avec la fédération bretonne des centres sociaux¹⁴⁹, confrontés au vieillissement de leurs usagers, et qui peuvent aussi relayer les actions de prévention proposées par la Carsat ;
- Une convention de partenariat avec l'Agence nationale des chèques vacances¹⁵⁰, permettant de faire bénéficier certains retraités à faibles revenus des offres disponibles, dans le cadre du dispositif « seniors en vacances » et en lien avec le Secours populaire ;
- Une convention avec la ville et le CCAS de Rennes, permettant d'échanger des informations et de mener des actions communes de prévention, et anticipant la création de la « maison des aînés et des aidants », désormais ouverte, où des ateliers de prévention peuvent être positionnés ;

¹⁴⁷ Pour 200 envisagés à l'origine, mais sans que les études préalables de besoins aient été réalisées

¹⁴⁸ La CFPPA finançant pour sa part par forfait, le projet de vie sociale associé à ce type d'habitat inclusif

¹⁴⁹ Convention cadre d'engagement entre la CARSAT Bretagne et la Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de Bretagne pour la Prévention de la perte d'autonomie, les Territoires, et les Solidarités entre les âges. Les actions développées, qui font l'objet d'engagements quantitatifs précis sont les suivantes : Poursuivre la sensibilisation des centres sociaux sur la prise en compte du public retraité et de leurs besoins sur leur territoire ; Observer, écouter, mettre en relation le public retraité à l'aide des cafés seniors ; mettre en place des ateliers au sein des centres sociaux pour permettre le développement du pouvoir d'agir des retraités et observer leur impact ; Organiser l'échange des bonnes pratiques au plan régional et départemental ; Accompagner les partenariats des centres sociaux et développer la communication auprès du public et des partenaires sur les actions menées avec la Carsat

¹⁵⁰ Un plan d'actions commun Carsat/Ancv arrêté en 2020 vise à communiquer sur les offres disponibles, auprès de retraités à faibles revenus (bénéficiaires de l'Aspa..), pour faire des vacances un outil de prévention, favoriser le bien vieillir et le lien social.

- Une démarche préalable à la conclusion d’une convention Eclat¹⁵¹ (dont la signature est anticipée en fin d’année 2021) a été initiée sur le territoire de Crozon Aulne Maritime, territoire fragile, mais doté d’un réseau partenarial fort (CLIC, centre social, bailleur social) ; le diagnostic est en cours, réalisé par Soliha Hauts de France, et sera suivi d’une priorisation des besoins du territoire et de la validation d’un plan d’actions. La mobilité et l’isolement seront probablement les thèmes d’accompagnement prioritaires ;
- Enfin, il est envisagé de conventionner avec l’association Les petits frères des pauvres, en particulier pour des actions de lutte contre l’isolement.

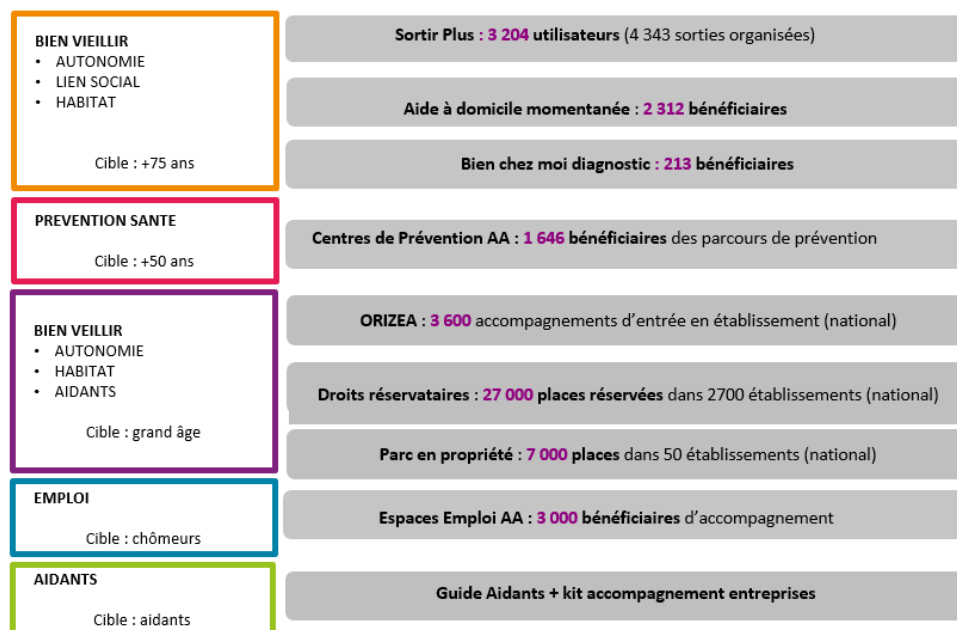
[583] De manière transversale, l’utilisation de l’observatoire des fragilités paraît constituer une réelle plus-value dans le ciblage des actions entreprises, et peut être largement mis à contribution dans le cadre des partenariats et collaborations institutionnelles de la Carsat.

2.1.1.2 L’action sociale Agirc-Arrco en direction des personnes âgées

[584] Conformément au cadre national, l’action sociale mise en œuvre comporte à la fois des aides individuelles jusqu’à 75 ans (cas de fragilité particulière et aide aux aidants) et au-delà (sortir plus, aide à domicile momentanée, bien chez moi comportant l’appui d’un ergothérapeute, Orizéa, accompagnement pour trouver un lieu de vie adapté) et des actions collectives, dans le cadre inter régime (cf. *infra*).

[585] Le bilan quantitatif suivant a été communiqué par le Comité d’action sociale Agirc-Arrco Bretagne, pour l’ensemble de la région.

Tableau 9 : Les bénéficiaires de l’ASS Agirc-Arrco en Bretagne (2019)



Source : CRCAS Bretagne

¹⁵¹ ECLAT est une démarche visant à « faire émerger, à une échelle infra-départementale, un cadre favorable à la prévention de la perte d’autonomie des personnes retraitées. » ; « Cette démarche prend la forme d’un contrat de territoire : assise sur un diagnostic partagé des besoins, elle mobilise des partenariats locaux, identifie des priorités d’action et soutient financièrement leur concrétisation. »

2.1.1.3 Le plan d'action sanitaire et sociale de la MSA 2017-2021

[586] Il fait référence aux aides individuelles disponibles¹⁵², aux interventions des travailleurs sociaux¹⁵³ et aux subventions et partenariats qui permettent la mise en place d'aides techniques¹⁵⁴.

[587] L'action sociale vieillesse de la MSA Porte de Bretagne peut être ainsi résumée :

Tableau 10 : L'action sociale de la MSA Porte de Bretagne

Actions individuelles	Actions collectives
Prestations extra-légales attribuées aux personnes âgées.	Actions inter régimes, information, sensibilisation, orientation (forum deuil, forum habitat, forum du maintien à domicile...) pour lesquelles le service contribue avec les autres acteurs du territoire.
Evaluations des besoins en maintien à domicile menées par les travailleurs sociaux ou par un prestataire : Armorik Expertise.	Les ateliers du Bien vieillir sont confiés à des opérateurs dans le cadre de l'inter régimes et sont financés par l'action sociale dans le cadre de PBVB.
Informations transmises par les travailleurs sociaux sur l'aide au maintien à domicile.	Le service s'engage dans la mise en oeuvre du programme « Parcours santé des aidants ». (Centre de Prévention Agirc-Arrco, <i>cf. infra</i>)
Accompagnements proposés pour l'aide au répit des aidants.	

Source : *Projet de service action sociale 2018-2022 MSA*

[588] S'agissant du développement d'actions collectives, il est fait pour l'essentiel, appel à PBVB dans le cadre de l'inter-régime (*cf. infra*), la MSA Porte de Bretagne étant un de ses membres et financeurs.

[589] Les orientations préliminaires pour le prochain plan, qui ont fait l'objet en 2020 d'un document issu de travaux de terrain et avec les élus, ne paraissent pas marquer d'inflexion notable par rapport au plan antérieur.

¹⁵² Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) : aide à domicile, portage de repas, téléassistance, aide à l'habitat ; Prestation temporaire de retour d'hospitalisation (PTRH) ; Prestation temporaire de soutien aux aidants (PTSA) ;

Les prêts : équipement ménager, mobilier ou habitat ; Les aides individualisées à caractère social

¹⁵³ Accompagnement social individuel en lien avec le maintien à domicile et à des moments de rupture ; Accompagnement collectif : actions et ateliers du bien vieillir (MSA et inter régimes), charte de solidarité des aînés, association MARPA Services ; Actions de prévention de l'isolement : projets «vie sociale», aides à la mobilité, ruptures... Partenariat dispositif MONALISA (MObilisation NAtionale de Lutte contre l'ISolement des Âgés)

¹⁵⁴ Convention SOLIHA (adaptation et amélioration de l'habitat) ; Convention avec des organismes de conseil en aide technique liée au handicap

Tableau 11 : Orientations préliminaires de l’ASS personnes âgées de la MSA (2021-25)

Orientations	Engagements	Actions
1. Lutter contre l’isolement des personnes âgées et soutenir les solidarités de proximité sur les territoires ruraux	1.1 Développer les actions et services à destination des personnes âgées et de leurs aidants	1.1.1 Développer les chartes aînés 1.1.2 Accompagner le développement des actions et services destinés aux aidants sur les territoires
	1.2 Encourager les liens inter générationnels	1.2.1 Développer des actions visant à favoriser et valoriser les liens intergénérationnels (dont Part’âge)
2. Favoriser l’accompagnement à domicile des retraités et prévenir la perte d’autonomie des plus fragiles	2.1 Contribuer à l’amélioration de l’accompagnement des retraités en perte d’autonomie	2.1.1 Permettre au plus grand nombre de retraités de rester à domicile en favorisant l’accès à une aide individuelle adaptée à la perte d’autonomie et notamment en situation de retour à domicile après hospitalisation 2.1.2 Améliorer le repérage des aidants et faciliter les orientations vers les services adaptés 2.1.3 Développer une offre d’habitat intermédiaire en milieu rural
	2.2 Prévenir la perte d’autonomie et promouvoir le Bien Vieillir	2.1.1 Améliorer la connaissance sur les problématiques/risques liés au vieillissement 2.1.2 Développer les ateliers d’éducation à la santé destinés à préserver l’autonomie et promouvoir le bien vieillir (ateliers vitalité, ateliers du bien vieillir, cap bien être, PEPS Eureka, Pac Résident, ateliers nutrition et activité physique, ateliers équilibre, etc.)

Source : MSA

[590] Au titre des actions originales, la MSA a développé le service dit « Bulle d’air », porté par l’association Amper, pour répondre aux besoins de répit à domicile des aidants qui accompagnent un proche âgé, malade ou handicapé. Le service fait appel à des « relayeurs », auxiliaires de vie, aides à domicile ou aide-soignants.

Encadré 3 : La charte des solidarités avec les aînés, portée par la MSA

La MSA a initié en 2020 une Charte des solidarités avec les aînés sur le territoire de deux CLIC, correspondant à deux EPCI, Pays de la Roche aux fées et Vitré communauté. Compte tenu des capacités de la MSA, il s’agit de la seule charte de ce type portée sur le département.

Les objectifs, correspondant au socle national en la matière, visent¹⁵⁵ à « soutenir les actions répondant aux questions du lien social, des solidarités de proximité et de la valorisation de l’engagement et de l’expérience des aînés », tout en expérimentant des actions nouvelles. Les enjeux relevés portent sur la « lutte contre l’isolement » et le « développement de solidarités et de services autour des aînés » en milieu rural.

La gouvernance de la charte a été mise en place et la phase de diagnostic territorial engagée.

Les quatre champs obligatoires de la démarche ont été validés¹⁵⁶, mais dans le champ optionnel, seule la thématique de l’accès aux droits a été retenue, faute de compétences s’agissant de l’accès à la santé et de l’absence de CLS sur le territoire.

Source : Mission d’après entretiens et documents MSA

¹⁵⁵ Déclaration d’intention du 20 février 2020

¹⁵⁶ Soutien au lien social et aux solidarités de proximité ; Valorisation des engagements et de l’expérience des aînés (intergénérationnel) ; Promotion du bien vieillir à travers la promotion de la santé et de la prévention ; Développement ou maintien d’une offre de services ou de formules d’hébergement de proximité.

2.1.2 Les actions initiées dans le cadre de l’inter-régime : le rôle majeur de « Pour bien vieillir Bretagne »

2.1.2.1 L’association PBVB apparaît comme une cheville ouvrière de l’action sociale collective inter-régime en Bretagne, largement financée par la CARSAT

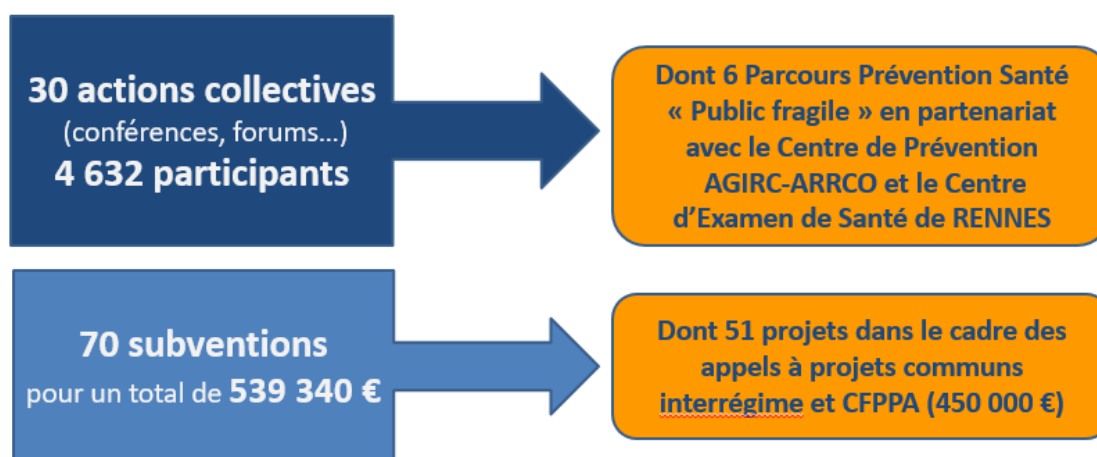
[591] La CARSAT assure l’essentiel du financement¹⁵⁷ de l’association, devant les deux MSA membres, la CNRACL et l’Ircantec.

[592] PBVB lance des appels à projets annuels, communs avec les CFPPA dans les quatre départements bretons.

[593] Le bilan 2019 de l’action sociale collective de la CARSAT montre l’imbrication entre ses financements (subventions) et ceux des CFPPA.

[594] L’intervention de l’association PBVB, mais aussi du Centre de prévention santé Agirc-Arrco (*cf. infra*) sont essentielles dans la mise en œuvre des actions collectives.

Schéma 3 : L’action sociale collective de la CARSAT Bretagne (2019)

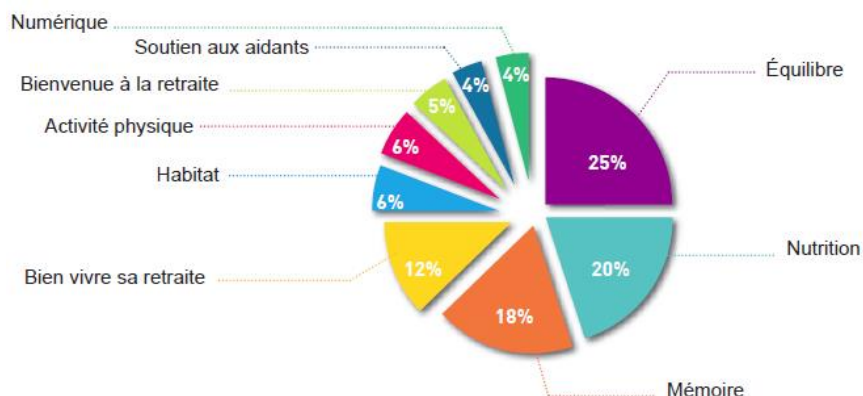


Source : CARSAT

[595] Les thématiques abordées lors des ateliers organisés sont larges et sont celles attendues pour la prévention de la perte d’autonomie.

¹⁵⁷ 72% des recettes 2020 (690 k€), 11% pour les deux MSA membres, 9% pour la CNRACL et 4% pour l’Ircantec

Graphique 4 : Répartition des thématiques d’ateliers organisés par Pour bien vieillir Bretagne en 2018 / 2019



Source : PBVB

[596] Les actions collectives sont largement encadrées par les référentiels nationaux disponibles, et leur mise en œuvre est assurée, même si, aux dires des interlocuteurs de la mission, des marges de manœuvre subsistent visant à améliorer l’attractivité et la modernité des contenus proposés.

2.1.2.2 Dans le domaine de l’action collective, on notera tout particulièrement le parcours de prévention santé, porté par le Centre de Prévention Agirc-Arrco Bretagne

[597] Son objectif est de « développer la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes et de leur offrir l’opportunité de faire un bilan préventif personnalisé ».

[598] L’association, dont le siège est situé à Rennes, dispose de 33 antennes dont 11 en Ille et Vilaine. Outre de multiples partenariats locaux (CLIC, associations..), elle bénéficie d’un financement de la CFPPA d’Ille et Vilaine¹⁵⁸, du soutien de la MSA (prêt de locaux), elle participe à la campagne de prévention mutualisée inter-régime et son action s’intègre à celle de PBVB, dans le cadre de l’inter-régime.

[599] L’action est décomposée en cinq étapes : identification du territoire et travail partenarial ; organisation de la conférence de sensibilisation ; organisation des bilans individuels de santé¹⁵⁹ ; ateliers collectifs de prévention ; bilan de l’action : évaluation de l’impact sur les participants¹⁶⁰.

[600] Le bilan est réalisé par une équipe pluridisciplinaire qui aborde à la fois des éléments médicaux, psychologiques et sociaux. Outre un médecin-directeur, l’équipe du centre de prévention comprend un support administratif, des médecins et des psychologues¹⁶¹ et fait appel à des vacataires dans divers domaines d’intervention¹⁶².

¹⁵⁸ Mais également des trois autres départements bretons

¹⁵⁹ Des bilans spécifiques sont proposés (sommeil, mémoire, nutrition..).

¹⁶⁰ La CARSAT a accepté de financer un deuxième bilan de santé, postérieur aux ateliers de prévention, afin de pouvoir comparer les résultats avec le premier bilan de santé financé par l’Agirc-Arrco. Une étude randomisée est menée dans ce cadre.

¹⁶¹ Soit 7,1 ETP à fin 2019

¹⁶² Activité physique adaptée, diététique, ...

[601] L'identification des sites d'intervention¹⁶³ et la promotion de l'action reposent sur des contacts partenariaux locaux importants.

2.1.2.3 Les données sur les participants et leur changement de comportement

Encadré 4 : Les données du web report bien vieillir sur les participants et leurs changements de comportement

Les participants aux ateliers remplissent des questionnaires à diverses échéances du début à la fin des ateliers et six mois après, l'objectif étant de recueillir leur appréciation, d'évaluer l'impact des actions et de permettre l'amélioration des contenus. Les résultats sont exploités via un outil « web report » Bien vieillir. Le profil des participants est analysé selon de nombreux paramètres (sociologie, santé, comportements...), et selon les types d'actions suivies. Un rapport d'évaluation des actions menées a été établi en 2019, à partir de 3240 questionnaires exploités. Les réponses montrent des améliorations sensibles rapportées par les participants, par exemple sur le maintien de l'équilibre, la prévention des chutes, la nutrition ou l'activité physique. Le rapport d'évaluation de PBVB donne cependant peu de pistes d'améliorations envisagées. De fait, ce questionnaire se prête mal à la réflexion sur les améliorations, qui passe par d'autres méthodes et outils comme la démarche de Design Thinking.

Source : mission

2.1.3 Le fonctionnement de la CFPPA : une solide dynamique de coopération

[602] La CFPPA a permis la mise en commun de nombreux instruments de prévention.

2.1.3.1 Cohérence et articulation des actions entre partenaires de la CFPPA : le programme coordonné

- Le deuxième programme coordonné couvre la période 2019-2023 et s'ordonne autour des six axes d'action de la conférence :
- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile : la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine a déterminé une liste d'aides visant à prévenir ou compenser les difficultés des personnes et le règlement d'attribution ;
- L'attribution du forfait autonomie : elle est faite en fonction du nombre de places des résidences concernées ;
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile : la recommandation est faite de développer ces actions via le financement par les fonds propres des membres de la conférence ;
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile : les actions sont définies dans un CPOM signé avec le CD et l'ARS, et chaque SPASAD concerné peut solliciter la conférence des financeurs ; les échanges de bonnes pratiques sont encouragés ; les actions de formations des professionnels peuvent être financées sur les fonds propres des membres de la conférence ;

¹⁶³ En 2019, plus des trois quarts des personnes reçues habitaient l'Ille et Vilaine.

- Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants : outre des recommandations sur le fonds des actions aidées, le programme recommande une harmonisation des actions financées de manière à positionner les aides de la CNSA en complémentarité ;
- Les autres actions collectives de prévention : outre l'adoption d'une procédure d'appel à candidatures, le programme affiche les priorités partagées des financeurs (Cf. *infra* encadré sur l'AAC 2021).

2.1.3.2 La reconnaissance mutuelle des évaluations

[603] La convention qui lie¹⁶⁴ le Département et les Caisses de retraite indique que « la reconnaissance mutuelle porte sur l'évaluation du GIR et l'analyse des besoins ainsi que sur la proposition de plan d'aide, réalisées par chacune des équipes évaluatrices, missionnées par les uns ou les autres auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie¹⁶⁵ ».

[604] Des entretiens réalisés par la mission avec les services du CD, de la CARSAT et de la MSA, il n'est pas ressorti de difficulté dans la mise en œuvre de ces dispositions.

2.1.3.3 Un Appel à candidatures (AAC) commun annuel

[605] La CFPPA lance chaque année un appel à candidatures pour la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie. La définition des orientations communes, la rédaction du cahier des charges et les opérations de sélection des projets sont menées en commun, aux termes de la convention d'engagements réciproques conclue en 2018¹⁶⁶.

[606] Cette même convention confie à PBVB un rôle de référence dans le recensement des besoins (en lien avec les CLIC), la planification des actions (avec les opérateurs retenus), le suivi de mise en œuvre, l'évaluation des ateliers et un suivi statistique d'ensemble.

[607] Les données de l'observatoire des fragilités de la CARSAT permettent de cibler les actions collectives sur les zones prioritaires (Cf. *supra*).

¹⁶⁴ Convention entre la CARSAT Bretagne, la MSA Portes de Bretagne, et le Département d'Ille et Vilaine relative à la reconnaissance mutuelle des modalités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie

¹⁶⁵ De manière plus détaillée, il est précisé : « Ainsi, lors de l'évaluation par les équipes désignées par les Caisses de retraite, si le demandeur est évalué dans un GIR 1 à 4, il ne relève pas d'un plan d'aide. Les informations le concernant sont transmises au Département pour instruction puis décision.

Réciproquement, lors de l'évaluation par l'équipe autonomie du Département, si le demandeur est évalué dans un GIR 5 ou 6, il ne relève pas de l'APA. Les informations le concernant sont transmises aux Caisses de retraite pour instruction puis décision. »

¹⁶⁶ Entre la CFPPA, le CD et l'association PBVB

Encadré 5 : L' AAC pour 2021

Au sein des axes 4, 5 et 6 du programme coordonné¹⁶⁷ de prévention, l' AAC pour 2021 retient 12 thématiques prioritaires :

Priorité 1 : Santé globale - Bien vieillir (1-1 Activités physiques, d'équilibre et de prévention des chutes ; 1-2 La nutrition ; 1-3 La mémoire ; 1-4 Le sommeil ; 1-5 Santé globale dont prévention de la souffrance psychique)

Priorité 2 : Déficiences sensorielles

Priorité 3 : Risque suicidaire

Priorité 4 : Sentiment d'insécurité (peur)

Priorité 5 : Vie sociale et culturelle ; Lutte contre l'isolement

Priorité 6 : Mobilité – Transport

Priorité 7 : Accès à l'information, aux aides et aux droits – Lutte contre le non-recours

Priorité 8 : Diversification des possibilités de parcours résidentiel – Aménagement de l'habitat (dont Accès aux aides techniques)

Priorité 9 : Anticipation du vieillissement et valorisation des séniors

Priorité 10 : Accès aux médiations informatiques et technologiques (NTIC)

Priorité 11 : Accidents médicamenteux

Priorité 12 : Aide aux aidants.

Compte tenu de la situation sanitaire exceptionnelle, l' AAC insiste sur l'adaptation des modalités de mise en œuvre des actions de prévention (actions individualisées, à distance) et sur l'importance du maintien du lien social.

Source : AAC 2021, CFPPA Ille et Vilaine

2.2 Le champ « enfance-famille »

2.2.1 L'action de la CAF

2.2.1.1 Les cadres d'orientation stratégiques et les ressources mobilisées pour l'action sociale

[608] L'action sociale de la CAF s'inscrit dans le cadre des priorités et objectifs inscrits dans le CPOG 2018-2022, les différents schémas concernant son champ de responsabilité propre (SDSF, SDAVS) ou sa contribution à des politiques interministérielles (notamment SDAASP) évoquées plus haut.

[609] Au total, 81,4 M€ qui ont été dépensés en 2019, dont près plus de 77 % correspondent aux fonds nationaux, c'est à dire à des enveloppes notifiées par la CNAF et affectées à des emplois définis, et 23 % à des fonds locaux, c'est-à-dire à des enveloppes gérées sous la responsabilité du

¹⁶⁷ Axe 4 : La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

- Axe 5 : Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants

- Axe 6 : Les autres actions collectives de prévention

conseil d'administration de la caisse. Les crédits d'action sociale sont répartis entre les différentes actions dans les conditions présentées ci-dessous.

Tableau 12 : Tableau de répartition des crédits d'action sociale

	2018	2019	2020
Accueil des jeunes enfants de 0 à 6 ans	43,9	47,1	45,8
Temps libre des enfants et des familles (1)	17,5	19,3	21
Accompagnements social des familles et de leurs enfants	4,4	3,7	2
Logement et habitat	1,8	1,8	1,2
Animation de la vie sociale	6,6	7	6,9
Autres actions	2	2,3	1,6
Total	76,5	81,4	78,5

(1) dont 543 ALSH (Accueils de Loisirs Sans Hébergement) à destination des enfants de 3 à 18 ans du département financé à hauteur de plus de 8,8 millions d'euros.

Source : Rapport d'activité CAF 2018, 2019

[610] Les crédits d'action sociale doivent permettre d'accompagner le plus possible les familles en situation de fragilité et les territoires en difficultés socio-économiques.

[611] Depuis 2013 ont été mis en place dans chaque CAF des Fonds Publics et Territoires (1,3 millions d'euros pour l'Ille et Vilaine en 2019). Le bilan établi par la CAF fait état de progrès réels mais limités par rapport aux objectifs fixés, en différenciant les domaines petite enfance et jeunesse et logement. L'impact du fonds a été affecté depuis 2019 car, à partir de cette date, ont été mises en place des majorations de financement pour faciliter la prise en charge des enfants de familles défavorisées sur le plan socioéconomique, et d'enfants en situation de handicap, dans les équipements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) (« bonus mixité » et « bonus handicap »). Enfin la crise sanitaire a certainement ralenti la mise au point de projets nouveaux.

[612] S'agissant de la petite enfance, les crédits ont permis de renforcer l'accueil des enfants porteurs de handicap dans les EAJE et les ALSH, d'adapter l'offre d'accueil aux besoins des publics confrontés à des horaires spécifiques, à des problématiques liées à l'employabilité ou à des situations de fragilité, et d'accompagner les difficultés structurelles rencontrées par des établissements petite enfance. Sur l'axe « petite enfance – handicap », la mise en place du bonus handicap a conduit à une baisse considérable du nombre de dossiers à compter de 2019. Les autres axes, crèches à vocation d'insertion et à accueil spécifique et horaires atypiques, spécificités territoriales, structures en difficultés et démarches innovantes, ont été peu mobilisées.

[613] S'agissant des jeunes, l'objectif est de soutenir les projets élaborés par des adolescents et favoriser leur autonomie (investissement bénévole, engagement social, formation...), et d'accompagner les démarches innovantes dans les domaines enfance et jeunesse. Les résultats sont satisfaisants sur les axes 1 et 3 : actions sur le handicap, l'accès aux loisirs, le soutien à l'initiative des jeunes et au développement des usages numériques (Promeneurs du Net). En revanche, les crédits sont peu consommés sur les axes 4 et 6 (spécificités territoriales et innovations).

[614] Les crédits d'action sociale sont utilisés pour financer des actions qu'on peut répartir autour de trois axes : les financements pour des prestations de service d'accueil du jeune enfant et de loisirs sans hébergement (2212), l'action sociale collective (2213) et l'action sociale individualisée (2214).

2.2.1.2 Les prestations de service l'accueil des jeunes enfants et le financement d'accueils de loisirs sans hébergement

[615] Comme toutes les CAF, celle d'Ille et Vilaine est très engagée dans le soutien à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, à travers une politique dynamique d'accueil des jeunes enfants (47,1 M€ en 2019) et une politique de loisirs des enfants et des jeunes (19,3 M€ en 2019) ; l'ensemble de ces actions correspondant à plus de 77 % du budget total de l'action sociale.

[616] La CAF verse des prestations aux familles pour l'accueil du jeune enfant (la prestation d'accueil du jeune enfant avec ses différentes composantes possibles¹⁶⁸) mais aussi aux structures d'accueil (avec un dispositif financier complexe qui permet de couvrir des dépenses de fonctionnement mais aussi d'investissement).

- Une offre importante de places d'accueil

[617] En Ille et vilaine 27 250 places sont disponibles pour les familles. L'Ille-et-Vilaine, avec 75 places offertes pour 100 enfants (58 pour 100 au niveau national à fin 2018), se classe parmi les départements qui présentent la capacité d'accueil la plus forte ; mais cette offre est d'abord une offre individuelle.

[618] A fin 2019 ces places sont réparties entre l'accueil collectif, 829 places dans les 164 EAJE (Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant) et 18 200 places d'assistants maternels qui représentent 67 % de l'ensemble des places offertes (contre 56 % au niveau national) et 36 RAM (Relais Assistants Maternels).

- Une politique de rééquilibrage en faveur des publics et des territoires prioritaires

[619] Dans le schéma départemental avait été fait le constat que l'offre collective était un peu en dessous de la moyenne nationale, mais surtout que certains publics n'accédaient pas autant qu'on aurait pu le souhaiter à l'offre, et que certains territoires étaient peu couverts.

[620] Le SDSF avait retenu une orientation de réduction des inégalités territoriales avec la mise en œuvre de quatre objectifs :

- Promouvoir une meilleure équité et cohérence de l'offre sur les territoires
- Encourager le développement de l'offre d'accueil collectif dans les territoires prioritaires
- Maintenir l'offre d'accueil individuel menacée par l'évolution de la démographie des professionnels en développant la professionnalisation des assistants maternels
- Formaliser une offre d'accueil dans les maisons d'accueil maternel (MAS).

[621] Pour mettre en œuvre ces orientations, des territoires prioritaires ont été identifiés à l'échelle des intercommunalités, à partir des besoins de rattrapage de l'offre (tension

¹⁶⁸ Prime naissance, / adoption, allocation de base, prestation partagée d'éducation de l'enfant et complément de libre choix des modes de garde

offre/demande au regard de la moyenne départementale, richesse du territoire, niveau de revenus des familles).

[622] Ces démarches se sont inscrites en cohérence avec le CPOG, qui comporte l'objectif de création de places en équipements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et de maintien des places financées par la prestation de services universels (PSU). Elles ont été mises en œuvre avec des résultats conformes aux objectifs fixés par le CPOG :

- Pour 2019, création de 146 places PSU, Création de 120 places PAJE, Fermeture de 69 places en PSU
- Pour 2020, création de 42 places PSU, Création de 140 places PAJE, fermeture de 169 places en PSU¹⁶⁹, création de 4 relais assistante maternelle (RAM).

[623] Néanmoins, le solde de places PSU apparaît négatif en 2020, ce qui pose question en termes social.

[624] Des financements ont été mis en place dans le cadre d'un fonds de rééquilibrage territorial de l'offre d'accueil du jeune enfant qui a offert une aide de 14 000 euros versés pour 10 places nouvelles implantées sur des territoires prioritaires.

[625] S'agissant de l'accueil individuel, la CAF a mis en œuvre une prime d'installation à tout nouvel assistant maternel agréé, formé et prime doublée sur les territoires prioritaires : 186 primes, dont 50 majorées ont été versées pour un total de 70 800 euros, ainsi que 13 prêts pour l'amélioration du lieu d'accueil pour les assistants maternels, 6 aides au démarrage des maisons d'assistants maternels, pour un total de 10 800 euros.

[626] Cette politique doit faire l'objet d'une évaluation dans le cadre de la préparation du futur SDSF. Mais il apparaît en première approche qu'elle s'est heurtée à deux difficultés :

- La première qui est l'attitude réservée des collectivités devant l'extension de modes de garde perçus comme coûteux et moins prioritaires que d'autres engagements ;
- La seconde qui tient à la difficulté de bien appréhender des besoins plus complexes de la part de famille défavorisées sur le plan socioéconomique avec des parents au chômage ou travaillant sur des horaires atypiques, et dont les attentes vis-à-vis des modes de garde sont significativement différentes des autres parents.

[627] La mise en place de suppléments financiers pour les structures qui accueillent des enfants de famille socialement défavorisées (bonus mixité sociale), il est vrai très récente, ne semble pas avoir conduit à des changements significatifs à ce stade.

[628] Dans ce contexte la CAF privilégie la mise en œuvre des démarches territoriales de passation de conventions territoriales globales (voir plus loin).

- Le soutien aux activités péri ou extra scolaires

[629] La CAF soutient l'accès des familles aux temps libres à la fois à travers des aides individuelles (voir ci-après mais aussi par un soutien aux structures notamment pour l'accueil en péri scolaire).

¹⁶⁹ L'année 2020 a été particulière en termes de fermeture de places ; Cette perte de places est largement liée à la mise à jour des agréments en accueil familial pour la Ville de Rennes (fermeture de 142 places d'accueil familial).

[630] La Caf contribue notamment à l'accompagnement des enfants dans leur scolarité tout en associant leurs parents. 70 contrats locaux d'accompagnement de la scolarité CLAS sont portés par 48 gestionnaires et accueillent 219 groupes d'enfants. Sur l'année scolaire 2018-2019, ce sont 2 339 élèves qui ont bénéficié de cette action (dont 59 % scolarisés en primaire).

2.2.1.3 L'action sociale collective et le soutien à la parentalité et l'animation de la vie sociale

[631] Une large partie des financements d'action sociale est affectée à la mise en œuvre de l'action sociale collective par opposition à l'action sociale individualisée qui sera évoquée plus loin ; il s'agit d'actions concernant le soutien à la parentalité, le financement de l'animation de la vie sociale et les actions logements.

- Le soutien à la parentalité

[632] En application de la stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent » de 2018 et de l'orientation 3 du SDSF : « Faciliter la mise en réseau la coordination des acteurs et des offres en matière d'enfance et d'accompagnement la parentalité et garantir la qualité et la continuité de service », la CAF a mis en œuvre des actions concrètes en s'efforçant de construire un partenariat efficace avec le CD.

[633] Il s'agit d'abord du soutien au « Réseau Parentalité 35 », nom donné au REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) en Ille-et-Vilaine. Il vise à favoriser la mise en réseau des acteurs de l'accompagnement à la parentalité à l'échelle du département et a bénéficié d'un financement conjoint de la CAF (235 000 euros soit 88 % du total, le reste étant apporté par le CD et la MSA). Le réseau connaît un fort développement. Le nombre de porteurs de projets et surtout d'actions présentées est en constante progression depuis plusieurs années¹⁷⁰.

[634] La CAF a aussi soutenu la mise en place de Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP). 24 LAEP sont labellisés en Ille-et-Vilaine dont 3 nouveaux l'ont été en 2019. Ces lieux d'accueil et de prévention répondent aux questions de parentalité sur les territoires urbains et ruraux. On compte un LAEP pour 3 500 enfants de moins de 6 ans. Environ 900 familles ont fréquenté ces lieux d'échange et de rencontre, de jeux et de socialisation pour les enfants.

[635] Enfin, la CAF a mis en place avec ses partenaires un label « Club parents » pour faciliter l'échange entre parents. Au nombre de 30 pour 29 gestionnaires en 2019, ceux-ci sont répartis sur l'ensemble du département. Les modalités de fonctionnement sont variées : rencontres mensuelles, hebdomadaires ou bimestrielles, en journée ou en soirée, avec la mobilisation ou non d'intervenants extérieurs sur des thèmes divers.

[636] Depuis 2015, les Espaces de Rencontre Enfants Parents (Erep) sont financés par une prestation de service financée au niveau national. La CAF a intégré dans le dispositif deux associations l'APRAS à Rennes (voir plus loin) et le GOELAND à Saint-Malo. Leur mission est de proposer un lieu neutre pour maintenir, préserver ou rétablir la relation entre un enfant et son parent. Le recours à l'espace de rencontre est préconisé dans les situations où l'exercice d'un droit de visite est interrompu, difficile ou conflictuel. Les mesures sont généralement ordonnées par un magistrat.

¹⁷⁰ Avec en 2019 128 dossiers de demandes de subvention reçus, 230 actions financées sur 334 actions proposées (soit 69 %) pour 113 porteurs de projets différents

[637] Enfin, la CAF a soutenu la médiation familiale dans le cadre d'un protocole départemental associant financeurs et opérateurs (Espace médiation 35 et l'UDAF 35) pour contribuer à résoudre les problèmes de conflit familial et chercher des solutions dans l'intérêt des enfants. 434 159 euros ont été affectés à des postes de médiateurs sur le département. L'objectif est de résoudre un conflit post-divorce ou séparation concernant l'autorité parentale sans saisir à nouveau la justice.

[638] La CAF met en place un pilotage et une animation dynamique du réseau de soutien à la parentalité : 13 référents locaux présents en Ille-et-Vilaine assurent un rôle de relais entre les territoires et la coordination départementale ainsi qu'une mission d'impulsion des dynamiques locales au plus près des besoins des parents, des professionnels et bénévoles. Des journées de travail sont organisées avec tous les intervenants la dernière a réuni 250 personnes fin 2019.

- Le financement de l'animation de la vie sociale

[639] La CAF intervient sur l'intégration des familles dans la vie sociale, en soutenant des structures qui interviennent dans l'animation de la vie sociale. La CAF a ainsi engagé 6,6 M€ sur les crédits d'action sociale pour financer :

- 16 centres sociaux (CS) et 20 espaces de vie sociale (EVS) dont 2 créés en 2019, qui ont bénéficié de 4,3 M€ répartis en 2,8 M€ en fonds propres et 1,4 en fonds affectés ou prestations de services, auxquels s'ajoute 0,07 M€ en subventions d'investissement. La contribution majeure de ces centres à l'animation de la vie sociale est détaillée plus loin.
- 10 Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) gérés par 6 associations pour un montant de 1,2 M€ dont 0,94 M€ de prestations de services
- Des associations familiales à hauteur de 0,06 M€.

- Le financement des actions concernant le logement

[640] La CAF met en œuvre des dispositifs pour aider les familles dans l'accès à un logement de qualité : 1,12 M€ en 2019 soit 2,24 % du budget d'action sociale, dont 453 K€ pour des aides aux familles et 670 K€ pour des interventions collectives. Pour ces dernières, il s'agit de réduire les impayés de loyers et de faciliter la relation entre propriétaires et locataires, dans le cadre des commissions de coordination des actions de prévention des expulsions locatives (CCAPEX) qui réunissent l'ensemble des partenaires. La CAF intervient aussi dans la lutte contre la non-décence des logements, dans le cadre du Pôle de Lutte contre l'Habitat indigne et le Fonds de Solidarité Logement (FSL).

2.2.1.4 L'action sociale individualisée l'accompagnement social des familles

[641] La CAF d'Ille et Vilaine accompagne des familles en difficulté du fait d'éléments fragilisant, à travers deux démarches : une offre de travail social et des aides financières.

- L'offre de travail social

[642] En application des orientations nationales inscrites dans la COG et déclinées dans le CPOG, la CAF met en œuvre une offre d'accompagnement par un travailleur social, ciblée en direction des familles qui connaissent des événements de vie.

[643] Les données sur l'activité des 23 travailleurs sociaux du service d'accompagnement social de la CAF montrent que les orientations nationales de concentration de l'activité sur les événements de vie ont été appliquées.

Tableau 13 : Interventions des travailleurs sociaux de la CAF en 2019

Offres de services	Type d'intervention		TOTAL
	Nombre Info Conseil	Nombre Accompagnement	
Séparation/divorce	2590	970	3560
Décès conjoint	164	41	205
Décès enfant	49	16	65
Grossesse monoparentale	151	48	199
Première naissance	531	227	758
Accès aux droits des personnes détenues	44	3	47
Dossiers Complexes	386	78	464
Aides financières "COVID"	361	5	366
TOTAL			5664

Source : CAF

[644] Les personnes bénéficiaires sont contactées de différentes manières, d'abord par des offres adressées par la CAF à partir du repérage dans le système d'information d'événements affectant les familles (un courrier de proposition d'accompagnement leur est adressé en cas de séparation), mais aussi par des mises en lien grâce à d'autres acteurs de l'action sociale.

[645] Il s'agit d'abord du conseil départemental qui emploie un peu plus de 320 travailleurs sociaux. L'organisation du service a conduit à identifier un correspondant pour chacun des CDAS et les travailleurs sociaux de la CAF mettent en œuvre une politique de communication en direction de leurs homologues du CD.

[646] Des contacts réguliers sont organisés dans une large majorité de CDAS sur une fréquence hebdomadaire. Il existe aussi parfois des rencontres organisées en commun entre les travailleurs sociaux de la CAF, ceux du département et les bénéficiaires. Les relations sont en règle générale plutôt efficaces car pour le CD, la CAF fonctionne comme un service spécialisé en lien avec le service plus généraliste qu'est le CD.

[647] Toutefois, en l'absence d'un cadre formalisé, la coopération reste largement dépendante des personnes.

[648] Il apparaît que lorsqu'il existe un cadre de travail formalisé par exemple dans le quartier de BLOSNE, les relations sont plus faciles. Mais, dans tous les cas, les relations sont rendues plus difficiles par l'impossibilité d'avoir un accès direct aux systèmes d'information de l'autre partenaire.

[649] Mais, les CCAS à Rennes, les Espaces Sociaux communs où est présente la CAF, les Centres sociaux communs et les associations, et bien sur les espaces France service où la CAF est présente, contribuent à cette mise en lien. En revanche, il existe peu de lien avec la MSA¹⁷¹.

[650] Il apparait que l'intervention porte majoritairement sur l'accompagnement des séparations, ce qui s'inscrit dans le cadre de la politique mise en place avec la garantie d'impayés de pensions alimentaires.

[651] Mais les interventions en direction des familles qui ont souffert d'un décès et des familles monoparentales se situent également à un niveau significatif.

[652] L'accompagnement, qui peut se faire à différents niveaux d'intensité par conseil téléphonique ou par un accompagnement dans la durée, comporte un aspect juridique d'accès au droit, mais aussi d'accompagnement assez large.

[653] Du fait de la contrainte de ressources, l'accompagnement ne traite qu'une partie des personnes concernées, de l'ordre du tiers (un millier sur 3570).

[654] Le public concerné est assez diversifié sur le plan de ses conditions socio-économiques, allant de personnes de milieux plutôt favorisés surtout des femmes, mais qui se retrouvent isolées et sans travail, à des personnes, notamment à Rennes, très en difficulté notamment pour l'accès au logement, parfois mineures ou très jeunes majeures avec enfant.

[655] Pour ces dernières l'accompagnement se fait par des rencontres hebdomadaires ou bihebdomadaire et les travailleurs sociaux disposent d'un système d'information dit Jessica, qui permet de suivre l'accompagnement.

- Les aides financières aux familles

[656] Les aides financières aux familles ont pour objectif d'améliorer les conditions de vie des familles les plus en difficultés. Elles les aident plus particulièrement à faire face à des événements familiaux fragilisant, à soutenir la parentalité et favoriser des conditions décentes de logement.

[657] Elles n'ont pas vocation à compenser de façon pérenne l'absence de ressources. Elles revêtent un caractère ponctuel et préventif. Elles sont attribuées par décision de la direction sur délégation du CA ou par la Commission des AFI, dans le cadre d'un règlement précis¹⁷².

[658] Ce règlement distingue différents types d'aide et prévoit les conditions notamment de ressources pour en bénéficier.

[659] Le règlement distingue les aides aux familles pour faire face aux événements de la vie, pour soutenir la famille par des interventions à domicile, pour améliorer le logement, pour aider aux temps libre, et enfin pour financer les formations d'animateur ou de directeur d'établissements d'accueil collectifs.

[660] Ces aides financières sont attribuées aux familles sous conditions de ressources appréhendées par le quotient familial (ressources incluant les prestations, divisées par le nombre de part) inférieur à 650 euros ou 100 euros pour le logement

¹⁷¹ Néanmoins, des liens existent quand certains de nos assurés maladie dépendent de la Caf pour les PF. Auquel cas, s'il y a des problématiques familles (séparation, décès.), une orientation peut-être faite.

¹⁷² Dans le cadre d'un règlement établi en 2014 mais qui, suite aux études menées par un groupe de travail a fait l'objet d'adaptations en 2020

[661] Comme le montre le tableau ci-dessous, les aides financières ont représenté 1,05 M€ en 2019 contre 1,29 M€ en 2018. Au sein de ces aides, il faut distinguer deux composantes : les secours et aides financières (360 104,54 € dont 53 719 € de prêts) et les aides à domicile versées sur critères nationaux (692 021,11 €). Pour ces dernières, l'évolution à la baisse (liée à l'évolution de la demande) explique la quasi-totalité de l'évolution d'ensemble 2018-2019.

Tableau 14 : Tableau Aides financières individuelles en 2019 montant en euros

Type d'aide	Nombre d'aides	Total Aides
Secours et aides financières		
Maladie handicap de l'enfant	2	506
Décès parent	30	21 856,36
Séparation isolement	416	188 708,96
Décès enfant	21	15 828,74
Arrivée de l'enfant	313	122 684,80
Autres travail social	12	10 618,19
Sous total		360 104,54
Aide à domicile fonds nationaux		
TISF	NS	342 71,16
Auxiliaire de Vie Sociale AVS	NS	349 649,95
Sous total		692 021,11
Logement		
Aides aux vacances		
Total général	696	1052 233,66

Source : CAF Ille et Vilaine

- Les secours et aides financières

[662] Ils sont versés sur fonds locaux c'est-à-dire sur la base d'une décision locale et donc conformément au règlement présenté plus haut. Les aides bénéficient à 696 familles avec un montant moyen d'aides de 415 €. L'attribution se fait sur décision des services après avis de travailleurs sociaux.

Encadré 6 : Les aides financières liées aux événements de la vie

Arrivée d'un premier enfant dans un couple ou dans une famille monoparentale ou des naissances multiples
Séparation d'un couple avec enfants
Incarcération d'un des deux parents
Accueil permanent d'un ou plusieurs enfants par un parent ou membre de la famille qui n'en n'avait pas la garde jusqu' à présent
La survenue d'une maladie ou d'un handicap de l'enfant
Le décès d'un enfant d'un parent ou des deux parents

Source : CAF

[663] La majorité des aides correspond à la mise en œuvre des orientations retenues au niveau national pour l'accompagnement social, évoquées plus haut. Néanmoins une part significative concerne l'accompagnement des familles au moment de la naissance (donc dans le cadre d'une transition parfois délicate pour des jeunes couples mal préparés à assumer leurs responsabilités parentales).

[664] Il y a donc une articulation effective entre l'intervention en accompagnement social et le versement des aides. Sur ce point il faut noter que les aides financières sont utilisées de manière sélective pour accompagner l'intervention sociale ; ainsi par exemple seules 416 aides ont été attribuées pour un motif de séparation, sur lequel comme cela été indiqué plus haut, la CAF est intervenue sur 3570 situations.

[665] Les responsables de la CAF considèrent que la politique de versement des aides interdit le développement de phénomènes d'abonnements¹⁷³.

- Le soutien à domicile des familles

[666] Cette aide s'adresse à des familles en difficulté pour des raisons diverses et est mise en œuvre selon deux modalités :

- Intervention d'une auxiliaire de vie sociale pour réaliser des tâches matérielles (le « faire pour »)
- Intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (le « faire avec »).

[667] Ces interventions sont contractualisées et concrètement mises en œuvre par cinq prestataires conventionnés par la CAF.

[668] Outre ces aides il faut mentionner deux autres catégories d'aides :

- Les aides aux loisirs (Aides aux vacances familiales, Aide aux vacances sociales aide aux vacances d'enfants : mini camps, aide nationale, aide locale) ; ces aides (à hauteur de 620 euros) sont mises en œuvres dans des centres de vacances et camping labélisés avec paiement direct par la CAF aux structures d'accueil.
- Les Aides au logement (pour financer de l'équipement ménager, pour améliorer le logement, pour l'achat ou la réparation d'une caravane, pour des montants allant de 450euros à 1000 euros).

[669] Enfin il faut noter qu'à la fin de l'année 2020, le règlement a été modifié par le conseil pour améliorer le quotient familial pris en compte et prévoir une aide à l'habitat pour les propriétaires, une prise en charge des réparations dans le logement, une aide accrue pour l'acquisition d'un pack informatique, et une aide sur projet.

¹⁷³ Aides versées pendant plusieurs années successives à un même bénéficiaire

2.2.1.5 La territorialisation des actions : la démarche de conventions territoriales globales (CTG) de la CAF

[670] La CAF met en œuvre les actions d'appui aux familles dans un cadre territorial qui doit permettre la mobilisation coordonnée des acteurs du territoire. Elle a mis en œuvre une démarche de Contrat Enfance Jeunesse (CEJ). En 2019, 90 CEJ intégrant 16 M€ de dépenses d'action sociale étaient en cours.

[671] La démarche de CEJ a été mise en extinction. Conformément à la COG et au CPOG, la CAF d'Ille et Vilaine développe une démarche de passation de convention territoriale globale (CTG) avec les communes et surtout les EPCI pour associer les collectivités locales à la mise en œuvre des actions en matière d'enfance et de jeunesse. Ces CTG ont vocation à se substituer aux CEJ¹⁷⁴.

[672] Le CPOG a fixé des objectifs en terme de part de la population couverte par un CPG, pour l'Ille et Vilaine 35 % pour 2019 et 55 % pour fin 2020. Les réalisations ont été très en deçà de ces objectifs avec un taux de couverture qui a atteint 14,20 % en 2019 et 17,40 % à fin 2020.

[673] Au 31 décembre 2020, sur 11 CTG signées, six l'avaient été avec des communautés de communes dont la population était située entre 20 000 et 30 000 habitants :

- La communauté de communes de Couesnon Marches de Bretagne en décembre 2018
- Montfort Communauté en juin 2019
- La communauté de communes de St Méen-Montauban en septembre 2019
- La communauté de communes de Brocéliande en novembre 2019
- Bretagne Portes de Loire Communauté en décembre 2019
- La communauté de communes de Liffré-Cormier en septembre 2020.

[674] Ces CTG ont été signées pour 4 ans par la CAF et ses partenaires locaux qui sont le plus souvent une communauté de commune (CC) à laquelle s'ajoute pour une CTG (celle signée avec la CC de Liffré Cormier), les communes adhérentes à la communauté de commune qui ont souhaité signer directement. Dans un cas (la CTG signée avec la CC de St Méen-Montauban), la démarche a été conduite conjointement avec la MSA (voir ci-dessous).

[675] La méthode de construction de la CTG prévoit une démarche en trois phases :

- Une phase de diagnostic territorial ; dans les six cas étudiés par la mission, il est apparu que ces diagnostics avaient été conduits de manière approfondie et participative en associant tous les partenaires institutionnels (comme le CD par exemple) et associatifs qui acceptent de s'engager et que cela justifiait le temps passé à cette phase. Les données de démographie ou de situation sociale sont croisées avec une démarche évaluative, parfois en associant les représentants des bénéficiaires, sur les niveaux de service offerts et donc l'écart par rapport aux besoins. Naturellement le diagnostic est d'autant plus approfondi qu'il s'inscrit dans la suite d'autres travaux sur le développement local. Pour prolonger cet effort de diagnostic, une des CTG étudiées a prévu la création d'un tableau de bord social et une autre celle d'un observatoire de la petite enfance.

¹⁷⁴ La CTG étant un contrat de nature politique, en pratique, ce sont les annexes financières des CTG qui vont se substituer aux CEJ.

- Une phase d'élaboration et de mise en œuvre d'un plan d'action. Les CTG couvrent en priorité les questions de mode d'accueil du jeune enfant (valorisation de l'offre existante et création de place d'accueil), d'organisation des loisirs en périscolaire, de soutien à la parentalité et à la grand parentalité (projets REAP, CLAS en lien avec l'éducation nationale, Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP) et d'action en direction des jeunes ; mais certaines CTG évoquent aussi les questions d'accès aux droits et d'accès numérique (par exemple à travers la mise en place des MSAP devenues France service), de logement, celles de l'emploi et de l'insertion et de la mobilité.

[676] Les CTG fixent des orientations assez générales et parfois, elles renvoient à des projets identifiés ; elles ne comportent pas d'engagement financiers autre que ceux qui découlent de la poursuite du Contrat Enfance Jeunesse (CEJ) Mais il y a bien une incitation financière, car en l'absence de CTG les engagements financiers du CEJ sont interrompus.

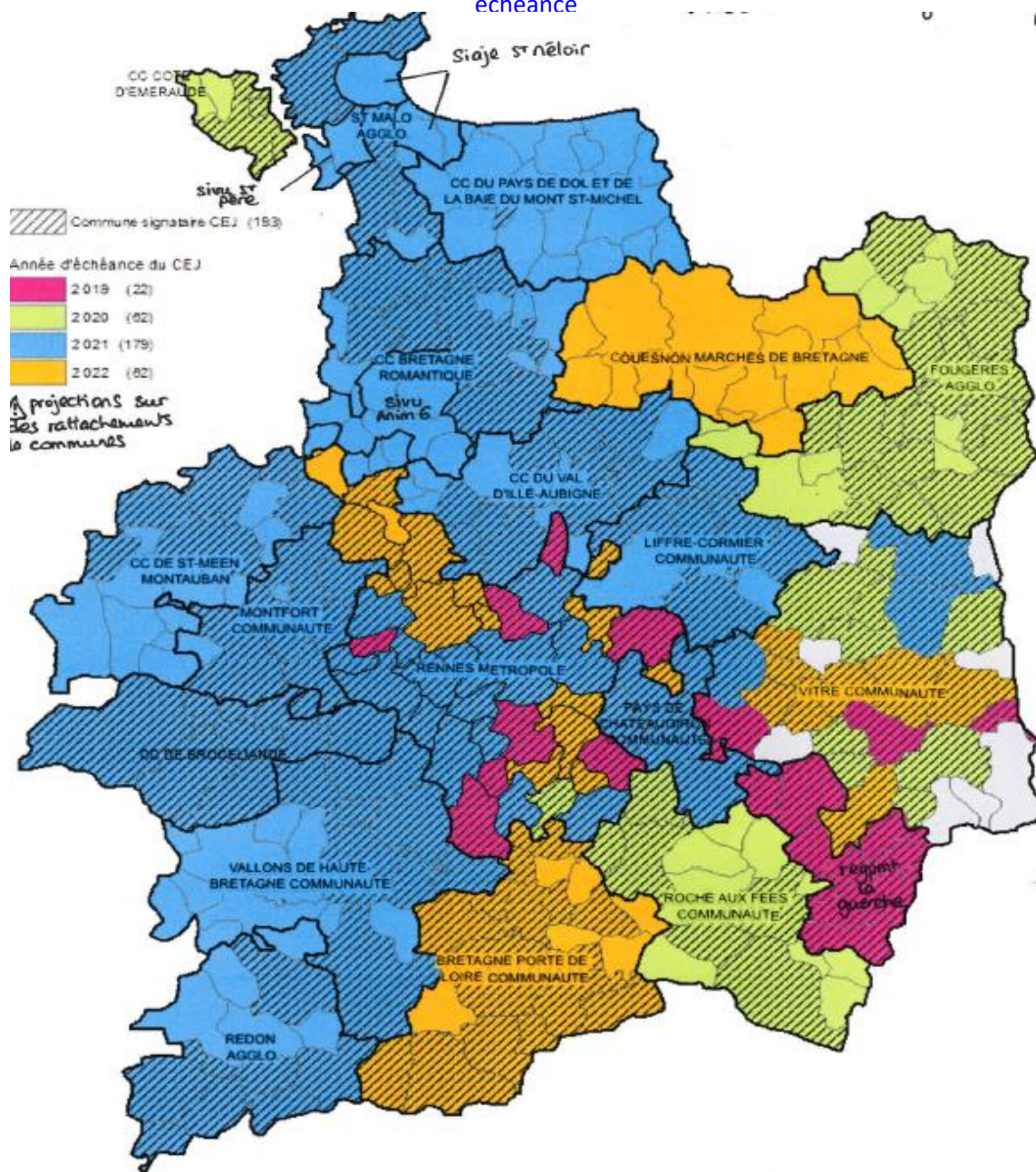
- Une phase d'évaluation. Au moment où est intervenue la mission, la démarche, encore relativement récente, n'avait pas donné lieu à des travaux d'évaluation mais il apparaissait que le premier résultat de la démarche avait été une sorte de décroisement territorial entre tous les acteurs, qui a des effets sur l'efficacité des interventions. Sans attendre le terme des CTG, il serait très utile que la CAF facilite le plus possible l'échange de bonnes pratiques.

[677] Il est apparu à l'expérience des 6 premières CTG que la démarche est d'autant plus facile à conduire que l'élaboration d'un projet de territoire est concomitante du développement des intercommunalités. De même, la qualité de la CTG (champ couvert, caractère opérationnel des objectifs, importance de l'engagement) est clairement améliorée lorsque la CC a récupéré la compétence sociale et /ou jeunesse et qu'a été constitué un centre intercommunal d'action sociale qui constitue un partenaire solide pour la CAF.

[678] Il apparaît que les CTG qui paraissent les plus abouties interviennent dans un contexte de dynamique territoriale très intense où différents contrats ont été passés avec les représentants du territoire ; contrat de territoire avec le département, contrat de ruralité avec la sous-préfecture, schéma régional de développement économique d'innovation et d'internalisation (SRDEII) avec la région et parfois contrat local de santé (CLS) avec l'ARS.

[679] Le contexte particulier du premier semestre 2020 à travers la crise sanitaire et le confinement ainsi que le report des élections municipales, a de fait conduit à retarder la mise en œuvre de la démarche de CTG. Dans ce contexte, le conseil d'administration de la CAF du 18 décembre 2020 a défini une stratégie en cohérence avec l'objectif national de taux de couverture en CTG de la population de 80 % à l'horizon de 2022 (voir carte ci-dessous).

Schéma 4 : Carte départementale des CEJ en cours et de leur échéance



Source : CAF Ille et Vilaine

[680] La stratégie de développement retenue par le conseil repose sur les principes suivants :

- Privilégier la signature des CTG à l'échelle des EPCI ;
- Travailler avec les collectivités aux rapprochements de communes à une échelle pertinente et la plus vaste possible, pour un projet de territoire et de développement de services aux familles ;
- Pour les villes de plus de 10 000 habitants, prévoir la possibilité de déployer une CTG à l'échelle communale (Rennes, Fougères, Vitré, Bruz ...).

[681] Cette stratégie repose sur une démarche d'intégration des CEJ : les CEJ qui arrivent à échéance sont intégrés dans un « CEJ pivot », qui lui-même va s'intégrer dans un CTG transitoire avant la passation d'une CTG de durée de 4 ans.

2.2.2 L'action de la MSA

2.2.2.1 Un cadre d'orientation stratégique et une doctrine articulée de l'action sociale

[682] La MSA met en œuvre des actions dans le domaine « famille enfance » conformément aux orientations fixées par la COG et déclinées par la CPG (2016 -2020). Celle-ci comporte dans le domaine de l'ASS un engagement « d'améliorer les conditions de vie des familles du régime agricole et de participer aux politiques de rééquilibrage territorial ». Il s'agit de « concevoir et mettre en œuvre une offre d'ingénierie et d'accompagnement des acteurs des territoires déficitaires en matière de service aux familles », et pour ce faire de signer des conventions avec les acteurs de ces territoires.

[683] Etabli dans ce cadre, le plan d'action sanitaire et sociale (PASS) de la MSA pour 2017-2021 définit un objectif d'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne au travers du versement de prestations aux familles, aux structure et au travers de partenariats.

[684] Le PASS comporte aussi un engagement pour l'action en faveur des jeunes avec le versement de prestations versées aux familles (aides à la poursuite des études, au permis de conduire, a la recherche d'emploi et à l'insertion professionnelle à la formation d'animateur ou de directeur de centre de loisirs), et des aides collectives (soutien à des projets d'animation en direction des jeunes). Ces orientations ont été aussi inscrites dans le projet de service action sociale de la MSA Portes de Bretagne pour la période 2018-2022.

[685] Au niveau national a été établi en 2020 un référentiel de l'action sociale « Intervention sociale - socle commun des pratiques sur les territoires », qui fixe une doctrine d'intervention articulée autour de trois axes : la mise en œuvre des politiques sociales (par exemple l'offre d'accueil des jeunes enfants), le développement social territorial, et l'accompagnement social individuel et collectif des adhérents en difficulté.

[686] Au cours du deuxième trimestre 2020, la MSA a engagé la préparation de la future COG 2021-2025 et a préparé un premier document d'orientation pour l'action sociale famille, qui s'inscrit dans le prolongement de l'action engagée dans le cadre évoqué précédemment sur les trois axes que constituent les actions en direction des familles, celles concernant le cadre de territorial et celles concernant les jeunes :

- Famille : renforcement des capacités d'accès aux EAJE et aux ALSH, accompagnement individuel et collectif aide aux vacances et aux loisirs ;
- Cadre de vie territorial : développement de services dans les territoires ruraux, renforcement de l'animation de la vie sociale et accompagnement de projets de développement (notamment à travers les contrats de territoire et les chartes familles
- Jeunesse : faciliter l'autonomie des adolescents et des jeunes adultes ; favoriser l'engagement des jeunes.

2.2.2.2 La mise en œuvre opérationnelle : les ressources engagées

[687] Pour les deux départements couverts par la MSA Portes de Bretagne¹⁷⁵, les dépenses d'action sociale se sont élevées à 6 M€ en 2020, répartis en trois blocs principaux :

- Des aides financières individuelles
- Et des aides collectives
- Des financements de missions publiques (dont essentiellement accueil du jeune enfant et Contrats enfance jeunesse).

[688] Les aides financières aux familles sont principalement orientées vers les vacances et loisirs et vers les secours individuels.

[689] Au sein les aides collectives figurent des subventions aux associations à hauteur de 154 000 euros pour des associations, telles que Familles Rurales, l'UDAF 35 et des centres sociaux ou des espaces de vie sociale.

[690] L'accompagnement social est mis en œuvre par un service dans lequel interviennent 16 travailleurs sociaux, répartis en 6 agences en Ille et Vilaine; leur activité se fait notamment à partir de signalements de situations préoccupantes effectués par les services de la MSA ou directement auprès des travailleurs sociaux¹⁷⁶.

[691] La MSA met en œuvre une action de prévention du suicide avec l'objectif de mieux repérer les personnes en risque et d'assurer à travers l'action d'une cellule de signalements des situations préoccupantes une prise en charge par les travailleurs sociaux. En 2020 ces signalements, au nombre de 58, correspondaient à des problématiques de mal être, de santé, de difficultés administratives et économiques avec dans un certain nombre de cas (7) des risques suicidaires avérés. Ces signalements qui concernaient des situations connues par les travailleurs sociaux ont débouché sur 40 accompagnements.

2.2.2.3 Une action exemplaire de mise en œuvre territoriale dans le cadre d'un partenariat étroit avec la CAF : la démarche intégrée CTG et Charte Famille « Avec et pour les familles de Saint-Méen-Montauban »

[692] A partir de la COG 2016-2020, la MSA a renforcé l'appui à des démarches de développement territorial à travers le lancement des démarches de « Charte des Aînés » et de « Charte Familles ». Il s'agit de créer un partenariat territorial avec tous les acteurs institutionnels ou associatifs pour maintenir et développer les services dans les territoires ruraux à commencer par les plus fragiles.

[693] En application de ces orientations, la MSA s'est engagée dans la sélection de territoires prioritaires ; pour ce qui concerne l'Ille et Vilaine, ce sont les territoires identifiés comme prioritaires dans le SDSF qui ont été retenus. Au sein de ceux-ci, la MSA a choisi la CC de Saint Méen-Montauban. L'originalité est qu'en Ille et Vilaine la démarche a associé la CAF et que finalement a été élaborée une démarche unifiée de CTG et de Charte Famille. La démarche est donc conduite par trois partenaires : la Caf, la MSA, et Saint Méen Montauban Communauté. La MSA a

¹⁷⁵ La MSA ne suit pas en routine la répartition des dépenses d'action sociale entre les deux départements et au sein de ceux-ci entre les territoires de proximité

¹⁷⁶ En 2020, il y a eu 2503 personnes accompagnées en PDB. Pour l'Ille et Vilaine, 1 222 personnes accompagnées en 2020 pour 5 902 interventions.

financé cette action à hauteur de 20 000 euros et la CCMSA a apporté 10 000 euros (en cours de mise en place).

[694] Après une phase de pré-diagnostic, trois thématiques ont été priorisées : petite enfance, enfance et parentalité, jeunesse, prévention et promotion santé et parentalité et logement. A partir de septembre 2019, des groupes de travail thématiques ont été mis en place associant, outre les services de la CAF et de la MSA, élus, professionnels, associations, familles, bénévoles et délégués MSA. Pour chacune des trois thématiques, trois rencontres ont été co-animées par un binôme des partenaires signataires de la démarche. Ce travail s'est achevé en avril 2020 et a permis de partager et compléter le diagnostic de la thématique, et d'élaborer des propositions de réponses pour le territoire. Ainsi par exemple sur la thématique enfance, les constats suivants ont été faits :

- Des listes d'attente pour les multi accueils,
- Le vieillissement des assistantes maternelles,
- L'absence de solutions de garde pour les horaires atypiques,
- Dans certains cas l'absence de liberté de choix entre accueil collectif et individuel,
- Peu de lien dans les parcours famille (accueil du jeune enfant) et loisirs jeunes avec l'éducation nationale.

[695] Sur la base de ces constats, des actions concrètes ont été définies, par exemple pour développer la garde en horaires atypiques et l'accueil d'urgence, pour améliorer la formation des assistants maternels et faire des relais parents assistants maternelles un point d'entrée sur ensemble des modes de garde offerts. A l'évidence ce partenariat CAF-MSA a permis de densifier le contenu de la démarche.

[696] La crise sanitaire et le confinement ont ralenti le calendrier prévu et le plan d'actions n'a été validé que le 7 décembre 2020 et sa mise en œuvre devrait être prolongé jusqu' au 30 juin 2023.

2.3 Le champ « pauvreté-inclusion »

2.3.1 L'implication des OSS dans le plan départemental d'insertion et le PLCP

2.3.1.1 Le chef de filât du Conseil départemental

[697] Au-delà des compétences légales et des textes règlementaires qui lui confient le chef de filât de l'action sociale, le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine peut se prévaloir d'un leadership naturel que lui confère son rôle historique de précurseur de politiques sociales nationales (RMI, PSD), renforcé par la stabilité politique dont il jouit. Cette dernière garantit en effet une continuité de l'action gage de performance accrue des politiques et dispositifs sociaux mis en œuvre mais aussi elle favorise les partenariats durables – de l'Etat aux organismes de sécurité sociale en passant par les collectivités locales, EPCI, les associations – dans un territoire brétillien à la culture de coopération très prégnante.

[698] Ainsi, au travers du pacte de coordination des acteurs de l'insertion (ex Pacte territorial d'Insertion) contractualisé sur la période 2018-2022, le Département endosse un rôle d'animation des acteurs et de mise en synergie des politiques d'insertion respectivement développées avec pour objectif de mener « *une action concertée pour rassembler les efforts, renforcer l'efficacité des interventions, voire mutualiser des moyens et des actions* ».

[699] Cette action concertée vise principalement à transcender les approches en silos institutionnels ou populationnels ou statutaires au bénéfice d'une approche globale des problématiques d'insertion sociale et d'une logique de parcours des usagers, rejoignant en cela les orientations de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

[700] L'impact social de la crise sanitaire sur les publics les plus vulnérables, illustré notamment par une hausse de 18 % des allocataires du RSA en 2020 en Ille-et-Vilaine, fait de l'accès et du retour à l'emploi, la priorité des acteurs engagés mais toujours dans une approche globale, multidimensionnelle intégrant santé, mobilité, logement, accès aux droits, inclusion numérique, ...

[701] Aux côtés des politiques d'insertion départementales (PDI, accompagnement des allocataires du RSA,...) , de celles de l'Etat (SNPLP, PDALHPD, PRAPS, Garantie Jeunes, Plan IAE, ...) et des collectivités, l'action sociale des organismes de sécurité sociale (CAF, CARSAT, CPAM) et du régime agricole (MSA) contribue aux objectifs du pacte départemental pour l'insertion.

2.3.1.2 L'action sociale des organismes de sécurité sociale et le pacte départemental pour l'insertion

[702] Au-delà des dispositions conventionnelles relatives à l'accompagnement des allocataires du RSA, l'action sociale de la CAF d'Ille-et-Vilaine s'axe principalement sur l'accès aux droits et l'inclusion numérique des allocataires du RSA, en déployant notamment sur le territoire breïllien un réseau de points d'accueil numérique de premier niveau. La CAF participe également à la mise en œuvre de formation commune avec les travailleurs sociaux du Département.

[703] Concernant le logement, la CAF cogère – ce qui est une exception breïllienne - le Fonds de Solidarité pour le Logement dans le cadre d'une convention pluriannuelle avec le Département ainsi qu'à la CCAPEX afin de prévenir les impayés, comme à la lutte contre les logements indécents en proposant en lien avec l'ADIL 35 des accompagnements sociaux et juridiques aux allocataires de l'ALS et de l'ALF habitant un logement indécents.

[704] Enfin, le schéma départemental de services aux familles vise à lever les freins périphériques d'accès à l'insertion, à l'emploi et à la formation (développement de services adaptés, de crèches à vocation d'insertion professionnelle (AVIP), accès au soutien à la parentalité pour les familles précaires). Porté par la même philosophie d'une approche à 360 des problématiques sociales, la CAF d'Ille-et-Vilaine se fixe pour objectif de pouvoir intégrer l'ARS et Pôle Emploi au futur SDSF.

[705] Le schéma directeur de l'animation de la vie sociale se fixe pour priorités, quant à lui, de déployer de nouveaux espaces de vie sociale dans les territoires dépourvus, de renforcer les actions menées en faveur des personnes en précarité, et de poursuivre sa participation au schéma départemental d'accueil des gens du voyage.

[706] Malgré la qualité des relations inter institutionnelles et la culture du partenariat qui caractérisent l'Ille-et-Vilaine, la déclinaison régionale de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté n'a pas encore produit tous ses effets sur le territoire, pour diverses raisons. On citera : l'échelon régional qui semble pour les acteurs trop éloigné, la position délicate de l'Etat en tant qu'impulseur et assembleur face à des acteurs qui ont eux à la fois la compétence légale ou réglementaire, les moyens humains et financiers.

[707] Les mesures portées par la stratégie (bonii crèches, petit déjeuners, référent unique de parcours, ...) se déploient progressivement. Leur mise en œuvre, qui plus est, a été ralentie par la crise épidémique qui a parallèlement conduit l'Etat à concentrer son action sur l'urgence sociale

engendrée, notamment en multipliant quasiment par six son soutien financier aux associations d'aide alimentaire et de soutien aux plus précaires en Bretagne.

[708] En matière d'insertion, le guichet unique que la MSA constitue pour ses ressortissants un atout pour une approche globale et préventive des difficultés sociales, tout particulièrement dans le champ de la santé. De plus, la MSA déploie des permanences dédiées dans les lieux susceptibles d'accueillir des ressortissants précaires, en renforçant notamment la collaboration de leur service social avec les professionnels des CDAS. Enfin, la MSA a mis en place des accompagnements sociaux pour les personnes qui ne maîtrisent pas l'outil informatique, afin de faciliter leur insertion sociale et professionnelle. Ces actions sont connues sous le nom " coup de pouce connexion".

[709] Par ailleurs, la MSA articule son action autour de la déclinaison de la convention d'orientation et de gestion qui la lie à l'Etat, concernant le RSA.

[710] Enfin, la MSA développe des actions de prévention santé vers ses ressortissants en situation de précarité (bilans de santé) et vers les salariés des chantiers d'insertion agricoles (Déclic Stop Tabac : sensibilisation à l'arrêt du tabac). A également été lancé en 2020 avec le Ministère du travail un appel à projets « Inclusion & Ruralité » visant à soutenir la création ou le développement de Structures d'Insertion par l'Activité Economique (SIAE) ou d'Entreprises Adaptées (EA) dans les territoires ruraux isolés (35 projets retenus en Bretagne, 3 en Ille-et-Vilaine).

[711] L'action de la CPAM d'Ille-et-Vilaine a évolué depuis le PLANIR (Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures), qui décline plusieurs actions : renforcer l'accès des publics précaires – par exemple les bénéficiaires du RSA, les enfants suivis par l'Aide sociale à l'enfance, les jeunes suivis par les missions locales – à la PUMA, à la Complémentaire Santé Solidaire, au 100% santé (2019-2021) ; accompagner les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat dans leurs demandes ; renforcer le partage d'information entre professionnels sur les offres de services de l'Assurance-maladie via des réunions d'informations ou un Extranet partenaires (missions locales, PASS des CH, ...) ; participation au projet d'accueil inconditionnel de proximité.

[712] L'objectif est également de favoriser l'accès au bilan de santé, aux offres de prévention et dépistages pour les personnes précaires au-delà même des allocataires du RSA, en s'appuyant sur le centre d'examen de santé d'Ille-et-Vilaine déployé à Rennes, St Malo et Redon (voir *infra*). Concernant le renoncement aux soins, la Mission Accompagnement Santé travaille avec plusieurs partenaires pour que lui soient signalées des détections d'assurés en situation de fragilité (CDAS, CROUS, Pôle Emploi, etc).

[713] Cette expérimentation se réalise en partenariat avec la CARSAT dont le service social s'intègre plus globalement dans la même dynamique d'animation territoriale via ses permanences sociales articulées avec les CDAS, la coopération entre professionnels, ou sa participation à la politique d'accueil inconditionnel de proximité.

[714] De manière transversale, la culture du partenariat institutionnel en Ille-et-Vilaine favorise l'interconnaissance et les collaborations entre travailleurs sociaux. Les illustrations sont multiples : les Espaces sociaux communs rennais (voir plus loin), en sont l'exemple le plus significatif.

[715] Néanmoins elles gagneraient encore en efficience d'une formalisation des modes opérationnels de coopération entre intervenants sociaux, en s'appuyant sur les différentes expérimentations telles que celle conduite au sein de l'Espace Social Commun du Blosne (Cf 3331), entre professionnels de la CAF, du Département, du CCAS et du centre social, pour une approche

partagée, formalisée et modélisable du parcours d'information et d'accompagnement des personnes en situation de séparation.

2.3.2 L'ASS maladie et le Centre d'examens de santé

[716] Prolongeant le cadre des prestations légales, l'ASS Maladie a pour objectif principal de favoriser l'accès au soin et la santé des populations les plus précaires. Les objectifs de l'ASS sont fixés en fonction des orientations nationales du CORPASS, déclinées par la commission ASS de la CPAM et validées par son Conseil.

2.3.2.1 Principales données de cadrage

[717] Concernant les subventions aux associations, En 2020, 28 associations ont également bénéficié des fonds de l'ASS, pour un montant total de 115 250 euros, soit une subvention moyenne relativement faible d'un peu plus de 4 000 euros par association.

[718] La Cnam va lancer en 2021 un appel à projets autour des deux axes retenus au niveau national : inclusion numérique et soutien aux personnes fragilisées par la crise sanitaire. Cet appel à projet à vocation aussi à rendre ce volet de l'ASS plus lisible pour les associations et dans le même temps de permettre à la CPAM une connaissance plus fine des acteurs associatifs mobilisables.

[719] Les publics cibles de l'ASS sont les assurés sociaux du régime général ou leurs ayants droit dont les revenus sont modestes, ou qui ont des difficultés à faire face à des dépenses liées à la maladie, l'invalidité, l'accident, le handicap.

Tableau 15 : Nombre de demandes et profils des demandeurs ASS en 2020

Nombre de demandes	5290
Nombre d'accords	4628
Age des bénéficiaires	
Nbre de bénéficiaires de moins de 20 ans	66
Nbre de bénéficiaires de 20 à 40 ans	899
Nbre de bénéficiaires de 41 à 60 ans	1468
Nbre de bénéficiaires de plus de 60 ans	2195
Situation familiale	
Seul	3219
Couple	382
Monoparentale	504
Famille	523

Source : CPAM

[720] Au-delà des points d'accueil fixes ou itinérants, la mission accompagnement santé et le centre d'examen de santé sont, avec le service social régional, les principaux canaux d'accès à l'ASS.

Encadré 7 : Le service social régional (SSR)

Le SSR auprès de la CARSAT est doté de 125 agents répartis entre les CPAM de la Région au sein de 7 équipes de travailleurs sociaux. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité, le maintien dans l'emploi des assurés malades (en particulier lors d'arrêt de travail prolongé) et/ou handicapés, et la prévention de la perte d'autonomie (notamment en sortie d'hospitalisation) des personnes malades, handicapées et/ou âgées constituent ses missions principales. Les personnes retraitées reçues ne représentent que 20% du public, accueilli exclusivement sur rendez-vous. L'évaluation de la situation, la recherche de solutions adaptées, l'appui dans les démarches entreprises constituent la valeur ajoutée du SSR vis-à-vis des personnes aidées.

Les travailleurs sociaux sont co instructeurs de dossiers d'ASS de la CPAM, en tant que de besoin.

Source : Mission d'après entretiens

2.3.2.2 La Mission Accompagnement Santé (MAS)

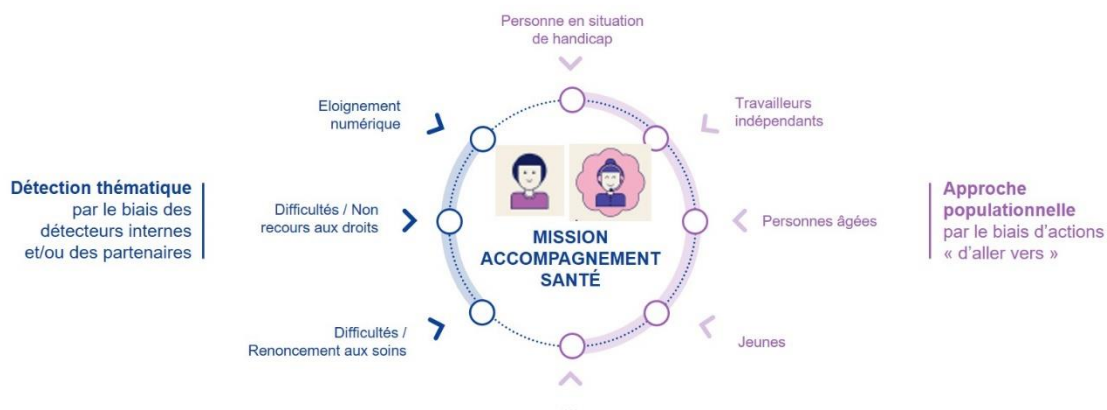
[721] Ainsi, dans le prolongement de la démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures) et de la PFIDASS (Plateforme d'Intervention Départementale d'Aide à l'accès aux Soins et à la Santé), les CPAM développent désormais une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins par l'instauration de Missions Accompagnement Santé (MISAS).

[722] Ces dernières ont pour vocation d'accompagner les assurés en difficulté d'accès aux droits, en exclusion numérique et en situation de renoncement aux soins : les raisons de ce renoncement étant le plus souvent financières (reste à charge), l'action sanitaire et sociale est mobilisée par les conseillers.

[723] Ainsi une relation étroite se tisse entre la mission accompagnement santé et l'ASS, tant dans la mobilisation des aides pour lever les freins à l'accès aux soins, qu'en retour pour la détection de nouveaux freins et l'adaptation des aides en conséquence (aides accordées par l'ASS pour pallier des difficultés rencontrées ou en complément du besoin : aides à la complémentaire santé pour atténuer les effets de seuil de la Complémentaire Santé Solidaire, implants dentaires, aides individuelles, réactivation de la prestation supplémentaire pour la prise en charge transport). Cette approche tournée vers l'accès aux soins est un levier important de performance de l'ASS (l'aide n'est plus une fin en soi).

Schéma 5 : Point d'entrée MIAS

Un point d'entrée unique quel que soit le mode de détection de l'assuré



Source : CPAM

[724] S'inscrivant dans une approche « aller vers », et malgré un contexte pandémique ayant perturbé son déploiement, la mission accompagnement santé a concerné en 2020 758 personnes. Au-delà de la refonte de l'outil de suivi OGEPLANIR, un des enjeux à venir pour la réussite de la MAS est de bâtir une méthode pertinente de détection des personnes en risque, en lien avec des partenaires externes (Mutuelles, CCAS, associations, ...)

Schéma 6 : Offre de service MIAS



Source : CPAM

[725] L'ASS de la CPAM jouit d'un partenariat facilité avec la CARSAT puisque son service social y est directement rattaché, mais aussi de vecteurs de communication au travers de partenariats tissés avec les CDAS (département), les CCAS ou encore les missions locales.

[726] Le déploiement des MisAS est une fois encore un gage d'efficience de l'ASS : il permet de l'inscrire dans une approche globale des personnes en fragilité, permet d'éviter les phénomènes de saupoudrage et d'être force de propositions d'adaptation des aides aux évolutions des besoins des publics visés.

[727] Toutefois, les interlocuteurs de la mission soulignent que l'ASS souffre encore d'une complexité de coordination du fait de la multiplicité des acteurs et d'un manque de visibilité, tant pour les partenaires que les assurés, avec des marges de progrès relatives sur ce point compte tenu de la faible capacité d'action de la CPAM.

2.3.2.3 Le centre d'examen de santé (CES)

[728] Cette action menée en propre par la CPAM auprès des publics des plus fragilisés ou éloignés du système de santé se complète d'une des missions principales de son Centre d'Examen de Santé consistant à développer la prévention santé vers cette population précaire : chômeurs, bénéficiaires du RSA, de la CSS, ...

[729] Ainsi près de 60 % des personnes ayant consulté le CES de la CPAM d'Ille et Vilaine relèvent des catégories des assurés en précarité.

[730] Pour les personnes de plus de 16 ans, le niveau de précarité est évalué lors de l'examen de santé via un questionnaire multidimensionnel qui permettra d'établir le score Epices (Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans le CES). Un questionnaire spécifique est dédié au moins de 16ans.

[731] Ainsi en 2019, 57 % des 8129 consultants de plus de 16 ans du CES sont considérés précaires ; chiffre atteignant 69 % pour les 538 consultants de moins de 16 ans, essentiellement originaires du pays de rennes.

[732] Ainsi, 8 700 Examen Prévention Santé (EPS) d'un coût moyen de 261 €, ont été réalisés en 2019 par le CES de la CPAM d'Ille et Vilaine dont 375 par l'antenne de Redon et 361 à Saint-Malo. Sur ces deux sites, 93% des consultants du CES sont en situation de précarité.

[733] Afin d'appréhender ces populations en précarité, le CES a développé un important partenariat qui couvre en 2019, 46 % des EPS réalisés vers ces publics fragiles, dont un tiers via les services de la CAF d'Ille et Vilaine grâce à des mailings ciblés. Sont également partenaires, la CARSAT et Pour bien Vieillir Bretagne.

2.3.3 La mobilisation de l'AS en faveur des travailleurs indépendants : une nouvelle organisation surdéterminée par la crise sanitaire

[734] Suite à l'intégration du RSI au régime général, l'action sanitaire et sociale au bénéfice des travailleurs indépendants a fait l'objet d'une profonde réorganisation, les Urssaf disposant pour la première fois d'une compétence en ce domaine, comprenant le support au fonctionnement des instances régionales de protection sociales des travailleurs indépendants (IRPSTI).

2.3.3.1 La montée en puissance du nouveau dispositif d'ASS pour les travailleurs indépendants (TI) a été percutée par la crise sanitaire

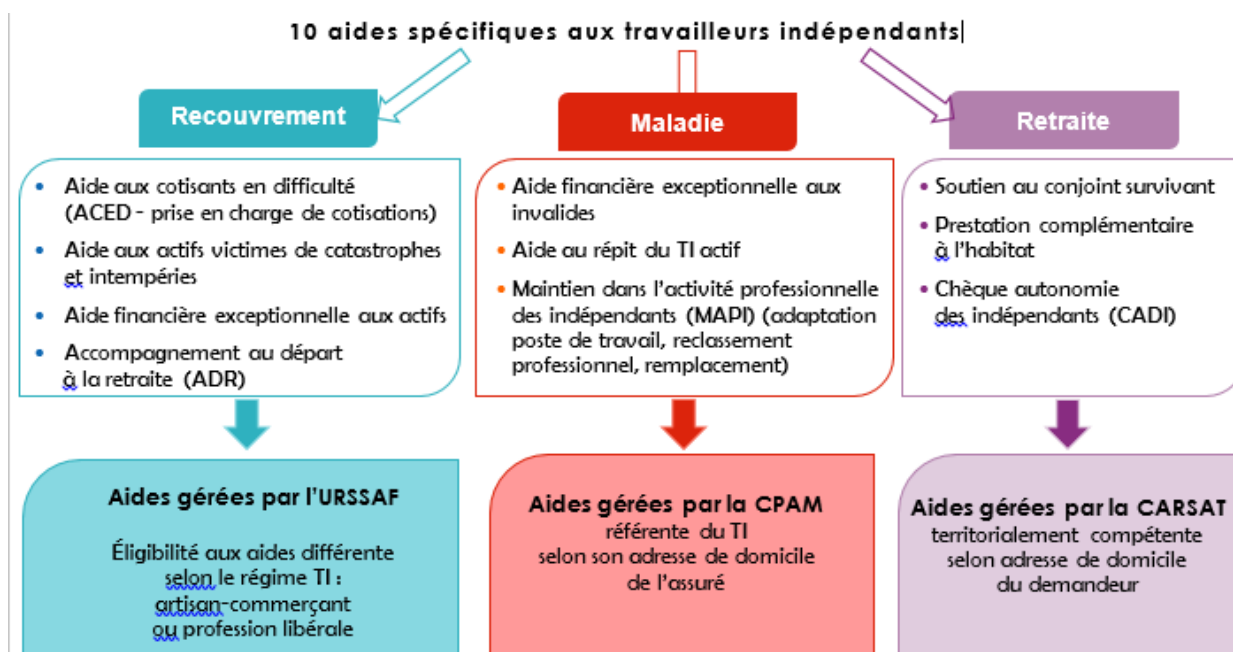
- Le nouveau dispositif d'ASS pour les TI

[735] Le cadre général des aides est déterminé au niveau national par le Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants (CPSTI).

[736] Les décisions sont prises par la commission d'ASS des IRPSTI et mises en œuvre par les différentes branches¹⁷⁷ du Régime Général, selon leurs compétences.

¹⁷⁷ Un règlement national arrête précisément, par branche, les conditions d'accès aux différentes aides

Schéma 7 : Les aides en faveur des TI



Source : Urssaf Bretagne

[737] Les quatre aides développées par la branche recouvrement visent particulièrement à

- Prendre en charge totalement ou partiellement des contributions et cotisations sociales personnelles, en cas de difficultés particulières de trésorerie rencontrées par le TI ;
- Résoudre une difficulté exceptionnelle qui risquerait de compromettre l'activité de l'entreprise, et de conduire à une situation de précarité ;
- Venir en aide aux nouveaux retraités aux revenus modestes ;
- Intervenir en urgence, en aide aux victimes de catastrophes naturelles ou non.

[738] Du point de vue de la gouvernance, la commission d'action sanitaire et sociale du CPSTI Bretagne a été désignée en février 2019 puis renouvelée en 2020. Elle fonctionne régulièrement et se réunit au rythme approximatif d'une réunion par mois.

[739] La dotation budgétaire régionale pour 2020 s'élevait à un peu moins d'1,4 M€ en aides individuelles, dont 95 % pour les aides de la branche recouvrement¹⁷⁸.

- L'impact de la crise sanitaire

[740] L'état des attributions des aides au 31/12/2020 en Bretagne se montait à 4,1 M€, compte tenu des aides financières exceptionnelles Covid-1 et Covid-2 versées au titre des deux périodes de confinement.

¹⁷⁸ Les 5 % restant se répartissant entre branche maladie (3,6 %) et retraite (1,6 %).

[741] Les données communiquées par l'URSSAF Bretagne sur les aides financières exceptionnelles Covid montrent que les dépenses engagées en 2020 devraient en fait être largement supérieures :

- 3 258 travailleurs indépendants ont pu bénéficier de l'AFE Covid 1, à hauteur de 1500 €, pour un montant total proche de 2M€ ;
- Mais début février 2021, 13 000 demandes étaient estimées éligibles (55 % des demandes présentées) à l'AFE Covid 2 (1000 € pour les artisans, commerçants et professions libérales, 500 € pour les auto-entrepreneurs), pour un montant qui dépassera certainement 10 M€¹⁷⁹.

[742] L'organisation administrative dédiée à l'ASS au sein de l'Urssaf a dû être revue, et des moyens supplémentaires d'instruction mobilisés¹⁸⁰.

[743] Enfin, une aide exceptionnelle¹⁸¹ a été mise en œuvre par le CPSTI, au titre du Régime complémentaire de retraite des indépendant et en lien avec la situation sanitaire, d'un montant maximum de 1 250 €. Les montants versés en Bretagne s'élèvent à 62 millions d'euros au bénéfice de plus de 71 000 artisans et commerçants.

2.3.3.2 Les marges de progrès

[744] Des entretiens avec les responsables de l'IRPSTI et de l'Urssaf Bretagne, il ressort plusieurs axes de progrès dans la gestion de l'ASS au bénéfice des travailleurs indépendants.

- La communication et la lisibilité de l'ASS

[745] L'année 2020, pour exceptionnelle qu'elle soit, avait commencé par des actions de droit commun, destinées à mieux mettre l'ASS en visibilité (actions de communication dédiées, relai des organismes professionnels et chambres consulaires, espace dédié sur le site internet de l'organisme, mailing ciblé relatif à l'ACED...).

[746] Quoi qu'il en soit, certaines actions paraissent devoir être reprises puis accentuées.

[747] Ainsi, les accueils uniques ouverts à raison d'un par département, et dont l'activité a été naturellement affectée par la crise sanitaire, devront constituer des relais d'informations et des facilitateurs dans la constitution des dossiers d'aide.

[748] La détection des difficultés des cotisants en amont peut progresser grâce à une surveillance accrue des comptes présentant des taxations d'office. De même, l'Urssaf envisage des démarches pro actives d'information sur les aides disponibles, au bénéfice des assurés en difficultés.

¹⁷⁹ Mi janvier, 2 200 aides étaient payées pour un montant de 1 839 000€.

¹⁸⁰ Organisation stabilisée à 4,4 ETP et un encadrant, contre un ETP et des agents polyvalents consacrant une partie de leur temps à l'ASS TI, prévus initialement

¹⁸¹ Aide exceptionnelle « CPSTI RCI COVID-19 », en faveur des artisans/commerçants et leurs conjoints collaborateurs, immatriculés avant le 1er janvier 2019, en activité au 15 mars 2020 et ayant cotisé au régime complémentaire de retraite des indépendants (RCI) au titre de l'année 2018. Cumulable avec les aides du Fonds de Solidarité, l'aide est nette d'impôts et de cotisations sociales.

- L'adaptation territoriale de l'ASS et le développement d'une action sociale collective

[749] L'Urssaf Bretagne est soucieuse de pouvoir développer une offre d'ASS adaptée aux spécificités territoriales, avec par exemple des aides en faveur des travailleuses indépendantes en période de maternité, ou du public des auto entrepreneurs précaires.

[750] De même, l'action sociale collective reste à développer. L'Urssaf a ainsi regretté le report à 2022 de l'appel à projet national sur une prestation de diagnostic économique. Elle pense pouvoir le cas échéant s'appuyer sur des partenariats locaux d'ores et déjà repérés¹⁸².

- La collaboration entre branches du régime général

[751] Selon l'Urssaf Bretagne, elle peut d'abord concerner les actions de communication portant sur l'ASS, notamment à l'égard de certains publics ciblés¹⁸³.

[752] Le signalement interbranche des situations complexes constitue également un sujet de préoccupation. L'Urssaf Bretagne a indiqué son fort intérêt pour l'expérimentation en cours de l'outil HELP, présenté par ailleurs.

¹⁸² Par exemple l'APESA – association d'aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aigüe

¹⁸³ - les femmes de moins de 45 ans : action autour de la conciliation vie professionnelle/vie personnelle, des droits liés à la maternité et aux modes de garde, à la parentalité (parcours monoparentalité des Caf)

- les jeunes : information sur les droits et les obligations liés au statut de travailleurs indépendants, en lien avec les missions locales

- les anciens chômeurs créant une première activité indépendante, notamment en lien avec pôle emploi

- les secteurs ayant connu un fort développement (ex. livreurs à vélo) : information sur leurs droits et obligations dans le cadre de la création d'activité,

- les nouveaux créateurs pendant leur 1^{ère} année d'activité sur les secteurs présentant le plus de risques en matière de recouvrement et de contrôle : accompagnement par l'Urssaf et les autres OSS ; informations sur les droits et offres de service.

3 Une performance qui s'est nettement améliorée mais qui doit continuer à progresser

3.1 Les OSS ont fait des progrès dans la capacité à analyser les besoins, à identifier les publics prioritaires et à définir une offre de service adaptée particulièrement pour le domaine autonomie et dans une moindre mesure dans les domaines enfance famille et inclusion

3.1.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie : des outils de ciblage statistique bien appropriés

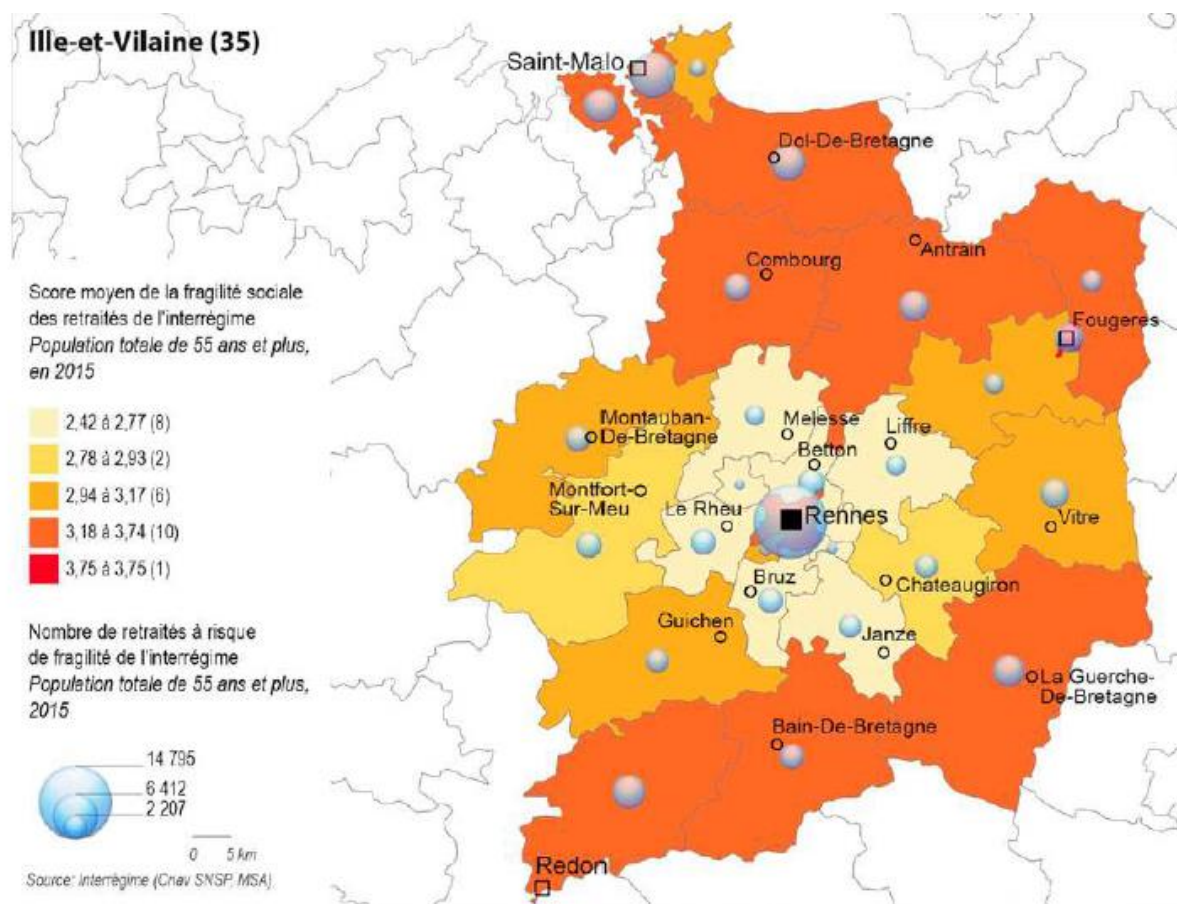
[753] L'observatoire des situations de fragilité permet d'identifier individuellement et de cartographier de manière agrégée les situations de fragilités, au regard de la situation des retraités caractérisée à partir de plusieurs critères, faisant l'objet d'une cotation¹⁸⁴.

[754] Globalement, le département d'Ille et Vilaine fait partie des 18 départements métropolitains au score de fragilité le moins élevé.

[755] Mais les analyses au niveau des EPCI font ressortir des zones où les besoins d'intervention sont néanmoins réels.

¹⁸⁴ Age (score de 1 à 4), bénéfice ou non d'une pension de réversion (caractérisant une situation d'isolement) (score 0 ou 3), exonération ou non de CSG (caractérisant un niveau de revenu) (score 0 ou 4); plus le score total est élevé, plus la situation est appréciée comme fragile

Graphique 5 : Fragilité sociale des retraités dans le département d’Ille et Vilaine



Source : Atlas national des situations de fragilités

[756] Ces différents travaux témoignent d’une forte appropriation d’outils pourtant récents, qui permettent d’appréhender de manière fine et objectivée les territoires qui nécessitent une intervention sociale compensatrice.

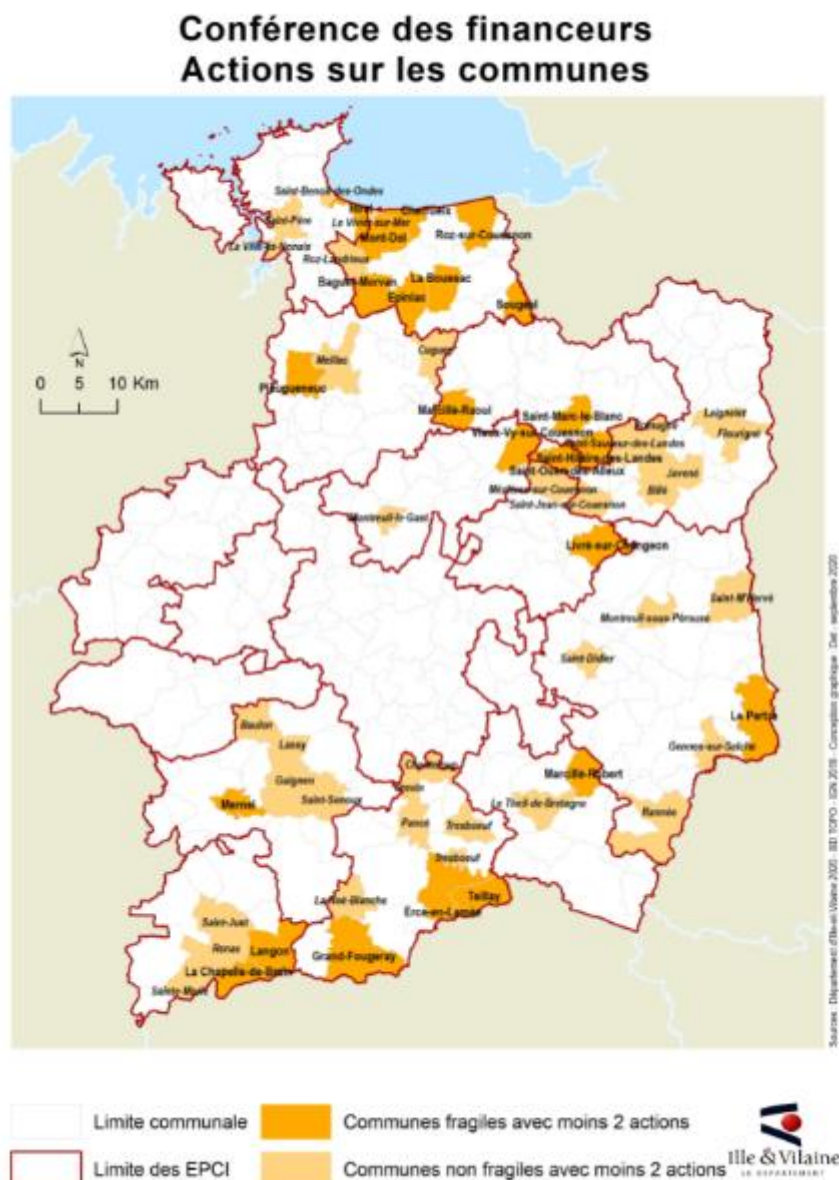
[757] A titre d’exemple, on peut citer :

- Une action de préparation et accompagnement du deuil, qui a été préparée en ciblant des territoires où se concentrent les fragilités, un grand nombre de pensionnés de réversion récents et des besoins identifiés lors des évaluations de PAP ;
- Le positionnement des parcours de prévention santé ;
- L’objectif de mieux faire connaître la CFPPA, afin d’améliorer la couverture territoriale en ciblant prioritairement les territoires de Vallons de Vilaine, Nord Fougères et l’EPCI de Dol, avec l’organisation de rencontres sur place avec les Clics et les élus.

[758] De même, les travaux réalisés dans le cadre de la conférence des financeurs, mentionnés supra, font ressortir les communes fragiles, peu couvertes par des actions collectives.

[759] Ils donnent lieu à des actions de sensibilisation des élus locaux concernés.

Schéma 8 : Identification des communes fragiles avec moins de deux actions menées dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie



Source : CFPPA

[760] S’agissant de la MSA, l’identification des territoires de développement social local¹⁸⁵, chartes des aînés et des familles s’est appuyée sur les critères de priorité du SDSF et du SDAVS, croisés avec la carte de la population des assurés du régime.

[761] Ce travail a abouti à la sélection de plusieurs territoires, les conditions à réunir comprenant en outre l’appui des élus locaux et des partenaires. Sur des territoires dits de priorité de rang 2, des actions de nature diverse peuvent être engagées¹⁸⁶.

¹⁸⁵ Saint-Méen Montauban (proposition de charte familles) ; Couesnon Marches de Bretagne ; Roche aux Fées ; Dol Baie du Mont Saint Michel

¹⁸⁶ Conduite de projets sur les territoires, partenariat avec les centres sociaux, participations à des projets et des actions locaux via les élus MSA et les professionnels MSA du secteur ou selon les missions

3.1.2 Le champ « enfance-famille » : le développement en cours de l'observation sociale

[762] La CAF d'Ille et Vilaine a engagé des démarches visant à mieux analyser les besoins en services ou en accompagnement afin de garantir que, conformément aux objectifs de la COG traduits dans le CPOG, l'action bénéficie prioritairement aux personnes les plus fragiles et dans les territoires les plus en difficulté.

[763] C'est une approche délicate car elle suppose de mobiliser des capacités d'observation sociale en les faisant déboucher sur des diagnostics opérationnels.

[764] L'approche statistique qui est incontournable n'est pas suffisante et elle doit être accompagnée de démarches d'évaluation opérationnelle, permettant de croiser des approches sociologiques et l'analyse des résultats des actions menées avec l'appui d'analyse sociologique de terrain.

[765] La CAF et la MSA pour son action enfance et famille ont engagé différentes actions pour cibler le mieux possible les interventions sur les personnes en difficulté et adapter le service à leurs besoins.

[766] Cet effort d'adaptation a d'abord concerné l'accompagnement social mis en œuvre par les travailleurs sociaux. Comme cela a été évoqué plus haut, l'action a été recentrée sur les familles fragilisées par des événements de la vie, tels que séparation, décès du conjoint ou d'un enfant ou perte du logement.

[767] La CAF utilise les fichiers de bénéficiaires de prestations légales pour repérer le plus en amont possible ces situations et prévenir leurs conséquences. Dans ce domaine on peut considérer que l'approche a été rationalisée, même s'il faut souhaiter que des dispositifs de mesure de la satisfaction soient mis en place dès que possible en prolongeant le questionnaire envoyé aux bénéficiaires du « pack informatique » en cours d'exploitation au moment d'élaboration de ce rapport.

[768] Mais c'est surtout sur les prestations d'accueil du jeune enfant que l'analyse des besoins a été et reste relativement délicate. En effet, le renforcement de l'offre de service d'accueil du jeune enfant en direction des familles et des territoires en difficulté est un objectif important de la COG et du CPOG mais il est complexe à mettre en œuvre. Comme cela été évoqué plus haut, il est parfois malaisé de faire partager cette priorité aux responsables des communes et des intercommunalités. L'élaboration d'un diagnostic partagé paraît la bonne approche pour faire évoluer les attitudes. Mais celui-ci est parfois rendu difficile par l'absence de méthodes et d'outils adaptés.

[769] C'est pourquoi la mission a été très intéressé par la démarche d'observation sociale mise en œuvre à Rennes à la demande de la CAF par l'APRAS ¹⁸⁷ (voir plus loin pour la présentation de l'ensemble des actions portées par cette association). La CAF a sollicité l'APRAS pour éclairer les décisions à prendre dans le cadre du contrat de ville sur un projet sur un projet de regroupement des assistantes maternelles dans un RAM.

[770] La démarche a conjugué l'exploitation des statistiques, mais aussi la réalisation d'enquêtes de terrain. Ces données sont utilisées par les partenaires pour la mise en œuvre de leurs

¹⁸⁷ Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale

responsabilités propres avec le souci d'une appropriation par les professionnels, mais aussi par les habitants.

[771] Au-delà de cette initiative, la mission a constaté l'intérêt de la démarche d'analyse des besoins sociaux dans un cadre de territoire de proximité.

[772] La démarche de charte famille de la MSA, qui s'inscrit dans le soutien à un développement territorial porté par l'ensemble des acteurs paraît très intéressante. La démarche de construction des chartes est un moyen de faire émerger les besoins et accompagner les actions en lien avec les collectivités et les habitants. Cette méthode sert à construire les chartes et faire émerger les besoins. La MSA dispose de l'outil Géo MSA, qui permet de dresser des portraits fins de territoire.

[773] Au-delà, la MSA promeut une « offre de service territoriale » (OST) constituée d'« une diversité de services, accessibles à l'ensemble des populations agricoles et rurales, pour créer de l'animation et du lien social dans le monde rural : téléassistance, services à la personne, services aux entreprises, services à destination des professionnels agricoles, formation professionnelle, tutelles etc. »

[774] Au moment de l'intervention de la mission, des missions d'aide à l'analyse des besoins sociaux avaient été confiées à des consultants spécialisés et étaient en cours dans différentes communes ou intercommunalités d'Ille et Vilaine. Le développement d'analyses territorialisées est certainement à privilégier pour que l'action sociale réponde toujours mieux aux besoins.

3.1.3 Le champ « insertion » : l'importance des diagnostics locaux partagés

[775] Même si l'Ille et Vilaine se caractérise jusqu'à la crise sanitaire, par un taux de pauvreté parmi les plus bas de France et un taux de chômage inférieur de deux points à la moyenne nationale, l'identification des besoins comme des publics prioritaires en matière d'insertion sociale est un enjeu partagé et une préoccupation permanente de l'ensemble des acteurs de l'insertion sociale rencontrés.

[776] Cette préoccupation est même fondatrice de la culture de coopération si prégnante en Ille-et-Vilaine.

[777] Ainsi, c'est sur la base d'un diagnostic partagé des populations précarisées et des besoins sociaux prioritaires avec l'ensemble des acteurs de l'insertion sociale – dont les organismes de sécurité sociale que le pacte de coordination des acteurs de l'insertion porté par le Département et est fondé, s'appuyant sur loi qui précise que le PDI « recense les besoins d'insertion, l'offre locale d'insertion et planifie les actions d'insertion correspondantes ».

[778] De même, les six pactes locaux d'insertion (Pays de Rennes, de Brocéliande, de Fougères, de Redon-Vallons de Vilaine, de Saint-Malo et de Vitré-Porte de Bretagne) se sont construits sur cette double logique de diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs – dont les OSS – et de développement social local porté plus particulièrement par la CAF et la MSA.

[779] Emblématique de cette exigence portée sur une observation sociale partagée, et à l'appui du Pacte rennais de l'insertion, la Ville de Rennes, Rennes Métropole, le Conseil Départemental, quatre bailleurs sociaux (Archipel Habitat, Néotoa, Espacil Habitat, Aiguillon Construction), le CCAS de la Ville de Rennes et la CAF d'Ille et Vilaine, créent en 1977 l'APRAS, déjà mentionnée.

[780] Au-delà des missions d'ingénierie et d'appui développées au fil des années, l'APRAS produit tous les deux ans un Tableau de Bord Social de Rennes Métropole, destinées aux élus, aux professionnels et partenaires de l'action sociale. Il leur offre une vision précise de l'évolution des

caractéristiques des populations fragiles et de leur besoin en terme d'emploi, de revenus, de logement, de vie familiale ... sur le territoire de Rennes Métropole, ville par ville, avec un focus sur les quartiers politiques de la ville.

[781] Agissant par délégation dans la gestion et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, la CAF d'Ille et Vilaine et la MSA sont les organismes logiquement les plus impliqués dans ces démarches partenariales d'identification des publics et besoins prioritaires – et leur évolution - en matière d'insertion.

[782] C'est ainsi que, en application du CPOG et dans le cadre de la convention qui la lie au CCAS de la Ville de Rennes, et face aux nouveaux risques d'exclusion induits par la dématérialisation accélérée de ses services, la Caf d'Ille et Vilaine s'est engagée dans une politique active d'inclusion numérique, tant en termes d'équipement que d'usage, par la construction d'un « parcours vers une autonomie numérique », via un accompagnement des publics en difficulté dans ses accueils, ou des ateliers collectifs. Concernant la levée de freins périphériques à l'emploi, un travail est mené avec le CCAS dans le cadre de cette convention afin d'adapter les modes de garde d'enfant aux parents en parcours d'insertion.

[783] Par ailleurs, les OSS ont aussi su développer des dispositifs d'identification des publics en difficultés, sur des segments spécifiques. Ainsi, dans le cadre du plan national d'action contre le suicide en agriculture, la MSA a été développée le réseau Sentinelles afin de faciliter le repérage précoce des personnes en détresse psychique et leur apporter un accompagnement ad-hoc. En Bretagne, 170 « sentinelles » constituées de délégués et de travailleurs sociaux, ont été formées dès 2017, Outre la détection des personnes en risque suicidaire, elles assurent également des opérations de sensibilisation dans les organisations professionnelles.

[784] De même, la Cellule Pluridisciplinaire de Maintien en Emploi (CPME) permet de détecter précocement les salariés ou non-salariés agricoles en risque de perte d'emploi suite à une difficulté de santé ou un handicap. La cellule propose alors un plan d'accompagnement global (individuel ou collectif) mobilisant des professionnels du soin, de la prévention, du handicap et des travailleurs sociaux.

[785] Enfin, concernant la CPAM d'Ille-et-Vilaine, comme évoqué précédemment, les Missions Accompagnement Santé (ex PFIDASS) constituent un outil de repérage des publics les plus précaires en risque potentiel ou avéré de renoncement aux soins et d'adaptation de la réponse apportée à des besoins émergents ; c'est cette démarche qui a notamment conduit la commission action sanitaire et sociale de la CPAM d'Ille-et-Vilaine à améliorer la prise en charge des implants dentaires.

[786] Pour le Centre d'Examen de santé, l'indicateur EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans le CES) permet une approche multidimensionnelle de la situation de la personne et dès lors d'identifier précisément ses besoins pour construire l'accompagnement le plus adapté.

Encadré 8 : L'indicateur EPICES

EPICES est un indicateur individuel de précarité, mesuré à l'occasion de l'EPS, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il repose sur les **11 questions suivantes** :

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7. Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?
8. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?

Calcul du score

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES.

Si le score est supérieur ou égal à 30, la personne est considérée comme précaire selon EPICES¹.

Information

a. S'agissant de la prise en compte de l'état de "précarité" (fragilité) du consultant tel que mis en évidence par le score EPICES au sein des CES, il n'est procédé, bien évidemment, à aucune discrimination. Il est en revanche recommandé au personnel du CES accueillant cette personne qu'elle veille à l'informer de manière circonstanciée et, au regard de son besoin, sur les services susceptibles de l'aider matériellement (services sociaux...) et sur les dispositifs spécifiques auxquels elle peut avoir droit (CMU-C, ACS...) de manière à favoriser son accès aux soins.

b. Pour les jeunes de 16 à 18 ans, le score EPICES n'est calculé que si l'autorisation parentale est obtenue.

¹Pour en savoir plus sur ce score et son utilisation : Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH 14:93-96, 2006

Source : rapport d'activité CES d'Ille-et-Vilaine 2019

3.2 Les OSS s'appuient largement sur leurs partenaires associatifs, mais les efforts pour rendre leur offre pleinement accessible ne portent pas encore tous leurs fruits

3.2.1 Les partenaires associatifs et les OSS : des appuis différenciés

[787] Il est possible de distinguer deux grands types d'associations dans la mise en œuvre de l'action sanitaire et social des OSS :

- Les associations opératrices, directement au service de la politique des OSS voire parfois même consubstantielles, initiées ou portées directement par ces organismes et leurs partenaires institutionnels,
- Les associations partenaires de l'action sanitaire et sociale des OSS : têtes de réseau, associations locales et/ou spécialisées sur un champ d'intervention ou populationnel.

3.2.1.1 Les associations opératrices :

[788] Certaines de ces associations opératrices relèvent de déclinaisons régionales ou territoriales de dynamique nationale. Elles permettent de rendre opérationnelles sur des objets précis, des stratégies inter institutionnelles matures,

[789] C'est le cas de l'association Pour bien vieillir Bretagne, dont l'intervention a été analysée *supra*.

[790] C'est le cas également de l'ASEPT Bretagne : se fondant sur une initiative portée par la CCMSA en 2006 comme 24 de ses homologues en France, l'Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires Bretagne propose dans le cadre du référentiel Pour Bien Vieillir Bretagne et prioritairement sur les territoires ruraux des ateliers de prévention autour de la mémoire PEPS Eurêka, de la vitalité et de la nutrition.

[791] D'autres associations opératrices sont le fruit de l'initiative des partenaires locaux.

[792] La plus emblématique et reconnue en Ile-et-Vilaine est sans doute l'APRAS, déjà mentionnée, fondée en 1977, par ces 9 membres institutionnels : la Ville de Rennes et son CCAS, Rennes Métropole, le Conseil Départemental, des représentants des bailleurs sociaux, (Archipel Habitat, Néotoa, Espacil Habitat, Aiguillon Construction), et la CAF d'Ile et Vilaine.

[793] L'APRAS qui est une structure originale et sans doute unique en son genre, vise à offrir un cadre de coopération pour :

- L'observation sociale, le partage de diagnostics et la connaissance mutuelle, sur les 43 communes de l'agglomération Rennes Métropole, les 12 Quartiers rennais, les 5 Quartiers Politiques de la ville (QPV) et des 92 IRIS (Îlots Regroupés pour l'Information Statistique) de la ville de Rennes.
- La gestion de services au profit des membres : par exemple le soutien aux espaces sociaux communs (ESC) et la gestion de locaux collectifs dans le parc de logements HLM mis à disposition des habitants
- L'expérimentation d'actions partenariales notamment pour soutenir les collectifs habitants.

[794] L'APRAS porte aussi des pôles associatifs d'abord lancés en 2005 dans le quartier de Blosne, qui vise à apporter un appui à la gestion et à la mutualisation des moyens aux associations de la métropole rennaise.

[795] L'APRAS publie notamment un « tableau de bord social » qui rassemble par commune ou par Iris toutes les données disponibles produites par l'INSEE et par les partenaires ; elle a aussi produit des études ponctuelles sur des sujets spécifiques à tel ou tel quartiers (par exemple l'offre d'équipement public sur le quartier de Blosne dans le cadre d'une opération d'aménagement urbain.

[796] L'approche de l'APRAS consiste à utiliser à la fois des outils statistiques mais aussi des enquêtes de terrain. Ces données sont utilisées par les partenaires pour la mise en œuvre de leurs responsabilités propres avec le souci d'une appropriation par les professionnels mais aussi les habitants et donc en quelque sorte de fournir le service après-vente.

[797] [385] Par la qualité des analyses produites, l'expertise acquise, l'ingénierie développée, l'APRAS est devenue au fil des ans un acteur incontournable du territoire de Rennes Métropole, en matière d'analyse des besoins sociaux et de perspectives pour les politiques sociales des institutions de ce territoire. A l'heure de la montée en puissance des EPCI, et des interrogations sur la pertinence de cet échelon territorial pour une action sociale plus performante, il nous semble que même si elle est le fruit de la singularité de la culture brétilienne de la coopération, l'APRAS est un outil partenarial particulièrement performant, inspirant et susceptible d'essaimage.

3.2.1.2 Les associations partenaires :

- Les Centres sociaux et espaces de vie sociale

[798] Les 19 Centres sociaux et 19 espaces de vie sociale d'Ille-et-Vilaine s'inscrivent dans un partenariat privilégié avec les organismes de sécurité sociale, concrétisé par un cadre national multi conventionnel avec leur fédération nationale qui regroupe la moitié des 2 200 centres sociaux et 1 1000 Espaces de vie sociale français.

[799] En effet, la Fédération Nationale des Centres Sociaux est signataire de conventions avec la CNAF bien-sûr dont elle est un des partenaires majeurs du déploiement de ses politiques d'animation de la vie sociale mais aussi plus récemment avec la CNAV, la MSA et l'AGIRC-ARRCO.

[800] Sur le plan territorial, ces partenariats se déclinent via la fédération bretonne des centres sociaux, l'association rennaise des centres sociaux et les centres sociaux eux-mêmes.

[801] Concernant la branche famille qui finance en moyenne à hauteur de 25 % les centres, le partenariat avec les centres sociaux se fonde sur un équilibre précieux et reconnu par les parties prenantes, entre des référentiels nationaux – les agréments – et la co construction local du projet du centre, gage de cohérence et d'efficacité. Les acteurs rencontrés soulignent l'importance de préserver cette ADN, perçu comme fragilisé par la tendance à la normalisation des orientations nationales de la CNAF et des pouvoirs publics.

[802] Le schéma directeur de l'animation de la vie sociale (SDAVS) 2017-2020 d'Ille et Vilaine fixe pour les structures d'animation de la vie sociale deux missions générales :

- Etre un lieu de proximité à vocation globale, familiale et intergénérationnelle, qui accueille toute la population en veillant à la mixité sociale.
- Etre un lieu d'animation de la vie sociale permettant aux habitants d'exprimer, de concevoir et de réaliser leurs projets.

[803] A cela s'ajoutent cinq missions dites complémentaires :

- Organiser une fonction d'accueil et d'écoute des habitants – usagers, proposant une offre globale d'information et d'orientation, et recueillir les besoins des habitants.
- Assurer une attention particulière aux familles et aux publics fragilisés, notamment les familles monoparentales, et le cas échéant leur proposer un accompagnement adapté.
- Développer des actions d'intervention sociale adaptées aux besoins de la population et du territoire.
- Mettre en œuvre une organisation et/ou un plan d'actions visant à développer la participation et la prise de responsabilités par les usagers et les bénévoles.
- Organiser ou contribuer à la concertation et à la coordination avec les professionnels et les acteurs impliqués dans les problématiques sociales du territoire.

[804] Dans ce cadre, les centres sociaux peuvent bénéficier notamment d'un agrément « Animation collective famille », qui permet de déployer un panel d'actions : accueil parents-enfants, accompagnement à la scolarité au titre des CLAS, groupes d'écoute et expression au titre des REAAP...

[805] A titre d'exemple, et témoignant de la diversité des actions menées dans le cadre des agréments délivrés par la CAF mais aussi de la complexité de gestion induite pour ces structures, le centre social de Maurepas (Rennes) dispose des agréments suivants : Animation Globale et Coordination (4 ans), action collective familles (4ans), prestation de service unique (4 Ans) en lien avec la COG, accueil péri et extrascolaire (4 ans), LAEP (4 ans), accompagnement à la scolarité (2ans) et de la labélisation « Club Parents » (annuel).

[806] Sur le territoire rennais, les 6 centres sociaux de la ville sont réunis depuis 2003 au sein de l'ARCS (Association Rennaise des Centres Sociaux), dont un des enjeux majeurs portés aujourd'hui est de promouvoir une dynamique transversale des actions hors les murs et aller-vers les personnes les plus isolées.

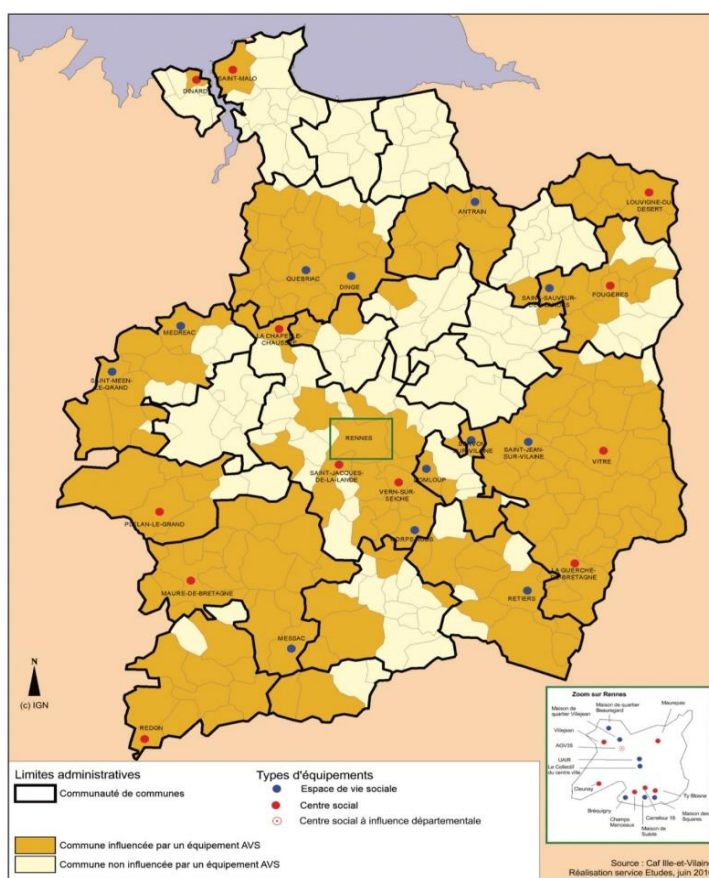
[807] Par ailleurs, la CPAM d'Ille-et-Vilaine et l'ARCS sont liées depuis 2019 par un partenariat portant pour les publics accueillis par l'association sur l'information des assurés sur les dispositifs d'accès aux droits (CMU-C, ACS, AME), l'accompagnement dans leur démarche jusqu'à la constitution des dossiers. Il s'agit également de sensibiliser et orienter les plus précaires des personnes accueillies vers l'Examen de Prévention Santé du CES d'Ille-et-Vilaine. Des actions de formation des travailleurs sociaux de l'ARCS sont dispensées par la CPAM.

[808] Au niveau régional, une convention entre la Fédération bretonne des centres sociaux et les CAF de la région permet par ailleurs de nourrir un observatoire des centres sociaux et des EVS baptisé SENACS.

[809] Le vieillissement de la population a conduit par ailleurs plus récemment les centres sociaux à développer en lien avec la CARSAT, Bien vieillir Bretagne, la MSA et l'AGIRC-ARRCO, de nouveaux services d'information et d'orientation des retraités et futurs retraités comme d'être relais d'action de prévention : programme « Vieillir en citoyen », cafés seniors, atelier « vivre une retraite active et citoyenne », atelier inclusion numérique, parcours de prévention santé, ...

[810] Une expérimentation de participation des centres sociaux au programme ECLAT (Engagement Commun pour le Logement et l'Autonomie sur les Territoires) porté par la CARSAT est en cours dans le Finistère sur les problématiques d'habitat inclusif pour les seniors.

Graphique 6 : Implantation des structures d’animation de la vie sociale en Ille et Vilaine



Source : SDAVS 2017-2020

● L’UDAF

[811] L’UDAF d’Ille-et-Vilaine est une tête de réseau associative partenaire privilégiée de la CAF, rassemblant une vingtaine de mouvements familiaux, représentant 140 associations familiales, soit 15 000 familles sur le territoire. Outre ces missions de représentation des familles, l’UDAF développe auprès des pouvoirs publics des missions de plaidoyer. Le CASF lui confie en son Art L 211-3, 4°, l’exercice de l’action civile en vue de la défense des intérêts matériels et moraux des familles. Enfin l’UDAF peut être conduit à gérer des services aux familles par DSP ou de sa propre initiative pour apporter des réponses nouvelles ou innovantes à des besoins non couverts des familles : médiation familiale, service « questions parents », accès aux droits, RAM (Relais assistants Maternels) ou encore le programme « Habitat Regroupé » de logements inclusifs (Famille-Gouvernante, Maison Relais, ...).

[812] Bien que le partenariat avec la CAF et la MSA soit historiquement très ancré (l’UDAF dispose de 4 sièges au CA de la CAF et 2 sièges au sein du CA de la MSA, dont une Vice-Présidence), l’UDAF éprouve des difficultés à faire valoir ses enjeux lors de l’élaboration et du suivi du SDSF, souffrant d’une institutionnalisation des process qui laisse peu de place à la mouvance associative.

[813] Des entretiens menés dans le cadre de la mission avec d’autres têtes de réseau associatives du champ social, médico-social ou des solidarités, il ressort que ces structures nourrissent peu, voire aucune relation institutionnelle avec les OSS, hormis celles induite par leur participation concomitante à des instances de gouvernance des politiques sanitaires ou sociales (CRSA,

conférence des financeurs, ...). Dès lors, l'action sanitaire et sociale des OSS leur est quasiment inconnue.

[814] En revanche, sur un plan plus opérationnel, au travers de leurs actions collectives récurrentes, les OSS apportent un soutien financier à nombre d'associations du territoire. Si les montants des subventions engagées peuvent paraître relativement modestes, les associations soulignent l'importance de ces financements réputés plus stables et durables que celles d'autres financeurs soumis à davantage d'aléas politiques.

[815] Par ailleurs, les OSS s'emploient à mobiliser certains acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire, porteurs d'innovation sociale. C'est le cas par exemple du Groupe Siel Bleu mobilisé par la CARSAT ou l'AGIRC-ARRCO dans le cadre de la promotion de l'activité physique des retraités.

[816] Enfin il faut souligner l'efficace mobilisation par les OSS et leurs partenaires des associations de solidarité, de premiers secours, d'aide alimentaire (Petits Frères des Pauvres, Secours Populaire,...) comme des centres sociaux depuis le déclenchement de la crise sanitaire

[817] La mission n'a pu rencontrer l'association départementale des familles rurales.

3.2.2 L'accessibilité de l'action sociale, l'accès au droit et la politique de communication : une politique en chantier

3.2.2.1 Les orientations du Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public

[818] L'action sociale doit accompagner en priorité et le mieux possible les personnes en situation de vulnérabilité et notamment celles qui vivent dans des territoires fragiles. Dans ce sens, l'accessibilité entendue au sens large comme à la fois l'accès aux droits, l'accès à des services de qualité répondant aux besoins spécifiques de ces personnes, et la possibilité de bénéficier d'un accompagnement pour maintenir et développer leur autonomie, est un élément majeur d'efficacité.

[819] Outre la question de l'amélioration du diagnostic évoqué plus haut, le SDAAPS avait mis en avant la nécessité d'améliorer la qualité et la proximité de l'offre de service en organisant le premier accueil social et en développant l'accès aux services par la mobilité et le numérique, mais aussi en développant le travail en réseau. Il s'agissait de progresser par rapport à la perception des usagers qui, dans le diagnostic préalable au schéma, avaient jugé insuffisante (à 52 %) l'accessibilité des services santé/social offerts par les permanences de la CAF, des CDAS, et des CLIC.

[820] Dans le SDAAPS, il était ainsi indiqué que « sur les territoires, les collectivités (département, communes), les organismes de protection sociale ou encore les associations accueillent quotidiennement les publics les plus variés. Toutefois, il est noté que les réponses apportées restent encore trop cloisonnées alors que l'enjeu, face à une demande sociale qui croît et se complexifie, est bien celui de pouvoir proposer un accueil global permettant à la personne d'exprimer l'ensemble de ses problématiques. Cet accueil global doit permettre d'offrir aux personnes soit une réponse immédiate, soit une ouverture immédiate de droits, soit une orientation vers l'interlocuteur et le service compétent et/ou une orientation vers un accompagnement social ».

[821] Dans ce cadre, de très nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années par les OSS, en lien ou sous l'égide de l'Etat et le département pour développer l'accès numérique, mais

aussi et surtout pour un mettre en place un maillage du territoire et un travail coopératif entre les acteurs, gage d'une meilleure accessibilité. Les OSS ont adapté leur politique communication à ces évolutions.

3.2.2.2 Le développement de l'accès par le numérique

[822] D'abord essentiellement mises en œuvre sous forme de sites d'information, la numérisation de l'action sociale va se traduire par le développement de services offerts avec la possibilité d'accéder aux droits

[823] Outre le site national Mes droits sociaux.gouv.fr, site qui est apparu assez peu connu (peut-être du fait d'une prise en compte encore limitée de l'offre locale), les habitants de Ille et Vilaine peuvent accéder à de nombreuses informations sur différents sites.

[824] Le site de la CARSAT et surtout celui de l'association Pour Bien Vieillir en Bretagne offrent de nombreuses informations et notamment la possibilité de s'inscrire sur des actions collectives de prévention. A la CAF, la refonte du site monenfant.fr a permis d'enrichir des rubriques d'informations locales et de les élargir à la parentalité. L'espace documentaire est organisé sur la base de situations rencontrées par les familles. Il met à disposition des guides méthodologiques, des rapports d'études pour soutenir la réflexion et le passage à l'action. Il propose un outil de simulation du coût de chaque mode de garde au regard de la situation économique et sociale de la famille, permet de déposer une demande d'information auprès d'un lieu unique d'information, de recenser l'ensemble des services locaux (ainsi par exemple il couvre, plus de 50% des assistants maternels agréés en Ille-et-Vilaine).

[825] Depuis février 2017, l'espace ressource « CAF et familles » est accessible pour les professionnels et bénévoles dans les différents champs d'action de la CAF. Ce site a enregistré la visite de 661 partenaires en 2019. 69 professionnels ou bénévoles nouveaux, sur site ou lors d'événements, tels que « la grande semaine de la petite enfance ».

[826] Le site Ameli.fr et les téléservices associés, ou en développement, ont vocation également à faciliter l'accès à l'information et l'accès aux soins. Des accompagnements sur ces outils sont proposés dans nos accueils, à l'occasion du parcours assurés. Une stratégie d'inclusion numérique, en complémentarité des autres acteurs, est en déploiement dans le réseau Assurance Maladie.

[827] La MSA a développé une politique d'accompagnement au numérique: de nombreux services en ligne (SEL) ont été créés (déclaration des ressources pour allocations familiales, RSA ou AAH par exemple), un espace numérique à Vannes et à Bruz existe afin de répondre aux attentes de adhérents et des actions d'accompagnement des plus fragiles pour mieux appréhender les outils numériques "coups de pouce connexion" ont été proposés.

[828] Sous l'égide du Conseil Départemental, a été mis en place depuis 1999 un site « Info sociale en ligne » (ISL) qui constitue outil au service de l'ensemble des partenaires. Ce service permet aux habitants de poser des questions et d'obtenir des réponses aux questions posées par téléphone et par mél réponses élaborées par petite équipe de 7 travailleurs sociaux formés à cet effet. Le CD a passé contrats avec des professionnels (par exemple des avocats) pour qu'ils apportent une expertise aux gestionnaires du site. Le recours à ce service est important avec en 2019 plus de 8000 appels et 1400 méls avec une réponse dans 60 % des cas et une réorientation dans 40% soit vers le CDAS compétent du département soit vers d'autres services OSS CCAS etc.

3.2.2.3 La mise en place d'accès de proximité

[829] Il est apparu plus en plus nettement que le développement de la numérisation n'était pas suffisant pour améliorer l'accessibilité, notamment pour des publics qui sont pénalisés par leurs difficultés à s'approprier les outils numériques. Ce constat de l'existence d'une fracture numérique est fait par les travailleurs sociaux des différentes institutions.

[830] La mise en place d'un maillage territorial par les OSS constitue une condition d'accès et potentiellement le point de départ d'un accompagnement vers l'utilisation du numérique.

[831] Dans la recherche de cette accessibilité améliorée, la MSA bénéficie d'un avantage structurel car elle porte de manière intégrée l'action sociale dans les trois domaines vieillesse, enfance famille et maladie. Elle dispose d'un fort ancrage territorial à partir d'un réseau dense d'élus qui ont une forte capacité à repérer les situations individuelles. L'action sociale s'inscrit par ailleurs dans des démarches de développement local construites à partir d'une vision concrète des besoins territoriaux avec le souci de développer la participation des bénéficiaires au diagnostic.

[832] La CARSAT s'appuie beaucoup sur le réseau des CLIC en Ille et Vilaine, en dehors de la métropole. Dans celle-ci a été mis en place par la CAF en collaboration avec la ville de Rennes, un service d'information, de conseil et d'accompagnement « petite enfance », appelé « l'Etoile ». Ce service a vocation à accompagner les familles rennaises en recherche d'un mode d'accueil pour les 0-3 ans, ou de professionnels de la petite enfance qui exercent à domicile. Pour ces derniers le centre porte des actions de professionnalisation.

[833] Concernant les travailleurs indépendants, les membres de l'IRPSTI jouent un rôle d'adressage avec des campagnes de communication dédiée, et un dispositif de guichets uniques (1 par département) dont la crise COVID a rendu difficile le déploiement en 2020 (du fait de leur fonctionnement sur rendez-vous).

3.2.2.4 Une accessibilité améliorée par le décloisonnement entre institutions

[834] L'accessibilité dépend beaucoup de la capacité des acteurs à bien travailler ensemble dans un territoire. Il s'agit de développer une interconnaissance entre services, permettant un adressage simple vers les services compétents, et donc la prise en charge la plus coordonnée possible. Pour progresser dans cette direction, il peut être intéressant d'organiser des accueils communs, des espaces partagés en inter services. Pour que ces outils fonctionnent au mieux, il est certainement utile de mettre en place des formations en commun des intervenants sociaux, pour développer un partage de compétences et de connaissances.

[835] A Rennes, une démarche de co-localisation et donc partage de locaux a été mise en œuvre à travers la création de 6 Espaces Sociaux Communs (ESC), déjà évoqués et qui réunissent dans un lieu unique, les services du de la CAF, du CD, du CCAS, CAF, de Pôle Emploi, de la Mission Locale et les centres sociaux.

[836] C'est surtout à partir de 2019 dans le cadre de la mise en place du réseau France Services que s'est développée une forme de colocalisation. La démarche France service a associé 9 opérateurs :

- Les représentants territoriaux de trois ministères, Intérieur, Justice et Finances (Direction Générale des Finances Publiques),
- Les représentants de 6 opérateurs, La Poste, Pôle Emploi et quatre OSS, la CAF, la CPAM, la CARSAT et la MSA.

[837] Au 1/01/2021 le réseau France services en Ile et Vilaine était constitué dans 15 sites¹⁸⁸ dont notamment :

- Combourg, portée par la communauté de communes Bretagne romantique
- Pipriac, portée par le Point accueil emploi (PAE)
- Pleine-Fougères, portée par La Poste
- Rennes, portée par le Point information médiation multi-services (Pimms)
- Saint-Méen-le-Grand, portée par la communauté de communes Saint-Méen Montauban
- Sens-de-Bretagne, portée par La Poste.

[838] Un bus France Services sur le territoire de Roche aux fées Communauté était porté par le Pimms.

[839] Les OSS et particulièrement la CAF ont fortement participé à la mise en place des EFS. La CAF notamment s'est fortement engagée dans cette démarche qui a permis de simplifier et de mieux organiser les procédures en back office et donc de raccourcir les délais d'accès aux services. En accompagnement de la mise en place des premières France Service, un groupe de travail piloté par la Cpm avait également été mis en place pour travailler sur la formation initiale et continue des agents polyvalents de ces Espaces.

[840] Les premières Maisons France Services ouvriront à la suite d'une expérimentation conduite, à l'automne, dans six départements, dont l'Ille-et-Vilaine, portant sur la formation des agents polyvalents qui renseigneront et accompagneront les usagers dans leurs démarches administratives. A partir de ces premières réalisations, les prochaines étapes devraient permettre d'articuler au mieux les MFS avec le premier accueil inconditionnel dans les CDAS du CD.

[841] Enfin, il faut mentionner les accueils communs mis en place pour les travailleurs indépendants (évoqués plus haut) qui intègrent les OSS et partenaires.

3.3 Même si des cloisonnements persistent entre les acteurs, la tradition ancienne de partenariat de l'ASS en Ile et Vilaine a produit des résultats favorables, y compris en termes d'innovation et d'association des bénéficiaires à l'action menée

3.3.1 Les OSS et les autres acteurs institutionnels: des partenariats fortement ancrés mais perfectibles

[842] Comme relevé *supra*, les OSS agissent dans un champ sur lequel interviennent des acteurs majeurs de l'action sociale et d'abord le conseil départemental (CD) chef de file de l'action sociale. Autrement dit les OSS mettent en œuvre une action sociale spécialisée qui doit être complémentaire avec l'action sociale de droit commun du CD.

[843] Dans ce contexte, la qualité du partenariat est décisive pour garantir l'accessibilité et l'adaptation aux besoins des publics bénéficiaires. Le département l'Ille et Vilaine est depuis longtemps un territoire de partenariat dans lequel l'ensemble des acteurs se sont engagés à agir

¹⁸⁸ Pour un objectif cible à horizon 2022 de 30 FS

de manière coordonné. Mais des cloisonnements subsistent, et ils appellent une amplification du partenariat notamment dans les territoires de proximité.

3.3.1.1 La définition partagée des orientations stratégiques : l'unification et la mise en cohérence des schémas, le renforcement de l'observation sociale et de l'évaluation

[844] Au moment où est intervenue la mission, devait s'engager la préparation d'un nouveau schéma des services aux familles intégrant le domaine de l'animation de la vie sociale. Pour préparer ce futur schéma la CAF a fait établir un bilan évaluatif du SDSF par un cabinet spécialisé. Les résultats de ce travail présenté en décembre 2020 ¹⁸⁹ font apparaître différents points de progrès et d'abord la nécessité de mieux associer les collectivités territoriales pour éviter un manque d'appropriation, et garantir une bonne prise en compte des réalités territoriales. Le cabinet propose de construire un nouveau schéma plus opérationnel, plus co-construit avec les partenaires mais aussi les habitants, plus innovant, plus transversal.

[845] Il apparaît ainsi très souhaitable que le futur schéma soit construit en cohérence avec les orientations retenues par le conseil départemental, dont la compétence de chef de file a été réaffirmée par la loi NOTRe.

[846] Cela ne devrait pas constituer une difficulté majeure. Le CD a élaboré différents documents programmatiques non seulement dans les trois domaines spécialisés que sont l'enfance (schéma de l'enfance), les personnes âgées (schéma de l'autonomie) et l'insertion (pacte de coordination des acteurs de l'insertion), mais aussi dans une approche plus globale de l'action sociale, qui s'est exprimée dans le Schéma Départemental de l'Action Sociale de Proximité (2018-2023), document complété par un Cadre de Référence du Travail Social de Proximité.

[847] Une des orientations majeures de ce schéma est de promouvoir la gouvernance territoriale notamment en coordonnant l'intervention de l'action sociale au niveau départemental, en renforçant l'action sociale territoriale, en développant l'ingénierie sociale, en inscrivant l'intervention du CD dans l'approche du développement social local. Malgré les progrès réalisés ces dernières années dans le partenariat, cette orientation garde toute sa pertinence

[848] Il s'agira donc dans le cadre du futur schéma, d'amplifier la recherche de la plus grande cohérence possible, dans le respect des responsabilités de chef de file de l'action sociale du département, entre les orientations du CD et celles portées par les OSS, en application des politiques nationales d'action sociale.

[849] Par ailleurs, ce ou ces futurs documents devraient permettre d'améliorer l'efficacité des interventions de l'ensemble des acteurs à partir du développement de l'observation sociale et des études évaluatives en s'appuyant sur l'expression des bénéficiaires (notamment dans le domaine enfance famille et de l'insertion). Le SDSF avait prévu la création d'un observatoire « enfance famille », mais cette action n'a pas été mise en œuvre. Au-delà du seul champ de l'enfance famille, le renforcement de l'observation sociale doit intervenir dans tous les domaines. Il pourra s'appuyer sur la démarche (évoquée précédemment) de l'APRAS à Rennes. Il est ainsi apparu que les progrès dans l'observation sociale sont un élément majeur pour développer les études évaluatives sur l'efficacité de l'action sociale.

¹⁸⁹ « Réalisation d'un bilan du Schéma Départemental des Services aux Familles SDSF » TMO Politiques Publiques Décembre 2020

[850] Mais c'est surtout au niveau des territoires de proximité que le partenariat doit être renforcé. Sur ce point aussi, les démarches déjà engagées doivent permettre de progresser rapidement. La mission a pu observer la dynamique partenariale très dense qui s'est développée sur la métropole de Rennes. Les OSS ont été parties prenantes de ce partenariat. Ont été ainsi évoqués précédemment les conventions signées avec la ville de Rennes par la CARSAT. La CAF a signé une convention de partenariat CCAS Rennes sur l'accompagnement des bénéficiaires. Ce partenariat outre les échanges entre les deux parties a débouché sur des travaux sur l'accompagnement, l'insertion professionnelle et les modes de garde, la mise en place d'une offre de service « inclusion numérique » et « accès aux droits » dans les espaces sociaux communs déjà évoqués.

[851] La démarche de CTG engagée par la CAF avec la MSA sur le territoire a démontré sa valeur ajoutée considérable pour améliorer les diagnostics sur les besoins sociaux, et créer un décloisonnement entre l'ensemble des interventions des différents acteurs.

[852] Il apparaît donc souhaitable de développer des démarches de partenariat formalisé dans les territoires de proximité. L'objectif devrait être de bien associer les OSS entre eux par exemple la CAF et la MSA. Il s'agirait aussi de sortir de la superposition des outils : contrat de territoire du département ou de la région avec les EPCI, contrats politiques de la ville passés avec la préfecture, contrats de ruralité passés avec la sous-préfecture ou convention territoriale globale (CTG) et contrats locaux de santé (CLS) etc.

[853] Le développement du partenariat de proximité va s'appuyer sur deux éléments de contexte très favorables :

- L'engagement croissant des EPCI sur les questions sociales. En apparence cet engagement est encore limité si on en juge par le petit nombre de CIAS. Mais dans plusieurs territoires des formes de coordination ont commencé à se développer de manière informelle, par exemple sous forme de rencontres régulières entre représentants de CCAS. Par ailleurs, au moment où est intervenue la mission, plusieurs communes et EPCI avaient fait appel à des consultants spécialisés pour mener à bien une analyse des besoins sociaux sur leurs territoires ;
- Le développement à l'initiative du CD d'une démarche de contrat de territoire, qui associe le CD à chacun des EPCI. Ces contrats ont porté à l'origine sur des dépenses de fonctionnement et d'équipement. Mais dans la troisième génération en cours de signature, les contrats de territoire ont intégré des actions dans le domaine social (par exemple dans le domaine de l'autonomie). Il apparaît ainsi souhaitable de développer le partenariat de proximité pour les OSS dans le cadre de démarches contractuelles, autour des contrats de territoire du département pilotés par le CD.

3.3.1.2 Le développement de la contribution des OSS aux politiques inter ministérielles à travers un resserrement des liens avec la préfecture et les autres services de l'Etat

[854] Les OSS, à travers les orientations de politique nationale qu'elles mettent en œuvre sont un acteur incontournable de la mise en œuvre des politiques interministérielles dans un cadre territorial. Ainsi par exemple, la CAF et la CPAM ont contribué sous l'égide de la préfecture à la

mise en œuvre de la politique de la ville. Par ailleurs comme cela a été évoqué plus haut, la CAF et la CPAM se sont engagées dans la mise en place des MSAP puis du réseau France Service¹⁹⁰.

[855] Néanmoins sur le plan opérationnel, la coopération entre la Préfecture de département et la CAF n'apparaît pas toujours aussi facile qu'on pourrait le souhaiter. La Caf est bien présente dans les 5 instances locales de la CCAPEX, à travers ses trois conseillers techniques logement. Mais, depuis janvier 2020, les instances locales ont été scindées en 2 : CCAPEX¹⁹¹ d'un côté, commission de relogement social prioritaire, de l'autre, où les conseillers techniques logement ne sont plus systématiquement présents, car leurs missions se centrent sur la prévention des impayés de loyer et la lutte contre la non-décence des logements.

[856] Mais, comme cela a été évoqué plus haut, les exigences de mise en œuvre des politiques interministérielles comme la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, doivent conduire à resserrer les liens entre la préfecture, les autres services de l'Etat et les OSS.

[857] Les OSS ont été parties prenantes des groupes de travail mis par en place au niveau régional par le commissaire à la lutte contre la pauvreté¹⁹². Mais cette intégration des OSS s'est révélée plus délicate dans la mise en œuvre opérationnelle.

[858] Cette situation est pour partie liée aux modes de travail entre le niveau régional de l'Etat et le niveau départemental, question qui n'entraîne pas dans le champ de travail de la mission. Mais elle est aussi liée aux modes de relation entre la préfecture et les OSS.

[859] En effet, l'Etat est dans une position particulière en matière d'action sociale puisque, en dehors du contrôle de légalité, il ne dispose que très peu de leviers directs notamment en termes de financement, pour inciter le CD à s'engager dans la mise en œuvre des politiques nationales. Il lui faut donc adopter davantage une approche de persuasion. Dans ce sens, les OSS et d'abord la CAF mais aussi la CPAM, peuvent contribuer à éclairer la prise de décisions, en apportant leur expertise et en ouvrant leurs bases de données.

[860] Dans ce contexte, il pourrait être utile de resserrer les liens entre les OSS et d'abord la CAF avec la préfecture. Cela pourrait passer par des échanges à intervalle rapproché (par exemple mensuels) pour mieux articuler les démarches, par exemple la mise en œuvre des CTG. Pour faciliter l'information sur les actions des uns et des autres, la participation de la CAF à certaines instances (notamment celles où le CD est présent) pourrait être organisée, de même qu'en sens inverse pourrait être prévue la participation d'un représentant de la préfecture à certaines instances de la CAF.

3.3.1.3 Renforcer la coordination opérationnelle entre les acteurs de l'accompagnement social

[861] Comme cela a été évoqué, il existe en Ile et Vilaine des liens étroits entre les différents acteurs de l'action sociale, mais la gestion opérationnelle de ces liens est très dépendante des bonnes relations entre les personnes, particulièrement dans l'accompagnement social des publics en

¹⁹⁰ La MSA est également fortement présente au sein MSAP devenues France services. Elle a contribué à la formation des conseillers France service, et co porte avec la communauté de communes de Montfort sur Meu une France services itinérante qui doit ouvrir fin 2021.

¹⁹¹ La CCAPEX est la commission spécialisée de coordination des actions de prévention des expulsions locatives. Elle a été mise en place de façon à lutter contre les expulsions des locataires et à prévoir un plan de relogement pour les locataires en situation difficile. Son rôle a été renforcé récemment par la Loi ALUR du 24 mars 2014.

¹⁹² La Caf d'Ille-et-Vilaine anime le groupe de travail Petite Enfance et co-anime (avec la Fédération bretonne des Centres sociaux) le groupe Parentalité-Centres sociaux.

difficulté. En effet, si on excepte le domaine de la vieillesse-autonomie ou la gestion coordonnée de l'aide à domicile, la coopération est moins organisée (dans les deux autres domaines « famille enfance » et insertion). Dans le domaine de l'accompagnement social, les relations des travailleurs sociaux des OSS et du CD ou des CCAS sont peu structurées et passent par les relations interpersonnelles.

[862] Il est pourtant nécessaire d'organiser le travail en réseau entre action sociale généraliste et action spécialisée, au bénéfice des publics en difficultés. Cela suppose de progresser dans la coordination des intervenants de l'action sociale, mais aussi dans l'intégration des dispositifs l'action sociale dans des démarches de développement social.

[863] Il apparaît souhaitable de mettre en place une coordination autour des interventions qui concernent une même personne, en l'accompagnant davantage dans des parcours mieux organisés. Au moment où est intervenue la mission, le commissaire à la lutte contre la pauvreté et le CD étaient en train de s'engager pour la mise en œuvre de référents de parcours dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Comme cela est évoqué ci-après, une approche innovante sur ce sujet était engagée dans un quartier de la métropole rennaise.

[864] La difficulté à coordonner autour d'une personne toutes les interventions tient de la difficulté à organiser l'échange d'informations. La mission a constaté par exemple que, malgré des progrès récents, l'organisation par la CAF d'un accès spécifique pour les professionnels restait complexe. Dans le schéma de l'action sociale de proximité, le département avait proposé que soit établie une charte de partage de l'information. Sans en sous-estimer la difficulté, cette démarche devrait être reprise.

3.3.2 L'innovation sociale et l'association des bénéficiaires : des exemples probants, la nécessité d'un questionnement permanent

3.3.2.1 L'innovation

- Les Espaces Sociaux Communs de Rennes :

[865] Fruit d'une volonté partagée de la Ville de Rennes, du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et de la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine, le premier Espace Social Commun (ESC) ouvre ses portes en 1997. Les ESC sont aujourd'hui au nombre de six sur les quartiers rennais.

[866] Ce projet interinstitutionnel s'articule autour de 4 grands principes : la simplification de l'accès aux droits sociaux et prestations, l'amélioration des interventions, le soutien à l'expression des habitants et des usagers, le soutien aux initiatives des habitants et à leur implication dans une démarche de développement local.

[867] Progressivement, les ESC ont développé une « mixité des usages ». C'est ainsi que l'ESC Aimé Césaire à Bréquigny accueille une bibliothèque municipale.

[868] L'APRAS organise et anime le pilotage du projet des ESC, apporte un appui aux responsables dans les sites, accompagne les travaux thématiques dans les sites ou de manière transversale (accueil commun, fragilités psychologiques, partage de diagnostics, numérique, rencontres inter équipements...), ainsi que les projets de nouveaux équipements.

[869] La mise en œuvre d'un accueil commun est un des outils majeurs de l'ambition des ESC. Ainsi, la Charte, signée par tous les partenaires en 2014, affirme que les ESC visent à « simplifier

et faciliter l'accès aux droits sociaux, aux prestations, et aux projets d'animation sociale par un accueil des usagers pensé, organisé et mis en commun ».

[870] Afin d'améliorer encore les conditions de cet accueil commun, les bases d'un « socle d'accueil commun » ont été posées et déployées dans les ESC. Dépassant la « simple » co-localisation de services entre partenaires, l'objectif est désormais que l'accueil des usagers soit fait par une équipe d'accueil unique et mutualisée sur un ou deux niveaux selon les configurations des ESC avec un accueil de première ligne dédié à un accueil et une information de 1er niveau, l'orientation, et à l'animation de la vie sociale (dont inclusion numérique), et un ou des accueils de 2ème ligne pour approfondir les demandes individuelles et orienter vers la bonne structure (CCAS, CDAS, Centre Social, CAF et We Ker (réseau des Missions Locales)).

[871] Dans la continuité de cette démarche d'accueil unique mutualisé, des expérimentations sont développées afin d'élaborer entre professionnels des partenaires engagés au sein des ESC, un parcours partagé des usagers.

[872] C'est ainsi qu'au sein de l'ESC du quartier rennais de Blosne, une expérimentation a été menée pour établir un parcours partagé entre les partenaires de l'ESC (CAF, CDAS, CCAS, Centre social Ty Blosnes) pour les personnes en situation de séparation.

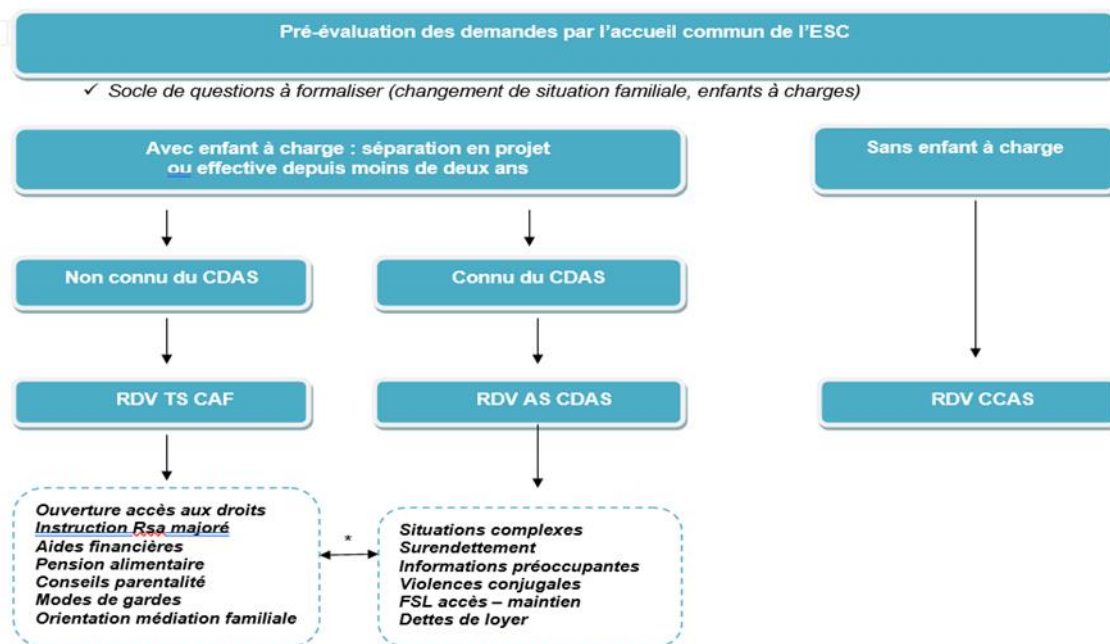
[873] A partir du schéma descriptif ci-dessous repris, un intense travail interinstitutionnel a été mené avec les travailleurs sociaux concernés pour permettre une meilleure appropriation mutuelle des missions, aides et règles de chacun des partenaires, définir des process d'information, d'instruction et d'intervention partagés.

[874] En 2019, cette expérimentation a pu donner lieu à 69 accompagnements globaux sur les 226¹⁹³ familles allocataires rencontrées sur « l'offre séparation » sur le quartier de Blosne.

[875] Sur la base de cette expérimentation et des facteurs de réussite dégagés comme des écueils identifiés, le CDAS de Blosne et la CAF travaille à l'essaimage de ce parcours partagé, et plus globalement à son extension à d'autres objets de parcours (ex : parcours maternité).

¹⁹³ Le chiffre 226 comprend des familles dont la séparation a pu être déclarée en 2017, 2018 ou 2019 (intervention en CAF jusqu'à deux années après la déclaration du fait générateur)

Schéma 9 : Schéma descriptif d'orientation du parcours « séparation »



Source : CAF

- Le VIVA lab, « Valoriser l'innovation pour vivre autonome »

[876] VIVA Lab est une dynamique nationale issue d'un partenariat entre la CNAV, la CCMSA, l'Agirc-Arrco, la Banque des Territoires et France Active.

[877] Lancé en juin 2019 en Bretagne, le pôle VIVA Lab a pour objectif de sourcer et d'accompagner dans leur développement les innovations en faveur du bien-vieillir et du soutien à l'autonomie, dans les champs de la lutte contre l'isolement social et numérique, la prévention à domicile, l'adaptation du logement, l'accompagnement à la mobilité, le soutien aux aidants, les lieux de vie collectifs pour les retraités fragilisés.

[878] Il s'agit de porter rapidement à l'échelle des innovations technologiques ou servicielles ayant réussi leur preuve de concept et leur impact social. Grâce à la participation d'investisseurs tels que la Banque des Territoires et France Active, les associations, entreprises, start-up ainsi retenues, bénéficient de soutiens financiers pour l'accélération de leur solution et d'accompagnements pour consolider leur modèle économique comme bénéficiaire de tests auprès de retraités.

[879] Le Viva Lab a également pour objectif d'accélérer le développement des innovations sociales par un passage rapide à l'échelle.

- Une joint venture sociale pour l'emploi agricole :

[880] En lien avec la CCMSA et MSA services, la MSA Porte de Bretagne projette de développer une joint-venture sociale (JVS) entre les entreprises du monde agricole et le réseau d'insertion par l'activité économique LASER, créé en 2002 par la MSA. L'objectif de cette JVS est de faire converger les sorties vers l'emploi des salariés en insertion avec les difficultés de recrutement dans certains secteurs d'activités agricoles et/ou dans certains territoires. Il s'agit donc de conjuguer performance économique et impact social.

- Une expérimentation « territoire zéro non-recours »

[881] Il s'agit d'une proposition d'expérimentation issue des réflexions menées en Bretagne dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. En lien avec le laboratoire régional d'innovation publique Ti Lab, l'État pourrait soutenir un territoire restreint souhaitant construire une expérimentation visant à aller au-devant des personnes pour tenter de couvrir 100 % de recours à un certain nombre de droits sociaux, définis en concertation avec les organismes de sécurité sociale, un conseil départemental et les ressources territoriales.

[882] Cette expérimentation pourrait s'appuyer sur le projet LabAccès développé au sein du Ti Lab qui depuis 3 ans, agit sur les questions d'Accès aux droits et aux services publics dans le contexte de la dématérialisation par un travail commun entre :

- Les organismes assurant l'instruction et la délivrance de droits, de services et de prestations (Etat, Pôle Emploi, CAF, CARSAT, CPAM, MSA, mutuelles).
- Les organismes assurant un accueil de proximité (MSAP/EFS, CDAS, CCAS, centres sociaux, PIMMS...).

3.3.2.2 L'association des bénéficiaires

[883] La démocratie sociale consubstantielle des organismes de sécurité sociale, est un levier important d'association des ressortissants aux politiques d'action sanitaire et sociale. Quels que soient les échelons, régional, départemental ou local, la mission n'a pu que constater le fort attachement mais surtout la forte implication des élus à l'action sociale, tant dans la mise en œuvre et le suivi, que dans la veille de besoins non satisfaits ou émergents.

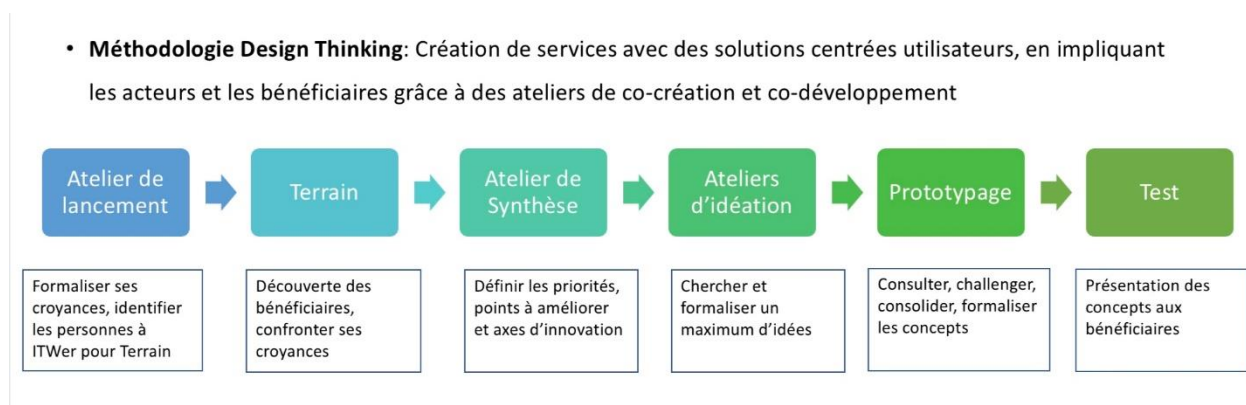
[884] Par ailleurs, gage à la fois d'expression de la parole des usagers, d'une identification précise des besoins avérés ou émergents et de bonne appropriation des politiques et dispositifs sociaux engendrés, le développement social local (DSL) est une exigence portée par l'ensemble des acteurs du territoire et tout particulièrement les OSS.

[885] C'est d'autant plus prégnant que les maîtres mots de l'ensemble des politiques sociales du territoire mais aussi des orientations nationales (COG, Stratégie Pauvreté,..), sont « l'empowerment », « l'aller vers » ou « le pouvoir d'agir » des populations concernées.

[886] Du plan bretilien de l'insertion porté par le Département ou du pacte rennais de l'insertion porté par Rennes Métropole, du schéma directeur de l'animation de la vie sociale aux conventions globales de territoires portés par la CAF, des chartes des familles aux des solidarités avec les aînés portées par la MSA, du parcours santé Agirc-Arrco, des ateliers de prévention de Bien Vieillir Bretagne à ceux du centre d'examen santé de la CPAM, des dynamiques partenariales à l'œuvre au sein des ESC, CDAS ou des centres sociaux d'Ille-et-Vilaine, les démarches de DSL irriguent nombre des dispositifs de l'action sanitaires et sociales des OSS et de leurs partenaires.

[887] Autre levier pour associer les parties prenantes dont les bénéficiaires à l'évolution de l'offre de services, la méthodologie design thinking mobilisée par l'interrégime Pour Bien Vieillir Bretagne pour rénover les ateliers de prévention existants (Nutrition, Mémoire) et innover en développant une nouvelle offre pour jeunes retraités.

Schéma 10 : Méthodologie de design thinking



Source : PBVB

[888] A partir du lancement fin 2020, c'est ainsi plus de 170 personnes qui se sont impliquées, professionnels de la CARSAT, de la MSA, de l'ASEPT et mais aussi retraités participant déjà aux ateliers de prévention existants et nouveaux retraités ciblés.

PIÈCE JOINTE 1: ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D'ACTION ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L'ACTION SOCIALE

Tableau 16 : Mise en œuvre des plans d'action de la CPG-CARSAT

Le(s) plan(s) d'action attendu(s) par la Cnav	Les moyens mobilisés par l'organisme
RENFORCER LES SYNERGIES RETRAITE ACTION SOCIALE DANS UNE LOGIQUE DE CONTINUUM	
1-Renforcer les synergies entre les métiers retraite et action sociale	Outil informatique entre le service social et la retraite : signalement mutuel des situations urgentes et possibilité pour le service social de demander des RDV d'urgence ; diffusion dans les agences des informations action sociale au moment du passage en retraite
2-Diffuser l'information sur l'offre pour bien vivre à la retraite dans le cadre des parcours clients attentionnés	Formation des agences retraite pour la diffusion de l'information
3-Promouvoir les actions collectives orientées jeunes retraités	AAP interregimes annuel pour le développement des ateliers « bienvenue à la retraite » et informations sur le site pourbienvieillirbretagne.fr
REPERER ET ACCOMPAGNER LES RETRAITES FRAGILISES	
4 - Renforcer l'utilisation des observatoires régionaux des risques de fragilité des Carsat	Formation à l'observatoire pour des salariés en interne et des partenaires externes. Utilisation systématique de l'observatoire dans le cadre des AAP communs avec les CFPPA pour le positionnement des actions dans les zones fragiles
5- Nouer des partenariats favorisant le repérage des retraités fragilisés	Les assurés en arrêt de travail de plus de 62 ans vus par le service médical sont systématiquement orientés vers le service social qui fait le lien avec la retraite pour étudier un possible droit

<p>6 - Poursuivre le développement des aides temporaires (Aide au retour à domicile après hospitalisation / Aide aux situations de rupture) à destination des retraités fragilisés dans une logique interbranche et interrégime.</p>	<p>ARDH : mise en place d'un formulaire unique de signalement interbranche et interregimes pour la Bretagne. Dispositif bien identifié par les établissements hospitaliers.</p> <p>ASIR : dispositif toujours peu utilisé à aujourd'hui malgré une promotion faite auprès des services sociaux.</p>
<p>CONTRIBUER A L'ADAPTATION DES LOGEMENTS INDIVIDUELS ET PRIORISER LES DEPENSES D'INVESTISSEMENT EN FAVEUR DES LIEUX DE VIE COLLECTIFS</p>	
<p>7 - Poursuivre le développement de la politique d'aide à l'adaptation des logements pour favoriser le maintien à domicile des retraités et notamment développer les coopérations avec les bailleurs sociaux pour l'accompagnement au bien vieillir de leurs locataires retraités</p>	<p>Bailleurs sociaux : 3 partenariats signés à ce jour dont un en 2018 avec <u>l'association départementale du 35</u> pour 200 logements aménagés sur l'ensemble du département.</p> <p>Mise en place avec <u>Finistère habitat</u> d'un parcours de prévention permettant le repérage de retraités dans le parc social pour leur proposer des ateliers de prévention. Objectif de déployer ce dispositif avec d'autres bailleurs.</p> <p>L'augmentation du nombre de logements individuels aménagés sera fonction des moyens budgétaires.</p> <p>2021 : lancement du <u>dispositif Eclat</u> sur la Presqu'île de Crozon.</p>
<p>8 - Contribuer au développement d'une offre de Lieux de vie collectifs -LVC à destination des retraités autonomes dans une logique de prévention de la perte d'autonomie</p>	<p>Financement systématique des LVC après une étude du territoire réalisé grâce à l'observatoire des fragilités. Utilisation de l'ensemble du budget et demande de fonds supplémentaires dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) national.</p> <p>Intégration systématique dans les conventions signées avec les LVC de la réalisation d'action de prévention.</p> <p>Intégration à venir de la Carsat dans les conférences des financeurs pour l'habitat inclusif.</p>
<p>CREER DES PARCOURS DE PREVENTION EN LIEN AVEC LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET LES AUTRES ACTEURS DE LA PREVENTION DU TERRITOIRE</p>	
<p>9- Dans une logique d'amélioration de <u>l'accompagnement individuel</u> et d'adaptation de l'aide aux besoins des retraités, mettre en œuvre progressivement la nouvelle offre d'aide personnalisée (OSCAR) ; accompagner les services d'aide à domicile et les évaluateurs dans une évolution de leur mission vers la prévention.</p>	<p>Projet lancé avec un objectif de premiers paniers de service pour juin 2021 sur le Morbihan.</p> <p>Plan d'action prévu pour monter progressivement en charge et accompagner les services d'aide afin d'avoir déployé l'ensemble de l'offre pour fin 2022.</p>

<p>10 - Contribuer, dans le cadre des orientations nationales, au renforcement des actions collectives de prévention (ACP) : diffuser le référentiel de l'offre socle et favoriser les ACP partenariales (ex. appel à projets communs IR et CFPPA) ; renforcer la structuration des ACP et développer des mesures de leur impact</p>	<p>La Carsat Bretagne est en AAP commun avec les 4 départements bretons, avec une utilisation des outils interrégimes (référentiel et méthode d'évaluation) dans le cahier des charges des AAP.</p> <p>Etude de mesure d'impact des ACP réalisée avec l'Agirc Arrco.</p> <p>Systématisation des questionnaires d'impact faite sur les ateliers avec la réalisation d'un bilan en fin d'année.</p> <p>Parcours de prévention déployé l'Agirc Arrco et l'interregime.</p> <p>Démarche de design thinking lancée pour diversifier l'offre d'ACP et rajeunir le public.</p>
<p>11 - Déployer une démarche d'inclusion numérique des seniors notamment dans le cadre d'ACP, de partenariats et du déploiement de la nouvelle offre d'aide personnalisée (OSCAR)</p>	<p>Des ateliers numériques sont financés sur la région (10 projets retenus en Bretagne dans le cadre de l'AAP CNAV lancé en 2019). Un partenariat a été noué avec Wetechcare (Emmaus) pour former l'ASEPT à la réalisation de ces ateliers.</p>
<p>12-Renforcer la coordination entre les caisses régionales et les collectivités locales pour promouvoir une culture de la prévention et favoriser la coordination des actions</p>	<p>Forte implication dans les CFPPA avec AAP commun et délégation des aides techniques sur tous les départements bretons.</p> <p>Travail de collaboration avec les CLIC dans le cadre de la remontée des besoins.</p> <p>Reconnaissance mutuelle des évaluations réalisée avec deux des CD. Pour les deux autres départements, discussions en cours.</p> <p>Signature de convention avec quelques collectivités et CCAS :Rennes, Vannes.</p> <p>Mise en place d'un contrat de territoire avec Eclat.</p> <p>Convention locale existante avec l'association régionale des centres sociaux.</p>
<p>RENFORCER LE PARTENARIAT INTERREGIME ET INTERBRANCHE DANS LE CADRE DES ORIENTATIONS NATIONALES</p>	
<p>13- Conforter le partenariat interrégime Cnav-Ccmsa, SSI, CNRACL dans le cadre des structures interrégimes</p>	<p>Renforcement fort du partenariat dans le cadre de la mise en place de Pour bien vieillir Bretagne avec un coordonnateur dédié, un plan d'action annuel</p>
<p>14- Renforcer le partenariat avec l'AGIRC-ARRCO notamment pour promouvoir les offres de prévention et le déploiement de parcours coordonnés santé/prévention.</p>	<p>Des parcours de prévention sont déployés avec l'Agirc Arrco et l'interregimes.</p>

<p>15-Renforcer la coordination avec les autres branches de la Sécurité sociale : -avec l'Assurance maladie notamment sur les questions de non-recours aux droits et sur l'articulation des offres de services aux retraités -favoriser les échanges avec la branche famille pour développer le partage d'informations et le développement de l'intergénérationnel dans un objectif de lutte contre l'isolement social, en lien avec les centres sociaux et Monalisa</p>	<p>Rencontres annuelles avec les CPAM de la région et les CES. Test d'un parcours de prévention avec le CES de Rennes .</p> <p>Travail en cours sur l'articulation ARDH / Prado PA.</p> <p>Collaboration avec les risques pro dans le cadre du projet OSCAR. Intégration du volet prévention des risques des chutes dans le cadre de la signature des conventions avec les services d'aide à domicile</p> <p>La Carsat va être signataire de l'ensemble des SDVS des CAF en 2021. Volonté de bien se coordonner autour du financement des centres sociaux. Projet d'intégrer en expérimentation un CTG de la Caf 56 pour y promouvoir les actions de prévention</p>
<p>ACCOMPAGNER DE NOUVEAUX PUBLICS ET DEVELOPPER DE NOUVELLES OFFRES</p>	
<p>16- Intégrer l'action sociale à destination des retraités « Travailleurs indépendants » : une continuité et une qualité de service identique à celle des retraités du régime général.</p>	<p>Réalisé en 2020. Présentation de bilan en CPSTI 2 à 3 fois par an</p>
<p>17-Contribuer aux travaux de la branche sur l'innovation en faveur de la prévention</p>	<p>Plusieurs projets bretons remontés dans le cadre du PCV (Vivalab) et un projet choisi et financé.</p> <p>Son offre est actuellement intégrée en expérimentation dans le cadre des PAP</p>
<p>POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE DE LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE</p>	
<p>18- Poursuivre le renforcement du pilotage de la politique d'action sociale: - alimentation du tableau de bord « Action sociale » - objectif taux d'exécution du budget AS - déploiement des référentiels et mise en œuvre les bonnes pratiques identifiées</p>	<p>Participation aux travaux de construction du tableau de bord.</p> <p>Contribution d'une chargée de mission du contrôle de gestion à la construction des requêtes nationales pour l'action sociale</p> <p>Feuille de route de la structure interrégimes réalisée en 2018 reprend les préconisations de déploiement des référentiels..</p>

Source : Mission d'après document CARSAT

Tableau 17 : Indicateurs de la CPG-CARSAT

Indicateur	Cible	Réalisé
R13-2- Taux de demande d'aides individuelles traitées en 40 jours maximum	90%	93,53%
R14-2- Déploiement des dispositifs en faveur de l'aménagement du logement individuel (nombre de bénéficiaires)	864	790
R15-2- Développement de la reconnaissance réciproque des GIR affectés aux retraités par les conseils départementaux et par les caisses de retraite (taux de couverture des départements de la caisse)	2 sur 4	2

Source : CARSAT

PIECE-JOINTE 2 : INDICATEURS CPOG CAF

Indicateur	Cible	Réalisé	Commentaires
Nombre de personnes reçues en rendez-vous des droits	Suivi	3436	
Nombre d'interventions sociales	Suivi	"1127 accompagnements 3180 Info-Conseil (Offre COVID incluse)"	
"Décisions de création de places d'accueil en EAJE Maintien des places PSU existantes"	26	Création de 42 places PSU, Création de 140 places PAJE, Fermeture de 169 places en PSU	"2019 : Création de 146 places PSU, Création de 120 places PAJE, Fermeture de 69 places en PSU source : TMS 2020 : Création de 42 places PSU, Création de 140 places PAJE, Fermeture de 169 places en PSU Pas de cibles personnalisées pour l'exercice 2020 du fait du contexte de crise. "
Délai de prise en charge par les Caf du signalement de l'impayé (saisine CCAPEX et enclenchement de la saisine des partenaires pour mise en place du plan d'apurement)	1 mois maximum	En attente d'éléments complémentaires	"Objectif fixé en 2020 à 1 mois max (1,5 mois en 2019) La requête n'a pas été livrée aux Caf Nouvel outil EXPLOC partagé avec les partenaires en cours de déploiement "
Taux d'enfants de moins de 3 ans vivant dans une famille à bas revenu parmi les enfants en mode d'accueil formel	Suivi	40,2%	"Pas de cible, indicateur de suivi / Uniquement à partir de 2020 : Il s'agit des données reel 2019 PSU, car ce sont les dernières disponibles. "
Qualité des prévisions budgétaires en action sociale : écart entre les prévisions des TMS de juillet et d'octobre sur les dépenses de PS et de CEJ et les comptes	3,50%	1,17%	Résultats ok

Nombre de centres sociaux et d'espaces de vie sociale créés au niveau national et dans les quartiers prioritaires de la ville	Suivi	1	"2019 : 2 EVS La Mézière et 0 en QPV car le nouvel EVS de St Malo est proche mais en dehors de la zone de QPV 2020 : 1 EVS à Pleine Fougères" Pas de cible, indicateur de suivi.
Part des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) couverts par au moins un panier de service parentalité	48,00%	44,44%	2019 : 8 EPCI concernées par la présence simultanée de CLAS + LAEP + au moins une action REAAP (St Malo, Cote d'Emeraude, St Meen Montauban, Fougères, Rennes métro, Vitré, VHBC et Redon) = 8/18
Part des schémas départementaux des services aux familles (SDSF) comprenant un axe jeunesse	50,00% (niveau national)	Non réalisé	"En 2019 pas d'axe jeunesse intégré au SDSF. Le ""protocole jeunesse"" signé entre la Caf, le Département et l'Etat préexistait au SDSF actuel ; le protocole Jeunesse sera intégré dans le nouveau SDSF (signature prévue dernier trimestre 2021) "
Taux de couverture des CTG (taux de population couverte par une CTG à compter de 2019)	55,00%	17,40%	"5 CTG signées en 2019 : Brocéliande, St Meen Montauban, Bretagne Portes de Loire et Montfort+ Liffre Cormier Communauté En 2020: quelques communes de Rennes métropole : Laillé, St Gregoire-Chevaigné, Noyal Chatillon sur Seiche, Nouvoitou, Acigné "

Source : CAF

PIECE-JOINTE 3 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT

Encadré 9 : Mise en œuvre des orientations ASS maladie

« Les objectifs de l'ASS sont fixés en fonction des orientations nationales du CORPASS et sont déclinés lors des commissions d'orientation (ex : commission d'orientation de décembre 2020).

Il n'y a pas d'objectif CPG fixé pour l'ASS. Il s'agit avant tout de vérifier que les orientations fixées ont été appliquées et que les aides proposées correspondent à un besoin. En ce sens, le taux d'exécution budgétaire est un indicateur particulièrement suivi et partagé avec le Conseil.

Un faible taux d'exécution, depuis plusieurs années, peut par exemple provenir :

- D'une offre inadaptée aux besoins ;
- D'une méconnaissance de l'offre, qui nous a amené à bâtir un plan d'actions spécifique.

Plusieurs indicateurs permettent autrement un suivi de la maîtrise de l'activité :

- Le taux d'anomalies des dossiers ;
- Le délai de notification des aides individuelles ;
- Le délai de mise en paiement ;
- Le taux de paiement aux tiers des aides financières ;
- Le taux d'utilisation des aides accordées ;
- Le taux d'exécution budgétaire.

Nous nous attachons également à suivre le nombre de bénéficiaires des aides « effets de seuil ». Ces aides s'adressent aux personnes dont la Complémentaire Santé Solidaire a été refusée, mais dont les ressources sont inférieures à un plafond défini par la commission.

En 2020, 1297 personnes ont bénéficié de cette aide. »

Source : CPAM

Tableau 18 : Indicateurs maladie CPG Carsat

CONTRAT PLURIANNUEL DE GESTION - BRANCHE MALADIE - 2020

N° ind.	Description de l'indicateur	Résultats 2018	Résultats 2019	Résultats 2020
---------	-----------------------------	----------------	----------------	----------------

Axe 1 : Accessibilité du système de soins (150 points)

ACC.APF.07.01	Prise en charge par le service social des retraités orientés par les CES <i>Taux des bénéficiaires du dispositif "Accompagner la retraite" âgés de moins de 68 ans orientés vers les actions collectives de prévention de l'Action Sociale Retraite</i>		Neutralisé	Neutralisé
ACC.APF.06.01	Contribution du service social aux objectifs PFIDASS (nombre de signalements PFIDASS en provenance du Service social)		416	317

Axe 2 : Efficience du système de santé (400 points)

EFF.PRE.05.01	Prise en charge des bénéficiaires du PRADO PA Taux d'assurés signalés par les CAM dans le cadre du PRADO personnes âgées ayant bénéficié d'un entretien évaluatif dans les 3 jours au plus tard après la sortie d'hospitalisation <i>Période retenue : 01/04 AU 31/12/2020</i>		Neutralisé	Neutralisé
EFF.PRE.06.01	Taux d'assurés bénéficiaires d'une intervention sociale individuelle sur l'axe santé - employabilité ayant eu au moins 4 entretiens dont au moins 3 de visu		16,25%	18,86%
EFF.PRE.07.01	Taux de remise du plan d'aide aux bénéficiaires d'une intervention sociale individuelle sur l'axe santé - employabilité ayant eu au moins 3 entretiens		75,53%	69,13%
EFF.PRE.08.01	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la PDP		5 841	5 014

Axe 3 : Qualité de service et maîtrise des activités (450 points)

SER.SAT.05.01	Taux de satisfaction des usagers du service social	93,30%	94,70%	94,90%
SER.PSB.04.01	Taux de bénéficiaires sans entretien et sans séance depuis 4 mois	4,61%	5,63%	4,76%
SER.PSB.05.01	Taux de demandes d'intervention ou de demandes spontanées avec rendez vous dans les 15 jours	77,58%	80,69%	87,21%
EFI.PES.02.01	<i>Taux de formation des agents => Indicateur de suivi en 2020</i> <i>Résultat = 233/265</i>	65,00%	86,08%	87,92%
EFI.MAC.03.01	Validation sans restriction des comptes	100%	100%	100%

résultat supérieur ou égal à l'objectif
 résultat entre le seuil et l'objectif
 résultat inférieur au seuil

Source : CARSAT

PIÈCE-JOINTE 4 : INDICATEURS ASS CPG MSA

Tableau 19 : Indicateurs CPG MSA PdB

MSA PDB			
Indicateur CPG domaine ASS	Cible	Réalisé 2020	Commentaires
20.1.1. Nombre de bénéficiaires des ateliers de prévention pour le bien vieillir	257	2232	Nombre de bénéficiaires dans le cadre de l'action inter régime . Données 2019
20.2.1. Déploiement de l'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (Oui/non)	O/N	0	barème harmonisé en interrégime
20.3.2. Taux de déploiement de la V2 du socle commun AADPA fragiles	100%	100%	
20.4.2. Nombre cumulé de Chartes territoriales	-	2	Cet indicateur ne concerne que les chartes des aînés (la charte de Vitré est comptabilisée car démarches engagées auprès des élus locaux)
20.5.1. Mise en œuvre du "pack" accompagnement des Marpa (Oui/non)	O/N	N	Délabellisation des MARPA du fait de la médicalisation
21.1.1. Nombre cumulé de conventions signées sur une offre d'ingénierie et d'accompagnement aux territoires ruraux en matière de service et de solidarité aux familles	-	2	Cet indicateur concerne les actions en faveur des familles. 2 chartes au service des familles en PDB
21.2.1. Nombre d'actions collectives d'accompagnement vers l'emploi	8	15	ateliers "se reconvertir", "prendre soin de sa santé", "coup de pouce connexion"... annulation d'une partie des actions liées à la crise sanitaire
22.1.2. Déploiement des cellules pluri disciplinaires "maintien dans l'emploi" (Oui/non)	O/N	0	
22.2.1. Nombre de personnes dont la situation a été signalée et examinée par la CPME (PDP)	-	39	données 2019
16.3.2 Nombre d'aidants ayant réalisé le parcours "Santé des aidants"	-	8	Données 2019: Un groupe de 8 personnes
16.3.3 nombre de territoire d'implantation du parcours santé des aidants	-	1	Données 2019: un parcours dans le 35 (La Bousac)

Source : MSA

Il y a 3 types d'indicateurs :

- De résultat : avec une cible chiffrée
- Livrables : réalisation ou non d'une action
- Pilotage : le résultat et son évolution dans le temps sont suivis, mais sans qu'une cible soit à atteindre.

Ces indicateurs ne sont plus pris en compte dans les taux de mise en œuvre et de respect des engagements. (cas notamment du 22.2.1, 20.4.2)

ANNEXE 2 : Evaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale Orne

1	CONTEXTE ET ENJEUX SOCIAUX DU DEPARTEMENT DE L'ORNE	185
1.1	LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET TERRITORIAL DE L'ASS DANS L'ORNE	185
1.1.1	<i>Le contexte démographique et social : un département pauvre et en déclin démographique.....</i>	<i>185</i>
1.1.2	<i>Les territoires prioritaires d'intervention.....</i>	<i>186</i>
1.2	LES INTERVENANTS DE L'ASS, LES MOYENS DEPLOYES ET LES PRINCIPAUX CADRES DE COOPERATION	190
1.2.1	<i>Les intervenants de l'ASS dans l'Orne : un paysage classique</i>	<i>190</i>
1.2.2	<i>Les objectifs conventionnels des OSS : une pertinence et des résultats plutôt satisfaisants</i>	<i>194</i>
1.2.3	<i>Les moyens déployés par les OSS : des leviers d'intervention importants dans certains domaines, mais globalement minoritaires.....</i>	<i>196</i>
1.2.4	<i>Les cadres de coopération existants entre acteurs territoriaux de l'ASS : une action programmatique classique qui paraît, dans certains domaines, souffrir d'un pilotage incertain</i>	<i>198</i>
2	LES CARACTERISTIQUES DE L'ASS DEPLOYEE DANS L'ORNE	201
2.1	LE CHAMP DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	201
2.1.1	<i>L'action sociale des différents organismes de sécurité sociale : des orientations nationales bien déclinées.....</i>	<i>201</i>
2.1.2	<i>Les actions initiées dans le cadre de l'inter-régimes : des coopérations fortes qui s'appuient sur l'ASEPT Normandie</i>	<i>207</i>
2.1.3	<i>Le fonctionnement de la Conférence des financeurs pour prévention de la perte d'autonomie (CFPPA): une dynamique enclenchée mais non évaluée.....</i>	<i>209</i>
2.2	LE CHAMP « ENFANCE-FAMILLE »	212
2.2.1	<i>L'action de la CAF : une présence efficace sur l'ensemble des composantes, acquise notamment à travers un partenariat territorial dynamique</i>	<i>212</i>
2.2.2	<i>L'action de la MSA : une forte présence auprès des familles, gage d'une action sociale composante majeure du développement social territorial</i>	<i>220</i>
2.3	LE CHAMP « PAUVRETE-INCLUSION »	222
2.3.1	<i>L'implication des OSS dans le plan départemental d'insertion et le Plan de lutte contre la pauvreté.....</i>	<i>222</i>
2.3.2	<i>L'ASS maladie et le Centre d'exams de santé</i>	<i>225</i>
2.3.3	<i>La mobilisation de l'AS en faveur des travailleurs indépendants : une nouvelle organisation surdéterminée par la crise sanitaire</i>	<i>228</i>
3	UNE PERFORMANCE QUI S'EST NETTEMENT AMELIOREE MAIS QUI DOIT CONTINUER A PROGRESSER	231
3.1	LES OSS ONT FAIT DES PROGRES DANS LA CAPACITE A ANALYSER LES BESOINS, A IDENTIFIER LES PUBLICS PRIORITAIRES ET A DEFINIR UNE OFFRE DE SERVICE ADAPTEE PARTICULIEREMENT POUR LE DOMAINE AUTONOMIE ET DANS UNE MOINDRE MESURE DANS LES DOMAINES ENFANCE FAMILLE ET INCLUSION	231
3.1.1	<i>Le champ de la prévention de la perte d'autonomie : l'identification et le ciblage des zones blanches et fragiles</i>	<i>231</i>
3.1.2	<i>Le champ « enfance-famille » : l'identification proactive des bénéficiaires de l'accompagnement social et la recherche d'une meilleure appréhension des besoins en matière de mode de garde</i>	<i>232</i>
3.1.3	<i>Le champ « insertion »</i>	<i>233</i>
3.2	LES OSS S'APPUIENT SUR LEURS PARTENAIRES ASSOCIATIFS, MAIS LES EFFORTS POUR RENDRE LEUR OFFRE PLEINEMENT ACCESSIBLE NE PORTENT PAS ENCORE TOUS LEURS FRUITS.....	234
3.2.1	<i>Les partenaires associatifs et les OSS : hormis les secteurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'animation de la vie sociale, des partenariats à structurer et à approfondir.....</i>	<i>234</i>

3.2.2	<i>L'accessibilité de l'action sociale, l'accès au droit et la politique de communication : un engagement dynamique des différents OSS dans un cadre de plus en plus coordonné</i>	237
3.3	DANS L'ORNE, LES PARTENARIATS DOIVENT ETRE APPROFONDIS POUR PRODUIRE LEURS PLEINS EFFETS, NOTAMMENT EN TERMES D'INNOVATION ET D'ASSOCIATION DES BENEFICIAIRES A L'ACTION MENEES	240
3.3.1	<i>Les OSS et les autres acteurs institutionnels : malgré des résultats, les partenariats développés se heurtent à des cloisonnements persistants</i>	240
3.3.2	<i>L'innovation sociale et l'association des bénéficiaires : enjeux majeurs d'un partenariat renforcé</i>	243
PIECE JOINTE 1 : ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D' ACTIONS ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L' ACTION SOCIALE.....		247
PIECE JOINTE 2 : LE PROGRAMME COORDONNE DE LA CFPPA ORNE.....		255
PIECE JOINTE 3 : REGLEMENT PORTANT SUR L' ATTRIBUTION DES AIDES INDIVIDUELLES CAF		257
PIECE JOINTE 4 : AIDES INDIVIDUELLES CAF ACCORDEES EN 2020		261
PIECE JOINTE 5 : AIDES ACCOMPAGNEMENT SOCIAL CAF		263
PIECE JOINTE 6 : INDICATEURS CPOG CAF		265
PIECE JOINTE 7 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT.....		267
PIECE JOINTE 8 : OBJECTIFS COG MSA		269

Introduction

[889] La présente annexe consacrée à l'évaluation de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale compétents dans le département de l'Orne repose sur les entretiens réalisés par la mission en mars 2021, avec un ensemble important d'interlocuteurs des caisses concernées et de leurs partenaires institutionnels et associatifs, ainsi que sur l'exploitation de la documentation mise à sa disposition.

[890] La mission remercie de leur disponibilité l'ensemble des interlocuteurs sollicités dans une période de gestion contrainte par la pandémie de covid 19.

[891] Les entretiens menés dans ce contexte l'ont tous été par les moyens de visio-conférence disponibles.

[892] La rédaction de la présente annexe est arrêtée à la date du 28 avril 2021.

1 Contexte et enjeux sociaux du département de l'Orne

1.1 Le contexte démographique, social et territorial de l'ASS dans l'Orne

1.1.1 Le contexte démographique et social : un département pauvre et en déclin démographique

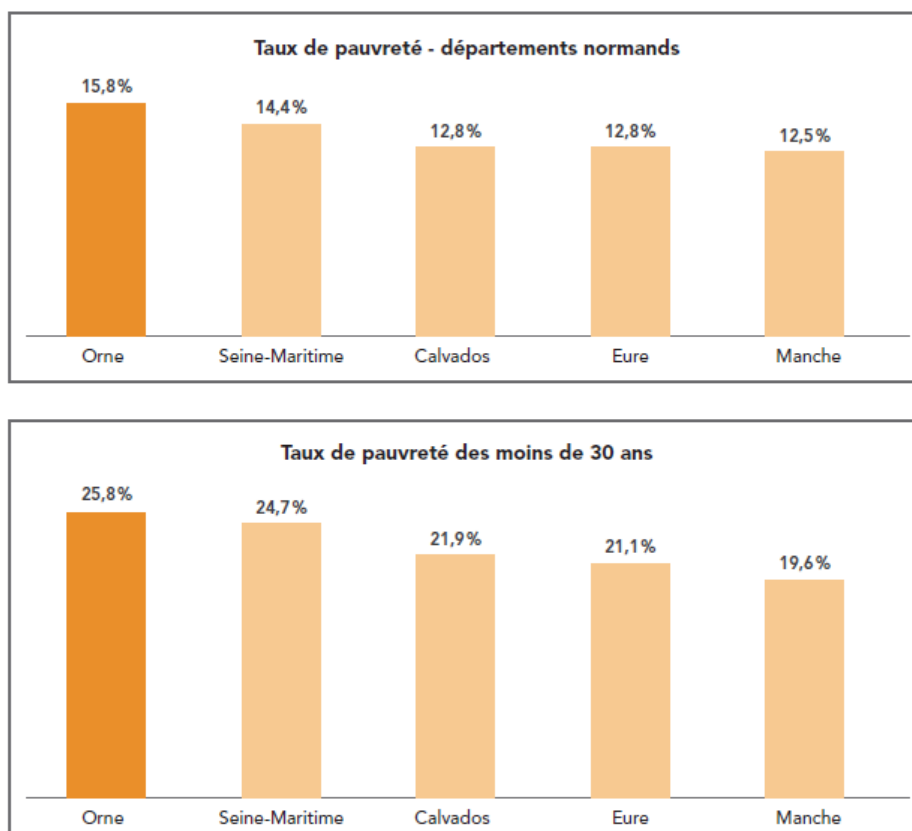
[893] L'Orne est un département de petite dimension dont la population s'élevait à 276 903 habitants totale au 1/01/2020. C'est un territoire rural, avec une densité de 45 habitants au kilomètre carré contre 119 en France métropolitaine, des villes moyenne comme Alençon, Argentan, Flers, l'Aigle et une particularité qui est que la ville chef-lieu Alençon est excentrée, au sud du département.

[894] L'Orne est un département en déprise démographique avec une diminution de la population de 0,5% par an en moyenne sur la période 2012 à 2017. C'est aussi un département qui vieillit. L'indice de vieillissement¹⁹⁴ est de 124,5 niveau très supérieur à celui de la France métropolitaine (85, 5). La part des plus de 75 ans et plus atteint 21 % contre 15,7 % dans l'ensemble du pays. Déjà fortement impacté par le vieillissement, l'Orne devrait être encore plus dans les années dans les années à venir.

[895] Sur le plan socioéconomique, l'Orne est un département en situation plutôt défavorable. En 2017 le revenu annuel médian se situait à 19 530 € contre 20 140 € au niveau national (82ème position). A fin 2019, le taux de chômage atteint 7,5 % dans l'Orne en 2020 contre 7,9 % au niveau national. 9 % de la population travaille dans l'agriculture, mais c'est une agriculture peu diversifiée avec des revenus relativement faibles. 15,8 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce taux est nettement plus élevé pour les moins de 30 ans (25,8 %). Les principales villes de l'Orne compteraient en moyenne 25 % d'habitants vivant sous le seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté des enfants était 3,5 points au-dessus de la moyenne nationale (26,5 %).

¹⁹⁴ Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Graphique 1 : Taux de pauvreté comparés Orne et départements normands



Source : PTI Orne

[896] S’agissant des données de la CAF, en 2019, 50 250 ménages sont allocataires et en y ajoutant toutes les personnes qui vivent dans un même foyer, ce sont 128 668 personnes, représentant 42,5 % de la population, qui sont couvertes par des prestations familiales. En 2019, 8001 personnes ont perçu le RSA dont le nombre de bénéficiaire est stabilisé. Le taux de population couverte par le RSA (allocataires, conjoints et personnes à charge) s’élève à 5,1 % contre 5,8 % pour la France entière.

[897] Sur le plan social, la part des familles monoparentales est plus faible qu’en France (12,6 % contre 16 %). En sens inverse, il faut signaler l’importance d’une population d’agriculteurs de plus de 50 ans en situation d’isolement. L’accès aux soins est relativement difficile et on constate un fort renoncement aux soins : 30 % des assurés ont renoncé à des soins dans les six mois qui précèdent. Du fait de la crise de la démographie médicale, 16,5 % des assurés n’ont pas de médecins traitants.

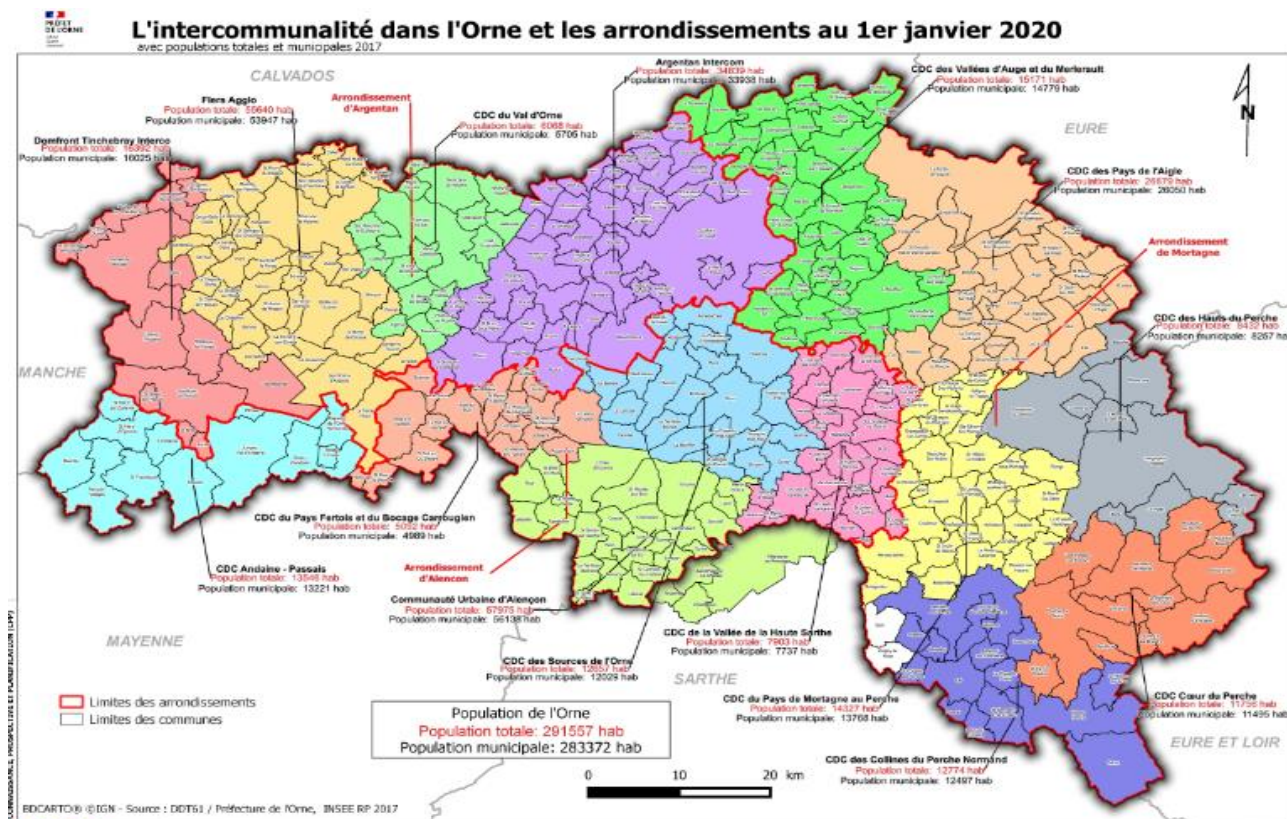
1.1.2 Les territoires prioritaires d’intervention

1.1.2.1 Les OSS doivent tenir compte d’une restructuration de la carte administrative du département après la loi NOTRe

- Après la loi NOTRe, le schéma départemental de coopération intercommunale conduit à un resserrement du nombre d’EPCI

[898] Désormais au nombre de 15, les EPCI¹⁹⁵ couvrent l'ensemble du département sans enclave ou discontinuité territoriale.

Graphique 2 : Carte des EPCI Orne



Source : Préfecture de l'Orne

- Les organismes de sécurité sociale sont amenés à adapter leurs interventions pour tenir compte de cette nouvelle cartographie, essentiellement pour garantir une équité de traitement entre assurés.

[899] On note en particulier que la plus grande partie du territoire départemental est classé en zone de revitalisation rurale.

[900] Il existe 7 quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans 4 villes, Alençon, Argentan, Fiers et L'Aigle et dans lesquels vivent 14 630 personnes soit 5,1 % de la population totale contre 8,1 % en France.

¹⁹⁵ 15 établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre dont : 13 communautés de communes, 1 communauté d'agglomération (Fliers), 1 communauté urbaine (Alençon)

1.1.2.2 Les différents travaux menés convergent sur l'identification de territoires prioritaires pour l'intervention sociale

- Le schéma départemental des services aux familles fait apparaître les territoires prioritaires « petite enfance »

[901] Au regard de la définition posée par la CNAF « est prioritaire la commune ou l'intercommunalité dont le taux de couverture en mode d'accueil est inférieur à 54 places pour 100 enfants (accueil individuel et collectif) », ce qui correspond à la moyenne nationale.

[902] Par ailleurs, deux autres critères sont utilisés :

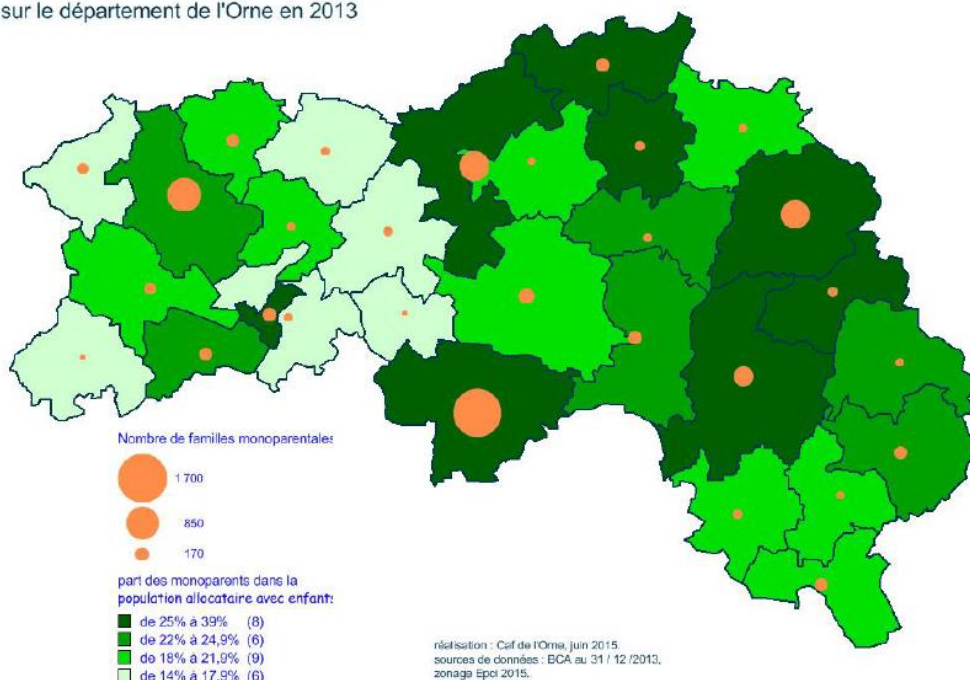
- Le potentiel financier de la commune par habitant, inférieur au potentiel moyen national,
- Le revenu net moyen déclaré par foyer fiscal, inférieur à la moyenne nationale.

[903] L'agrégation des trois critères permet d'identifier des territoires prioritaires du département.

- Le Schéma départemental d'animation de la vie sociale met en évidence les caractéristiques sociales défavorables de plusieurs territoires.

Graphique 3 : Territoires classés en fonction du nombre de familles monoparentales

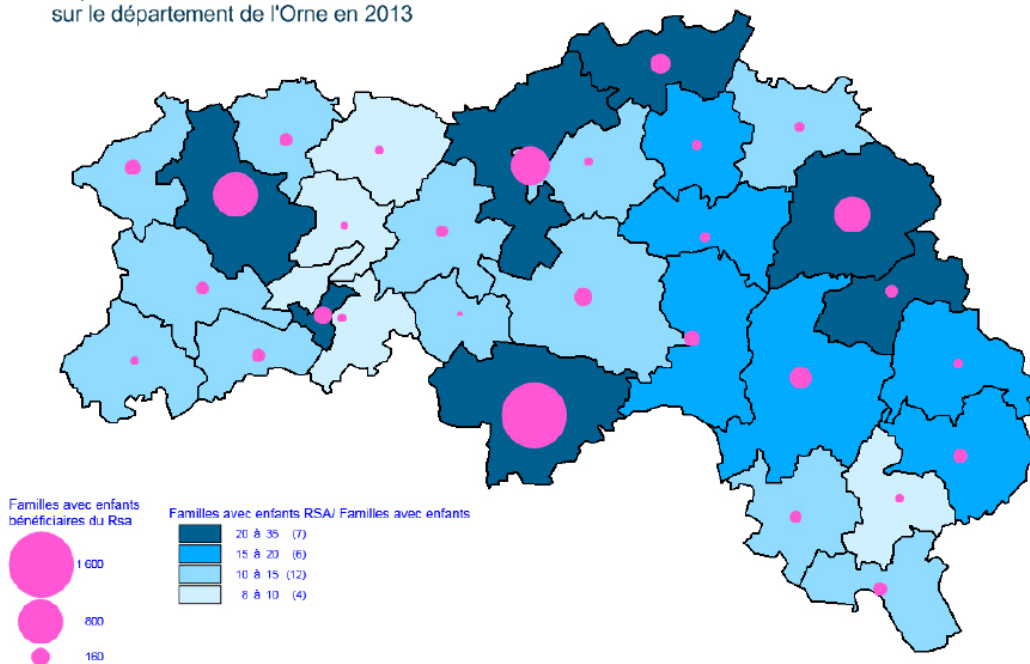
Répartition des familles monoparentales sur le département de l'Orne en 2013



Source : SDAVS- CAF de l'orne

Graphique 4 : Territoires classés en fonction du nombre de familles bénéficiaires du RSA

Répartition des familles avec enfants, bénéficiaires du RSA sur le département de l'Orne en 2013



Source : SDAVS- CAF de l'orne

- Enfin, le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public permet, entre autres, de faire apparaître les territoires les plus défavorisés au regard d'un cumul de critères socio-économiques.

Tableau 1 : Indicateurs socio-économiques identifiant les territoires confrontés à des situations de fragilité

	Variation de population 2010-2015 (taux annuel moyen)	Indice de vieillissement 2015	Revenu médian disponible par unité de consommation 2015 en €	Taux de pauvreté 2015	Taux de chômage 2015	Part des salariés 15-64 ans en emploi précaire 2015	Part des ouvriers dans la population 2015	Cumul d'indicateurs défavorables / valeur de référence
Valeur de référence: France métropolitaine	0,48%	77,4	20 565,60	14,9%	13,6%	15,0%	12,6%	
CA Flers Agglo	-0,27%	100,8	19 088,7	15,1%	13,7%	16,2%	18,0%	7
CC Andaine - Passais	-0,54%	161,1	19 020,7	14,9%	10,4%	17,9%	15,2%	5
CC Argentan Intercom	-0,41%	103,1	19 136,0	16,5%	14,4%	16,2%	15,3%	7
CC Coeur du Perche	-0,33%	93,9	19 557,3	13,5%	11,2%	12,8%	19,4%	4
CC de la Vallée de la Haute Sarthe	0,30%	86,3	19 030,3	15,5%	11,3%	16,5%	16,7%	6
CC des Collines du Perche Normand	-0,73%	106,0	19 472,0	13,6%	11,8%	14,9%	20,9%	4
CC des Hauts du Perche	-0,62%	125,2	18 602,9	16,4%	13,1%	16,5%	16,6%	6
CC des Pays de l'Aigle	-0,07%	93,5	18 725,0	17,4%	15,3%	14,5%	17,0%	6
CC des Sources de l'Orne	0,03%	95,7	18 876,3	15,2%	12,1%	14,4%	16,3%	5
CC des Vallées d'Auge et du Merlerault	-1,26%	134,3	18 129,3	19,2%	15,7%	16,1%	15,9%	7
CC Domfront Tinchebray Interco	-0,57%	114,5	18 788,0	14,4%	10,5%	12,7%	18,1%	4
CC du Bassin de Mortagne Au Perche	-0,89%	117,0	19 217,0	15,3%	12,6%	15,7%	15,8%	6
CC du Pays Fertois et du Bocage Carrougien	-0,31%	100,6	19 260,8	14,1%	9,5%	15,8%	17,0%	5
CC du Val d'Orne	0,01%	84,3	18 641,1	16,1%	10,7%	18,8%	17,2%	6
CC Maine Saosnois	-0,08%	103,0	19 074,7	14,2%	13,0%	15,0%	19,2%	4
CU d'Alençon	-0,08%	89,0	19 727,3	16,7%	14,3%	16,1%	13,0%	7
Orne	-0,35%	103,6	19 060,0	16,1%	13,4%	15,7%	16,4%	
Normandie	0,17%	79,4	20 087,0	13,9%	13,9%	15,7%	15,0%	

Source: INSEE RP 2015, Filosofi 2015

Source : SDAASP

[904] Neuf EPCI sur quinze cumulent six ou sept indicateurs de fragilité.

[905] Au total, les bassins qui cumulent les handicaps sociaux apparaissent nombreux dans le département et les diagnostics établis convergent, mettant en évidence la fragilité de plusieurs communautés de communes, dont la CU D'Alençon, et les CC de Flers, l'Aigle et Argentan.

1.2 Les intervenants de l'ASS, les moyens déployés et les principaux cadres de coopération

1.2.1 Les intervenants de l'ASS dans l'Orne : un paysage classique

1.2.1.1 Les organismes de sécurité sociale

- La Caisse d'Allocation familiale de l'Orne (CAF) de l'Orne

[906] A travers l'action de ces 125 collaborateurs, la CAF de l'Orne met en œuvre les prestations légales et des prestations extra légales, l'action sociale. Les premières bénéficient à 119 070 habitants représentant 42 % de la population totale. Pour 17 % des allocataires, ces prestations représentent la totalité de leurs revenus. Pour l'action sociale, le budget représente 15 M€ de crédits, dont 16 % de fonds locaux (c'est-à-dire gérés sous la seule responsabilité du conseil).

[907] Le pilotage de l'action sociale est assuré par le conseil d'administration avec l'appui de sa commission d'action sociale. Un pôle unique d'intervention, dénommé pôle de développement social des territoires regroupe les différents services qui concourent à l'action sociale :

Encadré 10 : Le pôle de développement social des territoires

Le pôle de développement social des territoires est composé de trois ensembles :

Un service de travail social avec 1 responsable et 10 travailleurs sociaux (7 conseillères en accompagnement social et familial et 3 assistantes sociales). Les collaborateurs du service sont organisés pour suivre 4 territoires, dont les limites coïncident avec celles des Délégation d'Action Sociale du département (voir plus loin) et qui ont été constitués à partir de territoires d'EPCI, des communautés de communes ou de leur regroupement : 2 TS pour le territoire Sud autour d'Alençon, 3 TS pour le territoire Est autour de l'Aigle, Mortagne, Bellême, 3TS pour territoire Ouest autour de Flers La Ferté Macé, 2 TS pour le territoire Nord autour d'Argentan ;

Un service administratif polyvalent sur les aides financières individuelles et collectives avec un responsable et 4 agents ;

Un service d'accompagnement des territoires avec 4 conseillères techniques territorialisées en charge chacune d'une thématique (animation vie sociale, petite enfance, jeunesse et logement des jeunes, handicap) ; une conseillère technique parentalité, un chargé de mission, une chargée d'étude.

Source : CAF

- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de l'Orne

[908] A travers l'action de ses 200 collaborateurs, la CPAM met en œuvre les prestations d'Assurance Maladie et dans ce cadre des activités d'accompagnement social vers des soins de qualité pour des personnes en situation de fragilités.

Encadré 11 : Le Département Relations Clients

Il est composé de 4 unités :

-Accueil Physique,

-Accès aux Soins (Complémentaire Santé Solidaire, Aide Médicale Etat, Assurance Volontaire, Partenariats, ...),

-Action Sanitaire et Sociale (ASS) : Unité ASS composée de 2 référentes techniques placées sous la responsabilité directe du Responsable de Département Relations Clients

-et depuis le 1er février 202, la Mission Accompagnement en Santé (MisAS) composée de 3 agents sous la responsabilité du manager Accès aux Soins

[909] La mise en place de la Misas a permis d'accentuer le fonctionnement en transversalité de la CPAM et d'intensifier les relations avec ses partenaires du service social et de l'Echelon Local du Service Médical (ELSM). Toutes les 6 semaines, un comité de pilotage « Accès au droit et aux soins » réunit les responsables des différents services de la CPAM. Sur la même périodicité, est réuni un comité opérationnel (COMOP), où sont conviés des représentants de l'accueil de la CPAM, du Service Social, de l'ELSM et du centre d'examens de santé géré par l'UC-IRSA, afin d'étudier certains dossiers et ainsi trouver les circuits favorisant la résolution du renoncement aux soins.

[910] L'action sociale est pilotée par le conseil et sa commission d'action sanitaire sociale (CASS), composée d'une délégation de Conseillers issus du Conseil¹⁹⁶. Les propositions d'aménagement de la politique locale sont présentées à l'approbation des Conseillers de la CASS, puis soumises à la validation du Conseil. Des réunions de travail sont organisées entre les équipes ASS, le Responsable du Service Social de la CARSAT, le Président de la CASS et son suppléant. Selon les thématiques, ces réunions peuvent être élargies avec des représentants de l'ELSM ou de l'UC-IRSA.

[911] La CPAM agit en étroite interaction avec d'autres services :

- L'échelon local du service médical (ELSM), qui donne son avis sur certains dossiers : certains dossiers sont transmis à l'ELSM pour avis médical, notamment pour les aides sur médicaments non remboursés (NR), les personnes hors 100% santé et certains dossiers d'aides ménagères ;
- Le Service Social : toutes les demandes d'aides ménagères sont préalablement vues par le Service Social, ce dernier est à également à l'origine de nombreux dossiers concernant les aides à caractère social. Une référente ASS est également référente prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et siège aux cellules PDP mensuelles.
- Le centre d'examens de santé UC-IRSA (voir plus loin).
- La CARSAT Normandie

[912] La CARSAT Normandie intervient au titre de la retraite (6,5 Mds de prestations versées en 2019), de l'action sociale et de la gestion des risques professionnels sur l'ensemble de la Normandie. Ces activités sont mises en œuvre par 953 collaborateurs, répartis entre un siège à Rouen et des implantations dans tous les départements.

¹⁹⁶ Celle-ci se réunit mensuellement le 1er ou 2ème jeudi de chaque mois sauf en août (60 à 80 dossiers par séances).

[913] L'action sociale est mise en œuvre sous l'autorité du conseil par une direction dédiée, qui emploie 33 collaborateurs pour l'ensemble de la Normandie sur l'Action sociale Retraite. La direction de l'action sociale, organisée en pôles, est dirigée par un directeur-adjoint sous l'autorité du directeur général.

Encadré 12 : Les pôles de la direction de l'action sociale

- production et expertise (15 agents)
- coordination de l'offre de service action sociale retraite partenariat et actions collectives (4 agents)
- habitat individuel et collectif (3 agents)
- coordination et action collective de prévention (6 agents)
- pilotage et performance (2 agents)

[914] L'organisation ne comporte pas l'identification de moyens dédiés spécifiquement à l'Orne.

[915] Le Service Social régional (maladie) met en œuvre les actions d'accompagnement des personnes en situation difficile ; ses 153 collaborateurs sont repartis dans l'ensemble de la région, dont 15 implantés sur le département de l'Orne.

[916] Le budget de l'action sociale s'élève à 21 M€ pour 2021.

- La Mutualité Sociale Agricole (MSA) Mayenne Orne Sarthe (MOS)

[917] La MSA qui opère sur deux régions administratives (Normandie et Pays de la Loire) met en œuvre les prestations des différentes branches de la sécurité sociale à destination d'assurés exploitants agricoles et salariés actifs et retraités¹⁹⁷. Elle emploie 410 collaborateurs implantés notamment dans chacun des chefs-lieux de département et dans des villes moyennes, pour l'Orne, Alençon et Flers.

[918] La MSA met en œuvre l'action sanitaire et sociale (ASS) sous l'égide du conseil et de sa commission spécialisée d'ASS. Le budget de l'ASS s'élève à 5,5 M€ avec 1,8 M€ pour les missions publiques et 3,7 M€ pour les aides individuelles et collectives.

[919] En ce qui concerne les services d'ASS, l'organisation est relativement mutualisée et il n'apparaît pas de service dédié à l'Orne. Il existe toutefois pour chacun des trois départements un comité départemental composé d'administrateurs du département et des présidents d'échelon local du département, qui assure un suivi de l'action de la MSA sur un ressort départemental. Sous l'autorité de la directrice générale, une sous-directrice est en charge de l'action sanitaire et sociale, des services de proximité des prestations extra légales et de la vie mutualiste. L'ASS mobilise 36,4 ETP soit 12 conseillers par département, eux-mêmes répartis en 4 conseillers pour l'accès au droit, 4 pour l'accompagnement social et 4 pour le développement social.

- L'URSSAF Basse Normandie

[920] L'URSSAF Basse Normandie met en œuvre depuis le 1er janvier 2020 la gestion des aides sociales en direction des travailleurs indépendants (chefs d'entreprise, autoentrepreneurs (AE),

¹⁹⁷ En 2020, 106 033 personnes protégées en maladie, dont 29 020 pour le département de l'Orne (16 203 non salariés et 12 817 salariés). 138 899 retraités dont 33 549 retraités sur l'Orne (18 827 salariés et 14 722 non salariés). 15 146 ménages bénéficiaires de prestations familiales dont 4 110 sur l'Orne.

exerçant une activité artisanale ou commerciale et professionnels libéraux). Il s'agit de soutenir et d'accompagner les travailleurs indépendants qui sont momentanément fragilisés, ou qui rencontrent des difficultés dans l'exercice de leur activité ou à titre personnel. Cet accompagnement s'effectue à travers 4 aides spécifiques (*cf. infra*).

[921] Les autres caisses de régime général ont pris en charge les assurés travailleurs indépendants dans le cadre de leur action sociale de branche (CARSAT, Cnam, Caf).

- L'AGIRC ARRCO

[922] Les régimes de retraite AGIRC- ARRCO mettent en œuvre une action sociale au bénéfice de leurs ressortissants actifs, mais principalement retraités. Ces activités sont gérées par 16 comités d'action sociale. Le comité pour la Normandie, compétent pour l'Orne, est basé à Rouen et est animé par un pilote. Ses travaux sont appuyés par un coordonnateur pour la grande région ouest (Bretagne et Normandie), qui suit les interfaces avec les partenaires.

1.2.1.2 Les partenaires institutionnels locaux

- Le département de l'Orne est chef de file de l'action sociale dans ce territoire.

[923] Le conseil départemental est le chef de file de l'action sociale dans ce territoire. Son action est encadrée par un ensemble de documents d'orientations stratégiques élaborés sous sa responsabilité (schéma autonomie, schéma enfance ou pacte territorial d'insertion) ou dans un cadre concerté avec l'Etat (par exemple schéma départemental d'amélioration de l'accès du public aux services) (*voir infra*).

[924] Le département met en œuvre ses responsabilités en y affectant des ressources importantes, avec 1760 collaborateurs (dont près de 900 qui travaillent dans le domaine des solidarités, avec notamment 150 travailleurs sociaux)¹⁹⁸ et un budget de 338 M€, au sein duquel l'action sociale représente un peu plus de 50 % (173,5 M€ de crédits).

[925] Ces activités sont mises en œuvre sous l'égide du directeur général des services par le pôle solidarités, qui comprend trois directions :

- La direction de l'enfance famille,
- La direction de l'autonomie,
- La direction de l'action territoriale et de l'insertion qui, outre des services au siège, dispose d'un réseau territorial de quatre Délégations Territoriales de l'Action Sociale (DTAS), qui intègrent 4 centres d'action sociale (CAS) implantés à Alençon (avec une antenne à Sées), Argentan (avec une antenne à Vimoutiers), Flers (avec deux antennes Domfront) et Ferté Macé et Mortagne au Perche (avec deux antennes Aigle et Bellême).

- Les communes et intercommunalité (EPCI) et leurs centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres intercommunaux d'action sociale (CIAS)

[926] Les communes et leurs intercommunalités (EPCI) jouent un rôle majeur dans l'action sociale, notamment à travers l'action des CCAS et des CIAS. Ceux-ci assurent une fonction d'action

¹⁹⁸ Rapport d'activité CD Orne

générale en matière de prévention et de développement social et sur le plan opérationnel jouent un rôle majeur en termes d'accueil et d'orientation, mais aussi d'intervention par exemple sur l'exclusion, les banques alimentaires et le logement. Il existe 14 CCAS dont un intercommunal, le CIAS du pays de l'Aigle.

1.2.1.3 L'Etat partenaire de l'action sociale

[927] Dans le cadre des textes qui ont organisé la décentralisation de l'action sociale, L'Etat est présent sur le champ social. La Préfecture assure une mission de coordination interministérielle et d'impulsion de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques, notamment dans le domaine de l'exclusion, en lien avec le commissaire de la lutte contre la pauvreté.

[928] Afin de garantir la mise en œuvre des lois et des règlements et une égalité de traitement entre les territoires, la Préfecture agit par le biais du contrôle de légalité sur l'action des collectivités territoriales, et aussi de manière plus incitative dans le cadre de contrats passés avec elles.

[929] La Préfète et la Secrétaire Générale cordonnent, avec l'appui du réseau des sous-préfets l'action de plusieurs services de l'Etat qui interviennent sur le champ de l'action sociale : la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) (en cours de transformation en direction départementale Emploi Travail Solidarités et Protection de la population DDETS-PP), la DASEN (prochainement en articulation avec la DRAJES, pour les questions de jeunesse et de sports) et la Délégation Départementale de l'ARS. Dans le domaine de l'action sociale, la préfecture avec l'appui l'ensemble des services de l'Etat concernés est engagée plus particulièrement sur la lutte contre l'exclusion et la politique de la ville.

[930] Sous l'égide de la Préfète et du Président du Conseil Départemental, un schéma départemental d'amélioration de l'accès des services au public a été élaboré en 2019. Il fait une large place aux questions d'accessibilité des services sociaux (voir plus loin). Le développement du réseau France Service été fortement promu (voir plus loin).

[931] En 2021, ces actions se poursuivent et s'enrichissent dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté, des actions inscrites à l'agenda rural et de la préparation des futurs Contrats de Relance et de Transition écologique (CTRE).

1.2.2 Les objectifs conventionnels des OSS : une pertinence et des résultats plutôt satisfaisants

1.2.2.1 Les objectifs des contrats conclus par les caisses locales avec les caisses nationales manifestent une bonne compréhension des enjeux

[932] A titre d'exemples principaux, le CPOG de la Caf et le CPG de la CARSAT comprennent les objectifs suivants. On notera que les objectifs CAF et CARSAT liés aux actions déployées sont assignés dans tous les CPOG et CPG signés respectivement entre CNAF et CAF, et CNAV et CARSAT.

Tableau 2 : Objectifs des conventions de gestion

Caisse	Objectifs et enjeux transversaux	Objectifs liés aux actions déployées	Objectifs de gestion
CARSAT	Information et promotion de l'ASS ; inclusion numérique Repérage des besoins et retraités fragiles Développement des partenariats, notamment interrégime et interbranche Coordination avec les collectivités territoriales	Développement des aides temporaires, de l'adaptation des logements, de l'offre liée aux lieux de vie collectifs Adaptation des aides individuelles (OSCAR) Renforcement des aides collectives interrégime Intégration de nouveaux publics (travailleurs indépendants)	Renforcement du pilotage
CAF	Mieux faire connaître les services aux allocataires et partenaires (communication, accueil, espace partenaires, CTG..)) Développer le maillage territorial de services (optimisation des lieux de présence, déploiement de dispositifs populationnels ou dédiés à des parcours coordonnés par évènement, pilotage du SDSF..)	Déclinaison locale des objectifs nationaux Développement AJE en luttant contre les inégalités sociales et territoriales Accompagnement des parcours éducatifs des 3-11 ans Soutien des jeunes dans l'accès à l'autonomie Valorisation du rôle des parents ; accompagnement des familles et développement de l'animation de la vie sociale Développement de l'accès aux droits	Renouvellement de la relation de service (tous canaux) et développement d'un plan inclusion numérique

Source : Mission d'après CPOG CAF et CTG CARSAT

[933] Outre les objectifs de fond, propres à l'action sociale développée par chaque branche, on relèvera surtout la convergence des objectifs transversaux en matière

- D'amélioration de la relation de services, de repérage des besoins et d'accès aux droits,
- De développement des partenariats, coopérations et échanges de données.

[934] Ces enjeux majeurs pour l'action sociale font, aussi bien dans les documents conventionnels que pour les interlocuteurs entendus par la mission, l'objet d'une bonne compréhension.

[935] Le CPOG de la CAF fait ainsi l'objet d'une réelle contextualisation par rapport aux enjeux du département de l'Orne, tout en s'inscrivant dans les objectifs nationaux de la branche famille.

[936] Cette contextualisation paraît moins sensible pour la CARSAT, agissant à un niveau régional, avec des objectifs semblables déclinés dans chaque CTG, la marge de manœuvre réelle existant au niveau des moyens de mise en œuvre déployés.

1.2.2.2 Le suivi de l'ASS ne passe que partiellement par des indicateurs retenus dans les conventions de gestion.

Encadré 13 : Les indicateurs des contrats de gestion de la CAF et de la CARSAT dans le domaine de l'ASS

Pour la CAF, les indicateurs retenus reflètent les axes clefs de la politique d'ASS :

- territorialisation de l'ASS (1 indicateur relatif à la couverture territoriale en CTG),
- petite enfance, enfance, jeunesse et parentalité (4 indicateurs : création de places d'accueil en EAJE, enfants de moins de 3 ans vivant dans une famille à bas revenu parmi les enfants en mode d'accueil formel, EPCI couverts par au moins un panier de service parentalité, présence d'un axe jeunesse dans le SDSF)
- vie sociale et accompagnement des familles (3 indicateurs : centres sociaux et espaces de vie sociale créés, Nombre de personnes reçues en rendez-vous des droits, Nombre d'interventions sociales),
- insertion et logement (1 indicateur : délai de prise en charge par les Caf du signalement de l'impayé)

Pour la CARSAT, on note que les trois indicateurs¹⁹⁹ retenus ont trait à l'action sociale individuelle, l'action sociale collective n'étant pas suivie de cette manière.

[937] Le contrat de la CPAM ne comprend pas d'indicateurs propres à l'ASS, ce qui reflète la faible importance de ce pan d'activité, mais ne signifie pas un suivi moins exigeant, mais d'une autre nature, dans les relations avec les caisses nationales. Pour l'URSSAF, un indicateur est défini (traitement de 80 % des demandes d'aide en 60 jours).

[938] Les données relatives aux indicateurs de la caisse MSA sont présentés en pièce jointe.

[939] Il n'appartenait pas à la mission de se livrer à un audit des résultats obtenus par les organismes de sécurité sociale, au regard des objectifs fixés. Au demeurant, il n'apparaît pas, sauf exception, (cf. Pièces jointes à la présente annexe) d'écart majeur entre objectifs et résultats.

1.2.3 Les moyens déployés par les OSS : des leviers d'intervention importants dans certains domaines, mais globalement minoritaires

[940] De manière synthétique, les moyens mis en œuvre par les organismes de sécurité sociale en matière d'action sanitaire et sociale peuvent être ainsi présentés.

- Pour les organismes du régime général

[941] Les moyens budgétaires déployés pour l'ASS par l'ensemble des organismes du régime général sur le département de l'Orne se montent à un peu moins de 20 M€ en 2019, avec une forte concentration sur les secteurs enfance-famille.

[942] Les dépenses de la CARSAT et de l'URSSAF concernent la région Normandie, et non le seul département de l'Orne.

¹⁹⁹ Taux de demande d'aides individuelles traitées en 40 jours maximum ; Déploiement des dispositifs en faveur de l'aménagement du logement individuel (nombre de bénéficiaires) ; Développement de la reconnaissance réciproque des GIR affectés aux retraités par les conseils départementaux et par les caisses de retraite (taux de couverture des départements de la caisse)

Tableau 3 : Dépenses ASS

en M€	2017	2018	2019	2020
CAF	17,3	14,6	15,3	12,5
CARSAT/dt Orne	18,6/2,2	18/2,1	18,1/2,1	19,8/2,3
CPAM	0,5	0,55	0,55	0,5
URSSAF BN	—	—	—	0,4*
	*hors moyens crise 2020			

Source : OSS

[943] Les moyens humains dévolus à l'ASS²⁰⁰ sont les suivants.

Tableau 4 : ETP ASS

en ETP	2017	2018	2019	2020
CAF	24,20	21,90	21,50	24
CARSAT	29,7	25,7	26	29,5
CPAM ASS	1,5	1,5	1,5	1,5
URSSAF BN	—	—	—	2*
	* hors effectifs crise 2020			

Source : OSS

- Pour la MSA (trois départements couverts), les moyens mis en œuvre se montent à environ 5,5 M€ (hors personnels).

Tableau 5 : Budgets et effectifs MSA

Mayenne-Orne-Sarthe	AJE	CEJ	MEDIATION FAMILIALE/ES PACES RENCONTRE	HANDICAP	PEL	TOTAL GENERAL	Bénéficiaires totalité	ratio totalité	ETPMA CDI et CDDS	LE TOTAL GENERAL/etp
2018	889 823 €	414 014 €	44 970 €	19 320 €	3 928 431 €	5 296 558 €	17126	309	40,62	130 401 €
2019	926 777 €	436 345 €	51 429 €	19 320 €	3 767 116 €	5 200 987 €	15525	335	39,21	132 641 €
2020	1 344 659 €	470 000 €	51 705 €	19 320 €	3 737 939 €	5 623 623 €	15896	354	39,76	141 453 €

Source : CCMSA

²⁰⁰ La CPAM précise : « L'activité MISAS correspond à l'accompagnement des assurés vers l'accès aux Soins (en travaillant notamment à partir de saisines de partenaires nous orientant les assurés ayant renoncé à des soins). La MISAS peut dans ce cadre proposer des dossiers d'accompagnement financier à l'ASS, mais la MISAS en tant que telle ne fait pas d'activité ASS. (C'est l'unité ASS qui va instruire le dossier et le présenter à la CASS). De même le CES (UC-IRSA, doté de 11,2 ETP dans l'Orne) n'a pas de compétence propre en ASS, que ce soit dans l'instruction de dossiers ou dans la gestion du fonds d'ASS de la CPAM. C'est un partenaire qui peut orienter des assurés ayant besoin d'un accompagnement financier via l'ASS, et répondre aux besoins d'examen de santé »

- Les dépenses sociales prévues au budget départemental, qui représentent 56% du budget de fonctionnement, se montent à plus de 175 M€.

Tableau 6 : Dépenses sociales du département de l'Orne

Programme	BP 2020	BP 2021
Mission sanitaire sociale	175 094 927 €	177 536 306 €
Dépendance handicap dont	90 566 602 €	90 418 507 €
<i>personnes âgées</i>	<i>51 975 021 €</i>	<i>51 724 821 €</i>
<i>personnes handicapées</i>	<i>38 591 581 €</i>	<i>38 693 686 €</i>
Cohésion sociale	46 913 597 €	48 112 877 €
Enfance famille	36 602 528 €	38 033 097 €
Santé	1 012 200 €	971 825 €

Source : Présentation BP 2021

[944] Les effets de levier des dépenses des OSS sont surtout sensibles dans le domaine enfance-famille, où le département concentre plutôt ses dépenses sur le domaine de l'aide sociale à l'enfance, et où les moyens d'intervention de la Caf sont puissants, puis celui de la prévention de la perte d'autonomie, et de manière plus qualitative dans le secteur de l'insertion.

1.2.4 Les cadres de coopération existants entre acteurs territoriaux de l'ASS : une action programmatique classique qui paraît, dans certains domaines, souffrir d'un pilotage incertain

[945] Dans les trois domaines, prévention de la perte d'autonomie, enfance-famille et lutte contre les exclusions, les cadres de coopération apparaissent installés.

1.2.4.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie

- La CFPPA de l'Orne, créée en 2017, regroupe autour du conseil départemental l'ARS, l'association des maires de l'Orne, la CARSAT, la MSA et la CPAM, l'AGIRC-ARRCO, l'ANAH et la mutualité française.

[946] Un document approfondi²⁰¹ comportant la caractérisation de la population ornaise et un état des lieux de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale pour les personnes âgées a été établi.

[947] Il est accompagné du catalogue des actions et interventions coordonnées des financeurs, présenté selon les axes d'intervention assignés aux CFPPA, associés aux objectifs opérationnels retenus.

- L'inter-régime et l'ASEPT Normandie

[948] L'association de santé, d'éducation et de prévention sur le territoire de Normandie, dénommée ASEPT Normandie, est une structure créée par les caisses de l'inter régimes, avec pour

²⁰¹ Diagnostic partagé, programme coordonné 2017-2021

objet la « promotion de toute action dans les domaines de la prévention du vieillissement et la préservation de l'autonomie des personnes âgées, de la prévention et de l'éducation en santé pour tous publics, la réalisation d'actions dans ce domaine, le développement des liens de proximité entre les personnes ».

[949] Cet objet très large se traduit par des missions opérationnelles précises²⁰² et permet de déployer le programme « Pour bien vieillir ».

[950] L'association elle-même résulte en 2018, de la fusion des deux ASEPT, Haute et Basse Normandie. Ses financeurs sont pour l'essentiel les caisses de retraite de l'inter régimes et les CFPPA de la région.

1.2.4.2 Le champ « enfance-famille »

[951] Le département est doté d'un SDSF et d'un SDAVS.

- Le SDSF

[952] Le SDSF 2017-2019, qui associe les partenaires compétents en la matière²⁰³ a été enrichi par avenant en avril 2019, pour passer de cinq à huit orientations stratégiques²⁰⁴, en intégrant trois nouvelles orientations relatives à l'enfance et à la jeunesse.

[953] Le SDSF, qui valait jusqu'à fin 2019 n'a pas fait l'objet d'une prorogation formelle. Sa gouvernance apparaît à la fois légère, voire distante du point de vue des moyens mis en œuvre par les parties²⁰⁵, et faisant intervenir un grand nombre de réseaux et groupes de travail (voir schéma *infra*), sans pilotage nettement identifié, ce qu'ont confirmé plusieurs interlocuteurs de la mission, en le regrettant.

- Le schéma directeur de l'animation de la vie sociale.

[954] Le SDAVS, qui réunit autour de la CAF, l'Etat, la MSA, la CARSAT et le CD, couvrait la période 2015-2019. Il n'a pas fait l'objet de prorogation formelle, comme le SDSF, et il ne paraît pas envisagé de rapprochement entre les deux schémas.

[955] Les orientations principales du schéma sont classiques²⁰⁶.

[956] La gouvernance apparaît faible, le schéma indiquant « Les instances de gouvernance de la politique départementale de l'animation de la vie sociale sont à créer et/ou à formaliser pour

²⁰² Repérage et identification des besoins, conception d'actions de prévention, déploiement, organisation, suivi et évaluation d'actions, formation...

²⁰³ Etat, conseil départemental, CAF, MSA, association des maires de l'Orne, UDAF

²⁰⁴ Réduction des inégalités territoriales en accueil du jeune enfant, accès des enfants des familles vulnérables aux équipements et services, accès des enfants handicapés aux équipements et services, amélioration de l'information, amélioration du maillage en accompagnement à la parentalité, coordination des acteurs dans le domaine enfance-jeunesse, qualité des actions éducatives dans les structures enfance-jeunesse, autonomie des jeunes et accès aux droits

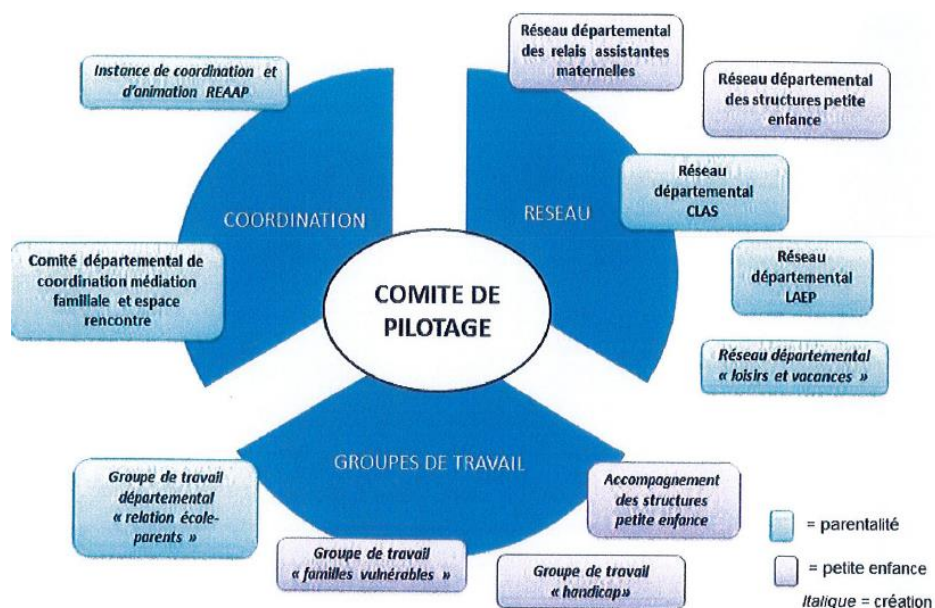
²⁰⁵ Les moyens de mise en œuvre reposent sur « les financements de droit commun, dans le respect des compétences de chaque partie, et selon ses procédures internes ». Ces moyens sont mobilisés « dans la mesure de leurs possibilités et dans le respect des compétences et territoires qui leur sont dévolus »

²⁰⁶ Rationaliser le fonctionnement des structures sur les territoires ; Encourager les initiatives, la dynamique participative au sein des structures et la concertation entre acteurs de l'animation de la vie sociale, Développer les outils et les instances

nécessaires à l'observation sociale partagée, Développer le nombre de structure sur les zones non pourvues et en particulier les EVS, .

accompagner la démarche, suivre les actions et les évaluer. ». La mission n’a pas eu connaissance d’avancées en la matière.

Schéma 11 : Modalités de mise en œuvre des actions du SDSF



Source : SDSF

- Les Conventions territoriales globales et les chartes « familles »

[957] La CAF mène une politique volontariste de développement des CTG.

[958] Au 31 décembre 2020, sept CTG sont signées dans le département à l'échelle des communautés de communes, sur 15 EPCI au total.

[959] La stratégie de déploiement adoptée par la CAF devrait conduire à dépasser l'objectif cible de couverture de 80 % de la population départementale dès la fin de cette année, avec sept signatures supplémentaires envisagées.

[960] En novembre 2019, une Charte territoriale des solidarités « Avec les familles », portée par la MSA avec la CAF a initié un projet de développement social local sur la communauté de communes de Domfront et Tinchebray, à l'ouest du département.

1.2.4.3 Le champ « pauvreté-inclusion »

[961] Dans un domaine où le chef de filât du conseil départemental est clairement reconnu, les OSS (CAF, MSA, CPAM) jouent un rôle non négligeable.

- Le Pacte Territorial d'Insertion (PTI) 2020-2022 décline les conditions de coordination des acteurs pour la mise en œuvre du Plan départemental d'insertion

[962] Les engagements des partenaires sont consignés dans le Pacte Territorial d'Insertion qui a pour vocation de « mettre en cohérence les actions et dispositifs d'insertion professionnelle et sociale sur l'ensemble du Département en articulant l'ensemble des interventions des partenaires pour agir au plus près des besoins des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) ».

[963] Une convention spécifique est signée entre le Département de l'Orne et la MSA afin de répondre aux particularités de l'accompagnement des publics de non-salariés agricoles.

[964] Les engagements des OSS se situent à différents niveaux de mise en œuvre des sept axes du PTI²⁰⁷.

2 Les caractéristiques de l'ASS déployée dans l'Orne

2.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie

2.1.1 L'action sociale des différents organismes de sécurité sociale : des orientations nationales bien déclinées

2.1.1.1 La CARSAT

[965] Le plan d'action de la CARSAT, tel qu'il ressort de la CPG 2018-2022 reflète strictement les six axes de l'action sociale développés par la CNAV²⁰⁸. Une synthèse de sa mise en œuvre est présentée en pièce jointe (PJ1).

[966] Les moyens consacrés aux aides au maintien à domicile s'élèvent à 17, 6 M€, pour 0,7 M€ consacrés aux actions Collectives et 2, 9 M€ aux aides à l'habitat.

- L'action sociale individuelle ne paraît pas présenter de spécificité, ni en termes d'orientations, ni en termes de mise en œuvre, par rapport au cadrage national en la matière.

[967] Les interlocuteurs de la mission ont souligné que :

- La CARSAT se mettait en mesure de déployer à brève échéance la nouvelle « Offre de Services Coordonnée pour l'Accompagnement de ma Retraite » (OSCAR), présentée à la CASS le 19 mars, avec une première vague dont le périmètre territorial est laissé au choix de la CARSAT, et de nombreuses étapes de préparation²⁰⁹ et adaptation des modes de gestion, comprenant celle du système d'information Antarès,

²⁰⁷ Axe 1 : Faciliter et fluidifier le parcours du bénéficiaire

Axe 2 : Mobiliser les bénéficiaires du RSA dans leur parcours

Axe 3 : Lever les freins à l'activité

Axe 4 : Favoriser le retour à l'emploi des bénéficiaires

Axe 5 : Développer une politique d'insertion dynamique et innovante

Axe 6 : Favoriser l'insertion des jeunes

Axe 7 : Mettre en place une gouvernance politique et technique

²⁰⁸ Renforcer les synergies retraite/action sociale dans une logique de continuum ; Repérer et accompagner les retraités fragilisés ; Contribuer à l'adaptation des logements individuels et prioriser les dépenses d'investissement en faveur des lieux de vie collectifs ; Créer des parcours de prévention en lien avec les collectivités territoriales et les autres acteurs de la prévention du territoire ; Renforcer le partenariat interrégime et interbranche dans le cadre des orientations nationales ; Accompagner de nouveaux publics et développer de nouvelles offres

²⁰⁹ La démarche accompagnée nationalement par un consultant extérieur comprend la constitution de cinq groupes de travail transverse (déploiement, formation...) et deux groupes spécifiques (barème et identification des retraités fragiles, demande unique)

- Cette échéance majeure était concomitante avec deux autres évolutions, la refonte du barème d'intervention des aides individuelles²¹⁰, et le projet de demande unique pour les retraités, couvrant à la fois le champ de l'APA et des aides servies par l'action sociale retraite, en lien avec la CNSA et les Conseils départementaux²¹¹,
- Les aide aux retraités en situation de rupture (ASIR) se développent correctement ; par contre, l'articulation des aides au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) avec l'action de l'assurance maladie ne paraît pas fluide, marquée par les orientations différentes des deux branches sur ce sujet,
- Le repérage de situations de retraités fragiles repose sur un dispositif de signalement croisé entre les conseillers retraite, l'action sociale retraite et le service social régional (maladie), sans qu'un bilan des interventions déclenchées de cette manière soit disponible,
- L'utilisation de critères de fragilités²¹² et l'appel à des relais de terrain, CCAS, CLIC, Maisons France Service, antennes des Restos du Cœur, des Petits frères des pauvres, qui peuvent donner un premier niveau d'information sur les offres d'action sociale de la CARSAT, de même que les travailleurs sociaux des départements, des foyers de travailleurs migrants (Adoma....) ou des plateformes d'évaluation, qui peuvent faire directement des signalements,
- Dans l'Orne, les aides à l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie (HCV) baissent légèrement en valeur absolue en 2020, mais progressent en proportion des aides octroyées sur la région ; par contre, il n'y a pas de convention conclue avec des bailleurs sociaux du département,
- S'agissant des lieux de vie collective, le financement des résidences autonomie, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) coporté par la CNAV et la CNSA a permis de lancer en 2017 à Alençon une opération de travaux importante portant sur la résidence autonomie « Les quatre saisons », et en 2019, la rénovation de la résidence « Les Archers » à l'Aigle :
- La CARSAT et les CAUE normands ont lancé en 2019, un appel à idées original dit « Silver habitat », portant sur la proposition de concepts innovants pour l'habitat visant à « dégager des pistes prospectives afin de guider élus, promoteurs, bailleurs, gestionnaires habitat et concepteurs dans la réalisation d'opérations correspondant réellement aux attentes d'un public de jeunes seniors ».

²¹⁰ validé par le Conseil d'administration de la Cnav lors de sa séance du mois de juillet 2020 et dont la mise en œuvre est programmée au 1er janvier 2021

²¹¹ qui devrait aboutir à la création d'un formulaire Cerfa sur le 1er semestre 2021

²¹² Les offres individuelles sont ciblées par rapport :

- A l'âge
- L'exonération CSG
- La situation de veuvage
- L'implantation sur un territoire avec un score de fragilité élevé

Tableau 7 : Aides individuelles accordées dans l'Orne et la Normandie

	2019			2020		
	ORNE	NORMANDIE	%	ORNE	NORMANDIE	%
ARDH	322	2 580	12%	291	2 063	14%
ASIR	28	258	11%	30	176	17%
PAP 1ère demande	395	3 190	12%	465	3 411	14%
PAP Réexamen	823	7 491	11%	766	6 847	11%
HCV	115	877	13%	104	712	15%

Source : CARSAT

- S'agissant de l'action sociale collective, elle passe largement par l'inter-régime et fait l'objet d'une mutualisation de ressources et de projets, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) (*cf. infra*), sans préjudice de la capacité d'initiative propre de la CARSAT.

[968] Plusieurs actions significatives ont été signalées à la mission :

- La Fédération des Centres Sociaux et 5 centres sociaux, notamment les CS Edith Bonnem et Croix Mercier à Alençon, ont bénéficié d'un financement leur permettant de réaliser un diagnostic de territoire pour aboutir à la formalisation d'un plan d'actions en direction des publics retraités,
- Le développement des contacts avec les partenaires potentiels débouchant sur la progression du nombre d'actions et de participants sur le département de l'Orne²¹³ en 2019, avec néanmoins une régression en 2020 et le développement des conférences en ligne Happyvisio, du fait du contexte sanitaire,
- Plusieurs partenariats avec l'association d'aide à domicile UNA, avec présentation de pièces de théâtre (troupe Vol de nuit) sensibilisant le public notamment les aidants, avec la ville d'Alençon et le CDOS 61 sur la pratique sportive adaptée, avec l'association Générations Mouvements (Ainés ruraux) de l'Orne, portant sur le développement de pages de recherches d'actions sur le site internet de l'association,

[969] De manière transversale, l'utilisation de l'observatoire des fragilités paraît constituer une réelle plus-value dans le ciblage des actions entreprises, et peut être largement mis à contribution dans le cadre des partenariats et collaborations institutionnelles de la CARSAT.

2.1.1.2 L'action sociale AGIRC-ARRCO en direction des personnes âgées

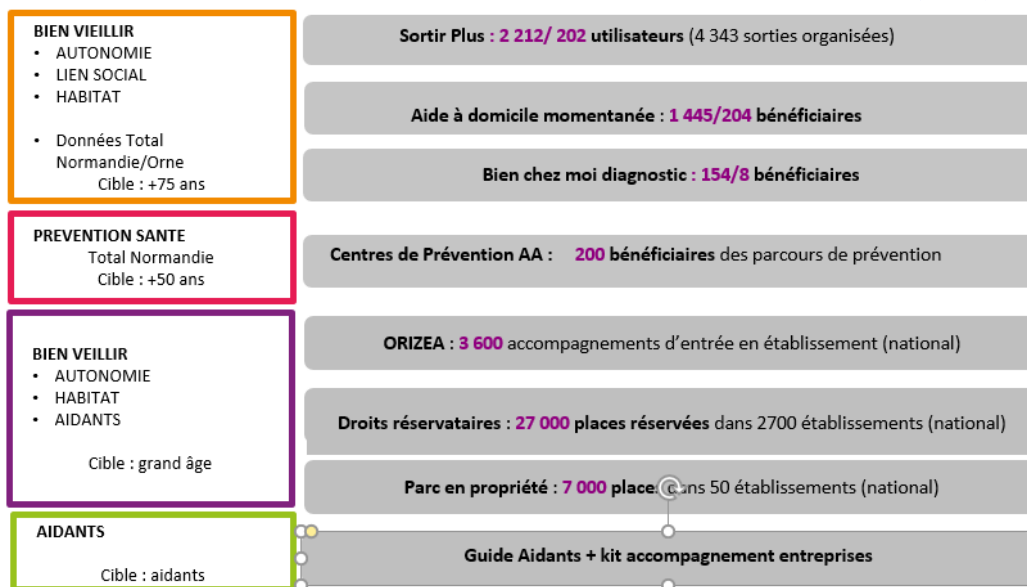
[970] Conformément au cadre national, l'action sociale mise en œuvre comporte à la fois des aides individuelles jusqu'à 75 ans (cas de fragilité particulière et aide aux aidants) et au-delà (sortir plus, aide à domicile momentanée, bien chez moi comportant l'appui d'un ergothérapeute, Orizéa,

²¹³ Le nombre d'actions passe de 81 à 153, soit une progression de 89 % entre 2018 et 2019. S'agissant des participants aux actions, leur nombre passe de 1 753 à 2 605, soit une progression de 49 %.

accompagnement pour trouver un lieu de vie adapté) et des actions collectives, dans le cadre inter régime (cf. *infra*).

[971] Le bilan quantitatif suivant a été communiqué par le Comité d'action sociale AGIRC-ARRCO Normandie, pour l'ensemble de la région, avec certaines données propres au département de l'Orne.

Tableau 8 : Les bénéficiaires de l'ASS AGIRC-ARRCO en Normandie (2019)



Source : CRCAS Normandie

[972] Des entretiens avec le CRCAS, il ressort que

- Le souci d'assurer un déploiement homogène des actions AGIRC-ARRCO a conduit à identifier des zones blanches, notamment dans l'Orne (pays d'Ouche, limitrophe du Calvados et de l'Orne),
- La prise en compte des besoins exprimés par les partenaires et des diagnostics territoriaux a permis d'adapter les actions déployées,
- Le CICAS AGIRC-ARRCO de l'Orne (Centre d'Information Conseil et Accueil des salariés), basé à Alençon, dispose de 4 lieux de permanence dans le département et joue de rôle de relai d'informations auprès de futurs retraités,
- Le travail en réseau avec de nombreux interlocuteurs dans l'Orne est facilité dans un département à taille humaine²¹⁴,
- Le souci de rendre l'action sociale AGIRC -ARRCO plus lisible s'est traduite par de nombreuses actions de communication et présentation (CLIC, MAIA, professionnels de terrain, centres sociaux, action « agir pour bien vieillir : les dispositifs d'action sociale AGIRC-ARRCO » proposée pour la première fois à L'Aigle, sous forme de saynètes et questions/réponses...),

²¹⁴« Les partenaires avec lesquels l'AGIRC-Arrco a pu collaborer autour de projets se montrent très enclins au travail en réseau (liste non exhaustive) pour apporter une réponse aux enjeux du territoire. Pour en citer quelques-uns : CLIC et MAIA de l'Orne, structures d'aide au maintien à domicile (UNA Bocage, UNA Alençon Perche), structures d'aide aux aidants et au répit (accueil de jour et maison des aidants de Flers), service social CARSAT Orne, associations spécialisées (UDAF, Association Familiale Laïque...), structures d'hébergement (EHPAD La forêt à Bagnoles de l'Orne, EHPAD Brière Lempière à Echauffour...), partenaires de l'innovation (Maison domotique d'Alençon – UNA Alençon Perche) » (CRCAS)

- Les actions collectives mises en œuvre s’efforcent de traiter des sujets peu ou pas abordés²¹⁵,
- L’aide aux aidants apparaît comme une action priorisée²¹⁶,
- L’AGIRC-ARRCO s’implique activement dans les instances de pilotage de l’inter régimes, des CFPPA, des comités locaux du VIVA LAB.

[973] Des moyens nouveaux apportés au CRCAS²¹⁷ doivent lui permettre de mieux assurer ses missions, particulièrement au niveau territorial.

2.1.1.3 Le plan d’action sanitaire et sociale de la MSA

[974] Il fait référence aux aides individuelles disponibles²¹⁸, aux interventions des travailleurs sociaux²¹⁹ et aux subventions et partenariats qui permettent la mise en place d’aides techniques²²⁰.

[975] L’action sociale vieillesse de la MSA peut être ainsi résumée :

Tableau 9 : L’action sociale de la MSA (axe 4- Accompagner l’avancée en âge et préserver l’autonomie)

Préserver le maintien à domicile des personnes âgées et soutenir les aidants	Favoriser le Bien Vieillir	Contribuer au développement des politiques Gérontologiques dans les territoires en luttant contre l’isolement et en favorisant le lien social
Accompagnement à la mise en œuvre d’un séjour PART AGE ²²¹	Les interventions sociales collectives/ateliers Bien vieillir	Charte territoriale des solidarités avec les aînés (pays de l’Aigle, cf. <i>infra</i>)
Aide à domicile des personnes âgées	Subvention à l’association Génération mouvement	Animation du réseau MARPA – pack d’accompagnement
Panier de services		Coopération MONALISA ²²²
Prestation de retour à domicile des personnes âgées après hospitalisation		

²¹⁵ Le couple à la retraite, l’aide aux aidants et la bientraitance/maltraitance ; la prévention des arnaques ; la présentation des dispositifs d’action sociale AGIRC-ARRCO ;

²¹⁶ Action de sensibilisation dédiée aux aidants « bien aimé, mal aidé » ; contribution au déploiement du site national « Ma boussole aidants » avec le référencement des partenaires locaux

²¹⁷ Notamment 0,5 ETP par département et un budget de fonctionnement augmenté

²¹⁸ Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) : aide à domicile, portage de repas, téléassistance, aide à l’habitat ; Prestation temporaire de retour d’hospitalisation (PTRH) ; Prestation temporaire de soutien aux aidants (PTSA) ;

Les prêts : équipement ménager, mobilier ou habitat ; Les aides individualisées à caractère social

²¹⁹ Accompagnement social individuel en lien avec le maintien à domicile et à des moments de rupture ; Accompagnement collectif : actions et ateliers du bien vieillir (MSA et inter régimes), charte de solidarité des aînés, MARPA ; Actions de prévention de l’isolement : projets « vie sociale », aides à la mobilité, ruptures...

²²⁰ Convention SOLIHA (adaptation et amélioration de l’habitat) ; Convention avec des organismes de conseil en aide technique liée au handicap

²²¹ Formule de vacances intergénérationnelles visant à favoriser le départ en vacances de seniors et donnant la possibilité aux élèves des filières médico-sociales d’établissements d’enseignement agricole de se trouver en immersion professionnelle

²²² Partenariat dispositif MONALISA (MObilisation NAtionale de Lutte contre l’ISolement des Âgés)

Aide aux aidants familiaux : aidant, accueil de jour ...		
Aide à l'hébergement temporaire René Hulot		

Source : *Mission d'après Bilan PASS MSA 2016-2020 (présentation CPASS décembre 2020)*

[976] Si les prestations individuelles paraissent globalement bien positionnées par rapport aux besoins et utilisées, les prestations auprès des aidants sont très peu développées, ce qui constitue un axe de travail identifié.

[977] Les Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (MARPA) sont renforcées par la création du statut de résidence autonomie délivré par le Conseil départemental. L'habitat intermédiaire entre le domicile et les EHPAD constitue également un thème de travail fort.

[978] Au titre des actions spécifiques, l'association RESO'AP (Réseau Social d'Aides à la Personne), fondée par la Mutualité Sociale Agricole et Générations Mouvement intervient, grâce à des bénévoles, à la fois pour l'accompagnement à domicile et pour une aide à la mobilité, problématique prégnante dans l'Orne.

[979] La MSA dispose également à Alençon de l'association, créée à son initiative en 2009, Mission de Soutien, Accompagnement, Insertion et Orientation (MSAIO), dont objectif est de favoriser et développer l'autonomie des personnes, notamment en réalisant des évaluations en termes d'aide à domicile, et des actions collectives pour préserver le capital santé des personnes âgées.

[980] Enfin, la MSA porte une charte de solidarité avec les aînés sur le pays de l'Aigle, appuyée sur une méthodologie de développement social et de nombreux partenaires. Sa mise en œuvre s'est cependant heurtée au contexte de crise sanitaire en 2020.

Encadré 14 : La charte des solidarités avec les aînés sur le pays de l'Aigle, portée par la MSA

La charte conclue en 2019, a pour vocation de « lutter contre l'isolement et de développer des solidarités et des services autour des retraités sur les territoires ruraux isolés » et constitue, pour la MSA, l'outil de mise en œuvre de Monalisa, action jugée prioritaire de lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Au-delà de la communauté de communes, du CIAS, du CLIC et de la MSA, qui mobilise des moyens d'animation²²³, elle réunit de nombreuses associations²²⁴.

Instrument de développement social local, elle repose sur un partenariat de fonctionnement autour de cinq objectifs partagés²²⁵.

Après le diagnostic initial de situation établi en 2018, un bilan intermédiaire faisait ressortir un fonctionnement régulier des instances de pilotage, mais une fragilisation du projet en 2020, du fait du contexte de crise sanitaire. Pour l'instant, le partenariat renforcé entre acteurs, jugé réel, ne paraît pas s'être traduit par des actions concrètes identifiables, à l'exception d'ateliers numériques.

Le bilan de la charte sera établi à mi 2022 et, selon la MSA, sa prorogation est probable au regard de la période de crise sanitaire ayant entravé sa pleine mise en œuvre.

Source : Mission d'après entretiens et documents MSA

2.1.2 Les actions initiées dans le cadre de l'inter-régimes : des coopérations fortes qui s'appuient sur l'ASEPT Normandie

2.1.2.1 L'association ASEPT, largement financée par la CARSAT, apparaît comme une cheville ouvrière de l'action sociale collective inter-régimes en Normandie, sur le plan de la prévention santé pour des publics divers et sur le plan de la préservation de l'autonomie des personnes âgées

[981] La CARSAT et les CFPPA assurent l'essentiel du financement²²⁶ de l'association, devant les trois MSA membres, la CNRACL et l'IRCANTEC.

[982] L'intervention de l'association ASEPT, mais aussi du Centre de prévention santé AGIRC-ARRCO (*cf. infra*) sont essentielles dans la mise en œuvre des actions collectives.

[983] Les thématiques abordées lors des ateliers organisés sont larges et sont celles attendues pour la prévention de la perte d'autonomie. Le secourisme et la prévention routière y occupent une place particulière.

[984] Les relations développées avec les trois CLIC de l'Orne et les CCAS, de même que le recours aux données de l'Observatoire des fragilités, permettent un positionnement adapté des actions

²²³ 0,5 ETP et 20 K€

²²⁴ Les Petits frères des pauvres, L'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), Générations Mouvement, L'Union française des centres de vacances et de loisirs (UFCV), Siel Bleu, l'association de transport solidaire du groupe MSA Service Réso'ap

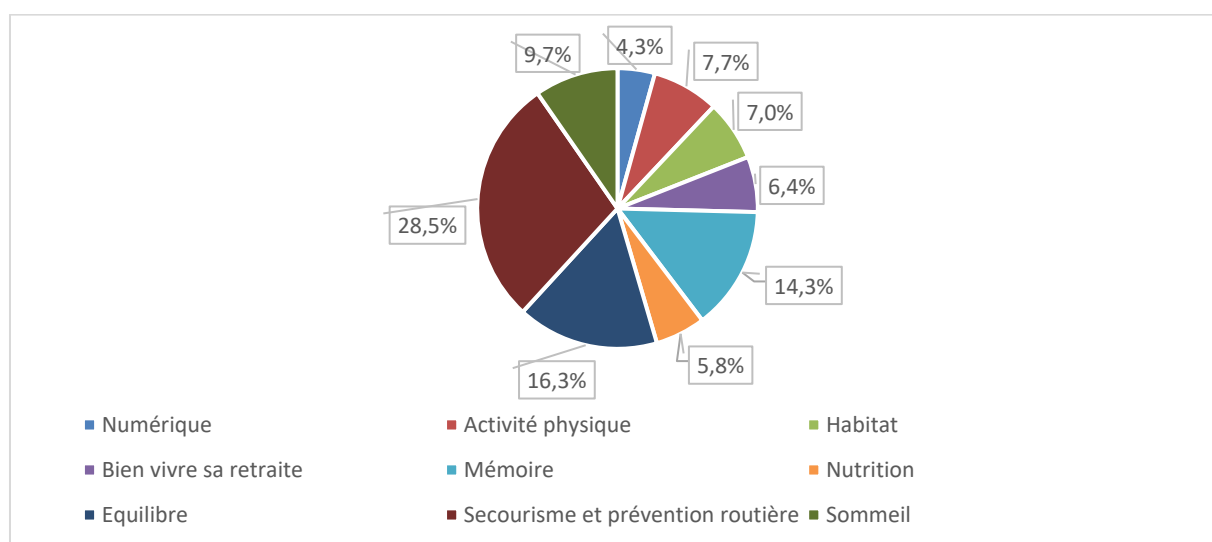
²²⁵ Le soutien au lien social et aux solidarités de proximité ; La valorisation des engagements et de l'expérience des retraités avec l'importance du lien intergénérationnel ; La promotion du bien vieillir à travers la promotion de la santé et de la prévention ; Le développement ou le maintien d'une offre de services ou de formules d'hébergement de proximité ; L'amélioration de l'accès aux services de santé et aux droits pour tous

²²⁶ 30% des subventions 2019 (980 k€) pour la CARSAT, qui met en outre 5 salariés à disposition, 38% pour les cinq CFPPA membres, 6% pour la CNRACL et 3% pour l'Ircantec, un peu plus de 5% pour les MSA membres

collectives, correspondant aux besoins. La MSA participe également activement au travers de ses délégués implantés sur les territoires ruraux, qui sont force de proposition pour à la mise en œuvre des actions répondant aux besoins locaux.

[985] L'intervention signalée dans les réunions des MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) permet de faire connaître l'offre d'actions existante et de mieux repérer les besoins.

Graphique 5 : Répartition des thématiques d'ateliers organisés par l'ASEPT Normandie



Source : Mission d'après données Rapport d'activité ASEPT 2019

[986] La part des actions de l'ASEPT Normandie réalisée dans l'Orne tend à augmenter régulièrement ; alors qu'elle n'était que de 11 % en 2017, elle atteint 20 % en 2019.

2.1.2.2 Dans le domaine de l'action collective, on notera tout particulièrement le parcours de prévention santé, porté par le Centre de Prévention AGIRC-ARRCO,

[987] Son objectif est de « développer la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes et de leur offrir l'opportunité de faire un bilan préventif personnalisé ».

[988] Le centre de prévention dispose désormais d'un lieu d'accueil à Argentan, ouvert en 2020.

[989] Sur la période 2019-2020 ce sont 10 bilans qui ont pu être réalisés auprès de bénéficiaires AGIRC-ARRCO habitants l'Orne, dont 9 ont été réalisés en téléconsultation.

Schéma 12 : Déroulement des actions de prévention santé AGIRC-ARRCO



Source : CRCAS

2.1.3 Le fonctionnement de la Conférence des financeurs pour prévention de la perte d'autonomie (CFPPA): une dynamique enclenchée mais non évaluée

[990] La CFFPA a permis la mise en commun de nombreux instruments de prévention.

2.1.3.1 Cohérence et articulation des actions entre partenaires de la CFPPA : le programme coordonné

[991] Le premier programme coordonné couvre la période 2017-2021 et s'ordonne autour des six axes d'action de la conférence (cf. synthèse en pièce jointe):

- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile : les actions portent sur l'élargissement de la liste des aides disponibles, une délégation de gestion à la CARSAT et la MSA, et un accompagnement à la prise en main;
- L'attribution du forfait autonomie : les aides forfaitaires sont alloués sur une base conventionnelle (« qualité » des prestations minimales et réflexion sur le positionnement en matière d'habitat inclusif) ; la restructuration des résidences doit être accompagnée grâce au programme d'aide à l'investissement (PAI);
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : application des référentiels d'autorisation et de bonnes pratiques, visant à l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles;
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile : développement de la formation, de la culture commune et des outils de coordination à domicile;
- Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants : construction d'un suivi des demandes et disponibilités des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ; développement de l'accès au droit au répit et d'un cadre de fonctionnement de l'accueil séquentiel ;

- Les autres actions collectives de prévention : l'accent est mis sur le développement d'actions nouvelles de prévention répondant au contexte d'isolement et de précarité.

[992] Pour intéressant qu'il apparaisse, le programme coordonné ne semble pas avoir fait l'objet d'une évaluation de sa mise en œuvre, ni à mi-parcours, ni à l'approche de sa date d'échéance.

[993] De l'avis de plusieurs interlocuteurs de la mission, les travaux dans le cadre de la CFPPA relèvent d'une dynamique et de coopérations parfois complexes, même si les relations techniques entre partenaires restent fluides.

2.1.3.2 La reconnaissance mutuelle des évaluations : un point fort

[994] Les conventions de partenariat entre respectivement la CARSAT/la MSA et le conseil départemental²²⁷ comprennent des dispositions relatives à la reconnaissance mutuelle des évaluations GIR et des premiers plans d'aides établis. Au cas où l'évaluation conduit à l'attribution du dossier de demande à l'autre partie (instruction département concluant à un GIR 5 ou 6, instruction CARSAT ou MSA concluant à un GIR 1 à 4), le plan d'aide établi selon les référentiels en vigueur (référentiel départemental pour établissement d'un plan d'aide APA, référentiel CARSAT ou MSA pour établissement d'un plan d'aide GIR 5 et 6) fait l'objet d'une validation puis décision par l'institution compétente.

[995] L'Orne apparaît en avance de ce point de vue, certains départements se limitant à une reconnaissance de l'évaluation et non des plans d'aide.

[996] Des entretiens réalisés par la mission avec les services du CD, de la CARSAT et de la MSA, il n'est pas ressorti de difficulté dans la mise en œuvre de ces dispositions.

[997] Il pourrait cependant être envisagé de compléter cette collaboration réussie en demandant aux évaluateurs d'aider les personnes concernées à compléter leur dossier, les pièces à joindre étant plus nombreuses pour un dossier APA, ce qui, pour une part d'entre elles constituerait un service important.

²²⁷ En date respectivement de novembre 2014 et novembre 2015

2.1.3.3 Les Appels à candidatures (AAC) communs en 2020 : une approche classique

Tableau 10 : Les trois AAC pour 2020

Mise en place d'un programme territorial d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie en Ehpad	Actions de soutien aux aidants de personnes âgées ²²⁸	Actions collectives de prévention de la perte d'autonomie Actions collectives et individuelles de prévention portées par les Spasad
<p>Pour favoriser un engagement durable des équipes, les Ehpad devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer des programmes d'actions collectives destinées aux résidents, - ouvertes aux personnes âgées à domicile le cas échéant, - et des actions de formation à destination des personnels. <p>Les thématiques attendues : santé bucco-dentaire, prévention des chutes, activité physique et sportive adaptée ; alimentation – nutrition ...</p> <p>Le programme territorial doit se déployer sur au moins deux Ehpad et dans une perspective durable.</p>	<p>L'objectif est de développer des actions de soutien et d'accompagnement des proches aidants et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation - L'information, la sensibilisation - Le soutien psychosocial (en collectif ou individuel) - la prévention de l'épuisement par d'autres actions collectives favorisant le bien-être, l'estime de soi et le maintien du lien social 	<p>Les thèmes abordés devront être</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé globale/bien vieillir (Nutrition, mémoire, sommeil, activité physique, équilibre, prévention des chutes, bien-être et estime de soi) - Lien social - Habitat/cadre de vie - Mobilité dont sécurité routière - Usage du numérique - Accès aux droits - Préparation à la retraite <p>Les actions de lutte contre l'isolement et de maintien du lien social devront avoir un caractère collectif consistant à accompagner les personnes vers un temps commun à l'extérieur du domicile ou à domicile (regroupement de voisins).</p>

Source : Mission d'après AAP CFPPA Orne

[998] Plutôt qu'un AAC commun aux financeurs, le CD de l'Orne a fait le choix de publier plusieurs AAC, dont le champ couvre au total la quasi intégralité des sujets de sa compétence, mais sans originalité marquée.

[999] Pour les actions collectives, les territoires fragiles ou peu pourvus sont considérés comme prioritaires (Sud Bocage, Pays d'Auge et d'Ouche Ornaï et dans une moindre mesure secteur du Perche et de Sées).

[1000] Un bilan des actions mises en œuvre ne paraît pas disponible pour 2020.

²²⁸ Les actions de soutien aux proches aidants de type information/sensibilisation, formation, soutien psychologique sont éligibles à un financement de la CFPPA depuis la loi 2019-485 du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants

2.2 Le champ « enfance-famille »

2.2.1 L'action de la CAF : une présence efficace sur l'ensemble des composantes, acquise notamment à travers un partenariat territorial dynamique

2.2.1.1 Présentation d'ensemble

[1001] En matière d'action sociale, la CAF intervient en direction des familles avec enfants soit 24 403 bénéficiaires potentiels sur trois champs bien identifiés :

- Le financement de prestations services qui doit permettre la conciliation vie familiale-vie professionnelle : l'accueil des jeunes enfants et l'aide au temps libre des enfants,
- L'action sociale collective, c'est-à-dire le financement par la CAF d'action de soutien à la parentalité et de structures d'animation de la vie sociale,
- L'action sociale individuelle, c'est-à-dire l'accompagnement des familles en difficulté par l'action des travailleurs sociaux et par la mise en place des aides financières.

[1002] L'action de la CAF s'inscrit dans le cadre des orientations des Schéma Départemental de l'Amélioration des Services aux Familles (SDSF) et Schéma Directeur de l'Animation Sociale (SDAS). Dans ce domaine comme dans les autres, le pilotage de la CAF s'effectue dans le cadre défini par la COG et décliné dans le CPOG, qui fixe différents objectifs et indicateurs pour mesurer leur atteinte (cf. infra).

[1003] Sur ces dernières années, la répartition entre les fonds nationaux (utilisés dans le cadre de règles fixés au niveau national) et les fonds locaux (utilisés dans le cadre des règles fixés au niveau local) est voisine de 80 /20. Ainsi dans le budget 2021, il est prévu un montant de 13,8 M€, réparti en 11, 5 M€ soit 83,5 % correspondant aux fonds nationaux, 1,86 M€ soit 13 % correspondant à des fonds locaux en fonctionnement et 0,4 M€ correspondant à des fonds locaux en investissement.

Tableau 11 : Dépenses d'action sociale 2017- 2018- 2019-2020 en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
Accueil des jeunes enfants de 0 à 6ans	7,4	43 %	6,1	42 %	6,9	45 %	7,0	56 %
Temps libre des enfants et des familles	2,8	16 %	2,5	18 %	2,5	16 %	2,1	17 %
Accompagnement Social des familles et de leurs enfants	3	17 %	3	21 %	3,3		0,8	7 %
Logement et habitat	0,5	3 %	0,5	3 %	0,4	3%	0,4	3 %
Animation de la vie sociale	2,8	17 %	1,7	12 %	1,4	10 %	1,6	13 %
Autres actions	0,5	3 %	0,5	4%	0,5	4%	0,6	5%
Total	17,2	100 %	14,5	100 %	15,3	100 %	12,5	100 %

Source : CAF

[1004] S'agissant de l'emploi de ces crédits, une très large partie (87 %) de ces fonds correspond aux aides financières au partenaires, tandis que 13 % correspondent à des aides financières aux allocataires.

Tableau 12 : Fonds public et territoire

	2017	2018	2019
Petite enfance	70 618	72 845	17 720
Jeunesse	209 102	222 086	143 867

Source : CAF

[1005] S'agissant des financements concernant les FPT, on constate une baisse à partir de 2019. Ils sont gérés par le biais d'un appel projet auprès des partenaires

- Sur l'axe petite enfance, les financements sont essentiellement affectés à la facilitation de l'accueil des enfants porteurs de handicap dans les établissements collectifs, ainsi que la mise en place de démarche écologique (de type « écolo crèche ») par les établissements d'accueil du jeune enfant.
- Sur l'axe jeunesse, 70 % des financements²²⁹ sont accordés sur des projets favorisant l'engagement et la participation des jeunes. : projet de séjours ou d'activités portés par des groupes d'adolescents.

2.2.1.2 Les prestations de service concernant l'accueil du jeune enfant et le soutien aux loisirs

[1006] Les prestations d'accueil du jeune enfant et de soutien aux loisirs représentent une part considérable du budget de l'action sociale respectivement, 45 % pour les premières et 16 % pour les secondes.

[1007] Concernant l'accueil du jeune enfant, les actions de la CAF ont permis de doter l'Orne d'une capacité d'accueil à un bon niveau. Le taux de couverture de places d'accueil du jeune enfant du département atteint 66,9 % (59,6 % à l'échelle de la France métropolitaine). En 2021, 34 structures d'accueil collectif financées par la Prestation de Service Unique (PSU) proposent 821 places. Les Maisons d'Assistant(e)s Maternel(le)s (MAM) se sont développées rapidement passant de 7 en 2014 à 25 en 2020.

[1008] Mais, outre ce développement quantitatif, le SDSF comporte une orientation de réduction des inégalités territoriales en matière d'accueil du jeune enfant et d'amélioration de la réponse aux besoins spécifiques des familles, en particulier s'agissant de l'accès des enfants et des familles vulnérables et des enfants en situation de handicap aux équipements et services.

[1009] Ces efforts ont été mis en œuvre dans un contexte défavorable en termes de financement. Compte tenu de leur situation financière appréciée à travers leur potentiel fiscal, la participation des collectivités locales est faible. Dans ce contexte, la mise en place des bonus territoriaux, et d'abord le bonus mixité, a eu un fort impact. En 2019, 1ère année d'application des bonus mixité, 273 200 € ont été versés à 19 des 38 structures de l'Orne (soit plus de 48 %). Les structures implantées sur les Quartiers Politique de la Ville (QPV) ont toutes bénéficié du versement du bonus mixité. Le montant du bonus s'échelonne de 3600 € à 63 000 € d'aides supplémentaires.

²²⁹ Le reste des financements est consacré à favoriser l'accueil des enfants porteurs de handicap dans les structures d'accueils de loisirs classiques : renforcement et action de formation des équipes encadrantes

4 des 19 structures implantées sur les territoires ruraux ont également pu en bénéficier. Le bonus permet de diminuer la participation des familles qui s'élève en moyenne pour le département à 1,20 € de l'heure. Les haltes garderies ont les participations horaires les plus faibles s'étalant de 0,56 € de l'heure à 1,04 €.

[1010] S'agissant du bonus Inclusion Handicap, en 2019, ces financements (12 978 €) qui ont concerné l'accueil de 8 enfants porteurs de handicap bénéficiaires de l'AEEH, ont été versés à 4 structures sur 39. L'Orne est ainsi un des départements où le taux d'EAJE bénéficiaire est le plus faible en France (10 %).

[1011] L'amélioration de l'offre doit se poursuivre dans le cadre d'une meilleure prise en compte des besoins spécifiques (par exemple ceux des parents qui sont au chômage où travaillent les horaires décalés), mais surtout dans l'accès aux équipements des enfants des familles les plus défavorisées.

[1012] Dans l'Orne comme au niveau national, le recours aux EAJE est plus limité pour les familles en situation moins favorisées²³⁰. Le moindre recours au EAJE peut s'expliquer par la situation économique des familles (l'Orne se situe parmi les 10 départements où le taux de participation familiale pour les crèches est le plus faible), mais il est aussi lié à la difficulté de prendre en compte les besoins spécifiques de ces personnes. C'est pourquoi la CAF de l'Orne s'est fortement engagée dans des démarches de passation de conventions territoriales globales, pour mieux appréhender ces besoins et y répondre davantage. (Voir ci-après)

[1013] Le soutien aux loisirs jeunes a été mis en œuvre notamment à travers le financement de l'accueil de loisirs sans hébergement, à travers les 10 Contrats Locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS).

2.2.1.3 Les actions collectives de soutien à la parentalité d'animation de la vie sociale et de logement

[1014] En application d'une des orientations majeures du SDSF (assurer une meilleure couverture du territoire en matière d'accompagnement de la parentalité), la CAF a développé son intervention dans le domaine de la parentalité. En 2019, les dépenses relatives à l'accompagnement de la parentalité se sont élevées à 0,599 M€, soit 3,9 % du budget et ont permis le financement de :

- 65 actions proposées par 25 porteurs de projets (projets vacances, ateliers parents enfants, conférences) dans le cadre du réseau d'écoute et d'accompagnement des parents (REAAP),
- 6 Lieux d'Ecoute Parents Enfants (LEAP), dont 3 en milieu rural (Le Theil Bellême Nocé),
- D'activités de la médiation familiale (224 dossiers en 2019) prises en charge par une association Fondation Normandie Générations au siège à Alençon, mais aussi dans quatre antennes (Argentan, Bellême, L'aigle et Flers) et par l'association Adom'61 à Alençon.

²³⁰ Au niveau national seuls 16 % des enfants vivant dans le premier quartile de niveau de vie sont accueillis chaque semaine au regard de 32 % des enfants vivant dans les familles du dernier quintile. Le chiffre équivalent pour l'Orne n'est pas disponible mais devrait être proche compte tenu des caractéristiques socio-économiques du département (taux de pauvreté des jeunes voir ci-dessus).

[1015] En application du schéma directeur de l'animation sociale (SDAS), la CAF a développé le soutien à des structures de proximité, qui sont des lieux-ressources proposant des services et activités coordonnées, à finalités sociales, éducatives et culturelles, et qui favorisent la mise en œuvre des initiatives locales et le renforcement du lien social. Elles constituent des espaces de rencontre et de soutien des familles dans leur environnement proche. La CAF a ainsi financé notamment une dizaine de centres sociaux et 5 foyers de jeunes travailleurs FJT.

Tableau 13 : Répartition des crédits d'animation de la vie sociale²³¹.

	2018	2019
Centre sociaux	955 602	1 010 515
Foyer de jeunes travailleurs	490 537	252 731
Equipement et animations de proximité	94 974	60 175
Espace de vie sociale	120 382	81 526
Associations familiales	46 877	38 432
Associations d'aides aux familles migrantes	12 218	17 112
Information des jeunes	18 300	18 300
	1 738 893	1 478 793

Source : CAF

[1016] Enfin, la CAF intervient sur l'accès au logement. Elle intervient sur les impayés de loyers via le service logement habitat en essayant de favoriser la résolution des difficultés par la conciliation, à travers des actions d'information en direction des locataires et des bailleurs, et aussi la participation sous l'égide de la préfecture et avec tous les acteurs, à la commission de conciliation des actions de prévention des expulsions locatives (CAPEX).

[1017] La CAF intervient aussi sur la lutte contre la non décence, en application de la loi Alur de 2014, qui a renforcé son rôle, en utilisant le levier du dispositif de conservation des allocations de logement familial ; cette action qui concerne une vingtaine de logements par an est gérée par le Pôle Ornaïs de l'Habitat Indigne qui incite les bailleurs à faire les travaux nécessaires.

2.2.1.4 L'accompagnement social

[1018] En application des orientations promues par le niveau national conformément à la COG, la CAF met en œuvre un accompagnement individualisé centré sur les familles en difficulté du fait des événements de la vie (par exemple séparation de décès d'un parent ou d'un enfant impayés de logement etc.), offre qualifiée de « socle national ».

[1019] Mais l'action sociale accompagne aussi des couples qui sont en difficulté du seul fait d'une naissance et donc de la difficulté à assumer le rôle de parent, offre qualifiée de « locale ». En 2020, 1563 situations ont été prises en charge, en nette augmentation (+ 189) par rapport par rapport à 2019.

²³¹ Le financement en direction des 10 centres sociaux représente entre 55 % en 2018 et 68 % en 2019 de cette fonction. Il s'agit essentiellement de dépenses de fonctionnement, hormis en 2018 pour les FJT intégrant des dépenses d'investissement pour la création de locaux.

[1020] Comme le montre le tableau ci-dessous, les demandes d'accompagnement social ont une origine diversifiée :

Tableau 14 : Origine des demandes d'accompagnement social en 2020

	Pour la CAF de l'Orne	Au niveau national
Allocataires	27%	25%
Ciblage national	43%	54%
Signalement interne	27%	17%

Source : CAF

[1021] La part des demandes issues des allocataires traduit la qualité du partenariat, et donc la circulation de l'information sur l'offre de service de la CAF. De même, la part des signalements internes montre le niveau de transversalité au sein de la CAF de l'Orne, et la qualité du partenariat. Les offres de travail social et les aides financières aux familles sont présentées régulièrement aux équipes CAF et aux partenaires. Les travailleurs sociaux de la CAF sont aussi intervenus dans le cadre d'informations ou d'actions collective rassemblant des familles, mais la crise sanitaire a freiné ces initiatives.

[1022] L'approche est la plus préventive possible, car l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. La CAF a développé une démarche de contact téléphonique, à partir de l'analyse des données rassemblées sur les allocataires, qui permet de cibler des personnes pour lesquelles est présentée une offre d'accompagnement par téléphone ou par écrit (dans le cas de décès). Comme cela a été indiqué plus haut, l'offre de service mixe une offre de socle national et une offre de service locale.

Tableau 15 : Interventions en 2019 et 2020 classées par type de situations enregistrées dans GESSICA

	2020	2019
Séparation	47,8 %	40,0 %
Naissance	14,6 %	23,9 %
Parent seul	12,0 %	
Impayé de loyer	6,7 %	7,5 %
Impayé accession	0,9 %	1,0 %
Droit commun	5,0 %	19,6 %
Décès conjoint	4,4 %	4,8 %
Décès enfant	2,3 %	1,9 %
Covid	5,3 %	
Non décence	1,0 %	1,2 %
Accompagnement des familles		0,1 %

Source : CAF

[1023] Globalement, il apparaît que la part des interventions correspondant à l'offre de socle national progresse par rapport à l'offre locale : elle est passée de 55 % en 2019 à 79 % en 2020, et atteint 86 % sur les premiers mois de l'année 2021 donc en dépassement de l'objectif national de 80 %.

[1024] Les modalités d'intervention sont différenciées, selon qu'il y a simplement une action d'information et de conseil, ou que l'intervention comporte un accompagnement dans la durée pour développer les capacités d'autonomie de la personne, pour garantir l'accès au droit et soutenir ses projets.

[1025] Le nombre d'accompagnement a augmenté passant de 429 en 2019 à 486 en 2020 (pour un objectif fixé au niveau national de 472). La part de l'accompagnement sur le socle national était stable, à 40 % en 2020. Mais le début d'année 2021 marque une progression, avec un taux à 55 % pour un objectif de 65 % à horizon 2022.

Tableau 16 : Part respective de l'accompagnement et de l'info conseil pour chaque offre en 2021

	Accompagnement	Info conseil
Séparation	40 %	60 %
Naissance	31 %	69 %
Parent seul	35 %	65 %
Impayé de loyers	42 %	58 %
Droit commun	15 %	85 %
Décès ces conjoint	59 %	41 %
Décès enfant	39 %	61 %
Covid	24 %	76 %

Source : CAF

[1026] Comme le montre le tableau ci-dessous, les interventions se font à un bon niveau d'intensité dans la durée.

Tableau 17 : Nombre moyen de rendez-vous réalisés par intervention

	CAF 61	National	CAF 14	CAF 27	CAF 50	CAF 76
Accompagnement	5,24	3,88	2,42	2,68	4,66	6,36
Info conseil	1,31	1,27	1,23	1,17	1,36	1,19
Total (pondéré)	2,53	2,16	1,50	1,51	2,61	3,91

Source : CAF

2.2.1.5 Les aides financières individuelles

[1027] La CAF de l'Orne met en œuvre des aides financières individuelles au bénéfice des allocataires en difficulté en application du règlement intérieur « guide des aides individuelles », actualisé en janvier 2021, sous l'égide du conseil d'administration et de sa CASS, avec le concours de l'équipe de travailleurs sociaux. Dans ce cadre, en 2020, ce sont un peu plus de 661 K€ qui ont été versées à 3677 bénéficiaires.

[1028] Le guide définit la nature des aides et les conditions à remplir pour en bénéficier. Il différencie deux grandes catégories d'aide :

- Des aides accessibles à tous sous conditions, aides au logement (équipement ménager et mobilier), pour le premier départ en vacances, pour le soutien à l'éducation des enfants et pour l'insertion socioprofessionnelle,
- Des aides liées à l'accompagnement social, notamment pour aider les familles en cas de naissance et d'adoption et en cas de séparation (voir le détail des aides en annexe).

[1029] Comme le montrent le tableau ci-dessus et ceux en pièces jointes, les conditions d'attribution des aides individuelles sont très précisément encadrées. Les plafonds de ressources définis en termes de quotient familial permettent de concentrer les aides au bénéfice des familles défavorisées. Le niveau unitaire de l'aide est relativement limité et clairement cohérent avec son objet. Enfin, les aides sont attribuées sur avis des travailleurs sociaux et une partie importante d'entre elles s'inscrit dans une démarche d'accompagnement social ; elles constituent des leviers pour la réussite d'un projet de développement de l'autonomie des personnes.

2.2.1.6 Une action partenariale et territoriale

[1030] LA CAF a inscrit de longue date son action dans un partenariat territorial, d'abord dans le cadre des Contrats Enfance Jeunesse dont 8 était encore en cours à la fin de 2019, mais aussi dans le cadre des 4 contrats de ville signés en 2015 avec les communes d'Alençon Argentan Flers et L'Aigle, et qui comportent chacun des engagements (assez généraux) en matière d'actions sur l'accueil des jeunes et l'action sociale collective.

[1031] Mais surtout, la CAF de l'Orne s'est engagée résolument, à partir de 2018, dans une approche partenariale dans les territoires de proximité en développant la signature de conventions territoriales globales (CTG) avec les EPCI ; celles-ci qui prennent la suite des Conventions Enfance Jeunesse permettent une mobilisation des acteurs à partir d'un diagnostic partagé et aboutissent à des engagements réciproques sur l'ensemble des actions portées par la CAF : EAJE, centres de loisirs lieux d'accueil parents enfants (LEAP) etc.

[1032] La démarche de CTG est donc un puissant levier pour mieux articuler l'intervention de tous les acteurs en matière d'enfance et aussi de jeunesse, sur des champs où on constate un certain éclatement des responsabilités institutionnelles. Elle est le point de départ d'une approche globale partenariale et aussi opérationnelle, et permet de créer un alignement stratégique entre les institutions, les associations et les professionnels, tout en étant très proche des réalités de terrain.

[1033] A fin 2020, la CAF avait signé 7 CTG et 7 devaient être signées avant la fin de l'année 2021 sur un potentiel de 15 CTG. LA CAF de l'Orne devrait donc dépasser l'objectif fixé au niveau national de 80 % de la population vivant dans un territoire couvert par une CPG.

[1034] Dans une première phase, relativement longue (6 mois), est élaboré un diagnostic après des contacts avec les élus du territoire auxquels participent les membres du conseil, et dans le cadre de groupes de travail qui permettent de bien analyser les besoins et notamment de repérer les publics les plus en difficulté. Toutefois, ce diagnostic est rendu difficile par une forte mobilité et un fort taux de rotation dans les logements.

[1035] Puis, dans une deuxième phase, les partenaires finalisent et mettent en œuvre le plan d'action en organisant le suivi dans un cadre partenarial ; par sa nature interinstitutionnelle, la préparation de la CTG est un puissant facteur de décloisonnement et d'émergence de projets innovants (par exemple la mise en place d'une halte-garderie dans un Ehpad pour développer l'intergénérationnel).

[1036] Dans les territoires où elle a abouti, la démarche de CTG a amélioré l'efficacité des interventions de la CAF. Elle a permis de fédérer les acteurs, de leur faire partager un diagnostic précis sur les besoins sociaux et donc de coordonner leurs interventions. Elle donne une nouvelle impulsion aux démarches de développement du territoire.

Encadré 15 : Une démarche exemplaire la CTG de l'Aigle

Signée en 2018, la démarche de CTG a été très largement facilitée par la présence d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) créé une dizaine d'années auparavant. La démarche de CTG a été un catalyseur pour amener l'ensemble des acteurs à travailler ensemble, alors même qu'ils ne se connaissaient pas. Elle a conduit les acteurs à établir un diagnostic partagé ; sur ce point les groupes de travail ont associé les techniciens mais aussi les élus. La démarche co-pilotée par le CIAS avec la CAF a associé les OSS, la MSA, la CARSAT mais aussi l'ARS, très engagée, avec une réelle capacité de dialogue à travers la passation de CLS à partir de 2013.

Le diagnostic a été co-construit avec les élus en croisant des approches statistiques et la perception ou l'expérience des acteurs, et notamment des élus, sur la qualité de service. Pour ces derniers, la démarche crée une visibilité accrue et donc progressivement facilite leur engagement sur des questions par exemple les modes de garde, pour lesquelles ils peuvent exprimer des réticences du fait du poids des engagements financiers. C'est donc une démarche d'« aller vers », d'autant plus que dans un territoire étendu la mobilité peut poser problème à certains habitants. Cette question a été prise en compte avec la création un espace social partagé itinérant.

Le CTG a créé une très forte dynamique de travail car elle porte une vision globale du développement social dans le territoire (allant jusqu' à un projet éducatif et aux questions de santé publique). Dans ce sens, elle va évoluer pour porter un projet global et donc élargir le champ des domaines couverts.

L'engagement personnel de la directrice de la CAF et de ses collaborateurs a été un facteur clef de succès. L'engagement du CD a été relativement plus concentré sur la protection de l'enfance (l'ASE), même si ses représentants ont participé aux groupes de travail. L'éducation nationale été présente du fait de l'engagement fort de ses responsables locaux.

Les principaux résultats obtenus sont les suivants : création d'une halte-garderie en centre-ville, mise en place d'un espace de rencontre pour les parents, création d'un Espace de vie sociale itinérant, réalisation de vidéo avec la MJC, forum interprofessionnel en préparation sur l'accès au droit et le numérique.

Pour l'avenir la dynamique de travail partenarial devrait permettre de traiter de nouvelles thématiques, telles que l'appui à la parentalité, l'accès à la formation professionnelle, l'habitat des jeunes, et la mobilité (d'autant la communauté de communes a repris cette compétence).

Source : mission

2.2.2 L'action de la MSA : une forte présence auprès des familles, gage d'une action sociale composante majeure du développement social territorial

2.2.2.1 Un cadre d'orientation stratégique mis en œuvre avec des ressources significatives

[1037] Le Plan d'Action Sanitaire et Sociale 2016-2020 déjà évoqué, fixe cinq objectifs prioritaires dont deux concernent directement le domaine enfance famille :

- Accompagner les parents dans leurs rôles et responsabilités parentales,
- Accompagner les jeunes dans la réalisation de leurs projets,

[1038] La déclinaison de ces objectifs se traduit par des actions collectives dans les territoires à destination de l'ensemble des habitants du milieu agricole et rural, menées dans une démarche de développement social local, et par des accompagnements individuels et financiers pour les ressortissants du régime agricole.

[1039] Les ressources engagées se sont élevées à 5,6 M€, selon une répartition indiquée dans le tableau suivant :

Tableau 18 : Répartition des crédits ASS de la MSA (M€)

Accueil du jeune enfant (AJE)	1,3
Contrats Enfance Jeunesse (CEJ)	0,5
Associations de médiation familiale et les espaces rencontres	0,05
Fonds de Compensation du Handicap	0,02
Prestations extra légales (PEL)	3,7
Total	5,6

Source : MSA

2.2.2.2 Des actions diversifiées dans la mise en place de prestations de service, l'action sociale collective et l'accompagnement social individualisé

[1040] La MSA met en œuvre des rencontres avec les jeunes installés et les futures mères, et un soutien à l'accueil du jeune enfant, notamment à travers la mise en œuvre de la prestation de service (330 versées en 2019), mais aussi en accompagnant le développement des maisons d'assistance maternelles (MAM) et les micro-crèches.

[1041] S'agissant des aides collectives, la MSA intervient sur le soutien à la parentalité. En 2019, Elle a financé 8 actions des réseau d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), soutenu 4 espaces de rencontre parents enfants et 4 services de médiation familiale. La MSA a soutenu les structures d'animation de la vie sociale, Centres Sociaux et Espaces de vie sociale. Elle est aussi intervenue sur le logement, et a soutenu deux associations (Familles rurales et l'UDAF)

[1042] S'agissant des aides individuelles, la MSA offre dans le cadre d'un règlement très précis actualisé régulièrement une offre de service sur différentes thématiques ;

- Les prestations naissances (prime de 250 euros) versées à 853 familles en 2019,
- L'accès aux vacances et aux loisirs des familles ; accompagnement des familles pour un séjour en autonomie, pour des séjours premiers départ et journées découvertes pour 196 familles en 2019, tickets loisirs (5 391), bons vacances (5 627), aide au premier départ en vacances et colonies de vacances (165),
- Les aides à l'apprentissage aux études secondaires et supérieures,
- L'intervention à domicile (AVS TISF) en appui des familles a des moments où elles sont en fragilité.

[1043] En fin d'année 2020, le bilan présenté sur l'ensemble de la mise en œuvre du plan d'action sociale par la direction de la MSA au CPASS (comité paritaire d'action sanitaire et sociale) faisait apparaître au-delà de la réussite d'ensemble, la nécessité de renforcer certaines thématiques notamment les actions sur la jeunesse, par exemple en accompagnant les appels à projets jeunes.

[1044] La mise en œuvre d'un nouveau programme « Grandir en milieu rural », prévue à la mi 2021 pourrait permettre d'atteindre cet objectif.

2.2.2.3 L'action territoriale : la « charte famille » sur le territoire de la communauté de communes de Domfront Tinchebray

[1045] La MSA a aussi développé de longue date une intervention territorialisée, notamment à travers la mise en œuvre du dispositif de contrats enfance jeunesse adossé avec la CAF (39 contrats sur les trois départements).

[1046] Plus généralement, elle est engagée depuis longtemps dans le soutien au développement social des territoires ruraux. A partir de 2018, elle s'est engagée dans la démarche de charte territoriale de solidarités « avec les familles », une dans chacun des trois départements.

[1047] Dans l'Orne, c'est le territoire Domfront Tinchebray qui a été retenu. La communauté de commune, Domfront Tinchebray est une nouvelle communauté de commune, créée en 2017, et la démarche de charte y est particulièrement structurante. L'élaboration a démarré en juillet de 2018, et le la charte a été signée avec la communauté de communes le 14 novembre 2019 par l'ensemble des acteurs : Etat (sous-préfet et DDCSPP), CD, CAF et associations. Compte tenu de la crise sanitaire, la mise en œuvre du le plan d'actions n'a effectivement démarré qu'en septembre 2020.

[1048] La charte définit quatre priorités :

- Favoriser l'accès aux droits et aux services par l'information, l'orientation et le développement de nouveaux services, en communiquant sur les offres de services existantes auprès des familles et des professionnels, en développant la coopération entre acteurs locaux, l'accès pour tous, à l'information sur les droits existants par le biais du numérique ;
- Favoriser le lien social, l'engagement citoyen et renforcer les solidarités en créant un espace de rencontres et d'échanges pour faciliter l'expression des habitants et des acteurs locaux,

et en développant une culture partagée de la prévention, notamment en mobilisant les « ressources » des familles ;

- Développer les actions petite enfance et de soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire, en renforçant les liens parents-enfants, et en développant une offre de service pour les jeunes et leurs familles ;
- Encourager les dynamiques locales par la participation des familles et la mobilisation des acteurs, en développant la coopération entre acteurs locaux de la petite enfance de l'enfance jeunesse et d'abord la coopération entre acteurs locaux pour l'accès aux droits.

[1049] La démarche est pilotée avec deux instances : un comité de pilotage (COPIL) garant du bon fonctionnement de la mise en œuvre de la démarche sur le territoire, qui est piloté par le CAF et la MSA, et se réunit 2 à 3 fois dans l'année, et un comité technique (COTECH) qui est une instance opérationnelle, qui réunit les acteurs locaux 3 ou 4 fois par an. Deux coordinatrices ont été mise en place pour soutenir les activités opérationnelles, et la charte bénéficie de l'intervention d'un consultant spécialisé.

[1050] Il est évidemment trop tôt pour évaluer les résultats obtenus, mais il apparaît que la démarche a suscité une forte dynamique partenariale.

2.3 Le champ « pauvreté-inclusion »

2.3.1 L'implication des OSS dans le plan départemental d'insertion et le Plan de lutte contre la pauvreté

2.3.1.1 Le chef de filât du Conseil départemental

[1051] Dans un territoire ornaïse où le Conseil Départemental affirme fortement en matière d'insertion, le chef de filât que lui confère la loi et la réglementation, le Pacte Territorial d'Insertion (PTI) revêt une importance toute particulière dans la coordination des politiques et dispositifs publics mobilisés sur ce champ.

[1052] Faisant le constat d'une politique d'insertion jusqu'à présent insuffisamment tournée vers l'emploi, le PTI 2020-2022 adopté le 27 mars 2020, se concentre sur l'amélioration des parcours des bénéficiaires du RSA avec pour objectif premier le retour à l'emploi. Pour ce faire, outre l'engagement des institutions et organismes intervenant classiquement à divers niveaux dans l'accès, l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA et dans les politiques d'insertion sociale et professionnelle, le PTI ornaïse a la particularité de mobiliser le monde économique au travers des chambres consulaires (Chambre du Commerce et de l'Industrie, Chambre de l'Agriculture, Chambre des Métiers et de l'Artisanat.). Cette volonté politique d'une plus grande synergie entre accompagnement social, insertion professionnelle et besoins en emplois des entreprises constitue même un des 7 axes stratégiques du PTI 2020-2022.

Tableau 19 : 7 axes stratégiques du PTI 2020-2022

1	Faciliter et fluidifier les parcours des bénéficiaires du RSA, l'orientation, la contractualisation, l'accompagnement.
2	Mobiliser les bénéficiaires du RSA dans leur parcours, par une plus grande proactivité, par la reconnaissance et la valorisation de leurs compétences les rendant acteurs de leur trajectoire d'insertion : « faire avec » et non « pour » les personnes au travers d'un Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi (PPAE) et pour celles plus éloignées de l'emploi et nécessitant un accompagnement en insertion professionnelle, au travers d'un Contrat d'Engagements Réciproques (CER)
3	Lever les freins périphériques à l'emploi grâce à la mobilisation coordonnée de tous les acteurs agissant sur les problématiques de logements, de santé, de mobilité, ...)
4	Favoriser le retour à l'emploi des bénéficiaires par une meilleure interconnaissance entre le secteur social, de l'insertion et le monde économique
5	Développer une politique d'insertion dynamique innovante en soutenant les structures d'insertion porteuses d'une diversification des activités support à l'insertion (notamment envers les femmes) ou des modes d'accompagnement innovants visant à mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes en insertion
6	Favoriser l'insertion des jeunes, notamment en se concentrant sur une insertion professionnelle précoce, prévenant l'entrée dans le dispositif RSA
7	Mettre en place une gouvernance politique et technique avec l'ensemble des partenaires engagés autour du PTI

Source : PTI

[1053] Concernant les organismes de sécurité sociale, sont signataires du PTI 2020-2022, la Caisse d'Allocation Familiale et la Caisse primaire d'Assurance Maladie de l'Orne ainsi que la Mutualité Sociale Agricole Mayenne-Orne-Sarthe.

[1054] Bien qu'au regard des indicateurs sociaux démographiques exposés supra, le département de l'Orne soit un territoire vieillissant, ni la CARSAT, ni l'AGIRC-ARCCO ne sont signataires du PTI.

[1055] Outre les aides enfance/famille et au logement (cf 2.2.1), la CAF est en charge du versement du minimum social depuis 2008 et responsable de l'instruction des demandes de RSA, de l'accueil et de l'information de l'utilisateur jusqu'à l'étude des droits.

[1056] Par convention avec le Département qui en assure le financement, la MSA Mayenne-Orne-Sarthe intervient également auprès de ses ressortissants non-salariés bénéficiaires du RSA en tant que référent social. Il s'agit pour la MSA de mobiliser des professionnels (essentiellement des travailleurs sociaux) chargés d'accompagner les bénéficiaires du RSA dans le parcours d'insertion : évaluation de la situation personnelle, co-construction de son projet d'insertion formalisé par un Contrat d'Engagement Réciproque, suivi du parcours.

[1057] L'engagement de la MSA Mayenne-Orne-Sarthe s'exprime également par des aides individuelles à destination des ressortissants en fragilité (aides au remplacement, à l'inaptitude au travail, au situation de handicap...) ou en précarité (aide pour lutter contre les logements insalubres),

[1058] La MSA apporte également un soutien aux structures d'insertion et à l'innovation sociale. C'est ainsi que le projet Objectif Ferme, structure associative conjuguant réinsertion professionnelle de personnes incarcérées et agriculture biologique sur le territoire de

l'intercommunalité d'Argentan, a été retenu parmi les 35 projets lauréats de l'appel à projet national Inclusion et Ruralité lancé par la CCMSA en partenariat avec le Ministère du Travail (projet détaillé en 3.3.3.1).

[1059] Enfin, avec l'adaptabilité des modes de garde, les difficultés de mobilité, la formation, l'illettrisme et l'illectronisme, la santé constitue un des principaux freins périphériques à l'insertion et à l'emploi identifié par le PTI. Ainsi, la CPAM de l'Orne et l'UC-IRSA contribuent à l'objectif affiché du PTI, de renforcer la dimension sanitaire du parcours des bénéficiaires du RSA, par le biais des actions en faveur de l'accès aux droits, de la lutte contre le non-recours aux soins, et des actions de promotion et de prévention santé à destination des populations les plus précaires (*cf. infra* 2.3.2)

2.3.1.2 La Stratégie de lutte contre la pauvreté

[1060] Dans un territoire ornaïse où les coopérations interinstitutionnelles, notamment entre l'Etat et le Département, sont parfois difficiles à mettre en œuvre, le choix de l'échelon régional de la Stratégie de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté lancée en 2018, a pu apparaître comme un levier pertinent pour enclencher de nouvelles dynamiques partenariales.

[1061] En ce sens, les groupes de travail régionaux mis en place à l'appui des 5 engagements, des 15 thématiques et des 22 mesures de la stratégie, permettent de promouvoir une culture collégiale à l'échelle de la Normandie et ainsi de commencer à tracer de nouvelles perspectives de coopération pour l'Orne. C'est ainsi par exemple qu'un représentant de la direction des solidarités du Département de l'Orne anime la réflexion autour du premier accueil inconditionnel et du référent unique de parcours, dont l'Orne pourrait être expérimentatrice à l'avenir.

[1062] Toutefois, les urgences et impacts sociaux de la crise sanitaire ont eu tendance à renforcer l'échelon départemental, tant au niveau de l'Etat que des collectivités, mettant à mal cette dynamique encore fragile.

[1063] De plus, malgré quelques signes positifs, certaines difficultés à coopérer entre l'Etat et le Département de l'Orne persistent, telles qu'elles ont pu s'exprimer notamment à l'occasion du lancement national de l'appel à manifestation d'intérêt concernant le déploiement du Service Public de l'Insertion et de l'Emploi (SPIE). C'est le Département de Seine-Maritime qui en est le premier lauréat pour la Normandie.

[1064] Ce contexte général impacte également le rôle et les coopérations avec les OSS sur le champ de l'insertion.

[1065] Ainsi c'est avec essentiellement la CAF de l'Orne, dont la direction portait par ailleurs une forte volonté de dépasser ces complexités interinstitutionnelles, que les collaborations avec l'Etat sont les plus importantes sur le champ de l'insertion, principalement au travers de la politique de la ville et dans le cadre de la crise sanitaire, au travers de l'aide alimentaire.

[1066] Il convient de noter que la réorganisation des services déconcentrés de l'Etat qui a transféré la compétence jeunesse et sport aux services de l'Education Nationale, a conduit dans l'Orne à fortement atténuer les collaborations des services cohésion sociale de la nouvelle DCSP avec la CAF.

[1067] La CPAM participe quant à elle à la commission ouverture des droits concernant les populations migrantes, mais n'est pas mobilisée dans le cadre de la Stratégie Pauvreté.

[1068] Ce paysage interinstitutionnel complexe au niveau départemental, allié à la prévalence des petites communes dans le territoire ornais, tend – dans la continuité des CTG de la CAF, des chartes famille et solidarité de la MSA – à faire émerger l'échelon intercommunal comme pertinent dans la déclinaison des politiques d'insertion. C'est notamment le cas avec des communautés de communes telles que celle du Pays de l'Aigle, qui au travers de leur CIAS, se sont investies dès 2001 dans le champ de la solidarité, dans une approche politique liant développement économique et social de leur territoire.

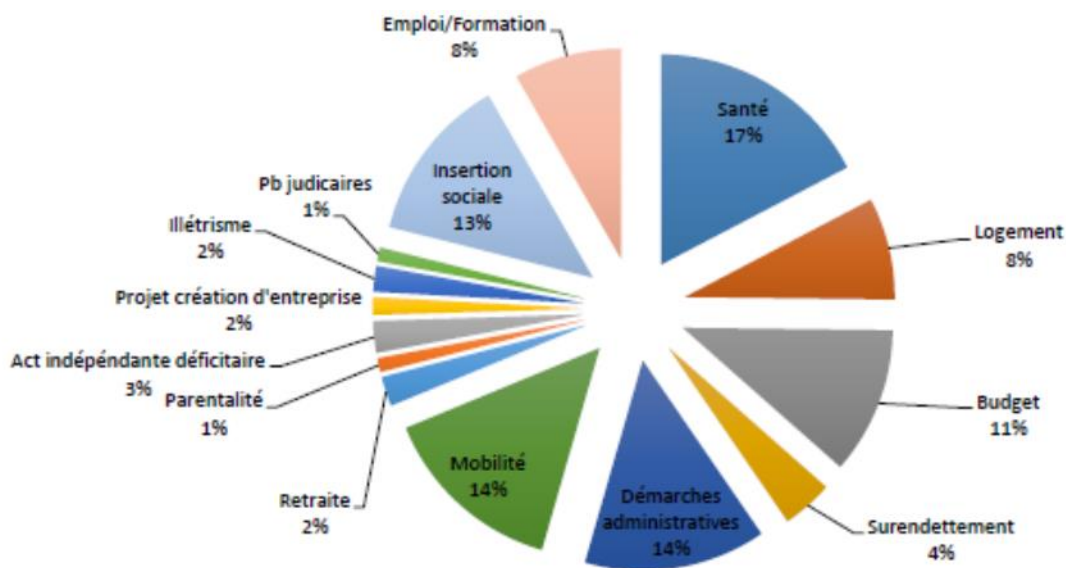
2.3.2 L'ASS maladie et le Centre d'examens de santé

[1069] La santé est un enjeu majeur pour les populations en précarité, premier frein périphérique à l'emploi et à l'insertion dans le département de l'Orne.

[1070] Ainsi, 30 % des assurés ornais ont renoncé aux soins dans les 6 derniers mois, et 16,5 % en moyenne (25 à 30 % dans certains territoires) n'ont pas de médecins traitants.

[1071] Autre exemple, sur le territoire de la communauté de communes du Pays de l'Aigle évoqué supra, la santé est la première problématique identifiée dans l'élaboration du parcours d'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

Schéma 13 : Problématiques travaillées – bénéficiaires RSA



Source : Centre Intercommunal d'Action Sociale des Pays de L'Aigle – Bilan d'activité 2017

[1072] Plus précisément, ces problématiques de santé consistent- toujours sur le territoire de la CC du Pays de l'Aigle, en 47 % de difficultés physiques, 27 % de difficultés liées à une addiction et 26 % de difficultés de santé psychologiques.

[1073] C'est d'ailleurs fort de ce constat que comme évoqué supra, la santé est un des axes de progression identifié par le PTI 2020-2022.

[1074] C'est en ce sens que la CPAM de l'Orne se mobilise à travers l'ASS et la MisAS (Mission d'Accompagnement en Santé) autour notamment de l'accès aux soins et de la lutte contre le non recours (PFIDASS).

[1075] Prenant en compte l'intégration de nouveaux régimes (travailleurs indépendants ...), les impacts du déploiement progressif du 100 % santé et de la Complémentaire Santé Solidaire, les orientations de l'ASS de la CNAM posent un socle commun autour de 6 axes :

- Développer l'accompagnement des publics fragiles,
- Adapter l'Action Sanitaire et Sociale au regard des réformes du 100% santé et de la Complémentaire Santé Solidaire
- Renforcer l'engagement de l'assurance maladie en matière de prévention de la désinsertion professionnelle,
- Prendre en compte les impacts de l'organisation territoriale des soins et de la mobilité,
- Poursuivre le soutien aux dispositifs de retour et de maintien à domicile,
- Inscrire l'attribution d'aides collectives dans la politique de partenariat locale et nationale.

[1076] Sur la base de ce socle commun, la CPAM de l'Orne décline son ASS avec le souci de son Conseil, de les adapter au plus près des besoins sociaux du territoire, notamment des publics les plus fragiles : les jeunes, les personnes âgées et handicapées, les familles monoparentales, les chômeurs de longue durée, les aidants familiaux, les assurés en pathologie lourde.

[1077] Du fait de la crise sanitaire et des confinements successifs, le nombre de demandes d'ASS tend à diminuer de 14 % en 2020 pour s'établir à 2 159. En revanche, le nombre de demandeurs bénéficiaires de la CMUC continue d'augmenter de 19 % par rapport à l'année 2019.

[1078] Les assurés retraités et salariés constituent à eux seuls 45 % des demandes, les bénéficiaires du RSA seulement 6 %.

[1079] Sur le plan budgétaire, l'ASS de la CPAM de l'Orne dispose de crédits à hauteur de 584 000 € en 2020 répartis et exécutés comme suit :

Tableau 20 : Exécution budgétaire ASS –CPAM de l'Orne en 2020 :

Exécution budgétaire 2020 - Action Sanitaire et Sociale						
Nature dépenses	Dépenses 2019	Crédits 2020	Dépenses 2020	Non consommé	% exécution budgétaire	Evolution des dépenses 2020/2019
Secours et Aides financières	319 974,79	313 414,00	276 357,47	-37 056,53	88,18	-13,63
Aides Complémentaire Santé	84 994,22	81 289,00	77 805,12	-3 483,88	95,71	-8,46
Prestations supplémentaires facult.	14 279,28	19 024,00	19 019,90	-4,10	99,98	33,20
Subventions	14 500,00	41 250,00	25 750,00	-15 500,00	62,42	77,59
Primes de fin de rééducation	8 111,28	8 200,00	0,00	-8 200,00	0,00	-100,00
Autres charges	0,00	143,00	142,63	-0,37	99,74	0,00
a) Total dotation paramétrique	441 859,57	463 320,00	399 075,12	-64 244,88	86,13	-9,68
Aides au retour et maintien à domicile (dont MDPH)	94 534,77	96 850,00	96 834,41	-15,59	99,98	2,43
Prestations cures thermales	11 789,29	19 100,00	4 948,22	-14 151,78	25,91	-58,03
Aides PRADO	1 276,96	5 600,00	0,00	-5 600,00	0,00	-100,00
b) Total dotations spécifiques	107 601,02	121 550,00	101 782,63	-19 767,37	83,74	-5,41
TOTAL GENERAL (a+b)	549 460,59	584 870,00	500 857,75	-84 012,25	85,64	-8,85

Source : CPAM de l'Orne

[1080] Le recul est encore insuffisant pour imputer la baisse des demandes liées à l'optique, au dentaire ou à l'auditif, au 100 % santé ou à la crise sanitaire.

[1081] Pour appuyer le déploiement du 100 % santé vers les assurés les plus fragiles, l'ASS a été mobilisée conformément aux orientations nationales, pour limiter les restes à charge (optique essentiellement) et pallier les problèmes de démographie médicale (dentaire).

[1082] La CPAM subventionne également des associations (une vingtaine par an), notamment dans le cadre de la MisAS et de l'accès aux soins. C'est ainsi que l'association Résol'Ap portée par la MSA est soutenue pour offrir une solution de transport pour les soins n'ouvrant pas droit à prise en charge par les prestations légales. Une réflexion est aussi en cours pour initier des programmes de soutien aux associations ornaises de la lutte contre l'illectronisme et œuvrant en faveur de l'inclusion numérique.

[1083] Enfin, la CPAM au travers de la MisAS accompagne les jeunes sortants de l'ASE, dans le cadre d'un partenariat avec le Département, ainsi que les jeunes inscrits dans le dispositif Garantie Jeunes dans le cadre d'un partenariat avec la mission locale d'Alençon : accès aux droits et la C2S, sensibilisation à l'examen prévention santé, ...

[1084] C'est essentiellement autour de la MisAS et de l'accès aux soins, que les partenariats avec la CAF, la CARSAT mais aussi l'ARS (Pass hospitaliers) s'expriment. L'ASS de la Cpm est peu ou pas mobilisée. Une réflexion est toutefois initiée avec l'ARS sur les aides transports en vue de la campagne de vaccination des publics précaires.

Encadré 16 : le service social de l'Assurance maladie

Doté de 153 collaborateurs pour la région et de 15 agents pour le département de l'Orne, le service social régional (maladie) placé auprès de la CARSAT dispose de quatre missions :

- la prévention de la désinsertion professionnelle qui constitue plus de 50% de son activité ;
- la sécurisation des parcours en santé (tous âges, essentiellement pour des pathologies lourdes) ;
- l'accompagnement de sorties d'hospitalisation (surtout au bénéfice de personnes âgées) ;
- l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Piloté et animé par l'assurance maladie, le SSR constitue un vecteur important d'action sociale transversale permettant des actions entre branche maladie et branche vieillesse, branche maladie et branche AT-MP. Les indicateurs suivis en CPG sont retracés infra en PJ4.

Source : Mission d'après entretiens

[1085] Parallèlement, est également mobilisé le centre d'examen de santé de l'Orne basé à Alençon avec des antennes à Flers, Argentan et Mortagne-au-Perche.

[1086] Ce centre a la particularité de s'inscrire au sein de l'Union de Caisses - Institut inter Régional pour la Santé (UC-IRSA), organisme du régime général de l'Assurance Maladie qui a pour mission principale d'organiser et de prendre en charge, pour le compte de 12 CPAM, sur 11 départements issus de 3 régions (Normandie et une partie du Centre Val de Loire, et des Pays de Loire), l'offre de service des examens de prévention en santé (EPS) ainsi que des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

[1087] Sur l'ensemble de son territoire d'intervention, l'UC-IRSA porte 12 centres d'examen de santé pour près de 49 000 EPS en 2019, dont celui de l'Orne qui aura réalisé cette même année 2143 EPS dont la moitié en faveur de personnes en précarité.

[1088] Le centre d'examen de santé constitue pour la CPAM, le premier partenaire de détection de la MisAS (hors accueil CPAM). Il porte également des actions de prévention dans le cadre de la CFPPA comme il est partenaire de la CARSAT, de la CPAM et de l'AGEFIPH pour la prévention de la désinsertion professionnelle (pour les personnes en ALD notamment).

2.3.3 La mobilisation de l'AS en faveur des travailleurs indépendants : une nouvelle organisation surdéterminée par la crise sanitaire

[1089] Suite à l'intégration du RSI au régime général, l'action sanitaire et sociale au bénéfice des travailleurs indépendants a fait l'objet d'une profonde réorganisation, les Urssaf disposant pour la première fois d'une compétence en ce domaine, comprenant le support au fonctionnement des IRPSTI.

2.3.3.1 La montée en puissance du nouveau dispositif d'ASS pour les TI a été percutée par la crise sanitaire

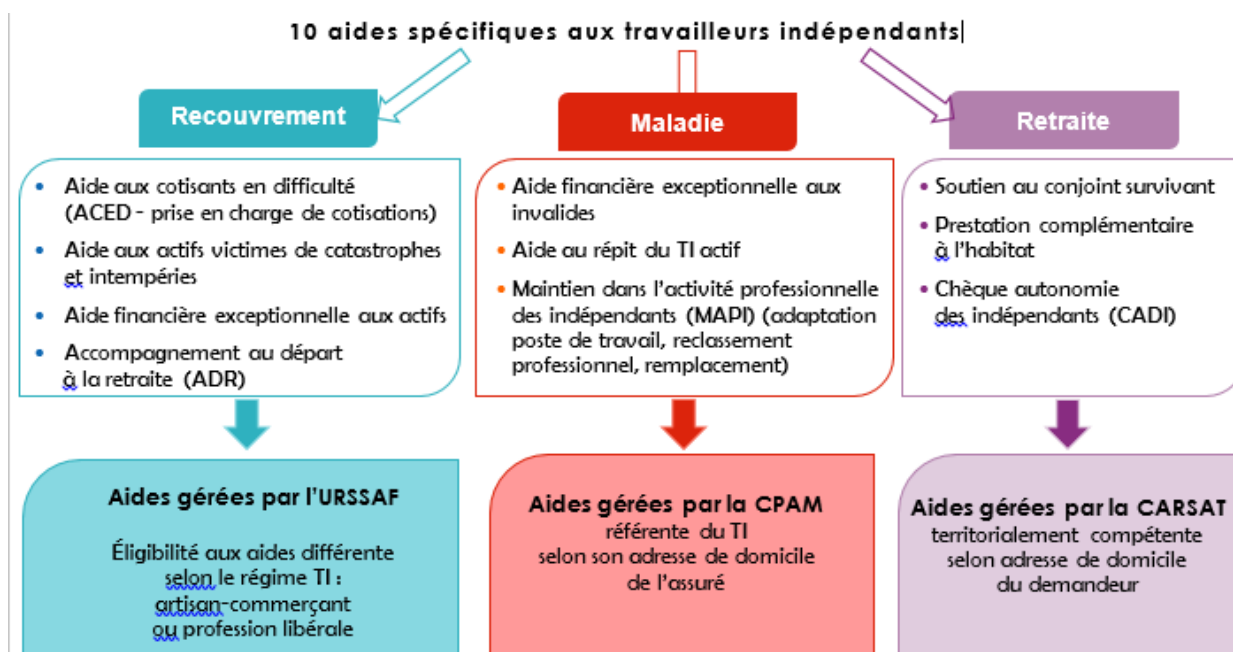
- Le nouveau dispositif d'ASS pour les TI

[1090] Le cadre général des aides est déterminé au niveau national par le Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants (CPSTI).

[1091] Les décisions sont prises par la commission d'ASS des instances régionales de protection sociales des travailleurs indépendants (IRPSTI) et mises en œuvre par les différentes branches²³² du Régime Général, selon leurs compétences.

²³² Un règlement national arrête précisément, par branche, les conditions d'accès aux différentes aides

Schéma 14 : Les aides en faveur des TI



Source : Urssaf

[1092] Les quatre aides développées par la branche recouvrement visent particulièrement à :

- Prendre en charge totalement ou partiellement des contributions et cotisations sociales personnelles, en cas de difficultés particulières de trésorerie rencontrées par le TI ;
- Résoudre une difficulté exceptionnelle qui risquerait de compromettre l'activité de l'entreprise, et de conduire à une situation de précarité ;
- Venir en aide aux nouveaux retraités aux revenus modestes ;
- Intervenir en urgence, en aide aux victimes de catastrophes naturelles ou non.

[1093] Du point de vue de la gouvernance, la commission d'action sanitaire et sociale du CPSTI a été désignée en 2019. Elle fonctionne régulièrement, à raison d'une réunion tous les deux mois en moyenne en 2020, mais avec 49 réunions de CASS délégataire tenues par le DRRTI, pour l'essentiel pendant ou après les deux périodes de confinement.

[1094] La dotation budgétaire régionale pour 2020 s'élevait à un peu plus d'1,1M€ en aides individuelles.

- L'impact de la crise sanitaire

[1095] Le budget initial a été multiplié par trois en 2020, pour atteindre 3,3 M€, compte tenu des aides financières exceptionnelles Covid-1 et Covid-2 versées au titre des deux périodes de confinement.

[1096] Les données communiquées par l'URSSAF Basse Normandie sur les aides financières exceptionnelles Covid montrent que les dépenses engagées en 2020 devraient en fait être largement supérieures.

[1097] En effet, fin février 2021, 3 142 travailleurs indépendants ont pu bénéficier de l'AFE Covid 2 (au titre de 2021) pour un montant total de 2 851 000 €.

[1098] A la même date, 1458 dossiers étaient en instance de paiement et 1232 demandes étaient en instruction, pour un montant qui dépassera certainement 2,3 M€ .

[1099] Les moyens humains dédiés à l’instruction des demandes (2 ETP) se sont rapidement avérés insuffisants dans le contexte de crise et ont nécessité l’affectation de renforts importants.

[1100] Enfin, une aide exceptionnelle a été mise en œuvre par le CPSTI, au titre du Régime complémentaire de retraite des indépendant et en lien avec la situation sanitaire, d’un montant maximum de 1 250 €. Les montants versés en Basse Normandie s’élèvent à 26 millions d’euros au bénéfice de près de 32 000 artisans et commerçants.

2.3.3.2 Les marges de progrès

[1101] Des entretiens avec les responsables de l’IRPSTI et de l’Urssaf, il ressort plusieurs axes de progrès dans la gestion de l’ASS au bénéfice des travailleurs indépendants.

- La gestion de l’ASS

[1102] Le logiciel ASI, dédié à la gestion de l’ASS est décrit comme inadapté, peu ergonomique et disposant de peu de moyens de requêtage.

[1103] Le dimensionnement de l’équipe de gestion devra être revu et adapté, après la crise encore en cours.

- L’offre de service

[1104] Une surveillance particulière des comptes semblant refléter des fragilisations (taxations d’office ponctuelles...) devrait permettre d’adopter une démarche proactive à l’égard des travailleurs indépendants concernés.

[1105] Certaines prestations pourraient être développées (soutien psychologique. ...).

[1106] La communication sur l’ASS, en période stabilisée, mériterait d’être revue pour améliorer la connaissance des dispositifs d’aide.

- La coordination de l’ASS

[1107] L’intégration du RSI au régime général s’est traduite par une répartition des compétences entre branches, la branche recouvrement se voyant néanmoins confier un rôle particulier de support des CPSTI avec les DRRTI.

[1108] Le fonctionnement des accueils communs n’a pu être évalué en 2020, compte tenu du contexte.

[1109] Par contre, le besoin de cohérence de l’ASS proposée et de coordination entre acteurs a été souligné par les interlocuteurs de la mission qui suggèrent la mise en place de comités de pilotage communs entre branches, pour favoriser la prise en charge globale des assurés et ont attiré l’attention sur l’outil de signalement de situations problématiques dit HELP, en cours de test, et présenté par ailleurs.

3 Une performance qui s'est nettement améliorée mais qui doit continuer à progresser

3.1 Les OSS ont fait des progrès dans la capacité à analyser les besoins, à identifier les publics prioritaires et à définir une offre de service adaptée particulièrement pour le domaine autonomie et dans une moindre mesure dans les domaines enfance famille et inclusion

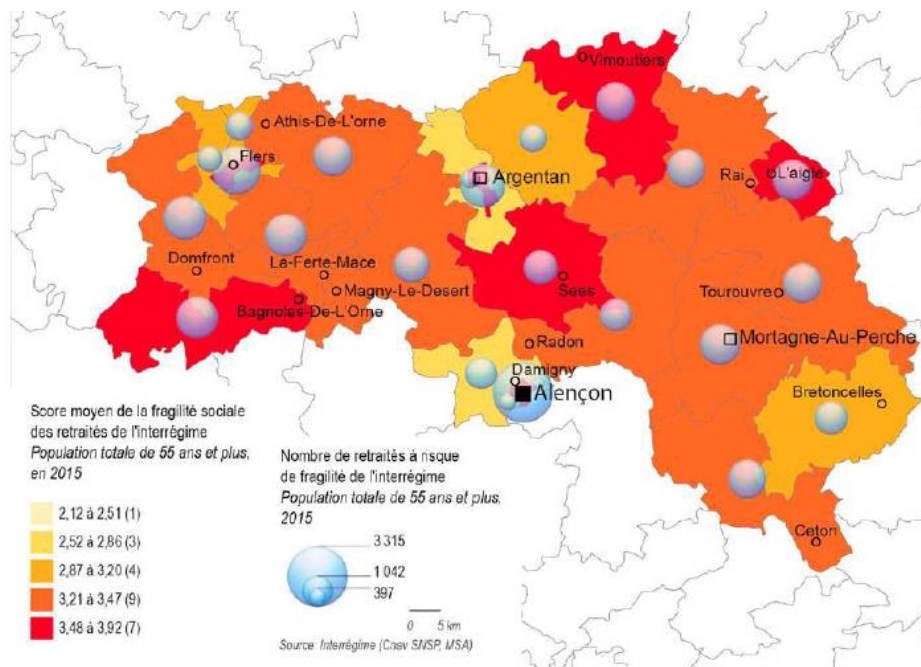
[1110] Comme indiqué dans le titre, pour chaque secteur, l'objectif des développements est de montrer comment est opérée l'identification des besoins, et des publics prioritaires et en conséquence l'adaptation de l'offre de services

3.1.1 Le champ de la prévention de la perte d'autonomie : l'identification et le ciblage des zones blanches et fragiles

[1111] L'observatoire des situations de fragilité permet d'identifier individuellement et de cartographier de manière agrégée les situations de fragilités, au regard de la situation des retraités caractérisée à partir de plusieurs critères, faisant l'objet d'une cotation²³³.

[1112] Les analyses au niveau des EPCI font ressortir des zones où les besoins d'intervention sont les plus sensibles.

Carte 1 : Fragilité sociale des retraités dans le département de l'Orne



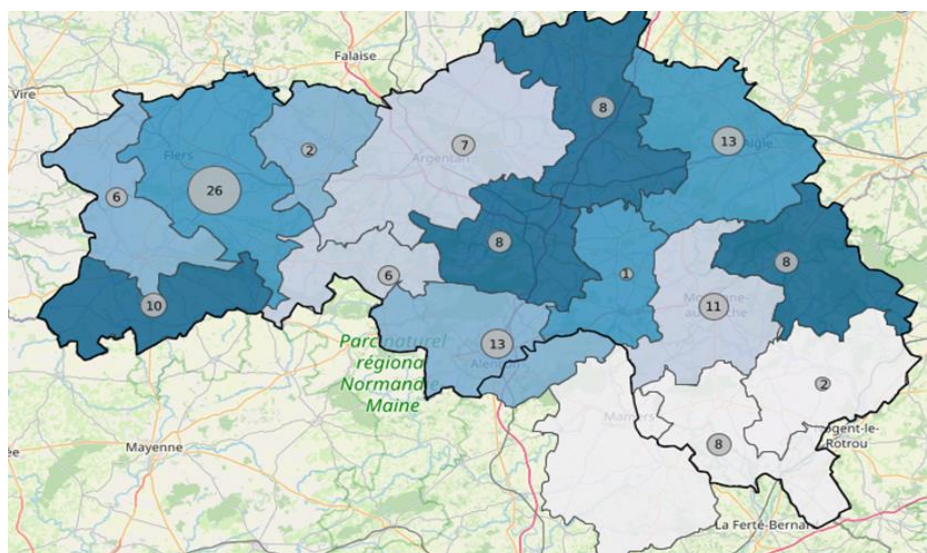
Source : Atlas national des situations de fragilités

²³³ Age (score de 1 à 4), bénéfice ou non d'une pension de réversion (caractérisant une situation d'isolement) (score 0 ou 3), exonération ou non de CSG (caractérisant un niveau de revenu) (score 0 ou 4); plus le score total est élevé, plus la situation est appréciée comme fragile

[1113] Ces différents travaux témoignent d'une forte appropriation d'outils pourtant récents, qui permettent d'appréhender de manière fine et objectivée les territoires qui nécessitent une intervention sociale compensatrice.

[1114] La CARSAT, l'AGIRc-Arrco et la MSA confirment par exemple que le ciblage des actions collectives, menées dans le cadre de l'interrégime fait appel à des travaux préparatoires dans le cadre de l'Observatoire.

Encadré 17 : Identification des EPCI fragiles croisée avec le nombre d'actions menées dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie



Source : CARSAT

[1115] S'agissant de la MSA, l'identification des territoires de développement social local, chartes des aînés et des familles s'est appuyée sur les critères de priorité du SDSF et du SDAVS, croisés avec la carte de la population des assurés du régime.

3.1.2 Le champ « enfance-famille » : l'identification proactive des bénéficiaires de l'accompagnement social et la recherche d'une meilleure appréhension des besoins en matière de mode de garde

[1116] La CAF de l'Orne a engagé des démarches pour mieux appréhender les besoins et y répondre dans eux domaines : l'accompagnement social et les besoins en mode de garde.

[1117] Sur l'accompagnement social, la mise en œuvre des orientations nationales visant à concentrer l'action des familles sur des événements fragilisant et la volonté d'intervenir de manière la plus précoce possible a conduit les travailleurs sociaux à identifier dès que possible les familles affectées par un événement fragilisant et à utiliser les bases de données allocataires pour repérer les familles concernées. L'identification du territoire s'appuie également sur la réalisation d'un diagnostic local et partagé incluant la participation des habitants et prenant en compte les atouts et déficits du territoire et les besoins de la population repérés notamment au travers de questionnaires.

[1118] A partir de ce repérage est engagée la prise de contacts par téléphone ou dans le cas d'événements dramatiques tel un décès, par courrier. Cette approche « proactive » permet de toucher davantage d'allocataires, de préciser le cadre d'intervention, et de mesurer le besoin de

l’allocataire et sa demande éventuelle d’un accompagnement. Cette démarche contribue également à repérer des publics dits « invisibles », qui ne font pas nécessairement valoir l’ensemble de leurs droits. La crise sanitaire a accéléré cette évolution vers « l’aller vers », avec la volonté de maintenir le contact avec les familles. Elle a conduit à développer de manière expérimentale des d’entretiens en visio-conférence.

[1119] Cette démarche a conduit à adapter l’intervention et, par exemple, les travailleurs sociaux ont fortement contribué à l’évolution du guide qui encadre les attributions des aides, et utilisent de manière croissante les aides financières en appui des actions d’accompagnement.

[1120] Plus généralement, le repérage des personnes vulnérables ou en fragilité peut déboucher sur une démarche proactive d’amélioration de l’accès aux droits. La procédure de rendez-vous qui s’est développée ces dernières années comme le montre le tableau ci-dessous, a ainsi démontré son utilité.

Tableau 21 : Tableau Rendez-vous des droits

	2016	2017	2018	2019	2020
Rendez-vous des droits	1	5	160	487	764

Source : CAF

[1121] S’agissant de l’amélioration de la réponse aux besoins de garde des jeunes enfants, la CAF a utilisé la démarche de passation des CTG pour effectuer des diagnostics partagés à partir des connaissances détenues par les acteurs de proximité, et générer des actions d’adaptation de l’offre.

[1122] Le développement de ces approches passe par un renforcement des capacités d’observation sociale à partir d’approches statistiques mais aussi d’enquête de terrain, permettant d’évaluer les niveaux de qualité et en s’appuyant sur l’expression des bénéficiaires.

3.1.3 Le champ « insertion »

[1123] Au-delà de la question des moyens financiers sans commune mesure avec ceux mobilisés sur les champs vieillesse et enfance/famille, ni avec ceux mobilisés évidemment par le Département chef de file, le champ « insertion » de l’ASS des OSS souffre de la complexité du contexte partenarial interinstitutionnel de l’Orne.

[1124] Ainsi l’absence de la CARSAT et de l’AGIRC-ARRCO dans le PTI, ou celle de la CPAM dans le déploiement de la Stratégie Pauvreté, sont deux illustrations de la difficulté des acteurs du territoire à développer des démarches concertées et globales en matière d’insertion.

[1125] Ce constat peut pénaliser collectivement le département, comme dans les premiers pas du Service Public de l’Insertion et de l’Emploi par exemple.

[1126] Il est particulièrement criant dans le bilan des deux ans de la Stratégie Pauvreté, où aucune initiative ornaise n’est valorisée a contrario des autres départements normands.

[1127] A titre d’exemple encore, dans la cadre de l’appel à manifestation d’intérêt lancé nationalement dans le cadre de la Stratégie Pauvreté, pour soutenir les projets associatifs innovants d’accompagnement en lieux de vie de personnes en situation de grande marginalité, quatre projets normands ont été retenus dans le Calvados et la Seine-Maritime. Aucun dans l’Orne.

[1128] Dans ce contexte, l'ASS des OSS en matière d'insertion est peu identifiée et lisible sur le champ de l'insertion. Seule celle de la CAF par le dynamisme de sa direction notamment et par son implication au sein de la politique de la ville et dans la gestion du RSA, est mieux identifiée et intégrée dans les politiques et dispositifs d'insertion du territoire ; de même que celle de la MSA pour ce qui est de l'accompagnement des ressortissants non-salariés allocataires du RSA.

[1129] Néanmoins quelques points de progrès en matière de coopération interinstitutionnelle semblent se dessiner pour l'avenir avec pour le Département, l'arrivée d'un nouveau DGA en charge des solidarités de culture plus partenariale. C'est ainsi que le Département anime la réflexion régionale en vue d'une possible expérimentation dans l'Orne du référent de parcours dans le cadre de la Stratégie Pauvreté.

[1130] De même, les approches territorialisées déclinées à l'échelon intercommunale semblent davantage favoriser les coopérations, grâce aux CTG portées par la CAF, aux chartes familles et solidarités portées par la MSA ou encore aux dynamiques portées par des CIAS tels que celui de la Communauté de Commune du Pays de l'Aigle.

[1131] Enfin, les approches par projet ou populationnelles apparaissent comme des leviers performants pour développer de fructueuses logiques partenariales. C'est ainsi qu'un guichet unique a pu être mis en place aux bénéficiaires des travailleurs indépendants entre la CAF et l'URSSAF de l'Orne.

[1132] La communauté urbaine d'Alençon a, quant à elle, été précurseur en accueillant fin 2020 dans un partenariat avec la Mission Locale, la CAF, le Département de l'Orne et l'Etat, et portée par le Bureau d'Information Jeunesse d'Alençon, la première implantation normande du dispositif national « La Boussole des Jeunes », service numérique d'information et d'orientation, d'accès aux droits des jeunes de 15 à 30 ans dans les domaines de l'emploi/formation, du logement et de la santé. Ce dispositif ornaise constitue même une première nationale par le choix des partenaires d'une dimension santé prévalente.

[1133] Ces approches territoriales auraient sans doute nécessité des analyses plus approfondies de la mission qui n'a pu s'entretenir avec une des 4 délégations territoriales d'action sociale du Département, ni avec la Communauté de Commune d'Alençon, ni obtenir des documents probants sur ces thèmes.

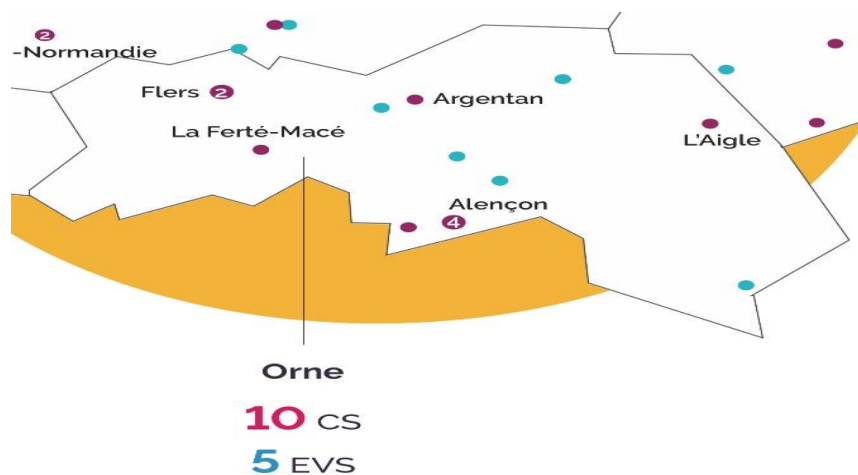
3.2 Les OSS s'appuient sur leurs partenaires associatifs, mais les efforts pour rendre leur offre pleinement accessible ne portent pas encore tous leurs fruits

3.2.1 Les partenaires associatifs et les OSS : hormis les secteurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'animation de la vie sociale, des partenariats à structurer et à approfondir

[1134] Dans le secteur de la prévention de la perte d'autonomie, le recours aux associations est traditionnel et bien structuré. L'inter-régime est porté par l'ASEPT Normandie (voir supra) et de nombreuses associations sont actives dans ce secteur, de l'action à domicile aux actions collectives, et répondent aux appels à candidature lancés par les financeurs.

- Les Centres sociaux et espaces de vie sociale

Graphique 6 : Implantation des structures d'animation de la vie sociale dans l'Orne (2020)



Source : SENACS – Observatoire des centres Sociaux et des espaces de vie sociale – Normandie 2020

[1135] Les 10 Centres sociaux et 5 espaces de vie sociale (EVS) de l'Orne s'inscrivent dans un partenariat privilégié avec les organismes de sécurité sociale, concrétisé par un cadre national multi conventionnel avec leur fédération nationale qui regroupe la moitié des 2 200 centres sociaux et 1 100 Espaces de vie sociale français et au niveau départemental par le SDAVS.

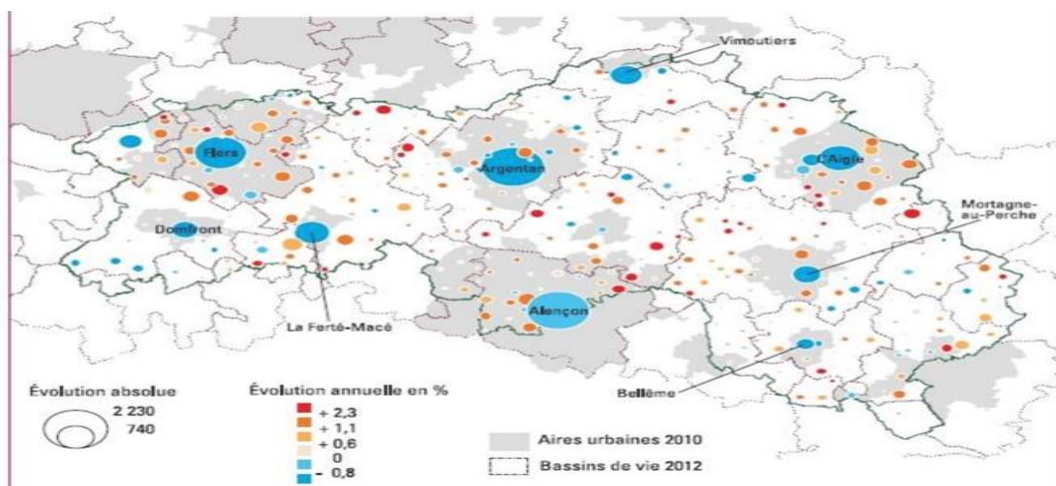
[1136] Ce dernier pour la période 2015-2019 veille au-delà des orientations fixées par la CNAF, à adapter et renforcer les partenariats avec la CARSAT au regard du vieillissement de la population fréquentant les structures d'animation de la vie sociale, le DLA (Dispositif d'Accompagnement Local) pour mieux soutenir les association, avec la MSA, le Département via des interventions ponctuelles et avec les services de l'Etat (DASEN, DCSP, politique de la ville).

[1137] Parmi les Centres Sociaux, 5 sont gérés par une association, 4 par une collectivité, 1 par un CIAS.

[1138] Dans l'Orne, Les centres sociaux sont plutôt implantés sur des pôles urbains ou péri urbains (Alençon, Flers, Argentan, l'Aigle, la Ferté-Macé), les EVS plutôt dans les zones rurales ou péri-urbaines.

[1139] Les critères retenus dans le cadre du SDAVS pour la création d'une structure d'animation sociale sont le dynamisme démographique, la vulnérabilité sociale, l'organisation du territoire et la couverture petite enfance / jeunesse.

Graphique 7 : Evolution de la population des communes de l’Orne entre 1999 et 2010



Source : INSEE, recensements de la population 1999 et 2010

[1140] Le dynamisme démographique est un enjeu important dans les territoires les plus ruraux du département tels que les bassins de Vimoutiers, Gacé et Bellême, et rend l’existence ou la création de structures de vie sociale d’autant plus importante.

[1141] Depuis 2008, il n’existe plus de fédération régionale des centres sociaux, ce qui ne favorise ni l’animation et l’appui au réseau, ni l’observation territoriale des besoins.

● L’UDAF

[1142] L’UDAF de l’Orne est une tête de réseau associative partenaire privilégiée de la CAF, rassemble plus de 70 associations familiales ornaïses mais aussi des fédérations départementales d’associations familiales et des groupements à but familial qui exerce une activité de services aux familles.

Graphique 8 : Les membres de l’UDAF de l’Orne



Source : Udaf 61

[1143] Outre ces missions de représentation des familles, l'UDAF développe auprès des pouvoirs publics des missions de plaidoyer. Le CASF lui confie en son Art L 211-3, 4°, l'exercice de l'action civile en vue de la défense des intérêts matériels et moraux des familles. Enfin l'UDAF peut être conduit à gérer des services aux familles par DSP ou de sa propre initiative pour apporter des réponses nouvelles ou innovantes à des besoins non couverts des familles : médiation familiale, service « questions parents », accès aux droits, RAM (Relais assistants Maternels) ou encore le programme « Habitat Regroupé » de logements inclusifs (Famille-Gouvernante, Maison Relais, ...).

[1144] L'UDAF relève d'une part que si les phases de diagnostic et d'élaboration du SDSF ont permis de dégager des orientations positives pour le territoire, le schéma souffre d'un défaut d'animation au long cours, et d'un défaut de soutien financier à l'innovation : c'est ainsi que le projet de familles gouvernantes pourtant prévu au SDSF, a été lancé malgré le défaut de financement de certains partenaires.

[1145] Des entretiens menés dans le cadre de la mission avec d'autres têtes de réseau associatives du champ social, médico-social ou des solidarités, il ressort que ces têtes de réseau nourrissent peu, voire aucune relation institutionnelle avec les OSS. Dès lors, l'action sanitaire et sociale des OSS leur est quasiment inconnue. Quant aux associations elles même, et en dehors du champ de la prévention de la perte d'autonomie et de l'animation de la vie sociale, les relations sont plutôt ponctuelles, liés à la logique appel à projets, que structurelles.

3.2.2 L'accessibilité de l'action sociale, l'accès au droit et la politique de communication : un engagement dynamique des différents OSS dans un cadre de plus en plus coordonné

[1146] Le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) de 2020, à l'élaboration du quel les OSS (CAF, CPAM, CARSAT et MSA) ont activement participé, avait consacré une place importante à l'accès aux services publics dans le domaine social.

[1147] En effet il était apparu que l'accessibilité était une question majeure dans un département où le vieillissement de la population créait des besoins d'accompagnement social, mais où dans le même temps le caractère très rural, rendait la mobilité difficile pour de nombreuses personnes. Le constat était que globalement la situation était plutôt satisfaisante en terme d'accessibilité, car les OSS avaient développé un accès numérique tout en maintenant un maillage fin d'accueil en présentiel. Mais le schéma invitait les OSS à poursuivre dans cette voie, et notamment à multiplier les efforts de mutualisation et de communication coordonnée. La mission a constaté que ces orientations étaient mises en œuvre.

[1148] Les OSS se sont efforcés de développer l'accessibilité numérique. Mais il est apparu que, parallèlement, il convenait de faciliter le plus possible l'accès en proximité et si possible dans un cadre partenarial et donc mutualisé, pour que les services soient accessibles à tous les bénéficiaires potentiels, et donc limiter le non recours aux droits et aux aides.

3.2.2.1 Le développement de l'accessibilité numérique

[1149] D'abord essentiellement mises en œuvre sous forme de sites d'information, la volonté d'améliorer l'accessibilité par la numérisation de l'action sociale se traduit par le développement de services offerts avec la possibilité d'accéder aux droits.

[1150] Le site de la CARSAT de Normandie et surtout celui de l'ASEPT Normandie offrent de nombreuses informations, et notamment la possibilité de s'inscrire sur des actions collectives de prévention.

[1151] Grâce à ces efforts les démarches effectuées par le public sur internet Caf.fr (telles que changements de situation, demandes de prestations, déclaration de ressources annuelles) ont nettement progressé et sont passées de 134 417 en 2017 à 252 518 en 2019. La crise sanitaire a accéléré cette évolution.

[1152] Autre exemple, la refonte du site monenfant.fr a permis à la CAF d'enrichir les rubriques d'informations locales et de les élargir à la parentalité. L'espace documentaire est organisé sur la base de situations rencontrées par les familles. Il met à disposition des guides méthodologiques, des rapports d'études pour soutenir la réflexion et le passage à l'action. Il propose un outil de simulation du coût de chaque mode de garde au regard de la situation économique et sociale de la famille, permet de déposer une demande d'information auprès d'un lieu unique d'information, de recenser l'ensemble des services locaux (ainsi par exemple il couvre, plus de 50% des assistants maternels agréés en Ille-et-Vilaine).

[1153] Enfin, le site Ameli.fr permet d'effectuer de nombreuses démarches en ligne pour ouvrir et maintenir les droits des assurés.

[1154] De même, le site de la MSA offre l'accès à 80 télé services.

3.2.2.2 La mise en place d'accès de proximité le plus possible décloisonné

[1155] Mais la mise en place d'un accès numérique n'est pas suffisante pour des publics qui sont éloignés des technologies numériques. Ainsi la CAF de l'Orne ne connaît l'adresse mel que de 80 % des allocataires. Pour ces publics, en plus d'une capacité à leur offrir un appui et parfois une formation en présentiel ou la possibilité d'utiliser des équipements dans un cadre associatif, il est important de maintenir et même de développer un accès en présentiel.

[1156] C'est pourquoi toutes OSS offrent un accès en présentiel repartit sur l'ensemble du territoire.

[1157] La CAF a une forte présence territoriale avec 7 points d'accueil administratifs et des conventions avec 16 points d'accueil des Espaces France Service (voir plus loin). Dans la dernière période, elle a engagé un renforcement de la mutualisation, à travers une présence accrue dans les EFS et un accueil commun avec la CPAM à Argentan.

[1158] La CPAM offre un accueil physique dans ses 4 agences et 6 sites d'accueil sur rendez-vous et a conventionnée avec 12 points MFS. Les assurés peuvent aussi accéder aux points d'accueil des départements limitrophes.

[1159] Outre son implantation à Alençon, la CARSAT dispose de deux agences retraite à L'Aigle et à Argentan, et a conventionné avec l'ensemble des EFS (ex MSAP).

[1160] Dans la recherche de cette accessibilité améliorée, la MSA bénéficie d'un avantage structurel du fait qu'elle porte, de manière intégrée, l'action sociale dans les trois domaines vieillesse, enfance famille, maladie. Elle dispose d'un fort ancrage territorial à partir d'un réseau dense d'élus qui ont une forte capacité à repérer les situations individuelles et donc de faciliter l'accès aux travailleurs sociaux. L'accès se fait sur :

- Les trois sites à Alençon (site siège), Flers (agence) et Mortagne au Perche,

- 6 sites de permanences 2 à 4 jours par mois,
- Des conventions avec 10 EFS.

[1161] Concernant les travailleurs indépendants, les membres de l'IRPSTI jouent un rôle d'adressage avec des campagnes de communication dédiée et surtout un dispositif de guichets uniques (1 par département) dont la crise COVID a rendu difficile le déploiement en 2020 (du fait de leur fonctionnement sur rendez-vous).

[1162] L'accessibilité dépend beaucoup de la capacité des acteurs à bien travailler ensemble dans un territoire. Il s'agit de développer une interconnaissance entre services, permettant un adressage simple vers les services compétents, et donc la prise en charge la plus coordonnée possible.

[1163] Dans ce sens des progrès sont intervenus dans la période récente à travers le développement du réseau France service qui dans l'Orne s'est fait largement à partir des 7 maisons de services au public (MSAP). Neuf services publics sont engagés (3 ministères, Intérieur, Justice et finances (DGFIP) et 6 opérateurs (La Poste, Pôle Emploi et 4 OSS, la CAF, CPAM, la CARSAT et la MSA).

[1164] A la fin 2020, le réseau était structuré en 8 Maisons France Service et 8 antennes. Les OSS se sont fortement engagés et en tirent d'ores déjà un premier bénéfice, en termes de présence de proximité ; ainsi par exemple la CAF dispose maintenant de 16 points d'accès repartis sur l'ensemble du département de l'Orne. La MSA porte une MFS itinérante sur le territoire ouest de l'Orne dans des cantons non couverts par une France service

[1165] A ce stade, il n'y a pas eu de bilan sur l'utilisation concrète des Espaces France Services, qui a été incontestablement gênée par la crise sanitaire. Il apparaît que les structures qui ont remplacé les MSAP ont connu une évolution plus favorable que celles qui ont démarré sans antériorité. Les prochaines étapes devraient permettre d'articuler au mieux les EFS avec le premier accueil inconditionnel dans les CDAS du CD.

[1166] En effet, les OSS doivent aussi s'appuyer sur les réseaux de proximité de leurs partenaires les CDAT du CD, les CCAS et bien sur les associations. Ainsi par exemple, la CARSAT s'appuie beaucoup sur le réseau des CLIC (3). Les initiatives prises par la CARSAT pour organiser des actions de communication en partenariat avec les CCAS et les CLIC dans des journées partenaires (une en 2018 et 2 en 2020) qui ont accueilli à chaque fois un large public apparaissent comme très efficaces pour amplifier la communication au plus près des personnes.

[1167] Mais la capacité à bien fonctionner en articulant un accueil de premier niveau puis une orientation vers un service géré par les OSS, suppose un minimum d'interconnaissance, voire de formation et aussi la capacité à échanger des informations.

[1168] C'est pourquoi la communication sur l'ASS et notamment sur les actions collectives doit se faire de manière privilégiée auprès des partenaires, et donc développer les échanges avec les acteurs locaux pour mettre en œuvre un cercle vertueux d'identification des bénéficiaires, d'adaptation de l'offre et de communication sur cette offre et de retour vers les réactions des bénéficiaires. Les OSS et notamment la MSA sont clairement engagés dans cette voie.

[1169] La mission a été particulièrement intéressée par les efforts faits par la CAF pour faciliter les contacts des partenaires avec ses services, par exemple lorsqu'il s'agit de consulter des droits, vérifier l'état d'un dossier ou intervenir sur une urgence, ou simplement transmettre des documents pour le dossier d'un allocataire, en mettant en place des plages de rendez-vous ou des

adresses mails dédiées. En plus de ces solutions de contacts, une ligne directe a été mise à disposition de travailleurs sociaux du CD tous les vendredis (hors périodes de vacances scolaires) de 13h à 16h30.

3.3 Dans l'Orne, les partenariats doivent être approfondis pour produire leurs pleins effets, notamment en termes d'innovation et d'association des bénéficiaires à l'action menée

3.3.1 Les OSS et les autres acteurs institutionnels : malgré des résultats, les partenariats développés se heurtent à des cloisonnements persistants

[1170] Il apparaît que les résultats obtenus par les OSS dans la mise en œuvre de l'action sociale doivent beaucoup au partenariat qui s'est développé entre les acteurs du département de l'Orne. Ce partenariat est d'autant plus fort que l'Orne est un département de dimension limitée ce qui facilite l'interconnaissance et la confiance entre les acteurs. Néanmoins des cloisonnements subsistent et pénalisent l'efficacité de l'action. Au moment où est intervenue la mission, des progrès étaient en cours pour les surmonter et créer un partenariat territorial efficace.

3.3.1.1 Avec le Conseil Départemental, une coopération inégale selon les domaines

[1171] La loi NOTRe a conforté le rôle du Conseil départemental (CD) comme chef de file de l'action sociale, et cela fait du CD un animateur majeur de la coopération entre les différents acteurs à commencer par l'Etat et les OSS.

[1172] Or, le CD de l'Orne s'est engagé inégalement dans cette voie selon les domaines d'intervention. La coopération est forte avec la CARSAT et la MSA, à travers la conférence des financeurs mais aussi sur le soutien à domicile des personnes âgées (à travers la reconnaissance des évaluations par exemple). Elle est beaucoup plus limitée s'agissant du domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion. En ce qui concerne le domaine enfance famille, la situation est intermédiaire ; comme cela a été évoqué, concernant l'enfance, l'action du département est plutôt centrée sur l'ASE, mais cela n'exclut pas une association aux initiatives de la CAF par exemple sur la parentalité.

[1173] Après une période où les positions du département semblaient dictées par la volonté de défendre son autonomie sur son champ de compétences propres, les choses ont commencé à évoluer dans le sens d'une plus grande ouverture et notamment du fait des efforts de la préfecture (par exemple pour promouvoir un plus fort engagement du CD sur l'insertion professionnelle). Les attitudes de non coopération sont d'autant plus dommageables que les OSS peuvent contribuer encore davantage à la réussite des politiques du CD, et d'abord parce qu'ils disposent de bases de données et donc d'une connaissance des bénéficiaires que le département n'a pas.

[1174] Le renouvellement des deux schémas SDSF et SDAVS (qui devraient fusionner dans un schéma unique) va intervenir dans l'année qui vient, et il s'agit là d'une opportunité pour progresser dans le partenariat.

[1175] Il s'agit de promouvoir la plus grande cohérence possible, dans le respect des responsabilités de chef de file de l'action sociale du département, entre les orientations du CD et celles portées par les OSS en application des politiques nationales d'action sociale.

[1176] Pour faciliter cette recherche de cohérence, pourraient être engagés des travaux de diagnostic à partir du développement de l'observation sociale, et des études évaluatives en s'appuyant sur l'expression des bénéficiaires (notamment dans le domaine enfance famille et de l'insertion).

[1177] Ces progrès dans l'observation sociale pourraient permettre de mieux d'adapter les interventions en fonction de la situation des différents territoires et devrait aboutir à une géographie des territoires prioritaires.

3.3.1.2 Un développement prometteur du partenariat dans les territoires de proximité

[1178] Comme cela a été évoqué plus haut à travers l'exemple de la CTG conclue avec la communauté de communes de l'Aigle ou de la charte famille sur le territoire de la communauté de communes de Donfront Tinchebray, la mission a constaté l'efficacité des démarches partenariales organisées dans les territoires de proximité. Elles permettent de développer des diagnostics approfondis sur les besoins des habitants du territoire (par exemple en matière d'accueil du jeune enfant) et d'intégrer l'action des OSS dans une vision globale cohérente et partagée avec l'Etat et les collectivités locales, du développement territorial.

[1179] L'engagement par la CAF dans la généralisation des démarches de CTG crée une opportunité de progresser dans cette voie.

[1180] Celle-ci va s'appuyer sur le développement de l'intercommunalité à travers la stabilisation de la carte des EPCI, et de la coopération en leur sein. A travers l'exemple de la CC de l'Aigle, il apparaît aussi souhaitable de faciliter la mise en place de CIAS qui constituent des outils importants pour développer l'intervention sociale en proximité.

[1181] Ces développements permettent aussi de faire coopérer davantage les OSS entre eux, par exemple en renforçant les liens entre la CAF et la MSA.

[1182] Ils conduisent à promouvoir une vision globale et cohérente du développement du territoire dans laquelle le département devrait s'engager encore davantage et qui devrait aboutir à rendre cohérentes, voire à unifier les multiples démarches de contractualisation : contrat du département ou de la région avec les EPCI, contrat de ruralité ou contrats politique de la ville, convention territoriale globale (CTG) et contrats locaux de santé (CLS) etc.

3.3.1.3 Le développement de la contribution des OSS aux politiques inter ministérielles à travers un resserrement des liens avec la préfecture et les autres services de l'Etat

[1183] Dans le département de l'Orne, les OSS ont contribué sous l'égide de la préfecture à la mise en œuvre des orientations nationales d'action sociale notamment, sur la mise en œuvre des politiques territoriales de l'Etat par exemple la politique de la ville.

[1184] Mais les exigences de mise en œuvre des politiques interministérielles comme la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté doivent conduire à resserrer les liens entre la préfecture, les autres services de l'Etat et les OSS. Par ailleurs comme cela été évoqué plus haut, il apparaît nécessaire de renforcer le partenariat avec le département.

[1185] Les OSS ont été parties prenantes des travaux des groupes de travail mis par en place au niveau régional par le commissaire à la lutte contre la pauvreté. Mais cette intégration des OSS s'est révélée plus délicate dans la mise en œuvre opérationnelle.

[1186] Cette situation est pour partie liée aux modes de travail entre le niveau régional de l'Etat et le niveau départemental, question qui n'entraîne pas dans le champ de travail de la mission. Mais elle est aussi liée aux modes de relation entre la préfecture et les OSS.

[1187] La préfecture a lancé la préparation du SDSF. Les OSS, en particulier la CAF ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de la ville. Par ailleurs, la CAF et la CPAM se sont engagées dans la mise en place des MSAP puis du réseau France Service.

[1188] Mais cette relation pourrait être renforcée et permettre à la préfecture de s'appuyer sur l'expertise des OSS. En effet l'Etat est dans une position particulière en matière d'action sociale, puisqu'il ne dispose que de très peu de leviers directs en termes de financement. Il faut donc jouer davantage sur une approche incitative dans la mise en œuvre des objectifs fixés au niveau national et régional.

[1189] Dans cette approche les OSS et d'abord la CAF mais aussi la CPAM peuvent contribuer à éclairer la prise de décisions, en fournissant des données issues de leurs bases de données. Toujours dans cette approche, il pourrait être intéressant d'articuler davantage, sous l'égide de la préfecture, l'action des OSS avec celle des autres services de l'Etat, par exemple avec l'éducation nationale.

[1190] Pour ce faire il pourrait être utile de resserrer les liens entre les OSS et d'abord la CAF, et la préfecture ; par exemple en organisant des rendez-vous réguliers entre la préfecture et la CAF (et avec MSA au regard de sa bonne connaissance des besoins des populations rurales), et en garantissant une forte transparence des OSS sur leurs interventions notamment territoriales (par exemple la négociation des CTG).

3.3.1.4 La mise en place d'une coordination de parcours en renforçant les échanges d'information sur les situations individuelles

[1191] Il existe dans l'Orne des liens étroits entre les différents acteurs de l'action sociale, mais dans la gestion opérationnelle ces liens sont parfois assez peu formalisés. En effet, si on excepte le domaine de la vieillesse et autonomie et donc la conférence des financeurs, dans les deux autres domaines, la coopération est moins organisée. Dans le domaine de l'accompagnement social, les relations des travailleurs sociaux des OSS et du CD ou des CCAS sont peu structurés et passent par les relations interpersonnelles.

[1192] Pour gagner en cohérence d'action, il serait utile d'améliorer la circulation de l'information et d'organiser un cadre d'échange dans chaque territoire de proximité. Au moment où est intervenue la mission, des réflexions étaient en cours pour développer l'approche parcours (par exemple mises en place du parcours séparation à la CAF, travail sur le référent de parcours sur le plan pauvreté) et il est souhaitable qu'elle soit menée à bien à court terme.

3.3.2 L'innovation sociale et l'association des bénéficiaires : enjeux majeurs d'un partenariat renforcé

3.3.2.1 L'innovation : des initiatives ponctuelles à inscrire davantage dans une dynamique départementale

[1193] La mission a relevé un certain nombre d'initiatives intéressantes mais ponctuelles. Les partenariats doivent être renforcés pour déboucher sur une dynamique départementale soutenue.

- Le carnet d'insertion dématérialisé :

[1194] Dans le cadre de son axe 2 « Mobiliser les bénéficiaires du RSA dans leur parcours », le PTI 2022 souhaite expérimenter la mise en place d'un carnet insertion dématérialisé.

[1195] Partant de l'expression des bénéficiaires lors des travaux d'élaboration du PTI, il s'est avéré que ceux-ci souffrent d'un défaut d'information à l'entrée comme dans l'accompagnement du dispositif RSA, tant sur les aides auxquelles ils peuvent avoir droit que sur le déroulé et potentialités du parcours qui peut leur être proposées.

[1196] De même, la multiplicité des référents sociaux, des démarches à entreprendre et des organismes à contacter, crée une complexité peu propice à la mobilisation des personnes en précarité, à leur appropriation de leurs parcours.

[1197] De plus, les problématiques soulevées lors de l'accompagnement s'avèrent souvent multiples et complexes elles-aussi, relevant de compétences et d'interventions professionnelles spécifiques que le référent RSA n'est pas toujours en mesure d'apporter.

[1198] Cette double complexité induit renoncements, ruptures et démobilitation des bénéficiaires dans leurs parcours d'insertion, contre lesquels les partenaires engagés dans le PTI 2020-2022 souhaitent lutter en expérimentant un carnet d'insertion dématérialisé.

[1199] Après évaluation de la faisabilité et du périmètre de partage d'informations entre intervenants et institutions, ce carnet d'insertion devra permettre de fluidifier les parcours des bénéficiaires, de disposer d'une approche globale des interventions et accompagnements et de les adapter au plus près des besoins de personne.

- Objectif Ferme :

[1200] L'association Objectif Ferme vise à essaimer sur le territoire de la Communauté de communes d'Argentan, le projet pionnier en 2014 de la Ferme de Moyembrie (Aisne), atelier et chantier d'insertion en agriculture biologique, à destination d'un public mixte de personnes en grande précarité et de personnes bénéficiant d'un aménagement de peine, en préparation de sortie de prison. Depuis deux autres fermes ont été créées dans l'Aude en 2018 et dans le pays basque en 2020 à destination des femmes sous main de justice.

[1201] Le projet Objectif Ferme a donc vocation à répondre aux enjeux de la réinsertion des sortants de prison et de la lutte contre la récidive, mais aussi à ceux d'insertion professionnelle de personnes éloignés de l'emploi dans un territoire en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale).

[1202] Il promeut par ailleurs une activité économique et des services à la population fondé sur les circuits courts, l'alimentation saine et à impact environnemental positif.

[1203] Ce projet innovant a été lauréat fin 2020 de l'appel à projets national « Inclusion et Ruralité » lancé par la CCMSA et sera soutenu à ce titre à hauteur de 30 000 € sur 3 ans, et fait partie des 15 projets bénéficiant d'un accompagnement renforcé de la caisse.

- VivaLab

[1204] VIVA Lab est une dynamique nationale issue d'un partenariat entre la Cnav, la CCMSA, l'AGIRc-Arrco, la Banque des Territoires et France Active.

[1205] En Normandie, lancé en février 2019 sous la coordination de la Carsat, VivaLab a pour objectif de sourcer et d'accompagner dans leur développement les innovations en faveur du bien-vieillir et du soutien à l'autonomie, dans les champs de la lutte contre l'isolement social et numérique, la prévention à domicile, l'adaptation du logement, l'accompagnement à la mobilité, le soutien aux aidants, les lieux de vie collectifs pour les retraités fragilisés.

[1206] La campagne 2019 a été dédiée à la lutte contre l'isolement et l'accès au numérique. La détection des projets est réalisée par les coordinations locales de la silver autonomie animée par les CARSAT

[1207] Il s'agit de porter rapidement à l'échelle des innovations technologiques ou servicielles ayant réussi leur preuve de concept et leur impact social. Grâce à la participation d'investisseurs tels que la Banque des Territoires et France Active, les associations, entreprises, start-up ainsi retenues, bénéficient de soutiens financiers pour l'accélération de leur solution et d'accompagnements pour consolider leur modèle économique comme bénéficiaire de tests auprès de retraités.

[1208] Le Viva Lab a également pour objectif d'accélérer le développement des innovations sociales par un passage rapide à l'échelle.

[1209] Pour l'Orne, deux projets ont été retenus et seront soutenus et accompagnés par l'écosystème Viva Lab :

- **Le projet SKIPIT** porté par la société 44, la société Digital Airways 61 (Argentan) et l'UNA d'Alençon. SKIPIT est un assistant domestique vocal dédié aux seniors connecté à une plateforme de services à la personne et à la citoyenneté : HomeKeeper.

[1210] SKIPIT fonctionne avec l'interaction vocale permettant aux personnes alitées, ou avec déficience visuelle d'utiliser les services.²³⁴

[1211] **Le projet ADEL (Application de DEtection des risques du Logement)** porté par l'UNA Alençon Perche, consiste, par la numérisation du domicile et la réalité virtuelle, à identifier les risques du logement, à proposer et visualiser des aides techniques ou des aménagements.

²³⁴ Vidéo de présentation: <https://www.youtube.com/watch?v=9h-KNK9jI-U>

Schéma 15 : Fonctionnement ADEL



Source : CARSAT Normandie

3.3.2.2 L'association des bénéficiaires

[1212] La démocratie sociale dans les organismes de sécurité sociale, est un levier important d'association des ressortissants aux politiques d'action sanitaire et sociale. Quels que soient les échelons régional, départemental ou local, la mission n'a pu que constater le fort attachement mais surtout la forte implication des élus à l'action sociale, tant dans la mise en œuvre et le suivi, que dans la veille de besoins non satisfaits ou émergents.

[1213] Par ailleurs, gage à la fois d'expression de la parole des usagers, d'une identification précise des besoins avérés ou émergents et de bonne appropriation des politiques et dispositifs sociaux engendrés, le développement social local (DSL) est une exigence portée par l'ensemble des acteurs du territoire et tout particulièrement les OSS.

[1214] C'est d'autant plus prégnant que les maîtres mots de l'ensemble des politiques sociales du territoire mais aussi des orientations nationales (COG, Stratégie Pauvreté,...), sont la capacitation, « l'aller vers » ou « le pouvoir d'agir » des populations concernées.

[1215] Des schémas départementaux aux conventions globales de territoires portés par la CAF, des chartes des solidarités à celle des aînés, portées par la MSA, les démarches de DSL irriguent nombre des dispositifs de l'action sanitaires et sociales des OSS et de leurs partenaires.

PIÈCE JOINTE 1 : ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PLANS D'ACTION ET INDICATEURS CPG CARSAT DANS LE DOMAINE DE L'ACTION SOCIALE

Tableau 22 : Mise en œuvre des plans d'action de la CPG-CARSAT (à fin décembre 2019)

Engagements	Moyens mobilisés	Taux de réalisation	Analyses du taux de réalisation par l'organisme
RENFORCER LES SYNERGIES RETRAITE ACTION SOCIALE DANS UNE LOGIQUE DE CONTINUUM			
1. Renforcer les synergies entre les métiers retraite et action sociale par des actions « d'information grand public » pour les nouveaux retraités autour du Bien vivre à la retraite au moment du passage à la retraite		100 %	Mise à disposition de brochures dans les accueils retraite. Envoi de push mails pour promouvoir l'offre « bien vivre sa retraite » 1 mois après la liquidation et organisation des journées informations partenariales A destination des publics fragilisés : un programme de Journées d'Information Partenariales (JIP) par département en interbranche et inter régime (y compris Pôle emploi).
2. Diffuser l'information sur l'offre pour bien vivre à la retraite dans le cadre des parcours clients attentionnés « je demande ma retraite » et « j'ai perdu mon conjoint »		70 %	La démarche Parcours clients est maintenue et amplifiée sur l'ensemble du CPG en lien étroit avec les services retraite : diffusion de la brochure « Vieillir et alors en agence et en dématérialisé, envois de mails présentant l'ODS Action Sociale à différents moments clés après le passage en retraite, communication dans « Parlons retraite » Lors des RDV Retraite réalisés avec les publics fragiles (notamment les demandeurs de pensions de réversion), la brochure bien vivre sa retraite est remise à l'assuré. Des signalements sont également réalisés auprès des travailleurs sociaux de la CARSAT pour les situations détectées par les Conseillers Retraite (rupture de ressources liée à une problématique santé...).

<p>3. Promouvoir les actions collectives orientées jeunes retraités telles que « Bienvenue à la retraite » auprès des nouveaux retraités ainsi que le site www.pourbienvieillir.fr</p>	<p>50 %</p>	<p>La CARSAT se donne pour objectif de développer une Offre de Service spécifique pour les jeunes retraités sous forme de parcours intégrant des temps en présentiel et à distance. Ce travail est conduit en interrégime. Le dispositif a été imaginé et conçu par un groupe de travail interrégime. L'objectif est, à terme, d'héberger cette nouvelle offre de services sur le site internet de l'ASEPT. Ce site internet devrait voir le jour fin 2020.</p>	
<p>Repérer et accompagner les retraités fragilisés</p>			
<p>5. Nouer des partenariats favorisant le repérage des retraités fragilisés notamment au travers d'échanges d'informations (ex. expérimentations de signalements croisés)</p>	<p>70 %</p>	<p>Procédure de signalements croisés entre SSR/Retraite /ASR</p>	
<p>Contribuer à l'adaptation des logements individuels et prioriser les dépenses d'investissement en faveur des lieux de vie collectifs</p>			
<p>7. Poursuivre, dans le cadre des orientations nationales, le développement de la politique d'aide à l'adaptation des logements pour favoriser le maintien à domicile des retraités</p>	<p>71. Contribuer financièrement à l'adaptation des logements et porter dans ce cadre une offre de parcours de prévention autour de l'habitat et du bien vieillir à domicile</p>	<p>90 %</p>	<p>La CARSAT développe sa politique de communication sur l'adaptation du logement : adaptation de l'habitat (affiches créées) et concernant le parcours habitat elle a mis en place un vaste démarche partenariale avec les 5 Conseils architecture urbanisme environnement - CAUE de la région normande.</p>
	<p>72 Développer les coopérations avec les bailleurs sociaux pour l'accompagnement au bien vieillir de leurs locataires retraités</p>	<p>90 %</p>	<p>Un travail particulier a été conduit sur 2018/2019 auprès des bailleurs sociaux de l'agglomération caennaise (dans le cadre du dispositif ECLAT). Un appel à idée a été lancé en partenariat avec les C.A.U.E afin de promouvoir de nouvelles manières d'habiter pour les seniors. L'objectif est de contribuer à élargir le panel des possibles pour les bailleurs sociaux comme pour les élus locaux en matière de projet de lieux de vie collectifs. Un ouvrage sera réalisé et diffusé fin 2020.</p>

	73 Consolider les partenariats permettant une amélioration de la qualité du service apporté aux retraités (Anah, Prestataires habitat, Action logement, artisans, acteurs du bâtiment ...)	90 %	<p>La CARSAT poursuit son développement de la politique d'adaptation des logements en simplifiant le processus des demandes d'aides individuelles entre CARSAT et Prestataires Habitat (instauration d'un circuit court).</p> <p>Un séminaire de formation a permis de réunir en Septembre 2019 l'ensemble des prestataires habitats conventionnés. Mise en place d'un pôle dédié HCV/LVC permet une meilleure coordination avec les principaux acteurs du process habitat. Un plan d'action média auprès de la presse locale va être lancé, des affiches sont en cours de création et des spots sur nos écrans au sein de nos sites extérieurs vont être diffusés afin de promouvoir notre offre de service.</p>
Créer des parcours de prévention en lien avec les collectivités territoriales et les autres acteurs de la prévention du territoire			
10. Contribuer, dans le cadre des orientations nationales, au renforcement de l'axe 2 reposant sur les <u>actions collectives de prévention (ACP)</u>	10.2 Renforcer la structuration des ACP et développer des mesures de leur impact (dont Webreport)	66 %	Implication forte du personnel ASEPT sur les saisies Webreport sous notre impulsion.
	Contribution à l'alimentation de SIPAC : cartographie "Trouver près de chez vous un atelier" du site "pourbienvieillir.fr"	66 %	Formation des principaux partenaires (ASEPT...), des centres sociaux et du Service social à l'alimentation de l'outil.
	10.3 Développer une logique de parcours entre les différentes ACP de l'offre socle notamment, y compris dans les LVC	75 %	<p>Déploiement du Pack résidents dans les résidences autonomes normandes. Test en 2019, d'une nouvelle prestation en Résidence Autonomie : LES REPAS PART 'AGE</p> <p>De plus par convention, les LVC accompagnés sur l'investissement par convention doivent mettre à disposition de la structure interrégime leur salle d'animation.</p>
	10.4 Participer à l'amélioration et la diversification de l'offre d'ACP à destination des jeunes retraités	66 %	Fort développement des ateliers marche nordique et danse de salon qui drainent de plus jeunes retraités. La convention entre la structure inter régime ASEPT et HAPPYVISIO nous permet de déployer une offre dématérialisée auprès d'un public plus jeune.

<p>11. Déployer une démarche d'inclusion numérique des seniors en renforçant l'offre d'accompagnement au numérique notamment dans le cadre d'actions collectives y compris dans les LVC, de partenariats</p>	<p>90 %</p>	<p>Gros succès de l'appel inclusion numérique fin 2019 avec 20 dossiers. Modélisation d'une offre de suite d'ateliers en présentiel (perfectionnement) avec une offre à distance par HAPPYVISIO</p>	
<p>12. Renforcer la coordination entre les caisses régionales et les collectivités locales pour promouvoir une culture de la prévention et favoriser la coordination des actions :</p>	<p>12.1 Contribuer au fonctionnement des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et à l'élaboration du programme départemental coordonné de prévention</p>	<p>100 %</p>	<p>La CARSAT est représentée dans chaque Comité Technique, Bureau et Plénière programmés par les CFPPA. Elle contribue systématiquement à la réactualisation des programmes coordonnés.</p>
	<p>12.4 Valoriser l'EGBD et favoriser les échanges d'information (ex. APA/MTP), la reconnaissance mutuelle des GIR, et le cas échéant, des plans d'aide avec les conseils départementaux</p>	<p>95 %</p>	<p>Couverture de l'ensemble des départements en matière de reconnaissance mutuelle du GIR. Les échanges de données sont sécurisés, soit par des plate-formes ou par le biais de fichiers excel protégés avec mot de passe.</p>
	<p>12.5 Démarche ECLAT : Modéliser des contrats de territoire autour de la prévention de la perte d'autonomie reposant sur une double démarche de coordination des acteurs du territoire au niveau infra départemental, d'élaboration d'un diagnostic des fragilités par la mobilisation de données et d'élaboration de plans d'actions locales co-financés avec les collectivités territoriales et les bailleurs sociaux notamment</p>	<p>100 %</p>	<p>Poursuites des travaux en 2019 sur le territoire ECLAT de la Communauté urbaine CAEN LA MER</p>

	12.6 Renforcer les actions de prévention favorisant la participation sociale et le lien intergénérationnel dans le cadre de partenariats avec les CCAS, CLIC, centre sociaux, Monalisa etc...	80 %	La CARSAT a octroyé un financement à la Fédération des Centres Sociaux et à 5 centres sociaux, financement leur permettant de réaliser un diagnostic de territoire. Ce diagnostic a permis d'aboutir à la formalisation d'un plan d'actions en direction de nos publics. Cette expérimentation avec 5 Centres Sociaux va permettre de modéliser l'offre partenariale en direction des Centres Sociaux de la région (absence de fédération régionale). Concernant MONALISA, la CARSAT contribue en fonction de ses possibilités aux groupes de travail auxquels elle est conviée.
Renforcer le partenariat interrégime et interbranche dans le cadre des orientations nationales			
	14. Renforcer le partenariat avec l'AGIRC-ARRCO notamment avec les centres de prévention pour promouvoir les offres de prévention et le déploiement de parcours coordonnés santé/prévention	75 %	Le programme d'activité de la structure interrégime est coordonné avec le programme des centres de prévention AGIRC ARRCO. En 2019 un test d'articulation entre conférences du Centre de prévention et ASEPT a été mis en place afin d'être généralisé sur 2020/21
15. Renforcer la coordination avec les autres branches de la Sécurité sociale :	15.1 Avec l'Assurance maladie notamment sur les questions de non-recours aux droits et sur l'articulation des offres de services aux retraités (sorties d'hospitalisation ; partenariat avec les CES pour proposer des parcours santé/prévention, synergies risques pro et ASS ...)	60 %	Implication active du Sce social sur les sorties d'hospitalisations. Les Centres d'examen et de Santé sont invités à nos journées d'Information Partenariales (JIP) déployées pour les futurs retraités (cf supra)
	15.2 Favoriser les échanges avec la branche famille pour développer le partage d'informations et le développement de l'intergénérationnel dans un objectif de lutte contre	20 %	Actions communes sur les centres sociaux. Ce partenariat sera à amplifier sur les années à venir.

	l'isolement social, en lien avec les centres sociaux et Monalisa		
Accompagner de nouveaux publics et développer de nouvelles offres			
16. Intégrer l'action sociale à destination des retraités « Travailleurs indépendants », dans le cadre des orientations nationales, afin de proposer aux travailleurs indépendants une offre de prévention garantissant une continuité et une qualité de service identique à celle des retraités du régime général.		90 %	Très gros travail de préparation en 2019 à l'échelle régionale avec nos homologues des deux caisses SSI (Copil et groupes de travail thématiques). Implication de la CARSAT dans plusieurs groupes nationaux relatifs à l'action sociale SSI
17. Contribuer aux travaux de la branche sur l'innovation en faveur de la prévention	Favoriser l'émergence d'innovations technologiques ou organisationnelles visant à renforcer la prévention de la perte d'autonomie : participation et contribution au dispositif VIVALAB	100 %	La CARSAT coordonne et anime le dispositif régional VivaLab qui se réunit régulièrement depuis début 2019. 3 dossiers ont été validés par la CLSA et transmis auniveau national.
Poursuivre le renforcement du pilotage de la politique d'action sociale			
18. Poursuivre le renforcement du pilotage de la politique d'action sociale qui s'inscrit dans un contexte marqué par un vieillissement de la population et une contrainte budgétaire forte :	18.1 Contribuer à l'alimentation du tableau de bord « Action sociale »	100 %	Alimentation régulièrement effectuée
	18.2 Renforcer le pilotage budgétaire dans le cadre de l'outil PROUESS	100 %	A compter de Mai 2019 les prévisions mensuelles de dépenses annuelle ont été proches des dépenses effectives annuelles (98% de taux de consommation budgétaire)
	18.3 Atteindre les objectifs de l'indicateur CPG relatif au taux d'exécution du budget Action sociale	100 %	Taux d'exécution budgétaire de 98%

Source : CARSAT

Tableau 23 : Indicateurs de la CPG-CARSAT

Indicateur	Cible	Réalisé
R13-2- Taux de demande d'aides individuelles traitées en 40 jours maximum	90 %	91,6 %
R14-2- Déploiement des dispositifs en faveur de l'aménagement du logement individuel (nombre de bénéficiaires)	699	711
R15-2- Développement de la reconnaissance réciproque des GIR affectés aux retraités par les conseils départementaux et par les caisses de retraite (taux de couverture des départements de la caisse)	60 %	100 %

Source : CARSAT

PIÈCE JOINTE 2 : LE PROGRAMME COORDONNÉ DE LA CFPPA ORNE

ORIENTATION	ACTION	OBJECTIFS Programme coordonné Orne
Amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques individuelles	Apporter un financement complémentaire d'aides techniques à ceux déjà existants	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les bénéficiaires de l'APA : Etoffer la liste (des aides techniques), la faire connaître et la rendre plus lisible et accessible avec de la formation et de l'information auprès des professionnels et bénéficiaires - Pour les non bénéficiaires de l'APA : Conclure une convention de délégation de gestion avec la CARSAT et la MSA, le RSI ; Conduire une réflexion sur certains dispositifs de téléassistance, de domotique et « téléprévention » ; articuler aides au logement et aides techniques.
	Améliorer les diagnostics, prescriptions et prises en mains de ces aides	Transformer la liste en « catalogue des aides techniques » afin d'aider à la préconisation et à l'accompagnement à la première prise en main. Actions d'information et de sensibilisation du « grand public » sur les aides techniques
	Etude pour la mise en place de mode d'achats et prêts innovants	Réflexion sur le développement local d'une structure proposant du recyclage, de la mise à disposition et de l'accompagnement à la prise en main des aides techniques
Les résidences autonomie et l'attribution du forfait	Définition des critères d'éligibilité et attribution du forfait aux résidences autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Résidences autonomie de moins de 41 logements : 8 500 € - Résidences autonomie de 41 logements et plus : 17 000 € <p>Alloués sur une base conventionnelle (« qualité » des prestations minimales et réflexion sur le positionnement en matière d'habitat inclusif)</p>

	Conduite d'une politique globale d'accompagnement de la qualité des résidences	Restructuration nécessaire des résidences par la mise en œuvre du programme d'aide à l'investissement ; mise en œuvre de la loi de 2002 et prestations minimales
La coordination et l'appui des actions de prévention mises en oeuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	La prévention une mission des SAAD réaffirmée	Appliquer le référentiel d'autorisation à l'ensemble des SAAD et la convention qualité départementale opposable ; le référentiel normand de bonnes pratiques des services à domicile ; accompagner le développement des outils et pratiques professionnelles
La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	Un objectif de prévention pour les SPASAD particulièrement axé sur le repérage de la fragilité et facilité par le fonctionnement intégré des services	Formation des professionnels ; inciter à culture commune des services ; s'appuyer sur les outils de coordination, classeur de liaison..
Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie	Appui au développement et à la promotion de l'offre de répit existante	Construire un suivi des demandes et disponibilités des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ; Accompagner l'évolution des projets d'établissements et de services concernant le public accueilli ; Développer l'accès au droit au répit dans le cadre de l'APA
	Des actions complémentaires en faveur du répit	plan de communication sur l'aide aux aidants et l'offre de répit ; formation des professionnels ; proposer un cadre de fonctionnement de l'accueil séquentiel
Le développement d'autres actions collectives de prévention	La coordination et la communication sur l'offre en matière d'actions collectives : Les CLIC	S'appuyer sur le CLIC pour informer et accompagner les porteurs de projets sur la connaissance du territoire et de ses acteurs
	Le bus itinérant de la conférence	action de communication globale sur ce programme cordonné en proximité des bénéficiaires et éventuellement de manière itinérante
	Appels à candidature pour des actions nouvelles de prévention répondant au contexte d'isolement et de précarité	S'appuyer sur la coopération départementale et les coopérations locales MONALISA ; développer des actions sur les territoires non pourvus ou les thématiques non abordées ; Soutenir les actions collectives de transports solidaires

Source : Mission d'après programme coordonné

PIÈCE JOINTE 3 : RÈGLEMENT PORTANT SUR L'ATTRIBUTION DES AIDES INDIVIDUELLES CAF

Tableau 24 : Aides accessibles à tous sous conditions (1) logement

DOMAINES D'INTERVENTION	Conditions quotient Familial	Valeur	Circuit de demande
<u>Aide à l'acquisition d'un équipement Ménager/Mobilier</u>	≤ 600 €	500 €	Demande directe de l'allocataire
<u>Équipement Ménager/Mobilier majoré</u> Pour des familles en grande précarité financière	≤ 600 €	1 300 € Famille de 1 ou 2 enfants 1 800 € Famille de 3 enfants et +	Via un Travailleur social
<u>Prêt Amélioration de l'Habitat</u>	≤ 600 €	1 500 € Soit 80 % des coût des travaux	Demande Directe de l'allocataire
<u>Assurance Habitation hors FSL</u>	Sans conditions de ressources	1 067,14 €	Demande Directe de l'allocataire

Source : CAF

Tableau 25 : Aides accessibles à tous (2) ; aide au premier départ en vacances familiales (demande via un travailleur social)

Objectifs	Permettre un premier départ en vacances de familles allocataires avec une attention particulière portée aux familles défavorisées
<u>Bénéficiaires</u>	<u>Familles allocataires</u> en octobre de l'année précédente qui : ont un enfant de 0 à 20 ans, avec quotient Familial inférieur à 600 € ou 1 000 € si enfant bénéficiaire AEEH Familles jamais parties en vacances ou qui ne sont pas parties depuis plusieurs années, Familles venant de vivre un événement déstabilisant, Familles qui élaborent leur projet de vacances accompagnées par un Travailleur Social Caf.
Conditions d'attribution	L'aide au premier départ familial concerne : -un séjour dans des centres de vacances et des campings labellisés Vacaf. -un séjour sur un lieu de proximité du domicile hors labellisation Vacaf sur l'Orne et sur les 6 départements limitrophes (Manche, Calvados, Mayenne, Sarthe, Seine Maritime, Eure). <i>Le séjour doit se dérouler pendant les vacances scolaires</i>
Montant	Pour un premier départ familial sur un lieu de proximité du domicile hors labellisation Vacaf : L'aide est de 750 € (en crédit social) dont 500 € pour le séjour et 250 € pour les dépenses en lien avec la mobilité (prise en charge des frais de carburant, services de bus, Sncf...). L'aide supplémentaire à l'aide Vacaf concerne uniquement les dépenses liées à la mobilité (prise en charge des frais de carburant, services de bus, Sncf...) pour un montant de 250 € (en crédit social)

Source : CAF

Tableau 26 : Aides accessibles à tous sous conditions (3) Soutien à l'éducation des enfants

DOMAINES D'INTERVENTION	Barème	Circuit de demande
<u>Aide à Domicile</u> Intervention d'un professionnel d'une association d'aide à domicile (TISF ou AVS)	Barème de participations horaires appliqué en fonction du quotient familial	Directe de l'allocataire
<u>Temps de répit parental</u> Intervention TISF pour temps de repos pour les parents (activités, ...). Séquence de 2 h dans la limite de 30 h/an.	Barème de participations horaires appliqué en fonction du quotient familial	Directe de l'allocataire

Source : CAF

Tableau 27 : Aides accessibles à tous (4) insertion professionnelle

DOMAINES D'INTERVENTION	Quotient Familial	Montant	Circuit de demande
<u>Réparation véhicule/Assurance voiture et deux roues</u>	≤ 600 €	500 €	Directe de l'allocataire
<u>Équipement Informatique</u>	≤ 600 €	500 €	Directe de l'allocataire

Source : CAF

PIÈCE JOINTE 4 : AIDES INDIVIDUELLES CAF ACCORDÉES EN 2020

Tableau 28 : Tableau aides individuelles accordées en 2020 en €

Nature de l' aide	Nombre d'aides	Montant en euros
Aides activités enfants	521	37 228,90
Aides de dépannage subvention	203	52346,29
Aides de dépannages prêts	90	31867,57
Formation BAFA	41	14 350
Formation BAFD	2	400
Prêts amélioration de l'habitat	2	3000
Subvention équipement ménager	7	1421,93
Subvention équipement mobilier	7	1147,99
Prêts camping	1	475
Prêts ménager	591	162 173,79
Prêts informatique	29	10 300,09
Prêts mobilier	443	122759,02
Secours Covid	73	19797,65
TOTAL Fonds locaux	2010	457668,23
Vacances familles	309	118 051
aide aux centres de loisirs	1274	42879,83
TOTAL Fonds locaux	1583	160 930,83
Aides forfaitaires décès	14	30000
BAFA CNAF	42	3887,46
Primes d'installation assistants maternels	28	8700
TOTAL Fonds nationaux	84	42587,46
TOTAL GENERAL	3677	661 186,32

Source : CAF

PIÈCE JOINTE 5 : AIDES ACCOMPAGNEMENT SOCIAL CAF

Tableau 29 : Aides Accompagnement Social

Objet de l'aide	Montant de l'aide	Circuit de demande
Naissance/adoption Offre de service : <u>Changement de véhicule pour naissances multiples ou familles nombreuses</u>	1 000 € en crédit social	Demande via un travailleur social CAF
<u>Frais liés au soutien psychologique</u>	300 € avec un maximum de 50 % en ANR	Demande directe
<u>Reste à charge pour l'intervention d'une TISF</u>	70 % en ANR du reste à charge dans la limite de 300 €	
<u>Frais spécifiques - Équipement puériculture</u> Aider les familles dans leur nouvelle organisation matérielle afin de préparer l'arrivée d'un ou plusieurs enfants	500 € en crédit social (Remboursement 25 €/mois minimum) Aide complémentaire de 700 € jumeaux (Remboursement 30 €/mois minimum) 900 € triplés (Remboursement 40 €/mois minimum)	
SÉPARATION Aide à la subsistance d'urgence <u>Frais liés au soutien psychologique</u> <u>Reste à charge - Intervention d'une TISF</u> <u>Reste à charge - Médiation Familiale</u> <u>Frais de transport facilitant le lien avec le</u> (droit de visite et/ou hébergement) <u>Équipement Ménager - Mobilier pour les parents non allocataires</u>	300 € avec un maximum de 50% en ANR 70 % en ANR du reste à charge dans la limite de 300 € 70 % du reste à charge dans la limite de 300 € en aides non remboursables 300 € en aides non remboursables (maximum dépenses réelles) 500 € en crédit social	Via un Travailleur Social

Source : CAF




PIÈCE JOINTE 6 : INDICATEURS CPOG CAF

Année	Part des schémas départementaux des services aux familles (SDSF) comprenant un axe « jeunesse »	Part des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) couverts par au moins un panier de service parentalité (Laep, Clas, Reaap)	Nombre de Centres sociaux (CS) et Espaces de vie sociale (EVS) créés (national et QPV)	Taux de couverture de l'échelon intercommunal (Métropole, EPCI, Communauté urbaine...) par des Ctg	Qualité des prévisions budgétaires en action sociale
2020		13 %		62,98 %	2,79 %
2019		13 %	Tous les QPV sont couverts à partir de 2019	57 %	2,45 %
2018	signature en 2018	10 %		9,19 %	3,12 %

Source : CAF

PIÈCE JOINTE 7 : MISE EN OEUVRE DES ORIENTATIONS EN ASS MALADIE CPAM ET CARSAT

Tableau 30 : Indicateurs maladie CPG CARSAT

N° ind.	Intitulé de l'indicateur	seuil 2020	objectif 2020	Décembre -20	Evol / M-1
AXE 1 : Accessibilité du système de soins					
ACC.APF 06.01	Contribution du service social aux objectifs PFIDASS (nombre de signalements PFIDASS en provenance du service social)	135	270	 361	
ACC.APF 07.01	Taux de bénéficiaires du dispositif "Accompagner la retraite" âgés de moins de 68 ans orientés vers les actions collectives de prévention de l'Action Sociale Retraite	Neutralisé			
AXE 2 : Efficience du système de santé					
EFF.PRE 05.01	Taux d'assurés signalés par les CAM dans le cadre du PRADO personnes âgées ayant bénéficié d'un entretien évaluatif dans les 3 jours au plus tard après la sortie d'hospitalisation	80,00%	90,00%		
EFF.PRE 06.01	Taux d'assurés bénéficiaires d'une intervention sociale individuelle sur l'axe santé-employabilité ayant eu au moins 4 entretiens dont au moins 3 de visu	15,00%	20,00%	 22,78 %	 + 0,32%
EFF.PRE 07.01	Taux de remise du plan d'aide aux bénéficiaires d'une intervention sociale individuelle sur l'axe santé-employabilité ayant eu au moins 3 entretiens	40,00%	55,00%	 61,74 %	 + 4,37%
EFF.PRE 08.01	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la PDP	4 440	4 933	 6 977	
AXE 3 : Qualité de service et maîtrise des activités					
SER.SAT 05.01	Taux de satisfaction global des usagers	91,00%	93,00%	 96,6% (résultat enquête de septembre)	
SER.PSB 04.01	Taux de bénéficiaires d'un accompagnement social sans entretien depuis 4 mois	15,00%	10,00%	 100% (dernière mesure officielle : 2,57%)	
SER.PSB 05.01	Taux de demandes d'intervention avec RV dans les 15 jours	60,00%	70,00%	 79,61 %	 + 0,23%
EFL.MAC 03.01	Validation sans restriction des comptes	0%	100,00%		
EFL.PES 02.01	Taux d'accès global à la formation	43,00%	60,00%		

Evaluation annuelle
L'indicateur sera suivi mais non évalué sur l'année 2020 suite crise COVID 19.

Source : CARSAT

PIÈCE JOINTE 8 : OBJECTIFS COG MSA

	Cible	réalisé
20.1.1 nombres de bénéficiaires des ateliers de prévention pour le bien vieillir	549 en 2016 566 en 2017 583 en 2018 600 en 2019 618 en 2020	713 en 2016 898 en 2017 1230 en 2018 1629 en 2019
20.2.1 déploiement de l'aide au retour à domicile après hospitalisation		Mise en place au 2 ^{ème} TRI 2017
20.3.2 taux de déploiement de la V2 du socle commun AADPA fragiles	33 % en 2017, 66 % en 2018 et 100 % en 2019	33 % en 2017 100 % en 2018
20.4.2 Nombre cumulé de chartes territoriales		3 en 2019
20.5.1 Mise en œuvre du pack accompagnement MARPA	Niveau 1 et niveau 2	Niveau 1 réalisé en 2017 (grilles de label à compléter pour chaque MARPA suite à évolution du label) Niveau 2 réalisé en 2019 : accompagnement des marpa en fonctionnement, communication, appui aux nouveaux projets
21.2.1 Nombre d'actions collectives d'accompagnement vers l'emploi	4 en 2016 4 en 2017 5 en 2018 5 en 2019 6 en 2020	6 en 2016 4 en 2017 5 en 2018 8 en 2019 2 en 2020
22.1.2 Déploiement des cellules pluri disciplinaires "maintien dans l'emploi" (Oui/non)	Oui/non	Mise en place dès 2016. Déjà existante dans notre caisse avant la COG mais si le format a du être ajusté au cahier des charges
22.2.1 Nombre de personnes dont la situation a été signalée et examinée par la CPME		31 en 2016 27 en 2017 39 en 2018 27 en 2019

ANNEXE 3 : Documents de programmation dans le secteur de l’insertion et de la cohésion sociale

Domaine	Schéma ou plan	Base juridique	Niveau	Chef de file	Parties prenantes	Dispositions
Insertion Lutte contre la pauvreté	Convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et à l'accès à l'emploi-déclinaison Stratégie de lutte contre la pauvreté	L 263-2-1 CASF	Département	Etat	Etat-CD	Insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté Socle : éviter les « sorties sèches » ASE, premier accueil social inconditionnel, référent de parcours, garantie d'activité des bénéficiaires RSA, Initiatives locales éventuelles Financement Etat : conseil de gestion du fonds d'appui aux politiques d'insertion
	Programme départemental d'insertion	L 263-1 CASF	Département	CD	Multiples partenariats	Définir la politique départementale d'accompagnement social et professionnel, recenser les besoins d'insertion et l'offre locale d'insertion et planifier les actions d'insertion correspondantes.
	Pacte territorial d'insertion	L 263-2 CASF	Département ou infra département	CD	Multiples partenariats ; déclinaisons territoriales possibles	Modalités de coordination des actions entreprises par les parties pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du revenu de solidarité active.
Action sociale départementale	Schéma départemental Aide sociale à l'enfance	L.312-4 et L.312-5 du CASF	Département	CD (avec Etat pour les établissements et services auxquels l'autorité judiciaire confie des mineurs)	procédures d'élaboration participatives	Diagnostic des besoins sociaux; perspectives de développement ou de redéploiement des établissements et services; critères d'évaluation des actions conduites; modalités de collaboration ou de coordination avec d'autres collectivités

	Schéma départemental de l'action sociale (de proximité)	article L 123-2 CASF	Département	CD	procédures d'élaboration participative	Organiser et financer, sur une base territoriale un service public départemental d'action sociale qui a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie
Enfance Famille	SDSF	2013, Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique - réforme de la gouvernance de la petite enfance et de la parentalité	Département	Préfet	CAF, les services concernés de l'État (Cohésion sociale, Éducation Nationale, Ville, Justice...), les conseils départementaux, des représentants des communes et des professionnels concernés	Développer des services aux familles (solution d'accueil pour les jeunes enfants et dispositifs de soutien à la parentalité, tels que les REAPP, la médiation familiale ou les espaces de rencontre), et réduire les inégalités territoriales dans l'accès à ces services
Accessibilité Aménagement territorial	Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public	Loi NOTRe-art. 98	Département	Etat-CD	procédures de consultation	Ensemble des services, publics ou privés, marchands ou non marchands, destinés à être directement accessibles, y compris par voie électronique, au public (personnes physiques ou morales); diagnostic localisation et modalités d'accès, plan d'action
	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires	article 10 de la loi NOTRe	Région	Conseil régional, approbation Préfet de région	procédures de consultation	Objectifs de moyen et long termes en lien avec plusieurs thématiques : équilibre et égalité des territoires, implantation des différentes infrastructures d'intérêt régional, désenclavement des territoires ruraux, habitat, gestion économe de l'espace, intermodalité et développement des transports...
	Schémas de cohérence territoriale	ordonnance du 17 juin 2020	Intercommunalités	Etat		Cadre de référence pour les différentes politiques sectorielles, notamment celles centrées sur les

		modifiant la loi SRU (2000)				questions d'organisation de l'espace et d'urbanisme, d'habitat, de mobilités
	Contrat de ville	loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014	Quartiers politiques de la ville	Etat	Partenariat collectivités territoriales, OSS, associations ..	Démarche intégrée traitant des enjeux de développement économique, de développement urbain et de cohésion sociale ; réduction des écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et l'amélioration des conditions de vie de leurs habitants
	Contrat de ruralité		pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) ou EPCI	l'État (préfet de département) et les présidents de PRTR ou EPCI	partenaires institutionnels, économiques, associatifs dans les territoires ruraux	6 thématiques prioritaires: <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux services et aux soins • Développement de l'attractivité du territoire (économie, tourisme..) • Redynamisation des bourgs-centres et des commerces de proximité • Mobilités • Transition écologique • Cohésion sociale
Logement	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées	loi du 31 mai 1990 (art. 2)	Département	Etat et CD	Procédures de consultation	Développer et de mobiliser l'offre de logements répondant aux besoins des personnes et des familles en situation précaire
	Schéma départemental d'accueil des gens du voyage	loi du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage	Département	Etat et CD	Procédures de consultation (communes, EPCI)	Préciser le nombre, la localisation et la capacité des aires permanentes d'accueil et des terrains familiaux locatifs à créer
Santé	Projet régional de santé	L. 1434-2 du code de la santé publique	Région	ARS	Procédures de consultation	Enjeux stratégiques : <ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé : améliorer l'accès à la prévention et aux soins (programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des

						<p>personnes les plus démunies PRAPS). ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours. - Indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours. - Fixer pour chaque zone les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre par activité de soins et par équipement, - Fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.
	Contrat local de santé	Art. L. 1434-17 du Code de santé publique	Zones rurales isolées, quartiers urbains défavorisés	ARS et collectivité territoriale concernée	Procédures de consultation	<p>Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé</p> <p>Mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité en abordant la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.</p>

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

ENTRETIENS CONDUITS

Entretiens menés au niveau national :

Ministère du travail	Thibaut Guilluy	Haut-commissaire à l'emploi et à l'engagement des entreprises
Ministère du travail	Gwenaëlle Juan	Conseillère technique pour le service public de l'insertion et de l'emploi
Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté	Marine Jeantet	Déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés (DIAIR)	Alain Reignier	Délégué interministériel chargé de l'accueil et de l'intégration des réfugiés
Cour des Comptes	Martine Latare Céline Prévost-Mouttalib Christian Charre Vincent Chevrier	Conseillère maître Conseillère référendaire Rapporteurs de l'insertion "L'action sociale de la branche famille : des dépenses importantes, un impact à améliorer" du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020.
DGCS	Jérôme Jumel Sylvain Bottineau Florence Allot Denis Darnand Stéphanie Froger Jean-François Meira Catherine Morin Anatole Puisseux	Chef du service des politiques sociales et médico-sociales et Sous-directeur enfance et famille Sous-directrice inclusion sociale, insertion et lutte contre la pauvreté Adjoint au sous-directeur inclusion sociale, insertion et lutte contre la pauvreté Cheffe de bureau adjointe de l'animation territoriale Adjoint au sous-directeur enfance et famille Adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées Sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
DSS	Laurent Gallet	Chef de service, adjoint à la directrice de la sécurité sociale

	Denis Le Bayon Stéphanie Micaléff Laurent Lénrière	Sous-directeur accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail Sous-direction des retraites Adjoint du sous-directeur du pilotage du service public de la sécurité sociale
DB	Richard Bordignon Sandra Lazzarini	Chef du bureau des retraites et des régimes spéciaux Direction du Budget
ANCT	Yves Lebreton François-Antoine Mariani	Directeur général Directeur général délégué à la politique de la ville
CNAF	Vincent Mazaauric Frédéric Marinacce Frédéric Vabre Isabelle Doal	Directeur Général Directeur général délégué, chargé des politiques familiales et sociales Directeur du département gestion et financement de l'action sociale Sous-directrice innovation et CafLab
CNAMTS	Fabrice Gombert Yann Hervé Fanny Richard	Président Directeur de cabinet de la présidence Directrice de l'Intervention Sociale et de l'Accès aux Soins
CNAV	Gérard Rivière Stella Delouis	Président Présidente de la commission de l'action sanitaire et sociale
CNAV	Renaud Villard Frédérique Garlaud Laurent Tarrieu	Directeur général Directrice de l'action sociale Directeur adjoint de l'action sociale
ACOSS	Yann Gael Amghar Eric Le Bont	Directeur général DNRTI
ACOSS- expérimentation HELP	François Hiebel Véronique Drulang	Directeur URSSAF Champagne-Ardenne DRRTI Grand Est, en conseil de réseau URSSAF
Caisse des dépôts et consignations	Michel Yahiel Laure de la Bretèche Thierry Ravot	Directeur des retraites et de la solidarité Directrice déléguée des retraites et de la solidarité Directeur de l'établissement de Bordeaux (CNRACL)
AGIRC-ARRCO	François-Xavier Selleret Frédérique Decherf	Directeur général Directrice de l'action sociale
CNSA	Virginie Magnant Stéphane Corbin Bénédicte Autier Etienne Deguelle	Directrice générale Directeur adjoint Directrice de la compensation Directeur adjoint de la compensation
CCMSA	Nicolas Bondonneau Magalie Rasclé	Directeur délégué aux politiques sociales Directrice du développement sanitaire et social

ADF	Jean-Michel Rappinat	Directeur délégué du pôle solidarités et développement social
ODAS	Jean-Louis Sanchez Didier Lesueur	Délégué général Directeur général
UNCCAS	Benoit Calmels	Directeur général
UNAF	Jacques Buisson Florence Roche Marie-Pierre Gariel	Chef de file Unaf à la Cnaf Chargée de mission assurance maladie Présidente du département santé - protection sociale - autonomie
Fédération nationale des Centres Sociaux	Tarik Touahrai Alain Cantarutti	Président Délégué général
Familles Rurales	Dominique Marmier Guillaume Rodelet	Président Délégué Général
Le compas	Hervé Guéry	Directeur (expert ABS)
Personnalité qualifiée	Olivier Noblecourt	Ancien délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
Personnalité qualifiée	Julien Damon	Professeur associé à Sciences-Po, conseiller scientifique à l'En3s
Personnalité qualifiée	Rodolphe Dumoulin	Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté Hauts de France

Entretiens menés en Ille-et-Vilaine

Préfecture	Ludovic Magnier Isabelle Knowles Vincent Lagoguey Sabine Girault	Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté Secrétaire-générale adjointe Sous-Préfet de Saint_Malo Directrice départementale adjointe à la cohésion sociale et à la protection de la population
ARS Education Nationale	Anne-Yvone Even Gwenaëlle Hergott	Directrice de la délégation départementale Directrice académique adjointe de l'Education Nationale
CARSAT Bretagne	Patrick Leroux Marie-Pierre Cabon	Président Présidente de la commission d'action sociale
	Laurent Jaladeau Lucie Duarte	Directeur Directrice de l'action sociale
	Dominique Gauthier Solène Navéos Laurence Martin	Responsable de l'action sociale retraite Chargée de projet action sociale Chargée de projet action sociale

RAPPORT IGAS N°2020-098R

CAF d'Ille-et-Vilaine	Christophe Jan Corinne Hallez Nathalie Quemener Isabelle Andries-Salomez Chloe Laffeter Sarah Hervoche Brigitte Klein Emilie Genest	Président Directrice Directrice adjointe Responsable accompagnement social et habitat Service accompagnement social et habitat
CPAM	Didier Gilbert Gérard Legoff Claudine Quéric Chrystèle Le Bihan Corentin Cadas	Président 2 ^{ème} Vice-président Directrice Directrice des solidarités et du service Responsable accès aux droits
URSSAF	William De Zorzi	Directeur
MSA Porte de Bretagne	Isabelle Coué Colette Delamarre Marine Marot Anne-Sophie Guégan Alain Forêt	Présidente Présidente de la commission d'action sanitaire et sociale Directrice Directrice Responsable de l'action sociale Directeur des territoires et de l'innovation
AGIRC-ARRCO Bretagne	Emmanuelle De Bellaing Dr Aude Théaudin	Pilote Action Sociale Agirc-Arrco Bretagne Médecin Directeur Centre de Prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco Bretagne
Conseil Départemental	Anne-Françoise Courteille	1 ^{ère} vice-présidente en charge des solidarités, personnes âgées et handicap
	Robert Denieul	Directeur pôle solidarité humaine
	Valérie Lecomte-Tribehou	Directrice pôle égalité éducation citoyenneté
	Martine Le Tenaff	Directrice pôle territoires et services de proximité
Agence/CDAS du Pays de Brocéliande	Emmanuelle Perpère Sylvie Chedaliou Marie-Laure Geguen	Directrice de l'agence Responsable du CDAS Responsable du service vie sociale
Rennes Métropole	Claudine Paillard Catherine Cloarec Laurence Boté	Directrice solidarité santé Directrice personnes âgées Direction personnes âgées
UDAF 35	Gilles Morel	Président
URIOPSS Bretagne	Nathalie Perret-Launay	Directrice
Fédération régionale des centres sociaux	Michelle Trélu Raymond Jegou	Présidente Directeur
Centre social de Maurepas	Yves-Marie Le Scornet	Directeur

Secours Populaire 35	Jean-François Arrivé	Directeur
Centre d'Examen de Santé	Dr François Guilou Laurence Hautière	Médecin Responsable Responsable administrative
APRAS	Philippe Lesaux	Directeur

Entretiens menés au niveau de l'Orne

Préfecture	Françoise Tahéri	Préfète de l'Orne
Préfecture	Thierry Bergeron	Directeur départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population
	Christian Forterre	Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
ARS	Anne-Catherine Sudre	Directrice de la délégation départementale
IEN	Françoise Moncada	Directrice Académique de l'Education Nationale
CARSAT Normandie	Jean-Pierre Paillette Christian Letellier	Président 2ème Vice-président
	Mikael Savio Jean-François Capocanellas	Directeur Directeur de l'action sociale
	Frédéric LeLong Catherine Blanchemaison Gwenaelle Vassard	Service social
CAF	Jean-François Tellier Jean-François Toussaint Frédéric Wallet Anne Bastien	Président Directeur par intérim Responsable du Pôle Développement Social des Territoires Ex-directrice (jusqu'au 08/01/2021)
	Julien Le-Prielec Karine Levallet Valérie Soufflet	Responsable du service accompagnement social et familial CASF CASF
CPAM	Bruno Libert Philippe Ernoult Matthieu Frelaut Fabienne Bonomelli	Président Président de la commission action sociale Directeur Directrice adjointe, en charge de la politique d'action sanitaire et sociale
UR-IRSA	Emile Mijarès Dr Mylène Lebigo Dr Angela Ruiz	Directeur UR-IRSA Médecin directeur du centre d'examen de santé Médecin directeur adjoint
URSSAF	Hervé Castre Vincent Lechevalier	Directeur régional Directeur régional en charge du recouvrement des TI

RAPPORT IGAS N°2020-098R

	Thierry Levavasseur	Directeur régional adjoint en charge de l'action sociale
MSA Mayenne-Orne-Sarthe	Jean Grimbert Annie Bechu Elisabeth Ardème Thomas Fleurance	Président Présidente de la Commission action sanitaire et sociale Sous directrice action sociale et vie mutualiste Responsable de l'action sanitaire et sociale
	Rachel Meneut Aurélie Leroy Alice Rousset	Assistante sociale Conseillère sociale Conseillère en développement des territoires
AGIRC-ARRCO	Chloé Gaudy Florence Montcourtois	Pilote action sociale Agirc-Arrco Normandie Coordinatrice action sociale Agirc-Arrco Nord-Ouest
Conseil Départemental	Jean-Pierre Blouet Alexis Adalla-Charpiot	4 ^{ème} Vice-Président affaires sociales et habitat Directeur général adjoint, directeur du pôle solidarités
	Amandine Mader	Cheffe du bureau insertion logement
	Colette Mayer	Directrice de l'autonomie
	Pascale Froger	Directrice MDPH
Communauté de communes du Pays de l'Aigle	Jean Sellier Catherine Lemeux	Président Directrice du Centre intercommunal d'action sociale
UDAF 61	Brigitte Choquet Gaëtan Ferchaux	Présidente Directeur
Centre social Croix Mercier - Alençon	Véronique Lenhard	Directrice
URIOPSS Normandie	Pascal Cordier	Président
UNA	Audrey Blin	Directrice générale

SIGLES UTILISÉS

ABS	Analyse des besoins sociaux
AAP/AAC	Appel à projets/appel à candidatures
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ADF	Association des départements de France
ADRH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (grille AGGIR)
Ameli	Assurance maladie en ligne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APRAS	Association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ASE	Aide sociale à l'enfance
ARS	Agence régionale de santé
ASEPT	Association de santé d'éducation et de prévention sur les territoires
ASIR	Aide aux retraités en situation de rupture
ASS	Action sanitaire et sociale
C2S	Complémentaire santé solidaire
CA	Conseil d'administration
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et familiale
CCAPEX	Commission départementale de coordination des actions de prévention des expulsions locatives
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CD	Conseil départemental
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CES	Centre d'examen de santé
CFPPA	Conférence des financeurs de la perte d'autonomie
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMUC	Couverture maladie universelle et complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Convention pluriannuelle de gestion
CPME	Cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi
CPOG	Contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion
CPSTI	Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants
CSS	Complémentaire santé solidaire
CTG	Convention territoriale globale
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSL	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSN	Développement social local Déclaration sociale nominative
DSI	Direction des systèmes d'information
EAJE	Equipements d'accueil du jeune enfant
ECLAT	Engagement Commun pour le Logement et l'Autonomie sur les Territoires
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Epices	Evaluation de la précarité et des inégalités dans le centre de santé
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESC	Espace social commun
ETP	Equivalent temps plein
EVS	Espace de vie sociale
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
FNASS	Fonds national de l'action sanitaire et sociale
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSE	Feuille de soins électronique
GDB	Gestion des bénéficiaires
GED	Gestion électronique de documents
GIP	Groupement d'intérêt public
HELP	
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques
IRPSTI	Instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants
k€	Milliers d'euro
LAEP	Lieux d'Accueil Enfants Parents
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
M€	Millions d'euro
MARPA	Maisons d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie
MisAS	Mission d'accompagnement santé
MONALISA	MOBilisation NAtionale de Lutte contre l'ISolement des Âgés
MSA	Mutualité sociale agricole
MAPTAM	Modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles
MARPA	
NOTRe	Maison d'accueil et de résidence pour personnes âgées
OSS	Nouvelle organisation territoriale de la république
PAP	Organismes de sécurité sociale
PBI	Plan d'action personnalisé
PDAHLPD	Pacte brésilien de l'insertion Plan départemental d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées
PDI	Plan départemental d'insertion
PE	Prestations en espèces
PFIDASS	Plateforme d'intervention départementale d'aide à l'accès aux soins et à la santé
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures
PN	Prestations en nature
PRADO	Parcours de retour à domicile
PSU	Prestation de service unique
PUMa	Protection universelle maladie
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PLI	Plan local d'insertion

PSD	Prestation spécifique dépendance
PTI	Pacte territorial d'insertion
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RAC	Reste à charge
RH	Ressources humaines
RISe	Relevé individuel de situation en ligne
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
TI	Travailleur indépendant
SDAVS	Schéma départemental d'animation de la vie sociale
SDSF	Schéma départemental se service aux familles
SI	Système d'information
SNPLP	Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté
SPIE	Service public de l'emploi
TI	Travailleur indépendant
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UDAF	Union départementale des associations familiales
UNAF	Union nationale des associations familiales
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
URSSAF	Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
ZRR	Zone de revitalisation rurale