



**HAL**  
open science

## Les politiques locales en direction des personnes en perte d'autonomie : appropriations du cadre légal et diversité des pratiques dans le champ médico-social

Marie-Laure Pouchadon, Mélina Eloi, Claire Magord, Philippe Martin

### ► To cite this version:

Marie-Laure Pouchadon, Mélina Eloi, Claire Magord, Philippe Martin. Les politiques locales en direction des personnes en perte d'autonomie : appropriations du cadre légal et diversité des pratiques dans le champ médico-social. [Rapport de recherche] Drees-Mire, CNAF. 2017. hal-02358348

**HAL Id: hal-02358348**

**<https://hal.science/hal-02358348v1>**

Submitted on 7 Feb 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **Rapport de recherche**

*Réalisé dans le cadre du programme*

**« Les politiques sociales locales »**

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

**DREES – Mission Recherche**

*Convention n° 2101675613*

## **Les politiques locales en direction des personnes en perte d'autonomie : appropriations du cadre légal et diversité des pratiques dans le champ médico-social**

Recherche dirigée par : Philippe Martin, COMPTRASEC - UMR 5114  
Université de Bordeaux

Rapport réalisé par : Mélina Eloi, sociologue, chercheuse associée Centre Emile  
Durkheim UMR 5116, Claire Magord, post-doctorante en droit  
COMPTRASEC, Philippe Martin, DR CNRS, COMPTRASEC, Marie-Laure  
Pouchadon, Maître de Conférences en sociologie, Passages UMR 5319,  
Université Bordeaux Montaigne

*Décembre 2017*

## **LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES**

AAH : Allocation adulte handicapé

ABS : Analyse des Besoins Sociaux

ADAPEI : Association Départementale des Parents et Amis de personnes handicapées mentales

ADMR : Association Départementale en Milieu Rural

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASV (Loi) : Adaptation de la Société au Vieillessement

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CA : Conseil d'Administration

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CDC : Communauté de Communes

CDCA : Comité Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDG : Centre de Gestion

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMS : Centre Médico-Social

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DAPA : Direction des Actions Pour l'Autonomie

DMAT : Direction de la Mutualisation et des Actions Transversales

DGA : Direction Générale Adjointe

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

EPE : Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESS : Economie Sociale et Solidaire

FCTVA : Fonds de Compensation de la Taxe sur la Valeur Ajoutée

FPT : Fonction Publique Territoriale

GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

GEVASCO : Guide d'Evaluation des besoins de compensation en matière de Scolarisation

GIP : Groupement d'intérêt Public

GM : Génération Mouvement

ISPED : Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

NOTRe (loi) : Nouvelle Organisation Territoriale

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDA : Maison de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion

MLPH : Maison Landaise des Personnes Handicapées

MONALISA : Mobilisation Nationale contre l'Isolement des personnes Agées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PA : Personne âgée

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication en santé

PAG : Programme d'Accompagnement Global

PAERPA : Parcours des Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PSA : Pôle Solidarité Autonomie

PSD : Prestation Spécifique de Dépendance

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTS : Pôle Territorial de Solidarité

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PH : Personne Handicapée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAI : Resident Assessment Instrument

RPA : Résidence pour Personnes Agées

RPDAD: Réseau Public Départemental d'Aide à Domicile

RPU : Référent Parcours Usager

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAAD : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SAPAL : Service départemental d'Animation pour les Personnes Agées

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCAN : Service du Courrier et de la Numérisation

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SDOMS : Schéma Départemental d'Organisation Médico-Sociale

SIVOM : Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale

VAD : Visite à Domicile

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	p.7
<b>Chapitre 1 – Construction des politiques de l’autonomie et organisation des services départementaux</b>	p.17
<b>Section 1. L’approche landaise : volontarisme politique et organisation intégrée</b>	p.19
§ 1 Une vision politique historiquement structurée autour de l’investissement public	p.19
1.1. Une politique départementale affirmée en faveur des personnes âgées	p.19
1.2. La marque départementale dans le secteur du handicap	p. 21
§2 L’organisation des services : une forte intégration associée à une logique de mutualisation	p.22
2.1 La plateforme médicosociale	p.22
2.1.1. Le service des évaluations	p.22
2.1.2. Le service « prestations-accompagnement » (APA)	p.23
2.1.3. Le Numéro Vert IM’age	p.23
2.1.4. Les équipes des CLIC	p.24
2.2 La MLPH dans le giron du Conseil Départemental	p.25
<b>Section 2. L’approche girondine : une administration en quête de proximité et d’efficacité</b>	p.26
§1. Des enjeux autour de la polarisation territoriale	p.26
1.1. Une approche mixte « public-privé » et d’importantes disparités géographiques	p.26
1.2. La montée du thème de l’équité territoriale	p.28
1.3. La politique du handicap en Gironde	p.28
§2. La réorganisation du Pôle Solidarité Autonomie : territorialisation et profilage MDA	p.29
2.1 Territorialiser l’action départementale en direction des PA et des PH	p.29
2.2 Le nouveau Pôle Solidarité Autonomie	p.31
2.2.1. Une direction des actions pour l’autonomie (DAPA) remaniée	p.31
2.2.2. Une nouvelle direction dédiée à la mutualisation et aux « actions transversales » (la DMAT)	p.31
2.2.3. La MDPH plus intégrée dans le PSA	p.33
<b>Section 3. Une politique de l’autonomie par-delà le clivage catégoriel personnes âgées/personnes handicapées ?</b>	p.34
§ 1. Des rapprochements au plan organisationnel	p.34
1.1. Une volonté exprimée dans les schémas départementaux	p.34
1.2. Des organisations plus ou moins mutualisées et intégrées	p.35
1.3. Des services plus polyvalents	p.37
1.3.1. L’intervention des SAAD auprès des personnes handicapées	p.37
1.3.2 Des rapprochements entre établissements	p.38
§ 2. Des limites patentes	p.39
2.1 Le poids de frontières et catégorisations juridiques	p.39
2.2 La dimension technique de l’approche du handicap	p.41
2.3 Les incertitudes autour des nouveaux CDCA	p.42
<b>Eléments de conclusion</b>	p.43
<b>Chapitre 2 : Acteurs et dynamiques de la territorialisation des politiques de l’autonomie</b>	p.44
<b>Section 1. Le département, l’intercommunalité et les politiques de l’autonomie : différents modes d’agencement</b>	p.45

§1. Les Landes : rôle moteur du Département pour une intercommunalité dédiée aux politiques PA	p.45
1.1. Une action de développement et de structuration de l'intercommunalité	p.45
1.2. L'intercommunalité landaise tournée vers les personnes âgées	p.46
§2. En Gironde : une intercommunalité peu développée ; le Département en appui sur les territoires ruraux	p.48
2.1 Le Conseil Départemental et l'intercommunalité dans le champ de l'autonomie	p.48
2.2 Des CCAS et quelques CIAS investis dans le champ de l'autonomie	p.49
2.2.1 Le CCAS de la Ville de Mérignac et l'intervention du CLIC	p.49
2.2.2 Un exemple d'intercommunalité tournée vers l'aide à domicile : le CIAS du Bazadais	p.50
2.2.3 La présence du Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile	p.51
<b>Section 2. Des « dynamiques de pays » autour des politiques de la vieillesse et du handicap</b>	p.53
§ 1. Landes : des espaces d'expérimentation, une philosophie partagée	p.53
1.1. Des innovations locales autour de la dépendance	p.53
1.1.1. Les innovations sur le territoire de Labrit	p.54
1.1.2. Le projet de Village Alzheimer à Dax : implantation locale et volonté départementale	p.55
1.2. Une politique du « bien vivre » pour et avec les personnes âgées et handicapées	p.57
§2. Gironde : l'animation territoriale, l'économique et le social	p.58
2.1 Emergence d'un modèle de structuration de l'aide à domicile à partir d'un territoire : le CPOM Sud-Gironde	p.59
2.1.1 Genèse du CPOM	p.59
2.1.2 Contenu du projet	p.60
2.1.3 Quelques interrogations	p.61
2.2 Des synergies locales sur le thème de la Silver Economie	p.61
<b>Eléments de conclusion</b>	p.63
<b>Chapitre 3. Modalités de l'accompagnement des publics (PA/PH)</b>	p.65
<b>Section 1. Les dimensions de l'évaluation médicosociale APA/PCH : normes, pratiques et représentations</b>	p.66
§ 1. L'évaluation au sein des équipes APA	p.67
1.1. La pratique de l'évaluation dans le cadre de l'APA dans les Landes	p.67
1.2. La pratique de l'évaluation dans le cadre de l'APA en Gironde	p.68
§2. L'évaluation dans le cadre des équipes pluridisciplinaires des MDPH	p.72
2.1 Les modes d'organisation du traitement des demandes dans les deux départements	p.72
2.2 Le rôle des agents d'accueil en Gironde	p.73
2.3 La pratique concrète de l'évaluation	p.73
2.4 Le rôle et le fonctionnement des Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation (EPE)	p.76
<b>Section 2. L'évaluation et la mise en œuvre des plans par les autres acteurs du maintien à domicile</b>	p.78
§1. Pré-évaluation sociale et coordination territoriale : le rôle des CLIC et des CIAS	p.78
§2. Le traitement des situations complexes : le rôle des MAIA	p.80
§3. Les SAAD et les SSIAD	p.82
<b>Section 3. Individualisation de la prestation, suivi des situations et notion de projet de vie</b>	p.83
§1. L'accompagnement à l'épreuve des contraintes légales et financières	p.83
1.1. Normes, contraintes et pratiques dans le cadre des plans APA	p.84
1.1.1. Types d'aides, volumes horaires	p.84
1.1.2. Prestataires et questions de tarification	p.85

2.1. Normes, contraintes et pratiques dans le cadre de la PCH	p.86
2.1.1. Normes et régulation des plans PCH	p.86
2.1.2. Existence de « doctrines locales »	p.86
§2. Au-delà de l'ouverture du droit, l'individualisation de la prestation	p.87
§3. Suivi des situations et implication des professionnels	p.88
§4. Le projet de vie	p.89
<b>Éléments de conclusion</b>	p.92
<b>Conclusion générale</b>	p.94
<b>Bibliographie</b>	p.95



## INTRODUCTION

### Cadre et problématique de la recherche

Depuis le début des années 2000, la législation a procédé à une profonde rénovation du champ médicosocial, notamment en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Cette transformation peut être lue sur deux axes. D'une part, les lois de décentralisation, notamment la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locale, ont institué le département comme « chef de file » de l'action sociale et médicosociale. Par-delà le transfert de compétences, ce nouveau cadre induit une logique de territorialisation des politiques sociales. Les collectivités locales deviennent « l'échelon privilégié et incontournable de mise en œuvre des politiques d'action sociale », mais la territorialisation prend aussi un tour qualitatif et peut-être perçue comme « un moyen d'adaptation des politiques sociales susceptible de rééquilibrer, en faveur du développement social, une approche orientée vers des publics ciblés » (Avenel, 2013). D'autre part, les lois du 2 janvier 2002 (rénovation de l'action sociale et médicosociale), du 30 juin 2004 (instaurant notamment la CNSA), du 11 février 2005 (personnes handicapées), du 28 décembre 2015 (adaptation de la société au vieillissement) ont ouvert de nouvelles perspectives : le dépassement des logiques de filière et de l'approche catégorielle classique, par publics – ici les personnes âgées, là les personnes handicapées – avec l'émergence d'un « champ de l'autonomie » plus transversal<sup>1</sup> ; l'individualisation de l'accompagnement des personnes et le respect de leurs choix, de leur projet de vie ; la recherche d'alternatives à l'accueil en établissement, le maintien à domicile ; la prévention de la perte d'autonomie.

Cette nouvelle donne - territorialisation des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, nouvelle approche de l'accompagnement - a soulevé plusieurs enjeux. La territorialisation est en soi une notion problématique. Elle questionne en profondeur les modes d'action publique et le rapport à l'individu sujet de droit. La littérature s'accorde pour dire que la territorialisation des politiques publiques suppose une transformation assez radicale. Pour Michel Autès, une transformation des moyens, des méthodes, mais aussi des finalités et des fondements de l'action publique (Autès, 1995). Robert Lafore estime pour sa part que la territorialisation des politiques sociales implique une mutation organisationnelle : « Là où s'imposaient des distinctions et des cloisonnements entre structures spécialisées, on attend au contraire l'établissement de logiques réticulaires supposant décroisonnements et transversalité des interventions et des politiques » (Lafore, 2013, p. 21). Or, les politiques

---

<sup>1</sup> La législation se réfère aujourd'hui au « champ de l'autonomie » pour désigner les politiques sociales en direction des personnes âgées en perte d'autonomie (v. art. L. 113-2, art. L. 113-3 CASF). Comme nous le verrons, les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale tendent à s'approprier cette approche en adjoignant les personnes handicapées. C'est pourquoi nous utiliserons le terme de « politiques de l'autonomie » pour désigner les politiques en direction des deux publics.

d'action sociale, au niveau départemental, sont très contraintes par la législation, le budget, la démographie (Helfter, 2010), et c'est particulièrement vrai des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées : la gestion des prestations (APA, PCH et autres) pèse lourdement et tend à maintenir les organisations publiques dans leur approche bureaucratique classique, à les réduire à un traitement « industriel » des demandes. On peut dès lors se demander de quelles marges de manœuvre (juridique et financière) disposent en réalité les Conseils Départementaux. Par ailleurs, se manifestent des enjeux pour le travail social lui-même tant en termes d'organisation des services et des équipes, qu'en termes de logique interventionnelle : dans quelle mesure s'impose le référentiel territorial (stratégies de développement territorial) à des acteurs formés à l'approche catégorielle des populations (Avenel, 2013) ?

## **Hypothèses et objectifs**

L'hypothèse générale à l'origine de cette recherche est que, même dans un cadre relativement contraignant, les Conseils Départementaux, mais aussi les autres acteurs locaux des politiques de l'autonomie développent des actions susceptibles de caractériser des modes diversifiés d'appropriation du cadre légal : diverses manières de concevoir l'action médico-sociale du côté des instances départementales, notamment en fonction d'enjeux territoriaux (sociodémographiques, politiques) propres; diverses manières d'utiliser les outils et de réaliser l'accompagnement des personnes du côté des professionnels.

Cette idée d'appropriation(s) du cadre légal mérite d'être explicitée. En sciences sociales, la notion d'appropriation renvoie à une dynamique active d'incorporation d'une idée ou d'un contenu réflexif à sa propre démarche de pensée. Elle se structure autour de trois dimensions et logiques d'action : le décryptage et la compréhension de ce contenu, l'intégration de ce nouveau cadre de référence à son propre système de valeurs et sa déclinaison en des actions concrètes et opérationnelles qui font sens pour l'acteur ou l'institution engagés dans la démarche. Dans la présente recherche, nous partons du constat que la législation a historiquement construit des filières distinctes d'action sociale – la « filière personnes âgées » et la « filière personnes handicapées ». Depuis la création de la CNSA et l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005, comme on l'a indiqué, se manifeste cependant une dynamique d'approche plus transversale des situations de perte d'autonomie. Dans la dynamique de la décentralisation, chaque département dispose toutefois d'une forte latitude pour répondre à cet objectif. On a là un premier niveau d'appropriation du cadre légal qui peut être appréhendé par l'analyse des positionnements politiques des Conseils Départementaux, des modalités d'organisation des services dédiés à la prise en charge des PA et des PH (par ex. création de MDA) et des référentiels d'action produits à destination des équipes de terrain (outils techniques, cahiers de procédures, ajustements techniques de dispositifs).

Par ailleurs, si des prestations telles que l'APA et la PCH sont bien des dispositifs nationaux dont les conditions d'octroi et les montants maxima sont établis par la législation nationale, le fait qu'ils reposent sur une évaluation par des équipes pluridisciplinaires du CD, qu'ils se concrétisent par l'élaboration de plans individualisés suppose une marge d'autonomie de la part des agents locaux. Là peuvent se manifester des choix politiques et budgétaires

(« saturer » les plans pour certaines catégories de bénéficiaires ou bien sous-évaluer les besoins, prédéfinir des plafonds d'intervention, exclure des plans d'aide certaines formes d'aides techniques ou matérielles), des régulations collectives, notamment au sein des équipes APA, des appréciations individuelles de la part de l'agent menant l'évaluation à domicile. Ce second niveau d'appropriation du cadre légal est appréhendé par l'observation et l'analyse des modalités concrètes de mise en oeuvre des dispositifs au sein des services départementaux.

Les objectifs de la recherche ont dès lors consisté à analyser d'une part l'offre politique, la conception-même des politiques locales et la manière dont elle se concrétise dans l'organisation administrative des services départementaux de *l'autonomie*, mais aussi dans la structuration des acteurs territoriaux, notamment à l'échelle des intercommunalités; et à observer d'autre part les modalités de mise en oeuvre et les pratiques des acteurs en charge de l'accompagnement des publics.

## **Terrains de la recherche et méthodologie**

Pour saisir cette diversité des modes d'appropriation, nous avons comparé plusieurs configurations départementales et infra départementales dans le champ de l'autonomie. La présente étude s'est focalisée sur deux départements limitrophes : le département des Landes et celui de la Gironde. Le territoire landais présente plusieurs intérêts du point de vue de la problématique et des hypothèses ici développées : sur le plan de l'offre, telle que bâtie par le Conseil Départemental, c'est un département qui se démarque par des choix fortement affichés de développement (quasi exclusif) d'établissements publics ou associatifs habilités à l'aide sociale ; on observe aussi dans les Landes une forte présence des structures intercommunales. Il est, en outre, identifié par de nombreux observateurs sociaux comme un département investi depuis de longue date dans l'organisation d'une politique locale volontariste auprès des PA. Le territoire Girondin présente d'autres avantages. Dans sa structuration sociodémographique, il est constitué de territoires contrastés (Métropole, pôles péri-urbains et territoires ruraux laissant apparaître, pour certains, une concentration forte d'indicateurs de précarité) qu'il est intéressant d'interroger au regard des dynamiques territoriales à l'oeuvre. Par ailleurs, au moment de la prospection des terrains possibles d'investigation, le Conseil Départemental de la Gironde s'engageait dans la création d'un Pôle Solidarité Autonomie qui, en soi, représentait une opportunité d'enquête particulièrement favorable au regard du premier axe de notre problématique.

Afin de permettre le recueil des données sur les différentes dimensions de la problématique (l'offre politique, son opérationnalisation et les dynamiques territoriales qu'elle impulse), l'étude a été organisée à partir de l'analyse des deux administrations départementales (Conseils Départementaux) et des modalités d'intervention des acteurs sociaux dans deux territoires infra départementaux (un territoire urbain et un territoire rural dans chaque département). C'est donc à partir d'une approche monographique (la réalisation de quatre monographies au total) que nous avons organisé le recueil des données locales. Le choix des territoires devait s'opérer de manière aléatoire en respectant, toutefois, certains équilibres démographiques entre les départements. Or, nous avons finalement privilégié la méthode visant à sonder les premiers acteurs rencontrés (directions des départements, travailleurs

sociaux, observateurs extérieurs) sur les territoires pertinents d'investigation. Cette méthode permettait d'intégrer dans le choix des terrains des paramètres autres que les seuls indicateurs démographiques, tels que les logiques historiques de structuration des dynamiques locales ou encore la présence d'actions innovantes en matière d'accompagnement des personnes âgées et handicapées. Ainsi, les intercommunalités de Labrit et du Grand Dax ont été repérées comme particulièrement probantes pour les Landes. De la même manière, le territoire Sud Gironde et celui des Portes du Médoc (plus spécifiquement la commune de Mérignac) ont été perçus comme pertinents pour le département de la Gironde. La réflexion à partir d'une monographie de territoire permettait de repérer à l'échelle d'une zone géographique bien délimitée, les acteurs en présence sur les deux politiques investiguées (PA/PH) ainsi que les coopérations et dynamiques d'action engagées. Il s'agissait alors, de rencontrer les principaux acteurs et services dans le territoire et de reconstituer, avec eux, la réalité et la dynamique des politiques locales.

L'enquête s'appuie sur l'exploitation de différents types de matériaux : le recueil de données de cadrage, l'étude de documents officiels et techniques produits par les organismes de tutelle et les collectivités territoriales, la conduite d'entretiens individuels et collectifs de type semi-directifs (100 au total), ainsi que la réalisation d'observations de terrain dans le cadre de différents contextes sociaux (interventions professionnelles, commissions techniques, réunions de régulation, journées d'étude). Ces différentes modalités d'investigation ont été mobilisées en des temps distincts de l'investigation empirique, entre phase exploratoire et phase opérationnelle, associant deux orientations disciplinaires : une dimension juridique et une dimension sociologique. Ainsi la recherche revêt un fort caractère interdisciplinaire, nous permettant de produire, par la jonction de l'approche sociologique et de l'analyse juridique, une analyse de l'action publique et du travail social dans le champ des politiques de la vieillesse et du handicap.

### *L'étape exploratoire*

L'entrée dans la réflexion s'est opérée à partir de l'analyse comparée des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale de la région Nouvelle Aquitaine<sup>2</sup>. L'objectif était de saisir les différentes configurations possibles en matière d'offre de services et les écarts éventuels d'appropriation et de structuration des politiques publiques à l'échelle des départements. L'analyse des schémas permettait, en effet, de reconstituer les organisations départementales ayant trait aux politiques de prise en charge de la Dépendance, d'identifier les premiers éléments distinctifs en matière de territorialisation des politiques publiques, de repérer les forces opérationnelles en présence à l'échelle territoriale (CLIC, MAIA, établissements accueillants les publics) et d'entrevoir les modalités d'action les plus innovantes selon les territoires. Elle permettait, également, de saisir les références théoriques et les modes de conceptualisation à l'œuvre dans la construction des politiques locales à partir de certaines entrées thématiques illustrant les orientations et principes philosophiques

---

<sup>2</sup> Pour des raisons évidentes de faisabilité, nous n'avons pu réaliser une analyse exhaustive des 12 Schémas départementaux que compte désormais la région Nouvelle Aquitaine. 7 d'entre eux ont d'abord retenu notre attention (Corrèze, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Gironde, Vienne, Poitou-Charentes, Dordogne) pour, au final, nous concentrer prioritairement sur l'analyse de ceux de la Gironde et des Landes.

particulièrement affirmés par les Départements (mobilisation des notions de « proximité », de « citoyenneté » ou encore de « service public » laissant entrevoir des conceptions particulières de l'action publique). Cette phase a été complétée par l'étude de différents documents de cadrage (documents techniques relatifs aux dispositifs, notes de services, rapports d'activités, etc) pour les deux départements investigués (Landes et Gironde). Dans une perspective plus juridique encore, une attention particulière a été portée à la clarification du cadre légal national existant tout en saisissant les perspectives d'évolution et de transformation ouvertes par les réformes en cours (analyse des effets et impacts dans les services de la loi ASV par exemple). Une comparaison juridique des dispositifs APA et PCH a également été opérée afin d'établir les convergences et les divergences entre les deux régimes juridiques. Enfin, a été menée une analyse des normes infra-juridiques (codes de bonne conduite, guides, recommandations, documents internes) ainsi que leur mode de production et d'application au niveau local.

### *L'étape opérationnelle*

Cette première phase d'investigation a dû être complétée par d'autres méthodes empiriques. En effet, l'étude de la construction des politiques départementales et des modalités d'appropriation du cadre légal, nécessitait de pouvoir rencontrer un certain nombre d'acteurs au cœur de l'action sociale départementale et d'en apprécier les pratiques. De nature résolument qualitative, l'enquête sociologique s'est donc appuyée sur l'utilisation de deux techniques privilégiées de recueil des données : la réalisation d'entretiens individuels et collectifs approfondis et l'observation *in situ*.

Nous avons, au final, mené une centaine d'entretiens sur les quatre terrains d'investigation. Quatre grands profils d'acteurs ont été sélectionnés et rencontrés en fonction de leur présence dans les territoires locaux : des élus, des acteurs politico-administratifs (responsables de pôles, directeurs et cadres de services départementaux sur le volet personnes âgées comme sur le volet handicap avec notamment la rencontre de personnels des directions des MDPH), des professionnels de l'action sociale et médico-sociale (évaluateurs des services APA et PCH, travailleurs sociaux, coordonnateurs, gestionnaires de cas, professionnels de l'aide à domicile – AVS, AS, Auxiliaires de vie -) et des usagers ou leurs représentants.

Les entretiens portent sur des interrogations communes telles que la perception de l'action départementale, l'appréciation de l'offre de services proposée, les représentations développées à l'égard des problématiques des populations locales et des modalités de prise en compte de leurs besoins. Ils ont également porté, selon les profils d'acteurs rencontrés, sur des orientations plus spécifiques telles que l'analyse des effets de la loi ASV, les logiques d'innovation développées dans les territoires, l'appréciation des formes de coopération et des modes d'organisation locaux entre acteurs mobilisés sur l'un ou l'autre volet de la dépendance. Pour les professionnels du travail social, l'analyse des fonctions et missions de chacun a plus particulièrement été développée ainsi qu'un questionnement précis sur les pratiques professionnelles et les modalités d'intervention (pratique de l'évaluation et modalités de prise en compte des besoins des populations accompagnées, notamment).

Plusieurs guides d'entretien ont donc été produits participant, en cela, à une forme de spécification de la réflexion selon les profils d'acteurs.

Au total, 44 entretiens ont été réalisés dans les Landes<sup>3</sup> : 9 entretiens au sein du Conseil Départemental, 4 au sein de la MLPH, 10 dans le territoire de Labrit, 13 dans le territoire du Grand Dax, 4 auprès d'usagers administrateurs ou bénévoles d'associations liées au grand âge ou au handicap, 3 auprès de partenaires en charge du déploiement des politiques de soutien à l'autonomie, et 1 entretien avec une Conseillère Départementale de la Haute-Landes en charge des personnes handicapées. Ces entretiens ont été complétés par la réalisation d'un focus group où un certain nombre de nos interlocuteurs, préalablement interviewés de façon individuelle, ont été invités à un temps supplémentaire d'échange collectif. Etaient présents des représentants du Conseil Départemental (personnels administratifs, médecin, infirmières des CLIC), des CCAS, des CIAS, des MAIA et de la PTA Santé- Landes. Cette rencontre a été l'occasion pour les sociologues de porter au débat les hypothèses de la recherche et les premiers résultats d'enquête.

En Gironde, ce sont 57 entretiens qui ont été réalisés répartis de la façon suivante : 12 entretiens au sein du Conseil Départemental, 10 au sein de la MDPH, 11 dans le territoire de Mérignac, 19 dans le territoire sud-girondin, 2 auprès de représentants d'usagers. Un entretien a par ailleurs été réalisé avec le responsable du Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile ainsi qu'avec un élu départemental en charge des personnes handicapées.

Si les monographies de territoire illustrent la réalisation d'entretiens avec des entités identiques (CCAS, CIAS, SAAD, SSIAD, CLIC, MAIA, etc...), se retrouvant d'un secteur à l'autre et d'un département à l'autre, leur présence, de même que celle d'autres acteurs collectifs, traduit la réalité des dynamiques locales constituées sur chaque terrain. En ce sens la constitution des groupes d'entretiens dans chaque territoire est une information empirique sur la nature et la réalité des réseaux locaux.

Les entretiens ont été complétés par la réalisation d'observations de terrain dans les deux départements. Ces observations ont concernées des temps d'intervention professionnelle (suivi de visites à domicile), des moments de régulation collective (réunions plénières des équipes APA), des commissions techniques (CDAPH) et des événements locaux spécifiques (premières Assises départementales de l'aide à domicile du CD 33, journée départementale de réflexion du RPDAD de la Gironde). Concernant le suivi de visites à domicile, les sociologues ont pu participer au déplacement d'une coordinatrice d'un des CLIC investigué, mais, principalement, aux évaluations réalisées dans le cadre de l'APA auprès d'une équipe d'un des territoires girondins. Trois évaluatrices ont ainsi été suivies sur plusieurs demi-journées donnant ainsi accès à l'observation d'une dizaine de situations. Les temps formels de visites, comme les temps informels de trajets, de pause, de débriefing ont été observés. La démarche utilisée a été une observation directe non participante. Les sociologues ont assisté à l'interaction et au déroulement de la situation observée mais de façon distante, sans interférer dans l'échange entre travailleur social et personnes âgées. L'observation des visites à domicile a été particulièrement riche. Elle est venue compléter les renseignements recueillis dans le

---

<sup>3</sup> La liste exhaustive des entretiens menés par Département et institution concernée figure en annexe X

cadre des entretiens formels menés avec les médecins et les évaluateurs, soit en apportant des éléments nouveaux enrichissant la description des pratiques professionnelles et leur contexte de réalisation, soit en confirmant les propos des acteurs interviewés. Ainsi, l'observation a permis de recueillir des informations sur des dimensions aussi diversifiées que l'entrée en relation, l'utilisation de la grille AGGIR, les techniques d'entretien utilisées et l'approche du recueil des besoins, les espaces et les enjeux de la négociation entre le travailleur social, le potentiel bénéficiaire et les autres acteurs en présence (membres de la famille, voisin, autre professionnel).

Les membres de l'équipe ont également observé des séances de la CDAPH sur les deux terrains départementaux. Ces observations ont permis de saisir concrètement l'organisation des instances et la place laissée à l'audition des usagers, la façon dont s'élaborent les décisions dans le cadre de l'octroi des différentes prestations de la MDPH et notamment le rôle joué par les médecins et les autres acteurs en présence, la nature des relations engagées entre usagers et institution en ce qui concerne la prise en compte de leurs besoins ainsi que la structuration des échanges en cas de recours.

Toujours à un niveau institutionnel, les sociologues ont pu par ailleurs assister à trois réunions plénières des équipes APA en Gironde. L'observation de ces rencontres a permis de voir comment s'opérait l'information des professionnels sur la loi ASV et de récupérer des données sur ses déclinaisons locales. Elle a également permis de saisir les points de tension entre l'institution départementale et les équipes de terrain quant à la pratique de l'évaluation et à ses modalités d'harmonisation.

Dans un autre registre, la participation à deux journées départementales organisées par le Conseil Départemental de la Gironde et le RPDA sur les enjeux relatifs à la structuration du secteur de l'aide à domicile, a permis de récupérer des informations concrètes sur l'état de l'offre locale, les problématiques saillantes dans le secteur et sur l'état d'avancement de projets innovants portés par l'institution départementale (CPOM territorialisé).

### *Données de cadrage*

Les deux départements présentent de fortes différences sociodémographiques dont il convient de tenir compte dans la comparaison et les analyses ici menées, car ces données peuvent peser sur les choix politiques ou les modes d'organisation administrative et de gestion des prestations et des populations. On a en effet, d'un côté – en Gironde - une population de plus d'un million et demi d'habitants, et dans les Landes d'environ 400 000. Ces données populationnelles générales se retrouvent dans le décompte du nombre de bénéficiaires de l'APA: 32 828 allocataires en Gironde et 9 699 dans les Landes (données 2015). La proportion de bénéficiaires APA dans la population de 75 ans (et +) est de 24,1% en Gironde et de 21,8% dans les Landes. Les Landes constituent le deuxième département le plus vaste de France, mais il est peu densément peuplé et c'est le moins urbanisé d'Aquitaine. Plus de 60% des landais vivent en milieu rural. Le département connaît toutefois une forte croissance démographique et fait aussi partie des territoires français présentant les plus fortes proportions de personnes âgées de plus de 75 ans (environ 11% de la population départementale). La part des personnes âgées vivant seule à domicile est inférieure aux valeurs nationales.

	<b>LANDES</b>	<b>GIRONDE</b>
Population générale	397 926	1 505 517
Proportion >75 ans	11,3%	9,00 %
Taux de pauvreté pers. 75 ans	10,7%	9,7%
Fragilité économique et sociale*	44,9%	45,1%
Nbre bénéficiaires APA	9 699	32 828
% bénéf APA chez 75 ans	21,8%	24,1%
Nbre bénéficiaires ACTP		1 284
Nbre bénéficiaires PCH	1 057	7 174

\* Proportion de personnes fragiles par rapport à la population des retraités du Régime général (données CARSAT). Sont considérées comme fragiles par l'Observatoire : les personnes âgées de 80 ans ou plus et/ou cumulant un des deux critères de fragilité que sont l'exonération de la CSG (critère économique) et le bénéfice d'une pension de réversion (critère social).

## **Résultats**

Au final, nous avons retenu trois niveaux auxquels se manifestent des formes d'appropriation du cadre légal par les acteurs des politiques de l'autonomie :

En premier lieu, au plan de la construction des politiques de l'autonomie et de l'organisation des services départementaux (chapitre 1).

En second lieu, dans le jeu des différents acteurs qui soutiennent les dynamiques de territorialisation de ces politiques, notamment à l'échelle communale et intercommunale (chapitre 2).

Enfin, dans les modalités de l'accompagnement des publics – personnes âgées et personnes handicapées – par les professionnels (chapitre 3).

Concernant la construction des politiques de l'autonomie et l'organisation des services départementaux dédiés, l'étude comparative révèle dans un premier temps le poids des histoires territoriales et la prégnance des « chemins » empruntés par les politiques publiques locales. On observe des différences assez marquées dans la manière de s'approprier la décentralisation, tout particulièrement sur le terrain des politiques envers les personnes âgées. Mais le tableau s'avère cependant plus nuancé et il ne faudrait pas opposer un « modèle landais » à un « modèle girondin ». Les orientations données – même très fortes, comme dans le cas landais – peuvent s'infléchir. En outre, même si la configuration girondine se présente comme moins « monolithique », par rapport au choix landais d'une offre quasi exclusivement publique de services, elle n'est pas exempte de volontarisme. Les postures différentes des Conseils Départementaux s'expliquent aussi, en partie, par les enjeux territoriaux qui sont distincts, et le clivage métropole/ruralité en Gironde constitue à cet égard une donnée objective.



Concernant la place de l'intercommunalité et le rôle des acteurs institutionnels (CIAS, CCAS) ou autres (acteurs du monde économique, de la société civile) dans la territorialisation des politiques de l'autonomie, l'étude montre deux facettes. D'une part, si on se focalise sur la position du Conseil Départemental vis-à-vis de l'intercommunalité, le cas landais s'avère là encore assez singulier par rapport à ce qui est donné à voir en Gironde. Dans les Landes, le Conseil Départemental a en quelque sorte piloté ou orchestré le développement de l'intercommunalité dans le champ des politiques de la vieillesse (plus marginalement sur le handicap). En Gironde, rien de tel et le CD joue plutôt la carte de la subsidiarité. Il fait avec ce qui existe sur le terrain, notamment pour ce qui est de l'aide à domicile, mais n'hésite pas à fédérer des initiatives locales lorsqu'elles peuvent contribuer à la cohésion et au développement territorial autour de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées. Il se situe alors dans une démarche d'animation, mais recourt aussi à la contractualisation (CPOM) dans des modalités différentes que celles inspirées par la loi ASV, se voulant en cela porteur d'une dimension d'innovation. D'autre part, si on s'intéresse précisément aux acteurs locaux, on observe aussi bien dans les Landes qu'en Gironde la présence de territoires particulièrement proactifs et innovants sur le terrain des politiques de l'autonomie. On peut parler à cet égard de « dynamiques de pays » dans lesquelles, le plus souvent, les acteurs locaux tentent de tirer parti des restructurations territoriales induites par la législation (notamment la loi NOTRe du 7 août 2015).

S'agissant des modalités de l'accompagnement des publics par les professionnels, on observe différents modes d'appropriation du cadre légal et sans doute, sur ce plan, les différences d'un département à un autre sont moins significatives même si elles sont présentes en matière d'architecture des politiques administratives et de constitution des équipes pluridisciplinaires, notamment dans le champ de l'évaluation des besoins des PA. Ce qui semble faire sens, c'est la prégnance de régimes juridiques qui demeurent distincts entre personnes âgées et personnes handicapées pour ce qui est de l'ouverture des droits et de l'élaboration des plans d'aide, les modalités de mise en oeuvre. Le cadre légal régissant l'élaboration des plans APA est beaucoup plus souple que celui concernant la PCH dont la procédure d'octroi est très formalisée, mais les limites financières sont plus importantes. Du coup, les agents chargés de l'évaluation et de l'élaboration des plans d'aide se trouvent en prise avec des injonctions en partie contradictoires : répondre au mieux aux besoins de la personne, individualiser la prise en charge, mais dans les limites fixées par le Département. La dimension financière est donc importante – plus nettement côté APA que côté PCH – mais dans les deux départements, elle ne semble pas jouer de rôle surdéterminant. Dans les Landes comme en Gironde, on privilégie la qualité de l'accompagnement, notamment en montrant une préférence affichée pour le mode prestataire, ce qui renvoie aux politiques de tarification des services d'aide à domicile. Selon le profil professionnel des agents en charge de l'évaluation, de la visite à domicile, on peut avoir des écarts, des différences d'appréciation. Ceci induit la mise en oeuvre de procédures de coordination et d'harmonisation de la part des services centraux. On observe, par ailleurs, que le processus d'évaluation engage et mobilise en réalité une multiplicité d'acteurs sur le terrain, chacun s'appropriant à sa manière la notion légale d'accompagnement. Au final, sur ce plan, les logiques de filières – personnes âgées, personnes handicapées – semblent toujours peser, alors-même que les acteurs prennent

conscience de nouveaux enjeux : accompagner des personnes handicapées vieillissantes ; faire plus intervenir les services d'aide à domicile auprès des handicapés, y compris jeunes.

# **Chapitre 1. Construction des politiques de l'autonomie et organisation des services départementaux**

Les lois de décentralisation ont institué le département comme « chef de file » de l'action sociale et médicosociale. Dans le champ de l'autonomie, la législation (art. L. 113-2 CASF) précise les missions qui lui sont imparties : définition et mise en œuvre de l'action sociale envers les personnes âgées et leurs proches aidants ; coordination des actions des différents intervenants (via le schéma départemental d'organisation médicosociale et la Conférence des Financeurs pour ce qui est de la prévention) ; définition des secteurs géographiques d'intervention ; garantie de la couverture territoriale et de la cohérence d'action des organismes assurant l'information et l'orientation du public (CLIC et autres).

Pour ce qui est des personnes handicapées, les attributions du département sont formellement moins affirmées. La loi (art. L. 114-1 al. 2) dit que « l'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'action ». Par ailleurs, l'article L. 114-2 CASF vise l'action conjointe des « familles, de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics, des organismes de sécurité sociale, des associations, des groupements, organismes et entreprises publics et privés qui « associent leurs interventions pour mettre en œuvre l'obligation prévue à l'article L. 114-1 (la solidarité nationale) en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables ». Il est donc moins clair que le département ait un rôle majeur à jouer dans le champ du handicap. Néanmoins, l'article L. 121-1 CASF dit en termes généraux que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale », qui inclut notamment les personnes âgées et les personnes handicapées, dans le respect des compétences de l'Etat, des autres collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. La loi confie au département une mission de coordination des actions menées sur son territoire.

Dans ce cadre général, peuvent se forger diverses conceptions de l'action en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, d'un département à un autre. De fait, l'étude comparative révèle des approches différentes de la part des Conseils Départementaux. Pour partie, les différences peuvent s'expliquer par les données sociodémographiques (v. introduction), mais on a ici cherché à identifier le poids du politique, le degré de politisation – pourrait-on dire – des questions relatives à la vieillesse ou au handicap dans les territoires. On s'est intéressé aussi aux modes et formes d'organisation administrative des services départementaux dédiés aux politiques de l'autonomie, en ce qu'elles sont susceptibles de révéler des conceptions particulières de l'action publique dans ce champ.

L'approche landaise des questions du vieillissement, tout particulièrement, témoigne d'un engagement et d'un volontarisme politique affirmé de longue date de la part du Conseil Départemental. Il y a un « style landais » qui se manifeste dans l'offre de services et de structures d'hébergement, essentiellement publique, ainsi que dans l'organisation des services du Conseil Départemental dédiés à la perte d'autonomie, très fortement intégrés au sein de la Direction de la Solidarité Départementale.

En Gironde, l'aspect technique, normalisé et réglementaire de l'action sociale et médicosociale a longtemps prévalu. Les politiques sociales et notamment les politiques de l'autonomie semblent peiner à se voir reconnaître comme des politiques « *au sens noble du terme* »<sup>4</sup>. Les présidents successifs ont toutefois cherché depuis une dizaine d'années à amener les politiques publiques – vieillesse et handicap – au plus près des territoires, des lieux et bassins de vie des personnes. En raison du fort clivage entre la métropole bordelaise et les territoires ruraux et périurbains, les élus se préoccupent aussi d'œuvrer à l'équité et à la solidarité territoriale. On assiste à une réorganisation administrative en quête de simplification, de proximité et d'efficacité.

Dans les deux départements, se manifeste une certaine dynamique de rapprochement des politiques dédiées aux personnes âgées, d'une part, et aux personnes handicapées, d'autre part. D'une manière un peu plus affirmée en Gironde que dans les Landes, on voit poindre une politique de l'autonomie par-delà les clivages catégoriels hérités du droit de l'aide et de l'action sociale. L'étude montre néanmoins les limites de ce mouvement de rapprochement.

---

<sup>4</sup> Selon une responsable de Pôle Territorial interviewée.

## **Section 1. L'approche landaise : volontarisme politique et organisation intégrée**

Le Conseil Départemental des Landes a connu une grande stabilité politique depuis les lois de décentralisation, avec la présidence socialiste d'Henri Emmanuelli, stabilité conjugée à une vision politique forte de la question du vieillissement, de la dépendance et plus largement du « bien-vivre » des personnes âgées. Le Département s'est positionné comme acteur central, avant tout par le développement d'une offre publique de services et structures d'accueil. On observe que cette politique a fait l'objet d'un consensus très large, y compris auprès de municipalités non socialistes qui ont jusque-là toujours « joué le jeu ». Les objectifs généraux visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales par une action de service public sont largement partagés.

Cette cohérence et cette stabilité se retrouvent dans l'organisation administrative de la Direction de la Solidarité Départementale. Les personnes – notamment le directeur et les responsables des différents pôles<sup>5</sup> – sont en poste depuis longtemps et portent la « mémoire » de l'organisation et de son impulsion politique ; les professionnels travaillent en très étroite coordination dans un système « en plateforme » caractérisé par la forte présence d'un « pôle médecins ».

### **§1. Une vision politique historiquement structurée autour de l'investissement public**

Il s'agit là d'un marqueur net de la politique landaise envers les personnes âgées ; même si le paysage est un peu différent dans le secteur du handicap, on retrouve la même logique et le même volontarisme de la part des instances départementales.

#### **1.1. Une politique départementale affirmée en faveur des personnes âgées**

Dès 1985, sous l'impulsion de son président Henri Emmanuelli, le département des Landes s'est emparé des possibilités ouvertes par les premières lois de décentralisation et a commencé à développer une politique envers les personnes âgées au-delà du cadre légal et réglementaire. Des actions innovantes sont impulsées sur la base de partenariats avec divers acteurs.

En 1986, sont créés le service public de téléalarme et le service départemental d'animation pour les personnes âgées (SAPAL). « Une première en France », d'après le directeur de la Solidarité. La téléalarme a été mise en place par le Département en partenariat avec le SDIS dans une optique de prévention ; elle assure aujourd'hui la couverture de 10 000 personnes ; c'est un service « hors APA » qui est facturé par le Conseil Départemental aux CCAS qui le prennent en charge. L'animation a quant à elle été conçue comme favorisant le lien social et le bien vieillir. Le SAPAL est aujourd'hui intégré au pôle « Handicap et Animation », aux côtés de deux autres services (le Service Sport Intégration Développement et le service d'animation pour les personnes handicapées) ; il a cependant sa logique propre et s'appuie notamment sur les clubs de 3è âge très implantés dans les Landes.

---

<sup>5</sup> V. organigramme en Annexe.

Le premier schéma gérontologique adopté dans la foulée (1986-1990) est emblématique de la volonté d'œuvrer à un maillage territorial sur la base des circonscriptions politiques du département : il est décidé de se doter d'une maison de retraite par canton. Le Département finance depuis lors les investissements des maisons de retraite dans une logique d'accessibilité financière pour les revenus modestes. Le schéma donne aussi une impulsion aux CCAS pour développer des dispositifs en direction des personnes âgées (v. *infra*).

Un membre historique du CODERPA des Landes, adhérent de l'Union Française des Retraités, témoigne du fait que les associations de retraités ont été force de proposition pour toutes ces actions innovantes. Sur l'idée d'implanter une maison de retraite par canton, il souligne que les associations ont clairement entendu devancer les besoins de la population. Par contre, il observe qu'en raison de la très forte personnalité du président du CD (alors Conseil Général), la mise en œuvre de ces propositions a fait l'objet d'un contrôle total par le Département. La politique du « tout public » est la marque du CD 40 ; elle fait l'objet d'un large consensus, mais les opinions divergentes n'ont guère été entendues, faute selon lui de pouvoir véritablement s'exprimer.

En 1997, la PSD est instaurée au niveau national et le département des Landes crée le Numéro Vert IM'age. Il ne s'agit pas d'un simple service d'accueil téléphonique dédié à l'écoute des PA, mais aussi d'un service d'informations et d'orientation et de mise en contact avec les services d'aide à domicile. En ce sens, le Conseil Départemental des Landes a précédé la mise en place généralisée des CLIC<sup>6</sup>. Dans la foulée, s'amorce le mouvement de structuration de l'intercommunalité autour de l'aide à domicile (passage des CCAS aux CIAS) « *parce que la PSD demandait de l'intervention à domicile* » indique le directeur de la Solidarité. Le même explique que les CCAS étaient en manque de compétences (problèmes de recrutement) pour l'intervention à domicile et le canton est apparu comme le bon niveau d'intervention. Ce mouvement se poursuit au début des années 2000 et accompagne la mise en œuvre de l'APA,

L'action du Département dans ce sens est manifeste, puisque il fait intervenir en appui une structure publique, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale qui va dès lors œuvrer à fédérer l'action des CIAS, à mutualiser des moyens. Dans les Landes, l'aide à domicile est donc principalement assurée par le service public, via les CIAS et, dans les zones non couvertes par un CIAS, par l'intervention de l'ADMR, acteur associatif très implanté et dominant sur ce territoire. Le Conseil Départemental affiche un « credo » dans le secteur public : « *l'argent public doit aller au public* » dit le directeur de la Solidarité départementale des Landes, aussi bien pour l'aide à domicile que pour l'accueil en établissement puisque l'offre d'EHPAD dans les Landes est presque exclusivement publique<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Aujourd'hui, les agents IM'age interviennent dans les secteurs non couverts par un CLIC (secteurs de Dax, Mont de Marsan et Nord des Landes).

<sup>7</sup> Seules les résidences autonomes/foyers logements non médicalisés sont laissées au secteur privé lucratif. On notera que, malgré les contraintes financières, le Conseil départemental des Landes poursuit une politique d'aide à l'investissement en direction des EHPAD : subvention de 25% du coût des opérations de mise aux normes et majorations de 10 000 euros par place spécifique Alzheimer et hébergement temporaire. De 2002 à 2012 et malgré les contraintes financières le CD a attribué plus de 50 millions d'euros de subventions.

Dans la période récente, le schéma départemental 2014 s'est voulu constitutif d'une nouvelle étape dans l'innovation et l'investissement du CD dans la politique de l'autonomie : création d'un « Village Alzheimer »<sup>8</sup>, développement du numérique pour les personnes âgées dans une perspective de lutte contre l'isolement et de prévention conforme aux attendus de la loi ASV à ce moment encore en gestation. Le schéma départemental et le discours des élus ainsi que des responsables des grands services départementaux valorisent à l'envie ce caractère novateur et précurseur de la politique landaise. Sur la question de la lutte contre l'isolement social, par exemple, le CD40 estime avoir devancé l'action MONALISA.

## **1.2. La marque départementale dans le secteur du handicap**

Dans le secteur du handicap, si l'action départementale apparaît moins affichée que pour les personnes âgées, notamment en raison d'une nécessité de travailler de concert avec les associations, la volonté départementale est aussi affirmée. La sous-directrice de la MLPH (Maison Landaise des Personnes Handicapées) l'exprime en ces termes : « *alors on n'a pas eu sur le domaine du handicap, les mêmes marqueurs que sur les PA, en termes de services fort comme ça mais par contre, c'était la même volonté* ».

L'action du CD vise à fédérer, notamment autour de manifestations comme Handi-Landes (1ère édition en 1992) avec le soutien des associations sportives et culturelles. La direction actuelle de la MLPH indique que ce soutien n'avait rien d'évident : « *ça a bien plu au secteur associatif qui était quand même à l'époque assez frileux par rapport aux pouvoirs publics* ». L'action a été pérennisée au travers d'un service qui est le pendant du service d'animation pour personnes âgées et qui s'appelle Service Sport Intégration et Développement, présenté comme un service unique puisqu'il est mutualisé entre le CD, l'ADAPEI et les deux comités départementaux, Sport Adapté et Handisport.

Par ailleurs, dans les années 1990, le CD a fait le constat de carence de certains établissements sur le territoire départemental - pas d'ITEP, pas d'entreprises adaptées - et les associations, notamment l'ADAPEI, ne voulaient pas porter ce genre de structure. Cela a conduit le Département à intervenir, par le truchement des CCAS. Le CD a en effet « poussé » certains CCAS (Mont de Marsan, St Paul les Dax) à créer des MAS. Il y a donc eu « *une structuration publique de l'offre* » sous l'égide du CD, dans une forme de subsidiarité.

Avec la loi du 11 février 2005, se créent les MDPH et apparaît la PCH qui, selon le directeur de la Solidarité Départementale des Landes a « *tout bouleversé, comme l'APA* ». Le Conseil Départemental prend là encore les rennes. La MLPH est conçue en lien étroit avec les services départementaux - le directeur de la Solidarité est aussi directeur de la MLPH - et elle s'inscrit dans une dynamique historiquement impulsée par le CD (la sous-directrice MLPH se réfère ici aux journées Handi-Landes du début des années 1990). Au départ, le CD et la MLPH ont récupéré les équipes CDES et COTOREP, ce qui « *a entraîné des changements culturels importants* » selon la direction qui évoque le clivage secteur adultes/secteurs enfance et explique que l'Etat avait laissé tomber les COTOREP, que l'Education Nationale affichait un certain sentiment de supériorité. Le Département semble en tout état de cause avoir réussi à

---

<sup>8</sup> Ce projet est décrit dans le chapitre 2 du rapport.

« mobiliser les associations autour de tout ça », notamment avec la mise en place de permanences associatives au sein de la MLPH, mais aussi du point de vue de la gouvernance du GIP.

Au final, l'investissement public du département des Landes dans les politiques de l'autonomie est conséquent en termes de moyens financiers et humains mobilisés. Pour l'ensemble des personnes considérées comme étant en perte d'autonomie (PA et PH) : 340 millions d'euros/an, soit 9 715 euros par personne ; 8000 intervenants salariés ; 130 structures de prise en charge<sup>9</sup>.

## **§2. L'organisation des services : une forte intégration associée à une logique de mutualisation**

Le CD 40 a construit un système intégré d'intervention des services dans une logique de mutualisation, de coordination et de transversalité des actions et des personnels. La démarche repose sur l'existence d'une plateforme médico-sociale d'aide et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées qui regroupe 4 services, rattachés à deux directions : le pôle des PA, et plus spécifiquement le service « prestations et accompagnement », et le pôle médical composé des médecins assurant les évaluations APA. La MLPH fonctionne elle-même en lien très étroit avec le Conseil Départemental ; elle est un acteur de la politique locale du handicap.

### **2.1. La plateforme médicosociale**

Quatre services relevant de différents pôles (v. organigramme) fonctionnent en plateforme :

#### **2.1.1. Le service des évaluations**

Ce service relève du « pôle médical ». Il est composé de 6 médecins (dont un à temps partiel) et de 4 infirmières<sup>10</sup>. Il a en charge la mise en place des évaluations APA et PCH et le suivi médicosocial des personnes. La raison pour laquelle ce pôle a été créé réside dans le fait que le Département a souhaité que l'évaluation de la perte d'autonomie, y compris les visites à domicile, soit confiées aux médecins (et infirmiers) ; bien que travaillant en étroite coordination avec le pôle « personnes âgées » (prestations), il constitue une entité distincte pour des raisons « sociologiques » : « les médecins n'aiment pas être dirigés par les administratifs » confie la responsable du pôle qui explique par ailleurs qu'il est plus aisé pour eux – les médecins du pôle – de se coordonner avec les médecins traitants et autres libéraux pour les mêmes raisons : « *les médecins parlent aux médecins* ». Le pôle médecin n'est pas exclusivement dédié aux personnes âgées en perte d'autonomie et prend aussi en charge le volet évaluation pour la PCH, même si le temps consacré au volet personnes âgées est beaucoup plus important<sup>11</sup>. La responsable du pôle a aussi en charge le contrôle du girage

---

<sup>9</sup> Source : schéma landais en faveur des personnes vulnérables 2014-2020.

<sup>10</sup> 1 infirmière temps plein, 1 infirmière mi-temps et 2 infirmières qui, théoriquement, font un jour par semaine du GIRAGE et sont au CLIC le reste du temps (mais c'est assez flexible).

<sup>11</sup> La responsable du pôle, elle-même médecin, dit se consacrer en théorie à 70% sur le volet PA et à 30% PH ; elle explique toutefois qu'en raison de difficultés de recrutement sur le volet PH, elle y consacre plus de temps



dans les EHPAD, la délivrance des autorisations pour l'admission en EHPAD de personnes < 60 ans (cela suppose des VAD y compris « hors territoire » landais) ; elle participe aussi à la cellule des majeurs vulnérables, ce qui la conduit parfois à contacter des médecins traitants lorsque le contact par le Numéro Vert s'avère infructueux.

### 2.1.2. Le service « prestations-accompagnement (APA) »

Ce service dépend du pôle « personnes âgées ». Il est composé de deux équipes qui interviennent sur 6 secteurs (les 6 circonscriptions de l'intervention sociale et médicosociale du Département) :

- l'équipe « prestations » (à domicile + établissements) : une dizaine d'agents instructeurs (agents administratifs) et 6 travailleurs sociaux; ces derniers sont « mutualisés » : ils font partie du pôle PA mais travaillent aussi avec les médecins et infirmiers du « pôle médecins » d'ailleurs dédié aux PA et aux PH.
- l'équipe « accompagnement » est composée de 3 psychologues + 2 TS (aussi affectés au Numéro Vert ImAge) et comprend aussi les 3 CLIC du Département. Pour chaque CLIC, il y a une infirmière (temps plein ou mutualisé), 1 TS et 1 agent d'accueil ;

On observera que les travailleurs sociaux employés dans le service prestations-accompagnement sont pour l'essentiel des CESF (il y a deux AS, au N° Vert et dans un CLIC). La responsable du pôle observe que ce profil s'avère particulièrement utile pour monter les dossiers d'aide sociale à l'hébergement en EHPAD ; elle indique que le recrutement de travailleurs sociaux s'est fait à partir de la loi de 2001 et l'instauration de l'APA et explique l'évolution par rapport à la PSD : « *on est passé d'un service d'aide sociale axée sur un critère financier à une prestation universelle accordée quelles que soient les ressources* ».

### 2.1.3. Le Numéro Vert Im'age

Ce service est aussi sous la direction de la responsable du pôle des personnes âgées. Il a été créé en 1998, dans la foulée de la mise en place de la PSD. Il est aujourd'hui composé de 5 professionnelles (psychologues, CESF, agent d'accueil). A partir du moment où ont été mis en place les CLIC, il a été décidé que le service IM'age interviendrait seulement sur les territoires de Dax, Mont de Marsan, et sur le Nord des Landes. La volonté du Département des Landes a en effet été d'implanter avant tout des CLIC en zone rurale. Cela signifie qu'en principe, les agents du N° Vert n'interviennent à domicile que sur les territoires mentionnés.

Le service assure des permanences téléphoniques pour un premier accueil et l'orientation des personnes vers les services adaptés selon les demandes repérées. Le public : personnes âgées, aidants, personnes handicapées. Il est précisé que pour ce qui est des PH, l'intervention du Numéro Vert consiste essentiellement à les aider à monter des dossiers MDPH (en raison de

---

que prévu. Initialement, dans le service, seule elle-même était à la fois sur PA et PH, mais devant l'augmentation du besoin, deux de ses collègues médecins ont accepté d'être sur la PH (l'un à 10%, l'autre à 30%).

la technicité des dossiers handicap, il s'agit selon les agents d'une instruction « de premier niveau ». Concernant les personnes âgées, les agents IM'Age peuvent aider les à remplir le dossier de demande APA si besoin. Le dossier est ensuite transmis au service de secteur CCAS ou CIAS qui lui-même le retransmet au service APA du CD40 qui va déclencher la visite d'évaluation médicale. Le service IM'Age est alors en relais et peut alerter le médecin évaluateur sur des aspects particuliers, des difficultés qu'ils ont relevées lors du premier contact avec la personne ou la famille. Cette transmission d'informations est « presque systématique », selon les agents. Elles disent que c'est le principe-même de la plateforme: *« il y a une seule porte d'entrée et en fonction, on fait une évaluation presque globale, avec médecin, infirmière, psychologue, CESF »*.

Le service organise des visites à domicile sur demande des familles, des personnes âgées elles-mêmes ou d'autres professionnels du secteur afin de réaliser une pré-évaluation sociale. Cette intervention se réalise en amont de celle des services de l'APA. Les psychologues peuvent également intervenir en cas de besoins spécifiques après intervention des évaluateurs APA ou à la demande des collègues ayant réalisé la pré-évaluation sociale. Elles ont notamment vocation à intervenir dans les situations de souffrance et de détresse, y compris auprès des aidants. Les psychologues et agents du N° Vert font beaucoup de visites à domicile. La VAD est présentée comme une politique du département, et aussi un souhait des professionnels.

#### 2.1.4. Les équipes des CLIC,

Les CLIC ont été créés avec l'apparition de l'APA. Une particularité du « système landais » réside dans le fait que les CLIC sont un service du Département. Les agents des CLIC sont d'ailleurs employés sous statut de la fonction publique. Ils sont rattachés au pôle « personnes âgées » et s'intègrent à la plateforme. Les CLIC sont au nombre de 3 et interviennent dans les territoires non couverts par le Numéro Vert Im'age (territoires ruraux)<sup>12</sup>. Les équipes sont composées d'infirmières, également mobilisées dans le cadre de l'évaluation APA, d'agents d'accueil et de CESF, mobilisés sur des fonctions sensiblement différentes. Les équipes du CLIC dédient une partie de leur temps de travail à la MLPH (diffusion des premières informations, instruction des dossiers avant dépôt à la MLPH, orientations des personnes)

Les professionnels rencontrés adhèrent fortement au fonctionnement de la plateforme. Les agents du Numéro Vert y font régulièrement référence pour mentionner le haut degré de formalisation de leur action, les liens constants entretenus entre les différents services et le sentiment de participer à une politique intégrée de traitement des dossiers. La coopération des services et l'interpénétration de leur intervention sont complétées par l'organisation de réunions de synthèse entre professionnels des différents services qui donnent lieu à des échanges d'informations dans le cadre du suivi des situations. Le Conseil Départemental impulse également des réunions techniques et des groupes de travail avec ses partenaires. Il associe systématiquement les acteurs repérés dans le champ de l'autonomie et de l'intervention à domicile aux réflexions de l'institution.

---

<sup>12</sup> Les antennes CLIC sont basées à Morcenx, Mugron et St Vincent de Tyrosse.

## 2.2. La MLPH dans le giron du Conseil Départemental

La Maison Landaise des Personnes Handicapées est depuis l'origine étroitement liée avec la direction de la Solidarité du Conseil Départemental. D'un point de vue organique, la direction de la MLPH est assurée par M. Lacoste, le directeur de la Solidarité Départementale du CD. La sous-directrice est mise à disposition par le CD et c'est le cas de 50% du personnel de la MLPH. La MLPH n'a d'ailleurs pas de personnel propre : elle bénéficie de mises à disposition de la part du CD, de l'Etat, de la Mutualité Française, de certaines associations financées par le CD<sup>13</sup>. Conséquence de cette « imbrication » : la MLPH est associée à l'élaboration du schéma départemental « personnes vulnérables ». Elle est aussi invitée à participer au schéma en matière d'insertion. Elle fait partie du comité de pilotage de la convention des services d'aide à domicile. Le CD fournit aussi l'appui informatique et le service technique pour le bâtiment. Le fait d'être hébergée dans les locaux mis à disposition par le CD où se trouve aussi le CMS de Mont de Marsan permet d'établir des liens avec les services PMI, l'ASE, le SDAS, le service de protection des personnes vulnérables.

La MLPH bénéficie de la mutualisation du temps des médecins pôle APA. Ce point est crucial car il semble que la MLPH éprouve de grandes difficultés pour recruter des médecins, pour des questions d'attractivité. Concernant l'accueil du public, là aussi la MLPH bénéficie de la mutualisation avec le personnel des trois CLIC et du Numéro Vert. Dès l'origine, des conventions avec les CCAS, CIAS et CDC (une centaine) pour la première information de base, l'accueil, et aider à remplir le formulaire. La MLPH a donc été conçue dans un souci de maillage territorial et de proximité.

Au fond, la MLPH apparaît comme un acteur reconnu de la politique locale du handicap en tant qu'approche transversale et non pas uniquement dédiée à l'octroi de prestations. Elle est sollicitée par les associations de personnes handicapées pour intégrer leurs CA, par des médiathèques qui souhaitent se rendre accessibles aux PH, etc. Ses liens étroits avec le Conseil Départemental, la mutualisation des personnels avec les services dédiés à l'APA ne signifient pas pour autant que le Département des Landes s'oriente vers la mise en place d'une Maison de l'Autonomie qui prendrait en charge à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées. Comme il le sera montré plus loin, les responsables landais tiennent au maintien d'une certaine distinction dans l'approche des deux publics.

---

<sup>13</sup> Il en résulte une certaine hétérogénéité dans le statut des différents personnels qu'il a fallu harmoniser au sein du GIP.

## **Section 2. L'approche girondine : une administration en quête de proximité et d'efficacité**

L'action départementale girondine n'est pas exempte de « direction politique », mais elle se conçoit essentiellement dans une dimension administrative<sup>14</sup>. Les responsables des directions et services en charge de l'autonomie considèrent que leur action relève incontestablement d'une mission de service public, même si le Département a laissé une part importante au secteur privé et à l'initiative locale, jouant à cet égard un rôle d'animateur et, dans une certaine mesure, de régulateur. Le territoire girondin est toutefois fortement clivé entre la métropole bordelaise qui, depuis longtemps, concentre les structures et services dédiées aux personnes âgées, et les zones périurbaines et rurales moins bien loties. Il y a donc un enjeu fort autour de cette polarisation et la nécessité de garantir l'équité territoriale en termes d'accès aux structures et services.

Dans la foulée des lois de décentralisation, la DGA Solidarité s'est développée comme « *un département dans le Département* », selon une responsable de Pôle territorial interviewée. D'où l'impression d'une grande machine à gérer les prestations, d'une « technostructure ». Les interlocuteurs évoquent d'ailleurs le traitement « industriel » de l'APA et l'importance des « processus ». Dans la période récente, cette administration, appuyée par les élus, a cependant engagé un mouvement de transformation. D'une part, l'action départementale se territorialise avec l'instauration de véritables pôles territoriaux de solidarité ; d'autre part, les services centraux se réorganisent dans une optique de simplification pour l'utilisateur et de mutualisation des outils et moyens dédiés aux deux publics – PA et PH – selon un profil MDA (Maison de l'Autonomie).

### **§1. Des enjeux autour de la polarisation territoriale**

A partir des lois de décentralisation, le Département a entendu se positionner sur la question gérontologique. Il l'a fait en tenant compte de l'existant, dans une certaine forme de subsidiarité, à la fois par rapport à la place occupée par le secteur privé dans l'offre d'hébergement des personnes âgées, mais aussi par rapport aux actions locales menées par les municipalités. Dans la période plus récente, le Conseil Départemental de la Gironde a toutefois pris acte des effets de la polarisation territoriale (métropole vs ruralité) et de la nécessité d'une action plus volontariste visant à l'équité territoriale.

#### **1.1. Une approche mixte « public-privé » et d'importantes disparités géographiques**

Dans les années 1980, une des caractéristiques de la Gironde était que, bien que se trouvant dans une situation démographique de moindre vieillissement que d'autres départements d'Aquitaine – du fait de l'attraction d'une population jeune dans la métropole bordelaise – le département était le mieux doté en termes d'équipements et de services en faveur des personnes âgées (M. Perronet, 1987). Il y a donc une certaine consistance des politiques du

---

<sup>14</sup> Le point de vue de l'actuel directeur du Pôle Solidarité Autonomie est que l'administration ne doit pas « être politisée » ; il estime d'ailleurs que les services dédiés à l'autonomie ne sont pas, ce qui n'empêche pas leurs responsables de travailler avec les élus, « en bonne intelligence ».

troisième âge, ainsi qu'en atteste l'institution du CODERPA en 1983 et l'adoption du premier plan départemental gérontologique en 1984, dans la foulée de la loi du 22 juillet 1983.

Mais contrairement à l'option landaise du « tout public », l'approche girondine s'appuie largement sur le secteur privé, notamment pour ce qui est des équipements (maisons de retraite), qui dans les années 1980 représente la moitié des structures en place, ce qui est encore le cas aujourd'hui. Les derniers grands programmes concernant la création de places en EHPAD remontent au début des années 2000, dans le cadre du schéma départemental. Le choix politique girondin a été de préserver un équilibre public privé et de fixer comme norme 50% de places habilitées à l'aide sociale<sup>15</sup>. Du côté de l'aide à domicile, l'offre est assez largement privée, mais il faut noter l'existence du Réseau Public Départemental d'Aide à Domicile (RPDAD) créé en 2010 à l'initiative de l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale de Gironde<sup>16</sup>.

On observe en outre des disparités géographiques estimées « fâcheuses » : les zones géographiques les plus vieillissantes sont les plus démunies ; les grands équipements publics, liés aux hôpitaux, sont concentrés dans les zones urbaines. Quant aux « nouveaux équipements » et services - RPA, foyers restaurants, SAAD, soins infirmiers à domicile, portage de repas – ils relèvent essentiellement d'initiatives locales, municipales. Ils sont en outre plutôt implantés en ville, mais peu présents dans l'espace périurbain (où l'on trouve néanmoins les équipes classiques : maisons de retraite et hospices). L'aide-ménagère semble la plus répandue : 478 communes sur les 543 sont dotées d'un service d'aide-ménagère géré par les bureaux d'aide sociale ou par des SIVOM ou encore par des associations ; les soins infirmiers à domicile sont encore à cette époque peu développés : 280 communes en disposent, dont très peu en milieu rural (M. Perronet, 1987).

On peut dès lors considérer que l'action départementale girondine en direction des personnes âgées est depuis cette époque confrontée à cette réalité d'un territoire clivé entre métropole et ruralité. Par comparaison avec les Landes, il y a un effet de polarisation entre la métropole bordelaise et les territoires fortement ruraux qui l'entourent. Une responsable de la coordination gérontologique au CD33 confie que « *Bordeaux joue sa carte à part* », notamment du fait que la métropole dispose aujourd'hui de sa propre plateforme téléphonique. Cette donne est confortée par le nouveau cadre impulsé par la loi sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République du 7 août 2015 (loi NOTRe). Cela fait dire à l'actuel directeur du Pôle Solidarité Autonomie du CD33 que la légitimité du département en matière de politiques de la vieillesse se situe en contrepoint des métropoles, dans les zones périphériques et rurales. Les élus girondins ont essentiellement vocation à se concentrer sur les territoires les moins urbanisés. Dans la construction du nouveau schéma départemental (2017-2021), les élus du Conseil départemental, forts de leur connaissance des territoires, ont d'ailleurs manifesté une volonté certaine de rééquilibrer l'offre de services qui est « *naturellement* » concentrée en zone urbaine.

---

<sup>15</sup> En 2015, sont répertoriés 193 EHPAD en Gironde dont : 104 privés (lucratifs) non habilités à l'aide sociale ; 48 associatifs habilités ; 17 EHPAD publics hospitaliers ; 15 EHPAD publics autonomes ; 9 EHPAD publics gérés par un CCAS.

<sup>16</sup> Sur ce réseau public, v. *infra*, chapitre 2.

## **1.2. La montée du thème de l'équité territoriale**

Le thème de l'équité territoriale, déjà développé dans le précédent schéma départemental (2012-2016) et relayé par des « plans solidarité », est désormais central dans l'actuelle orientation politique du CD33. À partir de 2010, Le Conseil départemental girondin a manifesté la volonté d'articuler l'action médico-sociale envers les personnes âgées (et handicapées) avec la politique d'aménagement du territoire et de citoyenneté locale décidée par l'Assemblée départementale. Cela s'est notamment traduit par des mesures réglementaires inscrites dans le règlement départemental d'action sociale, en particulier l'interdiction de transférer des lits d'EHPAD des zones rurales vers les zones urbaines. La notion de « *solidarité territoriale* », explicitée par le directeur du Pôle Solidarité Autonomie du CD33, est consubstantielle de celle de service public ce qui implique que les acteurs privés, notamment les EHPAD, jouent le jeu et s'intègrent à la vision d'ensemble. Pour ce faire, le Conseil départemental dispose d'un instrument de contrainte à travers la tarification (le forfait dépendance). Un élu du CD relève que l'actuel président du Conseil Départemental vient du territoire Sud-Gironde et qu'il est particulièrement sensibilisé à la question de l'équité et de la solidarité territoriale. Il évoque le dialogue instauré avec les services d'aide à domicile dans cette perspective, conforme à la culture « radical-socialiste » très présente dans ce territoire.

## **1.3. La politique du handicap en Gironde**

Le handicap est un domaine qui n'est pas vraiment investi par les élus ou, en tout cas, qui ne suscite pas beaucoup de vocations. C'est pourtant un budget qui pèse lourd pour le Département (quelques 200 millions d'euros, dont 75 millions dédiés à la PCH). En termes d'équipements et de politique de l'offre, l'une des spécificités girondines tient au fait qu'il y a trois fois plus d'ITEP que la moyenne nationale, mais cela implique peu le Département<sup>17</sup> et, par ailleurs on observe un déficit sur d'autres types d'établissements (ce qui a des effets sur les décisions d'orientation prises par la MDPH).

Dans l'actuel mode de fonctionnement du Conseil Départemental de la Gironde, il y a deux commissions distinctes, l'une dédiée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées, mais l'une des vice-présidentes du CD chapeaute les deux commissions ; de plus, les présidents de chacune des deux commissions siègent dans les deux. Il y a donc rapprochement des problématiques et interconnexion au plan politique. L'élu en charge des PH reconnaît qu'au plan des institutions et des administrations, même si le Pôle Solidarité Autonomie évolue vers une plus grande transversalité des actions PA/PH, la MDPH girondine demeure moins fortement liée au Département qu'elle ne l'est dans les Landes. Il y a en réalité une certaine ambivalence dans la démarche actuelle du CD 33 qui, d'un côté, communique sur la transformation du Pôle Solidarité Autonomie, la labellisation « Maison de l'Autonomie » en cours et, d'un autre côté, reconnaît qu'il ne faut pas aller trop loin. L'élu en charge des PH relève à cet égard le sentiment exprimé par les associations de personnes handicapées qui estiment dégradant pour ces dernières le fait de les assimiler à des personnes âgées dépendantes. On constate finalement que la position politique girondine est proche de celle des élus et responsables landais lorsqu'il s'agit de nommer et de qualifier la question : le

---

<sup>17</sup> Les ITEP relèvent du champ de compétence de l'Etat et sont financés en grande partie par l'assurance maladie.

terme et la notion de dépendance agissent comme un repoussoir et c'est la raison pour laquelle le CD40 inclut désormais les PA et les PH dans la catégorie « personnes vulnérables », quand le CD 33 les englobe dans la notion d'autonomie.

Parmi les chantiers ou les pistes que le Département souhaite explorer concernant la politique PH, il y a le thème de l'habitat partagé. L'approche du CD33 consiste à s'appuyer sur des partenariats et à rechercher une contractualisation avec les acteurs, par le biais de CPOM<sup>18</sup>. L' élu en charge des PH s'est fortement impliqué dans cette opération engagée avec les « Terrains d'Insertion » TCA, de manière à permettre l'intermédiation locative, l'aide à domicile ainsi que la mutualisation des PCH pour les locataires (par ex. 4 personnes bénéficiant chacune de 6 h d'aide en PCH peuvent ensemble avoir 24h d'intervention hebdomadaire). L'action départementale se déploie donc sur un mode assez pragmatique, dans la recherche de solutions pratiques et efficaces avec divers partenaires.

## **§2. La réorganisation du Pôle Solidarité Autonomie : territorialisation et profilage MDA**

Entre 2014 et 2016, le Pôle Solidarité Autonomie (PSA) du Département de la Gironde a connu un vaste mouvement de transformation. D'une part, il s'est engagé dans une dynamique de territorialisation qui, *a priori*, consiste plutôt à déconcentrer et démultiplier les services départementaux sur les différents territoires d'intervention sociale, mais qui porte néanmoins l'ambition de structurer l'action à partir des besoins locaux et des dynamiques locales. D'autre part, c'est l'organisation-même des services centraux qui est revue dans une perspective de mutualisation, de transversalité (personnes âgées et personnes handicapées) et de pilotage stratégique.

### **2.1. Territorialiser l'action départementale en direction des PA et PH**

Il semble que le Département ait éprouvé quelques difficultés à décliner le cadre législatif, en particulier concernant la mise en place des CLIC depuis 2002. Dès le départ, le CD33 a affiché une forte volonté de partenariat, concrétisée par le cofinancement des premiers CLIC. Mais cette politique est plutôt un échec. Le CD 33 aurait souhaité avoir un CLIC de niveau 3 dans chacun de ses 9 territoires d'intervention sociale, mais n'a réussi à en installer que quatre. La raison tient aux difficultés du Conseil Départemental à trouver des partenariats<sup>19</sup>. La responsable de la coordination gérontologique du CD qui est « référente CLIC » y voit notamment la faiblesse ou de la non appétence des Communautés de Communes sur ce terrain.

A défaut de pouvoir mobiliser largement les partenaires sur l'ensemble du territoire, le Département va alors déployer et décentraliser l'action des services du Pôle Solidarité dans

---

<sup>18</sup> En juillet 2017, le Conseil Départemental de la Gironde annonçait la signature imminente d'un CPOM visant à reconnaître 24 Maisons partagées - avec mutualisation de la PCH - et l'engagement d'en créer une 25<sup>e</sup>. Le Département se targue d'être le seul identifié en France sur ce genre de projet, reconnue par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la CNSA.

<sup>19</sup> Récemment, un appel à projet a été lancé par le CD33, mais il est demeuré infructueux, les réponses n'incluant aucun autofinancement ou cofinancement.

les différents territoires. Un élément marquant des politiques sociales girondines a été en effet la mise en place de plans Solidarité (successivement appelés « 2010 », puis « 2013 ») qui illustrent l'engagement du Conseil Départemental de la Gironde dans la territorialisation de sa politique Solidarité. En 2014, et après plus de dix années de réflexion et d'élaboration, l'institution départementale instaure la création de « Pôles Territoriaux de Solidarité » (PTS) dans 9 territoires d'intervention sociale correspondant aux anciennes circonscriptions d'action sociale. À la fois conçu comme un projet de politique publique, comme un projet immobilier et comme un projet de réorganisation des services, le plan Solidarité 2013 (aujourd'hui intégré dans le programme « Gironde 2033 ») consiste à rapprocher les politiques publiques des territoires en assurant une présence physique et matérielle de l'institution départementale. Il vise, en outre, à construire plus de transversalité entre services et domaines d'intervention sociale ainsi qu'à mieux prendre en compte les besoins des usagers en fonction des problématiques locales repérées. À ce titre, une des missions des Pôles Territoriaux de Solidarité est de formaliser un « *projet social de territoire* » qui fixe les objectifs et les grandes orientations d'actions retenues pour l'intervention des services, en fonction des spécificités locales identifiées (dynamiques sociales, réseaux d'acteurs, innovations sociales présentes sur le territoire). Bâties autour de la réalisation de Pactes Territoriaux, véritables schémas directeurs de l'action des pôles pour cinq ans, les projets sociaux de territoires ont été élaborés à partir de diagnostics territoriaux locaux coréalisés avec des partenaires locaux (Communautés de Communes, associations, entreprises, structures représentantes de la société civile, soit environ 400 participants pour le Sud Gironde).

En pratique, il s'agit de doter chaque territoire d'une direction de la Solidarité rassemblant l'ensemble des services et des activités de l'action sociale du département de façon localisée (insertion, action sociale de polyvalence, ASE, PMI, Autonomie) sous l'autorité hiérarchique d'un directeur de pôle. Le positionnement de ces directeurs de pôles territoriaux dans l'organigramme de la direction de la solidarité est important puisqu'ils sont directement placés sous l'autorité du directeur général et se trouvent donc au même niveau que le directeur du Pôle Solidarité Autonomie.

Pour les services en charge de l'autonomie cela entraîne la présence, dans chaque pôle territorial, d'une équipe APA composée d'un médecin coordonnateur et d'une équipe pluridisciplinaire de travailleurs sociaux en charge de l'évaluation sociale et de l'établissement des plans d'aide. Depuis la fin d'année 2016, chaque pôle doit également assurer l'accueil physique et l'information de base des personnes handicapées. Pour les territoires non pourvus de CLIC, la création de CLIC de niveau 1 a été intégrée au fonctionnement des pôles territoriaux par la mise à disposition de personnels administratifs dédiés à cette activité. On peut dès lors considérer qu'il existe aujourd'hui 9 CLIC en Gironde : les quatre CLIC de niveau 3 préexistants et les 5 CLIC de niveau 1 dans les PTS du Médoc, du Bassin d'Arcachon, des Graves, du Libournais et de la Haute Gironde. Il s'agit toutefois d'un genre de maillage *a minima* et l'avis de responsables du CD 33 est qu'il aurait fallu créer au moins des CLIC de niveau 2, avec des travailleurs sociaux, pour mener des évaluations des besoins des personnes.



## 2.2. Le nouveau Pôle de la Solidarité Autonomie

La DGAS girondine est divisée en trois pôles: le Pôle Solidarité, Vie Sociale (protection de l'enfance, promotion de la santé, développement social, politiques d'inclusion et d'insertion) ; le Pôle Ressources ; le Pôle Solidarité Autonomie (PSA). Le PSA est officiellement chargé de la mise en œuvre de la politique départementale relative à la perte d'autonomie due à l'âge et au handicap. La réorganisation du Pôle Solidarité Autonomie intervenue en 2016 constitue la dernière phase du processus entamé en 2010 (« Solidarité 2010 ») avec la mise en place progressive des pôles territoriaux, dans une logique de proximité et de recherche d'efficience. Les services centraux sont pour leur part réorganisés dans une logique de mutualisation : il s'agit clairement de rapprocher la MDPH et l'ancienne direction des actions pour l'autonomie (DAPAH). Une nouvelle direction est aussi créée à cet effet : la DMAT (Direction de la mutualisation et des actions transversales).

### 2.2.1. Une direction des actions pour l'autonomie (DAPA) remaniée

La DAPA est constituée de différents services (7 au total)<sup>20</sup>. Elle est globalement dédiée à la gestion et au paiement des prestations autonomie, ainsi qu'à la tarification et au financement des services d'aide à domicile, des EHPAD et des établissements pour personnes handicapées. Il est clair que le gros des activités de la DAPA se situe sur le volet personnes âgées. La « centrale » (le service de la gestion des droits des PA et le service de la gestion comptable) gère la masse des dossiers des bénéficiaires de l'APA du point de vue comptable et financier – les évaluations et l'élaboration des plans relèvent des équipes des pôles territoriaux<sup>21</sup> – mais a aussi pour fonction de réguler et d'harmoniser les règles et pratiques de l'évaluation de la perte d'autonomie. Côté personnes handicapées, le service des actions pour personnes handicapées intervient uniquement en tant que payeur des prestations décidées par la MDPH en CDAPH : essentiellement les prestations d'aide sociale pour le maintien à domicile et la PCH. Techniquement, les données sont transmises au service via le logiciel IODAS qu'utilise aussi la MDPH. On peut considérer qu'un véritable rapprochement des professionnels des deux entités – service DAPA et MDPH – s'opère dans la mesure où la responsable du service des actions pour personnes handicapées siège désormais à la CDAPH. Le Département a d'ailleurs un droit de veto sur les décisions d'attribution de la PCH en CDAPH, du fait de sa position de « payeur ».

### 2.2.2. Une nouvelle direction dédiée à la mutualisation et aux « actions transversales » (la DMAT)

La DMAT est une direction qui a vocation à prendre en charge tout ce qui a été mutualisé ou peut l'être. Le mot d'ordre, selon la direction : être proche de l'utilisateur, « lui simplifier la vie ». La DMAT poursuit et développe des actions déjà engagées par le passé, comme la

---

<sup>20</sup> Le service de la gestion des droits des personnes âgées ; le service de la gestion comptable des personnes âgées ; le service des actions pour les personnes handicapées, le service des accueils et de l'appui médico-social ; le service de la vie à domicile ; le service des établissements pour personnes handicapées ; le service des établissements pour personnes âgées.

<sup>21</sup> Les plans d'aides sont rentrés dans le logiciel IODAS et validés « techniquement » par la centrale. C'est aussi la centrale qui notifie les droits aux intéressés et qui éditent les instructions et notifient les informations idoines aux services prestataires désignés pour intervenir (SAAD ou autres).

dématérialisation des dossiers, et travaille dans la logique de constitution d'une Maison de l'Autonomie. L'ancienne DAPAH a été restructurée et la DMAT s'est vue constituée en trois services qui oeuvrent dans une même logique, mais sur la base de métiers différents.

- Un service d'administration et des moyens : qui gère les aspects financiers budgétaires (budget de 409 millions d'euros) ; apporte les ressources techniques et informatiques à la MDPH et à la DAPA pour la gestion des prestations (IODAS et DELOS) et met en oeuvre le chantier de la dématérialisation des dossiers de demande; ce service mutualise aussi le contentieux de l'APA, de l'aide sociale et le contentieux MDPH, mais uniquement le « contentieux stratégique » (contentieux avec l'Etat sur les moyens alloués à la MDPH) ; il comporte enfin un service RH (en construction) visant entre autres à gérer ou accompagner certains projets de formation qui peuvent être mutualisés (ce service n'a pas vocation à couvrir toute la GRH et la MDPH prend aussi en charge la formation de ses personnels).
- Le SCAN (service du courrier et de la numérisation) : ce service vise à concrétiser la politique d'accueil des usagers : processus de dématérialisation des dossiers<sup>22</sup> et plateforme téléphonique regroupant l'accueil téléphonique MDPH et le N° Vert du Département. Il est précisé que sur l'accueil téléphonique, il y a désormais 5 agents de l'ex-DAPAH et 8 agents MDPH, soit 13 agents au total pour l'accueil PA/PH. L'accueil physique se fait dans les 9 PTS. A noter qu'il n'y a plus d'accueil physique à la MDPH ; l'accueil des PH se fait dans les CLIC de niveau 3 (Bordeaux ; Rive droite ; Porte du Médoc) et dans chaque PTS.
- Le service de la coordination, du partenariat et du schéma de l'autonomie : un chef de service et 3 coordinateurs territoriaux (chaque territoire couvre 3 PTS. Le CD a choisi d'avoir le même découpage territorial que l'ARS). La fonction de coordination consiste à gérer l'implantation des CLIC, MAIA, les contrats locaux de santé (d'où les partenariats). Chaque responsable territorial a pour mission d'animer, de travailler avec les PTS, les différents acteurs au plan local, conférer une cohérence d'ensemble, en fonction des objectifs du schéma départemental. Ce service est aussi en charge de l'élaboration et du suivi du schéma ; il suit aussi un certain nombre de politiques thématiques, comme le transport, l'accessibilité, le logement, l'accès à la culture et au sport (avec des référents). Le service a en charge certains aspects « stratégiques » : projets institutionnels (pactes) ; participation aux travaux autour du schéma d'accessibilité aux services publics, la politique de la ville, suivi des délibérations dans les relations avec les élus. C'est aussi ce service qui suit le dossier de labellisation de la MDA. Enfin, le service a pour mission d'organiser la Conférence des Financeurs de l'Autonomie mise en place par la loi ASV. La mission du CD est de réaliser un

---

<sup>22</sup> La dématérialisation : numérisation et pré-instruction des demandes. Il s'agit de numériser l'ensemble des dossiers en stock (appel à entreprise extérieure de travailleurs handicapés) pour toutes les prestations APA et MDPH. Objectif zéro papier et sécurisation. 15 agents sont dédiés à cette tâche. Les évaluateurs, sur le terrain, sont dotés de tablettes qui leur permettent de récupérer des données individuelles.

diagnostic territorial, de coordonner les initiatives locales, d'élaborer un programme de prévention et de financements.

### 2.2.3. La MDPH plus intégrée dans le PSA

La volonté du CD 33 est de faire évoluer le Pôle de Solidarité Autonomie en MDA et, au début de l'année 2017, a été lancé le processus de labellisation auprès de la CNSA. Il a toutefois été choisi de conserver la forme juridique (GIP) et la gouvernance de la MDPH (GIP). La mutualisation est donc partielle. En Gironde, les associations de représentants d'usagers sont très attachées au statut de GIP de la MDPH et très opposées à l'idée d'une absorption par le département. Le GIP est cependant placé sous la tutelle du Département et, parmi les 113 agents de la MDPH, une centaine est détachée par le Département et une dizaine par l'Etat.

L'intégration de la MDPH au Pôle Solidarité Autonomie procède de la mutualisation de certains services ou de certaines ressources au niveau central, mais elle se manifeste aussi – et surtout – dans la territorialisation de l'action départementale. Cela concerne d'une part l'accueil physique des publics. Antérieurement, la MDPH ne disposait que d'un seul point d'accueil (à Bordeaux), ce qui mettait le personnel en grande tension (il n'y avait que 10 agents pour l'ensemble de l'accueil : physique, téléphonique et mail) et obligeait les personnes handicapées à des fastidieux déplacements. Désormais, chaque Pôle Territorial de Solidarité est en charge de l'accueil des PH et les agents de la MDPH ont soit été répartis dans les pôles, soit ont suivi une formation pour faire tout autre chose. Certains interlocuteurs soulignent néanmoins les limites de cette opération : il y a de grosses différences entre les agents MDPH et les autres sur la capacité à appréhender la technicité des demandes et des dossiers PH. D'autre part, un nouveau service a été créé au sein de la MDPH : le service des Pôles Territoriaux d'Activité. Le territoire girondin est découpé en trois zones – trois PTA – qui correspondent au découpage de l'ARS pour l'action sanitaire et qui regroupent chacun 3 Pôles Territoriaux de Solidarité du Département. Dans chacun des pôles territoriaux d'activité, sont identifiées une équipe administrative, une équipe d'évaluateurs médico-sociaux pour la PCH, des médecins qui sont à la fois rattachés aux pôles et sous la direction hiérarchique du service de la coordination médico-sociale dirigé par un médecin et qui a vocation à l'harmonisation des pratiques d'évaluation. Dans chaque PTA, il y a un responsable cadre A qui encadre l'ensemble du service, avec un adjoint chargé de l'encadrement des administratifs référents parcours des usagers. Il y a également un bureau des recours. Ces pôles d'activité sont garants de la fluidité du traitement des demandes sur leur secteur.

## **Section 3. Une politique de l'autonomie par-delà le clivage catégoriel personnes âgées/personnes handicapées ?**

Depuis la création de la CNSA (2004), la législation – loi « handicap » du 11 février 2005, loi ASV du 28 décembre 2015 - emporte une certaine dynamique de rapprochement des politiques envers les personnes âgées et des politiques en direction des personnes handicapées. Au plan local, on observe que cette dynamique opère dans une certaine mesure au niveau politique et organisationnel : une approche voulue plus intégrée dans les SDOMS ; une réorganisation des services départementaux ; une certaine polyvalence des SAAD. Mais les limites sont assez patentes. Elles tiennent au poids des frontières et catégories juridiques, à la dimension technique de l'accompagnement des personnes handicapées, et pourraient se manifester aussi dans les nouvelles instances de représentation (les CDCA) voulues par le législateur.

### **§ 1. Des rapprochements au plan organisationnel**

#### **1.1 Une volonté exprimée dans les schémas départementaux**

La volonté d'approcher conjointement les problématiques des PA et des PH fait partie des orientations stratégiques aujourd'hui assez largement affichées dans les SDOMS. En Aquitaine, sur sept schémas départementaux analysés, 6 réunissent les problématiques concernant les deux populations. Un seul département, la Dordogne, procède (encore) par la voie de deux schémas distincts. Cette volonté de traiter ensemble des problématiques touchant aux deux populations est d'autant plus visible dans les questionnements liés à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes qui constitue une « thématique montante ». Le constat de l'insuffisance des moyens et des modes de prises en charge adaptés à cette population est systématiquement relevé.

**En Gironde**, le SDOMS « volet personnes âgées/personnes handicapées » 2012-2016 se réfère à la « politique en faveur des personnes qui se voient privées de leur pleine autonomie ». Il exprime la volonté de décroisement, sans pour autant assimiler totalement les deux populations. On lit dans l'introduction du document :

*« Dans un souci de décroisement, le Conseil Général a souhaité que les problématiques liées à l'âge ou au handicap puissent se rejoindre, tant les questions d'accessibilité, d'information, de besoin d'accompagnement, de qualité de prise en charge sont souvent communes aux deux populations. Ces convergences ont donc conduit la réflexion sur l'autonomie, sans séparer les spécificités relatives à l'âge ou au handicap. C'est pourquoi le Département a souhaité un schéma conjoint dans sa présentation, préservant toutefois les particularités et caractéristiques liées à l'accompagnement et à la prise en charge de publics spécifiques ».*

L'approche consistant à décroiser les deux politiques, tout en reconnaissant les spécificités propres à chaque catégorie explique et justifie la construction formelle du schéma : un

document conjoint (unique) constitué de deux volets distincts<sup>23</sup>. De ce point de vue, on peut considérer que l'intégration des politiques du handicap et de la vieillesse n'est que partielle ou, pour le moins, relative. On observera néanmoins que la séparation des deux volets – personnes âgées/personnes handicapées – ne vaut que pour la partie « synthèse de la démarche de concertation » qui rend compte des diagnostics et réflexions menés d'un côté avec les acteurs (institutions professionnels, représentants) intervenant dans le champ « personnes âgées », et d'un autre avec les acteurs intervenant auprès des « personnes adultes handicapées ». Les propositions d'actions déclinées en 4 axes programmatiques<sup>24</sup> intègrent pour leur part autant que possible les deux catégories (avec toutefois des objectifs et propositions spécifiques pour l'une ou l'autre catégorie).

La démarche semble avoir été à peu près la même pour le SDOMS girondin 2017-2021 intitulé Schéma Départemental Autonomie qui a été soumis au vote de l'assemblée départementale en novembre 2017 (non encore publié).

**Le schéma landais** 2014-2020 s'intitule « schéma en faveur des personnes vulnérables » et vise en réalité les personnes âgées et les personnes handicapées regroupées sous ce vocable générique. Il y est dit que « *la notion de vulnérabilité s'applique à un ensemble de personnes menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité physique ou psychique au cours de leur existence* ». Le directeur de la Solidarité Départementale explique cette terminologie : d'une part, le Département a souhaité éradiquer la notion de dépendance et a préféré mettre en avant celle de vulnérabilité plutôt que d'autonomie, « *de manière à mettre l'accent sur le besoin d'aide et de protection et aussi parce que le terme permet d'englober PA et PH* ». Le document note que des progrès ont été accomplis par rapport aux périodes précédentes : deux schémas distincts avaient été élaborés à partir de 2001, dans une logique sectorielle. Désormais, il s'agit bien « *de mener une réflexion globale et intersectorielle* » et le schéma vise « à assurer une cohérence et une qualité de prise en charge pour tous les publics, tout en garantissant le respect des principes fondamentaux de l'action publique dans les Landes : la proximité, l'égalité, la solidarité »<sup>25</sup>. Dans sa présentation, comme le schéma girondin, il scinde cependant « l'accompagnement et la prise en charge des PA et de leurs familles », d'une part, et « l'accompagnement et la prise en charge des PH et de leur famille », d'autre part.

## 1.2 Des organisations plus ou moins mutualisées et intégrées

Les services départementaux prenant en charge la dépendance et le handicap sont rattachés à une direction des solidarités ou de la cohésion sociale. Cependant, ils peuvent prendre des

---

<sup>23</sup> Le schéma départemental de la Gironde vise les personnes âgées, d'une part, et les adultes handicapés, d'autre part. A la différence d'autres schémas départementaux, il n'intègre pas toute la politique du handicap et ne vise pas les enfants handicapés. Par contre, est abordée la thématique spécifique du vieillissement des personnes handicapées et sont explorés les dispositifs facilitant les transitions.

<sup>24</sup> Les axes programmatiques : garantir le plein exercice de la citoyenneté ; permettre à ceux qui le désirent de vivre à domicile ; diversifier et adapter l'offre d'accueil ; coordonner l'ensemble des acteurs.

<sup>25</sup> La « marque de fabrique landaise » apparaît plus nettement encore dans l'énoncé des enjeux, le document mettant en exergue « le risque de segmentation excessive des prises en charge » ; « la forte pression du secteur privé lucratif » ; « la fragilisation des acteurs locaux- publics et privés associatifs – par la mise en place de mécanismes concurrentiels d'appels à projets ».

appellations différentes. Par exemple, dans les Pyrénées Atlantiques et la Haute-Vienne, il existe une « direction de l'autonomie », tout comme en Gironde, et qui vise à la fois les PA et les PH ; alors que dans les Landes et la Dordogne, on identifie des pôles distincts au sein de cette direction et notamment le pôle personnes âgées et le pôle handicap et animation. En réalité quel que soit le niveau d'organisation auquel elle est opérée, une division des services chargés de la gestion des compétences PA et PH existe presque toujours, soit par la création de directions distinctes, soit en leur sein. En Aquitaine, seul le département de la Corrèze témoigne à travers son organigramme d'une gestion commune des politiques à destination des deux populations. Notons que depuis 2010, la Corrèze expérimente une Maison de l'Autonomie, avec le soutien de la CNSA qui impulse ce genre d'initiative. Elle constitue l'une des formes les plus intégrées existant en France à ce jour.

Dans les Landes, comme il l'a été montré, l'action à destination des publics vulnérables est structurée autour d'une intervention mutualisée de ses agents et services qui fonctionnent comme une plateforme. Le fonctionnement institutionnel renvoie alors à une organisation intégrée de la prise en charge de la personne âgée dépendante dans laquelle tous les services sont en lien. Sur le rapprochement des deux populations – PA et PH – on a relevé quelques points de convergence : au plan organisationnel et institutionnel, le directeur de la Solidarité Départementale est aussi directeur de la MLPH et le médecin référent couvre les PA et les PH ; les trois CLIC sont aussi, marginalement, des points d'accueil PH ; il y a des problématiques communes, notamment autour de la question des aidants ; la MLPH délivre des cartes d'invalidité et de stationnement aux PA en GIR 1 et 2. L'intégration recherchée ne concerne toutefois que le pôle « personnes âgées » et la conception landaise de l'accompagnement des personnes vulnérables demeure marquée par le clivage PA/PH. Aux dires du directeur de la Solidarité, il n'est pas à l'ordre du jour de créer une Maison de l'Autonomie dans les Landes.

En Gironde, on a vu que la réorganisation du Pôle Solidarité Autonomie se réalisait dans une perspective de labellisation en tant que MDA et un certain degré d'intégration des services dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapés a été atteint par la mutualisation – notamment de l'accueil téléphonique et de l'accueil physique – et la recherche de transversalités. Par-delà le rapprochement physique des différents personnels, sont menées des actions de rapprochement sur certains dossiers, certains projets. Le directeur du PSA évoque à cet égard l'expérimentation des « plans d'accompagnement globaux ou globalisés », suscitée par la CNSA et portée par la MDPH qui doit à cette occasion orienter des personnes handicapées vers des établissements ; or, le service qui s'occupe des établissements PH relève de la DAPA, et la MDPH n'avait pas eu l'idée d'associer le responsable de ce service à cette action. Cette situation vient d'être corrigée sous l'impulsion du directeur du PSA. Pour l'heure, demeurent toutefois des flottements et la MDPH ne sait pas encore bien se positionner par rapport au Pôle. Il est relevé que lorsque sa directrice participe aux commissions d'admission en établissement et que lui sont posées des questions de tarification, elle ne sait pas vraiment si elle peut parler au nom du PSA, si elle doit faire un retour sur le service DAPA compétent en matière de tarification. Le directeur du PSA entend cependant œuvrer à un meilleur partage des informations.

### 1.3 Des services plus polyvalents

Un certain mouvement visant à rendre plus polyvalents les services d'aide à domicile, ou à rapprocher des établissements pour personnes handicapées et des établissements pour personnes âgées est perceptible. La polyvalence est cependant encore limitée.

#### 1.3.1. *L'intervention des SAAD auprès des personnes handicapées*

Dans le discours politique et institutionnel, aussi bien côté girondin que landais, il est aujourd'hui admis que l'enjeu du maintien à domicile dans le respect du choix de vie des personnes concerne aussi bien les personnes âgées que les personnes handicapées. Pour ces dernières, il existe des services spécifiques (notamment SAVS et SAMSAH), mais les autorités s'accordent à penser que les services d'aide à domicile (SAAD) devraient pouvoir aussi déployer leur intervention auprès des PH et ne pas se limiter aux personnes âgées.

Notre étude a révélé que le mouvement était amorcé dans certains territoires, même si cela reste globalement marginal. En Gironde, l'APF a développé un service à domicile, mais il est pour le coup assez centré sur la personne handicapée. Par contre, le Réseau Public Départemental d'Aide à Domicile (RPDAD) qui regroupe 160 communes girondines intervient aussi bien auprès des personnes âgées que des personnes handicapées. Son responsable explique que l'activité du réseau se situe « *pleinement dans une logique médico-sociale d'accompagnement dans des phases qui sont potentiellement des phases de perte d'autonomie mais qui peuvent être aussi des phases de restauration voir d'acquisition d'autonomie puisqu'on accompagne aussi les personnes en situation de handicap* ». Nous ne disposons pas d'indications chiffrées sur le nombre ou la proportion de PH accompagnées par les SAAD du réseau, mais on peut penser que c'est encore assez faible. Sur le territoire de Bazas, en Sud Gironde, la directrice du CIAS qui gère un SAAD relève qu'à ce jour, il y a encore peu de personnes âgées prises en charge, mais qu'il faut se préparer à une augmentation progressive. Elle dit avoir une personne handicapée bénéficiaire de la PCH sur son secteur et relève la difficulté pour ses agents formés à la prise en charge des personnes âgées à appréhender ce nouveau public. Les liens avec la MDPH sont aussi insuffisamment établis. Le CIAS reçoit la notification du plan par la MDPH, « *et c'est tout* », relève cette responsable de secteur.

Même constat dans les Landes où la tendance à développer l'intervention des SAAD auprès des PH est encore timide. Les entretiens auprès de différents acteurs indiquent que les Landes ont surtout développé une politique d'hébergement des PH en établissements (des ESAT, du privé et de l'associatif), mais la prise en charge à domicile est très peu développée. Le directeur du Centre de gestion qui intervient dans les Landes auprès des CIAS indique qu'un recensement a été fait à cet égard et le résultat est que les SAAD landais ne prennent en moyenne en charge que 1% de personnes handicapées. Il considère qu'aujourd'hui, le service

d'aide à domicile n'est pas reconnu sur le département comme un acteur de l'aide à la PH, hormis si elle est âgée<sup>26</sup>.

Le responsable du SAAD relevant du CIAS de Labrit dans les Landes indique que son SAAD intervient de manière encore marginale auprès des PH (5 ou 6 personnes handicapées sur 156 bénéficiaires). Il dit d'ailleurs n'avoir pratiquement aucunes relations avec la MLPH et observe que les PH qui sont orientées vers le SAAD le sont en général par leur famille qui a déjà eu contact avec le CIAS (pour des personnes âgées de leur entourage). Le plan établi par la MLPH n'est pas communiqué au SAAD qui, du coup, établit le volume et le type d'intervention à domicile « en direct » avec le bénéficiaire qui sait à quel niveau il peut se situer, en fonction des prestations qu'il reçoit éventuellement de la MLPH. Le caractère ténu des relations entre CIAS et MDPH sur l'accompagnement à domicile des personnes handicapées est confirmé par le référent social du CIAS de Dax qui dit avoir des contacts avec les infirmières et les conseillères de la MLPH, mais reconnaît que les partenariats dans la coordination semblent plus nombreux et plus fluides sur le public des personnes âgées. Ces éléments confirment l'idée selon laquelle les MDPH et l'accompagnement des PH sont et demeurent une « citadelle » fonctionnant de manière très autonome. C'est d'ailleurs pourquoi on continue à parler essentiellement de coordination gérontologique<sup>27</sup>. La MLPH continue à avoir le « réflexe SAMSAH » et ne s'ouvre guère à d'autres solutions mixtes PA/PH, ne sollicite pas les CIAS pour de l'accompagnement PH alors même que certains CIAS ont commencé à former leur personnel à l'accompagnement des PH.

Les entretiens réalisés auprès des responsables de secteurs CIAS sur le territoire landais montrent en outre que les aides à domicile employées et formées par les CIAS ont encore peu d'appétence pour intervenir auprès de certains publics handicapés, notamment les personnes (jeunes) présentant un profil psychiatrique, assez nombreuses semble-t-il en zone urbaine ; le handicap psychique ou moteur semble par contre mieux appréhendé par les aides à domicile des CIAS.

### *1.3.2. Des rapprochements entre établissements*

On observe ici ou là quelques expérimentations locales qui relèvent de l'innovation sociale. Par exemple, en Gironde, le Département a impulsé et soutenu la création d'un foyer expérimental pour personnes handicapées sur le territoire du Médoc à proximité d'un EHPAD. L'objectif du Département est de permettre à des parents âgés en situation de dépendance qui ont toujours pris soin de leur enfant handicapé devenu lui-même âgé, d'être accueilli sur un même site, tout en bénéficiant chacun d'une prise en charge adaptée à leurs besoins. Le caractère expérimental de ce foyer réside dans le fait d'offrir, au-delà de l'hébergement, un soutien social et éducatif à la personne handicapée tout en maintenant ou en restaurant un lien social avec sa famille, ses proches et son environnement extérieur,

---

<sup>26</sup> Il observe que quand c'est le cas, ça se traduit par des plans d'aide qui ressemblent beaucoup à des plans pour personne âgées (20 h, 30h, au maximum 40 heures alors qu'une personne handicapées nécessite 150 h, 200h).

<sup>27</sup> Le responsable du Centre de Gestion qui intervient en appui aux CIAS landais abonde dans ce sens et constate que le handicap est « un monde clos » ; il regrette notamment que sur les « cas complexes », les CIAS ne soient pas encore en mesure de véritablement coordonner des services spécifiquement dédiés aux PH (les SAMSAH) et les SAAD.



notamment via la création d'un accueil conjoint parents âgés - enfants adultes handicapés. Ce foyer handicapé, adossé à l'EHPAD de 39 places pour personnes âgées, comprend 45 places, dont 29 places de FO, 14 places de FH, 1 place d'hébergement temporaire et une place d'urgence.

## §2. Des limites patentes

### 2.1. Le poids des frontières et des catégorisations juridiques

Du point de vue juridique, la compensation de la perte d'autonomie se réalise, on le sait, à travers l'octroi de prestations distinctes pour les PA et les PH. Il existe certes des points communs entre ces deux prestations. D'une part, l'APA et la PCH poursuivent une même finalité : il s'agit de couvrir les surcoûts liés à la perte d'autonomie - aides humaines, aides matérielles - à domicile ou en établissement. Les deux prestations présentent un caractère personnalisé qui se traduit, concrètement, par l'élaboration d'un plan d'aide résultant d'une procédure d'évaluation, selon des grilles toutefois distinctes (AGGIR pour les personnes âgées et GEVA pour les personnes handicapées)<sup>28</sup> et opérée par des agents relevant de services distincts (même si on a observé certaines mutualisations). On relèvera aussi que le droit se matérialise, dans les deux cas, sous la forme de prestations en nature d'un montant modulé par l'effet d'un ticket modérateur. Elles échappent toutes deux au droit commun de l'aide sociale et ne sont pas récupérables sur succession.

Les différences sont et demeurent néanmoins importantes. L'APA a été conçue comme une prestation permettant de faire face à la perte d'autonomie liée à l'âge et la législation maintient la « frontière » des 60 ans pour l'accès à l'APA. Avant 60 ans, la perte d'autonomie peut être compensée par la PCH si les critères de handicap requis par la loi sont remplis. A partir de 60 ans, il n'est en principe plus possible de demander le bénéfice de la PCH, sauf si le handicap du demandeur est survenu avant l'âge de 60 ans et qu'il n'avait pas encore formulé sa demande. Il devra dans ce cas demander la PCH avant d'avoir atteint 75 ans. La loi prévoit que le bénéficiaire de la PCH qui atteint 60 ans peut opter pour l'APA s'il en remplit les conditions. L'intérêt de ce choix dépend en réalité du degré de handicap. L'octroi de la PCH est en effet limité aux personnes qui rencontrent des difficultés lourdes ou absolues<sup>29</sup>, ce qui explique d'ailleurs une lente montée en charge du dispositif. On notera par ailleurs que la

---

<sup>28</sup> Ces deux grilles sont utilisées pour statuer sur l'éligibilité à la prestation ; elles ont une dimension essentiellement clinique. D'autres grilles existent, qui sont mobilisées le cas échéant pour guider les professionnels dans l'élaboration des plans d'aide ou des plans de soins, voire pour mesurer la qualité de leur intervention (v. *Les travaux de la CNSA sur les outils et démarches d'évaluation des besoins des personnes*, Rapport d'étape, janvier 2009).

<sup>29</sup> La PCH s'adresse aux personnes dont le handicap répond à un certain nombre de critères, sachant que, pour l'attribution de cette prestation, il n'est pas fait référence au taux d'incapacité permanente, mais à une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou à une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités. Est visée dans le premier cas la personne qui ne peut réaliser elle-même une activité donnée et, dans le deuxième cas, celle qui l'effectue difficilement et de façon altérée. En tout état de cause, ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

PCH était initialement destinée aux adultes mais qu'elle désormais ouverte aux moins de 20 ans : les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'AEEH et de son complément, dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH. Toujours est-il que cette limite d'âge s'impose aux acteurs locaux. La responsable du «pôle médecins » du CD40 dit que, parmi ses attributions, figure la délivrance d'autorisations d'admission en EHPAD de personnes de moins de 60 ans et, de manière plus générale, nos différents interlocuteurs ont soulevé la difficulté que pose la barrière légale dès lors qu'on souhaite développer des actions en directions de personnes handicapées vieillissantes. Dans les Landes, l'accueil des PHV dans les EHPAD commence à se faire sur certains territoires (à Parentis, notamment) mais ce n'est pas le cas partout.

D'autre part, au plan financier, il y a de fortes différences dans la prise en compte des ressources de l'intéressé pour déterminer le ticket modérateur à charge du bénéficiaire. Pour la PCH, la part assumée par le bénéficiaire est résiduelle car la prestation couvre au moins 80% du plan d'aide. En outre, il existe dans chaque MDPH un Fonds Départemental de Compensation, essentiellement financé par l'Etat, les CD et l'assurance maladie, qui a pour objectif de limiter les sommes restant à charge des personnes handicapées lorsqu'elles achètent des aides pour compenser leur handicap<sup>30</sup>. Dans le régime de l'APA, le ticket modérateur assumé par le bénéficiaire varie de 0 à 90% en fonction de son niveau de ressources.

Les types d'aides, notamment matérielle et technique qui peuvent être octroyées diffèrent ou, en tout cas, la gamme en est plus étendue pour le handicap<sup>31</sup>. Dans les deux cas – APA et PCH – le montant des aides est plafonné, mais les plafonds ne sont pas les mêmes et ne sont pas établis selon les mêmes règles : pour la PCH, sont fixés réglementairement les tarifs de chaque type d'aide (humaine, technique, logement, véhicule, aides spécifiques) par nature de dépense ; pour l'APA les plafonds légaux sont établis en fonction du degré de perte d'autonomie. Du coup, cela induit des différences importantes sur le niveau des prestations octroyées par les Départements : le montant moyen d'un plan PCH représente le double de celui d'un plan APA. On comprend que s'il fallait aligner l'APA sur la PCH, cela poserait un délicat problème de financement. Enfin, du point de vue institutionnel, les canaux de financement, les organismes compétents – y compris les tribunaux en cas de litige – ne sont pas (encore) unifiés<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Chaque Département établit ses règles d'attribution. Le FDC peut intervenir hors attribution PCH ou en complément si nécessaire.

<sup>31</sup> La PCH permet d'octroyer : des aides humaines, des aides techniques, des aménagements du logement ou du véhicule, des aides spécifiques ou ponctuelles, des aides animalières.

<sup>32</sup> Pour ce qui est du contentieux, les décisions relatives à l'APA (refus d'attribution, suspension) prises par le président du CG sont susceptibles de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale ; le Conseil d'Etat peut être saisi en dernier recours. Pour ce qui est de la PCH, les décisions de la CDAPH (évaluation ; octroi/refus) sont susceptibles de recours devant le tribunal du contentieux de l'incapacité ; la décision prononcée par le président du CG en procédure d'urgence est susceptible de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

## 2.2. La dimension technique de l'approche du handicap

Une limite importante à l'assimilation des personnes âgées et des personnes handicapées dans des politiques et dispositifs « autonomie » tient à la technicité avérée de la prise en charge des handicaps par rapport à la dépendance. Ce point revient invariablement dans le discours des professionnels et est corrélé à une certaine « résistance institutionnelle » des MDPH à se fondre dans l'organisation administrative départementale.

Les **acteurs landais** mettent assez nettement l'accent sur les différences entre les questions de la vieillesse et celles du handicap : des dispositifs légaux différents, des approches techniques différentes, le rôle des associations de personnes handicapées qui militent pour leur spécificité et, du coup, les différences au sein-même du monde du handicap. Est particulièrement relevée la problématique du handicap psychique, notamment pour les SAAD, et le déficit en compétences psychiatriques. Le Conseil Départemental dit pousser les CCAS et CIAS à aller sur le volet handicap mais rencontre des réticences. Pour ces différentes raisons, la direction de la Solidarité landaise dit ne pas souhaiter aller vers une MDA. Point de vue partagé par la responsable du « pôle médecins » qui donne son sentiment sur les MDA : « *Alors, sur le principe, c'est intéressant mais c'est tellement différent sur le fonctionnement* ». Elle explique qu'initialement, dans le service, seule elle-même était à la fois sur PA et PH, mais devant l'augmentation du besoin, deux de ses collègues médecins ont accepté d'être sur la PH. Elle insiste sur les différences, notamment dans l'évaluation de la perte d'autonomie. Elle évoque les difficultés de recrutement de personnel médical dans son service : « *la PH, ça emballe pas beaucoup* » car sur le handicap, c'est beaucoup de travail sur dossier et peu de visites. De son côté, la sous-directrice de la MLPD estime que convergence ne veut pas dire fusion. Il ne faut pas assimiler systématiquement les deux populations. Elle observe néanmoins que, sur le plan technique, l'évaluation de la perte d'autonomie devrait être la même. Elle observe que les réflexions et les évolutions impulsées par la loi ASV vont faire évoluer les choses ; le fait que le directeur de la Solidarité Départementale associe la MLPD à ces réflexions va dans le sens de plus grandes convergences dans les pratiques (notamment la conception des plans d'aide). La mutualisation des médecins avec le pôle APA permet aussi ces échanges « culturels » entre monde PA et monde PH.

**En Gironde**, comme il l'a été observé, se manifeste une volonté d'aller plus loin et de se conformer aux critères de la CNSA pour former une MDA. Le directeur du Pôle Solidarité Autonomie, récemment en poste, affirme sa conviction de ce que la prise en charge de la perte d'autonomie de PA ou des PH relève de la même logique. On peut toutefois se demander si la situation est sensiblement différente de celle du « système » landais. La direction du Pôle Solidarité Autonomie de Gironde œuvre au rapprochement des personnels et des savoirs faire des services MDPH et DAPA. Elle est toutefois consciente des limites et des freins à ce genre de rapprochement et observe une différence de culture entre les services MDPH et APA : selon le directeur du PSA, la MDPH a une culture de services et d'individualisation là où la DAPA a plutôt une culture de *process* et de gestion de masse. Il estime que les deux cultures se valent et on leur raison d'être. Côté gestion de l'APA, il relève qu'avec 100 000 allocataires, « *il faut du process, mais il faut aussi viser à l'individualisation* ». L'objectif est donc de faire partager aux différents services une culture commune, sur une base de

volontariat. Cela ne gommara pas la spécificité des métiers et, comme dans les Landes, on observe une réticence de certains médecins du CD 33 à « faire du handicap » dès lors qu'ils sont habitués à gérer le public PA.

Pour l'heure, l'acculturation mutuelle ne s'est pas encore vraiment produite. Le niveau d'échange entre personnels des différents services sur les logiques d'accompagnement est encore bien faible. Ce qui s'est mis en place dans la période récente, ce sont des actions de formation en binômes sur la plateforme téléphonique, sous forme de tutorat (du fait de la plus grande technicité des questions du handicap). L'enjeu autour de la plateforme téléphonique est que les personnels puissent indifféremment prendre des appels de PA ou de PH (il semble qu'en général, le nombre d'appel de PH soit sensiblement plus important que les appels de PA).

Il n'est pas certain, non plus, que la MDPH girondine souhaite aller vers une pleine intégration dans le PSA et on pourrait assister à une forme de résistance de l'institution. Pour l'actuel directeur du PSA, il n'est pas logique que soient institutionnellement dissociés l'organisme prescripteur d'aides (la MDPH) et l'organisme payeur (le Département). Mais il semble bien que la MDPH tienne à conserver son autonomie dans la gestion des prestations pour les personnes handicapées et à maintenir la situation actuelle, même si elle s'avère peu égalitaire : l'APA est clairement sous contrainte budgétaire alors que les politiques PH disposent d'un meilleur financement et d'un soutien des associations pour en disposer sans contraintes.

### **2.3. Les incertitudes autour des nouveaux CDCA**

La loi ASV du 28 décembre 2015 emporte la disparition des CODERPA, instances de représentation des personnes âgées au plan départemental et des CDCPH, instances de représentation des personnes handicapées, appelées à fusionner dans une seule et même entité : les CDCA (Comités Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie). Le matériau réuni au cours de la présente étude ne permet pas de livrer une véritable analyse de cette fusion au plan local, d'autant qu'elle ne semble s'être réalisée que très tardivement<sup>33</sup>. Certains représentants des personnes âgées, membres des ex CODERPA, en Gironde et dans les Landes, émettent quelques doutes quant à la capacité des futurs CDCA de représenter des publics hétérogènes. Les opinions recueillies ne sont pas ouvertement hostiles à la fusion, mais un président de CODERPA, fort de son expérience au sein-même de la CNSA, relève les fractures internes qui existent déjà du côté des différentes associations de PH et observe qu'au niveau départemental, dans le champ du handicap, ce n'est pas le département qui gouverne, « ce sont les associations ». Une publication du CODERPA 33 fait aussi état de la crainte que les personnes âgées que représentait jusque-là l'institution soient « reléguées à une portion congrue » en raison de la prépondérance du poids des associations représentant les différents handicaps<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Le décret d'application n'est intervenu que le 7 septembre 2016, et dans les Landes comme en Gironde, rien ne s'était encore passé au premier trimestre 2017.

<sup>34</sup> Revue CODERPA 33, n°21, Février 2017.

On peut donc s'interroger sur la pertinence de la tentative impulsée au niveau national de construire la catégorie « perte d'autonomie » : jusqu'à quel point les problématiques du handicap et de la dépendance convergent-elles ? Dans quelle mesure les représentants des différentes catégories sont-ils disposés à faire émerger des intérêts communs ? L'implantation de CDCA au niveau départemental relève-t-elle seulement d'une volonté politique de rationaliser le fonctionnement des institutions administratives ?

### **Eléments de conclusion**

L'exercice comparatif entre les départements landais et girondin montre, comme on le supposait au départ, qu'il y a deux « chemins », deux histoires territoriales et donc des manières différentes de s'approprier la décentralisation en matière de vieillesse et de handicap. Il est toujours tentant d'opposer, mais le tableau est au final plus nuancé qu'il n'y paraît de prime abord.

Au plan politique, le « tout public » landais a constitué la marque territoriale ; il pourrait toutefois toucher ses limites. Certains acteurs, notamment au sein du CODERPA, manifestent un désir de plus grande diversité dans l'offre et de moindre « verticalité » dans l'action publique. En Gironde, l'investissement politique semble avoir été moins marqué ou en tout cas moins spectaculaire. Il y a néanmoins une ligne départementale assez nettement affirmée sur la qualité, la professionnalisation de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, la proximité, l'accès au droit et finalement l'utilisateur au centre du dispositif.

Au plan administratif, les différences observées dans l'organisation des services tiennent, pour le coup, aux différences démographiques entre les deux départements. La territorialisation des services girondins s'imposait. Elle est cependant présentée et valorisée aussi comme un élément majeur de la politique du Conseil Départemental de la Gironde et, pour ce qu'on a pu observer, a été bien reçue par les acteurs de terrain.

## Chapitre 2. Acteurs et dynamiques de la territorialisation des politiques de l'autonomie

La littérature s'accorde pour dire que la décentralisation, au sens de transfert des compétences, emporte un mouvement de territorialisation des politiques publiques. Les deux notions ne se confondent cependant pas. La territorialisation suppose que l'action publique se construise sur la base des besoins identifiés sur un territoire restreint qui n'est pas le territoire national ; elle implique aussi un changement des méthodes de l'action publique classique : transversalité, adaptation aux diversités, proximité, appui sur des partenariats locaux, participation citoyenne.

Le chapitre précédent a montré une facette de la territorialisation dans le champ des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées : la territorialisation des services départementaux, particulièrement mise en exergue en Gironde. Ici, il s'agit d'envisager une autre dimension, celle de la mise en œuvre des politiques de l'autonomie à l'échelle locale, c'est-à-dire communale et intercommunale. Quel rôle joue l'intercommunalité dans le champ de l'autonomie ? Comment se positionne le Département au regard des possibilités ouvertes à ce niveau, au regard des initiatives prises par les acteurs locaux ? Qui sont ces acteurs et par quelles logiques sont mues leurs actions ? Quels outils juridiques, quels partenariats, quelles formes de régulation sont mobilisés à cet effet ?

S'agissant du rôle de l'intercommunalité dans le champ de l'autonomie, l'étude montre différents modes d'agencement entre les instances (publiques) locales, notamment les CIAS, et les instances départementales. Les paysages landais et girondin présentent là encore des différences.

Les dynamiques territoriales que nous avons souhaité saisir ne se limitent cependant pas à l'action des CIAS dans le champ de l'autonomie, souvent cantonnée à une offre de services médicosociaux (services d'aide à domicile, portage de repas, gestion d'établissements). On observe ça et là ce qu'on pourrait appeler des « dynamiques de pays », concrétisées dans des actions, des projets innovants, expérimentaux, dépassant parfois le seul cadre de l'action sociale et impliquant divers acteurs de la société civile<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> La notion de « pays » est explicitée notamment par la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, puis par la loi du 25 juin 1999, dite « Loi Voynet » qui consacre le développement durable comme priorité d'aménagement des territoires, et les pays comme espaces de fédération des acteurs publics et privés autour d'un projet et d'un contrat

## **Section 1. Le Département, l'intercommunalité et les politiques de l'autonomie : différents modes d'agencement**

Le Département est « en première ligne » pour la définition et la mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes en perte d'autonomie. Certains départements se montrent plus volontaristes que d'autres en la matière, mais force est de constater que, compte tenu du vieillissement de la population et de la montée des pathologies Alzheimer et assimilées, la seule gestion de l'APA et les opérations d'autorisation et de tarification des établissements ainsi que des services d'aide à domicile monopolisent l'essentiel des ressources humaines et financières départementales. L'échelon communal ou, désormais, plutôt intercommunal peut s'avérer constituer le relais important d'une politique départementale, notamment pour le développement de l'aide à domicile. Notre étude montre sur ce plan des différences. Dans les Landes, le Département a joué un rôle moteur dans la structuration d'une intercommunalité dédiée aux politiques en direction des personnes âgées ; en Gironde, par comparaison, l'intercommunalité apparaît moins développée et le Département semble jouer la carte de la subsidiarité, venant plutôt en appui dans les territoires ruraux.

### **§1. Les Landes : rôle moteur du Département pour une intercommunalité dédiée aux politiques envers les personnes âgées**

Dans les Landes, le Conseil Départemental a incontestablement joué un rôle moteur et structurant dans la mise en place et le développement des intercommunalités dédiées aux politiques en direction des personnes âgées. Cela ne signifie pas, cependant, que les politiques locales (intercommunales) sont uniformes ; selon les territoires, les CIAS gèrent tel ou tel type d'équipement et développent parfois des services singuliers ou innovants.

#### **1.1. Une action de développement et de structuration de l'intercommunalité**

Aux dires mêmes de la direction de la Solidarité qui porte la mémoire de la politique sociale du Département, l'intercommunalité et le rôle des CIAS dans l'accompagnement des PA se sont imposés avec la mise en œuvre de la PSD puis de l'APA, sur la base d'un constat de la faiblesse des CCAS pour développer l'aide à domicile : « *on allait vers des coûts énormes parce qu'on est sur de petits territoires* » rapporte le directeur. Avant la mise en place des CIAS, il y avait dans les Landes quelques 300 SAAD portés par les CCAS. Mais la grande majorité de ces structures n'étaient plus adaptées aux exigences de la loi de 2002. Le changement a été voulu par le Département, en association avec le Centre de Gestion de la Fonction Publique territoriale (CDG) et l'Union départementale des CCAS.

Le modèle des CIAS apparaît supérieur en termes de gouvernance politique et gestionnaire, et l'échelle d'intervention est jugée bonne : « *on reste à taille humaine et on peut trouver des services à proposer juste à côté... même sur le plus grand canton, c'est 5 à 10 km* ». Il semble toutefois que la tendance actuelle soit à la réduction du nombre de CIAS et au regroupement dans de plus gros centres intercommunaux. Aujourd'hui, sur le département il y a 19 CIAS pour 23 Communautés de communes (dans les Landes, le CIAS est une entité de la

communauté de communes ou de la communauté d'agglomération); 4 CC n'ont pas de CIAS, mais elles semblent se diriger à terme vers l'instauration de CIAS.

Dans ce mouvement de transfert de l'aide à domicile des CCAS vers les CIAS<sup>36</sup>, l'intervention est structurée majoritairement autour d'une offre publique. On est en présence d'un enjeu politique local particulièrement important<sup>37</sup>. Le directeur de la Solidarité Départementale caractérise l'action du Département en la matière : « *les CIAS on essaie de les fédérer, de les mutualiser avec le CDG de la FPT* ». Là où il n'y a pas de CIAS, c'est l'ADMR qui est mobilisée et qui fait office de « partenaire » (même si, sur certains territoires, l'ADMR et le SAAD du CIAS peuvent se trouver en concurrence ; les responsables de SAAD publics estiment qu'il n'y a pas *vraiment* concurrence, disent respecter le libre choix des bénéficiaires et que cela se fait « en bonne intelligence » avec l'ADMR).

Comme il l'a été mentionné à plusieurs reprises, le CDG des Landes a joué un rôle important dans la création et le développement des CIAS, et continue de venir en appui aux SAAD locaux. Du point de vue organisationnel, le CDG est distinct du Conseil Départemental (son directeur insiste sur ce point) et ses missions sont uniquement tournées vers les CIAS ; il n'intervient donc pas auprès des services APA du CD40. Les liens avec l'institution départementale sont néanmoins très forts. Le président du CDG a été pendant longtemps le premier vice-président du CD. La cellule de modernisation, précisément créée pour organiser le transfert des personnels des CCAS vers les CIAS, est essentiellement financée par la CNSA, mais le Département apporte aussi son soutien financier pour des actions plus pérennes, notamment la mise à disposition de psychologues (cliniciens) auprès des SAAD. Le CDG Landes emploie une centaine d'agents, sans compter les personnes recrutées pour le remplacement<sup>38</sup>. Son directeur observe : « *aujourd'hui on a plus de compétences extra-légales que de compétences obligatoires. On est au-delà d'un CDG normal. Un CDG, c'est en général 10 ou 15 agents* ».

## **1.2. L'intercommunalité landaise tournée vers les personnes âgées**

D'un certain point de vue, la situation landaise peut paraître assez uniforme, tant la volonté du Conseil Départemental de structurer une « politique personnes âgées » au plan local (intercommunal) s'est montrée forte. Il est vrai que tous les CIAS landais ont la compétence aide à domicile. « *C'est le socle commun* » dit un interlocuteur qui relève que l'aide à domicile a été « *le levier, l'élément déclencheur de la création des CIAS* ». Certains SSIAD qui existaient dans certains CCAS ont aussi été repris par les CIAS. Cela semble s'être fait automatiquement (par contre, certains CCAS ont préféré conserver la gestion des EHPAD). Les CIAS interviennent à deux niveaux : en tant que premier acteur relayant les demandes et besoins d'aide auprès du service « prestations » de l'APA, puis en tant qu'acteur intervenant dans la mise en place du service d'intervention à domicile. Ils sont quasi-intégralement

---

<sup>36</sup> Les CCAS ou du moins certains subsistent et conservent des compétences, notamment de gestion d'EHPAD publics (à Dax, par exemple, le CCAS gère deux EHPAD) ou de portage de repas à domicile.

<sup>37</sup> Y compris en termes d'emploi : L'ensemble des agents CIAS dédiés à l'aide à domicile représente environ 2000 personnes.

<sup>38</sup> Il y a aussi un « service de remplacement » (genre d'agence d'intérim) permettant de faire face à l'important *turn over* dans les SAAD et au problème des nombreux arrêts maladie et autres congés.



destinés à la prise en charge de la personne âgée et handicapée avec des professionnels dédiés (AVS, aide-ménagère).

Dans le détail, on observe cependant quelques particularismes locaux, certains territoires étant connus et repérés pour leur approche différente ou innovante de la perte d'autonomie. C'est notamment le cas du Pays d'Albret dont le CIAS intègre la gestion de deux EHPAD, un pôle d'aide à domicile avec un SAAD, un SSIAD<sup>39</sup>, un service de baluchonnage, un service de portage de repas, un pôle culturel destiné à la gestion des activités culturelles en EHPAD ouvertes également aux personnes suivies dans le cadre de l'aide à domicile. Ce CIAS qui regroupe les cantons de Labrit et de Sore est « pionnier » dans les Landes ; il a été créé en 1997 par la CDC du Pays d'Albret, sous la présidence du maire de Labrit. Sur ce territoire, les acteurs ont développé leur propre approche de la perte d'autonomie et des problèmes du vieillissement. Le directeur du CIAS de Labrit affirme : « Ici, on ne parle plus de dépendance, on parle de niveau d'autonomie, même dans les projets, on lutte contre la dénutrition ». Le CIAS est un site référent pour les formations et accueille des stagiaires, des étudiants. Il se fait fort d'être reconnu au niveau départemental, régional – le directeur régional de l'ARS connaît bien le territoire – et même national. Le baluchonnage, inspiré de l'expérience québécoise, fait partie des actions innovantes revendiquée par Labrit. La responsable du SAAD relève : « tout ce qui est baluchonnage, ça fait partie des aides pour les aidants, ça n'existe pas partout non plus. Non, il faut reconnaître que chez nous, on est plus que reconnu au niveau des PA ». Les professionnels du CIAS estiment être en accord avec la politique départementale qui constitue une « véritable politique sociale » ; pour autant, ils ne se considèrent pas comme « inféodés » au Conseil Départemental dont la vision des choses est considérée comme « un peu gestionnaire ».

Le territoire est du reste en expansion et le CIAS de Labrit s'est positionné en « leader » local. La fusion des 3 CDC (Pissos, Hautes-Landes, Pays d'Albret) s'est réalisée au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Concernant les politiques de l'autonomie, l'idée est de dupliquer ce qui a déjà été fait sur Labrit, considéré comme novateur, et de l'étendre à l'ensemble du nouveau territoire. L'objectif affiché par le directeur du CIAS est de simplifier les organisations et donner beaucoup d'autonomie aux équipes. De cette réorganisation territoriale émergent de nouvelles structures :

-Un SPASAD : le directeur du CIAS explique qu'avant la constitution du SPASAD, la quasi-totalité des places SSIAD bénéficiaient aussi des services des SAAD sur le territoire de Labrit, mais aussi en Hautes-Landes. Cela a facilité l'opération.

- le nouveau CIAS couvrant les 3 CDC : une rationalisation des moyens. Ont été mutualisés le back-office, les fonctions supports, les RH, la comptabilité, les finances, et développés des moyens humains auprès des usagers : psychologue, psychomotricien, CESF et ergonome (en

---

<sup>39</sup> Le SSIAD a été créé en 2003, sous l'impulsion du directeur DDASS (aujourd'hui directeur de l'ARS), en accord avec les infirmières libérales locales. On remarquera l'étroite imbrication des acteurs publics et privés dans cette réalisation et le fait qu'elle ait été facilitée par l'existence de la MDS de Labrit. Le SSIAD initial n'avait que 25 places ; il est aujourd'hui en expansion puisqu'il est passé de 3 à 7 infirmières et sa capacité d'accueil sera prochainement de 90 à 100 places, ce qui en fera le plus gros SSIAD du Département.

voie de recrutement au moment de l'entretien). Une structure de formation en interne est mise en place.

Au final, le nouveau territoire comptera 5 EHPAD (4 EHPAD cantonaux + l'EHPAD adossé à l'hôpital).

## **§2. En Gironde : une intercommunalité peu développée ; le Département en appui sur les territoires ruraux**

L'intercommunalité dédiée aux politiques de l'autonomie est moins présente en Gironde que dans les Landes. Le rôle du Conseil Départemental est moins « proactif », ce qui n'empêche pas certains territoires d'investir les politiques de l'autonomie via leurs CCAS ou leurs CIAS. Il existe une offre publique girondine, en ce qui concerne l'aide à domicile, et elle se trouve fortement structurée par un acteur original : le Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile.

### **2.1. Le Conseil Départemental et l'intercommunalité dans le champ de l'autonomie**

Du point de vue de la direction de Pôle Autonomie Solidarité, il n'y a pas aujourd'hui de fortes perspectives de développement de l'intercommunalité en Gironde dans le champ de l'autonomie, pour des raisons de compétences juridiques et de moyens financiers. Au demeurant, en Gironde, les CCAS qui font de l'aide à domicile ont tendance à sous-traiter (par convention). La loi NOTRe du 7 août 2015 a aussi modifié la donne, semble-t-il. Elle a fait évoluer le périmètre des intercommunalités (le seuil minimal de constitution d'un EPCI a été relevé et est passé de 5000 à 15 000 habitants) ; cela a généré des incertitudes et entraîné des restructurations ; certaines CDC qui avaient des compétences d'intervention à domicile ont été dissoutes (notamment en Haute Gironde).

En termes de développement des politiques locales de l'autonomie, la position du CD33 est plutôt d'essayer d'orchestrer l'action des différents acteurs - privés et publics - présents sur le terrain de l'aide à domicile que de développer le pouvoir d'agir des intercommunalités. Le Département estime au fond que son rôle et, dans une certaine mesure, sa légitimité ne sont pas les mêmes en territoire rural et en territoire urbain. Un élu du CD fait remarquer : « *Le Département en territoire rural, le conseiller départemental, c'est un peu le sous-préfet, donc il a un rôle qui est totalement différent du milieu urbain* ». En milieu urbain, le conseiller départemental en charge des personnes âgées ou du handicap aura du mal à faire entendre sa voix face à des maires d'une autre sensibilité politique, surtout dans des communes « riches » qui n'ont pas besoin du Département. Pour les élus, la compétence du Département, c'est la solidarité territoriale, ce qui implique « *qu'il va financer plus sur le rural que sur l'urbain* ». Par exemple, le CD soutient une expérimentation qui a été mise en place en Sud-Gironde pour le développement d'un système d'aide au maintien à domicile (Dom'activ) avec des tablettes numériques.

Certains CCAS (tels ceux de Libourne, La Teste, Gujean, Pessac, Talence et Mérignac) viennent cependant en appui de la politique du CD33 et certains territoires sont perçus comme dynamiques de ce point de vue : la Haute Gironde (le Blayais) qui est dans un dispositif Parcours des Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) avec une MAIA et

qui bénéficie du rôle actif de l'hôpital de Blaye (SSIAD+SPASAD) ; la configuration regroupée sur le modèle Sud-Gironde (La Réole) où l'on trouve dans les mêmes locaux les services du CLIC, de la MAIA, de l'APA, jouant comme une forme de pôle local territorial dédié aux services de la dépendance, vont aussi tout à fait dans le sens voulu par le CD33. On retrouve une configuration analogue aux Portes du Médoc et dans les Hauts de Garonne (communes de Lormont et Cenon).

## **2.2. Des CCAS et quelques CIAS investis dans les politiques de l'autonomie**

Si la politique du Département n'est pas ouvertement proactive en ce qui concerne l'intercommunalité en tant que vecteur de développement des politiques de l'autonomie, cela ne signifie pas qu'on ne trouve pas, sur certains territoires, des structures communales ou intercommunales dédiées à l'accompagnement des PA/PH et, en particulier, à l'aide à domicile. Il peut arriver que ces structures déploient des actions redondantes voire concurrentes de celles du Département –notamment les CLIC – ce qui pose des problèmes d'articulation et de régulation au plan local. On relèvera aussi l'existence en Gironde d'une entité particulière, le Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile, d'initiative communale et qui fédère et anime les CCAS.

### *2.2.1. Le CCAS de la Ville de Mérignac et l'intervention du CLIC*

La ville de Mérignac possède un important CCAS qui développe depuis de nombreuses années des actions envers les personnes âgées et handicapées. Le CCAS comporte un accueil PA/PH, un SAAD, un SSIAD, un SPASAD, un service de portage des repas. Il emploie aujourd'hui cinq travailleurs sociaux qui interviennent dans le cadre d'une « cellule autonomie » qui a été progressivement mise en place au niveau de l'organisation interne des services. Lorsque le CLIC s'est implanté sur le territoire, il a d'abord entendu jouer son rôle de coordination, notamment pour l'aide à domicile. Le CCAS de Mérignac s'est cependant doté de travailleurs sociaux dont les missions se sont trouvées recouper en partie celles du CLIC. Ce genre de cas de figure s'est aussi présenté dans d'autres communes dotées de CCAS, ce qui a conduit à se poser la question de savoir si les CCAS devaient continuer à participer au financement du CLIC pour des missions de coordination qu'ils peuvent assurer par le recrutement de travailleurs sociaux.

Il est alors devenu nécessaire pour le CLIC de repenser ses missions et de réorienter ses interventions –il est par ailleurs sur un projet de PTA - mais aussi l'embauche d'une coordonnatrice de profil infirmier pour renforcer les liens avec le sanitaire. La tension sur la redondance des missions n'a pas duré et les acteurs locaux sont parvenus à une forme de subsidiarité entre les interventions des uns et des autres. Ils s'efforcent de réduire les doublons en matière d'évaluation et le CCAS de Mérignac reconnaît des compétences propres au CLIC pour lesquelles il lui oriente des situations (pour des recherches d'établissements notamment). Les acteurs locaux rencontrés mettent toutefois en exergue le manque d'efficacité de ce

fonctionnement local. Il est attendu du CLIC qu'il s'engage dans des projets de territoire de grande envergure qui lui permettraient de réaffirmer son rôle d'animateur territorial<sup>40</sup>.

### *2.2.2. Un exemple d'intercommunalité tournée vers l'aide à domicile : le CIAS du Bazadais*

On trouve en Gironde quelques territoires, à l'instar de la Communauté de Communes du Bazadais, qui ont dédié leur CIAS à l'aide à domicile, sur un mode comparable à celui observé dans les Landes. La CDC du Bazadais regroupe les cantons de Grignols, Captieux et Bazas, et le CIAS actuel est issu de la fusion de la CDC Captieux-Grignols et la CDC du Bazadais, intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Le territoire d'intervention s'est donc élargi et le CIAS couvre 4 secteurs pour l'aide à domicile, chaque secteur étant piloté par un responsable en charge d'équipes.

Historiquement, le canton de Grignols était doté d'un CCAS qui gérait un SAAD. La compétence a ensuite été transférée à la CDC de Captieux-Grignols. Bazas avait aussi son CCAS. Avec la fusion territoriale, naît le CIAS du Bazadais qui gère désormais le SAAD public. Le CIAS n'est pas doté de SSIAD ; il y en a cependant un sur le secteur de Captieux et il s'agit d'un SSIAD associatif qui travaille en partenariat avec le CIAS (formalisé par convention), mais uniquement sur le secteur Captieux-Grignols. L'ADMR est aussi présente sur le territoire du Bazadais ; il n'y a pas de SAAD privé lucratif (sauf un à Bazas). Cette transformation institutionnelle – du service géré par un CCAS au SAAD de l'actuel CIAS – a accompagné une évolution des modes d'intervention auprès des personnes et donc des métiers de l'aide à domicile. Au départ, il s'agissait essentiellement d'aide-ménagère effectuée par des agents peu ou non qualifiés, très peu étant employés à temps complet sous statut de la fonction publique (beaucoup de chèques emploi-service, selon la responsable du SAAD). Puis les interventions se sont complexifiées, aux dires des professionnels, et le service a évolué vers l'aide à la personne. Cela s'est accompagné d'une augmentation globale du temps de travail, d'une pérennisation des contrats, d'une formation des agents. On a donc là un schéma tout à fait comparable à ce qui est observé dans les Landes où le passage à l'intercommunalité a permis ou au moins accompagné une évolution de l'aide à domicile dans le sens d'une plus grande professionnalisation induite par le changement de paradigme : de la simple aide-ménagère à l'accompagnement de la personne fragile ou en perte d'autonomie.

Aujourd'hui, le CIAS du Bazadais est un acteur central de l'accompagnement des personnes âgées – et de manière encore résiduelle des personnes handicapées – sur ce territoire. Il est connu et reconnu de la population locale et se trouve régulièrement saisi de demandes d'APA. Les agents aident alors à la constitution des dossiers, procèdent à une première évaluation globale (visite à domicile) et réalisent un genre de pré-instruction des dossiers ensuite transmis aux services APA du Département. La présence du CIAS est antérieure à celle du CLIC et à ce jour, c'est plutôt le CIAS qui oriente des personnes vers le CLIC que l'inverse. Cela se produit dans des situations estimées complexes, avec des interrogations quant au

---

<sup>40</sup> Comme le projet de création d'une maison des aidants en cours de discussion et qui serait en partie financée par la municipalité de Mérignac)

maintien à domicile ou une décision d'entrer en établissement ou en famille d'accueil. La présence d'une MAIA sur le territoire est aussi récente et il semble que ce soit le directeur du CLIC qui ait joué le rôle de coordination entre la MAIA et le CIAS, afin d'identifier mieux les situations susceptibles de relever de la MAIA. La responsable du SAAD du CIAS relève que l'installation du CLIC sur le territoire (en réalité l'extension de l'action du CLIC Sud-Gironde) apporte une valeur ajoutée, notamment du fait de la présence d'une AS employée par le CLIC et de la présence, dans les mêmes locaux, de l'évaluatrice APA. Des relations se tissent, notamment au travers des « réunions de coordination » entre le SAAD et le SSIAD, auxquelles le CIAS essaye d'associer désormais le CLIC. Les acteurs sont en demande d'une extension et d'une certaine institutionnalisation de ces échanges via des réunions territoriales impliquant notamment les services APA. Pour l'heure, la demande est restée sans réponse et les intéressés sont aussi conscients des difficultés que cela pose en termes d'emploi du temps des uns et des autres.

### *2.2.3. La présence du Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile*

Il existe en Gironde un RPDAD (Réseau Public Départemental de l'Aide à Domicile). Ce réseau a été créé en 2010 à l'initiative de l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale de Gironde (UDCCAS 33), sous la forme juridique d'un groupement social et médicosocial (GSMS). Regroupant 38 SAAD publics et 180 communes en Gironde, le RPDAD est le premier réseau public d'aide à domicile de France. Il déploie quelques 1 200 agents (un millier d'aides à domicile et environ 200 agents administratifs). Son implantation est essentiellement en milieu rural (seuls 6 services sont en agglomération).

La création du réseau fait suite à la mise en place par le Département, en 2007, d'un cahier des charges fixant de nouvelles exigences qualitatives et quantitatives pour les SAAD habilités à l'aide sociale. Les services doivent désormais effectuer au minimum 35 000 heures, ce qui – en emplois- représente 23 équivalents temps plein. Cette exigence a conduit à des regroupements et le réseau est né du rapprochement de 33 CCAS (puis 37) ; le périmètre du GSMS s'est ensuite modifié avec l'apparition de certaines intercommunalités<sup>41</sup>. Cette opération a permis de renforcer les CCAS et CIAS dans leur intervention à domicile, même si certains CCAS semblent aujourd'hui en difficulté sur ce terrain.

Le RPDAD girondin joue un rôle assez similaire à celui du CDG dans les Landes. Il œuvre à la convergence de la gestion des ressources humaines (qualifications, rémunérations, actions de formation<sup>42</sup>), sachant que chaque commune ou intercommunalité est employeur, ce qui induit des différences. Il offre un appui technique aux structures. Il intervient aussi au plan « politique » en soutien aux élus locaux. Son responsable souligne à cet égard l'ambiguïté de la position du Département concernant la tarification imposée aux SSAD habilités qui ne permet pas de faire face aux coûts de fonctionnement. Il relève qu'aujourd'hui, le public pris en charge par les SAAD du réseau est constitué à presque 90% de bénéficiaires de l'APA ou

---

<sup>41</sup> Le CIAS du Bazadais a rejoint le RPDAD.

<sup>42</sup> Sur la formation, le responsable du RPDAD indique que nombre d'actions sont réalisées avec le GRETA. Le CNFPT auprès duquel les collectivités cotisent n'est pas nécessairement en mesure d'apporter les formations souhaitées, ou pas dans les délais.

de la PCH, ce qui implique du professionnalisme et donc des coûts plus importants que par le passé.

Le RPDAD tente aussi d'impulser une approche de l'accompagnement véritablement orientée vers le parcours de vie des personnes, leur projet de vie, ce qui suppose, selon son responsable, une certaine révolution dans l'approche des politiques publiques de l'autonomie, encore organisées « en tuyaux d'orgue » et sur la base d'une politique de l'offre. Il s'est engagé dans la logique prévention impulsée par la loi ASV. Son responsable affirme « *on ne peut pas continuer à être sur un modèle curatif qui ne fonctionne pas* ». Le réseau déploie des aides techniques pour les bénéficiaires (barres d'appui dans le domicile, chemins lumineux et autre outillage), dans l'optique de la prévention des chutes. Ces aides sont hors APA et sont financées via la Conférence des Financeurs. La taille du réseau, les ressources qu'il met à disposition de ses membres permettent aux CCAS de s'inscrire dans des dynamiques et dans des projets auxquels ils ne pourraient avoir accès isolément.

Au final, la comparaison des territoires girondins et landais offre une image plus nuancée que celle qu'on aurait pu concevoir au départ. Les Landes donnent l'impression d'un pilotage très fort et vertical de la part du CD, mais on constate que les intercommunalités revendiquent leur autonomie, leur singularité dans l'approche des politiques personnes âgées ; en Gironde, le discours du côté du CD est plutôt au pragmatisme, une sorte de laisser-faire, mais l'action n'est pas exempte d'un certain volontarisme et, par ailleurs, certains acteurs publics locaux se montrent avant-gardistes et se considèrent comme garants du service public envers les PA et les PH.

## **Section 2. Des « dynamiques de pays » autour des politiques de la vieillesse et du handicap**

Le fait de constater la présence de structures intercommunales investies dans les politiques de la vieillesse et du handicap est en soi un indicateur de l'existence de dynamiques territoriales propres ou en tout cas relativement autonomes de la politique générale menée par les Conseils Départementaux. Ce n'est toutefois pas le seul indicateur. L'existence d'un CIAS exerçant des compétences en la matière témoigne d'un investissement public particulier, pour une offre de services locaux (SAAD, portage de repas, éventuellement gestion d'EHPAD), mais ne dit rien des autres types d'actions éventuellement menées par d'autres types d'acteurs sur le territoire. Les « dynamiques de pays » que nous avons tenté de saisir dans cette étude prennent le plus souvent leur ancrage dans l'intercommunalité, mais agrègent différents acteurs, en général autour de projets spécifiques : élus locaux, structures de l'action sociale (communale, intercommunale voire départementale), acteurs associatifs, entreprises, consortiums, etc.

La forte présence de l'intercommunalité dans les Landes et le volontarisme du Conseil Départemental confèrent une coloration particulière à cette question des dynamiques de pays (ou des dynamiques locales). On observe des espaces d'expérimentations remarquables et remarquées, le tout dans une sorte de « philosophie partagée » des politiques de la vieillesse et du handicap. En Gironde, le paysage institutionnel est assez différent. On peut cependant identifier un territoire, le Sud Gironde, particulièrement actif en termes d'animation autour de la question de l'autonomie. Le Département intervient sur un mode particulier : ici, il recourt à la contractualisation, là il se propose comme fédérateur et soutien d'initiatives mêlant des enjeux sociaux et économiques.

### **§1. Landes : des espaces d'expérimentation, une philosophie partagée**

Le département des Landes se targue d'être actif et même avant-gardiste dans le champ de l'autonomie. Le Conseil Départemental, on l'a vu, se positionne fortement, ce qui n'empêche pas les acteurs locaux, sur certains territoires, de mener des actions innovantes en fonction de logiques territoriales spécifiques. Ces actions demeurent assez centrées sur l'accompagnement de la dépendance même si, sur le territoire de Labrit, on dit ne plus parler en termes de *dépendance* mais bien d'autonomie. Des acteurs locaux, pour l'essentiel publics, jouent donc leur carte à leur échelle ; ils partagent cependant la vision d'ensemble, la « philosophie » impulsée par le Département qui consiste notamment à concevoir la vieillesse et le handicap par-delà la stricte approche médicosociale : il s'agit de promouvoir le bien-être, le bien-vivre des personnes, dans leur environnement immédiat. Cette approche suppose une certaine dynamique participative qui se manifeste par une forte mobilisation du secteur associatif.

#### **1.1. Des innovations locales autour de la dépendance**

Le territoire de Labrit, en raison de la forte implication des élus communaux et du CIAS, constitue un espace d'innovations concernant l'accompagnement des personnes en perte

d'autonomie. A Dax, un projet innovant est aussi en cours de réalisation. Il s'agit du « Village Alzheimer ». Mais dans ce cas, il s'agit moins d'une « dynamique de pays » que de l'implantation locale d'un projet conçu et voulu par le Département.

### *1.1.1. Les innovations sur le territoire de Labrit*

Comme il l'a déjà été relevé, le territoire de Labrit – juridiquement la CDC du Pays d'Albret – constitue pour ses élus, ses acteurs locaux, sa population, un espace d'innovations en termes d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées. Le CIAS joue sa partition de manière relativement indépendante par rapport au Conseil Départemental, même s'il en partage les grandes orientations.

Signe de cette volonté d'inscrire les politiques de l'autonomie dans le projet local, le territoire est en train de se doter d'un schéma intercommunal d'autonomie, ce qui est en soit innovant. Une analyse des besoins sociaux (ABS) a été commanditée, elle est réalisée par le CDG des Landes. Ce document a pour vocation de donner plus de lisibilité à des actions déjà engagées, repérer les besoins, identifier des défis et des objectifs. Parmi les actions engagées, on relèvera la manière dont le territoire tente de lutter contre le problème du désert médical. Les acteurs locaux ont facilité la création d'une Maison de Santé – la MDS du Pays d'Albret – et un travail de coordination du sanitaire et du médicosocial a été entrepris, par le biais de rencontres mensuelles entre les libéraux de la MDS, les acteurs du domicile et le CIAS ; ce dernier fait aussi partie de la plateforme Santé Landes<sup>43</sup> qui fournit des outils communs aux SAAD, SSIAD, médecins et infirmiers libéraux du territoire. La télémédecine est implantée dans la MDS. Le rôle joué par l'infirmière-co du SSIAD dans le repérage des situations difficiles permet notamment de mettre en place des actions d'aide aux aidants. Des solutions transitoires sont recherchées :

- L'Accueil de jour (en EHPAD) : sur des « activités repérées » telles que la cuisine, le dessin ou autre;
- L'Accueil temporaire et l'accueil temporaire d'urgence : une chambre a été créée à cet effet dans chacun des deux EHPAD de Sore et de Labrit. Cet accueil médicosocial ne fonctionne toutefois qu'en journée ; il n'y a pour l'instant pas d'hébergement de nuit. L'accueil temporaire est géré par un agent du CIAS spécialement dédié à cette fonction et qui est en relai avec les différents acteurs (CLIC, Numéro Vert, SAAD, etc.).
- Le baluchonnage : il a été mis en place avec la psychologue du domicile, suite à une rencontre à Bordeaux sur ce qui se faisait alors en Gironde. Le directeur du CIAS avait déjà en tête le « modèle canadien » et le système belge de présence à domicile H 24 d'un aidant extérieur pendant une certaine période. Les acteurs landais relèvent

---

<sup>43</sup> Santé Landes est une plateforme territoriale d'appui (PTA), issue d'un projet expérimental soutenu par l'ARS Aquitaine et démarré en 2015. La plateforme est rattachée à la direction de l'offre de soins de l'ARS Nouvelle Aquitaine. Elle vise à fournir aux acteurs locaux du sanitaire et du médicosocial des outils de coordination, dans l'idée de construire de véritables parcours pour les « situations complexes ». Elle s'adresse en premier chef aux médecins traitants. La particularité de la plateforme landaise consiste au fait de s'être appuyée dès le départ sur un outil numérique déjà existant dans les Landes : l'application PAACO – développée sous Android et I-Phone - permettant un partage d'informations.



toutefois les difficultés à la fois juridiques et économiques à mettre en place le baluchonnage : pour des raisons de législation du travail, le baluchonnage ne peut être organisé que du lundi au samedi matin à 7h (équipe de deux ASG/AS qui se relaient en journée + une AVS la nuit, donc prise en charge H 24 « comme en EHPAD ») ; sur le plan financier, le CIAS reçoit une aide du Conseil Départemental qui ne couvre que la moitié du coût effectif. Malgré cela, le baluchonnage d'abord mis en place à Labrit commence à se développer sur le territoire de Sore. Les agents qui font le baluchonnage ont été formés d'abord par le CIAS ; ils sont employés par les EHPAD (Sore, Labrit) et y accomplissent certaines tâches (la rédaction des PVI). Pour l'heure, le baluchonnage concerne essentiellement le public des personnes âgées et leurs aidants.

Le CIAS de Labrit s'engage par ailleurs dans des actions envers les personnes âgées qui dépassent le cadre classique de l'accompagnement médicosocial. Il est notamment porteur du projet « nous vieillirons ensemble » primé par la Fondation de France. Il s'agit en substance d'amener la culture à domicile pour créer du lien social (la version culturelle du baluchonnage). Au départ, ce sont des actions menées auprès des bénéficiaires du SSIAD, avec l'intervention à domicile d'une conteuse. Le projet se développe ensuite sur l'EHPAD, avec l'appui des animateurs des établissements de Sore et de Labrit. Des accompagnants emmènent aussi les personnes âgées en promenades culturelles sur le territoire. Le directeur du CIAS observe : « *C'est un projet vraiment de territoire, on est dans la vie de la société* ». Il mobilise une cinquantaine de professionnels (40 ETP).

Les réflexions menées à l'occasion de l'élaboration du schéma intercommunal de l'autonomie ont permis de faire émerger plusieurs objectifs :

- L'uniformisation de certains dispositifs, tels que l'accueil de jour, sur l'ensemble du territoire intercommunal<sup>44</sup>.
- L'accueil temporaire de nuit constitue aussi un défi du futur schéma intercommunal. Un CPOM est envisagé avec le SPASSAD récemment constitué, ce qui sera l'occasion de faire valider certaines choses comme l'accueil de nuit.
- L'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD ; cela existe sur certains territoires landais, le CIAS de Labrit veut le développer en Pays d'Albret.

### *1.1.2. Le projet de Village Alzheimer à Dax : Implantation locale et volonté départementale*

Le projet de réalisation d'un « Village Alzheimer » est incontestablement un projet initié et porté par le Conseil Départemental qui a commencé à communiquer sur le sujet en 2014-2015. Le « modèle » est d'inspiration néerlandaise et le directeur de la Solidarité évoque à cet égard un voyage d'étude effectué par son équipe en Avril 2014. Il s'agit en substance de créer un espace intermédiaire, entre le domicile et l'établissement, pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Le « village » doit être constitué de 16 maisons réparties dans quatre quartiers de Dax; chaque quartier disposera d'une place avec des commerces (salon de

---

<sup>44</sup> A ce jour, il n'y a pas encore d'accueil de jour ni de PASA sur les territoires de Luxey, de Pissos, de Sabre avec lesquels Labrit s'associe.

coiffure, épicerie, brasserie). L'espace se veut ouvert et le personnel dédié à l'accompagnement des personnes accueillies – 120 résidents - sera « sans blouse blanche ». Le taux d'encadrement prévu est important, puisqu'il devrait y avoir quelques 120 professionnels pour l'accompagnement, ce contingent étant complété par une centaine de bénévoles au quotidien. Le village devrait en outre accueillir un centre de ressources auquel participeront des professionnels de santé et des spécialistes de la maladie d'Alzheimer. L'idée est de faire avancer la recherche à travers une pratique thérapeutique innovante, fondée sur le bien être plus que sur l'approche médicamenteuse.

Du point de vue de la gouvernance du projet, un GIP a été constitué (décembre 2016) dont les membres sont : Le Conseil départemental des Landes, les communes de Dax et Saint-Paul-lès-Dax, le Grand Dax (la communauté d'agglomération), la Mutualité française des Landes, les associations France Alzheimer, France Parkinson, Générations Mouvement Landes et l'Union départementale des associations familiales des Landes. Un comité de pilotage a été instauré et il est constitué du CD40 et de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Le coût estimé de cette opération est de 24 millions d'euros (investissement/construction) et de 7 à 8 millions d'euros par an en fonctionnement. Pour l'investissement, le CD 40 apporte 2 millions, et 6,5 millions d'euros sont attendus de l'Etat, de la Région, de la communauté d'agglomération et d'autres financeurs<sup>45</sup>, le FCTVA devrait apporter 3 millions d'euros et les 12,5 millions restants proviennent d'une opération d'emprunt du Département. Pour le fonctionnement, le Département versera la dotation « dépendance » (1,1 millions d'euros), l'ARS versera la dotation « santé » (3,1 millions d'euros) et s'ajoutera le produit des paiements effectués par les résidents eux-mêmes. On observera que, fidèle à sa politique « sociale », le Département a souhaité que le prix journalier n'excède pas les 60 euros. L'Etat s'est pour sa part engagé en 2015 sur une subvention annuelle de 3 millions d'euros, mais il ne s'agissait alors que d'une annonce de la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées et à l'autonomie...

La ville de Dax a été choisie, suite à un arbitrage politique. La localisation géographique du projet a été discutée et cela s'est joué entre Dax et Mont de Marsan. Cette dernière avait les faveurs de Génération Mouvement Landes, association représentant les personnes âgées au CODERPA et très implantées auprès des clubs de troisième âge. Le choix s'est finalement porté sur la ville de Dax en raison notamment de ses infrastructures thermales et le fait que la ville soit territoire pilote sur le numérique. Aux dires des acteurs locaux, le projet semble avoir été très consensuel, les principales interrogations portant sur l'implication des bénévoles. Le Conseil Départemental, fort de son rôle de leader en matière de politiques de l'autonomie, s'est employé à mobiliser les très nombreuses associations présentes sur le territoire, notamment pour mener des actions d'animation dans le futur Village Alzheimer. Un certain nombre se sont engagées, mais Génération Mouvement a fait valoir ses réserves sur le recours au bénévolat alors qu'il y a besoin de créer de l'emploi salarié.

---

<sup>45</sup> La CARSAT Aquitaine a accordé une subvention de 375 000 euros.

Au fond, ce projet qui devrait voir le jour en 2018-2019 (le permis de construire a été validé au printemps 2017) ne correspond pas vraiment à une « dynamique de pays » telle que nous l'entendons ici ; il n'est en tout cas pas comparable aux innovations qui sont portées par des territoires telles que celui de Labrit, et cela tient en grande partie au coût de cette opération qui nécessite une intervention significative du Département. Un acteur local livre à ce sujet une réflexion un peu critique à la fois sur le concept qui relèverait d'une vision bien-pensante des choses qui n'est pas nécessairement une vision bienveillante (à propos de l'idée de sécuriser « à outrance »), mais aussi sur la « verticalité » du projet qui était dès le départ « la volonté du président du Département ».

## **1.2. Une politique du « bien vivre » pour et avec les personnes âgées et handicapées**

On peut considérer que sur l'ensemble du territoire landais, les acteurs publics mais aussi l'important réseau associatif partagent une « philosophie » qui consiste à promouvoir le « bien vivre » ou le « bien-être » pour les personnes âgées et handicapées. Par-delà les clichés ou les pétitions de principe, on peut penser qu'il s'agit là d'une véritable politique territoriale, dans la mesure où elle mobilise des moyens publics – départementaux ou communaux - mais aussi la participation des acteurs eux-mêmes. On a pu évoquer, déjà, la manière dont certains CIAS organisent la participation des usagers en fonction de leurs projets propres. Le CIAS du Pays d'Albret, par exemple met en œuvre un projet culturel (« Nous vieillirons ensemble ») pour et avec les personnes âgées du territoire. De même, une partie de l'action du CCAS de Dax est orientée autour du « bien vieillir » : activités prévention/santé en lien avec l'association Quinteba qui propose un service de restauration et des activités sociales en direction des seniors. Le CCAS a également mis en place un service de navette, que ses adhérents peuvent utiliser pour se déplacer en ville, fréquenter les services culturels, pratiquer des activités de loisirs ou encore faire des courses. Cette navette a d'ailleurs permis à la Ville de Dax d'obtenir le label « Bien vieillir, vivre ensemble ».

Ces exemples sont assez emblématiques de la manière dont, dans les Landes, ont été conçues les politiques de la vieillesse et de l'autonomie, par-delà le simple service des prestations légales et la notion de dépendance. L'accès à la culture, l'animation, le sport ou les activités corporelles en font partie. Il est intéressant de remarquer que, dans l'organisation-même des services centraux du CD 40, le service animation (SAPAL) joue un rôle transversal auprès des deux catégories de publics – personnes âgées et handicapés, la MLPH apportant son appui pour ce qui est des personnes handicapées. Les retraités, tout particulièrement, sont appelés à être acteurs de leurs projets<sup>46</sup> et le service animation du Département se targue de l'investissement de nombreux retraités bénévoles dans l'encadrement des activités proposées (gymnastique douce, actions intergénérationnelles auprès des enfants des écoles maternelles, des enfants hospitalisés, des personnes handicapées, des personnes âgées en établissement).

La participation des usagers à ces politiques, actions ou initiatives se réalise en grande partie par le canal associatif. Dans les Landes, Génération Mouvement constitue un acteur puissant à

---

<sup>46</sup> Cette volonté est affichée, entre autres, dans la brochure officielle du CD40 « Accompagner nos aînés et leurs familles (édition 2013).

cet égard. Autrefois appelé « les aînés ruraux », le mouvement a une implantation essentiellement rurale, ce qui explique d'ailleurs le rôle historique de la MSA dans la création des premiers « clubs des aînés » (1973). La MSA héberge d'ailleurs toujours la Fédération landaise. Ces clubs ont longtemps fonctionné de manière indépendante ; ils sont reliés et chapeautés par une Fédération départementale dont l'implantation est résolument territoriale, puisque le choix a été fait d'avoir un délégué par canton (soit 30 délégués). Les Fédérations départementales sont unies au plan national dans la structure Génération Mouvement. La Fédération landaise est forte de 20 800 adhérents et constitue l'une des plus importantes au plan national. Le mouvement a connu une évolution dans la mesure où il ne vise plus seulement les « aînés » - il fallait autrefois avoir 65 ans pour adhérer – mais toute personne dans une optique de lien intergénérationnel. On observe qu'il est présent et actif sur différents terrains, notamment celui de la politique du logement. Le thème de l'habitat adapté est un cheval de bataille de GM qui agit au niveau des intercommunalités, signalant la présence de logements vacants en ville qui pourraient faire l'objet d'opérations immobilières pour les personnes âgées. Le problème est en effet que nombre de personnes âgées vivent seules à domicile en milieu rural et occupent des maisons trop grandes et donc inadaptées selon GM. Un autre vecteur de l'activité de l'association réside dans les activités d'animation, de loisirs et de culture. Sur ce terrain, GM se trouve un peu en concurrence avec le SAPAL du Conseil Départemental. Ses responsables disent observer à cet égard une évolution sociologique. Les nouveaux retraités présentent un profil différent de celui des aînés ruraux qui constituaient la base des clubs. Les nouveaux retraités ont voyagé, sont plus cultivés, etc. D'où une évolution de l'offre. En même temps, une division semble opérer entre l'offre SAPAL, peut-être plus pertinente pour un public urbain, et l'offre des clubs encore très ancrée dans le rural.

## **§2. Gironde : l'animation territoriale, l'économique et le social**

Le Conseil Départemental de la Gironde est actuellement engagé dans des réflexions sur l'articulation et le nécessaire décloisonnement de l'action des différentes collectivités territoriales, action aujourd'hui segmentée en fonction des compétences attribuées par la loi. Typiquement, le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et, plus largement, la restauration de leur place au sein de la société, leur pleine intégration dans l'espace public en tant que citoyens<sup>47</sup> constituent des objectifs multidimensionnels qui sollicitent aussi bien les politiques de l'habitat, du logement et du transport que le sanitaire et le médicosocial, mais aussi l'emploi et la formation – notamment dans le secteur de l'aide à domicile - et finalement le développement économique si on raisonne en termes de Silver Economie.

Pour le Département, c'est dans cette perspective que doivent se rechercher des innovations sociales et technologiques. Le Pôle Solidarité Autonomie n'entend pas, toutefois, imposer une logique verticale. Sa ligne d'action est fondée sur le principe de subsidiarité. Le discours de la direction du PSA est que les capacités d'innovations viennent nécessairement du terrain et doivent être soutenues et valorisées par le département, dans une logique *bottom up*. Le CD entend donc jouer plutôt un rôle d'animation et de structuration des initiatives territoriales.

---

<sup>47</sup> Cf. les propos inscrits en introduction du SDOMS 2012-2016.

Une attention particulière est accordée en Gironde au « chantier des SAAD », mais aussi aux possibilités de développement de la Silver Economie. Cette attention du CD entre en résonance avec des initiatives locales, tout particulièrement menées sur le Pays Sud Gironde issu du regroupement du Pays de l'Entre-deux-mers, du Pays des Rives de Garonne et de la CDC Sud Gironde<sup>48</sup>. Il faut mentionner le fait que l'actuel président du CD33 est conseiller départemental du canton Sud-Gironde. On a là un territoire pilote ou expérimental où, d'une part, se met en place une politique de contractualisation avec les acteurs de l'intervention à domicile, via un CPOM territorialisé et, d'autre part, se développent des projets autour de la Silver Economie.

## **2.1. Emergence d'un modèle de structuration de l'aide à domicile à partir d'un territoire : le CPOM Sud-Gironde**

La politique de maintien à domicile des personnes âgées a donné lieu à une initiative présentée comme innovante. Afin d'améliorer l'offre de services dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées (parfois très isolées), de structurer et soutenir l'intervention des services d'intervention à domicile, notamment en milieu rural, et d'amorcer de vraies dynamiques de territoire, le Département s'est engagé dans le développement de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) territorialisés. Pour l'instant lancée de façon expérimentale dans le Sud Gironde, l'initiative a vocation à être étendue à d'autres zones géographiques du département si elle se révèle probante.

### *2.1.1. Genèse du CPOM*

Au départ, c'est un acteur local issu du champ de l'économie sociale et solidaire - Cap Solidaire - qui a proposé aux services d'aide à domicile publics et privés intervenant sur le territoire<sup>49</sup> de se rencontrer pour envisager des modalités de coopération et d'articulation de leur intervention. D'emblée, l'approche a consisté à saisir ensemble les questions économiques et la dimension sociale. L'aide à domicile constitue en effet une filière d'emploi, d'économie résidentielle, et il se trouve que sur le territoire le chômage est élevé, il y a beaucoup de familles monoparentales, donc potentiellement de l'emploi féminin. Ces rencontres avaient été repérées par la directrice du Pôle Territorial de Solidarité et les enjeux économiques et sociaux, la présence d'acteurs forts sur le territoire tels que Sudgimad<sup>50</sup> vont conduire le Président du CD à s'intéresser au dossier. A ce moment, les relations sont assez tendues entre le CD, en particulier le service de tarification, et les services d'aide à domicile en Gironde. Avec la loi ASV de 2015, s'impose un nouveau régime d'autorisation des

---

<sup>48</sup> Dans la politique contractuelle de la Région Aquitaine, le Sud-Gironde est identifié comme « territoire de projet ». Il comprend cinq CDC : la CDC du Sauveterrois ; la CDC du Réolais ; la CDC de Podensac ; la CDC du Sud Gironde ; la CDC du Bazadais. Le territoire a candidaté au programme LEADER 2015-2021 sur la thématique de la territorialisation de l'économie. La Silver Economie y est identifiée comme l'un des enjeux du développement territorial.

<sup>49</sup> Cap Solidaire avait commencé à fédérer des services d'aide à domicile, notamment l'ADMR33, l'AADP, Aide@venir, Génération à Domicile qui travaillaient déjà sur le volet de la Silver Economie en territoire Sud Gironde.

<sup>50</sup> Au départ fondée sur base associative (Club des Amis des Anciens), cette structure implantée en Sud Gironde a évolué en GCSMS et déploie aujourd'hui de nombreux services en direction des PA et PH : SAAD, SSIAD, une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), un SPASAD (depuis juillet 2017).

SAAD<sup>51</sup> et cela a conduit le Conseil Départemental à se positionner. Le territoire girondin compte en effet quelques 250 SAAD, l'ensemble présentant une forte hétérogénéité. Suite à un rapport de la Chambre Régionale des Comptes, il a été décidé l'application d'un moratoire sur les habilitations à l'aide sociale, dans l'idée de refonder une politique de l'aide à domicile.

Le Conseil Départemental va voir dans la dynamique territoriale impulsée en Sud Gironde l'opportunité de construire un nouveau cadre d'intervention. Seront tenues plusieurs réunions techniques entre les acteurs locaux, la directrice du PTS, les services centraux du PSA et le cabinet du Président. L'intérêt, pour les SAAD impliqués dans la démarche, est de sortir du dialogue de gestion bilatéral « classique » en matière de tarification. S'impose alors l'idée de recourir au dispositif CPOM ici utilisé comme outil contractuel volontaire et non obligatoire. Le projet d'un CPOM territorialisé est déposé auprès du fond d'appui de la CNSA pour l'aide à domicile afin d'en assurer le financement.

### *2.1.2. Contenu du projet*

Les éléments constitutifs du CPOM territorialisé ont été présentés lors de la première journée départementale de l'aide à domicile organisée à l'initiative du Département<sup>52</sup>. Le principe d'action en a été rappelé. Il s'agit d'instaurer un mode de coopération entre SAAD relevant de différents statuts (public, associatif, privé lucratif). Cette coopération doit permettre d'élargir la gamme de services proposée aux populations locales, de mieux articuler l'intervention de chacun en fonction des ressources et des activités développées par chaque structure, de répondre plus qualitativement aux besoins exprimés des PA/PH. Il est demandé aux cinq prestataires du territoire engagés dans la démarche<sup>53</sup> de se réunir et d'entamer un dialogue, une réflexion commune, sur les modes d'organisation possibles localement. L'intervention doit être pensée à partir d'un diagnostic du territoire, en essayant de privilégier plusieurs axes d'action : simplifier et harmoniser la politique de l'offre, renforcer l'attractivité de l'emploi, rechercher des collaborations allant dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des populations.

Du point de vue du Département, l'un des enjeux consiste à opérer à des rapprochements tarifaires, mais aussi et surtout d'œuvrer à l'amélioration de l'offre locale de services: une offre inclusive, un référentiel d'accompagnement, le respect du pouvoir d'agir des personnes, la montée en qualification des personnels (GPEC), le partage d'informations et de ressources. Ce qui justifie le choix de ce territoire pour expérimenter le CPOM, c'est notamment la forte proportion d'heures APA (les bénéficiaires APA représentent sur ce territoire 11,8% de la

---

<sup>51</sup> La loi ASV fait disparaître la catégorie des SAAD agréés. L'ensemble des services anciennement agréés deviennent des services autorisés. Toutefois, le basculement automatique dans le régime de l'autorisation n'entraîne pas pour autant tarification administrée ou habilitation à l'aide sociale. Les services peuvent souhaiter rester en tarification libre ou obtenir l'habilitation et passer en tarification administrée. Des conditions sont posées par la loi pour être habilité à l'aide sociale, notamment intervenir auprès des bénéficiaires APA et PCH.

<sup>52</sup> Organisées par le Pôle Solidarité Autonomie du CD 33, ces premières assises départementales de l'aide à domicile se sont tenues à Eysines le 30 mars 2017. Elles devraient être renouvelées en 2018 et ouvrir un nouvel espace de discussion entre les services du CD et les services d'aide à domicile autorisés et habilités par l'institution départementale.

<sup>53</sup> A savoir : l'ADMR33, l'AADP, Aide@venir, Génération à Domicile et le RPDAD.

population de plus de 70 ans contre 9,2% en Gironde), mais le nombre limité de services (39 au total). Or, le territoire est géographiquement très étendu.

Les principaux objectifs identifiés :

- Faciliter la continuité des parcours des usagers : aide aux démarches administratives, guichet unique, partage de données ; 2 SPASAD expérimentaux intégrés copilotés par le Conseil Départemental et l'ARS ; un service d'urgences psychologiques pour les sorties d'hospitalisation
- Agir sur les métiers et les parcours professionnels : mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences mutualisée (notamment en tenant compte du nouveau DEAVS /adapter le contenu de formation) ; création d'un groupement d'employeurs « à valeur ajoutée » avec une GRH transverse (croiser les compétences, notamment pour accompagner les cas complexes) ; créer des « pools de remplacement ».

Par ce projet, le Département affirme la volonté d'une mise en synergie des différents partenaires du territoire. Il investit un rôle d'animation et de régulation de la coopération entre acteurs de l'aide à domicile. La finalisation du projet et la signature du CPOM sont prévues pour la fin d'année 2017.

### *2.1.3. Quelques interrogations*

Le CPOM territorialisé est présenté par le Conseil Départemental de la Gironde comme une forme d'innovation sociale. Durant sa gestation, les acteurs et parties prenantes ont toutefois soulevé certaines interrogations. En particulier, ont pu être évoquées les questions du pilotage et de l'engagement financier du Département dans ce projet.

Concernant le pilotage, le CD s'est positionné comme leader, même si l'ARS est impliquée sur certains aspects (tout comme le Conseil Régional sur les enjeux de formation). De manière générale, le Conseil Départemental de la Gironde considère que l'offre de services d'aide à domicile soulève des enjeux de transparence et de lisibilité des dispositifs. Sa position dans le projet de CPOM territorialisé est considérée comme légitime en raison du poids du financement public qui soutient 90% du budget des services d'aide à domicile. Au fond, il s'agit d'arrimer les SAAD à des missions d'intérêt général, dans une perspective de développement territorial. Les questions de tarifications sont, du coup, très présentes dans ce dossier. Au cours des Assises, les acteurs de l'aide à domicile ont régulièrement relevé qu'ils font les mêmes interventions, mais ne sont pas financés sur les mêmes tarifs, certains se trouvant en grande difficulté financière. Face à cela, la position du CD a été de dire que la question de la tarification serait abordée, mais qu'elle est conditionnée à l'attitude des SAAD qui devront jouer le jeu de la qualité. Le principe acté est que le CD devrait compenser financièrement l'engagement des acteurs inclus dans le périmètre du CPOM.

## **2.2. Des synergies locales sur le thème de la Silver Economie**

Comme il l'a été observé, les premiers acteurs à l'origine du CPOM territorialisé étaient déjà investis dans des projets de développement de la Silver Economie sur le territoire Sud

Gironde. Cap Solidaire qui fédère les acteurs de l'ESS sur le territoire joue un rôle important et la responsable du pôle territorial de solidarité ainsi qu'un élu, le Vice-Président du CD 33 à l'économie, élu du canton du Réolais et président du CLIC, ont décidé d'accompagner la démarche. Un comité de pilotage, le CoPil Silver Sud Gironde a été instauré dès 2014. Les principaux responsables de cette instance sont le Vice-Président du CD 33 chargé de la Silver Economy ainsi que la co-présidente du Pays Sud Gironde ; le directeur du pôle solidarité autonomie du Département ainsi que le directeur de la DMAT y ont été associés.

Un plan d'action a été dessiné qui repose sur trois axes de travail :

- Un axe « Innovation sociale, formation, ressources humaines » : au départ, il s'est agi de mener des réflexions autour de la gestion des ressources humaines et de la formation. Actuellement, l'animation de cet axe est assurée par le CLIC Sud Gironde et Génération@domicile (Cap Solidaire/Sudgimad/ADMR/Aide@Venir/AADP). Ont été récemment menées des actions de coordination et des actions de prévention (fragilité), de lutte contre l'isolement (CD33/CLIC). En 2017 : mise en place d'une GPECT territoriale sur la Silver Economy ; des formations innovantes (financement DIRECCTE).
- Un axe « innovations technologiques » : dans le Sud Gironde, mise en place d'actions de proximité en partenariat avec le CLIC. Test de certaines innovations technologiques qui seront par la suite mises à disposition des structures. Travail avec une association locale (Dom Assist) qui a développé avec l'INRIA un dispositif expérimental autour de l'équipement des domiciles (le principal enjeu est de lutter contre l'isolement des PA par le biais de l'équipement en webcam, tablettes et autres supports numériques, amélioration de l'ergonomie en matière de prévention des chutes). Le RPDAD utilise actuellement cet outil. Il existe d'autres Start Up très actives dans le domaine, comme Santech qui a mis en place des outils numériques de coordination ;
- Un axe « habitat ». C'est pour l'heure l'axe le moins développé. Le pays aide à monter des projets « habitat senior » (résidences seniors). Un Salon Silver Habitat est projeté pour 2018 à Langon. La Chambre des Métiers de Gironde se dit sensible au message : aider les artisans du bâtiment à se positionner sur le marché de la Silver Economy ; mais aussi les métiers de bouche (question de la nutrition) ; proposer des formations aux artisans (bâtiment/services/alimentaire). Ce qui est en question : repérer les éventuels porteurs de projet pour du logement neuf adapté (ou adaptable) seniors.

L'ambition est de faire du territoire un *living lab*, d'attirer des financeurs. Pour l'heure, selon les projets, les principaux financements proviennent de la CARSAT, la DIRECCTE, la CNSA, les Communautés de Communes, le groupe AG2R La mondiale. La Région Nouvelle Aquitaine manifeste aussi son intérêt et apporte son soutien. On estime qu'il existe une filière d'environ 60 entreprises en Aquitaine susceptibles d'intervenir, notamment sur les innovations technologiques. Ce qui est en discussion, c'est la capacité de tester ces innovations et d'opérer un tri. Le territoire, face à plusieurs produits technologiques



innovants doit comparer, tester sur les usagers et faire des choix (ou bien aider les SAAD à faire les bons choix) ; d'où un rôle d'impulsion, mais aussi de sélection des « bonnes solutions »

Il semble que dans un premier temps, le pôle solidarité autonomie du Département ait éprouvé quelques difficultés à se positionner sur le sujet de la Silver Economie. La ville de Bordeaux joue sa partition de son côté, la Région investit ce champ car cela relève développement économique et le Département voit que cela concerne son public-cible, mais cherche comment aborder les choses. Le PSA y voit cependant clairement le lien avec la politique du maintien à domicile, au cœur de la loi ASV. Il entend jouer un rôle par le biais de la Conférence des Financeurs et se positionne plutôt comme un facilitateur : susciter les innovations à travers des appels à projet, fédérer les acteurs sur le territoire.

## **Eléments de conclusion**

Nous avons ici identifié deux aspects de la territorialisation des politiques de l'autonomie : d'une part la posture adoptée et le rôle joué par les Conseils Départementaux dans la structuration et le développement de l'intercommunalité dans ce champ ; d'autre part la manifestation de dynamiques locales, « dynamiques de pays » témoignant d'actions innovantes, expérimentales s'inscrivant dans des logiques de développement territorial dépassant le cas échéant le seul cadre médicosocial.

Les configurations landaise et girondine présentent des différences, mais de manière plus générale, on observe dans les deux départements étudiés à la fois des logiques descendantes (*top down*) et des logiques ascendantes (*bottom up*). La logique descendante est assez présente dans les Landes, avec la volonté affichée de développer l'intercommunalité dans le champ de l'autonomie et l'impulsion de projets d'implantation locale, mais conçus par le Conseil Départemental, à l'instar du Village Alzheimer. Certains territoires landais comme le territoire de Labrit (Pays d'Albret) constituent cependant des espaces d'appropriation relativement autonome et innovante des outils de l'accompagnement des PA et PH (cf. le schéma intercommunal de l'autonomie). En Gironde, la position du Conseil Départemental au regard des intercommunalités est plutôt fondée sur le principe de subsidiarité. Les territoires – comme celui du Bazadais - qui ont investi le champ de l'autonomie via leur CIAS développent des actions tout à fait comparables à celles qu'on peut observer chez les CIAS landais. La logique ascendante est perceptible dans les actions menées sur le territoire Sud Gironde et visant à décliner différentes facettes de la politique de maintien à domicile. Le Conseil Départemental se réapproprie certaines initiatives et, fort de son pouvoir de régulation (tarification des SAAD), se lance dans un mode d'action contractualisé (le CPOM) qu'il valorise auprès de certaines instances nationales (CNSA notamment) comme une position entrepreneuriale dans le secteur de l'aide à domicile et particulièrement innovante en terme de déclinaison d'une politique locale. Dans le chantier de la Silver Economie, il se contente de jouer un rôle de facilitateur.

La participation citoyenne dans ces différents modes d'action est un peu atone. Dans les Landes, l'acteur public est toujours dominant et le secteur associatif, très développé sur base rurale pour ce qui est des personnes âgées, donne l'impression de constituer un rouage de l'action publique. En Gironde, l'action publique se conçoit de manière encore très classique, autour de la figure de l'utilisateur dont il faut respecter les droits et, si possible, satisfaire les attentes (en termes de proximité, accessibilité des services, transparence). Avec le CPOM territorialisé, se développe un discours sur le fait de rendre les personnes acteurs/actrices des politiques et actions qui les concerne, mais il s'agit plutôt de faire évoluer l'accompagnement médicosocial que d'impliquer des collectifs dans un dialogue territorial. Ce qui se dessine autour de la Siver Economie laisse cependant entrevoir de nouvelles perspectives en termes de participation, notamment du fait du rôle joué par les acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire.

## Chapitre 3. Modalités de l'accompagnement des publics

L'accompagnement est une notion centrale véhiculée par les textes législatifs abordant les modalités de l'action sociale et médicosociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans les textes, cette notion vise toutes les étapes de la prise en charge de la personne âgée et handicapée (définition des besoins, adaptation du plan et de l'intervention des différents professionnels, suivi des situations, réajustement des interventions en fonction de l'évolution des besoins de la personne). Elle s'accompagne, en outre, du principe philosophique de ne laisser aucune situation en rupture ou en jachère de prise en charge.

Au-delà de ce que préconise la législation, de quelles marges de manœuvre disposent les différents services et professionnels pour mettre en œuvre le droit à l'accompagnement des PA et des PH ? Comment et sur quels aspects se manifestent ces marges de manœuvre et dans quelles mesures traduisent-elles des conceptions particulières de la perte d'autonomie ? Telles seront les orientations problématiques soulevées dans ce chapitre. Toutefois, l'accompagnement des publics nécessite une délimitation préalable de l'objet, tant il prend une dimension polymorphe dans les référentiels entourant les politiques publiques (schémas départementaux, supports administratifs, discours politiques, etc.). L'enjeu de ce chapitre est alors d'en traduire les principales dimensions analytiques. Au regard de ce que révèle notre terrain d'investigation, et dans l'optique de dépasser une vision strictement professionnelle de la notion, le travail social proposant une approche restreinte et technique de l'accompagnement, nous pouvons le décliner à travers trois entrées : l'évaluation technique, l'organisation de la réponse aux besoins, l'individualisation des prises en charge.

Pour ce faire, nous appréhenderons successivement les dimensions de l'évaluation médico-sociale APA/PCH du point de vue des normes, des pratiques et des représentations des acteurs. Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur l'évaluation et la mise en œuvre des plans d'aide. Enfin, les questions de l'individualisation des prestations, du suivi des situations et du « projet de vie » feront l'objet d'une troisième section.

## **Section 1. Les dimensions de l'évaluation médicosociale APA/PCH<sup>54</sup> : normes, pratiques et représentations**

L'évaluation peut être définie comme le processus par lequel les professionnels mesurent la perte d'autonomie pour vérifier l'éligibilité au droit et par lequel ils apprécient les besoins/les souhaits (projet de vie) du bénéficiaire et de ses aidants dans la perspective du plan d'aide.

La plupart des acteurs professionnels (équipes APA, MDPH, MAIA, SAAD, SSIAD, CLIC, etc.) intervenant auprès des personnes âgées et handicapées pratiquent l'évaluation médicosociale. Ils la mobilisent lors de leur première prise de contact avec le bénéficiaire afin d'entrevoir les contours et les modalités de leur intervention au regard de leurs missions spécifiques. Il y a donc une multiplicité d'évaluations mobilisées pour une même personne accompagnée. Ces évaluations se font à partir de grilles différentes, en fonction des appréciations et des usages qui en sont faits dans les services (si certains utilisent un type de grille jouant comme un référentiel unique dans la pratique de leurs professionnels – les services de l'APA par exemple avec la grille AGGIR - , d'autres peuvent en combiner plusieurs – les MAIA, par exemple, à partir de différents outils compilés, ou les MDPH avec l'utilisation de grilles différentes selon l'évaluation de situations adultes ou enfants-). En ce sens, l'évaluation paraît omniprésente tout au long de la prise en charge de la personne, en des temps spécifiques et selon les nécessités de l'accompagnement (ouverture du droit, réévaluation de la situation, réajustement des interventions, intervention d'un nouveau service, etc.). Si dans certaines situations, l'évaluation est l'enjeu unique et principal de l'intervention des professionnels auprès des personnes âgées ou handicapées (intervention des évaluateurs de l'APA et de la PCH pour étude de l'éligibilité de la personne à la prestation et détermination du plan d'aide par exemple), dans d'autres contextes, elle s'inscrit en préalable de l'action technique des équipes (intervention des équipes des SSIAD ou des SAAD) ou dans le cadre d'un accompagnement plus large visant la coordination des actions et l'ajustement des interventions des différents prestataires au plus près des besoins de la personne (action des CLIC et des MAIA par exemple). L'évaluation peut donc revêtir des fonctionnalités et des significations différentes selon les cas et les profils d'acteurs qui l'utilisent.

L'enjeu de cette partie sera de décrire les pratiques et les perceptions de l'évaluation des acteurs rencontrés sur les différents terrains départementaux. Nous reviendrons à la fois sur la façon dont l'évaluation est mise en œuvre et déployée par les professionnels des différents services dans leur rencontre des publics (la visite à domicile est l'outil privilégié de l'évaluation de la perte d'autonomie aussi bien pour les PA que pour les PH) et sur la façon dont elle est pensée par les institutions et les structures dans ses formes d'opérationnalité.

---

<sup>54</sup> Les circuits de traitement des demandes de ces deux prestations sont détaillés en annexe.

## § 1. L'évaluation au sein des équipes APA

### 1.1. La pratique de l'évaluation dans le cadre de l'APA dans les Landes

L'évaluation dans le contexte landais se replace directement au cœur d'un système administratif complet de prise en charge reposant sur l'interconnexion de différents acteurs et services du Conseil Départemental des Landes œuvrant pour une intervention globale. Trois niveaux d'évaluation se dessinent à la lecture des entretiens :

- une **pré-évaluation** par les équipes du CLIC ou du Numéro Vert Im'age avant la rencontre des équipes médicales et l'établissement du plan d'aide pour recueil d'informations, aide administrative et réorientation éventuelle des demandeurs vers d'autres possibilités de prise en charge que l'APA,
- une **évaluation médicale** (évaluation du degré de perte d'autonomie – girage -, établissement du plan d'aide) au domicile réalisée par les médecins coordonnateurs et les infirmières du pôle médical
- une **évaluation sociale** avec travail complémentaire sur certaines problématiques selon orientation des médecins ayant effectué l'évaluation (détection de besoins de soutien psychologique, de besoins d'aide administrative ou financière, aide aux aidants, etc ).

L'évaluation au sens large est réalisée de façon concomitante par deux services, l'un médical (le pôle médical), l'autre social (le pôle prestations/accompagnement) quand bien même chacun intervient dans des phases différentes. Cette complémentarité nourrit de fait l'obligation légale d'opérer l'évaluation dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. En effet, le fonctionnement landais met en exergue une pluridisciplinarité de l'action pensée, non pas à travers le mixage de profils professionnels distincts au sein d'une même équipe, mais à partir de l'intervention de différentes catégories de professionnels, à des moments précis de l'évaluation et autour de missions spécifiques.

Dans ce système intégré, une certaine prévalence est toutefois accordée au regard médical (médecins et infirmières) qui restent pilotes de la réalisation des visites à domicile et de l'évaluation des publics en matière de perte d'autonomie (girage, et établissement des plans qui en découlent). Du reste, la pratique du CD 40 consiste à joindre au dossier de demande APA un certificat médical émanant du médecin traitant. Les médecins du CD tiennent à cette relation avec le médecin traitant, notamment dans le processus de l'évaluation, et estiment que le dialogue de médecin à médecin est plus facile que s'il s'agissait, pour les administratifs du service APA, de contacter le médecin traitant pour discuter de son diagnostic. La légitimité du « pôle médical » du CD est forte. Les médecins du pôle estiment que, s'il manque des données au dossier et qu'il faut voir ou revoir la personne, ils se rendent au domicile sans rendez-vous. Ce côté intrusif est justifié par les besoins d'efficacité et, selon les professionnels interrogés, afin d'éviter un stress pour la personne âgée qui peut se demander pourquoi le médecin du CD va venir.

Si des professionnels différents sont mobilisés pour chaque étape, certains d'entre eux comme les infirmières du CLIC par exemple participent, à la fois, à la pré-évaluation et à l'évaluation médicale dans le cadre de l'APA. Leurs pratiques ne sont pas les mêmes selon la phase d'évaluation. Elles témoignent de deux modalités distinctes d'intervention : une intervention technique, opérée à un moment « t » dans une interaction directe avec la personne âgée, qui n'engagera pas de nouvelle visite, destinée à l'évaluation médicale pour l'établissement du « girage » et la mise en place du plan d'aide ; une évaluation plus large et plus directement en lien avec la famille dans le cadre d'une intervention sociale assurée par le CLIC où les besoins de la personne ne sont pas toujours très bien formalisés. Ce manque de précisions concernant les besoins des potentiels bénéficiaires nécessite souvent des retours au domicile des personnes âgées pour une complémentation des premières informations recueillies via de nouveaux entretiens individuels. Il n'est pas rare que cette démarche passe par un suivi à moyen terme de la personne âgée et par des réajustements de l'intervention vers d'autres intervenants sociaux (assistantes sociales, médecins).

On retiendra aussi de ce « système landais », le rôle tout à fait spécifique des « conseillères prestations » qui, une fois, le girage établi par le pôle médical, saisissent les plans d'aide et sont garantes de leur application. Elles peuvent, à ce titre, revenir au domicile des bénéficiaires en cas d'inadéquation du plan ou de détérioration rapide de la situation. De la même manière, le département a opté pour une mutualisation de certains profils de professionnels (médecins, infirmières) entre évaluation APA et prestations MLPH.

## **1.2 La pratique de l'évaluation dans le cadre de l'APA en Gironde**

Les travailleurs sociaux évaluateurs de l'APA sont intégrés dans des équipes pluridisciplinaires<sup>55</sup>, elles-mêmes rattachées à des Pôles Territoriaux de Solidarité qui se répartissent sur l'ensemble du territoire départemental (le département de la Gironde comptabilise, au total, 9 PTS). Le service autonomie est constitué, dans chaque Pôle, d'un médecin coordonnateur et d'une équipe pluridisciplinaire en charge de la mise en place du dispositif de l'APA comprenant l'évaluation médico-sociale, l'établissement du plan d'aide, la notification aux prestataires concernés par l'intervention (SAAD ou autres structures). En Gironde, les équipes pluridisciplinaires sont composées de 6 à 10 professionnels dont des CESF, des AS et, beaucoup plus rarement, d'anciens agents administratifs. Chaque évaluateur se voit attribuer un secteur d'intervention propre.

Conformément aux procédures fixées par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)<sup>56</sup>, les visites à domicile sont systématiquement organisées lors du dépôt d'une première demande. Elles sont exercées par un travailleur social, sous l'autorité du médecin coordonnateur qui valide le plan d'aide proposé. On peut noter, ici, une grande différence de fonctionnement avec les Landes où les médecins réalisent directement les visites à domicile. Le déplacement des médecins girondins au domicile se fait dans de rares cas (situations

---

<sup>55</sup> Selon les configurations départementales, ces équipes peuvent être très différentes dans leur composition. On peut y trouver des assistants de service social, des conseillères en économie sociale et familiale, des infirmières, des ergothérapeutes, des éducateurs, des psychologues, etc.

<sup>56</sup> Articles R232-7 à R232-10

complexes, demande de réévaluation suite à un recours, interpellation des évaluateurs). En Gironde, les demandes de réévaluation de situation donnent également lieu à une visite systématique au domicile de la personne. En revanche, les demandes de renouvellement de plan, ne sont pas toujours soumises à un déplacement physique du travailleur social. Elles s'opèrent alors par un entretien téléphonique. Certains travailleurs sociaux témoignent d'une forme de hiérarchisation du traitement des demandes au-delà de leur ordre d'arrivée, les priorités s'établissant de la sorte : première demande, révision, renouvellement des plans.

Si on peut aisément faire l'hypothèse que la pratique de l'évaluation diffère d'un travailleur social à l'autre en fonction de critères tels que l'expérience professionnelle préalable, le profil professionnel et la formation initiale, la sensibilité à certains indicateurs, ou encore, la compréhension et les modalités personnelles d'application de la grille AGGIR, l'observation de visites à domicile révèle l'application, par les professionnels, d'une forme de « méthode d'intervention » assez commune aux différents profils rencontrés (Gramain et *al.*, 2015). Elle repose sur les étapes suivantes :

- Le rappel des enjeux de la demande et leur compréhension par le travailleur social, la présentation du professionnel et des missions qui lui sont dévolues,
- L'interrogation de la personne sur son état de santé, ses traitements éventuels, le recueil du nom du médecin traitant, les services intervenant déjà auprès d'elle (SSIAD, SAAD, MAIA),
- La description du déroulé d'une journée type du lever au coucher en passant par toutes les étapes structurantes de la journée avec relances régulières de l'évaluateur sur des aspects très factuels touchant aux modalités de réalisation des tâches, aux gestes habituels et activités réalisées. L'évaluateur peut interroger la personne sur la gestion des affaires courantes et administratives, la gestion du courrier. Cette partie de l'entretien peut être complétée par des questions sur l'état psychique de la personne, la nature de ses relations sociales au quotidien,
- Le test de la mobilité et du déplacement de la personne dans l'espace de vie. Cette étape de l'entretien renvoie à la demande quasi systématique de la visite du domicile par le travailleur social.
- Le retour dans la pièce principale, l'établissement du dossier et la réalisation du plan,
- La présentation de la proposition d'aide et la négociation sur certains points si cela n'a pas encore été amorcé dans la discussion,
- Le recueil d'un accord verbal sur le plan proposé et sa ré-explicitation éventuelle,

Si l'on peut mettre en exergue l'existence d'un déroulé type de l'évaluation, les logiques de l'intervention à domicile ne sont toutefois pas homogènes d'un professionnel à l'autre. Chacun opère en fonction d'habitudes de travail différenciées et selon ses modes propres

d'appropriation et de compréhension des formes de l'intervention sociale. De la même manière, si pour certains professionnels la subjectivité de chaque évaluateur est neutralisée par l'application de la grille AGGIR, d'autres insistent au contraire sur les différences possibles d'appréciation et d'usage des référentiels selon la formation initiale du professionnel par exemple. Dans tous les cas, c'est le médecin qui est le garant des « bonnes pratiques » en matière d'évaluation. En Gironde, un terme est même institué dans les équipes pour illustrer cette légitimité : le « visa médecin ». Le rôle de validation des plans se structure autour de compétences spécifiques. Un des médecins rencontrés nous précise que la démarche de validation du plan repose sur la vérification de la bonne prise en compte des besoins de la personne et leur bonne traduction en critères intelligibles, sur le contrôle de la conformité du plan aux besoins repérés, ainsi que sur la vérification des actions proposées (qu'elles soient justifiées au regard des besoins).

Les observations de visites à domicile réalisées dans le cadre du terrain girondin laissent voir que le calcul des barèmes et l'élaboration du plan d'aide se font sur place, dans l'interaction même avec la personne âgée. Habituellement, les évaluateurs communiquent, sur le champ, le niveau de perte d'autonomie et, quand il s'agit d'une réévaluation de la situation, les nouvelles amplitudes horaires proposées par semaine et par mois. L'évaluatrice valide avec la personne âgée l'organisation et la planification des heures dans la semaine. Toutefois, d'autres pratiques nous ont été rapportées par les évaluateurs de terrain, durant les derniers mois d'enquête. Suite aux modifications récentes de calcul des droits à la prestation survenues avec l'application de la loi ASV, les évaluateurs se montrent de plus en plus réticents à communiquer le détail des plans d'aide aux bénéficiaires. Seules les équipes dotées de tablettes numériques permettant de calculer en direct les droits peuvent continuer cette pratique. Or, au moment de l'enquête quelques évaluateurs seulement en étaient dotés à titre expérimental.

La plupart des visites se font en présence d'un tiers (parent, voisin, ami, autre professionnel, etc.). Cela demande donc aux professionnels de savoir gérer une interaction à plusieurs personnes : il faut à la fois s'adresser aux membres de la famille, tenir compte de leurs explications et de leurs souhaits, tout en sollicitant directement la personne pour établir l'évaluation en fonction des réponses qu'elle apportera aux sollicitations du professionnel. Les décalages d'interprétation ne sont pas rares et, si les professionnels doivent porter une attention réelle et soutenue aux propos de la personne âgée, ils ne peuvent élaborer leur évaluation sans prendre en compte le ressenti des aidants naturels. Pour certains professionnels, les aidants participent ainsi directement à la construction du plan d'aide. On pourrait même dire que la pratique de l'évaluation renvoie à des formes de compromis entre les besoins exprimés par la personne-elle-même, les représentations que les aidants ont de ce même besoin et, enfin, l'appréciation par le professionnel de la situation en fonction des critères techniques qu'il a évalué et des observations pratiques qu'il a effectué.

Les observations de terrain révèlent donc que la négociation fait partie de l'évaluation. Loin d'être rejetée par les professionnels comme source de conflit potentiel ou de tensions avec la personne demandeuse, la négociation est suscitée tout au long de l'interaction. Selon les situations observées, les points de négociation ont porté sur des aspects différents de la prise



en charge. Ils ont par exemple concerné l'identité de l'aide-ménagère et la nature de son intervention (petit ménage, course, sortie, présence, aide à la préparation et à la prise du repas), l'organisation des visites de l'aide à domicile en termes de jour d'intervention, de planning journalier et hebdomadaire, le nombre d'heures souhaitées dans la semaine, le reste à charge éventuel. Si toutes les requêtes ne peuvent aboutir, les points de négociation acceptés par la professionnelle sont intégrés dans la formalisation du plan d'aide. Les demandes rejetées donnent lieu, de leur côté, à une argumentation détaillée de la part des professionnels sur les raisons du refus. La négociation semble perçue par les professionnels girondins rencontrés comme un moyen de prendre en compte les souhaits des personnes âgées, de répondre le plus précisément possible à leur demande et, au regard de ces deux aspects, comme le meilleur moyen d'éviter un refus du plan d'aide. La négociation peut s'interpréter, alors, comme le préalable à une bonne compréhension et acceptation du plan. Négocier, c'est finalement pour les professionnels, éviter de perdre du temps à reprendre des situations qui seraient rejetées ultérieurement par les personnes âgées.

Dans les situations d'aide les plus complexes (résistance à l'intervention, usure des aidants, dépression, syndrome de glissement, signes d'altérations cognitives), les évaluateurs peuvent être amenés à solliciter les psychologues du service APA<sup>57</sup> pour une aide psychologique temporaire. Ces derniers peuvent également intervenir de façon spécifique auprès des aidants naturels. D'ailleurs, l'action des psychologues en Gironde s'est historiquement structurée autour de cette aide aux aidants. Les psychologues revendiquent, en outre, une action de réorientation des situations les plus vulnérables vers des modes de prise en charge spécialisée qui leur demandent une bonne connaissance des ressources partenariales en présence dans le secteur d'intervention.

En Gironde, les services de l'APA bénéficient d'une pratique d'harmonisation de l'intervention des professionnels à partir de la mise en place et de la diffusion, au sein des équipes de terrain, d'un classeur de procédures. Ce classeur décrit, de façon détaillée, les différentes étapes de l'instruction d'un dossier APA ainsi que les « bons » comportements à tenir pour chacune d'entre elle, selon les différentes situations possibles (première demande, révisions, révisions administratives, APA d'urgence, etc.). Toutes les démarches avant la visite à domicile sont référencées, y compris la prise de contact et la fixation du rendez-vous de première rencontre et, au-delà, tout le déroulé et la logique de l'interaction avec la personne âgée. Le CD 33 développe également une procédure d'accueil des nouveaux arrivants dans les équipes APA, assurée par la responsable des actions territoriales (présentation de la DGAS, des services, de la chaîne de l'APA, de l'évaluation, des procédures comptables, présentation par un médecin de la grille AGGIR et du logiciel IODAS). Toutefois, l'essentiel de la formation se fait sur le terrain, par le contact avec les pairs. Le plus souvent, les professionnelles nouvellement arrivées dans les équipes exercent quelques semaines en binômes avant d'intervenir, seules, à domicile. La prise de rôle professionnel s'effectue par la mise en situation, le partage d'expériences et la confrontation à

---

<sup>57</sup> Dans l'organisation administrative girondine, les psychologues intervenant auprès des équipes APA assurent également des missions auprès du Bureau de l'Accueil Familial. Leur présence en territoires se trouve de ce fait réduite.

la pratique d'autrui. Elle s'établit donc à partir d'une forme de socialisation progressive à la pratique de l'équipe et du service.

## **§2. L'évaluation dans le cadre des équipes pluridisciplinaires des MDPH**

L'évaluation est une compétence professionnelle largement valorisée par les équipes des MDPH rencontrées qui, à de nombreuses reprises lors des entretiens, mentionnent le caractère complexe et multiforme de sa réalisation dans le cadre du handicap. Contrairement à l'évaluation pratiquée pour l'APA qui concerne à la fois une prestation unique, une seule forme d'aide (l'évaluation pour la mise en place d'une aide humaine) et un seul outil d'évaluation (la grille AGGIR), l'évaluation mobilisée par les professionnels des MDPH a trait à différentes prestations et repose sur l'appréciation d'aspects diversifiés (le besoin en aides techniques et en aide humaine, l'aménagement du logement, l'insertion professionnelle, les orientations scolaires et les orientations en établissements spécialisés, l'octroi de cartes de stationnement). Cette évaluation multidimensionnelle nécessite l'utilisation de plusieurs outils d'appréciation des situations (Grille GEVA, GEVASCO, notamment). Elle fait souvent dire aux professionnels des MDPH que la pratique de l'évaluation est bien plus difficile à manier que celle développée dans le cadre des services des Conseils Départementaux. Il n'en reste pas moins que quelques spécificités se font jour entre MDPH sur l'organisation des équipes pluridisciplinaires et leur composition, l'orientation des évaluations, ainsi que le rapport aux prestataires par exemple.

### **2.1 Les modes d'organisation du traitement des demandes dans les deux départements**

Bien qu'elle soit règlementairement associée à l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, l'évaluation médicosociale se réalise dans des contextes organisationnels différents selon les deux départements étudiés. En Gironde, elle se fait en lien avec des équipes de travailleurs sociaux réparties dans trois pôles correspondant à trois territoires d'intervention, après orientation des demandes de visites à domicile par les médecins associés à chaque pôle. Dans les Landes, l'évaluation médicosociale se fait également par des travailleurs sociaux (ou infirmiers) rattachés à des commissions thématiques spécifiques dans lesquelles ils sont directement inscrits. Il existe quatre commissions thématiques (0-16 ans, 16-25 ans, insertion scolaire, insertion professionnelle pour les + de 25 ans) chacune pilotée par un coordonnateur. Les différentes équipes pluridisciplinaires ainsi constituées sont par ailleurs chapeautées par une coordonnatrice générale. A la MLPH des Landes et contrairement au fonctionnement girondin où seuls les médecins assurent la première lecture des dossiers, les travailleurs sociaux participent à la prise de connaissance des demandes. Ils assurent ensuite les visites à domicile qui leur sont orientées. La MDPH 33 a, pour sa part, recruté des « référents thématiques » chargés du suivi et du traitement de certains dossiers thématiques (référent insertion professionnelle, référent vie à domicile, référent scolarité, référent scolarité et formation initiale, référent établissements)<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> Nous verrons par la suite le rôle qu'ils jouent dans les EPE (équipes pluridisciplinaires d'évaluation).

## **2.2 Le rôle des agents d'accueil en Gironde**

Les demandes de prestations à la MDPH peuvent arriver par des canaux divers et variés. Depuis novembre 2016, le Département de la Gironde et la MDPH, dans le cadre de la nouvelle territorialisation des politiques publiques et d'une future labellisation en Maison Départementale de l'Autonomie, ont entrepris une démarche de délocalisation de l'accueil physique des personnes handicapées au niveau des neuf Pôles Territoriaux de Solidarité. Cet accueil des personnes handicapées en territoires a donné lieu à la création d'une nouvelle fonction, celle « d'agent d'accueil ». Ce dernier peut intervenir en amont et en aval du dépôt de dossier d'une demande de prestation à la MDPH. En premier lieu, son rôle est d'informer les personnes des prestations existantes, d'aider au montage du dossier et à la vérification de sa complétude, de déposer ce dernier via une procédure interne de navette, de fournir à l'usager un récépissé de dépôt. Pendant, l'instruction du dossier, et s'il arrive à disposer des renseignements nécessaires, l'agent d'accueil peut fournir aux personnes demandeuses des éléments sur le cours de l'instruction de leur dossier. Il peut, en outre, apporter des informations complémentaires en cas de refus d'une prestation et orienter la personne vers une procédure de recours.

## **2.3 La pratique concrète de l'évaluation**

Comme nous l'avons mentionné, l'intervention des évaluateurs dans le cadre de la PCH en Gironde se fait après un « pré-tri » réalisé par le médecin. Ce premier examen des dossiers donne déjà des orientations possibles et détermine la nécessité d'une visite à domicile ou pas. En Gironde, la visite à domicile est systématique dans le cadre des premières demandes et facultative pour les demandes de renouvellement. Elle est réalisée par un travailleur social d'une équipe médicosociale dont le profil peut-être choisi selon la nature de la demande. Pour l'évaluation d'équipements techniques et la transformation du logement par exemple, ce sont prioritairement les ergothérapeutes qui sont retenus pour réaliser la visite à domicile en binôme avec un travailleur social. Dans les Landes, l'évaluation médicosociale intervient, comme en Gironde, après un premier tri du médecin et des travailleurs sociaux sur dossiers. Les situations habituelles, peu complexes, ne donnent pas lieu à une visite à domicile. Pour les premières demandes, il est largement préconisé une visite à domicile mais elle n'est pas systématique. Elle est toujours « proposée » aux personnes qui peuvent la refuser et être reçus directement à la MLPH s'ils le préfèrent. Dans le cas des renouvellements, les évaluations peuvent se faire par téléphone. Selon les informations consignées dans les dossiers, un travail de prise de renseignements complémentaires auprès des partenaires est réalisé si nécessaire par le médecin. Contrairement à ce qui se pratique en Gironde, où l'orientation des dossiers vers les évaluateurs se fait par le truchement des secteurs géographiques, l'orientation des demandes à évaluer dans les Landes se fait en fonction des profils des professionnels et de leur ouverture à certaines formes de handicap. S'opère ainsi une forme de « spécialisation » des travailleurs sociaux des équipes pluridisciplinaires à telle ou telle problématique. A la différence des procédures APA où les médecins landais sont en premier lieu mobilisés dans l'évaluation, les médecins des deux départements ne participent à aucune visite à domicile dans le cadre du handicap.

Lorsqu'une demande de visite à domicile est orientée vers un évaluateur, l'évaluation débute habituellement par l'étude préalable du dossier de demande (lecture de la situation, compréhension du handicap, repérage des partenaires qui interviennent déjà auprès de la personne, prise d'informations complémentaires éventuelles auprès de ces partenaires si les informations recueillies par le médecin paraissent insuffisantes). Les visites réalisées dans le cadre de la PCH couvrent les situations de handicap moteur, mental et, depuis 2005, les problématiques psychiatriques (le handicap psychique donne lieu à des interventions possibles en matière d'aide à domicile). L'ensemble des visites sont réalisées pour évaluer les besoins en matière d'aide humaine.

Selon les évaluateurs rencontrés sur les deux territoires (Landes, Gironde), l'évaluation ne se pratique pas de la même manière en fonction de l'appréciation des besoins dans le cadre d'un handicap moteur ou d'un handicap psychique.

L'évaluation dans le cadre du handicap psychique est, selon les professionnels, plus difficile à réaliser en raison du profil des personnes et des effets possibles de la pathologie sur le déroulé de l'entretien (agressivité, difficulté à communiquer et à entrer en relation avec le travailleur social, difficulté d'accès au logement, perception de l'évaluation comme une forme d'agression et d'intrusion dans l'intimité). En Gironde, l'évaluation se fait souvent en présence d'un tiers, habituellement la psychologue du service ou un partenaire présent pour l'occasion (curateur, éducateur qui assure le suivi, partenaire du CMP, d'un SAMSAH ou d'un SAVS quand il y en a un). En Gironde, les partenaires ont toujours été associés aux évaluations du handicap psychique. Leur présence donne l'avantage de pouvoir repréciser la réalité des situations et pondérer certains propos quand il y a des décalages trop grands entre ce que dit la personne de sa capacité à assurer les tâches de la vie quotidienne et la réalité de ce qu'elle fait ou peut faire. En raison des effets possibles de la maladie psychique déjà évoqués, les renseignements ne sont pas toujours faciles à obtenir. Parfois, une deuxième visite à domicile s'impose.

Selon les propos des évaluateurs rencontrés, les problématiques psychiques sont de plus en plus présentes au regard de l'ensemble des situations à évaluer et semblent plus particulièrement affirmées dans le contexte urbain. Elles renvoient le plus souvent à des personnes qui ne sont pas stabilisées, qui ne mangent pas et pour lesquelles « *il faut mettre du tiers* ». L'intervention auprès de ces personnes se fait, le plus souvent, pour introduire une aide sur les actes essentiels de la vie quotidienne. Contrairement au handicap moteur, le soutien n'intervient pas pour relever une incapacité physique à faire les gestes essentiels de la vie mais répond à un besoin de stimulation.

En Gironde, le poste et les missions d'intervention de la psychologue de la MDPH ont largement été orientés vers le soutien aux équipes d'évaluateurs dans le cadre de ces visites à domicile (organisation de visites en binôme, apport d'informations sur les effets des pathologies psychiques, mise en relation avec des partenaires maîtrisant la pathologie pour une meilleure compréhension des situations). Les missions de la psychologue se recentrent, aujourd'hui, autour des situations les plus complexes (situations non suivies, patients en rupture de soin avec des diagnostics non définis ou peu clairs, patients en errance médicale).

La professionnelle reconnaît, en effet, la bonne intégration de « l'évaluation psy » aux pratiques des évaluateurs qui ont acquis une certaine expérience en la matière et la sollicitent beaucoup moins fréquemment qu'au début de l'entrée en vigueur du dispositif. Elle anime également un « réseau handicap », organisé autour de réunions de synthèse, tous les trois mois, avec les psychologues des services partenaires (SAMSAH, SAVS, SAAD, Aquisep). La psychologue a une approche particulière de l'entretien d'évaluation. Moins directement fixée sur les critères techniques de la grille GEVA que les travailleurs sociaux, elle aborde des questions liées à la perception que la personne a de sa situation, à son rapport aux soins, à son rapport à l'environnement social, ainsi qu'à l'extérieur. La visite à domicile dans le cadre du handicap psychique constitue pour elle une particularité forte de la MDPH de la Gironde, qui permet à la fois de prendre en compte le point de vue des usagers et d'engager une démarche de proximité à leur égard.

Les visites à domicile dans le cadre de la PCH, hors situations psychiatriques, portent également sur l'évaluation des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacements, prise de repas, besoin de surveillance). Elles donnent lieu à une évaluation sociale globale axée sur le renseignement des items de la grille GEVA, donc sur les critères légaux d'éligibilité, mais, au-delà, sur la prise en compte de la situation sociale, financière, médicale et personnelle du demandeur ainsi que sur l'appréciation de son environnement familial et relationnel (présence d'aidants ou de tiers au quotidien, activités sociales et professionnelles). L'évaluation PCH est la détermination des difficultés concrètes et des besoins d'aide de la personne au vu de son handicap et au regard d'un environnement bien précis, afin d'identifier l'éligibilité du demandeur à la prestation et la détermination de la nature et de l'importance de cette prestation (en termes d'heures et de type d'intervention nécessaire). L'évaluation intègre la prise en compte des évolutions possibles du handicap subi. Sur ce point, les évaluatrices landaises rencontrées ont particulièrement insisté sur la notion de « retentissement du handicap sur la vie quotidienne » (effets immédiats et à venir potentiellement prévisibles qui doivent être compensés par le plan) comme une dimension primordiale de l'évaluation. Les évaluateurs intervenant dans le cadre de la PCH témoignent de l'existence d'un cadre formel strict (la grille GEVA) qui vient structurer l'entretien. En Gironde, le côté formel de l'évaluation est renforcé par l'utilisation et la mobilisation par les professionnels de grilles de la CNSA servant de références communes aux travailleurs sociaux des équipes. Loin d'être perçue comme des formes d'encadrement et de normalisation de la pratique de l'évaluation, l'utilisation de ces référentiels d'action est plutôt présentée par nos interlocuteurs comme un recours rassurant en cas d'incertitude ou de difficulté à trancher sur l'appréciation d'un point particulier de la situation. Elle peut dans certains cas servir de jurisprudence.

L'évaluation réalisée dans le cadre d'une demande de PCH intègre également l'orientation vers d'autres services ou prestataires sociaux quand des manques sont repérés ou « *que des coordinations sont mal engagées* ». Au-delà de l'appréciation technique des besoins, les évaluateurs valorisent, ainsi, dans leur intervention une mission d'orientation et d'information sociales des familles. Si les évaluateurs rencontrés excluent catégoriquement la possibilité de transmettre le détail du plan de compensation le jour de la visite, ils abordent nécessairement, lors de la première rencontre, le choix des prestataires. En Gironde, les professionnels et

cadres de service rencontrés reconnaissent que l'orientation des plans se fait prioritairement vers des prestataires extérieurs. Sur les gros plans d'aide (plus de 20h d'intervention), la logique institutionnelle est de mixer les interventions entre prestataires, mandataires et intervention des aidants. Les raisons invoquées sont la facilitation du suivi administratif et la prévention du risque d'usure des aidants. Il est toutefois rappelé que les personnes handicapées « *gardent la main sur l'organisation du plan* » et sa mise en action. Ainsi, dès que le droit a été ouvert et le détail du plan validé par notification de la CDAPH, une personne peut à tout moment remettre en cause les premières orientations prises sans en informer les équipes évaluatrices qui découvrent alors les changements éventuels, lors du renouvellement de la situation, cinq ans plus tard.

La durée des entretiens se situe entre 1h et 2h pour les premières demandes. Une évaluatrice landaise mentionne des temps plus longs encore sur certaines situations et soulève la latitude d'action laissée aux équipes par la direction de la MLPH. Les évaluations pour les enfants sont habituellement plus longues encore que celles pour les adultes. La présence des parents et les sujets liés à la scolarisation venant démultiplier le temps d'échange et d'appréciation par l'évaluateur. Contrairement à ce qui se pratique au niveau de l'évaluation APA, la visite du logement est rarement sollicitée mais elle peut avoir lieu si des besoins particuliers sont verbalisés sans qu'ils aient été mentionnés dans le dossier de demande d'aide (en Gironde, la réintégration de cette dimension dans l'évaluation déclenche la visite au domicile d'un ergothérapeute). Les visites sont toujours des « *rencontres humaines* » et comportent une dimension importante de recueil de la parole du demandeur et de la spécificité de sa situation. Il est en cela important pour nos interlocuteurs qu'elles soient menées par des travailleurs sociaux qui sont formés à cette écoute et à ce type de conduite d'entretien. C'est d'ailleurs la capacité des travailleurs sociaux à recueillir cette parole qui peut leur donner une capacité d'action propre. Une professionnelle précisera que sa marge de manœuvre réside dans la possibilité de faire remonter à l'institution les problématiques repérées sur le terrain et encore insuffisamment prises en compte dans l'attribution de l'aide (souffrance psychologique de la personne handicapée, souffrance des aidants, répercussion du handicap sur le quotidien, isolement social des personnes handicapées). Sa fonction de travailleur social l'engage ainsi à « *remettre de l'humanité sur des gens très isolés* » et à « *faire bouger les lignes* » de l'institution.

## **2.4 Le rôle et le fonctionnement des Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation (EPE)**

Une fois la visite au domicile effectuée, les travailleurs sociaux sont en charge de rédiger une synthèse de la situation et de produire un plan de compensation du handicap qui devra être validé par une équipe pluridisciplinaire avant son passage en CDAPH. En Gironde, il y a deux types d'EPE (une EPE restreinte, le plus souvent pour les renouvellements de situation, et une EPE élargie pour les premières demandes). Les EPE élargies ont lieu toutes les semaines, en présence des médecins coordonnateurs et des évaluateurs. Elles sont animées par le référent thématique « *vie à domicile* ». Elles peuvent donner lieu, selon les situations présentées et les problématiques régulièrement portées au débat, à l'identification d'axes prioritaires de travail qui pourront être développés dans le cadre d'ateliers spécifiques de réflexion (« *l'évaluation de la surveillance* » a été un des thèmes retenus dans l'une des équipes rencontrées). En

Gironde, l'organisation et l'animation des EPE, placées sous la responsabilité des responsables de pôles territoriaux (PTA), peuvent changer d'un territoire à l'autre selon l'impulsion donnée par le cadre de service. Les EPE reposent sur la présentation des synthèses et la proposition d'un plan d'aide par les travailleurs sociaux en charge de l'évaluation à l'ensemble de l'équipe. La présentation des synthèses peut se faire à deux si l'évaluation s'est faite en binôme. Le plus souvent, « *l'équipe est d'accord sur les conclusions de la situation* » mais il peut y avoir aussi un « *débat contradictoire* ». Toutes les situations ne donnent pas lieu à une présentation en EPE (certaines sont simplement retraduites au médecin dans une démarche de « post-tri »). Dans les Landes, les EPE ont lieu tous les 15 jours. Comme en Gironde, la décision se prend de façon collégiale sur proposition des orientations par l'évaluateur qui a réalisé la visite à domicile.

Le temps de réalisation des synthèses (qui se situe entre la fin de la visite à domicile et la programmation de la présentation de la situation en EPE) est un temps important pour les évaluateurs rencontrés. Il permet, à partir de la relecture des notes prises lors de la visite à domicile, d'élaborer le calcul précis des items de la grille GEVA et d'apprécier de façon distanciée la situation évaluée. C'est un temps de décantation, de cheminement, nous dirons les professionnels, « *parce qu'il y a des éléments très factuels mais après, il y a du subjectif, de l'émotionnel qu'il faut digérer* ».

On peut noter une forte adhésion des travailleurs sociaux rencontrés au fonctionnement des EPE et à la prise de décision collégiale qui y est soutenue. Au regard des entretiens menés avec certains d'entre eux, plusieurs atouts sont particulièrement valorisés tels qu'une plus grande efficacité dans le jugement et la prise de décision, un regard pluridisciplinaire, une garantie d'équité de traitement, une déresponsabilisation du travailleur social dans l'attribution de la prestation. D'ailleurs, une de nos interlocutrices insistera sur la grande liberté dont disposent encore les évaluateurs girondins dans les décisions d'attribution ou de non attribution et sur la bonne qualité du débat au sein des équipes.

En Gironde, les équipes d'évaluateurs ont bénéficié d'une logique d'harmonisation de leur pratique via une analyse collective engagée autour des critères de mesure en lien avec des grilles et référentiels de la CNSA. Des professionnels de la caisse sont venus dispenser des formations sur place. Cette logique a été appréciée par les évaluateurs qui y ont vu l'application d'un cadre d'action, la réassurance dans leur fonction, la garantie d'une limitation des décalages en matière de pratique professionnelle.

## **Section 2. L'évaluation et la mise en œuvre des plans par les autres acteurs du maintien à domicile**

L'objet de cette partie est de mettre en évidence la multiplicité des acteurs gravitant autour des personnes âgées et handicapées soit dans le repérage des situations, soit dans la coordination des acteurs locaux, soit dans la mise en œuvre effective de l'aide, par-delà l'organisation des dispositifs dédiés (APA/PCH). L'idée force sera de montrer que malgré une évaluation déjà réalisée par les acteurs départementaux, les opérateurs de terrain soutiennent une démarche propre d'évaluation.

### **§1. Pré-évaluation sociale et coordination territoriale : le rôle des CLIC et des CIAS**

Selon leur niveau de labellisation (niveau 1, 2 ou 3), les CLIC endossent des missions différentes allant de la diffusion d'informations générales au développement social local. L'ensemble des CLIC rencontrés pour l'étude sur les différents territoires landais et girondins étaient de niveau 3. A ce titre, ils assuraient une première prise de contact avec les publics âgés, la diffusion d'informations généralistes sur les droits potentiellement mobilisables et l'aide au montage de dossiers administratifs, l'établissement d'une pré-évaluation sociale, l'orientation vers des dispositifs *ad hoc* en fonction des besoins repérés, la coordination des différents partenaires locaux intervenant auprès de la personne âgée et, selon les terrains, un rôle d'animation territoriale plus ou moins investi.

Sur le terrain landais du Grand-Dax, le CIAS a créé une fonction de « référent social » dont les missions sont proches de celles des professionnels des CLIC dans leur fonction d'évaluation sociale, notamment. Trois profils différents de travailleurs sociaux ont été recrutés sur ce poste. Ils assurent parallèlement à leur première mission des fonctions de repérage et de traduction des modalités concrètes d'intervention des services du CIAS auprès des bénéficiaires (service d'aide à domicile, de portage de repas, de garde de jour).

Les CLIC, tout comme le CIAS du Grand Dax, via la fonction de « référent social », interviennent généralement en première intention, sur sollicitation directe des usagers, de leur famille ou des institutions partenaires. Ils ont pour vocation de faire le point sur les besoins des personnes encore à la marge des dispositifs et de les orienter vers les bonnes modalités de prise en charge. A ce titre, les coordinatrices de CLIC ou les référents sociaux rencontrés se livrent systématiquement à une pré-évaluation sociale de la situation. Les rencontres se font la plupart du temps à domicile. Il s'agit dans un premier temps d'identifier l'émergence de nouveaux besoins, de repérer les difficultés quotidiennes et leur aggravation éventuelle, d'aborder précisément la situation sociale et personnelle de la personne âgée, d'identifier les ressources potentielles et de commencer à concevoir des orientations ou des suivis possibles. L'évaluation sociale est une évaluation globale. Elle porte sur la situation de famille, l'état de santé de la personne et son suivi médical, les relations sociales, les besoins personnels, l'état du logement, etc. Les professionnelles rencontrées des CLIC insistent sur l'importance de l'écoute, du recueil de la parole lors des premières rencontres. Plusieurs pratiques sont de mise. Si certaines évaluatrices déclarent ne pas avoir de déroulé type d'entretien s'adaptant au



caractère aléatoire des demandes et des besoins, d'autres dépeignent une pratique de l'entretien formalisée autour d'une trame typique d'intervention faite du rappel du contexte de la rencontre et des raisons de la prise de rendez-vous, de l'évocation des missions du CLIC et de l'objet de l'entretien, et de l'évaluation du niveau de dépendance de la personne. En effet, l'objectif final de ce processus de pré-évaluation est d'entrevoir une éventuelle perte d'autonomie et son degré d'importance. D'ailleurs, les professionnelles rencontrées sur les deux terrains d'investigation utilisent exclusivement la grille AGGIR lors des premières rencontres, à l'instar des référents sociaux des Landes qui déclarent maîtriser parfaitement son utilisation. De fait, les CLIC, comme le CIAS du Grand Dax, jouent un rôle direct dans la détermination du niveau de dépendance. Cette pratique du girage vaut comme indicateur pertinent des incapacités fonctionnelles de la personne et permet de s'assurer de son éligibilité à l'APA. Dans certains contextes locaux, ces formes de pré-girage sont intégrées à des pratiques assez formalisées de la part des équipes qui en accord avec les services départementaux repèrent et orientent vers leurs professionnels les situations relevant de leur compétence. Cette organisation a pour avantage d'éviter les doublons d'évaluation et de désengorger les services évaluateurs des départements en leur adressant des situations qui ne donneraient pas lieu à ouverture de droit. Elle permet, en outre, d'orienter vers les services de l'APA les situations urgentes encore non repérées. En Gironde, sur le territoire de Mérignac, lors de la création du CLIC en 2004, les évaluations dans le cadre de l'APA étaient même réalisées par les professionnels du CLIC qui adressaient le girage et le plan d'aide qui en découlait aux évaluateurs de l'APA. Ces derniers s'assuraient de la congruité des plans et les validaient, se focalisant, de leur côté, sur les réévaluations de situations. On peut noter dans ce cas-là des logiques d'imbrication des services et de division du travail entre équipes, liées au fait que médecin coordonnateur de l'APA était également directeur du CLIC. Il en va de même pour le CIAS du Grand Dax dont les référents sociaux assurent le girage des situations et l'établissement du plan d'aide qui est soumis pour validation au médecin référent du Département. Dans cette configuration locale, il y a même, le cas échéant, des visites conjointes médecin/référent social pour les situations les plus complexes. Dans les Landes, le fonctionnement en plateforme médicosociale des services du Conseil Départemental permet aux CLIC d'intervenir dans le suivi du plan d'aide APA, une fois le droit ouvert.

Une fois les besoins repérés dans le cadre de l'évaluation, il s'agit pour les CLIC de rendre opératoire la prise en charge identifiée comme celle adaptée aux besoins en faisant le lien avec les prestataires et les partenaires adéquats. Cela renvoie à une mission de coordination. Selon les territoires, cette dernière donne lieu à des pratiques plus ou moins institutionnalisées. En Gironde, sur les territoires étudiés, le CLIC est à l'origine de réunions avec les MAIA, les services APA, les SSIAD, voire même les SAAD sur la ville de Mérignac. Comme nous le rappelle une de nos interlocutrices, un des enjeux de la coordination est « *de travailler sur un réseau, sur un partenariat le plus large possible* ». D'ailleurs, les coordonnatrices peuvent également intervenir à la demande des SAAD ou des CCAS quand certaines prises en charge se complexifient (résistance de la PA à l'intervention, aggravation des situations et inadaptation des plans d'aide). Cette pratique illustre à la fois le rayonnement du CLIC à l'échelle d'un territoire et sa proximité avec les partenaires qui l'interpellent préférentiellement par rapport aux évaluateurs de l'APA.

## §2. Le traitement des situations complexes : le rôle des MAIA

Nous avons observé peu de différences significatives entre les différents terrains d'investigation quant à la pratique de l'évaluation. En effet, le dispositif MAIA renvoie à des formes de standardisation nationales tant au niveau de l'approche globale d'intervention que de la répartition des fonctions (pilotes/gestionnaires de cas) ou encore des outils mobilisés dans le processus d'évaluation. Si la fonction de pilote renvoie plutôt au déploiement du dispositif à l'échelle territoriale et à la gestion de projets, l'évaluation incombe elle, plutôt aux gestionnaires de cas et répond à un principe de sectorisation. Les MAIA sont spécialisées dans l'évaluation des situations dites « complexes »<sup>59</sup>. Elles assurent à ce titre des formes beaucoup plus poussées d'accompagnement que ne le feraient les travailleurs médico-sociaux impliqués dans les dispositifs APA ou CLIC et sont engagées dans la coordination des acteurs gérontologiques nécessaires à la prise en charge des personnes âgées relevant de la gestion de cas. Sur le territoire nord des Landes, l'action de la MAIA est étendue de façon expérimentale aux personnes handicapées.

Les équipes sont configurées à l'identique. Elles doivent réglementairement être constituées d'au moins quatre personnes (un pilote et trois gestionnaires de cas). En fonction des contextes locaux, les équipes peuvent être mieux dotées en personnel. De la même manière, les profils de gestionnaires de cas peuvent varier entre formations sociales et paramédicales. Au regard des profils de professionnelles rencontrées, la pratique de l'évaluation n'a pas donné lieu à une formation spécifique et préalable à leur entrée en poste en tant que gestionnaire de cas. Elle a été apprise sur le tas par la mise en situation et par l'appropriation progressive des outils, fiches techniques et référentiels professionnels du dispositif MAIA. A ce jour, des pratiques de formation sont en cours sur le terrain girondin puisque tous les professionnels en poste doivent désormais avoir validé un DU « gestionnaire de cas ». En Aquitaine, ce diplôme est délivré par l'ISPED. Dans les Landes, cet impératif de formation ne nous a pas été mentionné.

Les entrées dans le dispositif se font essentiellement par orientation des partenaires locaux à partir d'un système d'alerte plus ou moins formalisé selon les territoires (hôpital, équipe APA, CLIC). Contrairement à d'autres formes de prise en charge, les usagers ne peuvent directement solliciter les professionnels.

L'évaluation se pratique à partir de l'utilisation de plusieurs grilles (GEVA, AGGIR), remodelées de façon spécifique. Il y aurait, en fait, l'utilisation de « *bouts de différentes grilles* » pour construire l'évaluation spécifique aux MAIA. En Gironde, le SMAF est l'outil le plus généralement utilisé alors que dans les Landes, les équipes préfèrent le GEVA. Toutefois, c'est le RAI qui a été choisi au niveau national comme référentiel unique pour l'ensemble des MAIA du territoire même si c'était l'outil le moins mobilisé dans les équipes girondines et landaises. Ce choix va de pair avec une volonté d'homogénéiser la pratique des équipes de terrain.

---

<sup>59</sup> Les critères de la complexité sont définis nationalement par la CNSA.

L'évaluation pratiquée par les gestionnaires de cas des MAIA se veut large. Elle prend en compte les dimensions médicales, sociales, d'organisation de la vie quotidienne, tout en se voulant plus précise que l'évaluation des équipes APA dans l'étude de certains critères d'incapacité, par exemple. Ainsi, plusieurs pans et thématiques de questionnement structurent l'entretien individuel réalisé par les professionnels :

**La vie quotidienne :** incapacités dans la vie quotidienne, préparation des repas, toilette, marche, déplacement à l'extérieur et à l'intérieur, gestion du budget

**La vie sociale :** vie sociale, activités, liens familiaux, dynamiques familiales

**La santé :** traitements, antécédents médicaux, professionnels intervenant auprès de la personne dans la surveillance de son état de santé, perception par l'utilisateur de sa santé

**La situation administrative:** droits ouverts, pensions de retraites acquises, niveau de revenus, allocation logement

**L'état psychologique de la personne :** repérage de syndromes dépressifs essentiellement

Le temps de l'évaluation entre les professionnels des équipes APA et les gestionnaires de cas des MAIA n'est pas le même. Si les évaluatrices APA interviennent habituellement une seule fois auprès des personnes et établissent le plan d'aide à l'issue de cette unique visite, la nature des situations suivies par la MAIA nécessite plusieurs rencontres avec la personne âgée avant de pouvoir avoir une représentation fine et fiable de la situation et des besoins. L'établissement d'une évaluation peut prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois selon les cas (lors de l'altération des capacités cognitives de la personne, par exemple). On peut noter ici, une différence de pratique entre les territoires landais et girondins avec dans le territoire landais, une utilisation plus ou moins systématique de la visite à domicile. La MAIA Sud-Landes peut intégrer des situations en gestion de cas à partir de la simple évaluation des partenaires lanceurs d'alerte sans nécessairement se déplacer auprès de la personne âgée.

L'évaluation dans le cadre de l'intervention des gestionnaires de cas se fait par deux entrées :

- Par l'évaluation propre des gestionnaires de cas lors des premiers contacts à partir de l'application des différentes grilles préalablement citées
- Par un deuxième niveau d'évaluation à partir du recueil des évaluations et informations détenues par les autres professionnels intervenant auprès de la personne

Dans la continuité des deux niveaux d'évaluation mobilisés, les gestionnaires de cas établissent un outil spécifique, le PSI (plan de services individualisé). Selon les informations recueillies auprès des professionnels girondins, il donne lieu à la production de deux tableaux de bord, identifiant les besoins décelés chez la personne et non couverts par l'intervention des services en cours et ceux déjà couverts en identifiant les services intervenant auprès des personnes âgées. Le gestionnaire de cas produit également une synthèse générale de la situation en tenant compte des informations issues des deux niveaux de prise de renseignements mobilisés (évaluation propre + recueil des données des autres intervenants) afin d'avoir la lecture la plus complète et la plus fine de la situation, tout en tenant compte de sa complexité et des difficultés d'intervention des différents professionnels. Cette synthèse

peut être communiquée à certains partenaires (services hospitaliers par exemple). Dans les Landes, les données issues du PSI sont saisies dans le logiciel PAACO (plateforme de recueil des informations médicales et de coordination des interventions à domicile, mise en application par l'ARS).

Le suivi à domicile est d'intensité variable en fonction de ce qui a été évalué et de l'urgence de la situation. Au final, le dispositif MAIA vient en subsidiarité des autres interventions dédiées à la prise en charge des personnes âgées. Il ne doit être mobilisé qu'une fois l'ensemble des autres solutions épuisées. Les professionnels des MAIA rencontrés nous ont toutefois fait part de leur intégration parfois difficile dans les dynamiques territoriales et partenariales déjà constituées, nécessitant d'asseoir par des apports pratiques et préférentiels la plus-value de leur intervention.

### **§ 3. Les SAAD et les SSIAD**

A leur niveau, les SAAD et les SSIAD quand ils héritent d'une nouvelle situation évaluent à nouveau les besoins de la personne aidée. Les responsables justifient cette pratique par deux nécessités : contrôler le girage pour s'assurer qu'il reflète bien le niveau de dépendance de la personne et qu'il est adapté à l'intervention souhaitée et traduire de façon pratique et opératoire l'intervention des professionnels (aides-soignants, AVS). Concernant le premier point, un directeur de SSIAD dans le Sud-Gironde va même jusqu'à dire que l'infirmière de son service réalise un nouveau girage qui ne correspond pas toujours et complètement à celui effectué par l'évaluatrice du CD. Deux pratiques se révèlent alors au regard des témoignages recueillies : soit le service s'aligne sur le girage effectué en amont et décline tel quel le plan d'aide tout en sachant qu'il n'est pas complètement adapté ; soit le service enclenche le plan d'aide en demandant toutefois au service de l'APA une réévaluation rapide de la situation. Dans le cadre du fonctionnement du système landais, les SAAD peuvent contacter directement les travailleurs sociaux du service « prestations et accompagnement » pour saisir le Conseil Départemental de ce besoin de réévaluation.

L'évaluation est menée par des profils de cadres particuliers : infirmière coordinatrice dans le cadre des SSIAD et responsable de secteur dans le cadre des SAAD. Très concrètement, ces professionnels se déplacent au domicile, réévaluent les situations et expliquent la nature du plan ainsi que son organisation pratique aux équipes de terrain.

Il s'agit certes d'évaluer le plus finement possible le besoin de la personne mais aussi d'organiser le planning des équipes et de trouver les formes d'organisation du travail les plus efficaces possibles (gestion du temps, des déplacements, des coûts d'intervention, qualité du service). Selon les territoires d'investigation (Sud Gironde par exemple), certains responsables de secteur assurent un suivi des situations en revenant à plusieurs reprises au domicile, assurant ainsi une forme de contrôle de la prestation. Dans les Landes, les contacts tenus entre services du Conseil Départemental et prestataires ne sont pas exemptes de ces logiques d'encadrement et de vérification du déroulé de la prestation. L'observation de réunions techniques en Gironde dédiées aux équipes APA laisse plutôt transparaître un certain laxisme du Conseil Départemental en la matière amenant les évaluateurs à faire remarquer

qu'en cas de sur-évaluation du plan, les services prestataires se devraient de le signaler à l'institution.

Dans les territoires ruraux, il est à noter que les SAAD peuvent jouer le rôle de CLIC en fonctionnant comme un interlocuteur unique. En Gironde, le SAAD rattaché à la communauté de commune du Bazadais peut intervenir en amont d'une demande d'APA. Il s'agit alors pour la responsable de secteur à la fois de renseigner la personne sur les aides et prestations existantes et, le cas échéant, de les aider à la constitution du dossier.

### **Section 3. Individualisation de la prestation, suivi des situations et notion de projet de vie**

L'individualisation de l'accompagnement est inscrite dans la loi ; pour ce qui est de la PCH, il s'agit formellement d'établir un *plan personnalisé* de compensation. On peut toutefois observer combien les agents chargés de l'évaluation et de l'élaboration des plans d'aide se trouvent en prise avec des injonctions en partie contradictoires : répondre au mieux aux besoins de la personne, individualiser voire personnaliser la prise en charge, mais dans les limites fixées par la législation, qui établit notamment des plafonds mais aussi éventuellement par le Département qui peut orienter les pratiques des agents. L'accompagnement est mis à l'épreuve des contraintes légales et budgétaires. Il faut toutefois observer que la contrainte financière pèse plus du côté APA que du côté handicap. On présentera ici les éléments qui, dans notre étude, caractérisent les limites qui sont ou peuvent être imposées aux agents en charge de l'évaluation et de l'accompagnement. Par-delà ces contraintes ou ces limites, l'étude montre la prégnance d'un discours, mais aussi de pratiques professionnelles valorisant l'individualisation, notamment dans la déclinaison des plans, le suivi des situations et le quotidien des bénéficiaires. On abordera enfin la question problématique du « projet de vie » qui, depuis la loi ASV, doit faire partie de l'accompagnement des personnes âgées comme il était déjà, en théorie, prévu pour les personnes handicapées. L'élaboration du projet de vie peut être conçue comme une exigence « administrative » ou en tout cas strictement formelle ; pour certains acteurs, cette notion devrait toutefois ouvrir sur des perspectives plus larges supposant que les politiques de l'autonomie dépassent le cadre de simples politiques de l'offre.

#### **§1. L'accompagnement à l'épreuve des contraintes légales et financières**

Au travers des entretiens conduits auprès d'élus, de cadres de services et responsables des CD et des MDPH, de certains professionnels de terrain et équipes d'évaluateurs, il semblerait que les acteurs rencontrés ressentent beaucoup plus clairement les contraintes budgétaires s'appliquant à l'élaboration des plans APA que celles relatives à la construction des plans PCH. En revanche, s'agissant des contraintes légales, le constat est contrasté. Si la grille GEVA, outil d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes handicapées semble bien plus précise et contraignante que la grille AGGIR, qui permet l'évaluation de la dépendance des personnes âgées, on constate cependant une plus grande propension à développer des « doctrines locales » (c'est à dire des pratiques portant la marque d'une posture politique locale dans la mise en œuvre d'un dispositif) pour les personnes handicapées. Le rôle de

tarificateur qui incombe au département est également l'occasion de gérer dans une certaine mesure les contraintes financières de la politique publique de l'intervention au domicile des personnes dépendantes (handicapées et âgées). Les éléments qui suivent ont principalement été recueillis sur le territoire girondin.

## **1.1. Normes, contraintes et pratiques dans le cadre des plans APA**

### **1.1.1. Types d'aides, volumes horaires**

En Gironde, on peut estimer que la « contrainte budgétaire » et les directives de la Centrale ont été « intériorisées » par de nombreux agents. Des écarts importants dus à la plus grande « générosité » de certains agents avaient pu être antérieurement constatés et avaient dès lors entraîné le souci de remédier à cette situation. La régulation vient en partie de la Centrale. De même, les réunions hebdomadaires entre médecins-coordonnateurs peuvent être l'occasion de pratiques d'harmonisation. Dans l'objectif d'homogénéiser les plans APA, par exemple par la rédaction de procédures, la direction métier vise à assurer l'équité dans le traitement des personnes âgées sur l'ensemble du territoire. L'utilisation commune du logiciel IODAS contribue également à harmoniser les pratiques : certaines rubriques sont paramétrées dans le logiciel métier utilisé par les équipes (APA d'urgence, sorties d'hospitalisations, ...). Dans ces cas, les procédures à suivre sont directement guidées par le logiciel. Ces pratiques d'homogénéisation des approches de l'évaluation et de traitement des plans sont justifiées par des raisons budgétaires : la Centrale entend contrôler cet aspect, dans un contexte de contrainte des finances publiques. Il est toutefois indiqué que les médecins référents disposent d'une marge de manœuvre dans l'opération de validation des plans proposés par les évaluateurs.

La rédaction du plan d'aide est ainsi influencée par la prise en compte des considérations budgétaires communiquées par le département aux équipes évaluatrices. Ainsi, l'attribution d'heures d'aide-ménagère est désormais limitée à deux heures par semaine pour les GIR 4. De même, si elles pouvaient être intégrées antérieurement au plan d'aide, la prise en charge des protections urinaires et la téléalarme ont finalement été retirées<sup>60</sup>. S'agissant de la téléassistance, les personnes âgées peuvent donc y recourir si elles en ont les moyens. Certains CCAS prennent aussi ce coût en charge. En Gironde, les plans d'aide ne peuvent pas donner lieu à des déplafonnements. Au contraire une pratique existe consistant en la proposition de plans dont les montants sont inférieurs de 10 % aux plafonds prévu par la loi et le règlement<sup>61</sup>.

Dans les Landes, il est constaté des écarts persistants dans les pratiques des différents évaluateurs. Des réunions biannuelles sont ainsi organisées afin de favoriser leur

---

<sup>60</sup> Mais l'information a été communiquée à l'occasion d'une journée d'étude organisée par l'IRTS de Bordeaux et le COMPTRASEC que la prise en charge des protections urinaires sera très bientôt réintégrée dans les plans d'aide. « L'aide à domicile, réalité des métiers, professionnalisation et enjeux territoriaux », *Journée d'étude* coord. par M.-L. Pouchadon et Ph. Martin, le 16 novembre 2017, IRTS Aquitaine et Comptrasec (Université de Bordeaux).

<sup>61</sup> Art. L. 232-3-1 et R. 232-10 du Code de l'action sociale et des familles.

harmonisation. Ce souci de lisser les évaluations sur l'ensemble du territoire semble bien moins présent dans les Landes qu'en Gironde, en tout cas dans les discours.

### 1.1.2. Prestataires et questions de tarification

Les questions de tarifications sont plutôt ressorties côté girondin, du fait du nombre important de SAAD autorisés (env. 240) et de la place occupée par l'acteur privé dans l'aide à domicile. Ces questions n'ont cependant pas donné lieu à des développements de la part de nombreux acteurs, du fait de la complexité de la matière. Il ressort cependant des propos recueillis que la tarification des SAAD permet dans une certaine mesure d'intégrer des éléments tenant aux contraintes financières. De façon large, l'enjeu de la tarification consiste en la détermination du nombre d'heures d'aide à domicile qui pourront être accordées à une personne en fonction du montant de son plan d'aide. Plus le tarif fixé par le Conseil départemental est haut, moins il sera possible de faire entrer d'heures d'intervention dans le cadre du plan d'aide<sup>62</sup>. Il s'agit donc pour les départements de fixer un « tarif juste » qui permette à la fois de pérenniser l'action des services d'aide à domicile et de réduire au maximum le reste à charge des personnes dépendantes (c'est à dire la somme qui ne sera pas prise en charge dans le cadre de l'APA et qui devra donc être réglée par le bénéficiaire).

En Gironde, le financement de l'intervention à domicile par les services prestataires est corrélé au respect des plans d'aide réalisés par l'équipe des évaluateurs du Département. L'effectivité des prestations est contrôlée mensuellement. Le tarif horaire est fixé au plus juste de la réalité des coûts des services, « toute contrainte supérieure aux coûts induits par les conditions d'exploitation porterait des déficits d'exploitation repris sur des exercices futurs ou susceptibles de mettre en péril l'organisme gestionnaire dépourvu de fonds propres ». Le risque de tarifs individuels supérieurs est de ne pas pouvoir réaliser le nombre des heures correspondant aux besoins évalués compte tenu des plafonds des plans. De ce point de vue, le Département a débuté une période de contractualisation (CPOM) afin de détacher certaines des dépenses induites par des missions de service public de telle sorte qu'elles ne grèvent pas le tarif et réduisent le nombre d'heures aux plans. Dans le cadre de revendications des services d'aide à domicile pour un passage à une tarification forfaitaire (qui offre plus de visibilité sur le long terme pour les services), le département envisage de procéder à cette transformation au moyen de CPOM signés avec les services (comme la loi ASV y incite) en intégrant au contrat des objectifs à tenir pour ces derniers (par exemple qualitatifs ou de formation).

S'agissant de la tarification, la contrainte financière semble moins marquée côté personnes handicapées. Un élu départemental de Gironde indique ainsi que la tarification est bien plus libre pour les services qui interviennent auprès des personnes handicapées. En effet, les objectifs de la loi ASV qui vise à faire converger les tarifs des SAAD notamment par le biais du recours au forfait, ne s'adressent pour le moment pas au service d'aide à domicile du handicap. Ainsi, cela permet au département de la Gironde de valoriser l'intervention de certains prestataires qui interviennent auprès des populations les plus lourdement handicapées

---

<sup>62</sup> Si le tarif est trop haut, le risque va jusqu'à compromettre la réalisation d'un plan d'aide dont le montant du reste à charge pourrait être dissuasif pour la personne âgée.

et qui nécessitent un service dont le coût peut être bien supérieur à des services plus « classiques »<sup>63</sup>.

## **1.2. Normes, contraintes et pratiques dans le cadre de la PCH**

### 1.2.1. Normes et régulation des plans PCH

Quand bien même plusieurs personnes indiquent que l'action en matière de détermination d'un plan PCH est très encadrée par les normes, et notamment par la grille GEVA et les recommandations de la CNSA, on remarque des postures affirmées du point de vue politique. Ainsi, marque de la politique girondine, les plans PCH sont supérieurs à la moyenne nationale de façon assez significative. Selon l' élu en charge du handicap de la Gironde, ce département a le plus haut reste à charge PCH de France. En effet, malgré l'insuffisance de la compensation opérée par l'Etat dans le cadre du transfert de compétences, le choix assumé de la Gironde est d'être assez large dans l'octroi de prestations.

Lors de la diffusion du guide de la CNSA<sup>64</sup>, la MDPH y a recouru en l'interprétant comme un document contraignant ce qui a entraîné un durcissement fort dans l'octroi des prestations. Finalement, la CNSA ayant déclaré que ce guide n'avait pas de valeur obligatoire, il a été décidé de se baser sur les dispositions qu'il contient en les interprétant en collectif pour les situations où le durcissement de posture est trop important ou les situations peu précises. L' élu en charge des personnes handicapés indique sur ce sujet que ce document est « d'une précision telle que la marge de manœuvre dans l'application est quasi nulle ».

L'utilisation des plans de compensation adoptés en CDAPH est contrôlée par le bureau des personnes handicapées du département de la Gironde. Ce service intervient en tant que payeur et contrôleur pour les prestations de maintien à domicile et de compensation, dont la PCH. Légalement, le département, en tant que payeur, dispose aussi d'un droit de veto devant la CDAPH s'agissant des décisions PCH. A la suite d'une décision d'octroi de PCH, ce service opère le suivi notamment en contrôlant la mise en œuvre du plan d'aide et en ne payant que ce qui est véritablement engagé. Six agents sont affectés à l'opération de contrôle notamment au moyen d'échange d'informations avec d'autres organismes sociaux. Ce service peut ainsi être sollicité par les usagers en cas de plan de compensation insuffisant, ou bien à l'inverse par les différents acteurs de l'intervention à domicile quand il est constaté que le plan a été surévalué.

### 1.2.2. Existence de « doctrines locales »

En Gironde, la MDPH a développé, en accord et sur l'impulsion des élus compétents, des « doctrines locales », selon les termes mêmes d'un élu rencontré, qui caractérisent l'action du département en matière de handicap. Ainsi, sans les détailler toutes, il est acquis au sein de la MDPH que lorsqu'un enfant a besoin d'un matériel adapté, on délivre automatiquement, même si c'est artificiel, une AEEH (c'est à dire un taux supérieur à 60 %) pour qu'il puisse

---

<sup>63</sup> Sur ce point, l' élu prend l'exemple de l'APF qui en Gironde intervient sur les situations qui sont refusées par de nombreux prestataires. L'écart pour une heure va alors de 17/18 euros pour un service classique à 25 euros pour l'APF.

<sup>64</sup> Guide d'accès à l'aide humaine de la PCH, diffusé en mars 2017.



avoir accès à un ergothérapeute. En effet, sans AEEH, il est impossible de mettre en place un accompagnement dans la prise en main de ce matériel adapté, ce qui fait perdre une grande part de son intérêt à la mesure. De même, à la suite d'une révision d'un plan PCH, il peut être constaté l'impératif de réduire drastiquement le nombre d'heures d'intervention à domicile (selon l'évolution de la situation de la personne ou les dernières évolutions normatives). Ainsi, afin de limiter les effets de cette baisse brutale, la Gironde « optimise » le plan en tentant de redistribuer les heures selon leur affectation (par exemple affecter une heure de vie sociale à de l'aide au repas). Sur ce point, il a été également mentionné par certains évaluateurs, que des pratiques plus favorables contrecarrant des positions anciennement prises concernant la limitation des plans avaient été demandées aux équipes par la CDAPH pour limiter l'augmentation des demandes de recours.

Au sein de la Maison Landaise des Personnes Handicapées, de telles doctrines apparaissent également. Par exemple, les services font preuve de souplesse quant à l'obligation de fournir des certificats médicaux dans le cadre du bénéfice de nombreuses prestations. Ainsi, pour les demandes de prestations concernant les adultes, le certificat est recevable dès lors qu'il a été établi dans les six mois antérieurs. Pour les enfants, un seul certificat est exigé par an.

## **§2. Au-delà de l'ouverture du droit, l'individualisation de la prestation**

La rencontre des acteurs politico-administratifs du Conseil Départemental des Landes a révélé un discours particulièrement affirmé sur la nécessité d'une individualisation des prestations. Cette traduction est apparue beaucoup moins fortement en Gironde, du moins dans un discours politique formalisé. Il reste que dans les pratiques quotidiennes des deux départements, l'ouverture d'un « droit à » est nécessairement corrélée à une personnalisation des prises en charge. Les évaluateurs jouent un rôle crucial dans le processus tant les plans d'aide doivent être réalisés au plus près des besoins de la personne aidée. Toutefois, les prestataires de terrain sont les opérateurs principaux de cette démarche de personnalisation de l'intervention.

Au niveau des services de l'APA, l'individualisation de la prestation se fait dans l'idée d'adapter un plan à la particularité de chacun sans entrer dans des formes d'homogénéisation et de reproduction à l'identique des orientations selon le niveau de GIR. Pour les médecins et les infirmières des deux départements en charge de l'évaluation, il serait absurde de penser le plan d'aide de façon systématique avec un mode d'intervention identique selon le niveau de GIR. Pour l'ensemble des professionnels rencontrés, la nécessité s'impose d'adapter le plan à la réalité de la vie quotidienne de la personne, à son contexte de vie et à son environnement social, à la présence éventuelle d'un aidant ainsi qu'à ses ressources matérielles (et notamment financières). Cette représentation est particulièrement présente chez les évaluateurs des MDPH pour qui l'évaluation est en soi une opération d'individualisation au regard de la grande diversité des handicaps et de leurs conséquences multiples sur la vie quotidienne des personnes.

Au niveau des prestataires de services (SAAD, SSIAD), le respect des habitudes de vie des bénéficiaires est central dans ce processus d'individualisation des orientations du plan d'aide

que l'on pense aux horaires et à la rythmicité des interventions des professionnels, à l'organisation des actes essentiels (repas, toilettes, levers, couchers, sorties), voire même au respect de certaines préférences subjectives (goûts en matière d'alimentation, choix de l'aide à domicile par exemple).

Dans le champ du handicap, certains SAAD brandissent l'individualisation de la prestation comme un point fort de leur identité de service, mentionnant l'histoire de la structure et le rôle des usagers dans la constitution de l'association. Ils font de la spécificité de leur intervention une « marque de fabrique », stipulant que leur action est organisée autour d'une prise en compte fine et au cas par cas des souhaits de la personne (morcellement de l'intervention à la demande des usagers, intervention sur des horaires tardifs, réalisation d'actes techniques et de soins, etc.). La structure dont il est question, ici, est d'ailleurs reconnue dans cette spécificité par le Conseil Départemental de la Gironde qui lui octroie une base de tarification particulièrement élevée.

Dans d'autres structures, il est fait état d'une réévaluation des modalités de l'intervention au gré des envies et désirs de la personne, au-delà du besoin identifié dans le plan d'aide. Cela laisse penser à une adaptation régulière des services à des besoins qui peuvent être contingents. Par exemple, nombreux sont les professionnels qui mentionnent que certains jours les bénéficiaires refusent la toilette, la prise des médicaments ou encore l'alimentation, les amenant à adapter leur intervention au moment présent. Cela renvoie à l'imprévisibilité des comportements humains et à la réalité du secteur de l'aide à domicile où il est difficile de formaliser à l'avance, au préalable, une intervention.

Si les services de terrain tendent vers cet idéal d'individualisation, il reste que ce processus se heurte assez souvent à des contraintes organisationnelles, de gestion du temps, de gestion des ressources humaines (absence et turn-over du personnel) qui entravent cette démarche volontariste.

### **§3. Suivi des situations et implication des professionnels**

Ce sont les SAAD qui apparaissent comme acteurs centraux de l'accompagnement au quotidien. Les auxiliaires de vie sociale, sont la plupart du temps très attachées à cette notion qui constitue à bien des égards le socle de leur identité professionnelle. Elles la traduisent à travers une exigence de vigilance et de veille quotidienne de l'état de la personne aidée.

Les CLIC peuvent également être investis dans l'accompagnement et le suivi des situations. Pour la coordonnatrice du CLIC de Mérignac, l'accompagnement des personnes et des situations se fait à travers son travail de coordination et de mise en lien constant avec les partenaires. Selon les besoins repérés et évalués, c'est elle qui assure le contact avec les acteurs gérontologiques (SAAD, cabinets infirmiers, médecins traitants pour des demandes de prescription). Elle revient vers les bénéficiaires un mois après la première visite afin de mesurer l'effectivité et la pertinence de la prise en charge. Le Numéro Vert Image du CD 40 assure, quant à lui, un service de soutien psychologique aux bénéficiaires et aux aidants qui en formulent la demande. Si ces interventions ne peuvent s'organiser autour de la mise en place d'une thérapie et être engagées sur une longue période, elles permettent un premier niveau

d'action et des possibilités d'orientation vers des consultations de ville ou autres structures spécialisées. Toujours au niveau de l'action du département des Landes, les « conseillères prestation » ont un rôle de première importance dans l'évaluation de l'effectivité des plans d'aide. A ce titre, elles ont, dans leurs missions professionnelles, un rôle de suivi des situations APA que l'on ne retrouve pas dans le fonctionnement girondin.

Conformément à leur mission règlementaire, les MAIA peuvent être engagées dans le suivi intensif de situations. En effet, de façon plus régulière que les CLIC, elles assurent des visites à domicile pour vérifier tant l'état de santé de la personne que la bonne marche des actions entreprises dans le cadre de la prise en charge.

Du côté du handicap, les MDPH sont légalement tenues de mettre en place un PAG (programme d'accompagnement global)<sup>65</sup> afin de limiter les ruptures dans les parcours, les passages d'établissement en établissement, les échecs de prise en charge ou les demandes restées en l'état. En Gironde, le PAG est décliné à travers l'activité de la commission des situations critiques exclusivement orientée, pour l'instant, vers les problématiques « enfance ». La psychologue est mobilisée dans le cadre de ces accompagnements plus « ciblés » sans forcément pouvoir donner une traduction qualitative du programme. Elle met également en doute la possibilité d'un accompagnement individualisé à l'ensemble des PH comme le voudrait la loi. Toutefois, elle reconnaît, localement, un affaiblissement des logiques gestionnaires et comptables au profit d'une démarche qualitative auprès des usagers qui va dans le sens de la démarche d'accompagnement soutenue au niveau national par la CNSA. Dans le cas landais, s'il ne nous a pas été fait part des modalités de la mise en œuvre du PAG, les responsables ont valorisé la mise en place d'une démarche volontariste dans le suivi et l'accompagnement des publics. La MLPH a depuis quelques années recruté deux professionnels pour assurer le suivi des bénéficiaires dans le cadre de l'insertion professionnelle et de l'orientation en établissement, afin de garantir la mise en œuvre des plans et de réduire les risques de non application des orientations.

#### **§4. Le projet de vie**

Cette notion est plus ou moins investie et formalisée en fonction des filières PA/PH. Depuis la loi de 2005, le « projet de vie » fait partie intégrante des dossiers de demandes de prestations auprès des MDPH en tant que rubrique *ad hoc* du formulaire Cerfa. Ainsi, le formulaire propose un espace spécifique de rédaction des désirs des personnes handicapées, en termes de projets personnels, d'orientation et de prise en charge.

---

<sup>65</sup> Le plan d'accompagnement global est issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite *de modernisation de notre système de santé*. En son article 89, elle vient modifier le Code de l'action sociale et des familles aux articles L. 114-1-1, L. 146-8, L.146-9, L. 241-6. Ce dispositif, à l'origine mis en œuvre dans le cadre d'une expérimentation lancée en 2015 ayant mobilisée 23 départements, s'insère dans le cadre d'un dispositif d'orientation permanent. Généralisé en 2016, son but est de prévenir les risques de rupture de prise en charge pour les personnes handicapées pour lesquelles l'orientation proposée par la MDPH ne peut être effective immédiatement. Les raisons de cette impossibilité tiennent à l'inadaptation de l'orientation à la situation ou à la complexité de cette situation. Concrètement, il s'agit de compléter le plan de compensation par un plan d'accompagnement global. Ce plan est élaboré avec l'accord de la personne handicapée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants.

Dans le cadre de l'APA, l'approche n'est pas directement matérialisée par des supports dédiés à la consignation des souhaits des personnes. Elle se conçoit plutôt comme une orientation générale des plans d'aide et des interventions des différents prestataires. En effet, pour les acteurs de terrain, le « projet de vie » se situe en toile de fond de l'évaluation comme une construction intellectuelle permettant d'intégrer à l'analyse de la situation les projections de la personne âgée quant à son avenir à moyen terme et ses souhaits en matière d'organisation de sa vie quotidienne. Comme le mentionnera une responsable de service du Conseil Départemental des Landes « *c'est pas un papier, c'est pas un contrat, ce sont les volontés de la personne confrontées aux possibilités qui existent en terme d'aide et d'offre. Donc, c'est une articulation mouvante, adaptable, entre les souhaits de la personne âgée et ce que l'on peut lui apporter* ». La formalisation d'un document écrit ne s'applique que dans le cadre d'un hébergement en famille d'accueil. C'est d'ailleurs le plus souvent auprès des services départementaux de l'accueil familial que la réflexion autour de l'utilisation d'outils spécifiques pour consigner les souhaits, les projets personnels et familiaux de la personne âgée est la plus aboutie. En Gironde, les équipes du service du Bureau de l'Accueil Familial sont investis depuis plusieurs mois dans une réflexion collective autour de cet enjeu afin de travailler à une meilleure formalisation et prise en compte des projections de la personne âgée dans un environnement familial qui n'est pas son environnement naturel. Dans le cadre d'un maintien à domicile, le « projet de vie » de la personne âgée renvoie finalement à trois orientations possibles en matière de choix de vie à venir : l'organisation d'un maintien à domicile, l'accueil en établissement ou le rapprochement familial. La coordonnatrice d'un CLIC girondin soulève le fait que, si dans le cadre d'un maintien à domicile le projet de vie correspond de façon pratique à la manière « *dont une personne aidée souhaite que tout se coordonne autour d'elle* » et que le CLIC doit faciliter et rendre opératoire cette coordination, il n'en reste pas moins qu'il intervient de façon récurrente sur des accompagnements individuels à la réflexion et à la prise de décision quant à une entrée prochaine en EHPAD. Une des actions classiques des CLIC est d'aider à l'avancée dans la prise de décision d'un départ du domicile. Le CLIC peut alors soutenir les personnes dans les démarches d'inscription auprès des structures d'hébergement. Dans les Landes, quelques lignes sur le projet de vie de la personne sont consignées et rédigées dans le dossier-usager des services des CLIC et du Numéro Vert Im'age, jouant à la fois comme une forme de traçabilité des aspirations de la personne et comme un socle possible d'échanges entre les professionnels des deux services. Toujours dans les Landes, les conseillères prestation des services départementaux, en charge du suivi et du bon déroulé des plans, font remarquer qu'il peut prendre une dimension centrale dans la réflexion des équipes quand se posent notamment des impératifs de réorientation de la prise en charge suite à une aggravation de la situation.

En ce qui concerne la mobilisation du « projet de vie » dans le cadre du handicap, différents acteurs rencontrés (personnels des deux MDPH, coordonnateurs des CLIC) sur les deux départements s'accordent à dire que la rubrique du document Cerfa est rarement renseignée, quelle que soit la nature du handicap. En fait, deux pratiques opposées et contradictoires semblent avoir cours. Dans une majorité écrasante de situations, la rubrique n'est pas remplie. Mais, dans une faible proportion de dossiers, la rubrique donne lieu à des récits foisonnants qui débordent largement les cadres et attendus de la démarche. Mais les « projets de vie »

seraient, selon les dires de plusieurs interlocuteurs, rarement écrits par les personnes demandeuses. Le plus souvent ce sont des professionnels référents (éducateurs, tuteurs, curateurs) ou la famille elle-même qui rédigent le texte. Les professionnels des CLIC reconnaissent également qu'ils contribuent souvent à la rédaction de la partie. Cette pratique est d'autant plus développée depuis la mise en place des fonctions d'agent d'accueil dans les PTS de la Gironde. Un interlocuteur précise que lorsqu'il est sollicité pour la rédaction, il privilégie la description du parcours de la personne, la présentation de ses difficultés quotidiennes et ses souhaits d'orientation. En raison de l'absence de consignes quant au contenu attendu de la rubrique, peu de personnes comprennent vraiment l'enjeu de la démarche. Selon ses observations, le « projet de vie » est surtout investi dans le cadre de certaines demandes comme les demandes d'orientation professionnelle par exemple. Il est par ailleurs important pour les parents afin d'argumenter les choix demandés en matière de scolarisation des enfants. Globalement, les professionnels rencontrés reconnaissent son utilité. Cela permet aux évaluateurs de mieux cerner la personne, de mieux comprendre ses souhaits ainsi que les demandes d'orientation si elles sont mal argumentées dans le dossier. Toutefois, certains professionnels font remarquer qu'il ne faut pas que ça devienne une injonction et une contrainte pour les demandeurs car la démarche perdrait alors de son sens et de sa pertinence. Quand la rubrique n'est pas renseignée, la visite à domicile permet le plus souvent de reconstituer le projet et de l'intégrer à la synthèse élaborée par le travailleur social.

Enfin, les observations de terrain concluent à un intérêt institutionnel différemment constitué pour la démarche selon les départements. En Gironde, les évaluateurs y font peu référence lors des rencontres avec les personnes handicapées et ne cherchent pas, dans le cadre des entretiens individuels, à relancer la personne sur ce sujet. Le projet se reconstitue au fil de la discussion et dans une démarche post-évaluation. En revanche, l'observation d'une séance de la CDAPH dans les Landes révèle son utilisation assez intense et récurrente. Il en est fait lecture à plusieurs reprises lors des échanges de la commission sur différentes situations, où il est venu à la fois compléter l'analyse du médecin, apporter des informations supplémentaires sur les souhaits de la personne et servir de critère d'appréciation pour l'ouverture du droit. Cette utilisation peut interroger tant le projet de vie paraît exacerber les inégalités entre demandeurs (en termes de compréhension de la démarche, de capacité à se projeter dans l'avenir et de dispositions à pouvoir rédiger de façon claire, cohérente et convaincante).

## Eléments de conclusion

L'enquête de terrain laisse bien apparaître la multiplicité des acteurs engagés dans le processus d'évaluation. Par-delà leur statut et affiliation institutionnelle, ils évaluent plus ou moins la même chose : la perte des capacités fonctionnelles et les besoins qui en découlent. Ils entrevoient la démarche dans une optique proche à travers une évaluation sociale globale qui souhaite dépasser la rigidité des grilles. Les différences tiennent aux objectifs de l'évaluation : si certains agissent dans l'optique d'une ouverture de droits (équipes APA et MDPH), d'autres le font pour organiser leur intervention pratique (SAAD, SSIAD). De plus, pour de nombreux travailleurs sociaux, l'évaluation n'est qu'un pan de l'accompagnement et les réalités qu'ils désignent ne se recouvrent pas complètement. Conformément à une certaine éthique du travail social, l'accompagnement engage un suivi au long cours de la personne aidée qui n'est pas l'objectif de l'évaluation (intervention limitée à un temps « t », et la plupart du temps, à une seule rencontre). Cela laisse apparaître un écart entre la façon dont les pouvoirs publics désignent la notion, et la compréhension qu'en ont les professionnels de terrain. Dans le cadre de la prise en charge de la perte d'autonomie, l'accompagnement renvoie surtout à l'action des services prestataires qui prennent le relais sur le suivi concret des situations et la déclinaison pratique des mesures d'aide. Pour ce qui relève du champ du handicap, ce sont les SAAD, les SESSAD, les SAMSAH qui sont en première ligne. Pour le volet « personnes âgées », SAAD et SSIAD endossent ce rôle. Un même écart d'appréciation se révèle autour de l'introduction par les pouvoirs publics de la notion de « projet de vie ». Si l'individualisation de la prestation est complètement intériorisée en tant que bonne pratique de l'évaluation, la notion de « projet de vie » trouve plus difficilement une résonance dans la pratique des acteurs de terrain qui soulèvent son côté artificiel.

Concernant le déploiement de marges de manœuvre (ou de modalités spécifiques d'appropriation des orientations des dispositifs et cadres réglementaires de la prise en charge), l'observation des pratiques professionnelles et l'analyse des discours révèlent qu'elles se situent pour les professionnels et opérateurs de terrain essentiellement à deux niveaux, au-delà même de la diversité de leurs profils : dans la démarche individuelle d'appréciation de la situation (qui englobe l'évaluation) et dans la pratique de la collectivisation de la réflexion et de l'analyse de la situation (qui concerne aussi bien la pratique d'une décision collégiale dans les équipes pluridisciplinaires MDPH, que la réflexion croisée dans les réunions hebdomadaires des équipes APA ou que le travail de coordination pour les équipes des CLIC et des MAIA). Les logiques d'appropriation émergent, ainsi, à la fois dans les logiques de désignation d'un niveau de dépendance adossées à la structuration d'une conviction personnelle et dans les pratiques collectives de résolution des incertitudes liées à la délimitation des niveaux de besoins.

Il reste que les réponses publiques à la prise en charge de la dépendance s'articulent toujours autour d'une logique de filières. Les entretiens menés auprès des acteurs professionnels des départements concluent à une insuffisance du rapprochement entre politique du vieillissement et politique du handicap. Plusieurs profils d'acteurs regrettent cette absence de mutualisation des interventions et soulèvent les intérêts directs que pourrait avoir l'intégration des deux filières au sein d'une même politique (décloisonnement des pratiques et échange des

méthodologies d'intervention entre professionnels de terrain, mutualisation des ressources humaines, élaboration d'une réflexion intellectuelle commune entre services, etc.).

## CONCLUSION GENERALE

Au départ de cette étude, on s'est interrogé sur la question de savoir si on assiste à l'émergence et au développement de politiques locales dans le champ de l'autonomie, ici entendu comme le champ des politiques en direction des personnes âgées et handicapées. Nous avons pour l'occasion mobilisé le concept de territorialisation des politiques sociales qui, si on s'en rapporte à la littérature, implique des transformations de l'action publique au-delà de la seule décentralisation au sens de transfert des compétences. Que nous enseigne à cet égard le travail comparatif entre les territoires landais et girondin ? Peut-on dire que se dégage l'idée qu'il y aurait des *modèles* locaux en matière de politiques de l'autonomie ? En tout état de cause, nous avons observé des chemins, des histoires départementales ou infra-départementales assez singulières. La comparaison entre les Landes et la Gironde a fait apparaître, peut-être de manière trop marquée, deux approches différentes si on s'en tient à la manière de construire l'offre de services : ici presque exclusivement publique ; là beaucoup plus mixte. Le positionnement très affirmé du CD des Landes, notamment dans le champ de la vieillesse, indique incontestablement que ces questions ont été investies comme un objet politique. C'est moins net côté girondin où la volonté du CD, sa « vision », s'incarne plutôt dans l'organisation administrative en quête d'efficacité et de proximité. Mais en réalité, les deux départements semblent bien partager une vision commune des enjeux que soulève la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap. En Gironde comme dans les Landes, il est clair que cette question et les réponses qui doivent être proposées et déployées par le Département relèvent d'une approche de service public et de répondre aux besoins des populations locales. C'est plutôt sur la manière d'organiser le service qu'on observe des modalités différentes de la territorialisation. Dans les Landes, la décentralisation s'est interprétée sur un mode qu'on pourrait qualifier de « jacobin » - ce qui peut paraître paradoxal – dans la mesure où le Conseil Départemental a entendu se constituer en entité centrale et omniprésente ; en Gironde, dans la période récente, on a assisté à une véritable territorialisation des services du CD, dans une logique de maillage et de cohésion. Ajoutons que dans les Landes, la notion de maillage territorial n'est pas absente de l'action publique, mais elle opère par le biais d'acteurs (CIAS, associations) venant en relais du Conseil Départemental.

L'autre point problématique de cette recherche consistait à mettre en évidence des modes ou des logiques d'appropriation du cadre légal dans le champ de l'autonomie, avec comme point de départ l'idée de marges de manoeuvre assez faibles ou limitées pour les acteurs. On observe finalement qu'il y a bien des logiques d'appropriation qui se manifestent à des niveaux différents de l'action départementale et autour d'enjeux diversifiés. Elles apparaissent au plan de la conception des politiques départementales dans leurs grandes orientations d'action, dans le fonctionnement des systèmes administratifs, de la structuration organisationnelle et de l'activation des dispositifs, ainsi qu'au niveau de la pratique des acteurs de terrain. Au regard des données de terrain accumulées, quelques grandes marges de manoeuvre peuvent finalement être identifiées et objectivées :

- La définition d'orientations politiques d'action ou de stratégies d'intervention donnant une couleur particulière à la politique départementale (soutien du service public, développement de la territorialisation)



- la prise de liberté avec le cadre légal et l'assouplissement des règles administratives aboutissant à des pratiques locales d'acceptation des demandes d'aide par exemple (indulgence sur les délais de dépôt des dossiers, les dates de validité des certificats médicaux, etc.)
- la production et l'application de règles administratives ou d'injonctions supplémentaires par rapport à ce qui est prévu par le cadre légal (demandes supplémentaires de documents administratifs)
- la déclinaison d'orientations locales d'action autour de la spécification de certains dossiers afin de donner corps à certaines orientations nationales laissées à la libre formalisation des acteurs départementaux (orientation de la commission des situations critiques par exemple au sein de la MDPH 33 vers certaines orientations prioritaires, définies par rapport à des problématiques départementales particulières)
- les pratiques de négociation, d'ajustement et de redéfinition du cadre par les acteurs de terrain, allant dans le sens d'une ouverture plus favorable des droits aux bénéficiaires. Sur ce point deux niveaux peuvent être distingués : l'action des professionnels de terrain dans le cadre de l'appréciation des situations et relative à la construction d'une conviction personnelle ; les actions collectives de régulation, négociation et autres formes d'arrangement, se jouant lors des EPE, réunions hebdomadaires d'équipes et autres initiatives de coordination des partenaires locaux (calcul plus favorable du girage, jeu autour des scores de la grille, etc.).

Au final, les politiques locales de l'autonomie demeurent malgré tout assez ancrées dans les logiques de filières d'intervention et structurées sur l'offre de service. Partir de l'individu, de ses besoins, de ses aspirations pour bâtir une intervention médicosociale renouvelée n'est pas encore pleinement dans les esprits et en tout cas pas dans les pratiques. Les limites, notamment budgétaires, et les cadres classiques d'action pèsent de leur poids. Les innovations locales, observées ça ou là, ne sont pas négligeables et, pour certaines, témoignent de la circulation des idées (le baluchonnage, le « Village Alzheimer »). Elles tendent d'ailleurs à être relayées et soutenues par la CNSA qui joue un rôle clef dans l'articulation du national et du local.

## BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

### Thème 1. Sociologie générale et de la vieillesse

CARADEC V., MARTUCELLI D., (2004), *Matériaux pour une sociologie de l'individu, Perspectives et débats*, Presse Universitaire du Septentrion

CARADEC V., (2014), *Vieillesse et vieillissement, regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires

CASTEL R., (2009), *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil

CASTEL R., MARTIN C., (2012), *Changements et pensées du changement*, Paris, La Découverte.

CASTEL R., DUVOUX N., *L'avenir de la solidarité*, Paris, PUF, 2013

DE VIVIE A., (2013), « Vers une société pour tous les âges ? », in BERGERET-Amselek C. (dir), *L'avancée en âge, un art de vivre*, Toulouse, Erès.

DUBET F., (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil

Ferréol G., (2011), *Autonomie et dépendance*, Paris, EME, 2011

GOJARD S., GRAMAIN A., WEBER F., (2003), *Charge de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte

THOMAS H., « Le métier de vieillard, institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, 2005/4, n°72, p.33-55

WEBER F., (2013), *Penser la parenté aujourd'hui : la force du quotidien*, Paris, Edition Rue d'Ulm

ZUCMAN E. « Nouveaux regard sur les personnes âgées dépendantes », *Santé de l'Homme* n°412, 2011, p.28-30

### Thème 2. Droit social, Sécurité sociale et Sciences Politiques

BRESSON M., « L'individu dans les modes de catégorisation du social : dans le champ de la sécurité sociale, de l'aide et de l'action sociales », in *L'individu et ses appartenances*, *Information sociale*, n°145, 2008, p.36-47

BORGETTO M., LAFORE R., (2012), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Montchrétien, 8<sup>ème</sup> ed

ELBAUM M., (2008), « Les Réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de cinquième risque ? », *Droit social*

FERRAND O., « La gestion publique et solidaire et clarifiée du risque dépendance », *Regards sur l'actualité* n°366, 2010, p.36-42

FRINAULT T., « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue Française de Science Politique*, 2005/4, p.607-632

FRINAULT T., GUIONNET C., (2006), *Politique et vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2006.

GUILLOIN N., « Compensation du handicap : encore loin du compte », *Travail social actualités* n°21, 2011, p.12-14

HENRARD J-C, « Des politiques vieillesse ségréguatives à une prestation universelle d'aide à l'autonomie », *Gérontologie et société*, 2013/3, n°145, p.179-189

HENRARD J-C, « Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5° risque ou 5° branche de la sécurité sociale », *Gérontologie et société*, 2007/4, n°123, p.213-217

IMBERT G., « Libre propos. Autonomie et barrière d'âge : vers un droit universel ? », *Gérontologie et société* 2013/2, n°145, p.191-199

LAFORE R., « Où en est-on du « département-providence » ? », *Informations sociales*, n°179 2013/5, p.14-27

LAFORE R., « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département-providence » », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004/4, n°4, p.17-34.

LE BIHAN B., « La généralisation des prestations monétaires en Europe : quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie », in *Vieillesse ordinaires*, *Gérontologie et société*, n°138, 2011/3, p.83-97.

LE CHEVALIER A., ULLMO Y., « La réforme de la protection sociale du risque dépendance », *Revue de l'OFCE*, 2001/2, n°77, p.157-198

MARTIN P., « Dépendance et vieillesse : les ambitions et les zones d'ombre d'une réforme », *Droit Social* n°7/8, Juillet-Août 2014.

ODAS, (2007), *Handicap et droit à la compensation : quelles nouvelles pratiques, étude sur les plans personnalisés de compensation*, décembre.

THEVENET A., ( 2004), *L'aide sociale en France*, Paris, PUF, Que sais-je, 2004.

### **Thème 3. Sociologie de l'intervention sociale et des pratiques professionnelles**

AMYOT J-J, (2007), *Les pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Dunod

AUTES M., (1999), *Les paradoxes du travail social*, Paris, Dunod.

BOUDJEMAI Y. (dir), (2013) *Quel devenir pour le travail social ? Nouvelles questions, nouvelles légitimités*, Paris, L'Harmattan

BELLOT C., BRESSON M., JETTE C., (2014), *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Presses Universitaires de Québec

BILLAUD S., TRABUT Loïc, WEBER F., (2013), *Le salaire de la confiance : l'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Edition Rue d'Ulm

BRESSON M., (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan

BRESSON M, GERONIMI V., POTTIER N., (2013), *La vulnérabilité, question de recherche en sciences sociales*, Fribourg, Academic Press

CASTEL R., (2009), « Le travail social dans le devenir de l'Etat social », in *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil

CHAUVIÈRE M., (2007), « Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation », Paris, La Découverte

CHOPART J-N, (2000), *Les mutations du travail social, Dynamique d'un champ professionnel*, Paris, Dunod

DANGAIX D. NUSS M., « Le maintien à domicile, ce n'est pas l'autonomie », *Santé de l'homme* n°412, 2011, p.24-25.

DARMON L., « Aide à domicile : vers une possible éclaircie », *Travail social actualités* n°37, 2012, p.10-12.

DAVIN B., JOUTARD X., MOATTI J-P, PARANOPARIS A., VERGER P., « Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l'enquête handicaps, incapacités, dépendance », *Sciences sociales et santé*, Vol 243, 2006, p.59-91.

DEGENAERS G., « Les auxiliaires de vie sociale au carrefour de 3 identités », *ASH* n°2224, 2005, p.35.

DEGENAERS G., (2012), *Le travail social auprès des personnes âgées*, Paris, ASH Editions.

DEGENAERS G., (2014), *Le travail social auprès des personnes handicapées mentales*, Paris, ASH Edition

DEMAILLY L., BRESSON M., « Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge du trouble psychique », *La Lettre de la MIRE* n°6, 2005, p.6-8.

DUBET F., « Une expérience critique : les travailleurs sociaux », in Dubet F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002. P.231-268.

GUNCHARD-KUNSTLER P., « Handicap et dépendance : vers une nouvelle logique de l'accompagnement », *Reliance* n°23, 2007, p.76-79.

HARDY J-P., « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », in *Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux*, *Vie Sociale* n°1, 2010

JANICOT M. « dépendance et handicap : la Corrèze, pionnière de la convergence », *Journal de l'action sociale*, p.24-25

LAFORE R., « Le travail social à l'épreuve d'un environnement institutionnel en recomposition », *Informations sociales*, n°152, p.14-22

LEOTOING M., « Familles et professionnels au défi du partenariat », *Travail social actualités* n°8, 2009, p.15-22.

LETABLIER M-T, Weber F. (dir), « Face à la dépendance : famille et professionnels », *Retraite et Société* n°53, 182p.

- MARAQUIN C., (2015), *Handicap : les pratiques professionnelles au domicile*, Paris, Dunod
- PAGES A., « L'intervention sociale en milieu rural », *Informations sociales*, 2013/5 n°179. 136-143
- SALLES M., « Identités professionnelles à l'épreuve de la ruralité, adaptations, renouvellements », *Gérontologie et société* 2013/3 n°146, p.131-142
- SANCHEZ J-L, « Handicap et dépendance : le terrain dit non à la barrière des âges », *Journal de l'action sociale* n°156, 2011, p.31-35.
- SOULLIER N., WEBER A., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes et Résultats* n°771, 2011, p.1-8
- SOMME D., TROUVE H., COUTURIER Y., GAGNON D., NAVALLART B., HEBERT R., CRETIN C., SAINT-JEAN O., « PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation du système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, n°56, pp. 54-62
- TREMINTIN J., « Cohabitation entre personnes âgées dépendantes et personnes vieillissantes porteuses d'un handicap mental », *Lien Social*, n°1055, 2012, p.20-21
- VIGEAN E., « Soutien à la perte d'autonomie et au handicap : la convergence existe, nous l'avons rencontrée », *Journal de l'action sociale* n°158, 2011, p.26-27
- ZUCMAN E. (dir), (2013), *L'action médico-sociale au service des personnes handicapées : pour un juste renouveau*, Toulouse, Erès

### **Thème 3. Sociologie des politiques publiques et des politiques publiques liées au handicap et à la dépendance**

- ADP, Dexia crédit local, (2012), « 25 ans d'action sociale dans les finances départementales », *Synthèse et analyse*, Avril.
- ANDREOTTI A., « Le développement de système locaux de l'intervention sociale, tendance commune dans les pays industrialisés », in *Les politiques locales : enjeux et gouvernance*, *Informations Sociales*, 2013/5, n°179, p.28-36
- ARGOUD D., « Territoires et vieillissement, la difficile constitution d'un espace politique autonome », in BRESSON M., COLOMB F., GASPAR J-F (dir), (2015), *Les territoires vécus de l'intervention sociale*, Presse Universitaires du Septentrion
- ARGOUD D., « La décentralisation de la politique vieillesse », vers une accentuation des inégalités », *Gérontologie et société*, 2007/4 (n°123), p.201-212.
- ARGOUD D., « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.103-110
- AVENEL C., « Introduction », in *Politiques locales : enjeux et gouvernance*, *Informations Sociales*, 2013/5, n°179, p.4-5

AVENEL C., « Les villes et la fabrique de la cohésion sociale : la montée d'un nouveau paradigme de l'action municipale », in *Politiques locales : enjeux et gouvernance, Informations Sociales* 2013/5, n°179, p.48-56

AYME S., COLVEZ A., HENRAD J-C., (1996), *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*, Paris, INSERM

AZEMA B., MARTINEZ N., « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé, qualité de vie, Revue de la littérature », *Revue Française des Affaires Sociales* 2005/2, n°2, p.295-233

BALARD F., « Quel territoire pour les personnes âgées fragiles ? », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.177-186

BLANC P., *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, Rapport à Philippe bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Juillet 2006, 99 p.

BLANCHARD N., « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social », *Retraite et société* 2004/3, n°43, p. 165-186

BLANCHARD N., « Politiques de vieillesse et territoires », *Vie sociale* 2007/2, n°2, p.110-121\*

BOUQUET B., « Droit et place des personnes en perte d'autonomie, éthique de l'intervention », *Vie sociale* 2014/2 n°6, p.121-127

BROUSSE J., « Les territoires de référence des décideurs pour la planification, la programmation et l'organisation de l'offre de service en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Constats et perspectives, *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.171-176

CAMPEON A., LE BIHAN B., MALLON Isabelle, « Formes et effets de la pluridisciplinarité dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer », in *Métiers de la gérontologie, nouveaux champs professionnels, nouvelles perspectives, Gérontologie et société*, n°142, 2012/3, p.129-141.

CAMBERLAIN P., (2011), *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod.

CARREL M ; « La gouvernance est-elle démocratique ? Les enjeux de la participation citoyenne », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p144-151.

CONTANDRIOPOULOS A-P., « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, 2008, 20 (2), pp. 191-199

COUTURIER Y., TROUVE H., SOMME D., GAGNON D., ETCHERIDGE E., CARRIER S., « Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. Tensions en réduction et animation de la complexité de l'offre de services », *Lien social et politiques*, 2009, n°62, pp 163-174

DEVETTER F-X., Horn F., JANY-CATRICE F., « Interprétations localement différenciées d'une politique nationale : l'exemple des services à la personne », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/4 n°4, p.134-157

- DUPONT O., « Les MAIA, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gérontologie et société* 2010/1 n°132, p.129-133
- ENJOLRAS B., (2008), *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux de la santé*, Bruxelles, Peter Lang
- ENNUYER B., (2006), *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.
- ENNUYER B., « Les clic : nouvel enfermement des personnes âgées vieillissantes », *Gérontologie et société*, 2002/1 n°100, p.83-94
- ENNUYER B., « territoires gérontologiques : quel sens donner à cette locution », in *Gérontologie et société* 2010/1 n°132, p.165-170
- FLEURET S., SECHET R., (2002), *La santé, les soins, les territoires, penser le bien-être*, Rennes, Presses Universitaires
- FRINAULT T., « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisés : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2005-3 n°3, p.33-54.
- FISNOT A., « Travail à domicile, un métier qui évolue », *Doc'Domicile HS2*, 2011, p.30-31
- FONTAINE D., « Les dispositifs de la prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'aide à leurs aidants familiaux », *Gérontologie et société*, 2009/1 n°128-129, p.225-241
- GALTIER B., MANSUY M., « Les politiques sociales locales : champs d'intervention et dépenses », *Revue Française des Affaires Sociales* 2001/4, n°4, p.11-27
- GARDIEN E., GARDOU C., (2012), *Des innovations sociales par et pour les personnes handicapées*, Toulouse, Erès
- GRAMAIN A., WEBER F., (2012), *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales et politiques publiques*, Rapport pour le compte de la DRESS
- GRENIER C., LABOREL B., (2011) *Les MDPH. Une organisation innovante dans le champ médico-social*, Toulouse, Erès.
- GUCHER C., « Des fondements et enjeux contemporains des politiques publiques du handicap et de la vieillesse : divergences et convergences », *EMPAN* n°70, 2008, p.105-114
- GUINCHARD P., « Handicap et dépendance : vers une nouvelle logique de l'accompagnement », *Reliance*, 2007/1, n°23, p.76-79
- GUYOT P., « La problématique des personnes âgées handicapées : un révélateur des limites des politiques sociales catégorielles », *Gérontologie et société*, 2004/3, n°110, p.95-113
- HAVETTE S., MOLIERE E., MORICEAU C., « L'action sociale facultative des communes et intercommunalité », *Dossier Solidarité et santé* n°56, Paris, Drees, 2014, 29p.

- IGAS (Inspection Générale de l'Action Sociale), (2006), *Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse*, Paris, La Documentation française
- LAFORE R., « Où en est-on du Département-Providence ? », in *Les politiques locales : enjeux et gouvernance, Informations Sociales* 2013-3, n°179, p.12-27.
- LAMBERT A., « Ingénieries collaboratives et coordination des parcours des personnes handicapées : filières, réseaux et intégration de services, des modèles à l'épreuve des territoires », *Vie sociale* 2014/2 n°6, p.75-103
- LASCOUMES P., LE GALES P., (dir), (2005), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences-Po
- LASCOUMES P., LE GALES M., DE SINGLY F., (2012), *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin
- LAVILLE J-L., NYSSSENS M. (dir), (2001), *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées*. Paris, La découverte
- LE BIHAN B., « La prise en charge des personnes âgées dépendantes », in *Comment fabriquer une politique sociale, Informations sociales* n°157, 2010/1, p.124\_133
- LE BIHAN B., MARTIN C., (2010), *Quelles politiques pour la dépendance en Europe, Regard sur l'actualité*
- LE BIHAN B., MARTIN C., « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, Genre et Société* n°16, 2006/2, p.77-96.
- LÖCHEN V., (2013), *Comprendre les politiques sociales*, Paris, Dunod
- MARTIN C., (2002), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes
- MANSUY M., « Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire Atlantique », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/4 n°4, p.56-87.
- MONTCHAMP M-A., « « territoires gérontologiques », pour une réforme des politiques publiques », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.199-202
- NOUVEL T., « Handicap et dépendance, une politique à hauts risques », *Le journal de l'UNAPEI* n°87, 2007, p.12-13.
- PAUL D., « Contre une conception étreiquée et individuelle du handicap », *Reliance*, 2007/1 n°23, p.72-75
- PICHOT DE LA MARANDAIS A., (2010), « Handicap : l'appel du phare », *Bulletin d'information de la Mutualité Sociale Agricole*, Juillet
- ROUSSEL V., « Les coordinations gérontologiques dans les espaces ruraux : quelle efficacité », *Gérontologie et société*, 2010/4, n°135, p.259-283



SANCHEZ J-L, « Territoires, observation et performance », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.79-85

SAVRY M., « D'une approche spécifique du handicap et de la dépendance à une approche globale de la prise en charge de la perte d'autonomie : vers des réponses souples, transversales et de proximité », *Gérontologie et société*, 2004/3, n°110, p.263-271

THIERRY M., « Les enjeux de l'Acte III de la décentralisation », *Informations sociales*, 2013/5, n°179, p.6-11

TROUVE H., COUTURIER T., SAINT-JEAN O., « L'organisation en réseaux dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance », *Géographie, économie, société*, 2010 (Vol 12), p.31-52

UNIORPA, (2015), *Société, Individu, Vieillesse : s'adapter ou changer de modèle ?*, Paris, l'Harmattan

Vie Sociale, n°15, *Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale*, Septembre 2015

WARIN P., « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.187-198

WILLIAMSON R-P, « Les CLICS, une réponse de proximité pour personnes âgées », *Pour* 2/2012 n°214, p.99-106

ZRIBI G., « Vieillesse, handicap et dépendance : analogies et distinction », in Zribi G. (dir), *Vieillesse des personnes handicapées mentales*, Rennes, Presse de l'EHESP, 2012, p.7-12

#### **Thème 4. Territoire, santé et travail social**

ADCF, (2015), *Intercommunalité et développement social*, Rapport, Mai

AMYOT J-J, « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie Sociale*, 2010/1 p.25-42.

AMYOT J-J, MARECAUX Y., (2006), *Développer la coordination gérontologique*, Paris, Dunod

ANDREOTTI A. et al., « Le développement de systèmes locaux de l'intervention sociale, tendance commune dans les pays industrialisés », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p.28-36.

BACHMANN C., CHAUVIERE M., « requalifier le travail social ? Entre localisme et nouvel impératif public », in la *Revue de l'économie sociale*, 1988.

BESSON G., *Au cœur du social départemental*, Editions Département de l'Eure, 2014.

BLANCHARD F., MAHMOUDI R., VANHAECKE C., DRAME M., NOVELLA J-L, JOLLY D., « Quelques réflexions sur les vieux et les territoires gérontologiques », *Gérontologie et société* n°132, 2010, p.87-93.

BRESSON M., COLOMB F., GASPARD J-F (dir), (2015), *Les territoires vécus de l'intervention sociale*, Presse Universitaire de Septentrion

BUSSIERE C., « Les centres locaux d'information et de coordination, genèse et objectifs », *Gérontologie et société* 2002/1, n°100, p.75-81

CHAUVIÈRE M., « Quel est le « social » de la Décentralisation », in *Informations sociales*, n°162, 2010/6, p.22-31

COLVEZ A., GAY M., BLANCHARD N., FAGES D., « Coordination Gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ? », *Gérontologie et Société*, 2002, n°100, , pp 25-33

CYTERMANN L et al., « Intercommunalité, métropole et social : quel avenir ? », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p.88-97

CYTERMAN L., « Communes, intercommunalités et politiques sociales », *Informations Sociales*, 2010/6, n°162, p.42-48

DHERBEY B., JURDAN C., « Les dispositifs locaux de coordination, un outil de développement », *Gérontologie et société*, 2002/1 n°100, p.64-74

DUMONT G-F., « La géographie des territoires gérontologiques », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.47-62

DUMOULIN P. et al, (2003), *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en travail social*, Paris, Dunod.

FAURE A., NEGRIER E., (2007), *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale*, Paris, l'Harmattan.

FRINAULT T., LE SAOUT R., « Communes, intercommunalité et action sociale : les contraintes d'un changement d'échelle territoriale », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/4 n°4, p. 114-131

GRELLEY P., « Contrepoint- La naissance de l'intercommunalité sociale », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p.107-107.

GUERY H. et MAURIN L., « Les enjeux de l'observation sociale locale », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p.76-83

ION J., (1991), *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Toulouse, Privat.

JAEGER M., « Crise du travail social et territoires : quelques pistes de réflexion », *Informations sociales*, 2013/5 n°179, p58-68

JAEGER M., « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et dispositifs », in *Coopérer, coordonner, nouveaux enjeux*, Vie Sociale n°1, 2010

LEROUX I., « Focus-Le réseau des indicateurs départementaux », *Informations sociales*, 2013/5 n°179 p.84-87.

MOINE A., SORITA N., (2015), *Travail social et territoire : concept, méthode et outils*, Rennes, Presse de l'EHESP

MOLINA Y., « Nouvelle gestion publique et recomposition professionnelle dans le secteur social », in *Pensée plurielle*, 2014/2 n°56, p.55-66

ROUSSEL V., VOLLET D., « Les coordinations gérontologiques dans les espaces ruraux, quelle efficacité », *Gérontologie et société*, 2010/4, n°135, p.259-283

UNCASS, (2009), *Livre blanc de l'action sociale territoriale*, Mars.

VERMOREL M., RUMEAU E., « Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologique : une approche fonctionnelle de la notion de territoires », *Gérontologie et société* 2010/1, n°132, p.213-221

## **Thème 5. Aide à domicile**

AVRIL Christielle, (2014), *Les aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, La Dispute

DEBONNEUIL Michèle, (2008), *Les services à la personne : bilan et perspectives*, Rapport MINEFI

DEVETTER François-Xavier, JANY-CATRICE Florence, RIBAUT Thierry, (2009), *Les services à la personne*. Paris, La Découverte

DONIOL-SHAW Ghislaine, « L'engagement paradoxal des aides à domicile dans les situations repoussantes », *Travailler*, n° 22, 2009, pp. 27-42.

DONIOL-SHAW Ghislaine, LADA Emmanuelle, DUSSUET Annie, *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion*, Rapport LATTIS, 2007.

DUSSUET Annie, (2005), *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan

GRAMAIN Agnès, BILLAUD Solène, XING Jingyue, « La visite à domicile dans le cadre de l'APA : quel effet de la formation initiale des personnels sur leurs pratiques », *Collection Notes MODAPA*, n°4. 2015. <hal-01247478>

LADA Emmanuelle, « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation Emploi*, n°115, 2011, pp 9-23

MARQUIER Rémy, NAHON Sandra (coord.), (2012), *Les conditions de travail des aides à domicile*, Dossier Solidarité, Santé, n°30, Drees, Juillet

PETRELLA Francesca (dir), (2012), *Aide à domicile et services à la personne. Les associations dans la tourmente*, PUR

PUISSANT Emmanuelle, « Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariés », *Formation-Emploi*, n°115, juillet-septembre 2011, pp. 37-50

PUISSANT Emmanuelle, « Les aides à domicile, un salariat isolé et émietté qui préfigure le salariat de demain ? », *Savoir/Agir*, n°21, 2012/3, pp. 39-46

SCRINZI Francesca, (2013), *Genre, Migrations et emplois domestiques en France et en Italie. Construction de la non-qualification et de l'altérité ethnique*, Paris, Editions Pétra

## **Thème 6. Accompagnement social**

CASAGRANDE, Alice, (2016), *Ethique et management du soin et de l'accompagnement*. Dunod

CHANTIER, Adaj, (2011), *L'accompagnement à tous les âges de la vie : chemin d'évolution personnelle et nécessité sociale*. Chronique sociale

CEFALI Mireille, THEBERGE Mariette, BOURASSA Michelle (dir), (2010), *Cliniques actuelles de l'accompagnement*, L'harmattan

DEPENNE, Dominique (2012), *Ethique et accompagnement en travail social*. ESF

HELSON, Christian (2015), *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique*. Dunod

PANDELE, Sylvie (2009), *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité : autres regards sur le handicap, le grand âge et la fin de vie*. SELI ARSLAN

PAUL, Maela, (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Harmattan

PAUL Maela, (2015), *La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck

PAUL Maela. « L'accompagnement : de la notion au concept ». *Education permanente*, n°205, 2015, p.21-29

PAUL Maela. « L'accompagnement dans le champ professionnel », *Savoirs*, n°20, 2009, p.11-63

PAUL, Maela. « L'accompagnement ... une posture professionnelle spécifique ». *Revue française de service social*, n°223-224, 2007, p.11-15

ROBERTIS Cristina (De). « L'accompagnement ... une fonction du travail social », *Revue française de service social*, n°223-224, 2007, p.16-23

RTHKEGEL, Patrick. QUERCY, Guillaume. « Handicapés – vieux et vieux – handicapés. Même accompagnement ? », *Les cahiers de l'actif*, n0455, 2014, p.73-86

TREMINTIN, Jacques. « Accompagner : jusqu'où peut-on aller trop loin ? », *Lien Social*, n°1187, 2016, p.24-26

VERCAUTEREN, Richard, (2010), *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Eres

# ORGANIGRAMME SERVICES DEPARTEMENTAUX LANDES

## La direction de la solidarité départementale

Directeur : M. Francis Lacoste

<b>Pôle Personnes Agées</b> (Mme Ruffat)	<b>Pôle Handicap et animation</b> (Mme Dutoyat)	<b>Pôle Médecins</b> (Dr Lemaire)	<b>Pôle social</b>	<b>Pôle Protection de l'enfance</b> (Mme Lamarque)	<b>Pôle PMI</b> (Dr Bardet-Giraud)
Service « prestations-accompagnement »  Service Etablissements/téléalarme	Animation PA (SAPAL/M. Ducasse)  SID (Sport, Intégration et Développement)  Animation Personnes handicapées	Médecins et infirmières PA (70%) et PH (30%) pour évaluation et suivi médicosocial PA et PH	Action sociale RSA Logement		

### La MLPH

*(rattachée à la direction de la solidarité)*

Dir. F. Lacoste

Dir. Adjointe S. Pourquier

+

### Le CDG

(gestion carrières et formation agents territoriaux)

*Nota : Le service « prestations-accompagnement », les 3 CLIC et le numéro vert constituent une plateforme intégrée, avec mutualisation des moyens ; le CLIC est un service du département*

# ORGANIGRAMME SERVICES DEPARTEMENTAUX GIRONDE

## La direction générale adjointe de la solidarité/DGAS Gironde

Directeur : M. Goulier

<b>Pôle solidarité vie sociale</b>	<b>Pôle solidarité autonomie</b> Dir. M. Auzilleau	<b>Pôle des ressources de la solidarité</b>
Dir. protection de l'enfance et de la famille Dir. Intervention et développement social Dir. des politiques d'inclusion et d'insertion Dir. promotion de la santé	<b>DAPA</b> /dir. des actions pour l'autonomie/ (Mme Trévisiol)  <b>MDPH</b> (Mme Delay)  <b>DMAT</b> /mutualisation et actions transversales (M. Bouchain)	

<b>La DAPA (ex DAPAH)</b> 130 agents
Bureau instruction demandes APA (« <i>La centrale</i> »)
Bureau des prestations APA
Bureau aide sociale (PA et PH)
Bureau aide à domicile (autorisation/labellisation)
Service médicosocial (tarification établissements PA/PH ; psychologues pour aide aux aidants)
Actions spécifiques PH
Bureau de l'accueil familial
Service gestion comptable

<b>La DMAT</b>
Plateforme téléphonique « accueil autonomie » et signalement maltraitance (mutualisation MDPH)
Service de la « coordination départementale, du partenariat et du schéma pour l'Autonomie » (pôles territoriaux, CLICs, MAIA, Conférence des financeurs,..)
Service de l'Administration et des moyens (RH, Budget, contentieux)
Service du Scan (numérisation des dossiers PA/PH)

# Circuits des demandes APA et MDPH par département

## 1. Circuits des demandes APA

### Gironde

- **Circuit première demande**

- Demande d'APA faite au Président du Département
- Envoi d'un dossier de demande remplie au service de l'instruction du département
- Instruction du dossier : enregistrement de la demande, vérification que le dossier est complet (instructeurs par zones territoriales)
- Quand le dossier est complet envoi dans le portefeuille de l'évaluatrice du secteur d'habitation par le biais du logiciel Iodas,
- Prise de rdv et envoi d'un courrier systématique de confirmation du rdv
- Evaluation à domicile par un travailleur social
- Transmission du dossier au médecin coordonnateur pour validation
- Après validation envoi à la centrale pour passage en commission et envoi d'un projet d'intervention au service d'aide à domicile désigné par la personne
- Passage en commission et Enregistrement à la Centrale du plan validé
- Production par la centrale d'une notification du plan d'aide enregistré
- Envoi par la centrale au bénéficiaire et au service d'aide à domicile concerné (vérification par le TS sur Iodas du parcours du plan et de la validation par la centrale)

- **Circuit APA d'urgence**

Appel qui passe par le N° Vert (alertes habituellement données par un médecin généraliste, une infirmière, l'AS de l'hôpital)

Précision de la situation par le N° Vert qui démêle le problème. Transfert de l'appel vers le médecin APA de permanence sur le secteur concerné

Evaluation du GIR établie par téléphone par le médecin en fonction des informations transmises par la personne appelante : Définition du contexte de l'appel, du besoin, du nombre d'heures nécessaires, des jours de passage. Prise de contact avec les services concernés

Pas de validation au Central : auto-validation par le médecin sans passage en commission mais instruction d'un dossier spécifique sur Iodas par le médecin lui-même

Forme d'APA souvent mobilisée en sortie d'hospitalisation ou dans le cas d'une dégradation subite d'une situation. L'APA d'urgence peut également être mobilisée en cas du départ inopiné d'un aidant du domicile (hospitalisation, autre problème) pouvant mettre en tension la situation de la PA.

## **Landes**

- **Circuit APA première demande**

- Personnes à l'initiative de la demande : PA, famille, CIAS/CCAS, médecin traitant, AS de secteur ou de l'hôpital, appel du CLIC ou du N° vert selon le zonage.
- Autre possibilités et dans une proportion importante : orientation vers les services d'instruction (dans les Landes, service prestations et accompagnement) par le N° Vert ou le CLIC selon nature de la demande
- Vérification de la conformité et de la complétude du dossier par des agents instructeurs du service « prestation et accompagnement »
- Orientation des dossiers vers l'équipe médico-sociale (médecins et infirmières) en fonction du zonage, et récupération par leur soin, d'un certificat médical auprès du médecin traitant pour pré-analyse de la situation et des besoins de la personne (pratique locale qui s'est mise en place en dehors du cadre légal). Pour les réévaluations de situations, les certificats médicaux sont obligatoires
- Evaluation et visites à domicile de l'EMS sans prise de rendez-vous préalable
- Envoi du dossier aux CESF de l'équipe prestation qui formalisent le plan et l'envoient à l'agent instructeur pour notification à l'usager et aux services prestataires
- Si besoins d'un suivi complémentaire par rapport à une situation complexe ou à une adaptation du plan : mobilisation par l'équipe EMS des CESF du service prestations/accompagnement ou du CLIC ou du Numéro Vert. Si besoin, relais vers la MAIA selon principe de subsidiarité entre services.
- Attente par les services instructeurs de l'accord écrit des PA et/ou de leur famille (délai de 10 jours)

## **Pas de dispositif d'APA d'urgence dans les Landes**

## **2. Circuits des demandes MDPH**

### **Gironde**

Le circuit de traitement des demandes de prestations se fait de la façon suivante :

- Dépôt d'un dossier de demande de prestation à la MDPH
- Vérification et saisie du dossier par un RPU (Référént Parcours Usager) qui sera référent administratif du dossier durant toute la durée de son traitement jusqu'à la publication de la notification finale du plan
- Etude du dossier et de sa complétude par un médecin coordonnateur de la MDPH, appelée « phase de pré-tri »
- Pour les demandes d'aide humaine dans le cadre de la PCH, orientation par le médecin vers les équipes médicosociales en charge des visites à domicile
- Réalisation de la VAD par un travailleur social selon des logiques de sectorisation



- Réalisation de la synthèse par le TS et présentation d'une proposition de plan de compensation en EPE
- Pour les demandes n'ayant pas nécessité de visites à domicile, élaboration d'une proposition de plan via l'étude administrative du dossier et après validation en EPE restreinte
- Validation ou modification du plan proposé suite à une VAD par décision collective en EPE
- Envoi du plan d'aide à la personne concernée 15 jours avant la CDAPH afin qu'elle puisse réagir à la proposition de plan si elle le souhaite et engager une demande de recours
- Validation du plan par la CDAPH en commission où peuvent être reçues les personnes ayant présenté une demande de recours
- Envoi du plan définitif et validé par la commission au bénéficiaire

## **Landes**

Le circuit de traitement des demandes de prestations se fait de la façon suivante :

- Dépôt d'une demande de prestation au moyen du formulaire Cerfa, téléchargeable sur internet (accessible également par courrier sur demande), auprès de différents acteurs (CLIC, SAVS, SAMSAH, UDAF) qui opèrent une première instruction
- La demande est instruite et numérisée par le pôle administratif de la MDPH
- La demande est transmise à l'équipe pluridisciplinaire généralistes qui opère une première analyse du dossier.
- Organisation d'une visite à domicile de la PH (le responsable du pôle détermine quel agent (profil professionnel) va effectuer la VAD)
- Rédaction d'une synthèse de la VAD par l'évaluatrice sous la forme d'un modèle standardisé par le pôle
- Présentation orale par l'évaluatrice de la synthèse à l'EP bimensuelle, synthèse qui contient une proposition de plan de compensation
- Recherche d'informations supplémentaires pour re-travail du plan, transmission du dossier à une EP spécialisée si situation complexe ou validation du plan par l'EP
- Notification à la PH d'une proposition de plan d'aide. Elle dispose de 15 jours pour le contester ou le négocier.
- Présentation du dossier par l'EP en CDAPH au cours de laquelle la PH peut être entendue en sous-commission si elle le souhaite.

## Liste des entretiens réalisés (100) par département et institution concernée

### Département des Landes

#### Conseil Départemental

- Directeur du pôle solidarité
- Responsable du service « prestations et accompagnement », pôle PA
- Responsable du service « médecins », évaluations APA
- Responsable du service « Animation séniors »
- 2 Conseillères « prestations », (CESF), équipe médico-sociale
- 2 Evaluatrices APA, (médecin, infirmière)
- Equipe du Numéro Vert Im'age
- Equipe du CLIC de Morcenx

#### MLPH

- Sous directrice MLPH
- Coordinatrice EMS, pôle évaluation
- Evaluatrice EMS, pôle évaluation
- Evaluatrice EMS 15-25 ans, pôle évaluation

#### Territoire de Labrit

- Directeur du CIAS
- Médecin coordonnateur EHPAD
- Coordinatrice du SAAD, CIAS
- AVS du SAAD, CIAS
- Aide à domicile du SAAD, CIAS
- Coordinatrice du SSIAD, CIAS
- Aide à domicile, service du baluchonnage, CIAS
- Aide à domicile, service du baluchonnage, CIAS
- Coordinatrice MAIA Nord Landes
- Directrice de la circonscription sociale de Mont-de-Marsan

#### Territoire de Dax

- Directeur de la circonscription d'action sociale
- Directeur du CIAS
- Responsable du SAAD CIAS
- Référent social 1 CIAS
- Référent social 2 CIAS
- Responsable secteur 1 CIAS
- Responsable secteur 2 CIAS
- AVS secteur 1 CIAS
- AVS secteur 2 CIAS
- Directeur CCAS de Dax, + Directeur EHPAD
- Directeur CCAS Saint-Paul-Les-Dax
- Responsable antenne ADMR Dax
- Pilote Maïa

## **Elus**

- Elue en charge des PH, CD 40

## **Autres partenaires**

- **Centre De Gestion des Landes** : Responsable technique des actions territorialisées
- **FDADMR** : Responsable administrative départementale
- **Plateforme Santé-Landes** : Référent régional ARS

## **Associations Usagers**

- Génération mouvement (PA)
- Association des retraités des Landes
- Représentante départementale APF
- Représentante départementale ADAPEI

## **Focus group**

- CD + CCAS + CIAS + CLIC + MAIA + Santé Landes + ARS + médecins coordonnateurs APA/MLPH

## **Département de la Gironde**

### **Conseil Départemental**

- Directeur du Pôle Solidarité Autonomie
- Responsable de la Direction des actions pour l'autonomie (DAPA)
- Responsable de la Direction de la Mutualisation et des actions transversales (DMAT)
- Responsable de la coordination départementale, du partenariat et du schéma pour l'autonomie
- Responsable du service « prestations APA »
- Responsable du service des PH
- Responsable de plateforme téléphonique accueil-autonomie (N° Vert)
- Coordinatrice du schéma départemental
- Responsable du SAMS
- Coordinatrice de l'équipe des psychologues BAF/APA
- Assistante sociale BAF
- Psychologue intervenant auprès des PA/PH- APA

### **MDPH**

- Directrice
- Psychologue
- Directrice de la coordination médico-sociale + directrice adjointe + directeur adjoint médecin
- Responsable de la direction des pôles territoriaux

- Responsable du PTA Ouest
- Responsable du PTA Sud
- Responsable des recours gracieux
- Evaluatrice PCH AS
- Evaluatrice PCH CESF
- Evalueur PCH Ergothérapeute

### **Territoire Sud-Gironde**

- Directrice du Pôle territorial de Solidarité (Langon)
- Directeur du CLIC Sud Gironde
- 1 Animatrice du CLIC
- 2 TS du CLIC
- 1 AS du CLIC
- Médecin coordonnateur service APA
- AS, évaluatrice service APA
- AS, évaluatrice service APA
- CESF, évaluatrice service APA
- AS, évaluatrice service APA
- Pilote de la MAIA
- Gestionnaire de cas de la MAIA
- DGS, CDC du Bazadais,
- Responsable de secteur SAAD, CDC du Bazadais
- AVS SAAD Grignols
- Aide à domicile SAAD Grignols
- Présidente association Habitats des possibles
- Responsable du Centre de soins du Réolais
- 2 AVS Centre de soins du Réolais

### **Territoire Mérignac**

- Directrice du PTS + médecin coordonnateur
- Directrice du CLIC et de la MAIA
- Gestionnaire de cas MAIA
- Psychologue CLIC
- Accueil PH CLIC
- Coordinatrice CLIC
- Responsable Solidarité CCAS
- Référente Monalisa CCAS
- Infirmière coordinatrice – SSIAD - CCAS
- AS - Equipe EMHA
- Coordinatrice SAAD APF

### **Elus**

- Elu en charge des PH, CD 33

### **Autres partenaires**

- Responsable du RPDAD

## **Associations d'Usagers**

- Trésorier et vice-président Espace 33
- Président Coderpa