



Annonce d'une nouvelle étape de décentralisation, pour quoi faire ?

Le Premier ministre confirme sa volonté de porter un nouvel acte de décentralisation entre les collectivités territoriales et l'État. Les Départements verraient leurs compétences augmentées, notamment dans les domaines des transports, du médico-social et du sanitaire. Compétences accrues, également, sur l'organisation des soins de proximité dans le cadre du réseau France Santé. Les Départements auraient aussi la responsabilité des politiques d'accompagnement et du maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap. Cela entérine l'abandon de toute politique nationale du grand âge

Encore une imposture !

Cette annonce de décentralisation se fait alors que la loi de financement de la Sécurité sociale 2026 ne permet pas de couvrir les besoins. En atteste le budget de la CNSA pour 2026 : 43,4 milliards d'euros pour un budget global de la Sécurité sociale de 643 milliards. La structure de financement porte en elle-même toute sa limite : 37,3 milliards proviennent de la CSG, soit 2,08% du total de la CSG collectée ; rappelons que la création de « la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale » en 2020 a ouvert les vannes d'un transfert de la CSG assurance maladie vers la CNSA, rompant avec le concept originel de la CSG, soit une contribution dédiée (en réalité un impôt !) au budget de la santé, pour se substituer aux cotisations sociales

Aujourd'hui, le « défi du vieillissement de la population » serait couvert à 62% par la Sécurité sociale, toutes branches confondues ; le financement « contribuant à l'effort national de soutien à l'autonomie » relèverait à 66% par la CNSA et 14% par les départements.

C'est dans ce contexte que S. Lecornu prétend faire des conseils départementaux (CD) les chefs de file de l'action sociale, alors même que les dépenses sociales représentent déjà 70% des budgets départementaux, suite aux transferts antérieurs de missions, jamais complètement compensées financièrement !!

Est-ce pour amadouer les présidents des CD que le gouvernement avance, en parallèle, la fusion d'un certain nombre de prestations comme le RSA, la prime d'activité,

ou encore les aides aux logements, en une « aide sociale unique » l'ASU... ?!

Confusion de genre entre le budget de la Sécurité sociale, le budget de l'État et les budgets des départementaux ? C'est un objectif évident !! L'instrument de cette « confusion » ou plutôt fusion, devrait être la promesse de transfert d'une partie de la CSG via les départements, déjà dans une situation d'étranglement financier, afin de couvrir le transfert de compétences.

Si nous voyons là une étape supplémentaire de la banalisation de la CSG comme un impôt ordinaire pouvant s'affecter au bon vouloir des CD selon leurs choix politiques, celle-ci sert deux processus de régression : un désengagement de l'État et une rupture majeure dans la protection sociale.

S'agit-il vraiment de décentraliser ou plutôt de mieux avoir la main, à travers les préfectures appelées à remplacer les ARS, sur l'ensemble des ressources actuelles affectées au sanitaire et au médico-social ?

Ballons d'essai, débats dans la majorité gouvernementale, les mesures définitives ne sont pas encore connues. Il demeure que l'objectif n'est pas de répondre aux immenses besoins de prise en charge de l'autonomie, mais très certainement une nouvelle étape de contraction des dépenses sociales socialisées !!

Une décentralisation ?
Pourquoi faire ?
Pour réduire les dépenses publiques d'autonomie ? NON !

Proximité territoriale et Service public national

Développer la proximité des soins peut sembler aller dans le bon sens mais la réalité de notre système de santé et ses difficultés incitent à bien mesurer les conséquences d'une décentralisation, sans pilotage fort de l'État.

Par exemple, dans le domaine de l'autonomie, les disparités territoriales sont énormes. C'est ce que pointe la Cour des Comptes en expliquant que « la valeur du point GIR (sur lequel repose l'APA) n'est pas la même selon les Départements et n'a pas suivi l'inflation dans nombre d'entre eux. La différence peut aller du simple au double. » Par ailleurs, comme les équipes médico-sociales

départementales ont la responsabilité de mesurer la perte d'autonomie, certaines peuvent évaluer de manière restrictive l'état de la personne et le niveau du plan d'aide. Ainsi, il est tentant de classer quelqu'un en GIR5, degré qui ne donne pas droit à l'APA contrairement aux GIR 1,2,3 et 4. C'est ce que l'on remarque dans nombre d'études. Car les collectivités territoriales sont confrontées à un manque de financements et sont contraintes de faire des choix budgétaires et politiques en définissant des priorités qui ne vont pas forcément vers les dépenses sociales.

Alors, comment articuler l'action régulatrice indispensable d'un État fort et la nécessité d'une politique

de proximité reposant sur la démocratie ? Comment réaliser l'efficacité sociale et l'égalité de toutes et tous quel que soit le territoire ? Il s'agit de construire les règles d'un aménagement rationnel des territoires et d'une administration locale fondée sur la démocratie citoyenne.

De fait, seul un Service public national peut répondre à l'intérêt général car il est garant de qualité, d'une continuité de prestations dans le temps et sur l'ensemble du territoire, d'une égalité d'accès pour tous les usagers potentiels. Il répond aux attentes des personnels, protégé par un statut, et de la population. Ainsi, les services d'aide à domicile doivent répondre aux demandes des

personnels et des familles. Le Service public national doit être le garant du principe d'égalité prôné par le Code de l'action sociale et des familles, qui prescrit que

A quand une loi grand âge ?

Son principe était pourtant acté : un recul inadmissible

« l'allocation est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national. » Cela suppose des financements conséquents : les moyens financiers existent pour répondre aux besoins. Répartir équitablement les richesses produites par une loi fiscale juste, c'est possible. C'est une question de choix politique.

L'augmentation des restes à charges en EHPAD (RAC) !

Pour le gouvernement, l'avenir de la prise en charge de la perte d'autonomie et du handicap est simple : Augmenter les restes à charge en diminuant les dépenses publiques !

En début d'année, le gouvernement a décidé d'amputer une partie du financement de la CNSA, constitué essentiellement par la CSG, de 8 Mds € pour les transférer aux départements. C'est un simple jeu d'écriture pour la dépense publique qui consiste à donner aux départements une partie des 10 Mds € que le PLFSS devait leur soustraire mais en les enlevant à la CNSA.

Avec la décentralisation, les inégalités territoriales exploseraient au gré des politiques de chaque conseil départemental concernant les restes à charge, les tarifs d'hébergement, les prestations, les moyens humains ou les taux d'encadrement, déjà différents. De plus, les Conseils Départementaux peuvent être « aptes » aux collaborations avec le secteur privé lucratif !

Pour accélérer ce processus, tout un arsenal est mis en place :

- Création d'une Conférence Nationale de l'Autonomie (CNA) composée de 75 membres, présidée par deux ministres (Autonomie et Santé), regroupant, pêle-mêle, des représentants des maires et régions, des représentants de l'État, des associations d'usagers et professionnelles y compris privées, du patronat dont le Medef, la CNSA chargée des comptes rendus, des ordres des médecins, pharmaciens ..., de la CNAM, du HCFEA ... et de 5 représentants syndicaux !

La création de ce vaste aréopage a un but : Pouvoir s'appuyer sur un consensus qui approuverait la politique gouvernementale par un « comité » dans lequel les acteurs et les usagers seraient minorisés et encadrés par deux ministres ! Pour le gouvernement, l'enjeu est donc d'obtenir la légitimation d'une politique d'austérité renforcée.

• D'autre part, ce 30 décembre 2025, un décret portant création des groupements territoriaux sociaux et

médico-sociaux (GTSMS) a été publié au Journal officiel. Les Ehpads publics autonomes, notamment, doivent se rapprocher pour constituer des GTSMS. Le décret précise que le GTSMS et son directeur assurent la représentation du groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice et l'exécution du budget adopté par l'assemblée générale.

En outre, le GTSMS peut "constituer des fonds propres", "recourir à l'emprunt", ou encore présenter un plan pluriannuel d'investissement et un plan de financement "pour le compte d'un ou de plusieurs de ses membres", selon la loi "bien-vieillir". Dans ce cadre, les comptes de résultat prévisionnel du GTSMS peuvent présenter "un déficit prévisionnel qui reste compatible avec le plan global de financement pluriannuel".

Ainsi, pour « contenir » les déficits structurels que connaissent plus de 70 % des établissements et éviter les mises en redressement judiciaire, le gouvernement crée un cadre permettant aux établissements d'emprunter pour continuer à « vivre » avec ses déficits et même pouvoir les accroître !

En imposant une taxe supplémentaire de 2 Mds € aux complémentaires santé et en leur « interdisant » de la répercuter sur les cotisations, le gouvernement indique clairement son choix de faire payer les assuré.e.s :

- D'une part, en diminuant les niveaux des prestations remboursées,
- D'autre part, en augmentant les loyers des Ehpads et ESMS habilités à l'aide sociale (jusqu'à + 35 % pour les entrants à partir de janvier 2025) ou (et) pour payer les mensualités dues pour les emprunts à venir.
- Quant à celles et ceux qui n'en auraient pas les moyens ou qui constateront la disparition de structures d'accueil pour cause de redressement judiciaire, elles et ils rejoindront la cohorte des « oublié.e.s » et des « reclus.e.s » !

La note s'annonce salée !