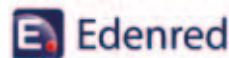


# SOUTIEN À L'AUTONOMIE

## LES RÉPONSES AUX QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ

**RAPPORT ISSU DES 11<sup>ES</sup> RENCONTRES SOCIALES  
« SOUTIEN À L'AUTONOMIE : DU BILAN AUX PERSPECTIVES »**

**organisées par Edenred France  
et le Journal de l'action sociale**



**en collaboration avec  
l'Observatoire national de l'action sociale**



PAR EMMANUELLE VIGAN

## Sommaire

### LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ SUR L'ADÉQUATION DES DROITS ET DES PRESTATIONS AUX BESOINS

**QUESTION 1 :** Les pouvoirs publics ont-ils fait du soutien à l'autonomie une priorité politique ?

**QUESTION 2 :** L'égalité de l'offre de services a-t-elle été impactée par le processus de décentralisation ?

**QUESTION 3 :** Le poids financier des allocations sera-t-il longtemps compatible avec les ressources disponibles ?

**QUESTION 4 :** Comment renforcer l'impact des politiques de prévention ?

**ENCADRÉ :** Ce que l'on peut attendre de la réforme

### LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ SUR L'EFFICIENCE DES ORGANISATIONS

**QUESTION 5 :** Quelles sont les forces et faiblesses de l'architecture actuelle ?

**QUESTION 6 :** Comment favoriser une meilleure coopération ?

**QUESTION 7 :** La convergence des politiques de soutien au handicap et à la dépendance est-elle encore possible ?

**QUESTION 8 :** Comment orienter la modernisation de l'offre de services ?

**ENCADRÉ :** Télégestion et Cesu : l'innovation à Paris et dans le Bas-Rhin

**CONCLUSION**

**GLOSSAIRE**

## Introduction

*Par Cédric Leloup, directeur des ventes Programmes sociaux publics d'Edenred France*



© Le JAS

**L**a 11<sup>e</sup> édition des Rencontres sociales, organisée le 21 novembre dernier à Paris sur le thème "Soutien à l'autonomie: bilan et perspectives", revêtait un caractère particulier, se tenant à l'aube d'une réforme sur l'adaptation de la société au vieillissement attendue par tous et dans un contexte institutionnel instable avec en toile de fond une réforme territoriale en point d'interrogation.

C'est pourquoi, nous souhaitons diffuser largement les travaux de cette rencontre pour permettre au plus grand nombre d'appréhender tous les aspects de cette question décisive pour l'avenir du vivre-ensemble qu'est le soutien à l'autonomie.

D'ailleurs, depuis la fin des années 90, c'est un sujet majeur qui s'est distingué par des lois très novatrices. Ainsi, en 2001, la loi portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) marque un changement radical; ce n'est plus le soutien à la pauvreté mais le soutien à la dépendance qui va dorénavant caractériser les politiques d'aide aux personnes âgées. En 2005, la loi du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instaure le devoir de compensation du handicap par la société avec la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) et la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elle laisse entrevoir la perspective d'une convergence des politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées, avec notamment la création d'un organisme national commun, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Si la réforme sur l'adaptation de la société au vieillissement s'éloigne de cette ambition, elle ouvre néanmoins de nouvelles perspectives qui montrent tout l'intérêt de faire le bilan de la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie ces trente dernières années pour mieux appréhender les priorités du changement. C'était l'ambition de ces 11<sup>es</sup> Rencontres sociales et c'est pourquoi nous en produisons ici une synthèse avec le souci de répondre aux principales questions que vous vous posez.

# LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ SUR L'ADÉQUATION DES DROITS ET DES PRESTATIONS AUX BESOINS

## QUESTION 1

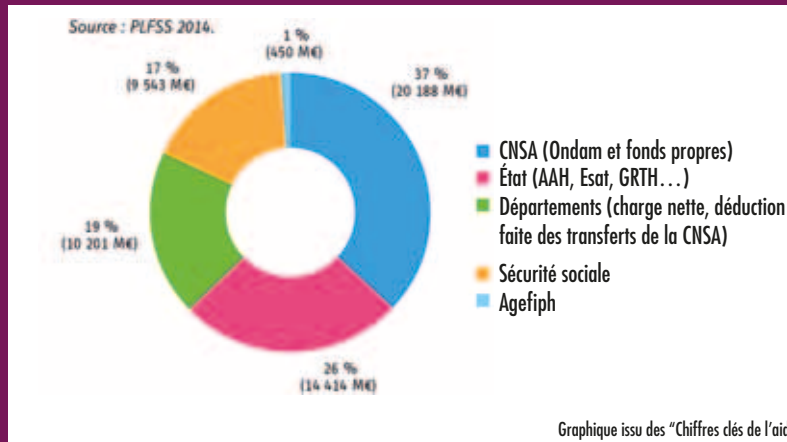
### Les pouvoirs publics ont-ils fait du soutien à l'autonomie une priorité politique ?

*Par Geneviève Gueydan, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Claudine Padieu, directrice scientifique de l'Observatoire national de l'action sociale (Odas), Étienne Petitmengin, directeur général adjoint chargé des solidarités au Conseil départemental du Doubs et représentant de l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et des métropoles (Andass), et Christel Prado, présidente de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei).*

**L**a question est vaste et les points d'entrée pour y répondre sont multiples. Pour commencer l'analyse, Claudine Padieu, directrice scientifique de l'Odas, rappelle quelques données financières. Le montant de la contribution

des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie pour l'année 2012 s'élève à 55 milliards d'euros, dont 20 milliards pour les personnes âgées et 35 milliards pour les personnes handicapées.

#### La contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie en 2012



Le poste "Sécurité sociale" prend en compte :

- pour l'assurance maladie, les pensions d'invalidité et les dépenses en unités de soins de longue durée ;
- pour l'assurance vieillesse, l'action sociale en faveur des personnes âgées ;
- pour la Cnaf, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale.

Graphique issu des "Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2014" de la CNSA ([www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr))



© Le JAS

**Claudine Padieu,**  
directrice scientifique  
de l'Odas

Si les financements nationaux représentent la part la plus importante de ces financements, les départements chargés de la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie y contribuent fortement : à hauteur de 10,2 milliards d'euros en 2012. Une somme en constante augmentation ces trente dernières années (voir graphiques ci-dessous).

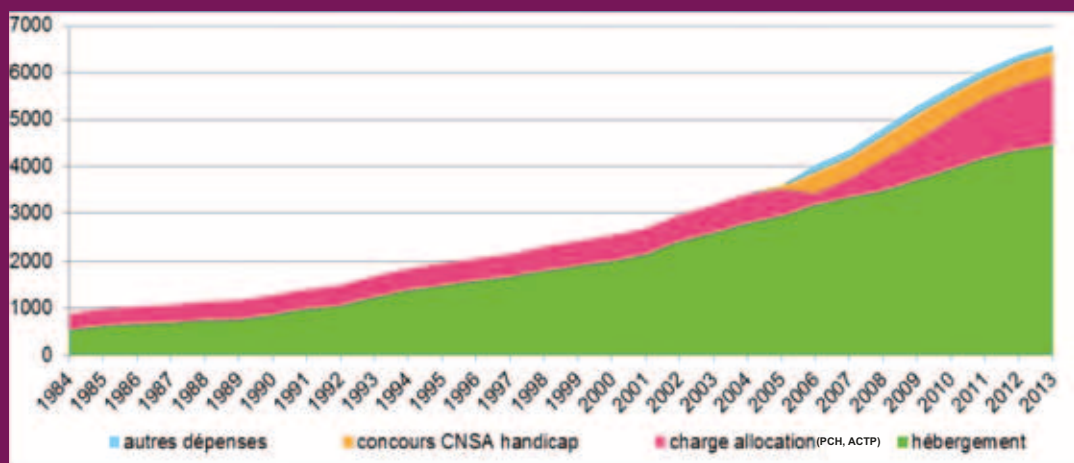
Claudine Padieu en déduit que "la mobilisation des départements en la matière n'a pas été sacrifiée contrairement à tous ceux qui pensaient au début

de la décentralisation que les élus locaux se désintéresseraient des problématiques sociales faute d'impact électoral. Ce sont même les dépenses les moins "électorales" qui ont le plus progressé". En effet, "c'est en matière de soutien aux personnes handicapées que la progression de la dépense est la plus élevée, alors même que la population concernée a peu augmenté. La charge nette (dépense nette dont on déduit les concours de l'État) a été multipliée par 7 entre 1984 et 2013 passant de 880 millions d'euros à plus de 6 milliards.

## Évolution de la dépense départementale de soutien aux personnes handicapées

(En millions d'euros)  
(France métropolitaine)

(Chiffres Odas)

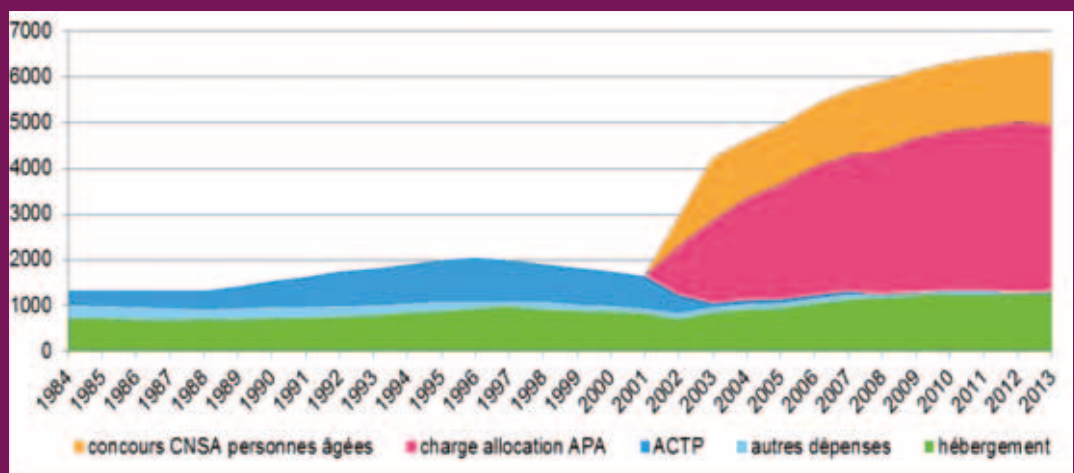


**Commentaire :** Par charge allocation, qu'il s'agisse de l'Apa ou de la PCH, on entend désigner le montant résultant de la différence entre la dépense départementale et les concours de la CNSA qui ont été isolés dans les deux graphiques.

## Évolution de la dépense départementale de soutien aux personnes âgées dépendantes

(En millions d'euros)

(Chiffres Odas)





**Geneviève Gueydan,**  
directrice de la CNSA

Pour ce qui est du soutien aux personnes âgées, la charge nette a été multipliée par 3,7 passant de 1,33 milliard d'euros en 1984 à près de 5 milliards en 2013". À noter que pour les personnes handicapées, la dépense d'hébergement représente plus des deux tiers de la dépense globale et les allocations près du tiers, et que pour les personnes âgées, c'est l'inverse.

## Des budgets départementaux façonnés par l'évolution des besoins

"Si la réglementation explique pour partie cette forte évolution des dépenses départementales, les orientations des élus locaux ont aussi pesé considérablement dans des domaines où les choix n'étaient pas contraints", poursuit Claudine Padieu, avant d'expliquer son propos en se référant plus particulièrement au soutien des personnes handicapées. "Ainsi, sous l'effet conjugué de la forte progression des besoins de la population et des nouvelles attentes des familles, bien relayées par le monde associatif, les conseils généraux ont financé dans ce domaine la création de nombreuses structures et services et ont permis la réalisation d'une importante adaptation qualitative, en prenant souvent appui pour cela sur les grands plans nationaux décidés par l'État".

Et d'illustrer : "Pour favoriser leur autonomie et leur intégration sociale, les travailleurs des établissements d'aide par le travail (Esat) ont été aidés à s'installer en logements autonomes ou partagés, grâce à la création de services d'accompagnement à la vie sociale : inexistantes en 1990, ils suivaient en 2010 environ 40 000 personnes.

On assiste parallèlement à la création de places occupationnelles, tant par la transformation de places d'hébergement simple que par la création de nouvelles places.

Alors que les places de foyer simple augmentaient de 1 % par an (entre 1990 et 2010), les places occupationnelles, en foyer ou en accueil de jour, suivaient un rythme de croissance de 5 %. Enfin, pour accueillir des personnes porteuses d'un lourd handicap qui jusqu'alors restaient chez leurs parents ou à l'hôpital, le nombre de places de foyers d'accueil médicalisé (en double tarification du département et de l'assurance

maladie) s'est accru au rythme de 17 % par an, tandis que les maisons d'accueil spécialisé (financement de l'assurance maladie) continuaient leur croissance de 6 % par an".

À noter néanmoins que "si l'accroissement de la dépense d'hébergement s'explique pour moitié par le doublement du nombre de personnes accueillies qui est passé de 66 000 en 1984 à 133 000 en 2013, il s'explique aussi pour moitié par la progression du coût à la place. La dépense par personne accueillie a été multipliée en effet par 3,5 passant de 9 700 euros en 1985 à 33 900 en 2012, même si on note depuis trois ans un infléchissement de cette tendance".

## Des départements bâtisseurs de politiques publiques

Pour Geneviève Gueydan, tous ces éléments traduisent "le succès de la décentralisation". En effet, "les départements ont pris à bras-le-corps ces politiques de soutien à l'autonomie. Non seulement, ils ont mis en place l'Apa et la PCH, prestations universelles et individualisées qui constituent un progrès social fondamental car elles ont permis pour un nombre croissant de personnes de compléter la solidarité familiale d'un effort de solidarité collectif. Mais, ils ont aussi mis en œuvre de véritables stratégies territoriales".

Un point de vue partagé par Étienne Petitmengin, qui insiste sur le rôle des départements qui ne se limite pas à celui de guichet, de distribution d'allocations, mais qui plus fondamentalement réside dans la construction de politiques sociales adaptées aux besoins observés sur le territoire. "Bien sûr, nous sommes financeurs, mais ce n'est qu'un épiphénomène. Je le dis non pas pour défendre l'actuelle géographie territoriale – demain ce pourrait être un autre niveau de collectivité qui assume cette responsabilité. Je défends là le cœur de nos métiers qui ne se résume pas à des questions d'argent. Ainsi, pour ce qui concerne l'Apa et la PCH, les départements ont une responsabilité dans l'utilisation de ces allocations et tentent, à des degrés variés, d'apporter des réponses adaptées pour la mise en œuvre des services financés par celles-ci".



**Étienne Petitmengin,**  
directeur général  
adjoint chargé des  
solidarités au Conseil  
départemental du  
Doubs et représentant  
de l'Andass



© Le JAS

**Christel Prado,**  
présidente de l'Unapei

## “On aurait pu aller plus loin”

Si au regard de ce qui vient d'être dit, on peut légitimement répondre “oui” à la question posée, pour autant chacun reconnaît les faiblesses récurrentes du système, citant notamment le manque d'investissement en matière de prévention, le cloisonnement institutionnel tout particulièrement entre le sanitaire, le social et le médico-social, l'inadaptation de la tarification des services à la personne, les différences entre l'Apa et la PCH, le manque de suivi des plans d'aide... Nous y reviendrons dans les prochaines questions. Mais, avant cela, il importe d'entendre les critiques constructives de Christel Prado : “On sait tous très bien mettre des dispositifs en place, faire des process, financer... Mais parallèlement, qu'a-t-

on fait pour l'accessibilité à tout et pour tous ? On a pris son temps, alors qu'aménager l'environnement dans le cadre de politiques de prévention de la perte d'autonomie pourrait permettre d'abaisser les coûts de la compensation individuelle. Par ailleurs, nous n'avons toujours pas de véritables évaluations des besoins qui permettent d'orienter les politiques publiques. On fait de l'analyse de flux sur le nombre de places disponibles, sur l'argent qu'il reste... Cela peut aider à gérer la boutique, mais pas à faire des choix politiques. Or, ce qui nous engage tous en tant que citoyen, ce n'est pas uniquement la gestion en bon père de famille, c'est surtout la politique pour répondre aux besoins d'une population qui change. Il en va de notre responsabilité collective. Sur ces sujets, on aurait déjà pu aller plus loin”.

## DU CÔTÉ DU PUBLIC

**“Les départements seuls ne peuvent pas tout résoudre. Ils ont besoin des acteurs de proximité que sont les communes. C'est vraiment la collaboration entre ces deux échelons territoriaux qui peut faire avancer les problématiques, y compris en termes de mutualisation des moyens financiers.”**

**Soraya Cardinal, Mairie de Créteil.**

**“Les questions de santé mentale en France ne sont pas prises à leur juste mesure. La PCH ne répond pas suffisamment aux attentes et aux besoins des personnes handicapées psychiques. Pourtant, on estime à environ 10 % la population en souffrance psychique : 4 % en dépression sévère et 6 % en souffrance psychiatrique.”**

**Bruno Voyer, Unafam des Hauts-de-Seine.**



**QUESTION 2**

**L'égalité de l'offre de services a-t-elle été impactée par le processus de décentralisation ?**

*Par Claudine Padieu, directrice scientifique de l'Odas, et Laurent Vachey, inspecteur général des finances.*

**Q**uand on parle "décentralisation", l'opinion la plus répandue pense "renforcement des inégalités entre territoires". Or, à la question de savoir ce qu'il en est vraiment concernant les politiques décentralisées de soutien à l'autonomie, la réponse de Claudine Padieu ne s'est pas fait attendre : "Indiscutablement, l'analyse de l'évolution des dépenses de l'ensemble des départements permet de constater l'existence d'une tendance à la convergence des dépenses d'autant plus significative qu'elle concerne notamment des secteurs assez peu encadrés par la réglementation nationale (personnes handicapées, personnes âgées). Autrement dit, ceux qui avaient pris du retard sur la moyenne générale avant la décentralisation ont davantage investi que les autres".

**Les inégalités territoriales s'estompent**

Ainsi, c'est dans le secteur de l'hébergement des personnes handicapées, où la croissance des dépenses a été la plus forte, que cette réduc-

tion des inégalités est la plus importante. L'indicateur de dispersion de la dépense par habitant<sup>(1)</sup> passe en effet de 2,2 en 1990 à 1,7 en 2012. L'éventail entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins s'est donc resserré de 25 % environ. Pour l'Apa à domicile, l'indicateur de dispersion est passé de 2,3 en 2006 à 2,1 en 2012.

"Cette dynamique s'explique d'abord par une harmonisation des coûts des services due à une recherche convergente de qualité entre les territoires, ajoute Claudine Padieu. Mais, l'autre facteur important est l'harmonisation des taux de couverture de la population par l'offre de services. En l'occurrence, c'est la proximité des décideurs et la prégnance des besoins qui expliquent l'uniformisation de la réponse sans nuire pour autant à la reconnaissance de la diversité".

Une analyse que vient corroborer Laurent Vachey : "C'est un fantasme de penser qu'une politique menée par des organismes nationaux sera plus égalitaire dans la répartition que si l'on en confie la maîtrise à des collectivités locales. En effet, on a pu constater que cette

<b>Évolution de l'indicateur de dispersion de la dépense par habitant (Chiffres Odas)</b>		
<b>Hébergement des adultes handicapés</b> (l'éventail se resserre de 22 % en 22 ans)	<b>2,23 en 1990</b>	<b>1,74 en 2012</b>
<b>APA à domicile</b> (l'éventail se resserre de 6 % en 6 ans)	<b>2,31 en 2006</b>	<b>2,18 en 2012</b>

dispersion pouvait être, dans certains cas, plus importante pour les dépenses qui relèvent d'un financement de l'État ou de la sécurité sociale que pour celles qui relèvent d'un financement départemental. C'est le cas par exemple pour l'allocation adulte handicapé (AAH)».

## Ce qu'il reste à faire

Pour autant, comme le souligne Claudine Padiou, des inégalités demeurent. Ainsi, le taux de dispersion de la charge nette d'aide aux personnes handicapées par habitant est de 17 %. Sachant que les inégalités sont plus importantes pour les allocations (PCH et allocation compensatrice pour tierce personne - ACTP) avec un taux de dispersion de 27 %, que pour l'accueil en établissement (taux de dispersion de 20 %). Concernant l'aide aux personnes âgées, le taux de dispersion de la charge nette par habitant de plus de 75 ans s'élève à 21 %, avec là aussi des différences entre l'Apa à domicile (taux de dispersion de 31 %) et l'Apa en établissement

(taux de dispersion de 18 %).

Mais, Laurent Vachey soulève un questionnement complémentaire: "Est-on sûr qu'un indicateur aussi fruste que la dépense par habitant soit suffisant pour répondre à la question de l'égalité face aux besoins des personnes? Si l'on acquiesçait, cela signifierait que les besoins sont les mêmes sur l'ensemble du territoire national. Or, un certain nombre d'éléments d'information nous montrent que, comme pour les besoins en santé, les besoins sociaux et médico-sociaux ne sont pas homogènes selon les territoires". C'est pourquoi, revenant sur les propos de Christel Prado (voir Question 1), il insiste aussi sur la nécessité de construire des instruments d'évaluation des besoins des personnes aptes à mettre en lumière ces différences territoriales.

*(1) L'indicateur de dispersion de la dépense par habitant est établi à partir du rapport entre la valeur au-dessus de laquelle se trouvent les 10 départements à plus forte dépense et la valeur en dessous de laquelle se trouvent les 10 départements à plus faible dépense.*

## DU CÔTÉ DU PUBLIC

**"En ce qui concerne la tarification des services d'aide à domicile, on s'aperçoit que des écarts allant jusqu'à 7 euros de l'heure existent entre les départements. Cette différence notable en termes de financement joue sur la qualité des emplois et sur le niveau du reste-à-charge des bénéficiaires. Il conviendrait de pouvoir analyser ces disparités très importantes pour en comprendre objectivement les raisons et tenter de les réduire."**

***Directeur d'une association d'aide à domicile dans le Vaucluse.***



**QUESTION 3**

**Le poids financier des allocations sera-t-il longtemps compatible avec les ressources disponibles ?**

*Par Claudine Padieu, directrice scientifique de l'Odas.*

**A**vant de répondre à cette question, de nouveaux chiffres s'imposent, présentés par Claudine Padieu. Concernant l'aide aux personnes âgées en premier lieu, il faut noter que le nombre de bénéficiaires de l'Apa en établissement est passé de 303 000 en 2002 à 502 000 en 2013 et que sur cette même période pour l'Apa à domicile il est passé de 294 000 à 716 000.

Si le coût moyen annuel de l'Apa en établissement ne cesse d'augmenter (4 350 euros en 2013 contre 3 990 en 2008) en raison notamment d'une dépendance de plus en plus lourde des personnes accueillies, celui de l'Apa à domicile régresse (4 520 euros par an en 2013 contre 4 780 euros en 2008) en raison notamment de progrès de gestion avec le développement de la télégestion ou le paiement direct au service (voir Question 8), mais aussi de contrôles finan-

ciers de plus en plus stricts. À noter que la charge nette des allocations versées aux personnes âgées dépendantes s'élevait à 3,6 milliards d'euros en 2013 (contre 340 millions en 1984).

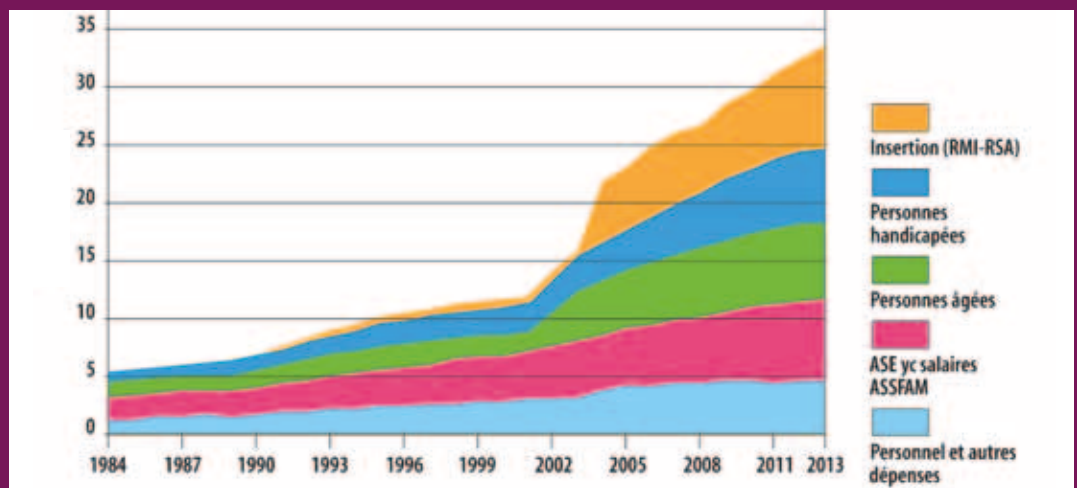
Concernant l'aide aux personnes handicapées, on comptait en 2013 53 000 bénéficiaires de l'ACTP et 216 000 bénéficiaires de la PCH dont le montant moyen s'élevait alors à près de 7 300 euros par an. En 2013, la dépense nette pour l'ACTP et la PCH s'élevait ainsi à près de 2 milliards d'euros.

**Non, si l'on veut aligner par le haut l'Apa sur la PCH**

Aujourd'hui, l'Apa et la PCH présentent des différences intrinsèques qui expliquent que le montant annuel moyen de la PCH soit beaucoup

**Évolution de la dépense nette d'action sociale par domaine**

*(En milliards d'euros)  
(France métropolitaine)*



(Chiffres Odas)

plus élevé que celui de l'Apa. En effet, comme l'illustre Claudine Padiou "la PCH prend en compte le financement d'aides techniques (13 % de la dépense en moyenne), quand l'Apa ne le fait que de manière très marginale. De même, la PCH indemnise les aidants familiaux, alors que l'Apa ne le fait pas. Or cela représente en moyenne un quart de la dépense d'aide humaine attribuée dans le cadre de la PCH. Par ailleurs, l'Apa à domicile est plafonnée pour chaque Gir, ce qui pose un véritable problème pour les personnes les plus dépendantes (Gir 1, voire Gir 2)".

Malgré cela, "on voit mal comment dans un contexte de fortes tensions budgétaires l'on pourrait aligner l'Apa sur la PCH, poursuit-elle. Et ce d'autant plus qu'au regard des perspectives d'évolution démographique (doublement du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans d'ici 2040) conjuguées à la baisse prévisible du nombre d'aidants familiaux, la solidarité collective devrait être encore davantage sollicitée. Et c'est sans compter en outre sur l'évolution de la pauvreté des personnes âgées que révèle l'accroissement actuel du nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex-minimum vieillesse) après des décennies de baisse".

### **Non, si le paiement du RSA continue à être décentralisé**

Claudine Padiou pointe alors les difficultés croissantes rencontrées par les départements pour le financement de prestations dont les règles de délivrance sont fixées par le législateur et qui détournent les départements de leur vocation première. Mais, si pour l'Apa et la PCH, les départements conservent des marges d'autonomie comme le rappelait précédemment Étienne Petitmengin par exemple dans la mise en œuvre des services financés par ces allocations (voir Question 1), en ce qui concerne le RSA, ils n'en ont pas. "C'est pourquoi l'on peut considérer que c'est surtout le transfert du financement

du RMI en 2004 et la complexité de gestion accrue du RSA qui restreignent la liberté d'initiative des départements, sans omettre bien évidemment de rappeler que cela met également en péril la solidité financière des départements les plus concernés par la crise économique", martèle la directrice scientifique de l'Odas.

### **Oui peut-être, si...**

Malgré ces perspectives peu optimistes, Claudine Padiou esquisse quelques propositions qui permettraient d'envisager plus sereinement l'avenir. À commencer par l'ouverture d'une réflexion pour définir plus clairement les limites des financements publics en établissement et à domicile, tout particulièrement en ce qui concerne la PCH. "Lorsque le maintien à domicile de personnes très lourdement handicapées coûte beaucoup plus cher que l'accueil dans un établissement, il est légitime de se poser la question de la limite de l'intervention publique". Deuxième proposition : la suppression de l'Apa en établissement. "La quasi-totalité des résidents d'Ehpad bénéficient de l'Apa, alors que moins du quart recourt actuellement à l'aide sociale à l'hébergement. Or, l'Apa en établissement ne répond pas à une logique d'allocation personnalisée puisque les établissements sont des lieux de mutualisation de l'aide et non pas des lieux d'affectation d'une aide individualisée, explique-t-elle. Si l'Apa y était supprimée – avec évidemment une demande plus forte d'aide sociale à l'hébergement qui pourrait être favorisée par un assouplissement des règles d'obligation alimentaire – on reviendrait à la double tarification d'accueil et de médicalisation qui existait auparavant, ce qui permettrait d'importantes économies de gestion tant dans les établissements que dans les services des départements. Mais, cela supposerait pour maintenir un reste-à-charge supportable pour les personnes de prévoir des modalités de financement mutualisées qui ne reposent donc pas que sur les départements".

## QUESTION 4

## Comment renforcer l'impact des politiques de prévention ?

Par **Estelle Camus**, chargée d'études à l'Odas, **David Cluzeau**, secrétaire national de la Ligue de l'enseignement délégué à l'action sociale, à l'éducation et à la citoyenneté, **Didier Lesueur**, directeur général de l'Odas, et **Anne Saint-Laurent**, directrice de l'action sociale à l'Agirc-Arrco.



© Le JAS

**Anne Saint-Laurent**,  
directrice de l'action  
sociale à l'Agirc-Arrco



© Le JAS

**Estelle Camus**,  
chargée d'études  
à l'Odas



© Le JAS

**David Cluzeau**,  
secrétaire national  
de la Ligue de  
l'enseignement

**P**armi les faiblesses des réponses aux besoins des personnes, plusieurs intervenants ont déploré le manque d'ambition pour la prévention, comme Anne Saint-Laurent, pour qui "la question de la prévention primaire n'est pas suffisamment prise en compte pour faire évoluer la courbe de l'espérance de vie sans incapacité". Selon elle, "pour avancer sur cette question, il importe de penser les réponses non pas au regard de nos représentations, mais à partir de leviers répondant véritablement aux attentes des personnes". Ainsi, deux études réalisées auprès de personnes utilisant les services des centres de prévention de l'Agirc-Arrco ont permis de relever que les quatre déterminants les plus significatifs du "bien vieillir" pour les personnes étaient l'âge, les ressources, l'état psychologique et l'implication sociale. Une observation qui a permis de développer des actions de prévention notamment sur les deux derniers items.

### La nécessité d'un véritable pilotage

La question de la prévention se trouve aujourd'hui au milieu du gué. "Tous les acteurs institutionnels sont conscients de la nécessité d'en faire une priorité, expose Estelle Camus. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et les Carsat se sont recentrées sur cette politique de prévention ; du côté des départements c'est aussi une préoccupation forte puisque 80 % d'entre eux ont inscrit cette thématique dans leur schéma. Des pratiques de mutualisation et d'optimisation des financements ont pu être identifiées, en particulier entre Carsat et départements en matière d'information généralisée et précoce, mais aussi par la mise en place d'ateliers

mémoire, nutrition, prévention des chutes ou d'actions centrées sur l'aménagement du logement avec l'Agence nationale de l'habitat (Anah)".

Pour autant, insiste Estelle Camus, "la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention cohérente ne pourra se faire sans un travail de concertation autour de la définition des besoins de prévention, mais surtout sans un pilotage structuré apte à coordonner les multiples financeurs et à rationaliser des dispositifs de prévention aujourd'hui totalement éclatés". C'est d'ailleurs l'objectif de la conférence des financeurs imaginée dans le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (voir Question 6).

### L'utilité sociale, première des préventions

Ce projet de loi identifie en outre la lutte contre l'isolement social des personnes âgées comme l'un des principaux leviers pour favoriser la prévention de la perte d'autonomie. D'ailleurs, Didier Lesueur le rappelle : "Toutes les études scientifiques montrent que la reconnaissance de l'utilité sociale des personnes âgées a un effet sur la prévalence de la dépendance. Comme on le dit souvent à l'Odas, une personne âgée a moins besoin d'être aidée que d'aider". Selon lui, "la prévention doit avoir l'ambition de modifier les manières de faire, les manières d'être de chacun d'entre nous. Or les communes ont un rôle central en la matière, car elles sont en première ligne pour favoriser une nouvelle vision de l'âge et impulser un faire-ensemble entre les générations".

Un point de vue partagé par David Cluzeau, pour qui "un des premiers aspects de la prévention

est de pouvoir trouver sa place dans la société une fois que l'on est à la retraite. D'où l'intérêt de favoriser le développement des réseaux d'échanges de savoirs et de services ou d'actions telles que

“Lire et faire lire”. Des actions en outre peu coûteuses puisqu'elles mobilisent l'activité bénévole des réseaux de l'éducation populaire (centres sociaux, foyers ruraux, maisons de quartier...”).



© Le JAS

**Didier Lesueur,**  
directeur général  
de l'Odas

## CE QUE L'ON PEUT ATTENDRE DE LA RÉFORME

*Par Didier Lesueur, directeur général de l'Odas.*

### **Anticiper la perte d'autonomie**

Le premier titre de la réforme entend faire de la prévention une politique qui soit avant tout mieux coordonnée. C'est le rôle confié à la nouvelle conférence des financeurs, dont le pilotage devrait être assuré à la fois par les conseils généraux et les ARS. Les deux autres axes de cette politique de prévention : mieux coordonner la politique d'action sociale des caisses de retraite en inter-régimes (Cnav, CCMSA et RSI) et lutter contre l'isolement des personnes âgées.

### **Adapter la société au vieillissement**

L'adaptation de la société au vieillissement, c'est curieusement l'objet du deuxième titre. On aurait pu penser que ce serait le premier. Sans doute faut-il y voir le souci de donner à cette ambition un rôle de prévention important. Une hypothèse d'autant plus crédible que la première mesure concerne la création du volontariat civique senior dont l'enjeu est de renforcer le lien social et intergénérationnel. Deuxième point : la question de l'habitat intermédiaire, avec la création d'un forfait autonomie destiné à soutenir les logements-foyers rebaptisés “résidences autonomie”, pour leur permettre d'organiser des prestations individuelles ou collectives concourant à la prévention de la perte d'autonomie de leurs résidents. En parallèle, la réforme prévoit un plan de rénovation de 110 000 places dans 2 200 structures qui deviendraient des résidences autonomie. À noter également un encouragement au développement de formules d'habitat regroupé reposant notamment sur la cohabitation intergénérationnelle. Enfin, il est prévu que la question de l'âge puisse irriguer l'ensemble des outils de planification à disposition des acteurs locaux (plan local de l'habitat, plan de déplacements urbains...) pour favoriser l'accessibilité.

### **Mieux accompagner la perte d'autonomie**

Troisième titre : l'accompagnement de la perte d'autonomie qui passe d'abord par la revalorisation et l'amélioration de l'Apa à domicile. Certains ont parlé d'un Acte II pour l'Apa, mais il s'agit plutôt d'un aménagement avec d'une part le relèvement des plafonds selon les Gir, la révision des barèmes et la suppression du ticket modérateur pour les titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, et d'autre part une place plus importante faite aux aides techniques et à l'aide au répit pour les aidants familiaux. Autres priorités envisagées : la refondation de l'aide à domicile avec une sécurisation des CPOM, l'appui aux expérimentations ADF relatives à la tarification des services d'aide à domicile et la possibilité ouverte d'expérimenter avec les Spasad ; le soutien et la valorisation des aidants ; le soutien à l'accueil familial. Côté gouvernance, il faut noter : la création d'un Haut conseil de la famille et des âges de la vie dont l'ambition sera d'aider à la transformation du regard sur les personnes âgées ; l'élargissement du rôle de la CNSA pour l'appui aux méthodes et à l'harmonisation des pratiques en matière d'Apa. Enfin, le projet donne un cadre juridique aux maisons départementales de l'autonomie et la possibilité d'une labellisation.

# LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ SUR L'EFFICIENCE DES ORGANISATIONS

## QUESTION 5

### Quelles sont les forces et faiblesses de l'architecture actuelle ?

*Par Thierry d'Aboville, directeur général de l'Union nationale ADMR, Benoît Aubert, directeur de la MDPH de Moselle, représentant de l'Association des directeurs de MDPH, Estelle Camus, chargée d'études à l'Odas, Geneviève Gueydan, directrice de la CNSA, et Étienne Petitmengin, directeur général adjoint chargé des solidarités au Conseil départemental du Doubs et représentant de l'Andass.*



**Benoît Aubert,**  
directeur de la MDPH  
de Moselle,  
représentant  
de l'Association des  
directeurs de MDPH

**D**ire que le paysage du soutien à l'autonomie est complexe est un euphémisme. Ces trente dernières années, de nombreux dispositifs ont été développés pour tenter, avec plus ou moins de réussite, de mieux organiser l'accueil des personnes en demande d'aide et de coordonner la multitude d'acteurs intervenant sur ce champ. En la matière, la loi du 11 février 2005 a été particulièrement structurante pour simplifier l'accès aux droits des personnes handicapées en créant un guichet unique, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

#### Les MDPH au milieu du gué

Et depuis neuf ans qu'elles existent, "chacun s'accorde à reconnaître qu'elles ont fait preuve d'une grande adaptabilité et d'une grande réactivité par rapport aux nécessités à la fois nationales et locales", comme le souligne Benoît Aubert. "Les MDPH sont aujourd'hui bien identifiées par les usagers ou les partenaires et elles assument pleinement leur rôle premier d'offrir un accueil qui soit le plus complet possible, même si des marges de progression sont toujours en œuvre. En outre, elles incarnent l'émer-

gence d'un nouveau mode de gouvernance associant tous les financeurs (conseil général, État, Caf, CPAM...) mais aussi les représentants des usagers, qui les oblige à être constamment dans une politique qualité", insiste Benoît Aubert, bien conscient pour autant de leurs faiblesses. "Malgré les demandes qui n'ont cessé de croître année après année (plus de 10 % encore en 2014), les MDPH tentent d'être un dispositif d'aiguillage performant autour de l'évaluation du projet de vie de la personne en situation de handicap en essayant d'être dans une logique de parcours pour éviter de segmenter les réponses. Mais, il est vrai que nous nous heurtons quotidiennement aux limites du dispositif et nous sommes confrontés en permanence avec les usagers aux écarts entre le texte et la réalité de terrain. Ce qui nous amène à gérer le mécontentement généré par des actions sur lesquelles nous n'avons malheureusement pas la mainmise. Nous sommes repérés comme un service qui fait autorité mais qui n'a pas de pouvoir". Et il est vrai que la réforme de 2005 n'a pas suffi à clarifier les règles du jeu. Ce qui fait dire à Étienne Petitmengin que "la question du rapport entre le droit théorique et le droit mis en œuvre est prégnante dans l'évolution des MDPH. Elles ont un problème presque intrin-





© Le JAS

**Thierry d'Aboville,**  
directeur général  
de l'Union nationale  
ADMR

sèque, elles sont là pour dire le droit, mais qu'est-ce qu'un droit s'il ne peut être mis en œuvre ?". De son côté, Estelle Camus relève aussi "leurs difficultés à identifier les besoins en matière d'offre et à les faire remonter aux départements avec les incertitudes que cela génère en matière de pilotage budgétaire". Et Benoît Aubert de rebondir : "La mise en place de cet observatoire est un enjeu primordial et les MDPH sont souvent mises en avant-scène. Mais, beaucoup d'autres organismes disposent aussi de données sur la population handicapée. C'est pourquoi, il faudrait avancer ensemble dans le cadre d'institutions neutres pour éviter tout jeu de lobbying".

## Sanitaire, social, médico-social : la persistance du cloisonnement

Malgré le souci du législateur d'organiser l'accueil des personnes, l'information, l'orientation, l'évaluation des besoins et la validation des plans d'aide dans un seul et même lieu, il ressort de toute évidence que les parcours des personnes n'en sont pas plus fluides. Et cela tient en grande partie au cloisonnement entre le sanitaire, le social et le médico-social. "L'État a commencé à s'y attaquer notamment avec la création des agences régionales de santé (ARS), reconnaît Geneviève Gueydan. Mais l'on voit bien aujourd'hui qu'il faut aller plus loin, dans la mise en place de dispositifs plus opérationnels, d'autres manières de concevoir les politiques publiques. C'est un des champs de progrès majeurs pour l'avenir à la fois pour mieux répondre aux besoins des personnes, éviter les discontinuités dans les réponses apportées, mais aussi pour répondre de façon plus efficiente en termes financiers aussi bien pour les collectivités locales que pour l'État".

En effet, Étienne Petitmengin prend l'exemple d'une personne âgée dépendante vivant à domicile qui n'a pas la chance d'avoir un aidant proche : "Pour l'accompagner dans ses gestes quotidiens – l'aider à se lever, à faire sa toilette, lui préparer à manger, lui donner un médicament préparé dans un pilulier, lui prodiguer quelques soins... – il faut bien souvent une auxiliaire de vie, une aide-soignante et une infirmière, qui vont passer parfois trois fois par jour au domicile. Est-on capable concrètement de penser nos politiques publiques entre les ARS et les départements pour

diminuer, par des délégations de tâches, non pas le temps global passé, mais les temps de trajets, d'inter-vacations... avec de toute évidence à la clé un gain à la fois qualitatif tant les personnes âgées se plaignent de la multiplicité des intervenants, mais aussi financier".

Concrètement, comme l'explique Estelle Camus, "le manque d'articulation entre le sanitaire et le médico-social tient à deux difficultés majeures : d'une part, l'articulation difficile entre les schémas régionaux d'organisation médico-sociale et les schémas départementaux, associée à une déconnexion des calendriers des instruments de planification ; d'autre part, l'absence de fongibilité des financements sanitaires et médico-sociaux. Si l'on prend l'exemple de l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui emploient à la fois du personnel médical et social, le fait que les financements viennent de deux enveloppes différentes pose un véritable problème dans la souplesse de fonctionnement du dispositif".

Pour autant, malgré ces difficultés, "des expérimentations prometteuses existent, comme dans le Doubs avec l'ARS, le conseil général, les services à domicile..., relève Thierry d'Aboville. Cette coordination ne doit pas être uniquement l'affaire des pouvoirs publics, elle est l'affaire de tous. Et au-delà des Spasad, d'autres formes de coopération qui passent par des conventions de gestion ou de partenariat, des groupements de coopération... peuvent être mises en œuvre. Il est important de ne pas s'enfermer dans un seul statut juridique".

Parmi les expérimentations prometteuses pour mieux articuler les différentes réponses sociales, sanitaires et médico-sociales, Geneviève Gueydan cite aussi celle des MAIA et de la notion d'intégration. "Cette approche a encore des limites, on est en phase de rodage, de consolidation sur le terrain, mais il y a déjà des progrès concrets. On ne dit plus à la personne "Vous avez droit à telle chose, mais en matière d'offre à vous de repérer ce qui est bien pour vous!". L'idée c'est d'accompagner la réponse, tout particulièrement pour les situations les plus complexes. Et ce que l'on expérimente dans le champ des personnes âgées pourrait tout à fait être pertinent dans le champ du handicap. La réponse accompagnée pour que l'accès aux droits soit réel, c'est notre chantier collectif des dix prochaines années".



**QUESTION 6**

**Comment favoriser une meilleure coopération ?**

*Par Antonin Blanckaert, directeur national de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), Alice Casagrande, directrice de la formation et de la vie associative à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), Jean-Pierre Hardy, directeur délégué Solidarités et développement social à l'Assemblée des départements de France (ADF), et Bruno Lachesnaie, directeur du développement sanitaire et social à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).*



© Le JAS

**Jean-Pierre Hardy,**  
directeur délégué  
Solidarités et  
développement social  
à l'ADF



© Le JAS

**Antonin Blanckaert,**  
directeur national  
de l'action sociale  
de la Cnav



© Le JAS

**Bruno Lachesnaie,**  
directeur du dévelop-  
pement sanitaire et  
social à la CCMSA

**L**e champ de la prévention est particuliè-  
rement concerné par l'éclatement des  
dispositifs et le manque de coordination  
des institutions, comme nous l'avons vu pré-  
cédemment (voir Question 4). C'est d'ailleurs  
ce qui explique le projet de création dans chaque  
département d'une conférence des financeurs  
de la prévention de la perte d'autonomie des  
personnes âgées, chargée de mettre en place  
des stratégies locales coopératives de préservation  
de l'autonomie. Une instance réunissant ARS,  
conseil général, caisses de retraite, CPAM,  
mutuelles, Anah... et à propos de laquelle Jean-  
Pierre Hardy s'interroge sur l'intérêt de la  
limiter aux questions de prévention : "Ne pour-  
rait-on pas envisager une conférence des finan-  
ceurs qui pourrait s'emparer de tous les sujets  
communs ?".

**Un objectif commun et  
des ressources mutualisées**

Pour Antonin Blanckaert, "l'ambition de la  
réforme en instaurant cette conférence des finan-  
ceurs, c'est de sortir d'une logique de l'acteur  
unique. On a tendance en France, pour simplifier,  
à créer des coordonnateurs, puis des coordon-  
nateurs de coordonnateurs qui finissent par  
coordonner d'autres coordonnateurs. Alors qu'il  
conviendrait plutôt de s'inscrire dans une logique  
de coopération institutionnelle. La complexité  
est inhérente à notre organisation, elle est le  
fruit de notre histoire : on a créé un certain  
nombre de structures en réaction à un certain

nombre de risques, de problématiques. Nous  
avons chacun notre propre héritage institutionnel,  
nos modes de gouvernance, mais l'intérêt de  
cette conférence des financeurs est que chacun  
puisse participer au pot commun".

Et Bruno Lachesnaie d'insister : "La coopération,  
ce n'est pas simplement se rencontrer de temps  
en temps pour se dire que l'on fait des choses  
identiques et que l'on va essayer de ne pas se  
marcher sur les pieds. Dans une convention  
de coopération, on partage un même objectif  
et on met des moyens et des ressources en  
commun pour atteindre cet objectif".

Une démarche dans laquelle se sont déjà engagés  
la Cnav, la CCMSA, le RSI et l'Agirc-Arrco,  
entre autres, au travers de la construction d'une  
coopération inter-régimes qui se joue à trois  
niveaux, comme l'explique Bruno Lachesnaie :  
"Le premier niveau est celui de l'information  
et de la sensibilisation de tous les retraités aux  
bonnes conditions pour aborder le temps de  
la retraite. Le deuxième niveau est celui de la  
prévention collective auprès des retraités âgés  
de plus de 70 ans. Pour que ces actions concer-  
nent les publics qui en ont le plus besoin, la  
MSA a mis en place avec la Cnav et la Cnam  
des observatoires des fragilités qui consistent  
à croiser l'ensemble de leurs informations pour  
identifier les territoires où il faudra planifier  
et programmer des actions collectives. Le troi-  
sième niveau est celui de l'accompagnement  
des publics les plus fragiles à domicile par le  
biais d'actions individuelles".

"Tout l'enjeu est ensuite de faire le lien entre  
la réflexion nationale et les réalités locales telle



© Le JAS

**Alice Casagrande,**  
directrice de  
la formation et  
de la vie associative  
à la Fehap

qu'elles sont identifiées, car les coopérations ne se décrètent pas, elles se construisent au local”, ajoute Antonin Blanckaert.

## L'éthique de la discussion

De son côté, Alice Casagrande apporte le point de vue des associations. “Le contexte de réduction des ressources financières nous appelle à la créativité gestionnaire : mutualiser une cuisine, certains personnels, une infirmière de nuit, une psychologue... Que ce soit le sanitaire et le médico-social ou le domicile et l'établissement, nous pouvons et nous devons coopérer. Mais cette créativité gestionnaire passe aussi pour nous par une maturation de la gouvernance. On ne peut pas mettre en œuvre des coopérations sans une profonde réflexion sur l'engagement de chacun, sur l'éthique

qui nous anime. Chacun l'habite avec beaucoup d'intensité, mais lorsque ces intensités doivent se rencontrer et que l'on se rend compte qu'il faut laisser plus de place à l'intensité du voisin, qui en l'occurrence coûte moins cher... cela ne va pas de soi. Parce qu'en effet, coopérer, cela veut aussi dire lâcher, faire des deuils”.

Et de conclure : “C'est pourquoi il est indispensable de travailler les valeurs en amont sans supposer que, juste parce qu'elles se ressemblent et qu'elles sont rassemblées sous le vocable d'éthique, ce sera simple. Il faut être lucide sur ce qui se cache derrière l'éthique de la discussion : la coopération met en présence le géant et le très petit en termes de moyens, de places, de responsabilités... Mais pour réussir à développer de véritables partenariats, il faut aussi entendre le très petit. Une discussion réelle, cela s'organise, cela s'accompagne”.

## DU CÔTÉ DU PUBLIC

**“Malgré la meilleure volonté du monde, l'articulation des départements avec les ARS est difficile. Nous attendons beaucoup du pilotage CNSA en la matière pour interpeller les ARS sur de nouvelles formes de contractualisation avec les départements favorisant une véritable réciprocité”**

***Directrice du soutien à l'autonomie d'un conseil départemental.***

**“Je voudrais témoigner de l'engagement quotidien des départements pour travailler avec l'ensemble des acteurs sur leur territoire et mettre en commun toutes les intelligences, en donnant quelques exemples de ce qui se fait dans le département de la Sarthe. Avec l'ADMR par exemple, dans le cadre du dialogue de gestion concernant les CPOM, on ne parle pas seulement de tarification, mais de bien d'autres choses, notamment d'actions de prévention futures. Avec la Carsat, nous avons beaucoup de projets en commun à travailler. Avec l'hôpital également, nous allons travailler sur les stratégies à mettre en place au domicile concernant les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et les personnes handicapées psychiques.”**

***Gisèle Contrain-Etrayen, Conseil départemental de la Sarthe.***

## QUESTION 7

## La convergence des politiques de soutien au handicap et à la dépendance est-elle encore possible ?

*Par Estelle Camus, chargée d'études à l'Odas, Geneviève Gueydan, directrice de la CNSA, Claudine Padiou, directrice scientifique de l'Odas, et Étienne Petitmengin, directeur général adjoint chargé des solidarités au Conseil départemental du Doubs et représentant de l'Andass.*

**L**a France est l'un des rares pays occidentaux à distinguer politiques en faveur des personnes âgées dépendantes et politiques en faveur des personnes handicapées, en basant cette distinction sur une limite d'âge, commence Estelle Camus. "Nous sommes là dans une situation paradoxale : les personnes âgées et les personnes handicapées sont confrontées à certaines problématiques identiques, qui vont probablement se développer encore avec le vieillissement des personnes handicapées ; et les acteurs qui accompagnent ces deux publics sont en partie souvent les mêmes".

### Un chemin semé d'embûches

La loi du 11 février 2005 avait pourtant dessiné la perspective d'aboutir à la création d'une prestation commune pour les personnes âgées dépendantes et pour les personnes handicapées. "Mais, si au cours des dix dernières années, un mouvement s'est amorcé au niveau de l'État avec la création de la CNSA et du côté des départements avec l'élaboration de schémas communs (20 % des départements), la mise en place d'équipes communes d'évaluation (15 %), il est aujourd'hui largement ralenti. On a même pu voir, dans les discussions au cours de la préparation du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, se cristalliser à nouveau quelques blocages autour de cette question de la convergence. Certes, la CNSA a lancé l'expérimentation des maisons de l'autonomie avec trois départements et un

peu plus d'une quinzaine de départements en auraient mis en place, mais ces situations n'ont rien de comparable les unes par rapport aux autres".

Il faut dire que d'importantes difficultés législatives et réglementaires subsistent, puisque des règles du jeu disparates sont appliquées aux mêmes services selon qu'ils servent l'Apa, la PCH ou, en complément aux caisses de retraite, des aides ménagères ou des aides aux sorties d'hôpital. Comme le rappelle Claudine Padiou, "la différence fondamentale réside dans les finalités de la PCH et de l'Apa : la PCH correspond à la compensation totale d'un handicap, alors que l'Apa est une aide partielle à une incapacité par une allocation. Les différences qui en découlent, ce sont : des grilles d'évaluation et des règles de tarification différentes avec les incohérences que cela génère si les évaluations sont faites par le même service ; une analyse des besoins bien faite pour la PCH et insuffisante pour l'Apa ; une prise en compte du rôle des aidants naturels et du répit par la PCH qui est presque inexistante pour l'Apa..."

### Ne pas se focaliser sur l'alignement des dispositifs

Malgré les intentions affirmées par la quasi-totalité des départements, la convergence est donc encore loin. Pour Étienne Petitmengin, une des pistes pourrait être de réfléchir à la création d'une grille d'évaluation commune : "Ne pourrait-on pas inventer des modalités

d'évaluation dans l'entre-deux, sans doute plus sophistiquées que la grille Aggir et moins compliquées que le Geva, qui prendrait en compte les problèmes fonctionnels comme la grille Aggir, mais aussi la mesure de la fragilité, de l'entourage...”

Pour Geneviève Gueydan, en tout état de cause, il ne faut pas se focaliser sur les règles appliquées aux différentes prestations : “Si l'on envisage la convergence uniquement sous l'angle de l'alignement mécanique des dispositifs entre Apa et PCH, je crains qu'effectivement à court terme on ne soit pas au rendez-vous, même si le projet de réforme prévoit des améliorations pour l'Apa”.

Et d'ajouter : “C'est pourquoi, je pense qu'il faut prendre les choses de la façon la plus pragmatique possible. Le projet de réforme comporte des avancées importantes en la matière avec

le soutien aux maisons départementales de l'autonomie (MDA). Pour la mise en place du dispositif de labellisation prévu par le projet de réforme, la CNSA abordera les choses en partant des usagers. Il ne s'agit pas de faire de la convergence pour la convergence. Il s'agit de voir ce qui est pertinent en termes de construction de services de proximité, de mutualisation pour l'information, l'orientation, l'évaluation, mais aussi en termes de reconnaissance des spécificités des personnes handicapées et des personnes âgées. Par ailleurs, on pourrait envisager de faire de la convergence de différentes façons : par exemple, l'approche de l'intégration expérimentée dans le champ des personnes âgées avec les MAIA, même si elle présente encore des limites puisque nous sommes en phase de rodage, pourrait être pertinente dans le champ du handicap”.

## DU CÔTÉ DU PUBLIC

**“En matière de coordination institutionnelle et financière, des exemples ont montré dans le champ du handicap, avec les sites pour la vie autonome ou les fonds de compensation, que l'on pouvait gérer la pénurie voire préserver les finances publiques tout en mettant en œuvre le projet de la personne, et ce en travaillant sur la simplification administrative, grâce à la coordination des financeurs autour d'un dossier unique. Or, pour les personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile, il faut bien souvent monter dix, douze dossiers pour obtenir des financements. Pourquoi ne pas s'inspirer de ce qui se fait pour les personnes handicapées en coordonnant des financements qui existent à l'échelle d'un département ou d'une région ?”**

**Soraya Cardinal, Mairie de Créteil.**

## QUESTION 8

## Comment orienter la modernisation de l'offre de services ?

*Par Thierry d'Aboville, directeur général de l'Union nationale ADMR, David Cluzeau, secrétaire national de la Ligue de l'enseignement délégué à l'action sociale, à l'éducation et à la citoyenneté, Jean-Pierre Hardy, directeur délégué Solidarités et développement social à l'ADF, Carol Knoll, directrice d'Ehpad, Bruno Lachesnaie, directeur du développement sanitaire et social à la CCMSA, Adeline Leberche, directrice du secteur social et médico-social de la Fehap, Claudine Padiou, directrice scientifique de l'Odas, et Benoît Péricard, directeur national Secteur public et santé de KPMG.*



© Le JAS

**Adeline Leberche,**  
directrice du secteur  
social et médico-social  
de la Fehap

**A**vant d'aborder une telle question, encore faut-il s'en poser une autre : moderniser, pour quoi ? Pour David Cluzeau, "la modernisation de l'offre de services dans le champ du soutien à l'autonomie fait d'abord écho à la recherche d'efficacité, de réduction des coûts. Les contraintes financières doivent nous amener à trouver des solutions différentes. La modernisation de l'offre de services évoque également l'évolution institutionnelle, à la fois dans la modernisation technique, mais aussi dans la mobilisation de toutes les ressources d'un territoire en inventant des espaces de collaboration. Comment sur un bassin de vie, on se met en capacité de proposer une réponse cohérente qui réunit l'ensemble des acteurs, que ce soit des services de soins à domicile, des Ehpad, des foyers de vie..."

### Où en est-on ?

Claudine Padiou revient dans un premier temps sur le bilan des progrès déjà réalisés et des freins à l'extension de l'offre de services. "Il faut tout d'abord noter que depuis plus de trente ans de gros progrès ont été réalisés dans l'ensemble des établissements médico-sociaux pour supprimer les hospices, les dortoirs, et améliorer le confort des résidents. Pour les adultes handicapés, nous l'avons vu précédemment, d'importants progrès d'adaptation ont été engagés pour favoriser l'autonomie et l'intégration sociale des personnes et pour mieux soutenir celles qui sont plus lourdement handicapées (voir Question 1). Par ailleurs, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) favorisent l'amélioration de la qualité

des interventions que ce soit en établissement ou pour les services à domicile, mais aussi un meilleur dialogue de gestion, en échange bien évidemment de la pluri-annualité, c'est-à-dire d'une plus grande sécurité des financements. Environ 30 % des départements ont mis en œuvre des démarches CPOM en matière d'aide à domicile".

Et poursuit Claudine Padiou : "Au-delà des progrès réalisés sur la qualité de l'offre, on note également des avancées importantes en termes de gestion : développement de la télégestion dans neuf départements sur dix et du paiement direct au service dans les trois quarts ; reconnaissance par les tarificateurs de contraintes spécifiques liées à l'éloignement, à des populations particulièrement difficiles, à des horaires atypiques... ; dotations globales dans un département sur cinq".

En ce qui concerne les freins à l'extension, ou tout du moins à la modernisation, de l'offre de services, on peut citer entre autres "la forte baisse de l'épargne départementale, la multiplication des normes abusives, la lourdeur des procédures et la complexité des financements". Thierry d'Aboville y ajoute, pour ce qui concerne le secteur des services à la personne, "une sous-tarifcation dans un certain nombre de départements, avec un impact sur la qualité vis-à-vis des bénéficiaires qui se retrouvent avec des restes-à-charge trop importants, de sorte que les plans d'aide ne sont pas exécutés en totalité. Mais aussi avec un impact sur la qualité du service : si on veut que la personne accompagnée soit heureuse, il faut des salariés heureux, et cela passe aussi par la rémunération, la mise en place de parcours professionnels...". Des préoccupations que les difficultés financières de nombreux services à domicile relèguent aujourd'hui au second plan.





© Le JAS

**Carol Knoll,**  
directrice d'Ehpad

## Favoriser la plasticité des réponses

Pour Geneviève Gueydan, un des enjeux majeurs de modernisation de l'offre de service réside dans "la plasticité des réponses". "Le temps des dispositifs très cadrés, des réponses médico-sociales qui rentrent dans des petites cases étanches est terminé. Les contraintes financières doivent nous pousser à faire évoluer ces cadres. D'ailleurs, la porosité entre le domicile et l'établissement se travaille déjà concrètement sur le terrain. De même que d'autres formes de prises en charge collectives, qui ne sont pas de l'ordre de l'établissement". Jean-Pierre Hardy cite notamment "les plateformes coopératives de services pour sortir du tout domicile ou tout établissement", mais aussi des expériences d'habitat solidaire regroupé: "Cinq personnes handicapées vivent ensemble, avec ou sans présence forte d'intervenants médico-sociaux selon la lourdeur des handicaps, grâce à une PCH mutualisée. Cela ne coûte pas plus cher et peut même générer des économies".

C'est pour répondre à ce besoin d'évolution de l'offre de services que l'ADF s'est engagé également dans l'expérimentation des Spasad, avec la Fehap, la Croix-Rouge et l'Una. Comme l'explique Adeline Leberche, "l'idée à travers les Spasad est que, si l'on veut maintenir de plus en plus longtemps les personnes à domicile, il faut réussir à mieux coordonner les interventions entre l'aide et le soin, sans que cela coûte plus cher". Pour autant, poursuit Adeline Leberche, "il importe d'affirmer également que l'Ehpad n'est pas une alternative malheureuse au domicile. L'Ehpad de demain peut aussi être un pivot, un établissement ressource sur un territoire". Un point de vue partagé par David Cluzeau: "On devrait pouvoir concevoir un établissement comme un outil structurant du territoire, un lieu polyvalent où l'on accueille des personnes vulnérables, handicapées ou âgées, mais aussi d'autres personnes, d'autres services... Une conception qui permet de s'ancrer dans le territoire et de favoriser le maintien de l'autonomie car

## TÉLÉGESTION ET CESU : L'INNOVATION À PARIS...

**Par Ghislaine Grosset, sous-directrice de l'autonomie à la Dases de Paris.**

"Cela fait désormais trois ans que le département de Paris a commencé à moderniser la gestion de l'Apa, de la PCH et de l'aide sociale légale (ASL) grâce à la mise en œuvre de la télégestion et du chèque emploi service universel (Cesu) avec l'aide de Edenred France. Objectif: assurer le fonctionnement optimal de ces allocations. En effet, la télégestion Domiphone® facilite la transmission, grâce au réseau téléphonique, de toutes les informations relatives aux horaires d'interventions effectuées par les services d'aide à domicile prestataires adhérents (une trentaine actuellement). Cela nous permet de contrôler l'effectivité des interventions et d'avoir un véritable suivi personnalisé des plans d'aide.

De son côté, le Cesu préfinancé ou Chèque Paris Autonomie est utilisé pour payer directement les intervenants à domicile, par les personnes ayant recours à un service prestataire qui n'est pas adhérent à la télégestion, à un service mandataire ou encore au gré à gré. Et, depuis 2015, nous payons directement au Centre national du Cesu (CNCesu) les charges sociales financées dans le cadre des plans d'aide ou de compensation pour le recours à l'emploi direct. Dans un même souci de maîtrise budgétaire, le Cesu permet de s'assurer que l'allocation est bien versée pour payer une prestation d'aide à domicile. Et il permet de lutter contre le travail non déclaré.

Aujourd'hui, plus de 20 000 allocataires sont concernés (18 000 pour l'Apa, 1 100 pour la PCH et 1 200 pour l'ASL): 46 % par la télégestion et 54 % par le Cesu (24 % d'entre eux utilisent d'ailleurs le Cesu dématérialisé). Si les trois premières années ont été lourdes en termes d'organisation interne, de communication auprès des services à domicile et des bénéficiaires, de formation également, elles ont aussi été très structurantes. Ces outils nous permettent en effet d'optimiser les budgets avec une économie importante sur les heures non consommées, mais aussi de disposer d'indicateurs favorisant une meilleure connaissance des bénéficiaires et de leurs besoins. En outre, la plateforme internet mise en place dans le cadre du projet par Edenred France, permet d'assurer une meilleure transmission de l'information entre les différents acteurs et une communication auprès de tous."





© Le JAS

**Benoît Péricard**  
directeur national  
Secteur public et santé  
de KPMG

l'établissement devient un lieu complètement ouvert, accepté par l'ensemble des habitants”.

### Changer de postures

Ce n'est pas Carol Knoll directrice d'Ehpad qui dira le contraire. “Moderniser l'offre de services, c'est faire bouger les lignes, changer de postures, parce que lorsqu'on parle d'autonomie, c'est de la dignité de la personne dont il est question. Ainsi, il faut accepter une certaine prise de risques, pas vis-à-vis de la sécurité incendie ou des ascenseurs bien sûr, mais dans la vie quotidienne, comme ne pas empêcher des résidents qui veulent s'amuser avec leur fauteuil roulant dans les couloirs, au risque de se blesser”. Et de citer un autre exemple où elle n'a pas craint de changer les habitudes : “Un soir de match de foot, au lieu de faire manger les résidents plus tôt pour que chacun puisse retourner voir le match dans sa chambre à l'heure, nous avons prévu des

plateaux-repas pour regarder la télé dans la salle commune. Tant pis, s'ils sont allés se coucher plus tard”. Des exemples qui rejoignent les propos de Benoît Péricard : “Un des leviers de l'évolution de l'offre de services, c'est la mutation comportementale. Il faut résolument adopter une attitude de bienveillance professionnelle, tout comme il faut quitter la culture hospitalière qui s'est imposée dans beaucoup de nos établissements médico-sociaux”.

Et cela peut passer par une plus grande coopération entre les acteurs institutionnels et la société civile, comme le promeut Bruno Lachesnaie : “Au Canada, on considère que promouvoir le bénévolat ce n'est pas faire défiance à la qualification du professionnel. En France, la dichotomie est prégnante, alors même qu'elle est artificielle puisque les professionnels ne sont pas purement techniciens, ils ont aussi un référentiel de valeurs. C'est pourquoi pour développer ce type d'approches et formaliser des stratégies collectives, on pourrait envisager des chartes de solidarité entre institutions et société civile”.

## ...ET DANS LE BAS-RHIN

*Par Céline Villiers, directrice de la Maison de l'autonomie du Conseil départemental du Bas-Rhin*

“Dans le Bas-Rhin, la modernisation de la gestion des allocations de soutien à l'autonomie se fait progressivement. Nous avons commencé il y a quelques années par mettre en place le ticket Cesu pour l'Apa. Depuis octobre 2014, nous avons élargi son utilisation à la PCH. Aujourd'hui nous complétons notre dispositif Cesu par le tiers payant, ce qui correspond au paiement direct des charges sociales à l'Urssaf pour les usagers recourant à l'emploi direct. Par ailleurs, nous lançons en 2015 la généralisation de la télégestion et télétransmission auprès des services d'aide à domicile du Bas-Rhin. Pour ce faire, une première phase test est en cours avec six services prestataires des secteurs associatif et privé lucratif, pour un déploiement prévu sur plusieurs années.

En effet, si la mise en œuvre du Cesu repose uniquement sur le département, le développement de la télégestion nécessite de travailler en partenariat avec les services d'aide à domicile, de se mettre d'accord sur des outils communs, sur la transmission de données, les mesures d'impact... Touchant tant à leur système d'information qu'à leur gestion interne, cette démarche va plus loin dans la conduite du changement. C'est pourquoi, Edenred France nous accompagne en s'intégrant totalement dans l'équipe-projet.

Ce travail patient de modernisation de la gestion de l'Apa et de la PCH répond à trois enjeux essentiels. Le premier est bien sûr le service aux usagers : d'un côté, le Cesu et la mise en place du tiers payant sont des outils qui simplifient considérablement les démarches des usagers ; de l'autre, la télégestion, en permettant un suivi réel de l'activité des services à domicile, permet de garantir à l'usager la réalisation pleine et entière de son plan d'aide. Le deuxième réside dans la mise en œuvre d'une gestion administrative plus efficace de ces prestations, au profit de missions plus qualitatives comme la mise en place d'un véritable dialogue de gestion avec les services d'aide à domicile. Le troisième enjeu est la maîtrise budgétaire : ces outils offrent une meilleure traçabilité de la dépense, une vision précise de la façon dont les aides sont utilisées. En modernisant nos outils, on s'inscrit bel et bien dans une démarche gagnant-gagnant pour le département, les services à domicile, mais aussi les usagers.”

## Conclusion

*Par Patrick Gohet, adjoint au Défenseur des droits chargé de la lutte contre les discriminations.*



© Le JAS

**U**ne notion a traversé l'ensemble des débats de ces 11<sup>es</sup> Rencontres sociales : la notion de parcours qu'il convient d'accompagner. Et pour que cet accompagnement soit efficace, quatre priorités s'imposent.

Le décloisonnement d'abord. On l'a déjà engagé, mais sans doute faut-il le pratiquer de manière plus systématique. Ceci étant, le décloisonnement ne doit pas s'accompagner de la disparition des réponses spécifiques qu'appelle la diversité des populations concernées.

Deuxièmement, la coopération. On parle aussi souvent de coordination. Mais, je pense que depuis Vercingétorix, nous essayons de nous coordonner et que les résultats sont peu probants. J'ai participé à de très nombreuses réunions de coordination. Chaque fois, on fait un tour de table qui permet à chacun de rappeler ce qu'il a à faire afin de s'assurer que ce n'est pas un autre qui le fait à sa place. C'est pourquoi, je pense qu'il faut surtout faire de la coopération. Et cela suppose d'inclure l'esprit et les techniques de la coopération dans la formation professionnelle.

Troisième point, la notion de convergence. On a une organisation institutionnelle qui continue de raisonner par type de populations et non pas par besoin à satisfaire en le déclinant de manière adaptée aux différentes populations. Pourtant, il n'y a rien d'illégitime à vouloir mutualiser des moyens pour mieux répondre de manière concrète aux besoins des uns et des autres.

Enfin, la question du changement de regard. Il ne faut pas seulement en prendre acte, il faut éduquer le regard. Et ce de manière citoyenne en faisant réfléchir l'ensemble du corps social à l'évolution culturelle à laquelle il consent.

Pour terminer tout à fait, je voudrais vous faire part d'une réflexion personnelle : nous vivons dans une société qui est beaucoup trop technique et pas assez humaine. Nous vivons sous la férule d'un quatuor dictatorial : le principe de précaution qui éradique la confiance entre les uns et les autres, l'indicateur, le protocole et l'expert. Tout cela est indispensable, mais si ce n'est pas complété, fortifié, grandi par de la fraternité, on va à la catastrophe. Les contributions de ces 11<sup>es</sup> Rencontres sociales sont le signe d'une marche en avant redemptrice qui commence.

## Glossaire

- AAH** : Allocation adulte handicapé
- ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne
- ADF** : Assemblée des départements de France
- Aggir** : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
- Anah** : Agence nationale de l'habitat
- Apa** : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASL** : Aide sociale légale
- Caf** : Caisse d'allocations familiales
- Carsat** : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- CCMSA** : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
- Cesu** : Chèque emploi service universel
- Cnam** : Caisse nationale d'assurance maladie
- Cnav** : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion
- Ehpad** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Esat** : Établissement et service d'aide par le travail
- Fehap** : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
- Geva** : Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
- Gir** : Groupe iso-ressources
- GRTH** : Garantie de ressources des travailleurs handicapés
- MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- MDA** : Maison départementale de l'autonomie
- MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- Odas** : Observatoire national de l'action sociale
- Ondam** : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
- PCH** : Prestation de compensation du handicap
- RMI** : Revenu minimum d'insertion
- RSA** : Revenu de solidarité active
- RSI** : Régime social des indépendants
- Spasad** : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

# LE DESSIN DU MOIS

PAR XAV

