

sommaire

Avertissement	4
Introduction	5
Première partie :	
UNE CONCEPTION CONVERGENTE DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE	6
I. Une organisation intégrée des services	7
A. Le développement des services communs	7
B. La progression de l'analyse commune des besoins sociaux	8
II. Une organisation qui peut favoriser l'articulation des politiques publiques	9
A. De la convergence à la transversalité	9
B. De la transversalité à la coopération	10
III. Une organisation qui s'enracine dans la territorialisation	11
A. De l'extension des compétences à la territorialisation	11
B. Une territorialisation qui favorise l'accueil commun	12
C. Un accueil commun qui pourrait faciliter une approche plus stratégique de la territorialisation	14
Deuxième partie :	
UNE MISE EN ŒUVRE DIVERGENTE DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE	16
I. La persistance d'une mise en œuvre segmentée	17
A. L'impact des organisations	17
• L'organisation de l'évaluation	17
• La performance du dispositif	19
B. Les contraintes de la coordination gériatrique	20
• La difficile coordination avec les caisses de retraite	20
• La lente émergence d'une continuité avec le secteur du soin	21
II. Les prémices d'une convergence opérationnelle	24
A. De la séparation fonctionnelle à la coopération des acteurs	24
• Le rapprochement des équipes	24
• L'harmonisation des outils	25
B. De la coopération gériatrique à l'approche globale du soutien à l'autonomie	26
Conclusion	28
Remerciements	29

L'étude sur la territorialisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées ou handicapées, menée par l'ODAS en partenariat avec la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), de décembre 2009 à juin 2011, vise à mieux appréhender deux types de questionnements :

- comment sont mises en œuvre les politiques destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées dans les Départements, en analysant le rôle pris par les principaux acteurs (CCAS, CLIC, MDPH, MAIA, services déconcentrés du Conseil général, réseaux de santé...) ?
- comment s'articulent les politiques de soutien à la perte d'autonomie ? Il s'agit de vérifier si le passage d'une réponse segmentée par public à une réponse plus globale reste d'actualité, au-delà des évolutions législatives et de la remise en cause d'une prestation unique d'aide sociale pour toutes les personnes en perte d'autonomie.

Pour ce faire, il a semblé opportun d'interroger les Départements par le biais d'une enquête à laquelle 99 d'entre eux ont répondu sur :

- leurs projets de territorialisation des missions définies par la loi 2005-102 sur le handicap : l'information, l'accueil et l'écoute des personnes handicapées ; l'aide à la définition de leur projet de vie ; l'évaluation des demandes ; les décisions d'attribution et d'orientation ; le suivi de la mise en œuvre des dites décisions ; enfin, l'accompagnement et la médiation ;
- le degré et les modalités de coopération avec les autres acteurs du territoire pour mener ces différentes missions ;
- la description des points d'accueil de proximité et le degré de rapprochement entre les équipes PA et les équipes PH, sans omettre le lien avec le service social de proximité ;
- la manière dont ils voient ou envisagent ces rapprochements sur le court et moyen terme (enjeux, perspectives, freins).

Cette enquête a été suivie de six visites sur site (Aube, Corrèze, Morbihan, Oise, Pas-de-Calais, Yvelines) associant des représentants de l'ODAS et d'autres Départements. Les Départements visités ont été choisis à partir de l'affichage d'une volonté politique forte d'articuler leurs politiques de soutien au handicap et à la dépendance, et de leur niveau avancé d'implication quant à la territorialisation de leurs politiques d'accueil. Le tout en veillant au respect de la parité politique.

Ces visites sur site, permettant l'audition d'un grand nombre d'acteurs de terrain ont pour but de compléter par une dimension qualitative les informations fournies par l'enquête et d'analyser des expériences innovantes. En situation d'écoute et d'échange, et non d'évaluation, le groupe de visiteurs permet par ses questions de mieux appréhender les atouts et/ou les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre des orientations départementales.

L'ensemble de ces travaux a été supervisé par la Commission Autonomie de l'ODAS, composée de personnes ressources issues des diverses institutions qui contribuent aux politiques de soutien à l'autonomie (voir liste page 29).

Avec le vieillissement de la population, la question de la dépendance s'est imposée depuis les années 1990 comme prioritaire dans la plupart des pays européens. Toutefois, alors que dans un grand nombre d'entre eux, le sujet a été traité dans le cadre du soutien au handicap sans faire de distinction tranchée entre des catégories de populations, la France a pendant longtemps bâti des politiques distinctes pour les personnes âgées et les personnes handicapées. C'est pourquoi la loi du 11 février 2005¹, qui sous divers aspects remet en cause cette distinction, peut être considérée comme l'une des plus importantes lois du secteur social et médico-social de ces vingt dernières années.

En effet, le législateur a souhaité poursuivre l'évolution amorcée par la loi du 20 juillet 2001², portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui faisait du soutien à la dépendance non plus une démarche d'action sociale mais une démarche de protection sociale caractérisée par un droit universel à compensation, en y introduisant l'ambition d'une prestation commune ouverte aussi bien aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie. Au soutien à la dépendance se superpose donc un nouveau concept, celui de soutien à l'autonomie, qui a le mérite de montrer la proximité des problématiques, et donc la nécessité de réponses convergentes ou complémentaires en matière de services d'aide à domicile voire d'établissements, à propos notamment du vieillissement des personnes handicapées.

Mais la compensation ne saurait s'arrêter à ces seuls aspects, car dans notre société, l'âge, la dépendance et le handicap constituent indéniablement des facteurs d'isolement. Et là encore, l'enjeu est identique pour la dépendance et le handicap : faire évoluer nos réponses non seulement vers une véritable accessibilité rendue possible par les aménagements environnementaux, les transports, le bâti, ... mais aussi vers le renforcement de la vie sociale des personnes concernées.

Enfin, et il s'agit là d'un point essentiel, la dépendance comme le handicap posent la question du soutien aux aidants familiaux qui jouent un rôle déterminant dans le maintien à domicile et le maintien de la vie sociale. Or, on sait que le nombre d'aidants familiaux disponibles par rapport à la population âgée va diminuer dans les prochaines années, tandis que les personnes handicapées sont confrontées à leur propre vieillissement et à celui de leurs ascendants, rendant d'autant plus difficile leur perspective de vie à domicile. Le rapprochement de ces deux problématiques pourrait donc faciliter la mobilisation de toutes les politiques publiques pour parvenir sur chaque territoire de vie à l'élaboration d'un projet social local apte à enrichir les solidarités de droits par des solidarités de proximité de type intergénérationnel et interculturel capables de favoriser un nouveau regard sur la différence.

On peut donc considérer que la loi du 11 février 2005 reflète la volonté du législateur de prendre en considération cette profonde transformation des besoins sociaux et participe ainsi à une nouvelle conception de la réponse sociale qui, face à une société de plus en plus émietlée et vulnérable, recherche plus de transversalité et moins de segmentation.

Or, cette vision nouvelle n'est pas seulement celle de l'Etat. Elle est aussi aujourd'hui celle des Départements qui, depuis une dizaine d'années, ne cessent de renforcer la convergence des politiques du soutien au handicap et à la dépendance au profit du soutien à l'autonomie. Une démarche d'autant plus complexe que la prégnance des cultures professionnelles par public, le maintien de réglementations catégorielles, la prolifération des normes et des institutions ne facilite pas sa mise en œuvre. C'est pourquoi l'observation de la décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées révèle un paysage contrasté entre une aspiration stratégique inspirée par un souci de convergence des politiques de soutien à l'autonomie (titre I) et une mise en œuvre plus aléatoire de cette convergence que l'on peut dès à présent principalement expliciter par la persistance d'injonctions contradictoires du législateur à propos de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 (titre II).

1. Loi 2005 – 102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2. Loi 2001 – 647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.



Une conception convergente du soutien à l'autonomie

» C'EST SUR LE PLAN STRATÉGIQUE QUE SE MANIFESTE TRÈS CONCRÈTEMENT LE SOUCI DES DÉPARTEMENTS DE TRAITER LA QUESTION du soutien à l'autonomie sans tenir compte de la barrière des âges. En effet, encouragés par les orientations de la loi du 11 février 2005 sur la convergence des politiques de soutien aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, soucieux d'une optimisation de leurs compétences techniques et décidés à faire coïncider l'évolution des besoins sociaux et leur organisation, les Départements sont maintenant très majoritairement favorables à une conception unifiée du soutien à l'autonomie. Cela se vérifie non seulement dans les organigrammes et dans les missions d'observation et de prospective (chapitre I), mais également dans l'articulation des politiques publiques (chapitre II) et la territorialisation de leurs services qui vise à organiser autant que faire se peut un accueil et une orientation communs (chapitre III). Une construction qui permettra demain, grâce aux informations ainsi recueillies par la proximité avec les publics, de mieux adapter les réponses par un diagnostic de territoire.

Première partie



I. UNE ORGANISATION INTÉGRÉE DES SERVICES

Les Départements n'ont pas attendu la loi du 11 février 2005 pour engager le rapprochement de leurs politiques de soutien aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, en organisant des coopérations plus ou moins structurées entre les services de soutien aux personnes âgées et de soutien aux personnes handicapées. Mais indiscutablement, le débat qui a accompagné l'élaboration de la loi du 11 février 2005 et les dispositions de la loi elle-même ont accentué la prise de conscience du caractère inadapté des organisations opposant dépendance et handicap.

A/ Le développement des services communs

En témoignent les résultats des enquêtes successives de l'ODAS sur les stratégies et les organisations départementales qui montrent que si, en 2004, 62% des Départements avaient opéré un regroupement des services en ce sens, ils sont désormais 91% à avoir construit cette direction commune, avec des dénominations diverses comme « direction de l'autonomie » ou « direction de la solidarité pour l'autonomie »³.

Un processus conforme à celui engagé par l'Etat qui s'inscrit dans ce mouvement avec notamment la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou avec la réorganisation de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) qui réunit dans une même sous-direction son service des personnes âgées et son service des personnes handicapées.

Bien que cette évolution se soit rarement traduite par une fusion des anciens services elle a permis dans les deux tiers des Départements de mutualiser des missions

importantes comme l'autorisation et la tarification des établissements et services⁴. Par ailleurs, les trois quarts d'entre eux ont également créé des services communs aux deux problématiques comme l'accueil familial, la lutte contre la maltraitance, le contentieux ou la cellule budgétaire et financière.

À titre d'illustration sur cette évolution, on peut citer le Département du Calvados qui regroupe dans sa direction de l'autonomie un service « prestations », un service « établissements » et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ou le Département de la Corrèze qui a choisi une approche par type de besoins avec un pôle « domicile » et un pôle « établissements ». Ou encore le Département de la Somme qui a créé dès 2005 un pôle autonomie/santé qui comprend un service « vie à domicile PA/PH », un « service accueil familial PA/PH », un service « évaluation qualité PA/PH » et un service « prévention santé maltraitance ». Rebaptisé « direction de l'autonomie » depuis 2009, ce pôle intègre désormais la MDPH.

On peut donc considérer que, conformément aux attentes du législateur de 2005, le mouvement de rapprochement des problématiques du handicap et de la dépendance est bien engagé dans les Départements. Ce qui est d'autant plus significatif que cette volonté a dû se concrétiser malgré la complexité accrue du paysage institutionnel (avec la création des MDPH) et réglementaire (avec le maintien de normes spécifiques et complexes par public).

3. Selon l'analyse des organigrammes des départements réalisée par l'ODAS en 2010.

4. Sur ce point, il convient de préciser qu'au-delà des Départements qui disposent d'une direction commune, 10 autres Départements ont également regroupé ces types de mission, alors qu'ils conservent une direction des personnes âgées et une direction des personnes handicapées.



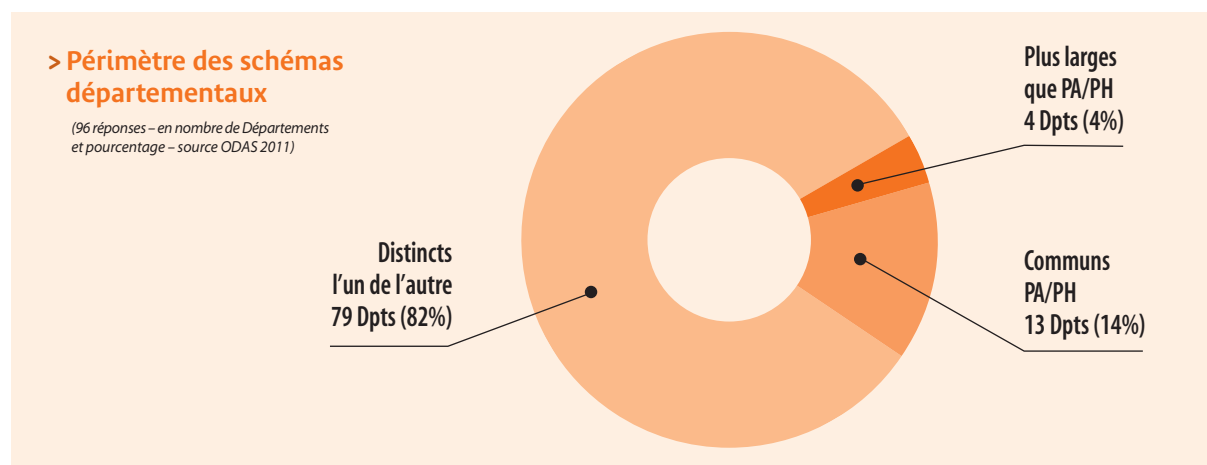
B/ La progression de l'analyse commune des besoins sociaux

L'affirmation à travers les organigrammes d'une volonté de traiter en commun les problématiques du handicap et de la dépendance n'aurait que peu d'intérêt si celle-ci ne se traduisait pas concrètement dans l'élaboration des orientations politiques. En effet, un nombre croissant de Départements bâtissent leur analyse des besoins sociaux, et donc leur observation et leur planification, en s'inspirant davantage du concept de soutien à l'autonomie que de celui

de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Alors qu'en 2006⁵ seuls quatre Départements prévoyaient une mutualisation du travail d'observation réalisé à l'occasion des schémas handicap et vieillesse, ils sont désormais 20 à avoir mis en place un observatoire commun ou en avoir l'intention.

Cela se vérifie aussi en matière de planification puisqu'on compte aujourd'hui 17 schémas communs contre cinq en 2006.



Leur contenu reflète cette volonté de convergence, puisqu'il devient de plus en plus fréquent que soient abordés des thèmes communs aux deux problématiques comme l'aide aux aidants (du fait du vieillissement des personnes handicapées), l'isolement, l'accessibilité en milieu urbain ou la mobilité en milieu rural... De même que s'affirme la recherche de pistes de complémentarités tant dans la prise en charge en collectivité (établissements spécialisés et accueil en maison de retraite classique) qu'à domicile (aides techniques, aides à la vie sociale, aménagement de

l'environnement...). Ainsi les habitudes et les regards évoluent plus facilement vers une perception commune des besoins des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. D'ailleurs, dès à présent, on peut relever qu'un Département sur deux affirme vouloir mutualiser au profit des deux populations certaines offres de service. Une ambition que peut favoriser la mise en œuvre de formations communes, dorénavant organisées dans la moitié des Départements, pour les personnels en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

5. « Maisons départementales des personnes handicapées : une réforme bien engagée » – cahier de l'ODAS – Mai 2006.



II. UNE ORGANISATION QUI PEUT FAVORISER L'ARTICULATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

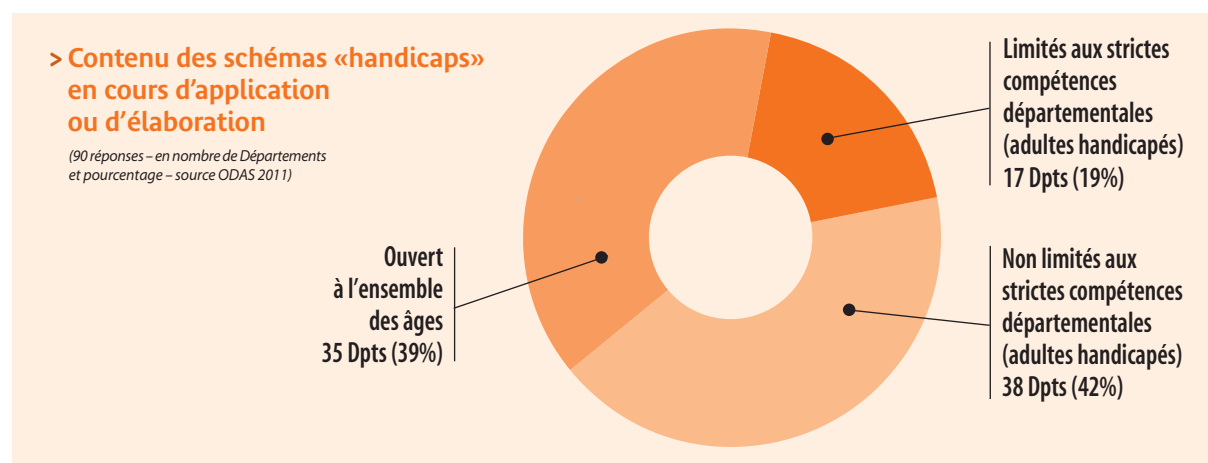
Le processus d'élaboration d'une politique axée sur le soutien à l'autonomie et non plus sur une population ciblée conduit nécessairement à l'émergence de problématiques qui portent non seulement sur l'offre d'équipements et de services, mais aussi sur l'accessibilité, la vie sociale, le rapprochement des âges et la valorisation des différences. Une démarche qui appelle donc, en raison de l'implication de politiques publiques diverses, une approche transversale qui ne peut qu'être bâtie avec d'autres services en interne mais aussi avec d'autres partenaires en externe. C'est bien là la tendance qui se vérifie à travers les résultats de l'enquête.

A/ De la convergence à la transversalité

Ainsi on peut relever que le nombre de Départements qui déclarent avoir associé les acteurs communaux ou intercommunaux à l'élaboration des schémas départementaux est élevé. Plus précisément, 70% des Départements ayant élaboré un schéma pour les personnes âgées, ou commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ont associé les acteurs municipaux. 60% des Départements ayant élaboré un schéma pour les personnes handicapées l'ont fait également. Il reste que cette consultation peut être plus ou moins formelle selon les situations, car comme

le révèlent d'autres enquêtes de l'ODAS, seules 60% des villes considèrent que leur partenariat avec les Départements est satisfaisant⁶.

De même, la nécessité de relations avec l'État et les organismes de protection sociale est mentionnée comme indispensable par la quasi-totalité des Départements. Cela peut s'expliquer par le souci des Départements d'aller au-delà de leurs compétences légales dans l'élaboration des schémas. C'est vrai pour le soutien aux personnes âgées dépendantes, pour lequel 76% des Départements souhaitent développer une vision plus globale s'attachant à repérer conjointement les besoins sociaux et médico-sociaux en se projetant également sur le terrain sanitaire. C'est également le cas pour le soutien aux personnes handicapées, pour lequel la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 a indéniablement contribué à élargir les perspectives. C'est ainsi que huit Départements sur 10 ont adopté ou élaborent des schémas qui couvrent des besoins au-delà des strictes compétences départementales. Et près de la moitié d'entre eux ont intégré l'enfance en situation de handicap, même si cette compétence ne les concerne que partiellement par l'intermédiaire des MDPH pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation vers les établissements spécialisés.



6. Enquête de l'ODAS « Les maires et le vivre ensemble » – 2011 – publication à venir.



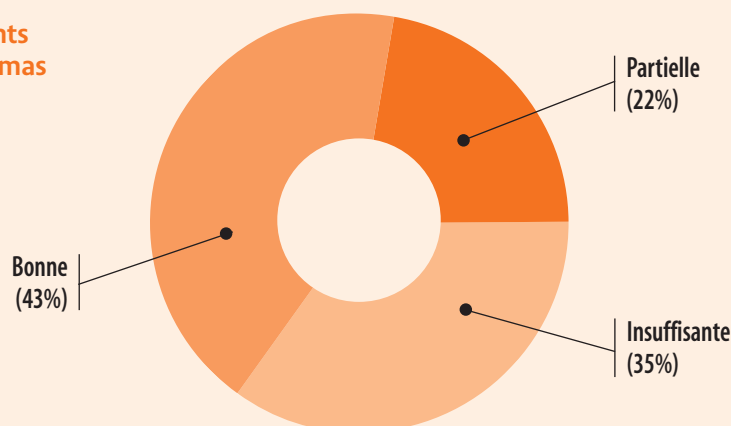
Ces dynamiques départementales d'analyse des besoins d'aide et d'accompagnement des citoyens âgés dépendants ou handicapés dans toutes ses dimensions renforcent la nécessité d'une coopération approfondie entre les Départements et les nouvelles Agences régionales de santé (ARS), pour réussir l'intégration du médico-social voulue par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (loi du 21 juillet 2009 dite HPST). En effet si la loi donne aux ARS des compétences étendues pour permettre une meilleure articulation des politiques sanitaires et médico-sociales, elle les invite à prendre en compte les schémas départementaux⁷ au sein des projets régionaux de santé (PRS) et des futurs schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS).

B/ De la transversalité à la coopération

La collaboration à construire pourrait s'inspirer de l'expérience des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui regroupent, dans un document unique, la programmation des établissements et services en matière de handicap et de dépendance. Une articulation qui se veut respectueuse des schémas départementaux, même si l'IGAS⁸ n'a pas manqué de souligner le caractère disparate de celle-ci selon les Départements. L'enquête de l'ODAS confirme d'ailleurs ce constat, puisque seuls 41 Départements appréhendent favorablement cette articulation, tandis que 20 Départements la considèrent comme unilatérale. Enfin, elle est perçue comme difficile dans les deux sens dans 33 Départements.

> L'opinion des Départements sur l'articulation des schémas départementaux avec le PRIAC

(94 réponses - en pourcentage de Départements - source ODAS 2011)



Ces difficultés résulteraient non seulement des différences de priorités entre l'Etat et les Départements, mais aussi de la déconnexion des calendriers des instruments de planification⁹. Il est difficile d'articuler les schémas d'une durée de cinq ans avec le PRIAC régional « glissant ». Ce dernier, en croisant projets et disponibilités financières du moment, peut être sujet à un lissage annuel en fonction de priorités distinctes des objectifs fixés par le schéma départemental.

Avec la mise en place des ARS, qui permet une concentration sans précédent des outils de pilotage et de

programmation au niveau régional, de nouvelles opportunités s'ouvrent donc. Or, la définition dans des délais très contraints des territoires de santé, du PRS et du SROMS, suscite des inquiétudes dans les Départements sur les risques d'une vision prospective parcellaire, alors que le récent rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rappelle qu'un « meilleur accompagnement de la perte d'autonomie est susceptible de constituer un puissant levier pour la maîtrise de la dépense d'assurance maladie, à condition que ses modalités d'engagement soient conçues en complémentarité étroite avec la réponse aux besoins de soin ».

7. Guide méthodologique pour l'élaboration des SROMS - Document CNSA/DGCS 2011.

8. IGAS, « Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) », juillet 2010.

9. Par exemple, il arrive que les objectifs de création de places sur la durée d'un schéma se heurtent aux délais de réalisation des opérations, lesquelles peuvent s'effectuer lors du schéma suivant. Ce décalage peut entraîner un manque de lisibilité sur les financements qui seront réellement apportés par le PRIAC pour les opérations programmées. D'autant que l'objectif de l'Etat est de parvenir à rééquilibrer l'offre entre les départements de chaque région, ce qui peut conduire à des désaccords pour le financement de certaines opérations.



III. UNE ORGANISATION QUI S'ENRACINE DANS LA TERRITORIALISATION

Alors que, dès les premières années de la décentralisation, les Départements ont accentué les efforts de territorialisation¹⁰ des services sociaux et médico-sociaux, l'aide sociale aux personnes âgées et l'aide sociale aux personnes handicapées étaient encore peu concernées par ce mouvement.

En effet, l'organisation de la relation de proximité dans ces deux domaines reposait principalement sur les communes avec leurs Centres communaux d'action sociale (CCAS). Ceux-la étaient alors notamment chargés d'organiser l'accueil et de constituer les dossiers d'aide sociale. Mais l'extension considérable du soutien à la dépendance et le transfert aux Départements de nouvelles responsabilités dans le domaine du handicap ont entraîné une relation d'une toute autre ampleur, quantitative et qualitative, avec les publics concernés.

La création de l'APA, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en est l'exemple le plus probant. Elle ouvre le bénéfice d'une allocation et de son plan d'aide non seulement aux plus dépendants mais aussi aux personnes dont la perte d'autonomie est moins prononcée (GIR4), avec pour conséquence un doublement du nombre de bénéficiaires, estimés à plus de 700 000 au 31 décembre 2010. C'est aussi le cas pour les personnes handicapées dont le Département a dorénavant la responsabilité de l'accueil, de l'accompagnement et de la définition des réponses appropriées, à travers la MDPH. Ces réponses sont construites en cohérence avec le projet de vie, qui a pu être préalablement exprimé par la personne handicapée.

A/ De l'extension des compétences à la territorialisation

Les Départements ont donc dû considérablement renforcer leurs services et procéder progressivement

à leur territorialisation même si, pour partie, les Villes – par le biais notamment des CCAS¹¹ – ont continué d'assurer une fonction d'accueil et d'orientation.

Ainsi 69 Départements affirment avoir déconcentré leurs activités d'accueil et d'orientation. Parmi ces Départements, 66 en ont précisé les modalités :

- 49 s'appuient sur leurs propres services déconcentrés, dans des territoires qui ont des dénominations diverses : circonscription, unité territoriale d'action sociale, maison des solidarités, maison du Département... Ce qui n'empêche pas 11 d'entre eux d'avoir également recours, à d'autres structures – notamment les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), voire les Villes, les Intercommunalités ou les Pays.
- 17 Départements ont externalisé ces missions au profit de structures autonomes (CLIC, CCAS, ...). C'est le cas de la Corrèze, avec une structure associative par canton. Les Yvelines ont également fait le choix du réseau associatif – souvent en proximité avec le secteur de la santé – mais en cohérence avec le découpage territorial de l'action sociale.

En matière de handicap, les Départements se sont d'abord attachés à construire et à faire vivre les MDPH. La fonction d'accueil est d'abord assurée au siège de cette structure. Dans la quasi-totalité des Départements l'accueil se fait immédiatement, sans prise de rendez-vous préalable et sur la totalité des horaires d'ouverture de la MDPH (97% des réponses). Seul un Département (sur 95 réponses) n'accueille que sur rendez-vous et trois dans des plages horaires limitées. Enfin, l'accueil des enfants et celui des adultes sont assurés au même endroit dans 91% des Départements répondants, auxquels il convient d'ajouter les 4% de ceux qui en ont le projet. Cet accueil peut d'ailleurs aller jusqu'à l'aide au remplissage du dossier

10. La territorialisation consiste à regrouper sous une même autorité l'ensemble des services du Département concernés par la problématique sociale et à déconcentrer à cet échelon infra-départemental une mission d'observation et un pouvoir de décision pour adapter les actions engagées aux spécificités de chaque territoire.

11. Il est à noter que la constitution du dossier de demande d'aide sociale à l'hébergement au bénéfice des personnes âgées relève toujours de la compétence des CCAS et comprend d'ailleurs la recherche des obligés alimentaires.

de demande (accueil dit de « niveau 2 »), fonction utile pour éviter ensuite des pertes de temps lors de l'instruction. Pour ce type d'accueil, le personnel polyvalent reste prépondérant dans les deux tiers des Départements. Ces résultats témoignent du chemin

parcouru dans l'intégration des anciennes Commissions départementales d'éducation spécialisées (CDES) et des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

B/ Une territorialisation qui favorise l'accueil commun

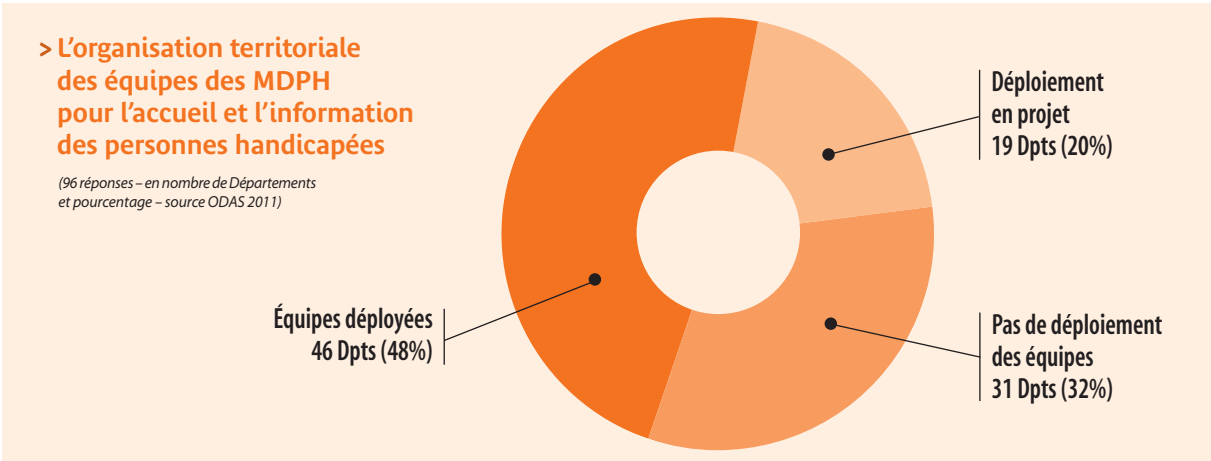
Mais cet accueil centralisé n'empêche pas les Départements de multiplier les points d'accueil et d'information des personnes handicapés. Ainsi 46 Départements sur 96 affirment que la MDPH a créé des lieux

d'accueil du public sur différents points du territoire et il convient d'en ajouter 19 qui en ont le projet. Il s'agit plutôt des Départements les plus peuplés (cf tableau ci-après).

> Lieux d'accueil déconcentrés de la MDPH et population des Départements

(la question était « avez-vous créé des lieux d'accueil sur différents points du territoire ? »)
(96 réponses – en nombre de Départements – source ODAS 2011)

Départements	Oui	En projet	Non	Total
Petits et à dominante rurale (moins de 370 000 habitants)	13	8	16	37
Moyens (de 370 000 à 900 000 habitants)	18	8	12	38
Grands (plus de 900 000 habitants)	15	3	3	21
Total	46	19	31	96



Sur les 65 Départements qui ont déconcentré l'accueil ou en ont le projet, plus des deux tiers s'appuient sur les services départementaux existants. Cette proportion est sensiblement équivalente à celle des Départements qui ont territorialisé l'accueil et l'orientation en matière gérontologique. Mais les Départements s'appuient également sur d'autres structures que les leurs, certains ont même totalement externalisé leur accueil. Dans ce cas, il s'agit d'ailleurs souvent des mêmes structures que celles utilisées en matière gérontologique.

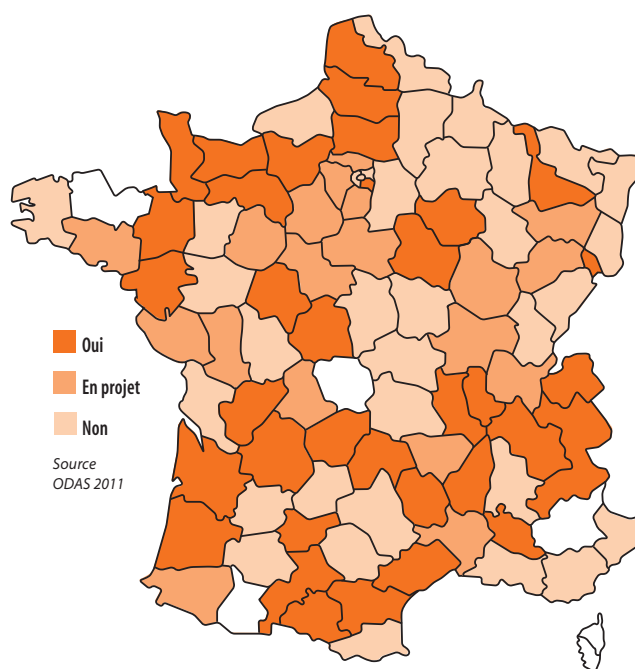
On peut ainsi observer que les MDPH s'appuient pour l'accueil et l'orientation sur :

- les CCAS, voire les CIAS (37% des Départements) ;
- les CLIC et autres structures gérontologiques (32% des Départements) ;
- les associations locales de personnes handicapées (31% des Départements) ;
- les structures de maintien à domicile, tels que services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (19% des Départements).

A titre d'illustration, le Département du Pas-de-Calais a organisé les fonctions d'accueil (niveau 1 et 2) dans les services départementaux territorialisés, mais en mobilisant progressivement les CCAS moyennant une formation assurée par la MDPH. Dans le Département de Meurthe-et-Moselle, c'est en direction des CLIC que cette coopération a été engagée. En effet, depuis leur création à l'initiative des Départements, les CLIC assurent une fonction d'accueil (niveau 1 et 2) en direction des personnes âgées et des personnes

handicapées. Une double ouverture qui a permis leur reconnaissance, dès 2006, en tant qu'antenne locale de la MDPH. L'expérience ainsi acquise explique que, depuis 2009, 50% des personnes ayant déposé un dossier à la MDPH de Meurthe-et-Moselle sont passées au préalable par un CLIC.

> Lieux d'accueil commun PA/PH



Et cette situation devrait encore évoluer favorablement : selon les résultats de l'enquête, la mutualisation des fonctions d'accueil et d'orientation des personnes en situation de dépendance ou handicapées déjà mise en œuvre par 37 Départements est en projet dans 20 autres. A contrario, 34 Départements ont des services d'accueil distincts pour les deux publics, sans volonté affichée de convergence à court ou moyen terme.

> Mutualisation de l'accueil personnes âgées dépendantes et personnes handicapées

(91 réponses – en nombre de Départements – source ODAS 2011)

Départements	Oui	En projet	Non	Total
Petits et à dominante rurale (moins de 370 000 habitants)	16	6	14	36
Moyens (de 370 000 à 900 000 habitants)	12	11	10	33
Grands (plus de 900 000 habitants)	9	3	10	22
Total	37	20	34	91



C/ Un accueil commun qui pourrait faciliter une approche plus stratégique de la territorialisation

Cette recherche d'une optimisation de l'accueil et de l'information des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées a favorisé la création de territoires communs dans près d'un Département sur deux. Ce qui constitue un atout important pour consolider dans l'avenir une démarche d'observation territorialisée des besoins sociaux bâtie sur la masse d'informations recueillies à l'occasion des rencontres avec le public. Une perspective d'autant plus crédible que majoritairement les territoires définis pour la perte d'autonomie coïncident avec les territoires du service social, qui servent souvent de support à l'émergence d'un projet social local.

Cela nécessitera toutefois une profonde évolution du service social car les professionnels sont encore peu familiarisés avec le passage observé ces trente

dernières années d'un traitement de la pauvreté des personnes âgées à un traitement de la dépendance. D'ailleurs, les services sociaux continuent d'être essentiellement sollicités pour les situations de grand isolement et de pauvreté (voir infra).

Ce constat illustre une fois de plus la nécessité de redéfinir la finalité même du travail social pour passer d'une approche par dispositif et par public à une approche centrée sur un projet de territoire visant au maintien actif dans la vie sociale des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap, l'isolement, etc. L'harmonisation constatée des problématiques de la dépendance et du handicap autour d'une approche territorialisée marquerait ainsi une avancée décisive dans une ouverture de l'action sociale sur le développement social.



L'information des publics

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, l'information du public sur les prestations et services offerts est une mission essentielle pour les Départements. En effet, celle-ci conditionne fortement l'accès aux droits.

C'est pourquoi, en réponse au questionnaire de l'ODAS, tous les Départements affirment informer régulièrement sur les droits et prestations dont ils sont responsables et, pour la quasi-totalité d'entre eux (92%), sur les services et les établissements dont pouvaient bénéficier les personnes dépendantes ou handicapées. Des déclarations qu'il faut toutefois relativiser car divers rapports¹² ont montré que les disparités départementales dans l'attribution de l'APA pouvaient s'expliquer entre autres par la qualité très inégale des démarches d'information, comme semble le montrer une observation plus fine du contenu de l'étude. Ainsi si tous les Départements orientent leur information principalement sur les prestations et services ayant trait à leurs compétences, ils sont moins nombreux à informer sur les autres possibilités offertes aux personnes en perte d'autonomie. Plus précisément, seuls 18% des Départements disent informer sur les aides financières relevant d'autres institutions comme les caisses de retraite et 43% sur les autres dispositifs de droit commun dont peuvent bénéficier les personnes dépendantes ou handicapées. Or, il paraît indispensable de bien présenter aux personnes âgées et aux personnes handicapées ainsi qu'à leur famille l'ensemble des offres de service dont elles peuvent bénéficier afin de leur permettre d'exercer un choix éclairé.

L'élaboration des documents s'appuie sur des relais qui, par exemple en matière de handicap, se répartissent ainsi :

- les associations de personnes handicapées et de leurs familles (77 Départements) ;
- l'Éducation Nationale (56 Départements) ;
- les CCAS ou les CIAS (39 Départements) ;
- les organismes de protection sociale (31 Départements) ;
- les services d'aide à domicile – SAVS, SAMSAH (26 Départements) ;
- les centres locaux d'information et de coordination – CLIC (24 Départements) ;
- les médecins généralistes (15 Départements).

De même, la structuration et l'accessibilité de l'information se développent selon des modalités diverses : guides départementaux « Vivre son Handicap » (Bas-Rhin, Var, Saône-et-Loire) répertoriant les acteurs du territoire, en ligne sur le site des Conseils généraux ; journées départementales du handicap associant personnes handicapées, familles, associations, professionnels et pouvoirs publics (Cantal, Nord, etc.) ; programmation d'émissions radio sur le handicap (Yonne) ; site Internet rendu accessible par le biais de la synthèse vocale (Ille-et-Vilaine).

Surtout, il faut relever que les informations concernant les personnes âgées et les personnes handicapées sont majoritairement construites séparément, à l'exception de rares sujets comme la lutte contre la maltraitance. Seuls 16 Départements indiquent avoir mis en place un service d'accueil téléphonique unique dédié à l'accueil et à l'information des publics, âgés ou handicapés. Citons par exemple les "Points info 14" du Calvados qui existent depuis l'an 2000. Et, dans le Département du Loir-et-Cher, la plateforme départementale d'information et de coordination, conçue en 2008 pour rendre plus lisible la coordination gériatrique, a été étendue depuis au handicap.

12. Rapport de la Cour des Comptes, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005 - Rapport de l'IGAS, « La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements », juillet 2009.

Une mise en œuvre divergente du soutien à l'autonomie

>> MALGRÉ LES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA PERCEPTION COMMUNE DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE SUR LE PLAN STRATÉGIQUE, LA MISE en œuvre de réponses communes, au-delà de l'accueil et de l'orientation, semble aujourd'hui bien plus aléatoire. En effet, la loi du 11 février 2005 envisageait l'harmonisation dès 2010 de la PCH et de l'APA, deux allocations obéissant à une finalité similaire (la compensation du handicap) et à un mode de détermination identique par référence à un plan d'aide ou à un projet de vie. Un rapport de la CNSA de 2007 précise d'ailleurs que les modes d'évaluation peuvent être similaires même si les plans d'aides et les prestations mobilisables comportent des différences liées à l'âge. Ce qui est important, c'est que l'évaluation soit bien personnalisée et multidimensionnelle et que l'ensemble des besoins soit bien recensé¹³. Reste que cet objectif d'harmonisation semble aujourd'hui compromis. Les raisons avancées sont non seulement financières, mais également éthiques, avec la réouverture du débat toujours récurrent sur le fait que la solidarité nationale ne devrait pas s'exprimer de la même manière, selon que le handicap soit dû à l'âge ou non. De surcroît, la gestion de ces allocations relève encore le plus souvent d'organisations et d'acteurs distincts.

La situation se caractérise donc bien sur le plan opérationnel par la persistance d'un soutien dédié aux personnes âgées en perte d'autonomie (chapitre I). Mais de nombreuses initiatives permettent de penser que le soutien aux personnes handicapées ouvre dorénavant, avec les encouragements de la CNSA, de réelles perspectives pour atténuer dans un proche avenir l'opposition entre l'unité de conception du soutien à la perte d'autonomie et la diversité de sa mise en œuvre (chapitre II).

13. CNSA, « Construire un nouveau champ de protection sociale », Rapport annuel, 2007.

I. LA PERSISTANCE D'UNE MISE EN ŒUVRE SEGMENTÉE

La traduction opérationnelle par les Départements du soutien à l'autonomie n'est pas la résultante d'une construction stratégique qui veillerait à optimiser les ressources disponibles en uniformisant autant que possible les équipes managériales, les outils d'évaluation, les prestations communes. Car les réformes en la matière ont eu lieu de façon segmentée et dans des périodes différentes. La culture départementale du soutien à la dépendance résulte principalement des années 1990 avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD), suivie peu de temps après par la création de l'APA. Du côté du handicap, ce n'est qu'avec la loi du 11 février 2005 que les Départements ont considérablement élargi leurs compétences en la matière, rendant nécessaire la création des services correspondants.

C'est cette construction fragmentée qui explique pour partie la diversité des pratiques, des outils, des méthodologies (paragraphe A). Mais une autre raison peut aussi être avancée : la nécessité d'une coordination gérontologique structurée (paragraphe B).

A/ L'impact des organisations

La création de l'APA, qui entraîne une progression considérable des personnes susceptibles d'être aidées et des méthodes de détermination de l'allocation, a conduit les Départements à se doter d'une organisation plus structurée et souvent territorialisée, tant en

ce qui concerne l'accueil et l'orientation (voir supra) qu'en ce qui concerne l'évaluation des situations.

L'organisation de l'évaluation

Afin d'élaborer au mieux les plans d'aide, les professionnels déterminent le niveau de dépendance et les besoins de la personne dans son environnement en se rendant à son domicile. Pour mettre en œuvre cette mission, en règle générale, les Départements ont recruté du personnel. Mais ils ont également eu le souci de se servir des ressources existantes sur le Département lorsque des structures autonomes étaient en capacité de participer à cette évaluation. Concrètement :

- 78 Départements s'appuient totalement sur leur personnel ;
- Huit Départements s'appuient totalement sur d'autres organismes pour exercer cette compétence, principalement CLIC ou relais gérontologiques¹⁴ ;
- 12 Départements s'appuient sur leur personnel et celui d'autres organismes divers comme les CLIC, les organismes de sécurité sociales et dans une faible mesure les CCAS ou CIAS.

Grâce aux ressources ainsi disponibles, 95% des Départements effectuent systématiquement les évaluations au domicile des personnes (91 Départements sur 96) pour établir avec elles un plan d'aide. Pour la grande majorité d'entre eux, cette visite est assurée

14. Par exemple, le Département des Yvelines a complètement délégué à des associations l'évaluation de l'APA (« coordination gérontologique locale ») et la gestion des antennes déconcentrées de la MDPH (« coordination handicap locale »). Ces coordinations, au nombre de 9 dans chaque champ, ont depuis peu une déclinaison territoriale qui est la même que celle des unités territoriales d'action sociale du Département.



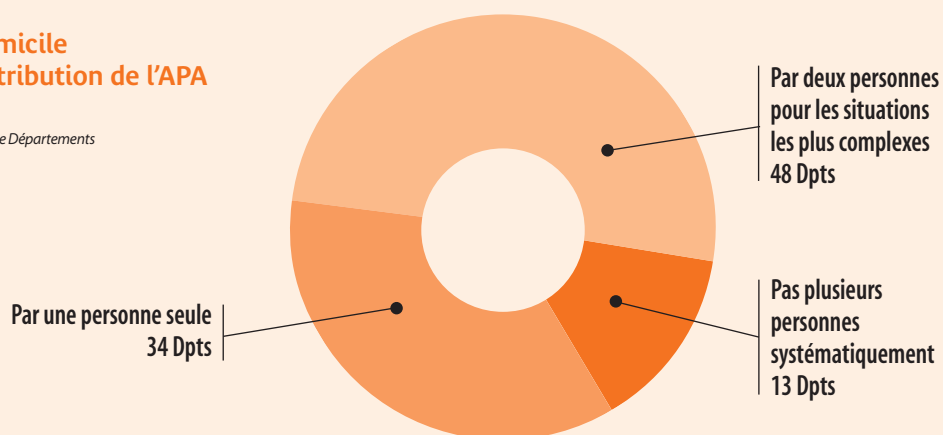
par plusieurs personnes, conformément à l'esprit de la loi et à l'efficacité du dispositif. Plus précisément, l'évaluation est effectuée :

- par une personne seule, dans 34 Départements ;

- par deux personnes pour les situations les plus complexes, dans 48 Départements ;
- systématiquement par plusieurs personnes, dans 13 Départements.

> La visite à domicile en vue de l'attribution de l'APA est effectuée

(95 réponses – en nombre de Départements – source ODAS 2011)



Cependant, même lorsque cette visite n'est assurée que par une personne, l'évaluation est toujours pluridisciplinaire, afin d'éviter la prégnance d'une culture professionnelle. En effet, l'origine des professionnels affectés à ces évaluations se caractérise par sa diversité. Ainsi pour les 90 Départements qui s'appuient principalement sur leurs propres services, on peut noter que :

- dans 54 Départements, l'évaluation est majoritairement effectuée par des travailleurs sociaux ;
- dans 11 Départements, l'évaluation est majoritairement effectuée par du personnel infirmier ;
- dans trois Départements, l'évaluation est majoritairement effectuée par des médecins ;
- dans cinq Départements, l'évaluation est majoritairement effectuée par du personnel administratif.

Or cette représentation élevée des travailleurs sociaux dans les équipes médico-sociales n'est pas sans signification, même si quelques Départements signalent des difficultés de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux. Elle montre le souci des Départements de ne pas s'enfermer dans une approche étroitement technique du plan d'aide mais de chercher à l'enrichir d'une dimension relationnelle et systémique. Un argument pour que les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation des situations intègrent plus fréquemment des professionnels du service social départemental alors qu'actuellement 9 Départements sur 10 n'y ont jamais recours.

> Origines professionnelles des membres des équipes médico-sociales par Département

(90 réponses – en nombre de Départements – source ODAS 2011)

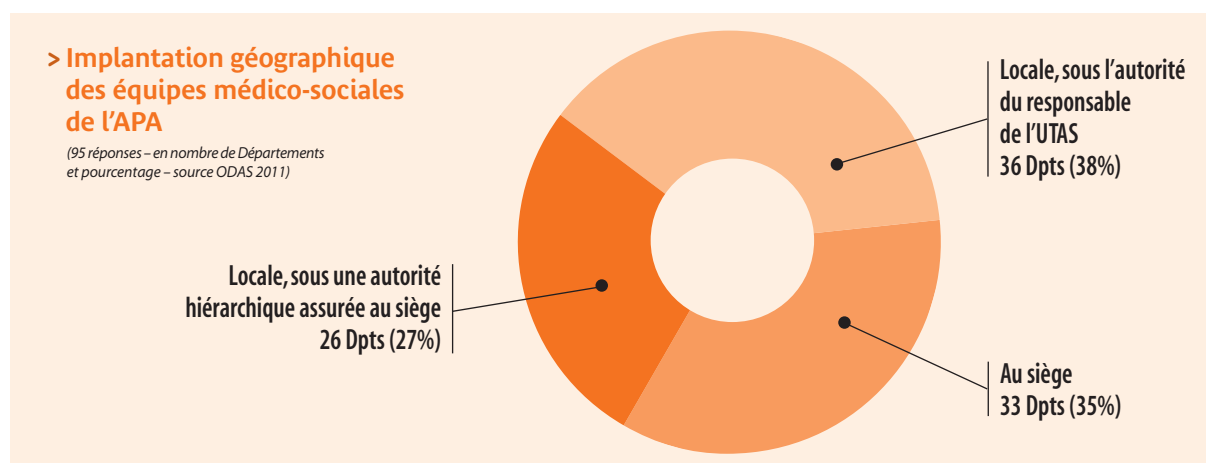
	Plus de 50%	De 30 à 50 %	Moins de 30%	0%	Non réponse	Total des Départements
Travailleurs sociaux	54	19	12	5	0	90
Personnel infirmier	11	16	40	12	11	90
Personnel médical	3	6	69	6	6	90
Personnel administratif	5	20	39	16	10	90



La performance du dispositif

Le souci de cerner le mieux possible les besoins réels des personnes a conduit la majorité des Départements à organiser la territorialisation des équipes d'éva-

luation¹⁵. Ainsi, 62 Départements ont leurs équipes basées localement. Et dans 58% des cas, cette équipe est placée sous l'autorité hiérarchique du responsable territorial.



De même, le contenu des plans élaborés par les équipes reflète le souci de ne pas s'en tenir aux seuls besoins immédiats mais d'y intégrer des éléments participant à une démarche de prévention comme l'aménagement du logement ou la prise en compte des aidants naturels. C'est la position affirmée par un Département sur deux.

Enfin, ce souci de personnalisation des plans d'aide s'exprime dans la formation et le choix des outils d'analyse. Un plan de formation pour l'utilisation de la grille AGGIR est mis en œuvre par 74 Départements et en projet dans 11 autres. Cependant les Départements ne se contentent pas d'appliquer la grille AGGIR conformément aux orientations de la loi. Ils offrent à leurs professionnels une méthode et des outils d'analyse complémentaires : 52 Départements indiquent avoir formalisé une telle approche et 14 en ont le projet. Une ambition méthodologique qui se vérifie aussi dans la recherche d'harmonisation des évaluations et des plans d'aide, engagée par 82 Départements.

Ce travail méthodologique est souhaitable lorsque l'on sait que la mise en œuvre de l'APA concerne dorénavant 1 175 000 personnes (estimation ODAS au 31 décembre 2010) dont 61% vivent à domicile et 39% sont accueillis en établissement. L'activité d'évaluation est donc considérable car les plans d'aide doivent être régulièrement réactualisés. Chaque année, on peut estimer à environ 25% les nouvelles entrées dans le dispositif, sachant que la durée moyenne d'attribution de l'aide est estimée par la DREES à quatre ans.

Cette recherche d'harmonisation semble d'ailleurs porter ses fruits puisque l'on peut observer que la formation initiale des professionnels a peu d'impact sur l'établissement du plan d'aide. Ainsi, l'ODAS a pu vérifier qu'il n'existe aucune corrélation visible entre la composition de l'équipe médico-sociale et le montant moyen d'APA. En effet, quel que soit le nombre de travailleurs sociaux dans les équipes, les montants des plans d'aide paraissent déterminés de la même manière.

15. A noter qu'il existe une forte corrélation entre les Départements qui ont territorialisé l'accueil et l'orientation des personnes en perte d'autonomie et ceux qui ont territorialisé leurs équipes médico-sociales.



D'après les résultats d'une récente étude de la DREES¹⁶ sur les disparités en nombre de bénéficiaires de l'APA entre Départements, ces différences s'expliqueraient principalement par des variables socio démographiques dans 62% des cas et par l'impact des politiques départementales dans 6% des cas, les autres écarts n'ayant pu être explicités. En outre, ce serait principalement au niveau des GIR 4 que l'attribution serait la moins homogène, ce qui peut s'expliquer par la prise en compte du facteur environnemental particulièrement déterminant à ce niveau de dépendance.

B/ Les contraintes de la coordination gériatologique

La perte d'autonomie due à l'âge est par nature évolutive et multidimensionnelle, avec des fragilités médicales mais aussi sociales et économiques. Et il existe bien une interaction évidente entre les altérations fonctionnelles de la personne et les facteurs environnementaux qui sont autant de facilitateurs ou d'obstacles. Accompagner la perte d'autonomie relève donc d'une démarche pluridisciplinaire et partenariale, qui doit commencer le plus tôt possible et s'inscrire dans un parcours cohérent entre le sanitaire et le social.

Cette démarche dite de coordination gériatologique n'a cessé, depuis la décentralisation, d'être évoquée comme une priorité avec des réalisations qui se sont avérées utiles et particulièrement souples comme les CLIC, mais aussi avec des initiatives plus dispersées mais néanmoins significatives de ce que pourrait être une véritable rationalisation des parcours de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Explicitement confiée aux Départements par la loi du 13 août 2004¹⁷, cette recherche de rationalisation s'avère particulièrement présente sur la problématique du vieillissement, puisqu'il s'agit de mieux relier l'effort des caisses de retraite à celui des Départements et de rapprocher le secteur sanitaire du secteur social.

La difficile coordination avec les caisses de retraite

En amont de l'intervention du Département dans le soutien à l'autonomie des personnes âgées, les caisses de retraite (CARSAT, MSA, ...) n'ont cessé de poursuivre leur démarche de prévention en direction de leurs ressortissants en accordant des aides aux personnes dont le niveau de dépendance est relativement peu élevé (GIR 5 et 6). Or, les liens entre les démarches des Départements et celles des caisses de retraite sont assez peu développés, que ce soit dans le domaine de l'observation partagée ou dans celui de l'organisation d'un parcours coordonné de soutien à la dépendance. Les modalités d'évaluation des situations qui permettent l'attribution des aides respectives ne sont pas harmonisées, ce qui ne favorise guère la reconnaissance mutuelle des évaluations. Avec le risque d'engendrer des situations peu compréhensibles pour les usagers, comme par exemple celle d'une personne qui, se voyant refuser une participation financière pour une aide ménagère par la CARSAT au motif que son niveau de dépendance serait trop élevé, se verrait obligée de subir une nouvelle évaluation par les services du Département.

Face à cette situation, un transfert de responsabilité des aides relevant des GIR 5 et 6 aux Départements avait été, un temps, envisagé¹⁸. Mais l'analyse de ses conséquences en termes d'organisation, de gestion du personnel, avec des équipes médico-sociales aux effectifs limités et déjà très sollicitées, n'a guère convaincu les Départements. C'est donc la piste de la complémentarité et de la recherche de synergies entre Départements et organismes de protection sociale qui est dorénavant privilégiée. Une démarche qui reste aujourd'hui tributaire des alliances locales entre caisses de retraite et Départements, la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) ayant volontairement choisi de ne pas imposer de politique globale sur la question.

16. Études et résultats numéro 730 – juin 2010 – DREES.

17. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

18. Rapport « Briet – Jamet » de mai 2004 suivi des propositions de la MECSS, « L'action sociale un défi à relever pour des territoires plus solidaires », rapport d'information n°3739, février 2007.



Des Départements ont donc choisi la voie de la délégation, de manière à ce que leurs équipes médico-sociales ou leurs CLIC effectuent les évaluations des GIR 5 et 6 pour le compte des caisses de retraite. Cependant ce système se heurte aussi à une différence fondamentale d'approche entre les deux logiques de prestation. En effet, le paiement des prestations par les caisses de retraite est basé sur un système à enveloppe fermée : l'ouverture aux aides est largement conditionnée par les ressources disponibles au niveau de chaque caisse régionale, ce qui peut amener les caisses à moduler les critères d'évaluation pour pouvoir répondre aux besoins tout au long de l'année. En revanche, pour l'APA, c'est une logique de droit uniquement qui s'applique comme pour toute prestation sociale ; les critères d'évaluation ne fluctuent donc pas dans le temps. Face à cette difficulté, le Département de l'Essonne, par exemple, a dû aménager cette délégation : les CLIC sont en effet désormais chargés uniquement des évaluations pour le compte des caisses de retraite, alors qu'ils réalisaient aussi jusqu'ici des évaluations APA en complémentarité des équipes médico-sociales.

Une autre piste semble plus prometteuse, parce que plus souple : la reconnaissance mutuelle des évaluations qui permet de neutraliser pour l'utilisateur les différences entre les institutions. Néanmoins, aujourd'hui, seuls 21 Départements affirment reconnaître les évaluations faites par les caisses de retraite. 37 Départements estiment que les organismes de protection sociale reconnaissent l'évaluation qu'ils font en vue de l'attribution de l'APA.

La lente émergence d'une continuité avec le secteur du soin

Les relations avec le secteur du soin pouvaient n'être qu'anecdotiques tant que la responsabilité des Départements se limitait principalement au soutien aux

personnes âgées précarisées. Mais l'élargissement des compétences des Départements au soutien à la dépendance nécessite que ces relations soient précisées.

En effet, pour simplifier le suivi et assurer un accompagnement cohérent de la personne lourdement dépendante, des coopérations peuvent être organisées entre tous les acteurs, du champ social comme du champ sanitaire, pour prendre en compte les besoins des personnes dans toutes leurs dimensions. Ces coopérations peuvent conduire à la mise en place d'interventions coordonnées autour de chaque personne et d'actions à destination non seulement des personnes elles-mêmes, mais aussi de leur entourage.

Une recherche d'amélioration qui s'exprime du côté de l'Etat avec l'expérimentation des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'alzheimer (MAIA) sur 17 sites, pilotée par la CNSA et en voie de généralisation. L'expérimentation MAIA s'inspire du Programme de Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien à l'Autonomie (PRISMA) expérimenté entre 1990 et 2005 au Québec¹⁹ pour répondre de manière continue aux besoins des personnes âgées en situation de dépendance d'un territoire et résoudre en particulier le problème de fragmentation du système de soins et de services. Présentée davantage comme une boîte à outils, mais avec également des personnels dédiés à la coordination des situations, la MAIA apporte des éléments méthodologiques pour favoriser la coordination de tous les partenaires (sanitaire, médico-social, social), autour de la personne.

L'enjeu est de taille si l'on en croit le faible nombre de Départements (six) à estimer que dans le suivi des situations individuelles, les articulations entre le champ sanitaire et le champ social sont satisfaisantes.

19. Une expérimentation menée sur un panel de sites contrastés, très urbain (Paris 20^{ème}), urbain (Mulhouse), et rural (Sud d'Étampes, 91) – pour plus d'informations, voir Fiche Action APRILES – site internet « apriles.net ».

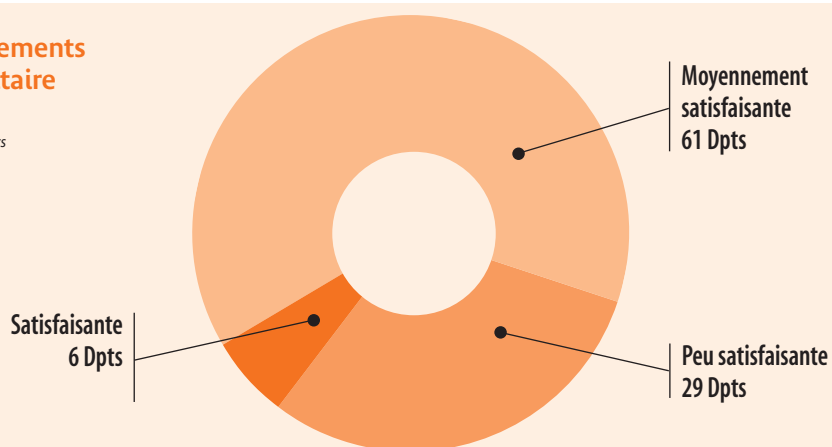


La très grande majorité (61) indique en effet que ces relations sont moyennement satisfaisantes et près d'un tiers (29) qu'elles sont peu satisfaisantes. C'est ainsi que de nombreux professionnels peuvent se

succéder au domicile des personnes, chacun intervenant sans disposer d'informations autres que celles que les personnes elles-mêmes peuvent livrer, avec la part d'aléa que cela comprend.

> Le regard des Départements sur l'articulation sanitaire et sociale

(96 réponses – en nombre de Départements
– source ODAS 2011)



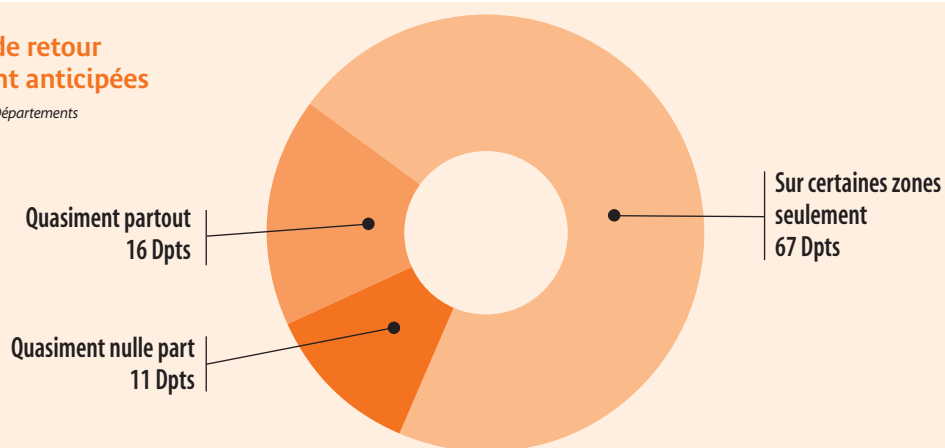
Certes, la demande d'APA peut comporter un certificat médical et les pratiques en la matière sont variables d'un Département à l'autre, mais on pouvait s'attendre à des relations plus soutenues avec les médecins généralistes de ville. Or, seuls 28 Départements indiquent que les évaluateurs consultent souvent ces médecins et 52 Départements qu'ils ne les consultent que de manière aléatoire.

est d'importance pour les personnes en perte d'autonomie, les hospitalisations pouvant conduire à des dégradations de leurs facultés. C'est pourquoi la question des suites d'hospitalisation, afin d'en optimiser ses effets, est importante. Or, selon les Départements, les modalités de retour au domicile ne seraient anticipées que dans 16 d'entre eux pour la totalité de la population tandis que dans 67 autres, ce suivi ne concernerait qu'une partie de la population. 11 Départements indiquent en outre que quasiment aucun dispositif n'est prévu sur leur territoire en la matière.

Par ailleurs, éviter une hospitalisation ou en limiter la durée au strict nécessaire impose aussi des articulations en aval. Outre l'aspect financier, l'enjeu

> Les modalités de retour au domicile sont anticipées

(94 réponses – en nombre de Départements
– source ODAS 2011)



À l'origine de cette difficulté, on ne recense pas que le défaut d'harmonisation entre le social et le sanitaire. On peut aussi y voir les effets de la dichotomie médecine de ville / hôpital et de la segmentation fonctionnelle des soins. Pour améliorer cette situation, l'Etat a impulsé l'organisation de réseaux de santé. C'est ainsi qu'en matière de dépendance, 70 Départements ont indiqué avoir un ou plusieurs réseaux de santé gériatrique sur leur territoire, huit en ont un en projet, tandis que 14 indiquent ne pas en avoir. Dans les deux tiers des cas, ces réseaux de santé gériatriques travaillent de manière rapprochée avec les CLIC et autres structures de coordination. Ce rapprochement aurait permis de définir des critères communs dans 39 Départements. En revanche, la sollicitation des équipes médico-sociales par les réseaux de santé n'est systématique que dans six Départements, aléatoire dans 32 Départements et rare dans 36 Départements.

En somme, ce bilan est encore très perfectible, même si quelques expérimentations montrent que l'articulation du social et du sanitaire peut aller plus loin. C'est par exemple le cas dans le département des Yvelines sur le canton de Meulan où une association, l'association locale de développement sanitaire (ALDS) regroupant

à l'origine des médecins libéraux, assure la gestion de l'équipe médico-sociale de l'APA pour le compte du Département, du CLIC, d'un réseau de santé et d'un service de soins infirmiers à domicile. Mais on peut également citer le Pays de Ploërmel, dans le département du Morbihan, qui soutient un CLIC ayant pour mission de coordonner les acteurs locaux (hôpital, réseau de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, services d'aides à domicile, ...), de mener des actions collectives de prévention, des formations et enfin d'observer les besoins. Chacune des six intercommunalités qui composent le Pays est, quant à elle, responsable de l'accueil et de l'accompagnement de la population âgée en perte d'autonomie.

Ces expérimentations permettent de vérifier à nouveau la créativité des acteurs locaux et la progression continue de la coordination gériatrique. Une rationalisation qu'il faut encourager, même si paradoxalement elle peut compliquer le rapprochement horizontal du handicap et de la dépendance en renforçant la culture des professionnels par publics. Or, même si des signes de changement se multiplient, la culture professionnelle par public reste bien prégnante.

II. LES PRÉMICES D'UNE CONVERGENCE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre segmentée du soutien à l'autonomie constitue donc une réalité incontournable. Pourtant, cette segmentation opérationnelle ne peut apparaître en l'état comme pleinement satisfaisante car elle conduit à une fragmentation des moyens, des diagnostics et des volontés. C'est pourquoi les initiatives se multiplient pour rapprocher les équipes et les outils, à l'occasion de la mise en place des MDPH par les Départements (paragraphe A), tandis qu'un nombre croissant d'entre eux réorientent le savoir faire des CLIC vers une prise en compte unifiée du soutien à l'autonomie (paragraphe B).

A/ De la séparation fonctionnelle à la coopération des acteurs

La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 a constitué certainement l'un des défis les plus difficiles que les Départements aient eu à relever depuis la décentralisation. En effet, il leur a fallu construire en quelques mois une nouvelle administration, ce qui en soi était déjà considérable. En outre, ils ont dû le faire dans le cadre d'une architecture institutionnelle complexe (avec l'autonomie juridique des MDPH) et en intégrant les personnels de l'État dans des conditions ne favorisant pas la cohérence managériale.

Or, dès 2006²⁰, les MDPH avaient trouvé leur place dans le paysage institutionnel et les orientations de la loi préconisant l'autonomie de ces structures semblent largement respectées²¹. Pourtant, cette séparation institutionnelle n'a pas empêché la construction d'un accueil commun, comme on a pu le voir plus haut, mais n'interdit pas non plus le développement d'une véritable coopération opérationnelle des équipes.

Le rapprochement des équipes

Ainsi en ce qui concerne l'évaluation des situations des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, 39 Départements (sur 90) indiquent avoir mis en place un rapprochement des équipes dédiées à chacun de ces publics et 17 en ont le projet. Certes, pour les trois quarts de ces Départements, il s'agit essentiellement de construire une culture commune, conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005²². Mais pour un quart d'entre eux, ce rapprochement est bien plus ambitieux puisqu'il a pour principale finalité l'interchangeabilité des professionnels, avec la volonté d'aboutir progressivement à l'unification des équipes, effectivement engagée dans quelques Départements.

> Le rapprochement des équipes PA et PH signifie

(66 réponses – en pourcentage de Départements – source ODAS 2011)

L'interchangeabilité des équipes (25%)

Un partage des compétences (75%)

20. Maisons Départementales des Personnes Handicapées, une réforme bien engagée, ODAS, mai 2006.

21. Ce souci de respecter l'autonomie des MDPH trouve même sa traduction dans les organigrammes puisque dans 1 Département sur 2, les MDPH ne sont pas rattachées formellement à la direction générale des Départements ou à la direction de la solidarité.

22. Il s'agit des Départements suivants : Alpes de Haute-Provence, Cantal, Doubs, Eure, Isère, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Loire et Cher, Morbihan, Nièvre, Oise, Orne, Pas-de-Calais, Pyrénées Atlantiques. Par ailleurs certains Départements font référence aux difficultés de recrutement des personnels médicaux, surtout en zone rurale. Dans ce contexte, la mutualisation de l'expertise médicale est nécessairement recherchée comme dans les Départements des Landes, du Maine-et-Loire ou du Val-d'Oise.

Ainsi, en Haute-Savoie, des équipes territorialisées du handicap ont été mises en place sur les mêmes territoires que des équipes médico-sociales de l'APA, et toutes deux travaillent dans des locaux communs, ou proches, avec un encadrement médical commun. Dans l'Oise, le Département a décidé de créer progressivement sur l'ensemble du territoire des « relais pour l'autonomie des personnes » qui se conçoivent comme l'antenne locale de la MDPH et le lieu d'implantation de l'équipe médico-sociale APA. Les professionnels assurant l'accueil, l'information, l'évaluation des besoins et la coordination des intervenants pour les deux publics. De même, dans le Pas-de-Calais, les équipes médico-sociales d'évaluation sont polyvalentes sur le champ des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. Mais de plus, elles sont réparties sur chaque territoire d'action sociale, car le Département souhaite parvenir à créer sur chacun de ces territoires une véritable « maison de l'autonomie » (MDA)²³.

Ce nouveau concept tend d'ailleurs à prendre une dimension opérationnelle couvrant l'ensemble du Département par la transformation de la MDPH en MDA. Cette MDA n'est pas définie par la loi, mais peut s'inscrire dans le droit à l'expérimentation ouvert par la loi du 13 août 2004²⁴. C'est ainsi que trois Départements (Corrèze, Cote-d'Or, Cantal) se sont engagés avec le soutien méthodologique et financier de la CNSA dans cette approche et que trois autres le sont de façon autonome (Isère, Oise, Territoire de Belfort). L'objectif est de marquer une véritable rupture avec des politiques segmentées par l'âge, en poussant le plus loin possible, dans le respect de la réglementation, tout ce qui peut mettre en convergence ces politiques tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

Par exemple, le Département de la Corrèze a officiellement mis en œuvre sa MDA en janvier 2011. Mais après un long travail de préparation amorcé depuis 2008 et qui a suscité l'adhésion de toutes les parties,

quelles soient impliquées dans le soutien à la dépendance ou dans celui au handicap. C'est pourquoi, si pour des raisons juridiques la MDPH continue de faire vivre sa commission exécutive (COMEX), une nouvelle instance à vocation consultative a été mise en place : « le conseil d'orientation stratégique », composé des membres de la COMEX et des représentants du secteur gériatrique. Par ailleurs, la MDA s'appuie sur un réseau de proximité, installé au niveau de chaque canton, qui intervenait sur le champ gériatrique depuis de nombreuses années et qui s'élargit donc désormais au champ du handicap. Enfin, cette construction est rendue possible par le dynamisme du partenariat local, très largement motivé par les premiers enseignements de l'expérience : les conséquences positives de la mise en synergie des réseaux sur les questions d'accessibilité et de regard, l'enrichissement des cultures et des pratiques, et la rationalisation des organisations²⁵.

L'harmonisation des outils

La démarche d'harmonisation porte principalement sur les grilles d'évaluation du handicap et sur celles de la dépendance. Les pouvoirs publics manifestent leur intérêt depuis de nombreuses années²⁶ pour cette démarche, également souhaitée par le Conseil économique, social et environnemental (CESE)²⁷, et sur laquelle la CNSA est engagée en s'appuyant sur l'expertise des Départements.

En effet, six Départements²⁸ travaillent au rapprochement des grilles d'évaluation individuelle des besoins AGGIR (dépendance) / GEVA (handicap) et 17 Départements en ont le projet. Si la Dordogne a tenté d'expérimenter le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) venu du Québec, la piste actuellement privilégiée est celle l'adaptation de l'outil multidimensionnel utilisé par les MDPH pour les personnes âgées dépendantes (GEVA-A). Ce dernier outil est déjà utilisé par 6 des MAIA expérimentales.

23. A noter qu'au-delà du seul domaine du soutien à l'autonomie, ce Département a engagé une contractualisation systématique avec chaque Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), et a créé une instance de coordination stratégique animée au niveau de chaque territoire d'action sociale (maisons départementales de la solidarité), incitant ainsi à développer une observation commune et une adaptation concertée des réponses.

24. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

25. Voir Fiche Action APRILES – La convergence PA/PH se concrétise en Corrèze - site internet « apriles.net ».

26. « Soutien à l'autonomie, Nouveau regard, nouvelles réponses », Geneviève Avenard, Marion Laumain et Servane de Froberville, sous la direction de Jean-Louis Sanchez - Les Cahiers de l'ODAS - juin 2007.

27. Conseil économique et social, 2004, M. Bonnet, Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap.

28. Calvados, Corrèze, Gard, Manche, Orne, Tarn-et-Garonne.

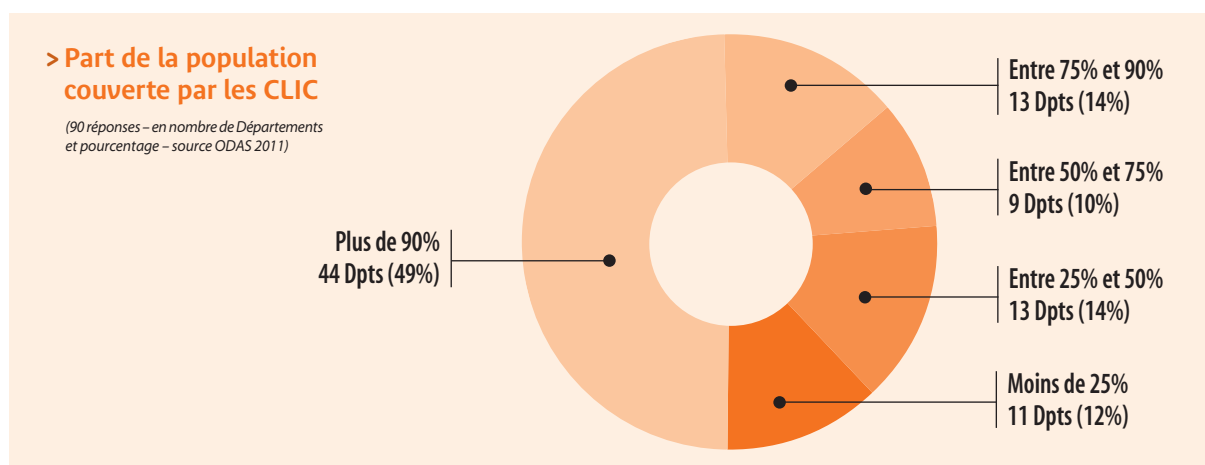
Notons enfin que le maintien des réglementations distinctes ne favorise pas l'harmonisation des plans d'aide et limite les recherches dans ce sens. Il eut donc été souhaitable qu'un rapprochement des réglementations autour d'un droit commun à compensation précède le travail sur la rationalisation de l'évaluation.

B/ De la coopération gérontologique à l'approche globale du soutien à l'autonomie

Cette recherche d'harmonisation des Départements serait toutefois bien imparfaite si elle n'avait pas été déployée aussi en direction de l'important réseau de coordination constitué par les CLIC, depuis leur lancement au début des années 2000. En effet, bien que les missions des CLIC portent explicitement sur l'accueil, l'information, l'orientation voire l'évaluation des besoins des personnes âgées, rien n'empêchait

qu'elles puissent s'étendre au monde du handicap, d'autant que la loi du 11 février 2005 l'autorise explicitement.

Ainsi lors de l'enquête conduite en 2006 par l'ODAS en partenariat avec la CNSA et la DGCS sur la mise en œuvre des MDPH, on avait pu observer que 26 Départements envisageaient d'élargir les missions des CLIC au secteur du handicap, et que 13 Départements analysaient cette hypothèse²⁹. Les intentions ont donc été suivies d'effets, puisque quatre ans plus tard, 18 Départements déclarent s'appuyer effectivement sur des CLIC ou d'autres structures gérontologiques en matière de handicap. Or, rappelons le, ce chiffre est d'autant plus significatif que la couverture des territoires par les CLIC est très variable selon les Départements, et qu'il est donc logique que certains d'entre eux ne puissent s'appuyer sur ces structures.



En outre, les périmètres d'intervention des CLIC et leurs moyens sont aussi très hétérogènes³⁰. Alors que les pouvoirs publics s'étaient fixés initialement pour objectif un maillage complet du territoire avec l'installation de 1 000 CLIC habilités à suivre les situations individuelles les plus complexes (dit de niveau 3), l'ODAS ne recense aujourd'hui que 594 CLIC sur 90 Départements et seule une partie d'entre eux serait de niveau 3, avec des variations selon la nature de l'organisme gestionnaire. En effet, les CLIC gérés par

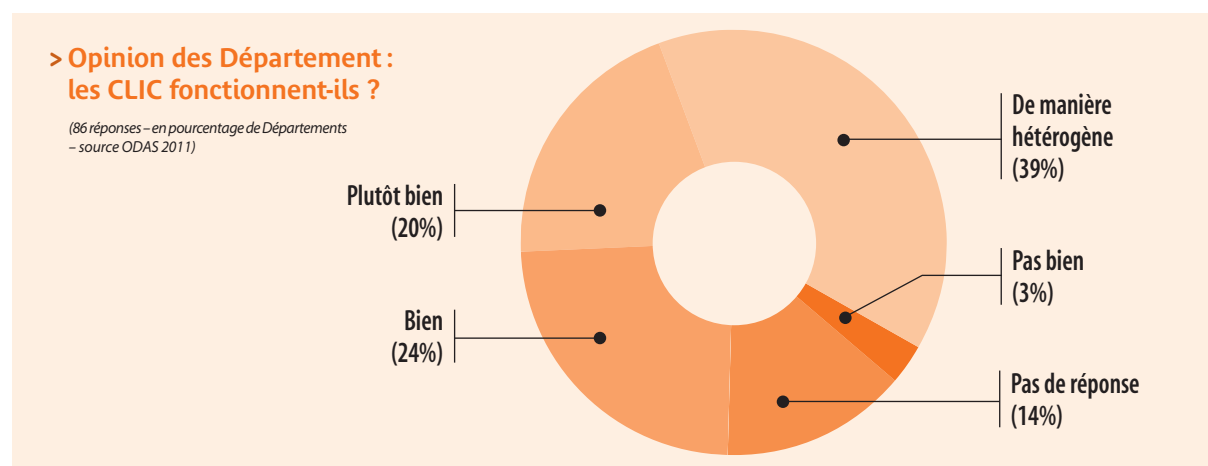
les Départements ou les hôpitaux sont de niveau 3 dans 80% des cas, alors que lorsqu'ils sont gérés par une association ou un CCAS, la proportion n'est plus que de 50%. A ce propos il est important de noter que l'enquête de l'ODAS fait apparaître que 283 CLIC sont gérés par une association (48%), 174 par un CCAS, une commune, un groupement de commune ou un autre type de structure (29%), 102 par un Département (17%) et 35 par un hôpital (6%).

29. Maisons Départementales des Personnes Handicapées, une réforme bien engagée, ODAS, mai 2006.

30. Selon une enquête de l'ANC-CLIC portant sur un quart des CLIC, la plupart de ces structures ne disposerait en matière de personnel que de 3 équivalents temps plein.

A titre de comparaison, une enquête de 2004 recensait 517 CLIC dans 96 Départements dont 53% étaient gérés par une association, 30% par une commune, un regroupement de commune ou un autre type de structure, 9% par un établissement hospitalier et seulement 8% par un Département³¹. La proportion

des CLIC gérés par un Département a donc doublé. Ce qui reflète bien le souci des Départements d'utiliser les structures existantes, même s'il leur faut pour cela en assumer la gestion et ce malgré leurs doutes sur l'efficacité des CLIC puisque seul un Département sur deux considère qu'ils fonctionnent bien ou plutôt bien.



Cette hétérogénéité d'appréciation se retrouve dans la définition des missions des CLIC. Car en dehors des missions d'accueil et d'orientation qui sont assumées en principe par tous les CLIC, la fonction d'évaluation n'est exercée que dans certains Départements (voir supra) et de façon plus ou moins étendue aux situations complexes. Ce mode de fonctionnement n'est au demeurant pas stabilisé, comme l'illustre l'exemple du Pas-de-Calais qui envisage « une montée en charge des missions du CLIC, qui serait chargé de la coordination des interventions autour de cas particulièrement complexes permettant de répondre à un besoin unanimement reconnu : l'absence de cadre de traitement efficace des situations individuelles, dès lors que celles-ci nécessitent

l'expertise et l'intervention d'acteurs multiples (interventions sanitaires, médico-sociales, familles) »³².

Enfin ce souci de s'appuyer sur les CLIC amène les deux tiers des Départements à réorganiser, ou envisager de le faire, le fonctionnement des CLIC et leur découpage territorial. En effet, actuellement ces découpages sont très hétérogènes et ils ne coïncident avec les territoires des unités d'action sociale des Départements que dans 25% des cas. Or, on a pu relever précédemment combien les Départements sont soucieux d'une plus grande cohérence de leur découpage infra-départemental (voir supra) pour consolider la dimension stratégique de leur territorialisation.

31. Fiche DGCS du 2 février 2011 - Bilan des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

32. Schéma départemental en faveur des personnes âgées, Département du Pas-de-Calais, 2008-2012, p.109.



Conclusion

L'effort financier constant des Départements autour du soutien à l'autonomie a été régulièrement constaté ces dernières années³³.

L'intérêt de cette enquête est donc de révéler une autre caractéristique de cet engagement : le souci des Départements de briser le cloisonnement traditionnel entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, non seulement pour mieux optimiser les moyens mais aussi pour apporter des réponses globales axées sur la vie sociale, l'accessibilité et le soutien aux aidants. Or, ce mouvement encore inégal pourrait s'étendre davantage sous l'influence de deux types d'évolution :

- on sait que la finalité de la décentralisation est de renforcer l'adaptation des politiques locales aux caractéristiques des territoires. A un moment où la départementalisation est impactée par le projet de réforme territoriale, l'aspiration à un traitement stratégique des problématiques sociales devrait donc s'amplifier dans les Départements. Or elle ne peut trouver son expression que dans un projet local de territoire mettant fin autant que faire se peut à la segmentation par public. On peut donc tout naturellement penser que les Départements seront de plus en plus nombreux à privilégier la référence à la perte d'autonomie plutôt qu'à l'âge.
- Avec la crise du financement de l'action sociale qui renforce la nécessité de cohérence interne et de synergies locales, on peut également penser que la recherche de transversalité s'amplifiera dans les Départements avec le souci d'une dynamique partenariale plus soucieuse de coopérations que de fragmentations ;

En revanche, réapparaît aujourd'hui la tentation de mettre fin à la convergence des réponses en se référant à la barrière des âges, au motif que la solidarité nationale ne saurait s'exprimer de la même manière selon l'origine de la perte d'autonomie. Une évolution inquiétante qui, si elle se concrétisait, remettrait en cause non seulement l'ambition de la loi du 11 février 2005, mais aussi les efforts de rationalisation de la gouvernance locale engagée par les Départements depuis plusieurs années en liaison étroite avec les administrations d'Etat et la CNSA.

Il reste que la période actuelle favorise la prise de conscience par la société française de sa vulnérabilité et invite ainsi à la construction d'un nouveau modèle de société rejetant l'approche catégorielle au profit de dynamiques interinstitutionnelles et interculturelles. Aussi, le concept de soutien à l'autonomie s'accorde bien davantage à cette vision que celui de soutien à la dépendance qui fait apparaître à nouveau le vieillissement comme une source de difficultés pour la société.

33. Voir notamment les lettres de l'ODAS : « Dépenses départementales d'action sociale en 2010 : le tournant de la rigueur » – Mai 2011 ; « Dépenses départementales d'action sociale en 2009 – Vers l'impasse ? » – juin 2010, « Dépenses départementales d'action sociale en 2008 : la fin d'un cycle » – juin 2009.



Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes ayant participé à l'étude, ce qui a permis de construire une vision partagée de l'action conduite en faveur des personnes âgées dépendantes ou handicapées et de ses axes d'évolution.

Nous espérons que cette étude répondra à leurs attentes.

Aux membres de la Commission « Autonomie » de l'ODAS :

- **Dr Corinne BIENNASSIS**, chef de service coordination Aide à Domicile Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général de l'Ardèche
- **M. Jean-Michel RIVOIRE**, ex directeur adjoint Gérontologie Handicap, Conseil Général de l'Ardèche
- **Mme Françoise ANDRIEUX**, directrice Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général du CANTAL
- **Mme Marie-Anne SERANDON**, chef de projet Maison de l'autonomie de la Corrèze
- **Mme Sylvie DOUCERAIN**, responsable mission aide à domicile, Conseil général de l'Eure
- **Mme Rose LISON-VIGNAL**, directrice de la Maison départementale des personnes handicapées du Gard
- **Mme Pascale VUILLERMET**, chef de service, Maison de l'Autonomie de l'Isère
- **Mme Catherine DANIEL**, directeur Adjoint de la Prévention et du Développement Social, Conseil Général de l'Indre
- **Mme Marianne MOUNIER**, directrice des personnes âgées, Conseil général d'Indre et Loire
- **M. Jean-Noël EXBRAYAT**, directeur chargé des personnes handicapées et de la Maison départementale des personnes handicapées, Conseil général de la Loire
- **M. Jérôme REYNE**, directeur chargé des personnes âgées, Conseil général de la Loire
- **Mme Martine BARBIER**, directrice de l'autonomie, Conseil général du Maine et Loire
- **Mme Catherine BOSSE**, directrice de la Maison départementale des personnes handicapées du Maine-et-Loire
- **Mme Marie-Annick HELFER**, directrice Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général de Meurthe-et-Moselle
- **M. Hervé BOUGEARD**, directeur de l'autonomie, des prestations et des moyens de solidarité, Conseil général du Morbihan
- **M. Christian TABIASCO**, directeur des interventions sanitaires et sociales, Conseil général du Morbihan
- **M. Vincent GUILLUY**, responsable du service tarification, Conseil Général du Nord
- **Mme Eléonore YON**, chef du pôle actions autonomie, Conseil général de l'Oise
- **M. Jean-François VITOUX**, directeur de la Maison départementale des personnes handicapées du Pas-de-Calais
- **Mme Marie-Paule DEBRAY**, Sous-Direction de l'Action sociale, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES), Conseil général de Paris
- **M. Dominique BAROTTE**, ex directeur de la Maison départementale des personnes handicapées des Vosges.
- **Dr Gérard BERNARDIN**, directeur adjoint à la Direction Vosgienne de l'Autonomie et de la Solidarité, Conseil général des Vosges
- **Mme Françoise CORRUBLE**, directrice des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées, Conseil général de Seine-Maritime
- **Mme Carole ROBERT**, ex directrice adjointe de la Maison départementale des personnes handicapées de Seine-Maritime
- **Mme Isabelle JOLIVET-PERREZ**, sous-directrice personnes âgées, Conseil général de Seine-Maritime
- **M. Christian FISCHER**, directeur de la Maison départementale des personnes handicapées du Haut-Rhin
- **Dr Guy MBOKO**, Médecin chef du service Santé publique et de Coordination médico-sociale, Conseil Général de la Sarthe
- **Mme Françoise RAYMOND**, directrice adjointe à la Solidarité, Conseil général de Seine-et-Marne
- **M. Georges BUISSON**, chargé de mission, Conseil général des Bouches-du-Rhône
- **M. Pascal BOIRIN**, directeur Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général de Seine-et-Marne
- **Mme Marion ANDRAULT-DAVID**, responsable service Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général de la Vienne
- **Dr Sylvie MERVILLE**, chef de Service Médico-Social – Personnes Agées/Personnes Handicapées, Conseil général de l'Essonne
- **Mme Guilaine LETERME AUZANNEAU**, responsable administrative, Conseil général de l'Essonne
- **Mme Colette AUSSAVY**, directrice Personnes Agées/Personnes Handicapées, Pôle Solidarité, Conseil général des Hauts-de-Seine
- **M. Pascal FUCHS**, adjoint au directeur général adjoint, Pôle Solidarité, Conseil général des Hauts-de-Seine
- **Mme Sylvie LEMASLE**, chef de service DSPAPH, Conseil général du Val-de-Marne
- **Mme Roselyne MASSON**, directeur personnes handicapées et de la Maison départementale des personnes handicapées, Conseil général du-Val-d'Oise
- **Mme Anne-Paule ROPOSTE**, directrice Autonomie, Ville de Besançon - CCAS
- **Mme Armelle MIGEON**, directrice du Handicap, Ville de Besançon - CCAS
- **Mme Laure GUEDEUGUES**, responsable du service de maintien à domicile CLIC de Brest, Ville de Brest
- **Mme Nathalie GALTIE**, directrice de l'Action Sociale, Ville d'Issy-les-moulineaux
- **Mme Clemence TRESCA**, directrice adjointe, CLIC du Haut Entre Deux Mers de La Réole

- Mme Yvelise ABECCASSIS, directrice de l'Association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC (ANCCLIC)
- M. Richard-Pierre WILLIAMSON, directeur, CLIC Entourage du Pays Yonnais, directeur adjoint de l'ANCCLIC
- Mme Sophie MARTIN, coordinatrice, CLIC des Rives de Seine
- M. Pascal POUSSE, coordinateur, Clic de Gâtine, Deux-Sèvres
- Mme Marie Noël MAHE, responsable Coordination et Développement, Association Eollis 59
- M. Antonin BLANCKAERT, direction de l'action sociale, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- M. Alain ROZENKIER, direction des Recherches sur le Vieillissement, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)
- M. Pierre-Marie BRUNEEL, responsable Pôle Handicap, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)
- Mme Christelle DESSAINTS, chargée de mission Personnes handicapées, CCMSA
- Mme Françoise FREGEAC, responsable du service Ingénierie des réseaux de santé à la CCMSA, déléguée générale de la Fédération nationale des réseaux gérontologiques (FNRG)
- Mme Pascale ECHARD-BEZAULT, chargée de mission Santé / Cohésion sociale, Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires (DATAR)
- Dr Chantal ERAULT, chef du bureau de la Vie Autonome, Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
- Mme Caroline LEFEBVRE, bureau de la Vie Autonome, DGCS
- Mme Céline MONESTIER, bureau de la Vie Autonome, DGCS
- M. Jean-Louis LOIRAT, directeur délégué aux partenariats et projets à la Caisse nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA)
- M. Franck SABRIA, chef de projet, CNSA
- Mme Hélène TROUVÉ, ph.D Ingénieure de Recherche projet, PRISMA France
- M. Jean-Michel CAUDRON, consultant, Perspectives 59
- Mme Myriam VAN ESPEN, consultante, Directrice Senior Innovation

Aux Départements ayant participé aux visites sur site :

Conseil général de Côtes d'Armor ; Conseil général de Loire-Atlantique ; Conseil général de Meurthe et Moselle ; Conseil général de la Meuse ; Conseil général du Nord ; Conseil général de la Somme ; Conseil général des Vosges ; Conseil général de l'Yonne ; Conseil général Territoire de Belfort ; Conseil général de l'Essonne.

Aux personnes rencontrées lors des visites, et pour l'accueil qui nous a été réservé :

Département l'Aube (10)

- Au Siège du Département ;
- A la circonscription d'action sociale d'Arcis-sur-Aube (Unité Personnes Agées/ Personnes Handicapées) ;
- A la circonscription d'action sociale de Bar-sur-Seine (Unité Personnes Agées/ Personnes Handicapées).

Département de la Corrèze (19)

- Au siège du Département ;
- Aux Instances de coordination pour l'Autonomie (ICA) ;
- Aux Instances de coordination pour l'autonomie d'Argentat, d'Espagnac, de Treignac, de Beaulieu, de Beynat, de Sornac et de Tulle (l'Association Intercantonale d'Aide à Domicile aux Personnes Agées et Handicapées - AIADPAH) ;
- Au Centre Médico-Social Départemental d'Ussel / Réseau gérontologique d'Ussel ;
- Au CCAS de Brive.

Département du Morbihan (56)

- Au siège du Département ;
- A la MDPH
- Au CLIC du Pays de Ploërmel - Cœur de Bretagne ;
- Au CLIC du Pays d'Auray ;
- Au CLIC, Clic et Relais gérontologique de Pontivy.

Département de l'Oise (60) :

- Au siège du Département ;
- A la Maison départementale des personnes handicapées ;
- A la Mairie de Beauvais.

Département des Yvelines (78)

à la Direction de l'Autonomie et à la Maison départementale des personnes handicapées :

- Au sein des coordinations gérontologiques et handicap locales (CGL et CHL)

Territoire d'action sociale Seine et Mauldre à Meulan
Territoire d'action sociale Sud Yvelines à Rambouillet
Territoire d'action sociale Val de Seine et Oise à Verneuil sur Seine
Territoire d'action sociale Ville Nouvelle

- Au pôle Gérondicap (GCSMS), domaine de Mérançais à Magny-les-Hameaux

Département du Pas de Calais (62)

- Au siège du Département
- A la Maison départementale de la Solidarité de l'Audomarois
- A la Maison départementale de la Solidarité de la communauté d'agglomération de Lens-Liévin
- A la Maison départementale de la Solidarité du Montreuillois