



LES CAHIERS DE L'ODAS

Soutien à l'autonomie : Nouveau regard, nouvelles réponses

Sous la direction de Jean-Louis SANCHEZ

Geneviève AVENARD, Marion LAUMAIN

et Servane de FROBERVILLE

Juin 2007

Sommaire

Introduction	5
TITRE I- Mieux prendre en compte les besoins...	6
I.1 L'impact du vieillissement sur la dépendance et le handicap	6
a - Personnes âgées : d'une approche ciblée sur la pauvreté à une approche globale de la dépendance	6
b - Personnes handicapées : des évolutions similaires	8
I.2 L'impact de l'isolement social sur la dépendance et le handicap	8
a - La réalité de l'isolement relationnel	8
b - L'aspiration de vie sociale	9
c - Le nécessaire soutien aux aidants familiaux	9
TITRE II- ... Pour une optimisation des réponses	11
II.1 Favoriser la participation à la vie sociale	11
a - Préserver le libre choix et le droit au risque	11
b - Plus d'ambition pour l'accessibilité	13
c - Organiser la rencontre et l'échange	13
II.2 Rénover les modes d'organisation	14
a - La qualité par l'enrichissement des métiers	14
b - La qualité par l'amélioration de l'encadrement	15
c - La qualité par la généralisation de l'évaluation	15
II.3 Rapprocher le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées	16
a - Le rapprochement des pratiques d'évaluation des besoins individuels	16
b - La mutualisation de l'information et de l'accompagnement	17
c - La construction d'une offre de service commune	18
d - La proximité des enjeux stratégiques	18
TITRE III- Clarifier les responsabilités	19
III.1 Donner aux départements les moyens du pilotage	20
III.2 Renforcer l'Etat déconcentré	21
III.3 Repenser l'action sociale de la branche vieillesse	22
III.4 Reconnaître l'implication des communes dans l'organisation de l'offre de service	23
Conclusion	24

Introduction

Le vieillissement de la société française est un sujet de préoccupation déjà ancien pour les pouvoirs publics. Mais il a été longtemps principalement abordé sous l'angle de l'avenir de notre système de retraite et de l'offre de services médico-sociaux et sanitaires. Or ces questions, pour légitimes qu'elles soient, ne sauraient résumer l'intégralité du sujet.

Il a fallu attendre la canicule de l'été 2003 pour que l'opinion s'intéresse enfin aux personnes âgées elles-mêmes, à la place qui leur est faite au sein de notre société, à l'isolement social dont elles sont souvent les premières victimes. Et pour que commence une véritable prise de conscience de la richesse que constituent les personnes âgées.

Une prise de conscience qui s'affirme aussi au travers de la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes en situation de handicap, qui demandent avant tout à accéder à une vie sociale ordinaire en tant que citoyens à part entière.

D'ailleurs l'action des conseils généraux, dont la responsabilité dans le domaine du soutien à l'autonomie a été renforcée avec l'acte 2 de la décentralisation, s'affirme en ce sens, avec un changement majeur dans la manière d'appréhender le soutien aux personnes âgées et aux adultes handicapés, longtemps marqué par une approche assistancielle, mais qui commence à s'irriguer d'une éthique et d'un projet de développement social local¹. Car l'enjeu aujourd'hui est bien de repenser non seulement nos modes d'accompagnement et d'accueil mais aussi le traitement de l'environnement des personnes pour préserver, voire enrichir leur vie sociale.

Cette évolution vers le développement social dans le soutien à l'autonomie ne sera toutefois réellement opérationnelle que si elle s'inscrit dans une observation mieux organisée des attentes nouvelles et des besoins des personnes concernées (I). C'est à cette condition que pourra être mis en oeuvre un processus d'adaptation des réponses(II) qui nécessitera une réforme de la gouvernance dans un domaine caractérisé par l'éclatement des financeurs et des acteurs (III).

¹ Le développement social local est une nouvelle réponse publique visant à irriguer l'ensemble des politiques locales d'une aspiration volontariste à la reconstruction du lien social, mais aussi comme une nouvelle pratique sociale axée sur l'implication de tous les acteurs locaux dans le développement d'initiatives (culturelles, éducatives, festives, sociales, sportives...) visant à renforcer la solidarité de droit par une solidarité d'implication.

TITRE I- Mieux prendre en compte les besoins ...

Avec le vieillissement des pays européens, la question de la dépendance s'est imposée depuis quelques années comme prioritaire dans les politiques publiques.

Mais alors que dans de nombreux pays celle-ci a été traitée dans le cadre du soutien au handicap sans faire de distinction aussi tranchée entre des catégories de population, la France a conçu la dépendance essentiellement comme un risque lié à l'âge. Elle a mené des politiques distinctes pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ces dernières perdant dès lors qu'elle atteignent l'âge de 60 ans leur statut d'origine. La loi du 11 février 2005 a remis en cause cette barrière administrative issue des règles de l'aide sociale, en supprimant à l'horizon 2010 le critère de l'âge pour l'obtention de la Prestation de Compensation du Handicap. Cette évolution importante est étayée d'une part par le fait que près d'un tiers de la population française aura plus de 60 ans dans 20 ans et d'autre part par le constat que les besoins de ces deux types de public sont de plus en plus convergents.

1.1 L'impact du vieillissement sur la dépendance et le handicap

Les politiques vieillesse mises en œuvre en France après la deuxième guerre mondiale se sont principalement concentrées sur l'aide aux plus pauvres. Le premier revenu minimum a été établi pour les personnes âgées, et les maisons de retraites ont longtemps été utilisées principalement comme des lieux d'accueil pour personnes âgées indigentes.

a - Personnes âgées : d'une approche ciblée sur la pauvreté à une approche globale de la dépendance

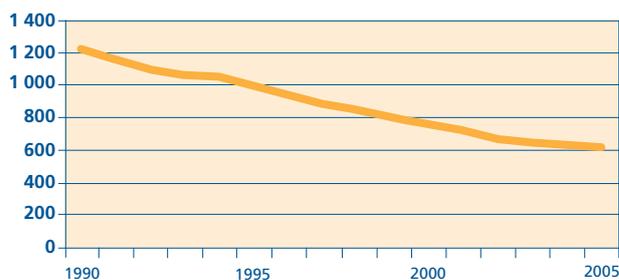
L'augmentation des revenus et des patrimoines, la progression du travail féminin et des retraites

correspondantes ont contribué à faire sortir les personnes âgées de la catégorie des «nécessiteux». Ainsi on observe une diminution tendancielle depuis 20 ans du nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) – le revenu minimum vieillesse - avec 609 385 bénéficiaires en 2005 dont la moitié âgés de plus de 75 ans.

■ Bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse

(ex-FNS)

(en milliers - France métropolitaine)



Si la pauvreté des personnes âgées est donc devenue une préoccupation moins prégnante, celle de la dépendance s'est affirmée comme prioritaire. En retenant le Groupe Iso-Ressources, utilisé dans le cadre des évaluations APA, comme critère pertinent, on estime à environ 1 million le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus ayant besoin actuellement d'une aide pour leur vie quotidienne en raison d'une perte d'autonomie dont 60 % à domicile et 40 % en établissement².

Ainsi l'évolution des besoins des personnes s'est traduite par une restructuration des politiques de soutien aux personnes âgées, de la précarité économique vers la dépendance, avec un effort tout particulièrement depuis la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Du point de vue financier, on observe ainsi une lente augmentation du montant de l'aide sociale à

² Études et Résultats n°569 - avril 2007 - DREES - Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2006.

l'hébergement (ASH) et de l'aide ménagère³, tandis que la dépense d'APA, qui a succédé en 2002 à la prestation spécifique dépendance (PSD), progresse de façon importante. En conséquence, alors que le soutien aux personnes âgées a longtemps été marqué par une stagnation de la dépense, voire une régression en francs constants, c'est aujourd'hui le secteur qui influe le plus sur la croissance des dépenses d'action sociale départementale.

■ Evolution des composantes de la dépense nette départementale d'aide sociale après abondement (FNAPA – CNSA) en direction des personnes âgées

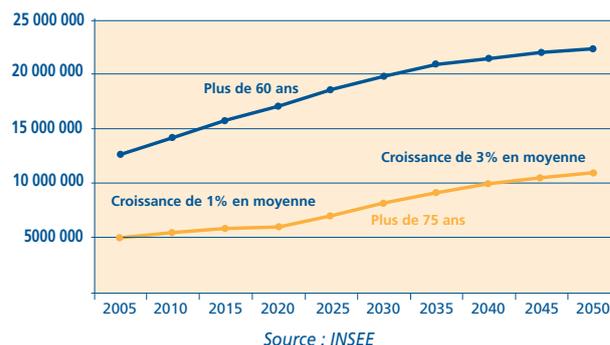
(en milliards d'euros - France métropolitaine)

	1984	2001	2002	2006
Aide aux personnes âgées démunies (aide ménagère + ASH)	0,91	0,94	0,82	1,13
Aide aux personnes âgées dépendantes (ACTP + PSD + ASH)	0,42	0,82	1,71	2,92
TOTAL	1,33	1,76	2,41	4,05

Source : Odas

Or selon les dernières projections disponibles, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait quasiment doubler d'ici 2050 (passant de 12,8 millions en 2005 à 20,9 millions en 2035 et à 22,3 millions en 2050). Mais surtout, l'évolution sera similaire, avec un décalage de quinze ans, en ce qui concerne les personnes âgées de plus de 75 ans qui représenteront alors 15,6% de la population française contre 8% aujourd'hui⁴.

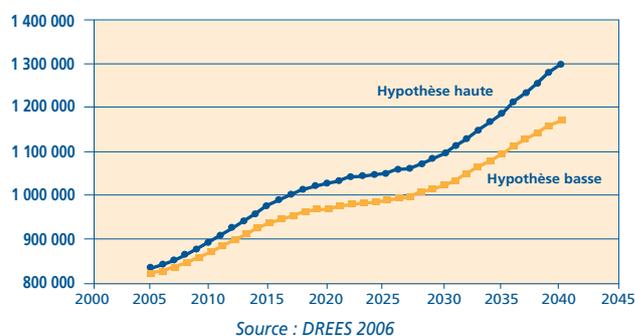
■ Évolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans d'ici 2050



Source : INSEE

Ces évolutions, liées à l'avancée en âge des générations du « baby-boom » et à l'augmentation de l'espérance de vie, auront bien évidemment un impact sur le nombre de personnes dépendantes. Les projections sont ici plus incertaines, mais même dans le cas d'un scénario optimiste sur l'amélioration de la qualité de vie aux âges plus élevés, le poids de la dépendance dans la société sera plus important. Ainsi les projections les plus récentes indiquent que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de plus de 40% d'ici 2040, l'évolution étant particulièrement forte entre 2005 et 2019 et entre 2030 et 2040, deux périodes correspondant à l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations nées après la première et après la seconde guerre mondiale.

■ Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2045



Source : DREES 2006

³ L'aide ménagère octroyée par les départements est réservée aux personnes peu ou moyennement dépendantes, dont les ressources ne dépassent pas au 1er janvier 2007, 7 635,53 € sur l'année.

⁴ Voir les récentes projections de l'INSEE : Isabelle Robert-Bobée, Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine, INSEE Résultats, septembre 2006.

Par ailleurs les dépendances liées à des pertes d'autonomie psychique sont certainement sous-évaluées aujourd'hui. Concernant la maladie d'Alzheimer (et les syndromes apparentés) les évaluations chiffrées disponibles permettent d'estimer aujourd'hui à près de 890 000 le nombre de personnes atteintes en France⁵.

Des constats qui montrent bien l'urgence de construire une politique publique ambitieuse et adaptée.

b - Personnes handicapées : des évolutions similaires

Le nombre d'adultes handicapés est bien supérieur à celui des seuls bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée (AAH) soit 801 000 personnes en 2005⁶. Selon l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendances (HID) de l'Insee, 2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et vivant à domicile ont un taux d'invalidité reconnu par une instance administrative, leur handicap pouvant être sensoriel, moteur ou psychique. Il faut y ajouter les 100 000 adultes handicapés vivant en structures collectives. Même si ces chiffres sont à prendre avec précaution car le notion de handicap est souvent aléatoire, on mesure bien l'ampleur des besoins sachant que le nombre d'adultes handicapés ne devrait pas baisser, grâce à la progression de leur espérance de vie. Parallèlement le nombre de personnes handicapées vieillissantes ne cesse d'augmenter. Le rapport du sénateur Paul Blanc intitulé « une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge » de juillet 2006 estime leur nombre entre 290 000 et 800 000.

Or quelles sont les attentes des personnes handicapées? Tout d'abord l'enquête HID révèle qu'en dehors des besoins spécifiques à chaque handicap, les types d'aide attendue sont les mêmes que pour les personnes dites âgées : aide pour les tâches quotidiennes et domestiques, aide à la mobilité... Autrement dit, l'aide en terme de « compensation » du handicap ou de « compensation » de

la dépendance constitue un socle de base qui peut être pour partie commun à ces deux politiques.

Mais la « compensation » ne saurait s'arrêter aux aspects « techniques » évoqués ici. Car dans notre société, l'âge, la dépendance et le handicap constituent indéniablement des facteurs d'isolement. Et là encore l'enjeu est identique pour la dépendance et le handicap : faire évoluer nos réponses dans le sens du développement social.

1.2 l'impact de l'isolement social sur la dépendance et le handicap

On peut relever tout d'abord que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules augmente. Ce phénomène est lié non seulement au recul de la cohabitation avec d'autres personnes (les enfants le plus souvent) mais aussi tout simplement à la progression importante du nombre de personnes de cet âge. Ainsi en 1960, 850 000 personnes sur 2,3 millions de personnes âgées de plus de 75 ans vivaient seules. Cela concernait 1,5 million de personnes sur 4 millions en 2000 et cela devrait concerner 3 millions de personnes sur 6 millions en 2020.

a - La réalité de l'isolement relationnel

Il est évident que le fait de vivre seul ne permet pas d'appréhender de manière suffisamment pertinente la notion d'isolement. C'est pourquoi on peut affiner l'analyse en s'appuyant sur les quelques enquêtes qui ont abordé l'« isolement relationnel », mesuré à travers l'existence de contacts d'ordre privé, et le « sentiment de solitude », qui renvoie à une situation subjective de mal-être et d'ennui. On sait ainsi que 25% des plus de 70 ans ont eu moins de 5 contacts d'ordre privé dans la semaine contre 5% des 15-19 ans et que les personnes âgées sont plus sensibles au sentiment de solitude⁷. D'autres enquêtes encore ont pu montrer la plus grande vulnérabilité des personnes âgées à travers les phénomènes de dépression et de suicide.

⁵ Résultats de l'enquête 2006 sur l'hébergement pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – Novembre 2006 – Fondation Médéric Alzheimer.

⁶ Etudes et résultats n°554 – février 2007 – DREES – Le compte social du handicap de 2000 à 2005.

⁷ INSEE PREMIERE N°931 – Novembre 2003 – Isolement relationnel et mal-être.

C'est le cas de l'étude de la DREES qui comptabilise 60 suicides pour 100 000 hommes de 75 à 84 ans et 124 pour ceux de 85 ans et plus, alors qu'il oscille entre 10 à 40 suicides pour les personnes âgées de 20 à 60 ans. S'agissant des femmes, ce taux de suicide est beaucoup moins important mais suit la même tendance⁸.

Du côté des personnes handicapées on constate le même risque d'isolement social et les mêmes attentes. En établissement, près de 40% des personnes en institution déclaraient dans l'enquête HID ne jamais partir en vacances, et bénéficiaient de loisirs peu fréquemment. On peut noter également que moins de 20% des personnes adultes interrogées déclaraient vivre dans des institutions proches à la fois d'un moyen de transport public, de commerces, d'un café et d'un jardin public⁹.

Par ailleurs, pour ceux qui sont à domicile, la vie dans la cité est parfois complexe avec un handicap : quel que soit leur âge, plus d'un million de personnes vivant en milieu ordinaire éprouvent des difficultés pour accéder à leur logement et 580 000 personnes déclarent y être confinées. Ces difficultés tiennent pour partie à l'état de santé des personnes mais aussi à une conception architecturale inadaptée (escalier impraticable, baignoire...). S'agissant des vacances et loisirs, les personnes handicapées déclarent partir moins en vacance (25 % des personnes de 20 à 59 ans présentant au moins une déficience déclarent partir plusieurs fois par an en vacances contre 34 % des personnes ne présentant pas de déficience)¹⁰.

Il faut également prendre en compte les personnes qui ont une décision d'orientation en établissement mais qui sont sur liste d'attente faute de place. En plus d'une situation inadaptée et subie, le risque d'isolement social est ici très fort.

b - L'aspiration de vie sociale

L'âge, et davantage encore la dépendance, constitue donc un facteur d'isolement et de mal-être que les nouvelles générations de personnes âgées ont bien du mal à accepter. D'ailleurs, les enquêtes réalisées auprès de personnes âgées, notamment avec le concours de l'Odas¹¹, montrent de façon évidente que leurs attentes portent de plus en plus sur leur rapport à la vie sociale. On y apprend que la grande majorité des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile et conçoivent l'aide qu'on peut leur apporter comme un accompagnement pour faciliter leur sortie du domicile, leurs déplacements en vue d'effectuer elles mêmes un certain nombre d'activités de type pratique (courses, démarches, banque...), ou de type ludique (clubs, sorties de loisirs, voyages...). Elles rejettent en revanche de plus en plus l'idée qu'on se substitue à elles pour la réalisation de ces actes. De manière plus éclairante encore on constate que leur première demande porte sur l'aménagement des services disponibles pour toute la population (mobiliers urbains, équipements, transport, logement social...), tandis que le recours à des services spécialisés n'est évoqué qu'en cas de nécessité absolue.

c - Le nécessaire soutien aux aidants familiaux

Enfin, et il s'agit là d'un point essentiel, la dépendance comme le handicap posent la question du soutien aux aidants familiaux. En effet, traditionnellement, les politiques en faveur des personnes handicapées ou dépendantes reposent les solidarités familiales intergénérationnelles, en particulier pour le maintien à domicile et pour le maintien d'une vie sociale. L'exploitation de l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) permet de repérer les facteurs favorisant le départ en établissement : 9 fois sur 10 les personnes hébergées en établissement sont seules (célibataires, veuves ou divorcées) contre 1 fois sur 3 à domicile ; leur réseau familial est moins important que

⁸ Etudes et Résultats n°488 - mai 2006 - DREES - Suicides et tentatives de suicide en France.

⁹ Enquête Handicaps, incapacités, dépendance, Revue française des affaires sociales, n°1-2, janvier-juin 2003.

¹⁰ Le handicap en chiffre, février 2004, DREES, CTNERHI, DGAS.

¹¹ Enquêtes accompagnées par l'Odas et effectuées entre 1994 et 2000 sur Cannes, Roanne, Issy les Moulineaux, Rueil-Malmaison et les départements de l'Orne et de l'Eure-et-Loir. Ces enquêtes qui ont toutes été réalisées par entretien au domicile des personnes, sur échantillons représentatifs, apportent des résultats assez homogènes sur la vie sociale des personnes les plus âgées.

celui des personnes à domicile : 4,6 personnes en moyenne contre 8,7. Or, le propre vieillissement des personnes handicapées renvoie à celui de leurs ascendants rendant d'autant plus difficile leur perspective de vie à domicile.

S'agissant des personnes dépendantes, l'avenir est également préoccupant. En effet, le contexte démographique devrait rester favorable quelques années encore. Mais à partir de 2020, et plus encore de 2030, arriveront à l'âge de la dépendance des classes d'âge bien plus nombreuses (celles du « baby-boom ») qui ont eu moins d'enfants. Le déséquilibre démographique sera donc important. Aussi, alors que pour une personne âgée de 85 ans et plus on estime aujourd'hui qu'existe potentiellement 1,9 aidant familial (âgés environ de 50 à 70 ans), ce chiffre tombera à un dans 25 ans.

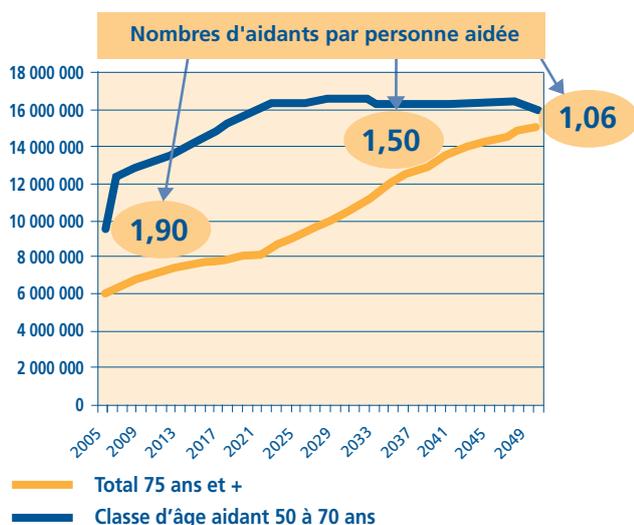
La raréfaction des aidants familiaux est liée par ailleurs à la croissance de l'emploi féminin des générations postérieures au baby-boom et à l'allongement de l'âge de fécondité des femmes qui conduira à un rajeunissement des aidants et donc à leur plus faible disponibilité professionnelle.

En outre, au-delà de ces phénomènes qui devraient tendre mécaniquement à atténuer l'ampleur des solidarités familiales, on doit s'interroger également sur les évolutions socio-culturelles possibles. De ce point de vue, on ne peut préjuger de la reproduction du modèle vécu actuellement par la génération dite pivot. La plus grande mobilité géographique des jeunes générations, pour des raisons professionnelles ou personnelles constitue de ce point de vue un changement important. De même, il faut également envisager une évolution des esprits. Ainsi selon les estimations les plus récentes, alors que 20% des français pensaient en 2000 que la prise en charge de la dépendance relève de la famille, ils ne sont plus que 16% en mai 2005. Et alors que 32% des ménages déclaraient en 2000 que si un parent devenait dépendant ils l'accueilleraient chez eux, ils ne sont plus que 25% en mai 2005¹².

L'ensemble de ces constats montre bien à quel point nos politiques doivent dès aujourd'hui être repensées pour donner aux personnes âgées, aux personnes dépendantes et aux personnes handicapées une place nouvelle dans une société en pleine mutation démographique et culturelle.

■ Les aidants

Évolutions comparées des populations de 50 à 70 ans et de 75 ans et +



Source : INSEE, projections de population 2005 - 2050

¹² DREES Etudes et résultats n°491 – mai 2006 – Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005.

TITRE II- ... Pour une optimisation des réponses

Fortement mobilisés sur la compensation du handicap ou de la dépendance, les départements ne sont pas absents du champ de la prévention, et soutiennent très souvent les incitations conduites en ce sens tant par la protection sociale que par le secteur associatif. Les points forts des réponses préventives portent sur des axes aujourd'hui assez bien connus, comme par exemple dans le domaine du vieillissement, la prévention des pertes de mémoire (ateliers mémoires), les chutes (gymnastique adaptée), l'alimentation etc. La connaissance des spécificités du vieillissement biologique est aujourd'hui bien répandue dans les milieux professionnels, même si l'effort ne doit pas se relâcher dans la formation initiale et continue.

Mais les facteurs explicatifs de la dépendance ne sont pas que sanitaires. Ils sont aussi sociaux. Ainsi, si la perte d'autonomie constitue sans aucun doute un facteur d'isolement, la réciproque est vraie également. Les canadiens l'avaient démontré il y a quelques années. Plus récemment, une enquête américaine a mis en évidence le fait que les personnes âgées souffrant de solitude avaient plus de risques de plonger dans la maladie¹³. Enfin, il faut noter également que la faiblesse des contacts sociaux est reconnue par l'OMS comme l'un des déterminants de la dépendance.

C'est pourquoi la lutte contre l'isolement social constitue aussi une manière de prévenir les pertes d'autonomie. Elle peut se faire de manière ciblée, en concentrant l'intervention à bon escient pour accompagner les moments de rupture ou de transition dans la vie des personnes (un accident, une maladie, un veuvage, un départ à la retraite, la perte d'un parent...). Des collectivités s'y emploient (avec par exemple des interventions de psychologues auprès de personnes vivant un veuvage). Mais au delà, ce qui compte surtout c'est d'agir durablement sur l'environnement des personnes.

II.1 Favoriser la participation à la vie sociale

Le développement du lien social doit désormais constituer une priorité des politiques publiques pour l'ensemble de la population. Mais comme l'ont montré les différents travaux de l'ODAS, c'est aussi l'une des conditions nécessaires pour que la société retrouve ses capacités d'intégration des personnes fragilisées. C'est un impératif pour répondre à leurs attentes et leur permettre de vivre pleinement leur citoyenneté.

a - Préserver le libre choix et le droit au risque

On ne peut aujourd'hui se contenter de réponses techniques à des besoins ayant plus largement trait à la vie sociale. Or ce constat a aujourd'hui assez largement pénétré les esprits, sa traduction concrète peine à s'imposer.

A titre d'illustration, on peut noter qu'une étude réalisée en 2003 par l'ODAS sur un échantillon de dossiers d'APA à domicile dans deux départements a notamment montré que les plans d'aide traduisent encore trop souvent une organisation du type «hospitalisation à domicile» plutôt qu'une prise en compte globale de la personne, avec une insuffisance frappante de réponses sur la question des déplacements extérieurs par exemple ou de la participation à la vie sociale. Cependant, des pratiques innovantes se développent dans les départements à l'instar du Val de Marne où l'aide psychologique, lorsqu'elle est nécessaire, est intégrée dans un plan d'aide APA¹⁴.

Dans le même ordre d'idées, on peut relever que les premières tendances d'une étude réalisée par l'Odas sur les plans personnalisés de compensation du handicap indiquent que malgré l'introduction de la notion de « projet de vie », la prestation de compensation ne répond pour l'instant qu'à des besoins essentiellement techniques, tandis que les aspects relationnels sont en grande partie négligés. Or l'objectif à terme est d'avoir

¹³ Alzheimer : la solitude multiplie le risque par deux - Le Figaro - 2007-02-09 - MARTINE PEREZ.

¹⁴ Une aide psychologique pour les personnes âgées en souffrance – ASH – 25 mai 2007 – n°2509.

des plans qui aillent au-delà de la simple délivrance de la prestation, et prennent en compte l'ensemble des aides à mettre en œuvre autour de la personne, y compris les aides pour la participation à la vie sociale.

En établissement cette fois, la plupart des places créées ces dernières années sont des places médicalisées en raison de l'augmentation de l'âge d'entrée en établissement et de la dépendance en finançant des établissements adaptés et davantage médicalisés. Mais les efforts d'adaptation réalisés à ce titre ne devraient pas empêcher de multiplier les incitations pour que les établissements s'ouvrent davantage vers l'extérieur. Avec d'ailleurs des résultats parfois prometteurs : on a en effet pu voir dans certaines maisons de retraites des personnes très dépendantes regagner en dignité mais aussi en autonomie en effectuant du soutien scolaire auprès de jeunes enfants.

Plus globalement, l'ambition pourrait consister à promouvoir une nouvelle offre de service caractérisée par la souplesse, la créativité et l'innovation au service du lien social.

Ainsi, dans le domaine des personnes âgées (comme pour celui des personnes handicapées), l'alternative entre domicile et établissement pourrait aujourd'hui être enrichie de toute une série de formules intermédiaires. L'accent mis sur la médicalisation a par exemple limité le développement des foyers-logements, alors qu'ils peuvent être une réponse appropriée lorsqu'ils sont ouverts sur l'environnement, avec notamment des perspectives d'accueil intergénérationnel (étudiants par exemple). Une étude réalisée en 2004 dans le Rhône sur les aspirations des personnes âgées face à l'hébergement collectif en foyer-logement pointe clairement que l'attractivité des résidences banalisées est forte auprès des personnes quand elles sont situées à proximité des lieux d'animation et des commerces.

De la même manière les petites unités de vie telles que les MARPA développées depuis très longtemps par la Mutualité sociale agricole pourraient être multipliées sur l'ensemble du territoire. Cette voie est d'autant plus réaliste que certaines expériences montrent que l'on peut tout à fait envisager l'existence de petites unités de vie dispersées mais dépendant, en terme de gestion d'une maison de retraite « mère ». Enfin les domiciles partagés, qui permettent de mutualiser les services autour d'un certain nombre de personnes vivant à domicile mais dans des appartements regroupés, constituent eux aussi une piste prometteuse en matière de soutien à l'autonomie.

D'une manière générale, qu'il s'agisse des personnes âgées ou des personnes handicapées, on peut également mettre davantage l'accent sur des formules très variées, voire mixtes, associant par exemple accueil séquentiel, accueil de jour, hébergement temporaire, service de suivi à domicile, adaptation de logements ordinaires, ... Certains départements ont développé ce type de réponse, dans le double objectif d'offrir des lieux adaptés pour des personnes qui nécessitent un suivi parfois très spécialisé (maladies d'Alzheimer par exemple) et de soulager les familles qui peuvent être épuisées (parents d'adultes handicapés, enfants de personnes très dépendantes, conjoints... sans lesquels la vie à domicile serait souvent impossible). On peut citer par exemple la garde de nuit itinérante, les aides techniques et la domotique, le transport accompagné à la carte (pouvoir sortir de chez soi), les équipes mobiles d'intervention (par exemple une équipe de soutien et de conseil sur la maladie Alzheimer qui se rend au domicile), les services de suivi des personnes handicapées vieillissantes, ... Qu'elles soient apportées au domicile ou en établissement, ces prestations ne s'opposent pas : elles participent d'une chaîne de services capable d'accompagner le projet de vie de la personne.

Cette notion de projet de vie implique, dans des situations souvent complexes, de partir du désir des personnes et de leur famille et de faire évoluer l'offre grâce à l'imagination de promoteurs publics et privés. Mais cela suppose également d'oser affronter la question du libre choix des personnes et par conséquent du droit au risque. En effet, la créativité dans les réponses serait sans aucun doute facilitée si la production de normes sécuritaires n'était si forte en France. Cette course au risque zéro s'avère contre-productive notamment sur le développement de la vie sociale pourtant reconnue comme principale attente des populations aujourd'hui exclues par leur situation de handicap ou leur âge.

b - Plus d'ambition pour l'accessibilité

Parce qu'en situation de handicap de nombreuses activités deviennent difficiles voire impossibles sans aménagements voire sans accompagnement, la question de l'accessibilité de l'espace public est primordiale pour favoriser la vie sociale. On pense d'abord aux aménagements de l'espace public pour limiter les désavantages des personnes fragilisées par un handicap physique : rendre accessible l'espace urbain, les lieux publics et les transports publics, les salles de spectacles, les lieux sportifs, les logements etc. Mais il s'agit tout autant de favoriser l'accessibilité « intellectuelle » pour les personnes porteuses d'un handicap mental.

Dans le même ordre d'idée, repenser l'implantation même des hébergements devient urgent. Trop de projets se montent encore sans référence à la qualité de vie sociale des résidents. Si les pouvoirs publics qui autorisent les créations d'établissements ne s'en emparent pas davantage on continuera à avoir des résidences construites sans penser à la possibilité d'une vie sociale extérieure à l'établissement. L'appréciation de la qualité de l'offre doit se faire sur des critères de proximité avec le centre bourg ou de maintien dans le

territoire de vie des personnes et d'accessibilité pour faciliter les visites des familles et les sorties.

Certains départements ont entrepris depuis quelque temps de s'impliquer particulièrement sur cette problématique de l'accessibilité, activant des groupes de travail rassemblant tous les acteurs, en s'engageant dans des schémas directeurs sur les transports ou de schémas spécifiques sur l'accessibilité, en majorant certaines subventions aux projets communaux¹⁵... Mais il est évident que ce sont bien les villes et agglomérations qui sont concernées en premier lieu : c'est d'elles essentiellement que dépendent les politiques de l'habitat, du transport, de la culture, des sports... La loi du 11 février 2005 leur fixe d'ailleurs en la matière des obligations et des échéances précises, sachant que certaines d'entre elles s'étaient déjà investies avec succès à travers les « chartes ville-handicap ». Il reste que ce type de démarche suppose un effort important en terme de décloisonnement des services. Cela suppose également de renforcer la concertation entre départements et villes pour que chacune des collectivités participe, en fonction de ses compétences, à l'intégration des personnes fragilisées par un handicap.

c - Organiser la rencontre et l'échange

Mais surtout, la lutte contre l'isolement social doit s'envisager autour de la notion d'intégration dans la vie de la cité. C'est le pari qui sous-tend toutes les démarches intergénérationnelles mais aussi toutes les rencontres entre les personnes handicapées et personnes valides qui émergent de plus en plus sur l'ensemble du territoire français : qu'il s'agisse de partager un évènement ou un projet ponctuel dans un quartier, d'organiser un réseau durable de référents-bénévoles ou un réseau d'échange de services et de savoirs. Autant d'initiatives qui permettent aux uns et aux autres de se découvrir et qui contribuent à lutter positivement contre la vulnérabilité¹⁶.

¹⁵ Odas, « Maisons départementales des personnes handicapées : une réforme bien engagée », mai 2006.

¹⁶ Environ la moitié des actions référencées par l'agence APRILES (agence des pratiques et initiatives locales : www.apriles.net) concerne la lutte contre l'isolement des personnes âgées et handicapées.

Il convient donc de développer ce type d'expérience de manière plus significative en transformant l'anecdote en politique publique. Les villes pourraient ici jouer un rôle particulier : parce qu'elles constituent le niveau de proximité adéquat, elles pourraient s'investir davantage dans l'organisation de réseaux de solidarité pour combattre l'isolement des personnes en situation de handicap, à travers la promotion et le soutien au bénévolat et au volontariat. C'est déjà une réalité dans certaines collectivités et l'on peut entendre les bénévoles qui se rendent dans les maisons de retraite dire combien ils s'enrichissent de la rencontre avec ceux qu'ils prennent le temps d'écouter. Ce genre de démarche ouvre des perspectives : on pourrait tout à fait imaginer des complémentarités entre professionnels, famille, voisins et bénévoles, comme une nouvelle façon de concevoir la notion « d'aidants ».

La création d'un service civil, volontaire ou obligatoire, constitue sans aucun doute une piste à décliner localement en fonction des besoins et des potentialités du territoire. Mais au-delà, on pourrait envisager que les collectivités locales s'engagent davantage encore dans la sensibilisation de tous les citoyens et futurs citoyens, en collaboration avec l'Éducation nationale bien sûr mais aussi avec les clubs sportifs par exemple, pour promouvoir une vision moins segmentée entre le sport pour les personnes valides et le sport pour les personnes handicapées. Et différentes expériences montrent que l'on peut promouvoir ce type de démarche dès le plus jeune âge, quand la différence n'est pas encore perçue comme un danger.

II.2 Rénover les modes d'organisation

L'objectif de rénovation de l'offre de services autour de la participation à la vie sociale appelle non seulement une mobilisation de l'ensemble des potentialités du territoire, mais il nécessite aussi une évolution des organisations propres au secteur de l'autonomie, dans une recherche de performance et de l'action conduite.

a - La qualité par l'enrichissement des métiers

La première condition concerne la qualification des personnels et l'enrichissement des métiers. Au moment où la question du soutien à l'autonomie est rendue plus cruciale avec les évolutions démographiques, il semble essentiel de donner du sens aux métiers de services et les valoriser. Pour cela il doit être envisagé d'une part ne pas opposer les tâches techniques aux tâches relationnelles, et d'autre part de proposer aux professionnels une polyvalence d'interventions. Car des passerelles peuvent être pensées entre différents types d'interventions. Si des compétences très spécialisées sont bien évidemment utiles, notamment en établissements médicalisés, on sait aussi que ce sont des professionnels polyvalents qui sont attendus pour répondre aux besoins sociaux des personnes en situation de handicap et de dépendance. A titre d'exemple, un chauffeur-accompagnateur doit non seulement conduire la personne mais aussi être capable d'entrer en relation avec elle, de l'écouter... Cette polyvalence est aussi un moyen de donner aux intervenants des perspectives d'évolution de carrière. Pour y parvenir on pourrait notamment mutualiser tous les moyens actuellement dispersés en terme de formation, de communication, de recrutement et de professionnalisation.

Cet enrichissement des métiers constitue un impératif, non seulement pour la qualité du service rendu à l'usager, mais aussi pour rendre attractif un secteur déjà sous tension qui verra dans les prochaines années ses besoins en personnels augmenter considérablement. En effet, un récent rapport du Centre d'analyse stratégique indique que 342 000 emplois au minimum seront à pourvoir dans ce secteur entre 2005 et 2015 s'agissant en particulier des métiers d'aides soignants, d'infirmières et d'aides à domicile. Ces perspectives, aussi encourageantes soient elles au regard de l'emploi, conduisent d'ailleurs certains analystes à mettre en garde, non pas contre la qualification mais contre les

coûts qui l'accompagnent et qui pourraient peser trop lourdement sur les budgets.

b - La qualité par l'amélioration de l'encadrement

Si le contenu des métiers mérite d'être revisité, on peut s'interroger également et légitimement sur les ratios de personnels. C'est effectivement un élément important, qui peut apporter un gain de qualité et qui contribue à expliquer la très grande diversité des prix de journée dans les établissements pour personnes âgées. Cependant, il ne garantit pas à lui seul le bien-être des usagers. La canicule de l'été 2003 a d'ailleurs mis en exergue qu'en situation de crise, l'important résidait dans l'organisation interne et la gestion des congés, dans une gestion souple des tâches quotidiennes, dans un personnel plus formé et motivé que renforcé, et dans la capacité de mobiliser l'environnement humain de la maison de retraite.

Et c'est bien là l'une des conditions essentielles pour réussir la rénovation de l'offre de service. L'effort sur la qualification des métiers doit s'accompagner d'un effort en terme de management. La performance de l'action publique réside davantage dans l'organisation et la capacité à faire vivre un projet qui ait du sens que sur les seuls moyens en personnels. Or si l'offre de service à domicile et en établissement a beaucoup évolué ces dernières années, faisant de l'aide aux personnes une profession à part entière, elle souffre d'une grande atomisation des services et de carences en compétences d'encadrement. Et celles-ci ne se mesurent pas au seul niveau de diplôme. Ainsi les directeurs d'établissements ont bien souvent des profils de gestionnaires plus que de managers. Le récent décret du 19 février 2007 sur la qualification des directeurs d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux devrait profiter à ce secteur : en mettant notamment l'accent sur l'encadrement, l'animation des ressources humaines, la définition et la

mise en œuvre de projet d'établissement ou de service, il cherche à recentrer les directeurs sur une fonction de porteur de projet et de changement.

Des outils de structuration du secteur peuvent donc être développés. On pense notamment à la mutualisation des services dans le cadre de regroupement d'employeurs. En effet l'offre actuelle est caractérisée par une dispersion importante entre de multiples opérateurs ; seules aujourd'hui quelques grosses associations sont en capacité d'organiser un service de recrutement, un suivi des ressources humaines, une formation des personnels. Par ailleurs, le décret relatif au groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) permet aux établissements sociaux et médico-sociaux de gérer en commun une partie de leurs activités : une ouverture qui semble intéressante sous réserve toutefois qu'elle ne se traduise pas par une bureaucratisation préjudiciable aux valeurs portées par le projet d'établissement ou par un éloignement de l'encadrement et de la direction.

Les collectivités locales, et notamment le département, pilote dans le soutien à l'autonomie, pourraient impulser un changement à l'occasion des conventions passées avec les structures, dans le cadre d'objectifs de qualité, mais aussi éventuellement en proposant un accompagnement au changement. Certaines collectivités ont d'ailleurs déjà mis en place des structures pérennes pour conseiller les services de proximité dans leur nécessaire évolution et leur apporter des savoir-faire dans le recrutement de leurs salariés ou leur politique de communication.

c - La qualité par la généralisation de l'évaluation

L'ensemble de ces évolutions doit évidemment s'intégrer dans une nouvelle culture de l'évaluation du service dans le secteur de l'aide aux personnes. En effet l'efficacité de l'offre ne peut se décréter : seul le retour

régulier sur les résultats obtenus, sur la satisfaction du bénéficiaire, et le suivi d'indicateurs qualitatifs sont en mesure de valoriser l'action ou le dispositif et de justifier son existence.

En conséquence se pose la question du réel libre choix de l'usager dans l'accès aux services : il faut en effet lui donner les moyens d'arbitrer sur des critères (vérité des prix, rapport qualité/prix, connaissance du projet de service ou d'établissement, accès global à l'information etc.). Or la marge de progrès dans ce domaine est encore très importante. Ce progrès se fera notamment par trois mouvements convergents : l'obligation légale de recours à l'évaluation interne et externe, l'attention portée à la qualité et à l'évaluation dans les conventions tripartites, mais aussi la capacité des usagers des services à s'emparer des outils de démocratie qui existent aujourd'hui, rendus obligatoires par la loi du 2 janvier 2002 (conseil de vie sociale dans les établissements, projet de service, carnet d'accueil...), pour être réellement acteurs et non pas seulement bénéficiaires passifs d'une prestation.

II.3 Rapprocher le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées

La rationalisation des réponses ne s'arrête évidemment pas à l'amélioration de la gestion des ressources humaines et des méthodes de travail. Elle passe aussi lorsque c'est possible par une mutualisation des dispositifs et des services.

Or si l'on veut que le cap soit davantage mis par tous les acteurs locaux sur la prévention des risques d'exclusion, il faut promouvoir la prise en compte de la vulnérabilité créée par la dépendance quelle que soit l'origine de cette dernière (handicap ancien, âge, accident...) et ce dans toutes les dimensions de la citoyenneté. Plutôt que d'aider des « personnes âgées » ou des « personnes handicapées », on aide alors des personnes de tous âges en situation de handicap résultant de déficiences innées ou acquises même si

certaines aides devront rester spécifiques, pour tenir compte des degrés divers de perte d'autonomie et des projets de vie différents.

La loi du 11 février 2005 pose d'ailleurs les jalons d'une telle évolution, en affirmant la possibilité à l'horizon 2010 d'une attribution de la PCH quel que soit l'âge. Mais sans attendre ce rapprochement des allocations, il est possible d'avancer dans la mutualisation des services.

a - Le rapprochement des pratiques d'évaluation des besoins individuels

Lors de la création de l'APA, plusieurs analyses ont mis en évidence les atouts et les limites de la grille AGGIR.

Le comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, créé par la loi du 20 juillet 2001, avait énoncé des recommandations sur l'utilisation de cet outil. Aujourd'hui, la mise en œuvre de la PCH suscite également des réflexions sur l'évaluation des besoins et sur l'amélioration des outils disponibles. Ces deux réflexions ne sauraient être menées indépendamment. Dans la perspective d'un rapprochement entre les deux allocations, mais aussi avec le souci d'un traitement équitable des personnes, l'évaluation des pertes d'autonomie devrait à moyen terme être envisagée à partir d'une grille commune d'évaluation quel que soit l'âge, avec des aménagements pour tenir compte des spécificités de certains handicaps.

Dans le même ordre d'idée, les équipes médico-sociales (EMS) actuellement sous responsabilité des conseils généraux pour gérer l'APA effectuent un travail similaire à celui des équipes pluridisciplinaires prévues dans le cadre de la PCH. Les possibilités de mutualisation sont donc évidentes : selon une enquête de l'Odas 16 départements avaient mis en place dès mars 2006 une articulation et un département sur deux s'y déclarait très ouvert¹⁷. Cette articulation peut prendre différentes formes : constitution d'équipes polyvalentes identiques pour la dépendance et le handicap avec intervention d'experts

¹⁷ ODAS, « Maisons départementales des personnes handicapées : une réforme bien engagée », mai 2006.

en fonction des situations, participation des médecins ou cadres-infirmiers aux équipes « APA » et « PCH », participation des équipes médico-sociales aux équipes pluridisciplinaires pour une partie de leur temps... La perspective est donc bien celle de la transversalité, même si celle-ci n'est pas encore matériellement envisageable partout, compte-tenu des charges de travail des équipes « APA » et de la nécessité de conforter une compétence handicap jusque là fragile. Mais aujourd'hui, alors même que la PCH ne monte en puissance que lentement, la procédure d'évaluation des besoins révèle extrêmement chronophage. La mutualisation des services n'en est rendue que plus nécessaire, faute de quoi les coûts engendrés pourraient au final peser sur les capacités de mobilisation et d'innovation des départements.

b - La mutualisation de l'information et de l'accompagnement

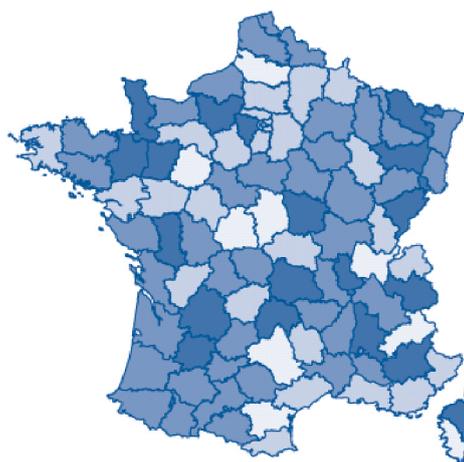
Dans la suite logique de l'évaluation des besoins, des rationalisations sont à trouver localement dans le domaine essentiel de l'information et de l'accompagnement des personnes. Ainsi à l'occasion de la création des maisons départementales des personnes handicapées, inscrites dans la loi du 11 février 2005 et qui ont fortement mobilisé les départements et les partenaires pendant plusieurs mois, des démarches cohérentes sont envisagées pour ne pas démultiplier les structures. Plusieurs scénari sont possibles, cependant en fonction des réalités territoriales : gestion centrale des aspects administratifs (délivrance de prestations) et proximité de l'accueil sur des antennes ; appui sur des structures existantes quand elles fonctionnent bien (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, Centre d'Information et de Coordination Gérontologique) en les adaptant, ou nouvelle structure...

Selon l'enquête de l'Odas sur les MDPH de mai 2006, 39 départements estiment possible de faire des CLIC des antennes ou des relais de proximité de la MDPH, même si le tiers d'entre eux pensent que ce rapprochement n'est envisageable qu'à moyen terme. Pour les autres départements, ce n'est pas le principe d'un rapprochement

qui inquiète mais sa mise en œuvre. En effet beaucoup doutent de l'efficacité des CLIC et de leur capacité de collaboration avec les services du conseil général.

On peut d'ailleurs souligner que si la plupart des départements n'avaient pas souhaité, au moment de la mise en œuvre des CLIC, s'impliquer directement dans leur gestion, un certain nombre de départements ont souhaité les « reprendre en main » à la faveur de l'acte II de la décentralisation. Cette tendance apparaît cohérente avec l'affirmation du pilotage départemental et la perspective d'une mutualisation entre les secteurs de la dépendance et du handicap, à condition toutefois qu'elle conduise à renforcer et non à affaiblir la dynamique partenariale que certains CLIC avaient contribué à créer.

■ Articulations prévues entre MDPH & CLIC ou entre équipes médico-sociales et équipes pluridisciplinaires.



- Aucune articulation prévue
- Au moins une articulation prévue
- Deux articulations prévues (EMS et CLIC)
- Pas de réponse

Source : Odas, mars 2006

c - La construction d'une offre de service commune

Au-delà de l'évaluation des besoins individuels, de l'information au public voire de la coordination autour de la personne, c'est bien sûr le contenu même de l'offre service qui doit pouvoir tendre à la convergence, à un rythme qui reste à définir et en respectant les spécificités nécessaires.

En effet, l'enrichissement des connaissances et des pratiques d'un secteur par l'autre est un atout précieux pour construire des solutions plus efficaces, que ce soit sur les questions de maltraitance, d'aides aux aidants, de rapports entre le domicile et l'établissement. Des prestations communes peuvent être envisagées, comme les auxiliaires de vie, la garde de nuit itinérante, les aides techniques... Des expériences d'hébergement commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées (vieillissantes notamment mais pas seulement) commencent à se développer, soit par adaptation des structures existantes soit par création de structures nouvelles.

Mais d'une manière générale, les départements n'ont pas encore dépassé le stade de l'expérimentation. Il est vrai qu'une telle évolution ne se fait pas sans difficultés. Sur le fond, il s'agit d'organiser la cohabitation entre des personnes qui peuvent se trouver séparées d'une génération. Cette évolution se heurte donc aux distinctions et cloisonnements professionnels et culturels qui, s'ils ont pu être justifiés historiquement, peuvent s'avérer aujourd'hui contre-productifs. Elle se heurte également à des obstacles

« techniques » plus difficiles à lever qu'il n'y paraît. Ainsi en est-il par exemple de la difficulté à faire cohabiter dans le même établissement des personnes qui, par le jeu d'allocations différenciées, se retrouvent avec un « reste à vivre » très différent selon qu'elles sont handicapées ou dépendantes.

d - La proximité des enjeux stratégiques

Malgré ces difficultés et peut être justement à cause d'elles, il pourrait être utile de penser maintenant la convergence entre les deux secteurs sur un plan plus stratégique. Or sur ce plan, les conseils généraux n'en sont encore qu'aux balbutiements. Même si beaucoup ont intégré la question des personnes handicapées vieillissantes et certains celle de l'accessibilité dans leur schéma handicap, très rares sont ceux qui envisagent de réaliser un schéma commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou même seulement de mettre en commun le travail d'observation.

Pourtant le renouvellement des schémas, à un moment où le pilotage départemental se trouve conforté, pourrait être l'occasion de dresser des diagnostics d'ensemble sur les questions de prévention et de vie sociale notamment, avec une porte d'entrée globale dégagée des réflexions par publics. C'est à cette condition que les départements pourront mobiliser l'ensemble des partenaires, et notamment les villes, non pas dans un partenariat de gestion mais dans un partenariat stratégique permettant de travailler en commun sur l'adaptation de l'environnement urbain, économique, social aux questions de dépendance dans une perspective de développement social local.

TITRE III- Clarifier les responsabilités

Déjà pilote du soutien au vieillissement et fortement impliqué dans l'offre de service aux adultes handicapés, le département s'est vu confier, avec l'acte II de la décentralisation, une responsabilité plus complète sur l'ensemble du soutien à l'autonomie (rôle de coordination gérontologique, implication spécifique dans les MDPH). Il peut donc aujourd'hui plus aisément être l'artisan de la mise en cohérence des politiques et des dispositifs dans l'intérêt des usagers et, au-delà, de la cohésion nationale.

De plus les départements, qui ont su appréhender au cours des dernières années la création de l'APA puis de la PCH, bénéficient d'un climat de confiance. Ainsi en témoigne un récent rapport sur la dépendance des personnes âgées¹⁸ :

« La faculté d'adaptation et d'organisation dont ont su faire preuve les conseils généraux pour mettre en œuvre l'APA est en effet unanimement soulignée. La supériorité d'une gestion locale pour révéler les besoins des personnes âgées et structurer un ensemble complexe de services en fonction des spécificités de chaque territoire est rarement mise en question ».

En effet, si les départements ne sont pas directement gestionnaires des services, leurs responsabilités influencent de manière déterminante l'offre de service sur le territoire. De par leurs compétences sur les établissements et services en termes de tarification, d'autorisation d'ouverture, d'agrément mais aussi en leur qualité de gestionnaires de l'APA et de la PCH, ils maîtrisent les réponses et assurent la solvabilité de la demande.

Ce rôle de chef de file implique bien évidemment une coopération avec les autres acteurs du soutien à l'autonomie, en particulier avec l'Etat, les communes et la protection sociale. Mais dans un domaine où les financements et décisions sont particulièrement

dispersés, l'optimisation des politiques passe par la construction d'une gouvernance locale plus performante, basée sur le principe de subsidiarité.

III.1 Donner aux départements les moyens du pilotage

Compte-tenu de l'ampleur des besoins et des marges de progrès qui existent dans l'organisation des réponses, l'avenir du soutien à l'autonomie reste pleinement à construire. Cela incombe notamment aux départements, dont le rôle de chef de file a été affirmé à la faveur de l'acte II de la décentralisation sur la base d'une expérience de 20 ans plutôt concluante. En effet, l'implication des conseils généraux a été réelle sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif, avec une tendance à la réduction des inégalités inter-départementales en terme de budgets et d'offre de service. C'est le cas des établissements pour personnes handicapées où la disparité entre départements de 1988 et 1998 s'est globalement réduite¹⁹.

Au cours de la première vague de décentralisation, le défi a donc été globalement relevé par les départements et les associations, sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif grâce à la diversification des réponses (accueil temporaire, SAVS...).

Cependant et malgré des efforts importants ces dernières années, l'offre reste marquée par une approche limitée au médico-social qui restreint l'éventail et l'ambition des réponses.

En outre, avec la création de l'APA puis de la PCH, avec la décentralisation du RMI, les départements se sont vus attribuer un rôle de gestionnaire d'allocations, sinon nouveau du moins sans commune mesure avec ce qui existait auparavant.

S'agissant du soutien à l'autonomie, le coût de l'APA inquiète chaque année davantage. En effet après une

¹⁸ GISSEROT Hélène, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », mars 2007.

¹⁹ Études et résultats, n°58 - avril 2000 - les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales.

période de forte montée en charge au moment de sa création, l'augmentation des dépenses liées à l'APA a certes ralenti mais c'est elle qui continue à tirer les dépenses nettes d'action sociale départementale vers le haut. Ainsi en 2005, 22% de l'augmentation de cette dépense totale s'expliquaient par la seule APA.

En 2006 la tendance s'est poursuivie avec une nouvelle progression des dépenses d'APA estimée à environ 9%, et elle devrait s'accélérer par la suite compte-tenu des prévisions démographiques : sur ce phénomène les départements n'ont évidemment aucune marge de manœuvre.

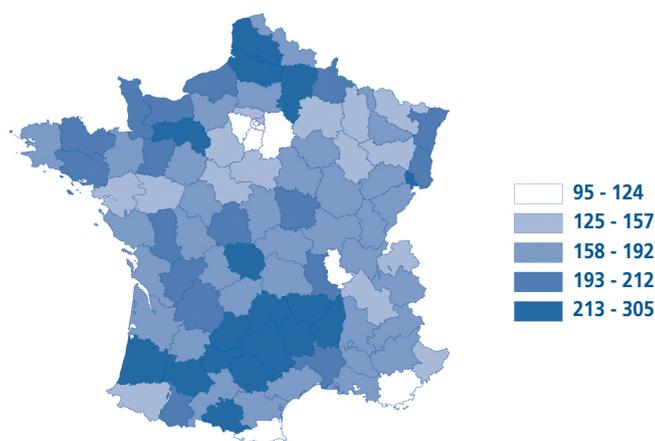
S'agissant du soutien aux personnes handicapées, les budgets départementaux sont aussi en progression. Cependant dans ce domaine, l'augmentation a été régulière depuis la décentralisation, le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne passant de 64 000 à 113 100 entre 1984 et 2004, avec une croissance de 1000 à 2000 bénéficiaires par an. Depuis 5 ans, l'augmentation s'est d'ailleurs accélérée, avec environ 4000 bénéficiaires supplémentaires chaque année. Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact de la nouvelle Prestation de

Compensation du Handicap même si le coût financier de la PCH s'avère pour l'instant bien inférieur à ce qui avait été annoncé.

Mais les allocations ne constituent pas la seule contrainte des départements. En effet leur capacité de mobilisation est également étroitement dépendante des coûts de personnels, dont ils ne maîtrisent pas l'évolution. Or ils représentent une partie importante de l'augmentation des dépenses, du fait des recrutements effectués pour assurer la gestion de l'APA et de la PCH et mettre en place les MDPH (équipes médico-sociales et personnels administratifs), et en raison de la mise en œuvre de l'ARTT et des conventions tripartites dans les établissements ainsi que des revalorisations salariales dans le cadre des conventions collectives sur lesquelles ils n'ont pas d'influence.

Le pilotage départemental en matière de soutien à l'autonomie est largement contraint sur le plan financier. Il le sera encore davantage demain avec la gestion des tutelles. C'est d'autant plus problématique que les départements ne sont pas égaux devant le vieillissement.

■ Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus



Source : DRESS, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, décembre 2003 (chiffres donnés en annexe)

C'est pourquoi il apparaît aujourd'hui primordial de revisiter les relations entre l'État et les collectivités locales, s'agissant du financement des allocations. Cela passe par un renforcement des mécanismes de péréquation, mais surtout par une clarification des rôles respectifs : l'accès à des droits objectifs devant être garanti par le niveau national, tandis que l'accompagnement ressortirait exclusivement d'une gestion de proximité. En effet si l'Etat a un rôle légitime et majeur en termes de régulation, d'évaluation et de prospective qui doit lui permettre de rester garant de l'unité nationale, la réforme constitutionnelle de 2003 a introduit le principe selon lequel les collectivités territoriales ont vocation à « intervenir pour toute question pouvant le mieux être mise en œuvre à leur échelon ».

Il s'agit donc bien d'instaurer un nouveau mode de fonctionnement entre l'Etat et les collectivités locales, qui associe davantage ces dernières aux décisions qui les concernent directement²¹.

La construction de ce « nouveau contrat social » entre l'Etat et les collectivités locales pourrait utilement s'inspirer de la CNSA qui prône un nouveau modèle de « décentralisation accompagnée »²².

III.2 Renforcer l'Etat déconcentré

Si les leviers du pilotage départemental sont particulièrement contraints sur le plan financier, ils le sont également sur le plan stratégique et opérationnel. En effet l'Etat continue à jouer un rôle important au plan local y compris dans la gestion et l'organisation de l'offre pour les établissements et les services relevant de sa responsabilité (ESAT, MAS ...).

La plupart de ces compétences auraient tout à fait pu être départementalisées au moment de l'acte II de la décentralisation et de la loi du 11 février 2005. Cela aurait permis aux départements d'exercer de manière plus entière et plus cohérente leur responsabilité sur l'offre de service. Mais aujourd'hui, englués dans la gestion des allocations (APA, PCH mais aussi RMI) et demain des tutelles, les départements ne sont guère demandeurs de transferts de compétences nouveaux. C'est d'autant plus compréhensible que cela ne saurait s'envisager sans un transfert des moyens correspondants, financiers et humains. Or l'expérience des MDPH a montré combien les personnels de l'Etat étaient réticents à rejoindre le GIP, en l'absence de toute contrainte.

Aussi dans l'immédiat le plus urgent semble bien davantage de parvenir à des coopérations fructueuses entre conseils généraux et Etat local. Mais cet impératif se heurte à l'existence de deux circuits parallèles de pilotage : un pilotage étatique réalisé au niveau régional à travers l'élaboration des schémas sanitaires et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), et un pilotage départemental incarné dans les schémas d'action sociale et médico-sociale²³.

Sur le volet médico-social, la consultation du département pour l'établissement des PRIAC est souvent tardive, parfois très formelle. C'est pourquoi certains proposent d'inscrire dans le code de l'action sociale et des familles que les PRIAC soient élaborés sur la base des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale.

^{21 et 23} L'impact de la décentralisation sur les administrations d'état : mission d'audit de modernisation – Ministère de l'Emploi et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et des solidarités - Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration – Janvier 2007.

²² Actualités sociales hebdomadaire n°2497 du 09/03/2007 – Rencontre Denis Piveteau et Bernadette Moreau (CNSA) « Nous inventons un nouveau modèle de décentralisation accompagnée ».

Au-delà, on sait aussi que lorsque le PRIAC proposé par les services régionaux s'appuie effectivement sur le schéma départemental, ceci ne présume en rien des décisions qui seront prises réellement et des financements attribués. Aussi de nombreux départements soulignent que le fond du problème se situe plutôt dans la faible capacité décisionnaire de l'Etat déconcentré. En effet, les Préfets n'ont aujourd'hui que très peu de marge de manœuvre, non seulement sur le montant des enveloppes qui leur sont déléguées mais aussi sur l'utilisation de ces enveloppes. Dès lors l'Etat déconcentré devient un partenaire aléatoire, qui peut même, lorsqu'on le lui propose, hésiter à s'engager avec les départements dans des démarches de planification.

C'est pourquoi paradoxalement le renforcement de l'Etat déconcentré est aujourd'hui une condition de réussite de la décentralisation. C'est un impératif pour réussir enfin à rassembler les volets sanitaire, médico-social et social dans une vision cohérente du handicap et de la dépendance.

III.3 Repenser l'action sociale de la branche vieillesse

Pour renforcer les marges stratégiques du département, l'éventualité d'un transfert de l'action sociale de la branche vieillesse aux départements est aujourd'hui dans l'air du temps. La possibilité d'expérimenter un tel transfert n'a pour l'instant pas été ouverte mais la MECSS en fait la proposition²⁴. Il est vrai que l'intervention sociale de la branche vieillesse peine à trouver son positionnement, notamment depuis la création de l'APA. Ainsi un récent rapport souligne qu'un certain nombre d'actions prioritaires inscrites dans la convention d'objectifs et de gestion font doublon avec celles exercées par les conseils généraux. De plus ces interventions demeurent en réalité « très majoritairement centrées sur la fourniture de services d'aide ménagère ». Enfin le rapport relève que les critères de ciblage des bénéficiaires de ces interventions,

définis comme les « publics fragilisés » notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie, sont encore à préciser²⁵.

Sur ce dernier point, il faut préciser tout de même que les CRAM recentrent leurs activités sur la prévention des pertes d'autonomie et le maintien de la vie sociale pour les personnes retraitées de GIR 5 et 6, ciblage déjà entrepris depuis quelques années par les MSA.

Mais il est vrai que la situation est fort complexe. Ainsi dans les faits, un certain nombre de conseils généraux ou de CLIC effectuent déjà les évaluations de besoins des personnes de GIR 5 et 6 à la demande des CRAM.

Pour autant le transfert aux départements de l'action sociale de la branche vieillesse n'apparaît pas forcément comme une solution satisfaisante : on sait en effet que les transferts de responsabilités se traduisent toujours par des conséquences en termes d'organisation, de gestion du personnel... qui représentent un coût souvent important. En outre, l'abandon du terrain par les CRAM réduirait les possibilités de coopération avec les départements ce qui peut être fort préjudiciable pour établir des diagnostics territoriaux sur le plan gérontologique.

Aussi semble-t-il plus prudent de privilégier plutôt la piste de la complémentarité et de la recherche de synergie entre départements et organismes de protection sociale, sous réserve toutefois d'une clarification concertée de leurs objectifs et moyens réciproques au plan local.

III.4 Reconnaître l'implication des communes dans l'organisation de l'offre de service

Si les départements interviennent peu comme gestionnaires de services, les communes, elles, ont depuis longtemps, aux côtés des associations et

²⁴ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – L'action sociale un défi à relever pour des territoires plus solidaires – Rapport d'information n°3739 – Février 2007.

²⁵ Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : Prévisions et marges de choix – Hélène GISSEROT - mars 2007.

organismes privés, développé toute une gamme d'interventions en matière de soutien aux personnes âgées.. Elles sont devenues le premier opérateur en matière de création et de transformation de maisons de retraite et de logement-foyers, tout en contribuant directement ou indirectement au développement des services liés au maintien à domicile : aide ménagère, soins à domicile, portage de repas, télé-alarme, foyer-restaurants et autres.

Les communes ont ainsi contribué de manière importante et précieuse à la construction d'un véritable secteur du soutien aux personnes âgées. Elles se sont impliquées par ailleurs dans la gestion des CLIC en tant que promoteurs (27% des organismes promoteurs sont des communes) ou co-financiers (14% des co-financements sont apportés par les communes), chargés de recenser l'offre de services disponible, d'informer la population voire de coordonner l'offre autour de la personne.

Cette implication des communes dans l'organisation de la réponse gérontologique sur leur territoire et dans l'accueil et l'information du public peut apparaître naturelle, comme une conséquence de leur compétence générale sur les affaires de la commune et de leur rôle d'administration de proximité. Mais elle ne participe pas à la clarification des rôles des uns et des autres. En effet, leur implication dans la gestion des établissements et des services est souvent discutée. Non seulement le monde associatif peut offrir parfois une souplesse et une réactivité qui pourraient dynamiser le domaine, mais surtout d'autres chantiers apparaissent prioritaires pour les villes. L'accessibilité en est un mais au-delà, elles doivent aussi s'impliquer plus activement dans des dynamiques de prévention et de prévenance, à travers le renforcement des dynamiques intergénérationnelles, la revitalisation

du lien social, le développement du bénévolat... Car c'est bien en effet sur la dynamisation du « vivre-ensemble » dans sa globalité qu'elles sont maintenant attendues.

Dès lors la coopération entre villes et départements peut prendre diverses formes. Une enquête de l'ODAS menée 2006 auprès des villes de plus de 20 000 habitants a montré que malgré l'affirmation du pilotage départemental sur le soutien à l'autonomie, les villes ne souhaitent guère se retirer de ce domaine : les trois-quarts souhaitent être davantage associés aux schémas gérontologiques et handicap, la moitié souhaite être davantage associée aux Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et les deux tiers souhaitent être associés à la Maison du Handicap²⁶. Sur ce dernier point, il est à noter que les communes ont pendant longtemps moins investi le champ du handicap au profit du soutien au vieillissement, mais qu'aujourd'hui elles s'engagent davantage, certes du fait de leurs obligations en terme d'accessibilité mais plus globalement avec la préoccupation d'un rapprochement concret entre handicap et dépendance. Or une autre enquête de l'Odas sur les MDPH menée en 2006 a montré que les villes ne sont associées aux maisons du handicap que dans vingt départements et la plupart du temps, à travers la labellisation du CCAS comme point d'accueil²⁷. Il s'agit là d'une modalité de coopération certes importante mais insuffisante. L'association des villes à l'analyse des besoins du territoire et à la définition des grandes orientations constitue en effet une évolution indispensable pour réussir une prise en compte globale du handicap et donner toutes ses chances à l'intégration de tous dans la cité, quel que soit l'âge ou le handicap. Autrement dit, pour promouvoir enfin une vision dynamique de la vulnérabilité.

²⁶ *La Lettre de l'Odas*, « Les Maires et le vivre ensemble. Les nouveaux contours de l'action municipale en matière de solidarité », avril 2007.

²⁷ Odas, « Maisons départementales des personnes handicapées : une réforme bien engagée », mai 2006.

Conclusion

Il faut en convenir, l'effort des collectivités publiques a été constant ces dernières années autour du soutien à l'autonomie. Les départements en particulier ont pour la plupart d'entre eux su répondre au double défi du vieillissement et du handicap, en mobilisant les moyens nécessaires pour répondre aux besoins. Si l'on examine plus précisément les efforts fournis sur le handicap, ils ont été conséquents même dans les périodes où de nouvelles problématiques sociales (insertion notamment) sont devenues prioritaires. C'est aussi le domaine par essence où l'adaptation des réponses aux besoins a pu s'opérer grâce à l'action des associations qui ont su organiser une interpellation active. La plupart des territoires se sont dotés d'outils d'observation et de planification et ont construit des réponses plus conformes aux attentes des habitants en tenant compte des spécificités locales. Par ailleurs, le cloisonnement traditionnel entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées est de plus en plus contesté, et les départements tendent à leur apporter des réponses globales axées sur l'adaptation de l'environnement, la préservation de la vie sociale, l'accessibilité et le soutien aux aidants.

Toutefois l'évolution démographique mais aussi l'évolution de notre société toute entière nécessite d'aller plus loin. Et le soutien à l'autonomie constitue un terrain particulièrement favorable à la définition de solutions originales qui peuvent contribuer à l'émergence d'une société plus solidaire et plus conviviale. Elles peuvent aussi entraîner la constitution d'une véritable économie du handicap et de la dépendance, caractérisée notamment par le développement de services nouveaux créateurs d'emplois.

Par ailleurs, l'affirmation du pilotage départemental résultant de la loi du 13 août 2004 favorise une prise en compte plus stratégique de l'action sociale par les élus départementaux, en permettant de développer notamment la coordination des actions autour du handicap et de la dépendance. La création de la prestation de compensation du handicap, associée à la notion de projet de vie, peut elle aussi constituer un levier pour une plus grande performance de l'intervention sociale, sous réserve toutefois que les principes sur lesquels elle est fondée ne soient pas oubliés au profit d'une vision exclusivement gestionnaire.

Toutefois ces deux réformes d'ampleur n'auront d'ambition sur le terrain que si les scénarii de financement s'accompagnent de mécanismes de péréquation bien pensés. C'est à cette condition que l'État sera repositionné sur la garantie de l'égalité de traitement et l'évaluation des politiques, à partir de référentiels nationaux laissant toutefois le plus de place possible à la créativité locale.

Plus largement, c'est la question de la création d'une cinquième branche protection sociale qui se trouve posée aujourd'hui ; c'est aussi celle de la définition d'une nouvelle gouvernance et de la légitimation du modèle de fonctionnement de la CNSA.

Le soutien à l'autonomie entre ainsi aujourd'hui dans l'ère du changement : le principal atout du changement est peut-être la prise de conscience par la société française de sa vulnérabilité. Elle peut permettre de dépasser les logiques institutionnelles au profit de logique de projets dans le cadre d'une éthique mieux partagée : celle d'un regard nouveau sur la différence.

Les autres publications de l'Odas

(Hormis les lettres de l'Odas)

- **Développement social local :**
Les voies de l'action au service du changement.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2007
- **Maisons Départementales des Personnes Handicapées :**
Une réforme bien engagée.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2006
- **Protection de l'enfance :**
Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2005
- **La décentralisation de l'action sociale :**
Bilan et perspectives.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **La décentralisation et la protection de l'enfance :**
Quelles réponses pour quels dangers ?
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **Quel acte II pour le RMI ?**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **Allocation personnalisée d'autonomie :**
Enjeux et perspectives.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **Dépendance et handicap :**
La décentralisation au service de l'autonomie.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **Réussir l'observation gérontologique -**
Jean-Louis SANCHEZ, Anne LATTY.
Edition Dunod, 2003
- **Décentralisation et action sociale,**
Clarifier les responsabilités.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2003
- **Travail social et développement social :**
La formation initiale au cœur du changement.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2002

Les autres publications de l'Odas

(Hormis les lettres de l'Odas)

- **Décentralisation :**
De l'action sociale au développement social -
Jean-Louis SANCHEZ.
Edition L'Harmattan, 2001
- **Politiques municipales de la petite enfance :**
De la gestion à la coordination des modes d'accueil.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 2001
- **Piloter l'aide sociale - Guide d'indicateurs -**
Odas Editeur, 2000
- **Protection de l'enfance :**
Mieux comprendre les circuits, mieux connaître
les dangers.
l'Odas et le Snatem, Avril 1999
- **Les Maires et le lien social.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1998
- **Prestation spécifique dépendance et**
qualité du soutien au vieillissement.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1998
- **La prestation spécifique dépendance un an après :**
premières tendances.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1998
- **Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000.**
Odas Editeur, 1998
- **L'enfance en danger ; signalements et réponses en 1996.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1997
- **Pouvoirs locaux : vers une nouvelle réponse sociale.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1997 (épuisé)
- **RMI et SMIC :**
Étude sur l'apport financier de l'accès à l'emploi par types
de ménages.
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1997

- **Travail social et surendettement .**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1997
- **Action sociale, la décentralisation face à la crise.**
Odas Editeur, 1996
- **Villes et insertion.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1995
- **Vieillesse et cohésion sociale :
Mieux observer pour mieux décider.**
Odas Editeur, 1995 (épuisé)
- **Villes, personnes âgées et emplois de proximité.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1994 (épuisé)
- **L'action sociale :
Dix ans de décentralisation.**
Odas Editeur, 1994 (épuisé)
- **L'observation de l'enfance en danger :
Guide méthodologique.**
Odas Editeur, 1994
- **Les mutations de l'action sociale communale.**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Editeur, 1993 (épuisé)
- **L'observation de l'enfance en danger :
Constats et recommandations.**
Odas Editeur, 1993 (épuisé)
- **L'action sociale décentralisée :
Bilan et perspectives.**
Odas Editeur, ed. 1992 et 1993 (épuisés)
- **Grand âge et dépendance.**
Edition ENSP, 1992
- **Santé et précarité :
Du droit à la réalité.**
Edition ENSP, 1991



Les cahiers de l'Odas sont une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée :
250, bis boulevard Saint Germain, 75007 Paris - Tél : 01 44 07 02 52 - Fax : 01 44 07 02 62 •
<http://www.odas.net> • Directeur de la publication : Jean-Louis Sanchez •
Ce numéro spécial a été tiré à 3 000 exemplaires • ISSN 1265-7476