

▶ ALERTE ASSOCIATIONS – JUSQU'À 3 000 EMPLOIS DE PERSONNES HANDICAPÉES MENACÉS PAR LES ARBITRAGES PLF 2026 · LA 5E BRANCHE RISQUE D'ÊTRE VIDÉE AVANT D'AVOIR PRODUIT SES EFFETS

DÉCENTRALISATION & AUTONOMIE – ENJEU CONSTITUTIONNEL

Le pari de l'égalité *par code postal*

Le gouvernement prépare le transfert aux départements du pilotage du médico-social. Une clarification bienvenue en apparence — un pari non garanti sur l'égalité de traitement en réalité. Aucun précédent européen de ce type de réforme sans plancher national contraignant n'a produit autre chose que de l'inégalité.

QUESTION POUR LA MISSION

La réforme prévoit-elle un mécanisme de péréquation financière contraignant entre départements — ou s'en remet-elle à la "confiance" entre collectivités et État ?

12 M

personnes déclarant un handicap en France

Observatoire Agefiph 2025

101

MDPH	Copiloté État/ CD, financé CNSA	Intégration CD renforcée	Élevé
PCH à domicile	CD + ARS (autorisation)	CD chef de file exclusif	Élevé
ESAT / EA	État + CNSA	Transfert partiel en discussion	Moyen
SPDA	CNSA + CD (généralisé 2025)	CD chef de file	Élevé
5e branche Sécu	CNSA – solidarité nationale	Remise en cause structurelle	Critique

départements aux capacités budgétaires très inégales, appelés à piloter seuls

Structure territoriale française

27 %

des personnes handicapées renoncent déjà à des soins

DREES 2025

3 000

emplois de personnes handicapées potentiellement menacés — arbitrages PLF 2026

APF, Unapei, Fehap – fév. 2026

34 %

des aides à domicile avaient 55 ans ou plus en 2022 — renouvellement critique à venir

DREES 2022

2020

Création de la 5e branche de la Sécu — architecture aujourd'hui menacée avant d'avoir produit ses effets

LFSS 2020

II Ce que la réforme peut réellement apporter

Les défenseurs du transfert avancent des arguments sérieux qu'il serait inexact de minorer.

LA PROXIMITÉ COMME EFFICACITÉ

Les départements connaissent leurs territoires. La dispersion des acteurs — ARS, CNSA, CD, communes — produit depuis vingt ans des situations d'errance administrative bien documentées. Le guichet unique local répond à une demande réelle des familles et des professionnels. Simplifier la chaîne de décision peut réduire les délais de traitement des MDPH, aujourd'hui très disparates selon les territoires.

LA RESPONSABILISATION POLITIQUE

L'enchevêtrement actuel dilue la responsabilité. Quand tout le monde finance, personne ne pilote vraiment. Confier une compétence à un acteur unique crée une imputabilité claire : l'élu répond directement devant ses concitoyens. C'est un argument démocratique légitime.

L'EXPÉRIMENTATION TERRITORIALE

La différenciation n'est pas nécessairement une inégalité. Certains départements ont développé des innovations remarquables en habitat inclusif ou en accompagnement à domicile — si un mécanisme national de capitalisation existe pour les diffuser.

LEÇON COMPARATIVE

La décentralisation du médico-social produit des résultats acceptables uniquement accompagnée d'un plancher de droits nationaux opposables et d'un mécanisme de péréquation contraignant. Sans ces deux conditions, elle produit de l'inégalité. Les quatre pays observés le confirment.

TEST DE COHÉRENCE

27 % des personnes handicapées renoncent déjà à des soins. La réforme prévoit-elle une mesure d'impact sur ce chiffre avant son entrée en vigueur ?

III *Ce que la réforme ne règle pas — et risque d'aggraver*

L'INÉGALITÉ TERRITORIALE EST DÉJÀ DOCUMENTÉE

Les disparités existent aujourd'hui sur les délais MDPH, les taux d'encadrement, les restes à charge PCH. La réforme ne les crée pas — elle les institutionnalise. Ce qui était un écart de performance devient un droit différencié selon le département de naissance. L'Uniopss formule cette objection avec précision : le transfert ne doit pas aboutir à "une compensation variable selon la commune de résidence".

LA 5E BRANCHE : ARCHITECTURE À PEINE POSÉE

La branche Autonomie de la Sécurité sociale n'a été créée qu'en 2020. Elle incarne le principe d'un plancher universel de protection, indépendant de la richesse du territoire. Un transfert mal encadré vide cette architecture de sa substance sans la supprimer formellement. Ce serait la deuxième fois qu'un dispositif de solidarité nationale est construit puis démonté avant d'avoir produit ses effets.

LA CONTRAINTE DÉMOGRAPHIQUE NE CHOISIT PAS SES TERRITOIRES

Les territoires ruraux vieillissants — MDPH les plus engorgées, conseils départementaux les moins dotés — seront en première ligne de la vague à venir. Les transférer en charge de leur propre réponse, sans mécanisme national puissant, revient à leur transférer une impossibilité structurelle.

Dans un contexte de déficit public record, la décentralisation peut servir de mécanisme de décharge nationale. L'État transfère la compétence, puis réduit les dotations correspondantes. Les associations ont déjà observé des crédits "votés puis annulés dans la version finale du texte, sans concertation ni justification publique".

IV *Ce que font les autres pays européens*

ALLEMAGNE

Länder + plancher fédéral contraignant

Les Länder pilotent le médico-social dans un cadre fédéral législatif exigeant. La loi BTHG (2020) fixe des standards nationaux opposables en justice. La décentralisation y est encadrée par des droits subjectifs.

SUÈDE

Autonomie communale + péréquation obligatoire

Autonomie fiscale réelle des communes, mais mécanisme de péréquation nationale obligatoire. La différenciation est possible ; l'inégalité structurelle est compensée par construction du système.

ROYAUME-UNI

Le contre-exemple : la "postcode lottery"

La délégation aux Local Authorities sans péréquation suffisante a produit ce que les Britanniques nomment eux-mêmes la "loterie du code postal". Le modèle français, sans garde-fous, reproduit cette trajectoire.

BELGIQUE

Régionalisation : un bilan mitigé

La régionalisation du handicap a produit des standards très différents entre Flandre, Wallonie et Bruxelles. Les associations y dénoncent un "Belgistan du handicap" — droits différents selon le lieu de résidence.

V *Ce qui tient et ce qui ne tient pas*

Ce qui tient dans l'argument

décentralisateur : la proximité comme levier d'efficacité opérationnelle est réelle. Le guichet unique local répond à un besoin documenté. La responsabilisation politique de l'élu local est légitime.

Ce qui ne tient pas : l'argument selon lequel le transfert produira automatiquement plus d'égalité. Il n'existe aucun précédent européen de décentralisation du médico-social sans plancher national contraignant qui n'ait produit d'inégalités accrues.

Ce qui mérite d'être dit sans détour : si la réforme vise en réalité à alléger la charge nationale du handicap en la transférant sur des budgets locaux plus exposés à la pression de court terme, elle doit le dire. C'est un choix politique qui peut s'assumer — mais pas se déguiser en réforme de gouvernance.

"Une réforme qui affirme clarifier les responsabilités tout en supprimant le plancher universel ne clarifie pas — elle transfère une charge et nomme cela une avancée."

1 Plancher de droits nationaux opposables

Tout transfert doit s'accompagner d'un socle de droits subjectifs que tout bénéficiaire peut faire valoir devant les juridictions administratives, indépendamment de son département de résidence. Sans cette garantie, la loi de 2005 est vidée de son universalité.

2 Mécanisme de péréquation contraignant

Une dotation nationale correctrice — calculée sur la base des besoins réels et des capacités fiscales — doit compenser structurellement les écarts entre départements. La "confiance" ne peut pas être le seul mécanisme de solidarité nationale.

3 Préserver la CNSA comme garant national

La 5e branche doit conserver un rôle de redistribution, de contrôle des standards et de capitalisation des pratiques. La transformer en simple caisse de transit vers les départements revient à supprimer le seul outil d'égalisation nationale existant.

4 Conditionner le transfert à l'évaluation du SPDA

Le SPDA n'a été généralisé qu'au printemps 2025 et n'a pas encore été évalué sur ses effets réels d'équité. Transférer des compétences supplémentaires avant cette évaluation revient à agrandir un édifice dont on n'a pas vérifié les fondations.

5 Associer les personnes handicapées à

la rédaction

Les grandes fédérations ont alerté sur l'absence de concertation réelle. Une réforme touchant directement les conditions de vie de 12 millions de personnes ne peut s'écrire à partir des seules contraintes budgétaires de l'État et des ambitions des exécutifs locaux.

VII *Pourquoi maintenant, et à quel prix si rien ne change*

La réforme arrive à la convergence de trois pressions : contrainte budgétaire nationale sévère, vague démographique dont les effets se font déjà sentir dans les MDPH, et demande politique de simplification portée par les élus locaux depuis deux décennies.

Ces pressions sont réelles — mais ne constituent pas un argument pour la forme précise de réforme envisagée. Simplifier peut se faire sans transférer l'inégalité.

Responsabiliser les élus locaux peut se faire sans supprimer le plancher universel.

Si la réforme se fait sans les garde-fous identifiés, la trajectoire est documentée par les précédents européens : dans cinq à dix ans, l'accès à une protection équivalente variera selon le département de résidence de manière significative. Ce qui était un principe constitutionnel — l'égalité de traitement des citoyens — deviendra une variable d'ajustement budgétaire local. Ce n'est pas une hypothèse catastrophiste. C'est la trajectoire observée dans chaque pays européen qui a conduit ce type de transfert sans les garanties correspondantes.

MARC SENTENAC – JOURNALISTE INDÉPENDANT

Note législative · Collection Plumes libres sur la solidarité
journalistes.dedici.org

Juin 2026 · Licence CC0

Format : Note législative

Public : Élus · Hauts fonctionnaires · Acteurs associatifs