

# DÉPENDANCE et HANDICAP:

## La décentralisation au service de l'autonomie



Rapport de l'Observatoire national  
De l'Action Sociale décentralisée  
26 novembre 2003

# DÉPENDANCE et HANDICAP

**La décentralisation  
au service de  
l'autonomie**

# AVERTISSEMENT

*La publication de ce rapport s'inscrit dans une démarche engagée il y a deux ans par l'Odas pour établir un bilan de la décentralisation de l'action sociale et proposer diverses pistes d'amélioration.*

*En 2001, était publié un ouvrage intitulé « Décentralisation : de l'action sociale au développement social ». En 2003, après son rapport de synthèse sur la décentralisation de l'action sociale « Bilan et perspectives », l'Odas a fait paraître, en partenariat avec l'Institut de décentralisation, l'ouvrage "Décentralisation et action sociale : clarifier les responsabilités".*

*Ces réflexions se poursuivent maintenant avec l'élaboration de plusieurs rapports thématiques. Le premier portait sur la décentralisation et la protection de l'enfance : « Quelles réponses pour quels dangers ? » Celui-ci porte sur la dépendance et le handicap. Le prochain portera sur le développement social local et la politique de la ville.*

*Les auteurs du présent rapport se sont appuyés sur les différents travaux de l'observatoire des politiques de soutien au vieillissement de l'Odas, qu'il s'agisse des résultats d'enquêtes menées auprès des personnes âgées, ou des études liées à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie. Ils se sont également appuyés sur les travaux de l'observatoire des finances départementales de l'Odas, qui analyse depuis plus de dix ans les évolutions des budgets d'aide sociale décentralisée, et ont utilisé différentes sources d'informations nationales existant sur le sujet.*

*Enfin, ce rapport s'est largement inspiré des conclusions des Quatrièmes rencontres nationales de Marseille qui se sont déroulées en juillet 2003 sur le thème « La décentralisation peut-elle renforcer la cohésion sociale ? » avec plus de 900 participants, élus et responsables locaux.*

# DÉPENDANCE et HANDICAP:

## **La décentralisation au service de l'autonomie**

### **INTRODUCTION**

Il a fallu un été caniculaire en 2003 et ses dramatiques conséquences pour que l'opinion se saisisse enfin du caractère prioritaire du soutien à l'autonomie. C'est un pas en avant important mais qui est encore beaucoup trop limité au seul discours des moyens. Or chacun sait que face aux bouleversements sociaux, économiques, et démographiques de notre société, ce n'est pas avec le seul accroissement des modes d'intervention de la puissance publique que se régleront durablement les problèmes.

Il faut aussi s'interroger sur la performance de nos réponses. En effet, le modèle d'action sociale en France a été largement construit depuis les années 1970 autour d'une vision très segmentée des publics en difficulté, auxquels il convenait d'apporter une réponse spécifique. Aujourd'hui, cette perception principalement assistancielle des problèmes sociaux montre ses limites et la nécessité de s'inscrire dans une vision plus transversale des réponses.

En effet, qu'il s'agisse d'enfants en danger, de personnes très âgées ou de personnes handicapées, on retrouve chaque fois des besoins similaires d'accompagnement collectif ou de traitement de l'environnement pour compenser les effets négatifs d'un déficit de regard, de reconnaissance et de soutien qui constituent souvent des facteurs déterminants du processus d'exclusion. De plus, l'amplification et la complexification des risques sociaux dans leur dimension économique, relationnelle voire identitaire amènent à s'interroger aujourd'hui plus activement sur l'optimisation des réponses par la simplification des procédures et la coordination, ce qui nécessite souvent une rationalisation des rôles.

C'est dans ce contexte que se développe aujourd'hui une réflexion approfondie sur les modes d'action les plus appropriés pour relever le défi du vieillissement, qui se traduit sur le plan social par l'accroissement du nombre de personnes dépendantes mais aussi des personnes handicapées, grâce à l'amélioration de l'espérance de vie. On recherche tout à la fois à mieux répondre aux besoins des personnes concernées et de leur famille, à réduire ou compenser la dépendance ou le handicap, à garantir davantage leur dignité. Et tout cela à un moment où les contraintes financières de notre système de protection sociale se précisent.

L'enjeu est donc de taille. Pour y faire face, il faudra que les collectivités publiques, mais aussi l'ensemble de la société, s'impliquent davantage dans la revitalisation du tissu social et le renforcement des solidarités de proximité. C'est d'autant plus crédible que l'acte II de la décentralisation vise notamment à renforcer l'ancrage du social dans le local.

On voit ainsi se dessiner un nouveau paysage social où deux mots clés s'imposent : global et local. Autrement dit, on peut s'interroger aujourd'hui plus utilement que jamais, avec la transformation de l'environnement institutionnel, sur un traitement plus convergent des problématiques des personnes âgées dépendantes et des adultes handicapés.

Il faut pour cela bien observer qui sont ces publics et quels sont leurs besoins (Titre I) et vérifier si la décentralisation, telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'à présent, a su répondre à leurs évolutions (Titre II). Fort de ces constats, il est possible de dégager quelques perspectives pour un acte II de la décentralisation qui renforce la cohérence et l'efficacité des réponses (Titre III).

# I

## DES BESOINS DE PLUS EN PLUS CONVERGENTS

C'est à travers le soutien à la précarité économique que les collectivités publiques se sont intéressées à leurs aînés en France pendant longtemps. Le premier revenu minimum a été établi pour les personnes âgées et les maisons de retraites ont longtemps été utilisées principalement comme des lieux d'accueil pour personnes âgées indigentes.

Ce n'est qu'avec l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes que cette question s'est imposée comme prioritaire dans les politiques publiques depuis quelques années. Mais alors que dans de nombreux pays européens celle-ci a été traitée dans le cadre du soutien au handicap sans faire de distinction aussi tranchée entre des catégories de population, la France a conçu la dépendance essentiellement comme un risque lié à l'âge. Elle a donc mené des politiques distinctes pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes handicapées. Or l'observation des besoins de ces publics montre qu'ils partagent des problématiques de plus en plus convergentes : la dépendance pour les personnes âgées (I), le vieillissement pour les personnes handicapées (II) et pour les uns et les autres, un souci commun d'intégration à la vie sociale.

### **I. PERSONNES AGÉES : L'IMPACT CROISSANT DE LA DÉPENDANCE**

#### **I.1. Moins de précarité économique**

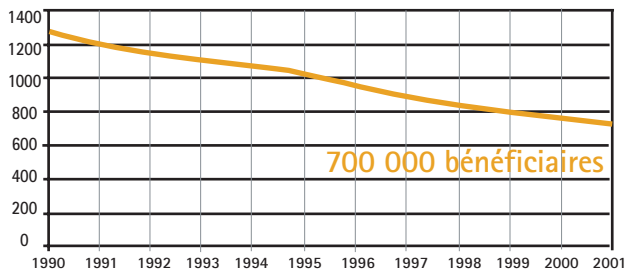
Les politiques vieillesse mises en œuvre en France après la deuxième guerre mondiale se sont principalement concentrées sur l'aide aux plus pauvres. Mais l'augmentation des revenus et des patrimoines, la progression du

travail féminin et des retraites correspondantes, ont contribué à faire sortir les personnes âgées de la catégorie des "nécessiteux".

La diminution du nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) – le revenu minimum vieillesse – est tendancielle depuis 20 ans avec moins de 700 000 bénéficiaires aujourd'hui dont deux tiers ont plus de 75 ans. De même l'aide sociale aux personnes âgées concerne de moins en moins la problématique de pauvreté (voir infra).

### Bénéficiaires de l'Allocation Spéciale Vieillesse (ex-FNS)

(en milliers - France métropolitaine)



L'accroissement des revenus des retraités (personnes de plus de 60 ans) se vérifie par ailleurs : ils ont augmenté de 20% entre 1970 et 1995. Globalement le revenu total des retraités est légèrement supérieur aujourd'hui à celui des actifs si l'on inclut les revenus du patrimoine qui représentent 25 % de la totalité de leurs ressources, contre 10 % pour les actifs<sup>1</sup>.

### 1.2. Plus de dépendance

En fonction des évaluations existantes et des critères retenus<sup>2</sup> on peut estimer à environ 1 million le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus ayant besoin d'une aide pour leur vie quotidienne en raison d'une perte d'autonomie.

#### Population âgée dépendante

(répartition domicile/établissement par groupe iso-ressources de dépendances (GIR))

(en milliers de personnes) Extrapolation des populations âgées dépendantes pour 2002	Établissement (source : MARTHE 99)	Domicile (source : HID 98)
GIR 1	100	25
GIR 2	150	140
GIR 3	70	145
GIR 4	80	240 à 410
<b>Total dépendantes</b>	<b>400</b>	<b>500 à 700</b>

Source : DGAS : mission MARTHE 1999

Or, les personnes âgées de 60 ans et plus sont 12,5 millions aujourd'hui et seront plus de 17 millions en 2020. Dans cette même période le nombre de personnes de 85 ans et plus passera de 900 000 à plus de 2 millions. Par ailleurs l'espérance de vie augmente de 2 ans tous les 10 ans. Même dans le cas d'un scénario optimiste sur l'amélioration de la qualité de vie aux âges plus élevés, le poids de la dépendance dans la société sera plus important par le simple fait des évolutions démographiques. Il faut d'ailleurs noter que l'espérance de vie avec incapacité lourde reste stable (2 ans), ce qui signifie que si l'on vit

plus longtemps avec une bonne qualité de vie, le "temps de la dépendance" lui ne diminue pas. Par ailleurs les dépendances liées à des pertes d'autonomie psychique sont certainement sous évaluées aujourd'hui.

Dans ces conditions il n'est pas surprenant que l'augmentation des aides en direction des personnes en perte d'autonomie devienne la problématique la plus prégnante des prochaines années pour les collectivités locales (voir Titre II). C'est d'autant plus probable qu'à la question de la dépendance s'ajoute celle de l'isolement.

### 1.3. L'isolement social

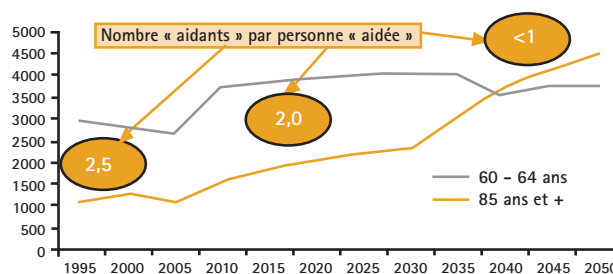
L'analyse des données sociales pour l'ensemble de la population de plus de 80 ans montre que, malgré un accroissement du nombre de couples dû à l'allongement de la vie masculine, le nombre d'hommes et de femmes vivant seuls augmente en raison du recul de la cohabitation avec d'autres personnes (les enfants le plus souvent). Selon les chiffres du dernier recensement, sur 2,4 millions de personnes âgées de 80 ans et plus, 1,6 million vivent seuls dont 1,35 million de femmes.

Il reste qu'aujourd'hui les mécanismes de solidarité familiale en direction des personnes âgées dépendantes s'exercent encore fortement. Cependant, il faut dès maintenant s'interroger sur les conséquences des évolutions démographiques. En effet, les personnes actuellement dépendantes font partie d'une génération assez peu nombreuse (née pendant la première guerre mondiale) et elles ont généralement eu beaucoup d'enfants (sur lesquels s'appuyer). Le contexte démographique devrait rester favorable quelques années encore. Mais à partir de 2020, et plus encore de 2030, arriveront à l'âge de la dépendance des classes d'âge plus nombreuses (celles du "baby-boom") qui en outre ont eu moins d'enfants. Le déséquilibre démographique sera donc important.

Aussi, alors que pour une personne âgée de 85 ans et plus on a aujourd'hui potentiellement 2,5 aidants familiaux (âgés environ de 60 à 64 ans), dans 25 ans on estime qu'on en aura moins d'un :

#### Les aidants

Évolutions comparées des populations de 60-64 ans et de 85 ans et +



Source INED

1 - Revenus du patrimoine déduits, le revenu des retraités n'équivaut plus, globalement, qu'à 83 % de celui des actifs. Par ailleurs les disparités sont très fortes au sein des retraités. Voir INED, *Population et Sociétés* n° 356, avril 2000, Les revenus des retraités.

2 - La classification actuelle de la dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus repose sur une évaluation faite à partir d'une grille nationale qui permet d'identifier six groupes iso-ressources (GIR) échelonnés des plus dépendants (GIR 1) aux moins dépendants (GIR 6). Cette classification est utilisée dans l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie qui concerne les personnes en GIR 1 à 4.

Or la présence ou non d'enfants pour aider leurs parents vieillissants est un des paramètres importants dans la mise en œuvre des politiques de soutien aux plus fragilisés<sup>3</sup>. Les évolutions démographiques devront donc nécessairement avoir un impact sur les politiques de soutien aux personnes âgées dépendantes, notamment en ce qui concerne la coordination des réseaux d'aide professionnels, familiaux et bénévoles. La diminution prévisible des soutiens familiaux devra notamment être compensée par une plus grande vitalité des solidarités de voisinage et un renforcement des aides professionnelles, qui fort heureusement n'ont pas qu'une dimension réparatrice, ce qui permettra de diversifier les modes d'intervention dans ce secteur.

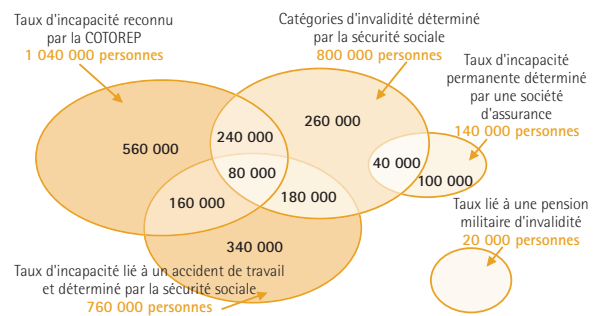
C'est d'autant plus nécessaire que, selon les enquêtes réalisées auprès de personnes âgées, notamment avec le concours de l'Odas<sup>4</sup>, leurs attentes portent de plus en plus sur leur rapport à la vie sociale. Il est particulièrement éclairant que les personnes âgées, qui souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible, conçoivent souvent l'aide qu'on peut leur apporter comme un accompagnement pour faciliter leur sortie du domicile, leurs déplacements en vue d'effectuer elles mêmes un certain nombre d'activités de type pratique (courses, démarches, banque...), ou de type ludique (clubs, sorties de loisirs, voyages...). Elles rejettent en revanche de plus en plus l'idée qu'on se substitue à elles pour la réalisation de ces actes. Ceci confirme bien le souhait des personnes âgées de participer activement à la vie sociale pour donner du sens à leur vie à domicile.

## II. PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES : L'IMPACT CROISSANT DU VIEILLISSEMENT

### II.1. Des personnes handicapées de plus en plus âgées

Le nombre d'adultes handicapés est bien supérieur à celui des seuls bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée (AAH) soit 753 000 personnes fin 2002. Selon l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendances (HID) de l'Insee, 2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et vivant à domicile ont un taux d'invalidité reconnu par une instance administrative. Il faut y rajouter les 100 000 adultes handicapés vivant en structures collectives.

### Répartition des adultes handicapés vivant à domicile selon la reconnaissance administrative de leur handicap (2 000 000 de personnes de 20 – 59 ans)



Source : Insee, HID 1999 à domicile (schéma tiré de l'ER n° 186 août 2002 - de la DREES)

S'agissant de la nature du handicap, on peut considérer qu'il existe trois grands types recouvrant la plupart des déficiences : le handicap moteur, le handicap sensoriel et le handicap mental ou psychique. L'enquête HID à domicile apporte des indications plus détaillées sur les types de déficiences et le nombre de personnes concernées<sup>5</sup> :

Déficiences	Nombre d'adultes concernés (20-59 ans)
motrice	1 060 000
intellectuelle supérieure	570 000
visuelle	290 000
auditive	225 000
métabolique ou viscérale	67 000
autre	710 000

Même si ces handicaps sont d'une gravité très variable, le nombre de personnes concernées montre l'utilité d'une plus grande mobilisation de l'ensemble des politiques publiques. C'est d'autant plus nécessaire que le nombre d'adultes handicapés ne devrait pas baisser, grâce à la progression de leur espérance de vie. Aujourd'hui, parmi les 800 000 personnes handicapées de 40 ans ou plus ayant au moins une incapacité et au moins une déficience apparue avant l'âge adulte, 380 000 sont âgées de 60 ans et plus<sup>6</sup>.

3 - À titre d'exemple, l'exploitation de l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) permet de repérer les facteurs favorisant le départ en établissement : 9 fois sur 10 les personnes hébergées en établissement sont seules (célibataires, veuves ou divorcées) contre 1 fois sur 3 à domicile ; leur réseau familial est moins important que celui des personnes à domicile : 4,6 personnes en moyenne contre 8,7.

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

5 - Les déficiences, au sens de la classification internationale des handicaps, sont les pertes ou dysfonctionnements des diverses parties du corps. Les incapacités, en général conséquences de déficiences, sont les difficultés à réaliser des actes élémentaires ou complexes ; en bout de chaîne, il en résulte des désavantages liés à la fois à l'environnement et aux caractéristiques individuelles. Ce schéma de Wood définit le domaine du "handicap".

6 - "Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID" - DREES - Etudes et résultats n°204 - Décembre 2002.



## II.2. Des besoins de plus en plus façonnés par le vieillissement et l'isolement

Si elle ne permet pas de bien maîtriser la mesure du handicap, l'enquête HID apporte des éclairages précieux sur le type d'aides dont ont besoin les personnes handicapées : on retrouve, en dehors des besoins spécifiques à chaque handicap, les mêmes thèmes que pour les personnes dites âgées, comme l'aide pour les tâches domestiques, l'accompagnement pour sortir faire des démarches, le besoin de relations sociales...

### Incapacités déclarées par les 800 000 personnes handicapées vieillissantes de 40 ans et plus

Incapacités	40-59 ans	60-74 ans	75 ans et plus	Total
Toilette, habillement, alimentation	60 000	40 000	25 000	<b>125 000</b>
Hygiène de l'élimination	60 000	25 000	10 000	<b>95 000</b>
Mobilité, déplacements	135 000	110 000	50 000	<b>295 000</b>
Tâches ménagères, gestion	100 000	85 000	35 000	<b>220 000</b>
Communication à distance, cohérence, orientation	110 000	125 000	40 000	<b>275 000</b>
Vue, ouïe, parole	355 000	240 000	80 000	<b>680 000</b>
Souplesse manipulation	160 000	125 000	50 000	<b>335 000</b>

Source : Insee, HID 1999 à domicile en établissement (ER n° 204 août 2002 - de la DREES)

En établissement, si l'isolement social des adultes handicapés paraît assez rare, on relève que les contacts de "sociabilité générale" (amis, voisins...) diminuent avec l'âge. Par ailleurs, près de 40 % des personnes en institution déclarent ne jamais partir en vacances, et la fréquence des sorties de loisirs est faible. On peut noter également que moins de 20 % des personnes adultes interrogées déclarent vivre dans des institutions proches à la fois d'un moyen de transport public, de commerces, d'un café et d'un jardin public<sup>7</sup>.

Par ailleurs, pour ceux qui sont à domicile, la vie dans la cité est parfois complexe avec un handicap : quel que soit leur âge, plus d'un million de personnes vivant en milieu ordinaire éprouvent des difficultés pour accéder à leur logement et 580 000 personnes déclarent y être confinées. Ces difficultés tiennent pour partie à l'état de santé des personnes mais aussi à une conception architecturale inadaptée (escalier impraticable...).

Ces besoins supposent des réponses en terme d'aménagement de l'espace, mais aussi en terme d'accompagnement : les personnes handicapées s'appuient sur des professionnels et des aidants familiaux ou bénévoles. Or, avec le vieillissement des personnes handicapées, le maintien à domicile s'avère souvent difficile lorsque les ascendants se fragilisent avec l'âge. On le voit, la question de l'aide aux aidants et l'ouverture plus large de la notion d'aidant sur le bénévolat est commune aux domaines des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'ensemble de ces constats montre bien que le cloisonnement traditionnel entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées se révèle de moins en moins évident. Alors que le vieillissement des personnes handicapées induit des prises en charge nouvelles et pose le même type de questions que pour les personnes âgées, la prégnance de la problématique de la dépendance chez les personnes vieillissantes et le recul de l'âge auquel elle survient rendent encore moins pertinente la coupure administrative à 60 ans. Leurs besoins en terme de compensation des handicaps et de prévention des risques d'isolement sont d'ailleurs de plus en plus convergents, nécessitant des réponses axées sur l'adaptation de l'environnement, la préservation de la vie sociale, l'accessibilité de la cité, l'accompagnement pour la vie à domicile ...

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

# II

## DES RÉPONSES PAR PUBLICS MIEUX ADAPTÉES

Lors de la mise en place de la décentralisation en 1982, on a assisté à une importante résistance des professions de l'action sociale aux motifs que les élus locaux manifesteraient moins d'intérêt pour les problématiques sociales que les services d'État. Vingt ans de décentralisation montrent que ces craintes n'ont pas été vérifiées.

La pression des besoins sociaux et le respect des réglementations ont conduit les élus locaux à poursuivre les efforts d'adaptation des réponses à l'évolution des publics. Pour les personnes âgées, cela s'est traduit par une restructuration des interventions sociales de la précarité économique vers la dépendance (I). Pour les adultes handicapés, cela s'est traduit par une amplification considérable des efforts pour répondre à une demande en forte croissance (II). En revanche, alors qu'on espérait que la décentralisation mobilise davantage les acteurs locaux autour de la problématique de l'intégration dans le tissu social, on en est encore aux prémices du développement social (III).

### I. PERSONNES AGÉES : UNE RESTRUCTURATION DE LA RÉPONSE

Bien que les effets récents de la canicule aient montré que les moyens affectés aux personnes âgées restent encore insuffisants, il est utile de noter que les dépenses d'aide sociale et de santé en direction des personnes âgées représentaient, sans y inclure les dépenses de soins en libéral, 10 milliards d'euro en 2002, correspondant schématiquement à 5 milliards pour l'assurance maladie (services de soins à domicile et établissement), 3 milliards pour l'État (minimum vieillesse, allocation logement, fonds APA) et 2 milliards pour les départements (APA, aide sociale à l'hébergement et aide ménagère). De plus cet effort a progressé de façon considérable en quelques années, non

seulement du côté de l'État et de la protection sociale mais aussi, bien que plus récemment du côté des départements.

#### I.1. L'évolution de l'aide sociale

En effet si l'évolution de la dépense départementale en direction des personnes âgées s'est longtemps caractérisée par une stabilisation, voire une régression en francs constants, entre 1984 et 2001, on note une progression de 26% entre 2001 et 2002 avec l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2002.

L'analyse des composantes de la dépense entre 1984 et 2001 permet de mieux cerner les raisons de cette évolution. Il faut rappeler que l'intervention départementale

s'effectue principalement dans deux directions : l'aide aux personnes âgées démunies, avec l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et l'aide ménagère<sup>8</sup>; l'aide aux personnes âgées dépendantes avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) instaurée en 2002 et qui succède à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) puis à la prestation spécifique dépendance (PSD). Or si l'APA va favoriser une forte progression de la dépense, les autres aides liées à la précarité ont eu plutôt tendance à régresser voire à stagner, avec l'amélioration des revenus des personnes âgées.

**Évolution des composantes de la dépense d'aide sociale en direction des personnes âgées**

(milliards d'euro – France métropolitaine)

	1984	2001	2002	2003
Aide aux personnes âgées démunies (aide ménagère + ASH)	0,91	0,94	0,82	0,85
Aide aux personnes âgées dépendantes (ACTP + PSD + APA)	0,42	0,82	1,40	2,75
<b>Total</b>	<b>1,33</b>	<b>1,76</b>	<b>2,22</b>	<b>3,60</b>

Source : Odas

**1.2. L'évolution de l'offre de service**

L'évolution des réponses en établissement est également influencée par l'impact de la dépendance. On note ainsi que toutes les places créées ces dernières années en établissement sont des places médicalisées. L'allocation personnalisée d'autonomie versée en établissement vient par ailleurs accompagner cette évolution en permettant d'accentuer les efforts d'amélioration et de diversification des services.

**Évolution du nombre de places installées en établissement pour personnes âgées dépendantes**

	1995	2001	Évolution
Maison de retraite	392 500	419 400	+ 26 900
<i>dont section de cure médicale</i>	<i>124 200</i>	<i>152 900</i>	<i>+ 28 700</i>
Unités de soins de longue durée	77 800	83 500	+ 5 700
Hébergement temporaire	7 200	8 600	+ 1 400
<b>Total</b>	<b>477 500</b>	<b>511 500</b>	<b>+ 34 000</b>

Source : DREES, fichier Finess

Les réponses à domicile tendent à suivre une évolution semblable. L'offre de service se professionnalise et les départements encouragent aujourd'hui cette mutation

en acceptant d'intégrer une forte revalorisation des salaires des professionnels de l'aide à domicile. En outre ils s'engagent de plus en plus dans l'organisation de l'offre. Bien que sur cette question les conseils généraux ne puissent qu'influencer partiellement les évolutions, ils s'y impliquent de plus en plus. En effet, depuis l'instauration de l'APA, la connaissance plus fine des besoins des personnes grâce à l'évaluation personnalisée, puis la mise en place d'un plan d'aide opérationnel sont des outils importants pour les départements dans leur rôle d'animateur du soutien au vieillissement : ils sont aujourd'hui dans l'obligation de dynamiser cette offre, et de l'aider à s'organiser davantage (formation, plan de professionnalisation, mutualisation des moyens etc.).

**Les enseignements qualitatifs des plans d'aide APA à domicile**

Un premier travail d'analyse sur échantillon de dossiers APA à domicile dans deux départements a été réalisé par l'Odas en 2002/2003. Il permet de repérer les problématiques fortes des besoins des personnes les plus dépendantes et de les confronter aux types de réponses offertes aujourd'hui, les résultats obtenus par la grille d'évaluation AGGIR pouvant être comparés aux plans d'aide proposés.

En ce qui concerne les besoins, trois postes essentiels ressortent : la toilette, l'alimentation, le déplacement à l'extérieur. A quoi s'ajoutent des dépendances fortes sur des actes courants (gestion de ses affaires, cuisine, ménage etc.). Sur le volet de la vie sociale il est à noter que la quasi totalité des bénéficiaires de l'APA aurait besoin d'une aide pour se déplacer à l'extérieur. Sortir de chez soi est donc un point crucial dans l'observation des besoins.

Quand on analyse ensuite les réponses apportées par le plan d'aide APA, on note qu'elles se concentrent sur les problèmes lourds (toilette, habillage, alimentation) ; sur des tâches plus domestiques, comme celles liées à la cuisine, les réponses des plans d'aide permettent de compléter l'aide familiale qui existe déjà. Par contre sur la question des déplacements extérieurs la lacune des réponses est frappante. Les plans d'aide traduisent encore trop souvent une organisation du type "hospitalisation à domicile" plutôt qu'un véritable projet de vie, mais là encore des évolutions se dessinent.

8 - L'aide ménagère octroyée par les départements est réservée aux personnes peu ou moyennement dépendantes, dont les ressources ne dépassent pas le minimum vieillesse (soit 591 euros par mois au 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour une personne seule).

On peut donc dire que le financement départemental consacré aux personnes âgées s'est progressivement orienté de l'accompagnement des situations de grande pauvreté à celui des situations de grande dépendance. Il faut maintenant s'engager plus activement sur la prévention.

## II. PERSONNES HANDICAPÉES : UNE AMPLIFICATION DE LA RÉPONSE

Le financement public des aides aux personnes handicapées est à l'image du champ observé : il se présente comme une superposition de budgets sans grande cohérence, issus de la multitude des compétences en jeu, État, conseil général, protection sociale. On évalue à 26 milliards d'euro les dépenses publiques liées au handicap dont 10 milliards concernant les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail et 16 milliards relevant des politiques de services et d'établissements (loi de 1975). La répartition de ces 16 milliards est d'environ 60% pour la protection sociale (en intégrant la prise en charge des enfants handicapés), 20% pour l'État, 20% pour les départements.

Ces dépenses sont en progression constante avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires : on le vérifie avec les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (protection sociale), passés de 450 000 à 720 000 entre 1985 et 2002. De même le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne (départements) a progressé lentement mais régulièrement depuis la décentralisation (+ 1 000 à 2 000 par an), passant de 60 000 à 100 000 en vingt ans.

### Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP pour les personnes âgées de moins de 60 ans<sup>9</sup> (Allocation Compensatrice Personnes Handicapées) (France métropolitaine - en milliers)

Au 31/12	1984	1989	1995	2002
Nombre de bénéficiaires de l'ACPH (- de 60 ans)	64	72	86	100

Source : DREES 1984 - 1996 ; Odas 1997 - 2002

Or cet accroissement du nombre de bénéficiaires d'allocations s'accompagne d'une demande croissante de services favorisant le maintien à domicile mais aussi de places en hébergement collectif. Sur ces deux fronts, le défi semble avoir été globalement relevé par les départements (et par l'État), avec un accroissement considérable du nombre de places offertes entraînant une très forte augmentation des dépenses d'aide.

### II.1. Le développement et la diversification des aides

Depuis la décentralisation, les départements ont augmenté le nombre de places dans les établissements et services pour répondre au vieillissement des populations. Ainsi en ce qui concerne les établissements on est passé entre 1984 et 2002 de 39 000 à plus de 80 000 places.

#### Évolution du nombre de places en structures d'accueil pour adultes handicapés financées par les départements

	1984	2002*
Foyers d'hébergement	28 300	39 000
Foyers occupationnels Dont accueil de jour	10 700 700	34 500 9 500
Foyers d'accueil médicalisé (ex-foyers à double tarification)		9 100

\*Sources : Odas - Statiss (équipement au 1<sup>er</sup> janvier 2001) et plan gouvernemental de novembre 2003

Cet effort a concerné principalement les départements dont le parc d'établissement était le plus déficitaire et qui souvent ont accompagné l'effort de l'État, quand celui-ci a créé des places de Centre d'Aide par le Travail (64 000 places de CAT et d'ateliers protégés en 1985, 115 000 en 2002). Une étude de la DREES portant sur les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 confirme ces analyses en relevant que cette évolution aboutit effectivement à une réduction globale des inégalités départementales<sup>10</sup>.

D'autre part les départements ont aussi accepté de renforcer leurs efforts en faveur des personnes handicapées les plus lourdement atteintes, en participant au financement des foyers à double tarification (aujourd'hui foyers d'accueil médicalisé), pour accélérer la prise en charge d'un plus grand nombre de bénéficiaires, ce que l'assurance maladie ne pouvait plus financer en totalité.

Parallèlement, on s'est préoccupé de l'intégration sociale des travailleurs handicapés, avec le développement du maintien en milieu ordinaire, rendu possible par la création de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui concerne 21 000 adultes handicapés aujourd'hui.

Il faut relever que cette diversification s'est opérée alors que les nouvelles structures (foyer à double tarification, service d'accompagnement vie sociale) n'entraient dans aucune des catégories réglementaires.

9 - L'ACTP est attribuée aux personnes handicapées ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie et qui ne bénéficient pas par ailleurs de la majoration pour tierce personne de l'assurance maladie (la majoration pour tierce personne concerne 20 000 bénéficiaires).

10 - "Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités régionales" - DREES - Études et résultats n°58 - Avril 2000.

## II.2. L'augmentation des dépenses

La progression des réponses s'est bien évidemment répercutée sur la dépense, qui a triplé depuis la décentralisation.

### Évolution de la dépense d'aide sociale en direction des personnes handicapées

(en milliards d'euro)

1984	1989	1994	1996	1999	2002	2003 <i>(estimation)</i>
0,89	1,16	1,85	2,03	2,41	2,95	3,10

Cette forte évolution s'explique partiellement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Mais elle est également liée à la progression des coûts due à l'amélioration qualitative des structures et à l'accroissement des charges salariales.

D'une part, l'amélioration qualitative des services s'est traduite par de nouveaux équipements notamment dans les départements qui connaissaient un déficit important et qui ont comblé en partie leur retard qualitatif en remplaçant des lits d'hospices vétustes par des équipements mieux adaptés et plus confortables. D'autre part, la dépense a progressé également du fait des revalorisations salariales et de la mise en place des 35 Heures dans les établissements médico-sociaux régis par la convention collective de 1966.

## III. UN DÉVELOPPEMENT LIMITE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES SOCIAUX LIÉS AU HANDICAP ET AU VIEILLISSEMENT

Si les évolutions ont été importantes dans la prise en charge des personnes âgées et handicapées, c'est maintenant sur la prévention - des pertes d'autonomie mais aussi des risques d'isolement social liés aux handicaps divers qui peuvent survenir à tout âge - que les collectivités publiques veulent accroître leur investissement.

Concrètement si les politiques de prévention des pertes d'autonomie existent elles demeurent timides et sont rarement développées en objectifs territorialisés dans les schémas médico-sociaux mis en place dans les départements. Elles sont pour l'essentiel spécifiques, alors que tout reste à faire pour une prévention généralisée favorisant le développement social sur les territoires.

## III.1. Une prévention essentiellement ciblée sur les publics

Les points forts des réponses de prévention portent sur des axes aujourd'hui assez bien connus, comme par exemple dans le domaine du vieillissement la prévention des risques sur les pertes de mémoire (ateliers mémoires), les chutes (gymnastique adaptée), l'alimentation etc. La connaissance des spécificités du vieillissement biologique est aujourd'hui bien répandue dans les milieux professionnels, même si l'effort ne doit pas se relâcher dans la formation initiale et continue.

On peut noter aussi le développement, même s'il est encore très insuffisant, des aides aux aidants (parents d'adultes handicapés, enfants de personnes très dépendantes, conjoints... sans lesquels la vie à domicile serait souvent impossible), avec notamment des formules d'accueil de jour et d'accueil temporaire qui interviennent en complément du domicile et dont l'objectif est double : offrir des lieux adaptés pour des personnes qui nécessitent un suivi parfois très spécialisé (maladies d'Alzheimer) et soulager les familles qui peuvent être épuisées. Plusieurs départements ont fait du développement des accueils de jour un des axes prioritaires de leur politique préventive en lançant un appel à projet sur leur territoire avec un cahier des charges précis.

Des progrès importants ont donc été faits, et les départements en sont partie prenante. L'APA constitue d'ailleurs pour eux une occasion de s'impliquer davantage encore dans la prévention. Mais si la prévention "ciblée" est indispensable, il faut veiller à ce que les réponses apportées ne soient pas trop stigmatisantes.

C'est pourquoi elles doivent de plus en plus être intégrées à une dynamique globale s'éloignant de la logique des dispositifs au profit d'une logique de territoire. C'est l'ambition du développement social local, qui s'analyse comme une dynamique de revitalisation du lien social sur un territoire, intégrant les populations fragilisées quel que soit l'origine de cette fragilité (précarité matérielle, différence culturelle, âge, handicap, isolement, etc.)

## III.2. Une ouverture encore très limitée sur le développement social local

Or de ce point de vue, l'action des départements est bien moins avancée. En effet, les schémas d'intervention sociale reflètent encore souvent une approche sectorisée, et le travail social, malgré les expérimentations,

ations que l'on repère à différents endroits, est encore trop peu intégré dans des équipes pluridisciplinaires. En fait, les départements sont encore peu nombreux à se donner véritablement des objectifs de prévention primaire (action sur l'environnement).

Pourtant, il faut le souligner, la plupart d'entre eux reconnaissent l'intérêt du développement social local et ont déjà réorganisé leurs services en ce sens. On le voit par exemple à travers la redéfinition de leurs organigrammes autour de la notion de " mission ", qui traduit une approche plus large que celle de " public ". On le voit également à travers le redécoupage de leurs territoires d'action : les unités d'action sociale (circonscriptions) correspondent de plus en plus aux bassins de vie et l'harmonisation avec les territoires gérontologiques et les territoires de CLI progresse.

Même si elles n'ont pas encore rempli toutes leurs promesses, ces évolutions devraient permettre une vision plus transversale et territorialisée de la lutte contre l'exclusion. Elles peuvent alors devenir un atout important dans la construction d'une dynamique

globale de prévention axée sur la revitalisation du lien social et des solidarités de proximité. Toutefois rappelons le, le développement social passe par une mobilisation de toutes les potentialités locales, qu'il s'agisse des élus (qui orientent les différentes politiques publiques) des professionnels (qui mettent en œuvre le service), des associations ou encore des habitants (qui vivent l'isolement ou l'entraide au quotidien). Autant dire que les départements ne pourront s'engager dans cette voie sans s'appuyer davantage sur les villes et leurs agglomérations, qui détiennent la plupart des leviers susceptibles de contribuer au lien social et, par là, à la pleine intégration de personnes âgées et handicapées dans la cité : politiques culturelles, sportives, des transports, de l'habitat...

L'enjeu aujourd'hui est donc bien celui de la réussite d'une approche interdisciplinaire et interinstitutionnelle de la cohésion sociale. Dans cette perspective, les diagnostics partagés, qui commencent à se développer dans les départements mais qui restent trop souvent sectorisés (liés aux différents schémas), pourraient constituer un atout majeur.

# III

## L'OPTIMISATION DU SOUTIEN A L'AUTONOMIE PAR LA DÉCENTRALISATION

Comme on a pu le voir, les politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées ont donc beaucoup évolué avec la décentralisation. Mais leur approche sectorielle s'avère de moins en moins compatible avec la nécessité d'une optimisation des réponses et d'une meilleure intégration des personnes. Elles devraient maintenant pouvoir s'inscrire dans une démarche plus convergente de soutien à l'autonomie.

En effet, si l'on veut que le cap soit davantage mis par tous les acteurs locaux sur la prévention des risques sociaux, il faut promouvoir l'idée qu'il s'agit aujourd'hui de prendre en compte la vulnérabilité créée par la dépendance quelque soit l'origine de cette dernière (handicap ancien, âge, accident...). Plutôt que d'aider des "personnes âgées" ou des "personnes handicapées", on aide des personnes de tous âges en situation de handicap résultant de déficiences innées ou acquises. Si certaines aides devront rester spécifiques, car il existe des degrés divers de perte d'autonomie et des projets de vie différents, il faut rappeler que l'objectif principal est d'éviter qu'aux difficultés de la perte d'autonomie ne s'ajoutent celles de l'exclusion.

Ce rapprochement est aujourd'hui possible car la convergence des politiques (I) peut s'inscrire dans le cadre d'une décentralisation renouvelée (II).

### **I. L'OBJECTIF : UNE CONVERGENCE EFFECTIVE DES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE**

Ces objectifs communs ne pourront être atteints que par la mobilisation de toutes les politiques publiques pour que la personne en situation de vulnérabilité soit prise en compte dans toutes les dimensions de sa citoyenneté. La simplification des démarches d'accès aux services et aux aides, et plus globalement la simplification des dispositifs de décision dans le cadre d'un pilotage mieux identifié, peut y contribuer. C'est là

qu'apparaît tout l'intérêt de renforcer le rôle du conseil général dans l'ensemble des politiques de soutien à l'autonomie. Déjà pilote du soutien au vieillissement, fortement impliqué dans l'offre de service aux adultes handicapés, le département pourrait être l'artisan de la mise en cohérence des politiques dans l'intérêt des usagers concernés et, au-delà, dans l'intérêt de la cohésion nationale.

Ceci dit, il faut distinguer la question de la nature des allocations, où le rapprochement des champs handicap et dépendance n'est pas perçu comme prioritaire, et celle de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement social, où il l'est.



## I.1. L'organisation de la prise en charge

*Sur l'évaluation des pertes d'autonomie*

Il paraît envisageable d'avoir une grille commune d'évaluation des pertes d'autonomie quel que soit l'âge, avec des aménagements pour tenir compte des spécificités de certains handicaps. Des travaux dans ce sens ont déjà eu lieu pour adapter la grille AGGIR au handicap mental notamment. Les initiatives existent, mais ne sont coordonnées à aucun niveau. Dans le même ordre d'idée, les équipes médico-sociales (EMS) actuellement sous responsabilité des conseils généraux pour gérer l'APA seraient capables de faire le même travail en direction de toutes les formes de handicap. Les EMS ne pourraient-elles pas être agréées par l'État en qualité d'équipe technique Cotorep pour assurer l'évaluation, le plan d'aide, le suivi de l'ACTP, mais aussi pour les demandes d'orientation vers les structures d'accueil pour personnes handicapées ?

*Sur l'information au public et la coordination des aides*

Il devrait être possible maintenant d'organiser l'information au public sous une même responsabilité. Or on a vu encore une fois se créer tout récemment des dispositifs quasi-identiques gérés par deux échelons différents pour atteindre... les mêmes objectifs. Les centres locaux de coordination et d'information gérontologique (CLIC), les dispositifs d'accompagnement à la vie autonome à destination des personnes handicapées (financés par l'État via les DDASS) et les projets de maison du handicap répondent quasiment au même cahier des charges. Il paraît de bon sens d'unifier les systèmes, dans un souci d'efficacité et de bonne gestion des fonds publics. Des exemples montrent que cela est parfaitement envisageable, avec du temps et un sens aigu du partenariat en raison des contextes financiers et culturels actuels. Des rationalisations seront donc à trouver localement dans ce domaine essentiel de l'information et de l'accompagnement des personnes.

## I.2. L'organisation de l'accompagnement

*Sur l'accompagnement individuel*

Si certaines spécialisations doivent bien évidemment demeurer, notamment en établissement, on sait aussi que ce sont les mêmes professionnels formés qui sont attendus, dans le cadre de services polyvalents, pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et de dépendance. Ne faudrait-il pas mutualiser dès aujourd'hui tous les moyens actuellement dispersés en terme de formation (les écoles, les

diplômes), de communication, de recrutement et de professionnalisation ? Des prestations communes sont à développer comme les auxiliaires de vie, la garde de nuit itinérante, les aides techniques... On oppose souvent à cette convergence des organisations et des réponses, l'argument de l'existence de circuits spécifiques au handicap, ou d'une culture particulière aux intervenants dans le secteur du soutien aux personnes handicapées. Mais comment atteindre l'objectif d'un regard d'ensemble si l'on conforte des distinctions et des cloisonnements professionnels et culturels qui, s'ils ont pu être justifiés historiquement, peuvent s'avérer contre-productifs aujourd'hui ?<sup>11</sup>

*Sur l'accompagnement collectif et le développement social local*

L'avenir des politiques de soutien à l'autonomie passe par la prévention des risques sociaux, notamment en matière de précarité relationnelle. La réponse individuelle doit donc progressivement laisser une place plus importante à des modes d'intervention collective. Cet objectif suppose de travailler non seulement sur de nouveaux modes d'intervention sociale (action collective du travail social) mais aussi sur l'adaptation de l'environnement urbain, économique, social aux questions de dépendance. Les besoins des personnes sont liés à un environnement et à une organisation sociale : vie dans la cité ou dans le village, déplacements, habitat, lieux de rencontres... Comment aménager l'espace public pour limiter les désavantages des personnes fragiles, comment rendre accessible l'espace urbain, les lieux publics, les salles de spectacles, les lieux sportifs..., comment aménager les transports publics, adapter les loisirs, les logements etc. ? De nombreuses législations existent qui devraient d'ores et déjà être appliquées. La réussite de ces politiques est notamment conditionnée par l'implication des acteurs locaux et la consolidation du couple villes-département.

## II. LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE : LE RESPECT DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Le passage d'une approche segmentée à une approche globale voire sociétale du soutien à l'autonomie semble maintenant possible avec la mise en œuvre d'une nouvelle étape de la décentralisation. Mais il faut bien évidemment que celle-ci n'engendre pas de la confusion mais au contraire clarifie les rôles de chacun. Ce qui nécessite d'avoir quelques repères, dont tout particulièrement ceux offerts par le principe de subsidiarité.

<sup>11</sup> – Il est d'ailleurs intéressant de noter que sur l'exemple de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, les conseils généraux refusent tout dogmatisme et privilégient l'expérimentation dans sa diversité : accueil de personnes handicapées dans des établissements pour personnes âgées, ou inversement ouverture de structures spécifiques, prolongation du statut administratif de personnes handicapées au-delà de 60 ans etc.



Celui-ci permet en effet de rappeler le rôle essentiel de l'État, comme garant de l'unité de la société française par l'égalité de traitement des situations, le rôle incontournable des communes dans la construction quotidienne du vivre-ensemble, et enfin le rôle déterminant des départements dans la définition et la mise en œuvre de stratégies qui permettent de réussir la rencontre de l'unité et de la diversité.

## II.1. Garantir l'égalité de traitement

Si la décentralisation suscite des inquiétudes c'est généralement au nom de l'égalité de traitement à laquelle la France reste très attachée. En effet si la décentralisation n'est pas à l'origine des disparités entre territoires, on craint souvent qu'elle ne les renforce au lieu de les réduire.

Il est vrai que les inégalités démographiques entre départements sont importantes, comme le montre, dans le domaine du soutien aux personnes âgées dépendantes, la carte du taux de vieillissement (nombre de personnes de 75 ans et plus sur nombre de personnes de moins de 20 ans).

Il faut donc veiller à ce que les scénarios de financement envisagés pour les politiques de soutien à l'autonomie

soient complétés par des mécanismes de péréquation bien pensés. Le rôle de l'État sera alors bien repositionné sur la garantie de l'égalité de traitement et l'évaluation des politiques à partir de référentiels nationaux laissant toutefois le plus de place possible à la créativité locale.

## II.2. Donner aux départements les moyens du pilotage

Si, au nom de la simplification et de la cohérence des réponses, l'unité de pilotage est souhaitée, on ne peut que considérer comme positives les évolutions liées à l'acte II de la décentralisation, qui renforcent le rôle du département comme animateur de ces politiques. Mais il faut alors donner plus explicitement aux départements les moyens de cette coordination.

### *Sur le soutien au vieillissement*

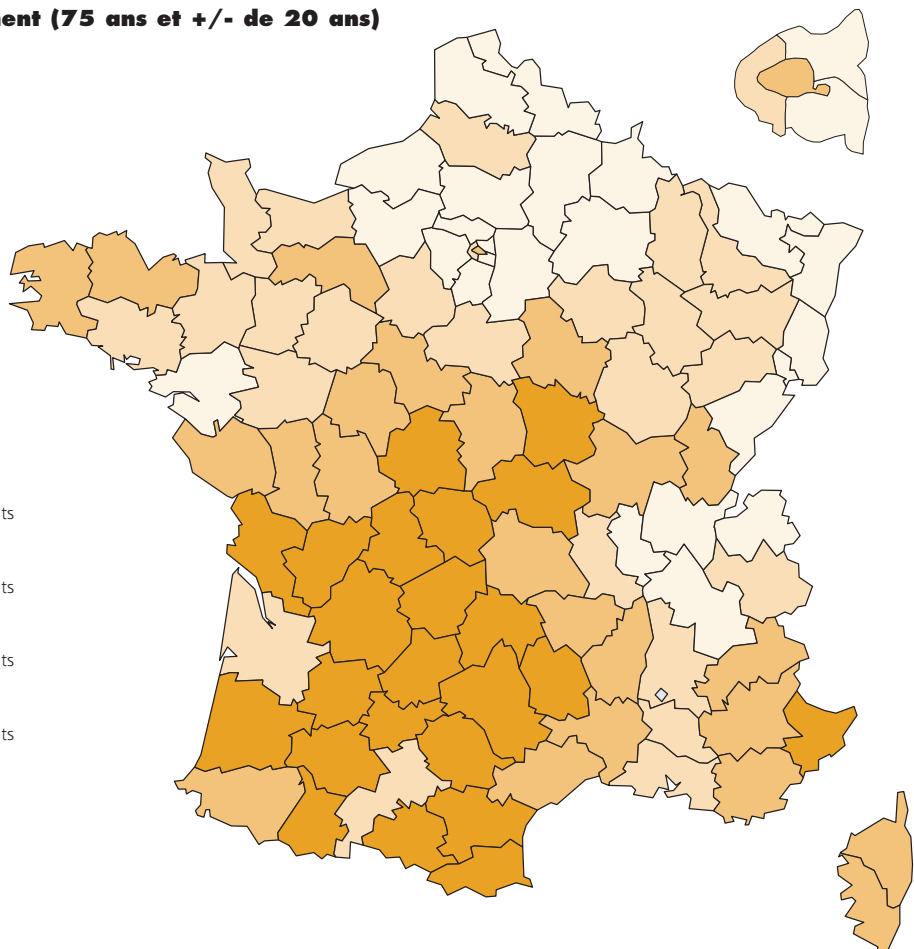
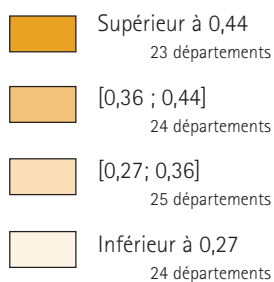
Dans ce domaine, les départements sont déjà porteurs d'un volet conséquent qui va s'élargir. Leur savoir faire en terme de diagnostic et de programmation, certes encore très perfectible, milite en faveur d'une responsabilité plus complète du soutien à l'autonomie. Dans cette perspective, l'unification de la compétence tarifaire des établissements accueillant du public dépendant au profit du département semble indispensable. Aujourd'hui, la tarification des prix de

### Taux de vieillissement (75 ans et +/- de 20 ans)

France Métropolitaine : 0,31

Min : 0,16 (Val d'Oise)

Max : 0,77 (Creuse)



journées en établissement (pour personnes âgées dépendantes) repose sur deux autorités, l'État (la DDASS) pour la partie soins et le département pour la partie prise en charge de la dépendance. Face à la complexité des dispositifs actuels que subissent tous les acteurs et les usagers payeurs, il devient nécessaire de simplifier ces dispositifs d'autorisation et de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Passer de deux autorités de tarification à une autorité fait partie des propositions du rapport d'évaluation de l'APA de juin 2003.

Le gouvernement semble aujourd'hui favorable à cette évolution mais les scénarios restent à préciser. Deux hypothèses sont concevables :

- le département prend acte des enveloppes soins de la sécurité sociale qui lui sont notifiées dans un cadre pluri-annuel par l'État ou une autre autorité. Dans ce cas, le département ne fera qu'individualiser les décisions mais n'aura pas tous les moyens d'une planification responsable ;
- la planification sanitaire et sociale est du ressort du département et s'impose à la Sécurité sociale sur la base d'un système de forfait soins variable en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, en dehors de tout contingentement.

Chaque hypothèse a ses avantages et ses inconvénients, mais l'ampleur des enjeux nécessite davantage d'analyse sur les effets attendus et les modes concrets de mise en œuvre. On ne pourra donc éviter une phase d'expérimentation préalable.

#### *Sur le soutien aux personnes handicapées*

Dans ce domaine, le transfert de la responsabilité des centres d'aide par le travail (CAT) aux départements pourrait leur permettre de maîtriser les deux versants du soutien aux personnes handicapées : l'activité et l'hébergement. Cela devrait entraîner une meilleure connaissance des situations des personnes, donc une meilleure prise en charge individuelle (projet de vie) et collective (anticipation des besoins sur un territoire).

### **II.3. Approfondir les relations villes-départements**

Compte-tenu de l'évolution de la question sociale, on admet de plus en plus que la solidarité doit aussi être l'affaire du local. Il faut aussi l'accepter pour la dépendance et le handicap. Mais le local, ce n'est pas seulement les départements, même si le champ de leurs responsabilités tend à se renforcer. Les communes ont, de leur côté, une compétence générale sur la qualité du

vivre-ensemble qui les place au premier rang dans la mise en œuvre du développement social local. Il est donc important de renforcer la complémentarité entre ces deux types d'acteurs, ce qui appelle des évolutions de part et d'autre.

#### *Vers une redéfinition du rôle des villes : moins de gestion*

Les communes ont joué depuis toujours un rôle important dans la mise en œuvre des politiques locales en direction des personnes âgées. Elles ont largement contribué au développement de services et d'équipements, suivant en cela les demandes des personnes : elles sont devenues le premier opérateur en matière de création et de transformation de maisons de retraite et de logement-foyers, tout en contribuant directement ou indirectement au développement des services liés au maintien à domicile : aide ménagère, soins à domicile, portage de repas, télé-alarme, foyer-restaurants et autres.

Toutefois, ce rôle doit maintenant s'adapter aux nouvelles priorités qui portent notamment sur l'organisation de l'offre de services. Or les communes, dans le cadre de leur compétence naturelle d'organisation des réponses aux habitants, ont vocation à s'y impliquer. Elles doivent donc s'engager de plus en plus dans une mission d'organisation d'une réponse gériatrique diversifiée sur leur territoire, en soutenant prioritairement des initiatives associatives. En effet, pour assumer cette mission les communes devront chaque fois qu'elles le peuvent consolider leur neutralité par rapport à l'offre de services en se retirant de la position de gestionnaire direct.

Par ailleurs, avec les risques qui pèsent aujourd'hui sur la préservation de la cohésion sociale, les communes doivent aussi ouvrir de nouveaux chantiers sur le soutien à l'autonomie, dans une visée de développement social local. Leurs services et leurs outils, tout comme ceux des communautés urbaines, devraient tendre de plus en plus à intégrer les différentes dimensions de handicap et de la dépendance. Qu'il s'agisse d'urbanisme, d'habitat, de transport, d'animation socio-culturelle, il est souhaitable que soit placée au cœur de la réflexion des collectivités une perception dynamique du vieillissement de la société et une prise en compte globale du handicap.

Dans le même ordre d'idées, les villes pourraient, parce qu'elles constituent le niveau de proximité adéquat, s'investir davantage dans l'organisation de réseaux de solidarité pour combattre l'isolement des personnes en situation de handicap, à travers la promotion et le soutien au bénévolat.

*Vers une redéfinition du rôle des départements : plus de délégation*

On le voit donc, pour atteindre l'objectif de prévention, les départements doivent pouvoir davantage s'appuyer sur les communes. Ils sont donc invités à privilégier la fonction stratégique d'animation de réseaux en repensant l'articulation de leurs responsabilités avec les acteurs de proximité. Par exemple, la délégation de compétence aux villes et aux intercommunalités pourrait être plus fréquemment envisagée. Elle est aujourd'hui exceptionnelle<sup>12</sup> et on a souvent sur un même territoire des actions parallèles voire redondantes, tout particulièrement entre grandes villes et conseils généraux.

Dans tous les cas, il est indispensable d'associer prioritairement les villes à la planification départementale et à la définition des grandes orientations quelles

que soient les difficultés rencontrées notamment avec les grandes métropoles. C'est d'autant plus souhaitable que les communes s'investissent de leur côté de plus en plus sur des missions de planification : le risque d'incohérence est flagrant.

Pour parvenir à cette coordination harmonieuse, on peut penser que l'observation partagée offre de véritables opportunités. Les acteurs de la décentralisation doivent pouvoir construire de façon partenariale une vraie capacité d'observation des besoins et d'évaluation des réponses. Mais ils doivent avant tout bien s'accorder sur le sens de cette observation, c'est à dire sur les valeurs qui la sous-tendent et sur son lien à la décision politique<sup>13</sup>. C'est dans ce cadre que l'on pourra observer, dans une même instance, à la fois les problématiques du handicap et de la dépendance. La voie serait alors enfin ouverte à des schémas communs de soutien à l'autonomie.

12 - La délégation de compétence du département au CCAS existe 1 fois sur 5, mais elle porte pour l'essentiel sur l'élaboration et le suivi des contrats RMI. Seules 9 villes sur 205 citent une délégation sur le thème personnes âgées/personnes handicapées. Source : enquête Odas 2003 : " Articulations entre villes, départements et intercommunalités en matière d'action sociale ".

13 - Sur le handicap par exemple, il existe aujourd'hui beaucoup d'indicateurs très dispersés, issus de sources variées (Inserm, Insee, associations...), et beaucoup d'observations non exploitées, c'est-à-dire en définitive inutiles aux décideurs.

# CONCLUSION

Même si l'actualité de cet été a mis en lumière les limites de nos réponses sur le soutien aux personnes âgées et aux adultes handicapés, il faut en convenir, l'effort des collectivités publiques a été constant ces dernières années, et tout particulièrement celui des départements.

En effet, la plupart d'entre eux ont mis les moyens nécessaires pour que leurs politiques affichées atteignent les objectifs. Si l'on regarde les efforts fournis sur le handicap, ils ont été conséquents même dans les périodes où de nouvelles problématiques sociales (insertion notamment) sont devenues prioritaires. Les responsables politiques n'ont pas sacrifié les politiques sociales dans les choix d'orientation, et elles représentent désormais plus de la moitié du budget de fonctionnement des départements.

L'adaptation des réponses aux besoins a pu s'opérer, tout particulièrement lorsque des associations ont su organiser une interpellation active, comme dans le domaine du handicap. La plupart des territoires se sont dotés d'outils d'observation et de planification et ont construit des réponses plus conformes aux attentes des habitants en tenant compte des spécificités locales (on pense notamment aux différences de contextes entre le rural et l'urbain).

Enfin, rappelons-le, avec la décentralisation les inégalités ont plutôt été réduites alors que l'on craignait l'inverse. Dans le secteur de l'aide aux personnes âgées comme dans celui des personnes handicapées, l'indicateur de dispersion – qui rend compte des inégalités entre départements<sup>14</sup> – a diminué d'environ 25 % entre 1984 et 1995. Cette évolution s'explique non seulement par un accroissement de l'offre de services (les départements qui n'avaient pas organisé cette prise en charge ont dû en quelques années rattraper leur retard), mais aussi par une uniformisation progressive des coûts.

Toutefois, il faut aujourd'hui aller plus loin car le soutien à l'autonomie constitue un terrain particulièrement favorable à la définition de solutions originales qui peuvent contribuer à l'émergence d'une société plus solidaire et plus conviviale. Elles peuvent aussi entraîner le développement d'une véritable économie du handicap et de la dépendance, caractérisée notamment par la mise à disposition de services nouveaux créateurs d'emplois.

Ce mouvement, bien que prometteur dans ses perspectives, s'avère difficile à construire car il passe par la reconnaissance du caractère transversal des politiques, non seulement entre partenaires institutionnels mais à l'intérieur même de chaque institution.

C'est pourquoi on peut penser que l'acte II de la décentralisation, en clarifiant les responsabilités, devrait favoriser une prise en compte plus stratégique de l'action sociale par les élus départementaux et permettre en conséquence de développer la coordination des actions autour du handicap et de la dépendance. Cela peut être en outre facilité par l'annonce gouvernementale d'une " réforme de solidarité pour les personnes dépendantes " qui pose les principes tout à la fois de la simplification, de la proximité et de la pérennité des aides. Et même si les modalités de sa mise en œuvre restent imprécises, cette réforme peut constituer un terreau favorable à la transformation des réponses actuelles.

Il reste que le principal atout du changement est peut-être aujourd'hui la prise de conscience, par la société française, de sa vulnérabilité : elle peut permettre de dépasser les logiques institutionnelles au profit de logiques de projets dans le cadre d'une éthique mieux partagée : celle d'un regard nouveau sur la différence.

14 - L'indicateur de dispersion a été établi sur la base de la dépense par habitant (pour les personnes âgées, on entend par " habitant " toute personne de plus de 60 ans au recensement de 1990 ; pour les personnes handicapées, on entend par " habitant " toute personne âgée de 20 à 60 ans au recensement de 1990).



Il aura fallu les tragiques conséquences de la canicule pour que l'on prenne davantage conscience de la fragilité de nos réponses concernant les personnes âgées dépendantes. Or le poids de la dépendance ne va cesser de s'accroître dans les prochaines années, avec le doublement prévisible du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans d'ici vingt ans et la progression constante du nombre d'adultes handicapés vieillissants.

Nous aurons donc à affronter une situation difficile, à un moment où les ressources publiques se raréfient et où les solidarités familiales s'affaiblissent. On sait déjà que le nombre d'aidants familiaux par personne dépendante diminuera de moitié, alors qu'ils sont aujourd'hui omniprésents, notamment dans le maintien à domicile. On sait aussi que l'entourage familial des adultes handicapés, qui lui aussi vieillit, se fragilise.

Ces constats doivent nous interpeller : il nous faudra à la fois mieux optimiser les moyens engagés pour le soutien aux personnes âgées et handicapées et compenser l'effritement des solidarités familiales. La première démarche pourrait être facilitée par le traitement commun de besoins qui s'avèrent de plus en plus convergents, en termes de compensation du handicap mais aussi d'intégration dans la cité. En effet, l'attente principale des personnes fragilisées par le grand âge, la dépendance ou le handicap porte aujourd'hui sur l'accessibilité aux services ordinaires et le maintien de la vie sociale. Cela nous renvoie à la seconde démarche : au-delà de la mobilisation des pouvoirs publics, il faudra parvenir à un renforcement des solidarités de voisinage et des dynamiques intergénérationnelles.

Or ce n'est que dans le cadre d'une décentralisation renforcée que l'on pourra mettre en œuvre ces actions nécessairement ancrées dans le local. C'est d'autant plus souhaitable que, contrairement aux craintes exprimées lors de la décentralisation de 1984, les élus locaux ne se sont pas désintéressés des problématiques sociales. Qu'il s'agisse du soutien aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, les conseils généraux ont su faire évoluer quantitativement et qualitativement leurs réponses. Et l'on peut relever que la pression des besoins sociaux ayant été déterminante dans leurs choix, les inégalités inter-départementales en ont été considérablement réduites.

Après avoir développé ces différents constats, sur l'évolution des besoins et sur l'adaptation des réponses, ce rapport propose un certain nombre de pistes opérationnelles concernant à la fois le rapprochement des domaines du handicap et de la dépendance, et la mise en œuvre du développement social local.

Celles-ci ne s'avèreront déterminantes que si la nouvelle répartition des compétences se fonde sur le principe de subsidiarité, avec pour l'État un rôle de garant de l'égalité de traitement et pour les départements un rôle plus étendu dans l'offre de services pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Mais il faut aussi reconnaître aux villes un rôle plus affirmé comme acteur principal du développement social, autrement dit faire le pari de la réussite de la décentralisation par sa propre décentralisation.



Pierre Méhaignerie  
*Président de l'Odas*