

Journée d'actualité

# LE RAPPROCHEMENT DES POLITIQUES D'AUTONOMIE EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

INSET d'Angers  
Pôle Autonomie

Le mardi 20 mars 2012





## ■ OLGA PIOUS

*Directrice du CLEIRPPA, Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées*

Nous pensions que l'idée du rapprochement des politiques d'autonomie en direction des personnes âgées et des personnes handicapées se concrétiserait dans le cadre de la loi 2005 avec l'abaissement de la barrière d'âge, mais elle se trouve aujourd'hui remise en question. La question majeure qui se pose aujourd'hui est : est-il possible de penser à un rapprochement des politiques personnes âgées/personnes handicapées aujourd'hui et pour demain ? La deuxième question – malgré l'attitude détachée des hommes politiques au niveau national – concerne ce que font les élus locaux, notamment au niveau des conseils généraux, des communes, des intercommunalités. Il s'agit en effet d'un rapprochement destiné à avoir une égalité des droits – sans faire de l'égalité parfaite – pour les personnes et à proposer des réponses qui correspondent à leurs besoins. Pour nous aider à mener cette réflexion, nous avons invité Amaëlle Penon qui est conseillère nationale santé et médico-social à l'APF et qui nous parlera de l'évolution de la situation depuis la loi de 2005 et de la mise en place progressive du décalage entre le terrain, les fédérations et les professionnels. Bernard Ennuyer prendra ensuite la parole pour revenir sur les politiques nationales et sur les espoirs futurs. Intervient ensuite Rose-Lison Vignal qui est directrice du département autonomie dans le département du Gard, et qui nous parlera des changements et des limites de ce dispositif de rapprochement. Alain Colvez abordera la question des outils, à travers l'exemple du nouvel outil GEVAA, dérivé de l'expérience du GEVA pour les personnes handicapées. Nous reprendrons l'après-midi avec Jean-Michel Caudron, consultant en ingénierie gérontologique, qui nous fera un point sur l'évolution des politiques départementales sur ce rapprochement au travers des schémas gérontologiques, des maisons de l'autonomie etc. Suivra madame Martine Prieur qui illustrera l'évolution de leur schéma gérontologique dans le département de Maine-et-Loire. Enfin, Geneviève Laroque nous livrera sa conclusion appuyée de la question initiale que nous lui avons posée : une politique commune aux deux secteurs est-elle une avancée ou un recul pour les personnes, qu'elles soient personnes handicapées ou personnes âgées ?

## LES POLITIQUES ET LES SECTEURS HANDICAP/VEILLISSEMENT SONT-ILS EN TRAIN DE SE RAPPROCHER ? POINTS DE VUE CROISÉS DE DEUX EXPERTS

■ **BERNARD ENNUYER**, *sociologue*  
et **AMAËLLE PENON**, *conseillère nationale santé et médico-social, APF*

## ■ AMAËLLE PENON

Pourquoi et comment envisager un rapprochement des personnes, qu'elles soient en situation de handicap ou âgées et en perte d'autonomie ? Pourquoi penser un meilleur accompagnement de manière globale, sans pour autant qu'il soit uniforme et unique pour tous ? Parce que les



## Synthèse

personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap rencontrent un certain nombre de problématiques communes. L'accompagnement de ces publics vise à une compensation de la perte d'autonomie pour aider la personne à réaliser les actes de la vie quotidienne. Les problématiques communes aux deux publics identifiées par l'APF sont : l'accessibilité à tous les lieux de cité pour 2015 (le deuxième défi de la loi 2005), l'aide aux aidants et le vieillissement. Il y a quelques mois, l'APF a formulé une revendication qu'elle a appelée reconnaissance d'un risque autonomie, et qui passe par un droit universel à compensation pour couvrir tous les risques liés à la perte d'autonomie. Ce droit universel impliquerait la création d'une branche « autonomie » au sein de la sécurité, la mise en place d'une couverture financière intégrale de tous les besoins constatés, une évaluation fine des besoins d'aide de la personne et un plan d'aide personnalisé résultant de l'analyse. Cette proposition rejoint les principes des collectifs du GR 31 et d'« Investir pour la solidarité » qui appellent à droit universel à compensation. Le constat de la situation actuelle nous a incités à définir des priorités, à savoir procéder à une évaluation fine des besoins et des personnes pour la mise en place d'un accompagnement global à travers une pluralité de réponses, limiter au maximum le reste à charge pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap, augmenter l'accompagnement médical des personnes en situation de handicap vieillissantes et réfléchir à une plus grande ouverture entre les professionnels de l'accompagnement du handicap et les professionnels de l'accompagnement de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Sur le terrain politique, nous constatons deux problèmes majeurs : le réel décalage entre l'échelon national et l'échelon local et un changement au niveau de la CNSA, qui semble prendre acte de l'évolution politique dans son propre positionnement. Le champ du débat national organisé en 2011 a été d'emblée très circonscrit à la prise en charge de la dépendance et au champ des personnes âgées. Quant à la CNSA, elle s'est rétractée sur sa proposition d'un droit universel à une compensation personnalisée pour l'autonomie, pour privilégier deux axes : l'amélioration de l'état de santé tout au long de la vie et le ciblage des populations vulnérables ou fragiles qui sont trop souvent écartées des politiques de prévention. En ce début d'année 2012, nous avons observé un certain revirement négatif qui se manifeste par l'abandon de la politique de convergence et l'abrogation des barrières d'âge dans la COG (convention d'objectifs et de gestion) signée fin février entre l'État et la CNSA, ainsi que par la marche arrière sur la création des Maisons départementales de l'autonomie qui, désormais, ne sont plus considérées comme une perspective affirmée de l'évolution de MDPH. En revanche, nous observons que sur le terrain, les conseils généraux œuvrent pour le rapprochement avec notamment la création de Maisons départementales de l'autonomie dans le cadre de l'expérimentation mené par la CNSA. Nous assistons aujourd'hui à une politique de petits pas et à un renoncement à une ambition nationale et politique forte. De plus, l'absence de réflexion au niveau national risque d'empêcher l'adaptation d'un cadre légal réglementaire.

### ■ BERNARD ENNUYER

La perte d'autonomie est la perte de libre de choix. Ce n'est pas parce que des gens ont besoin d'être aidés dans tous les actes de la vie quotidienne qu'ils perdent leur autonomie. « Dépendance », « perte d'autonomie », « personnes handicapées », « personnes en situation de handicap », « handicapés vieillissants », nous assistons aujourd'hui à une confusion énorme au niveau des termes qu'il reste à redéfinir. Doit-on parler de handicap ou de situation de

*Synthèse*

handicap ? La définition du handicap du comité d'entente du débat de juin 2004 sur la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (qui finalement n'a pas été reçue par les parlementaires) revenait à dire que la situation de handicap implique une interaction entre la déficience et l'environnement. Cela correspond à la classification internationale du fonctionnement humain. La situation de handicap a l'avantage de montrer qu'il y a des déficiences qui ne sont pas systématiquement des désavantages sociaux, pour autant que la société, dans son accessibilité, permette cette compensation. Par ailleurs, l'idée de convergence s'est inscrite comme un point singulier d'une histoire de la politique sociale qui, depuis 1997, a toujours voulu séparer ces deux populations, soit pour des raisons idéologiques, soit pour des raisons financières. En 1975, nous étions sur la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, avec la ministre Simone Weil qui refuse de donner une définition du handicap. C'étaient les COTOREP et les CDES (commissions spécialisées) qui définissaient le handicap. Il a fallu attendre 2005 pour avoir une définition officielle du handicap. En 1975, la fameuse ACTP (allocation compensatrice de tierce personne) est ouverte à tout le monde sans condition d'âge : nous sommes là en pleine convergence. Les sénateurs et les conseils généraux ont finalement trouvé que l'ACTP leur coûtait trop cher pour faire cette fameuse partition avec la Prestation spécifique dépendance (loi du 24 janvier 1997) qui réserve l'ACTP aux gens de moins de soixante ans et la PSD au plus de soixante ans. En 2002, le sénateur Paul Blanc fait un premier rapport et propose de remplacer l'ACTP par une allocation compensatrice d'incapacité ou d'invalidité (ACI), toujours réservée au moins de soixante ans. Arrive la fameuse canicule. La loi de 2005 de se préparer. Puis on voit arriver subitement en juin 2004, d'abord au Sénat puis à l'Assemblée en juin article 13. La loi est promulguée au premier janvier 2006, et tout le monde se dit que l'on va avoir le même traitement, voire qu'il n'y aurait plus de différence entre personnes âgées et personnes handicapées. Or, c'est beaucoup plus subtil que cela. Est-ce que les personnes âgées dépendantes peuvent prétendre à la qualité de personnes handicapées ? Cela fera l'objet de tout le débat du décret du 19 décembre qui permet de rentrer dans le champ du handicap sur la PCH avec des conditions très précises. En 2006, la CNSA signe un premier rapport en disant qu'il faut travailler sur le rapprochement. Le rapport Gisserot (mars 2007) et le rapport de Paul Blanc (juillet 2007) viennent la contredire en prétendant qu'on ne peut pas mélanger les personnes âgées dépendantes et les handicapés. La CNSA propose alors un droit universel à compensation pour le maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale quelle que soit l'origine du handicap et quel que soit l'âge. Ensuite, le rapport du Sénat de 2008 revient sur l'impossibilité de la convergence, pour des raisons de divergence de problèmes et pour des raisons financières. En 2010, le rapport Rosso-Debord indique qu'il faut légiférer uniquement pour les personnes âgées. Le rapport du Sénat de janvier 2011 est un peu plus modéré. Le handicap est un aléa dans la vie des gens, alors que la dépendance des vieux est un phénomène normal, prévisible. Le Sénat s'est aperçu d'après les statistiques de santé publique que tous les vieux ne sont pas dépendants après quatre-vingt-cinq ans (il y en a moins de 20%). Par conséquent, l'argument de non convergence, l'aléa, ne tient plus. Le président de la République déclare le 16 novembre 2011 qu'il va réformer la dépendance, mais son discours ne contient pas un mot sur la convergence. Il nous reste aujourd'hui un travail énorme de redéfinition de la notion de justice sociale. En effet, un traitement inégal de personnes différentes n'est pas forcément une injustice. À partir de quels éléments peut-on décider qu'une prestation donnée à deux personnes différentes est plus ou moins égalitaire ? Quand les intéressés se sentent lésés, quand les experts pensent



qu'il y a une injustice ou quand les règlements et les politiques publiques sont définis les cadres de l'injustice ? Penchons-nous sur cette notion de justice.

## LA CRÉATION, DANS LE DÉPARTEMENT DU GARD, D'UNE MAISON DE L'AUTONOMIE EN LIEN AVEC LES CLIC : INTÉRÊT POUR LE DÉPARTEMENT, LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS.

### ■ ROSE-LISON VIGNAL,

*Directrice du département autonomie, Département du Gard*

Dans le département du Gard, nous avons commencé à travailler sur l'hypothèse d'une convergence des dispositifs personnes âgées et des dispositifs personnes handicapées depuis la fin de l'année 2008, grâce à une volonté politique forte – les conseillers généraux se sont engagés sur ce choix de la convergence – et une démarche de conviction au niveau des équipes. Nous réfléchissons à la mutualisation possible de certaines réponses et à l'optimisation des ressources, car aujourd'hui, dans notre département, nous n'avons plus les moyens de développer des établissements et services en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées. Par le passé, l'action du conseil général étant diluée (l'APA dans les CLIC et la PCH dans les MDPH), la politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées était peu lisible et peu repérée par les usagers. Notre organisation sociale actuelle correspond plutôt à des dispositifs (RSA, APA, PCH) de manière à apporter des réponses plus globales sur un territoire donné. La mise en place des MDPH a été un facteur très positif de la convergence, c'est un bon support pour la direction de l'autonomie, car il offre un nouveau modèle de travail. Pour nous, l'autonomie s'inscrit dans une approche dynamique, nous sommes là pour aider la personne à rester la plus autonome possible, et non pas simplement à compenser sa perte d'autonomie ou sa dépendance. Le Gard est un département moyen de 700 000 habitants, avec un taux de précarité important. Avant la réorganisation, nous avons douze CLIC qui couvraient complètement le département. Aujourd'hui nous avons retenu l'internalisation des CLIC (nous en avons conservé trois sur douze), la création d'une direction de l'autonomie des personnes (direction transversale aux deux secteurs) et la mise en place d'un service commun sur chaque unité territoriale. Nous avons mis en place également un « référent de parcours », qui met en place et assure le suivi du plan d'aide, et qui est le référent pour la famille en cas de difficulté. De plus, nous travaillons avec deux outils (grille AGGIR pour les personnes âgées et grille GEVA pour les bénéficiaires de la PCH), ainsi que sur le développement de GEVA A destiné aux deux populations. Nous avons élaboré un schéma d'organisation médico-social commun avec un mixage des groupes de travail, où deux axes ont été retenus : l'habitat regroupé et l'accueil de jour. Enfin, nous avons également été retenus l'année dernière pour la création d'une MAIA (maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) pilotée par le conseil général, qui serait commune aux deux populations et tournée vers la grande dépendance. Les aspects positifs du bilan sont la satisfaction des équipes d'évaluation (qui malgré certaines réticences au début profitent de la convergence pour varier leur approche et travailler avec d'autres populations),



le développement d'un nouveau mode de travail, une meilleure approche globale des besoins de la personne et une meilleure prise en compte des personnes handicapées, qui étaient souvent les oubliés des services sociaux du conseil général. Notre difficulté aujourd'hui est moins sur le cloisonnement des dispositifs personnes âgées/personnes handicapées – mis à part le point particulier de l'habitat et de l'adaptation de logement – que sur les difficultés de la transversalité. En effet, faire travailler les gens ensemble en interne est compliqué. Nous avons également du mal à établir des partenariats au niveau territorial à cause des habitudes de travail qu'il faut changer. La régulation constitue un autre frein. L'idée de territorialiser étant d'arriver à une équité de traitement entre les différents points du département, il s'agit donc aujourd'hui de mettre en place des outils de régulation pour s'assurer que les personnes âgées et les personnes handicapées trouvent bien leur compte dans ce nouveau dispositif.

## LA COMPENSATION D'UN "ÉTAT CHRONIQUE HANDICAPANT" N'EST-ELLE PAS LA NOTION COMMUNE DES DEUX SECTEURS ET LE MOYEN DE RAPPROCHER LES PROFESSIONNELS DES EMS/CLIC/MDPH/MAIA ETC...

### ■ INTERVENANT : ALAIN COLVEZ

*Médecin de santé publique, Inserm*

On parle indifféremment du vieillissement de la population et du vieillissement des individus, alors qu'ils n'ont absolument pas la même définition. En biologie, le vieillissement est un processus lié au temps, un processus délétère, irréversible et universel à tous les êtres vivants. Le vieillissement de la population n'est pas irréversible (une population peut rajeunir), il correspond à une transition démographique liée à un changement de structure par âges de la population. Il existe une deuxième transition en santé, qui est la transition épidémiologique. En effet, les problèmes de santé entre 1945 et aujourd'hui ont totalement changé, et nous sommes passés d'un régime de maladies aiguës (qui ne duraient que quelques semaines) à un régime où prédominent des états chroniques sans conséquence sur la vie quotidienne. Du fait de ce changement de régime, nous avons été obligés de changer le langage pour prendre en compte ces éléments-là dans les statistiques de santé. Ainsi, grâce à l'OMS, la définition du handicap a pu être élargie au-delà de la simple notion de maladie depuis 1970-75. Nous avons décidé de réserver le terme de handicap uniquement pour parler de désavantage dans la vie quotidienne consécutive à une déficience ou une incapacité. L'OMS a également proposé une règle de repérage des personnes en situation de handicap : est reconnue comme désavantagée – ayant un besoin de compensation et d'intervention du système de protection sociale – une personne avec un handicap issu d'une altération sur un petit nombre de dimensions (déplacements dans l'espace, indépendance physique, occupations, intégration sociale, suffisance économique ou l'orientation dans le temps et l'espace). L'idée est de compenser ces états de handicap (au sens adopté en 1980) en agissant sur la déficience ou en limitant l'incapacité. Techniquement, la démarche de compensation du handicap nécessite une évaluation sur plusieurs dimensions de la situation à travers un bilan des incapacités de la vie quotidienne et de l'environnement physique et social. Aujourd'hui, la France est toujours trop lente à intégrer la transition



## Synthèse

épidémiologique dans la structure de son système de santé, ce qui mène à une confusion des quatre secteurs d'activité : la prévention, le diagnostic et les soins aux affections aiguës, le suivi et le contrôle des affections chroniques non handicapantes et le suivi, le contrôle et la compensation des états chroniques handicapants stabilisés ou lentement évolutifs (le nôtre). L'activité de prévention, en amont, est quelque chose à part, elle correspond à des techniques de ciblage sur des populations à risque. Quant au quatrième secteur, c'est un secteur en soi que nous avons défini structurellement avec la CNSA. Il s'agit aujourd'hui de lever l'obstacle qui plombe notre secteur, et qui est représenté par la séparation sanitaire-médico-social. En effet, le médico-social n'est pas une compétence en soi, c'est un secteur qui fait collaborer des personnes qui ont une formation médicale et des personnes qui ont une formation sociale. Ainsi, chacun doit intervenir pour assurer stabilisation et compensation. En ce sens, la création des ARS est un atout et représente un bon espoir. Pour ce qui concerne le GEVA, c'est un guide dérivé directement de la classification CIF. C'est un outil de travail en MDPH, qui se résume à une liste de plusieurs dizaines d'items de l'évaluation. Il est important de filtrer les contenus, car tous ne sont pas nécessaires ou adaptés aux différents métiers. Quant au GEVA A, c'est une déclinaison de l'évaluation multidimensionnelle pour les personnes âgées. Enfin, le GEVA A MAIA est un autre effort de déclinaison des mêmes contenus, mais avec des fonctionnalités adaptées pour le gestionnaire de cas que l'on envisage de voir fonctionner dans le cadre des MAIA. Ce sont juste des guides pour ne rien oublier, faciliter son travail, et éventuellement éditer quelques instruments ou quelques chiffres pratiques. Il me reste à dire que la catastrophe du moment a été de choisir maison pour MAIA. Essayez de dire que le M de MAIA est pour « méthodologie » pour une meilleure intégration des services auprès d'une personne.



## ECHANGES AVEC LA SALLE

Durant les échanges avec la salle, Benjamin Rasquin, assistant social et chef de service Personnes âgées personnes handicapées dans la commune de Florange (Moselle) a souligné qu'il existait une certaine disparité dans un certain nombre d'évaluations et d'attributions, notamment en ce qui concerne la PCH. Il indique à titre d'exemple, le refus du conseil général de la Moselle dans un premier temps d'intervenir, prétextant qu'aucune PCH ne pourrait être versée ou prise en compte dans le cadre du prix de journée. Et son changement d'avis très peu de temps après, lorsque les douze places disponibles ont été pourvues par l'ensemble des MDPH des départements limitrophes. À son sens, ceci est très symptomatique d'une possibilité d'évaluer de façon différente un certain nombre de dispositifs nationaux et dans lesquels devrait être assurée une égalité républicaine. Il rappelle également qu'envisager la convergence implique une définition claire du terme de médico-social, ainsi que la rationalisation en interne de chacun des dispositifs. Pour Alain Colvez, le médico-social n'est en effet ni une technicité, ni un secteur professionnel qui doit se protéger, mais un financement. C'est un secteur cloisonné parce que la loi de 1975 à l'origine de sa création en fait un secteur en soi. Rose-Lison Vignal a précisé que la coordination dans ce secteur très vaste apparaît comme un point essentiel pour simplifier la vie des bénéficiaires. Elle rappelle que la porte d'entrée empruntée par un usager pour trouver une l'information est le lieu où le projet se déclinera. Françoise Menes, directrice d'une Maison départementale du handicap (Charente maritime) a





## Synthèse

tenu à préciser qu'il existe une inégalité davantage en termes de réponse qu'en termes d'évaluation. Elle relève le fait que les dossiers concernant la PCH sont minoritaires sur la masse des dossiers qu'ils traitent dans son service, et déplore l'absence de convergence avec les autres cas. Selon Rose-Lison Vignal, il s'agit prioritairement de travailler sur ce qui rapproche les populations, y compris au niveau de l'évaluation médicale avec la coopération des travailleurs sociaux et des médecins. Amaëlle Penon a ajouté que la convergence ne signifie pas nécessairement un traitement uniformisé des attentes, mais qu'elle permet au contraire d'avoir une certaine similitude dans l'approche des besoins et des personnes pour pouvoir apporter des réponses adaptées aux situations individuelles. Selon Olga Piou, la dimension d'acculturation de la population a aussi son importance. Il conviendrait donc d'envisager de travailler autrement avec les bénéficiaires, en les amenant par exemple à revendiquer des réponses plutôt que simplement de l'argent. Annick Lapierre, directrice d'un Pôle solidarité (Lomme) est intervenue pour dire qu'elle regrettait de voir qu'il n'y avait aucun représentant de commune ou de CCAS présent dans la salle. Pour elle, c'est une aberration de traiter les demandes de financement au niveau local sans être associés aux initiatives relatives à l'élaboration de projet de vie. Elle appelle à l'urgence de l'État de débloquer les forfaits. Colette Givalgi du conseil général du Pas-de-Calais a souhaité évoquer la grande précarité des publics personnes âgées et personnes handicapées, qui est vraiment une thématique commune aux deux publics. Selon son expérience, les professionnels se sentent démunis face aux visites des personnes âgées SDF et des personnes handicapées SDF qui fréquentent leurs services. Un intervenant a évoqué les difficultés et les contraintes de financement rencontrées aujourd'hui au sein de son conseil général, notamment à cause du diktat de l'État qui impose ce qui doit être dépensé et comment. Il a soulevé aussi le problème idéologique qui persiste toujours, qui est la non reconnaissance du handicap comme aléa. Richard Pierre Williamson, directeur de CLIC à La Roche-sur-Yon agglomération et membre de l'Association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC a engagé Alain Colvez à exprimer son point de vue sur l'état des CLIC, qu'ils convergent ou non. Pour ce dernier, l'enjeu des CLIC était qu'ils ne soient pas une couche supplémentaire du millefeuille. Il constate que ceux qui ont réussi à faire du travail à la fois médical et social reposent sur des médecins militants, et que, malheureusement, on ne peut pas généraliser un système qu'avec des militants. De plus, pour lui, les CLIC pourraient devenir les relais possibles des MDPH. Cela irait dans le sens d'une action cohérente au niveau départemental, sans exclure l'idée de structures plus locales.

## COMMENT LES POLITIQUES DÉPARTEMENTALES ÉVOLUENT VERS CE RAPPROCHEMENT (SCHEMA DE L'AUTONOMIE, MAISON DE L'AUTONOMIE, ...)?

■ **JEAN-MICHEL CAUDRON,**  
*Consultant en ingénierie gériatrique*

Cela fait vingt-deux ans que je suis consultant en ingénierie gériatrique et je converge depuis ces dernières années aussi sur le champ du handicap, et je m'aperçois que je peux utiliser et adapter les outils que j'ai mis en place pour travailler auprès de personnes âgées



## Synthèse

dans le champ du handicap. La loi du 11 février 2005 a bien réaffirmé que, pour le champ du handicap, le projet de vie était propre à la personne, et que nous intervenions auprès de cette personne pour un plan de compensation du handicap de la personne. Parmi les outils que j'avais conçus il y a maintenant une vingtaine d'années figurait un concept d'action gérontologique sur un territoire. Je me suis aperçu que le dispositif destiné à la « personne qui avance en âge » s'adaptait à la « personne vulnérable ». Les notions qui me semblent intéressantes pour une action de terrain sont la notion de vivre au « pays », celle de pouvoir soutenir l'entourage de la personne, celle de pouvoir se sentir utile socialement sur un territoire donné (retraité avec des compétences, travailleur en ESAT), et celle de participer au développement local. Je me place maintenant au niveau départemental, et vous renvoie au travail de l'ODAS sur « La décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées » rédigé par Didier Lesueur et Jean-Louis Sanchez il y a six mois. L'idée est de témoigner de la convergence qui est en train de s'installer au niveau national. Celle-ci se traduit par un nombre croissant de services communs au niveau des conseils généraux (Direction « personnes âgées et personnes handicapées » ou Direction de l'autonomie) et par une territorialisation et un nouveau raisonnement des niveaux des circonscriptions d'action sociale à travers des maisons de solidarité, des maisons départementales, des unités territoriales etc. En revanche, il semble que peu de départements se trouvent réellement dans l'évaluation de la structuration et des politiques publiques. On constate également des contraintes au niveau de la coordination gérontologique, notamment avec les caisses de retraite complémentaires. Enfin, il faudrait davantage travailler sur la pertinence et l'efficacité du secteur médico-social, afin d'en faire un champ précis. De plus, je pense qu'il aurait fallu, plutôt que de créer des CLIC, renforcer les compétences gérontologiques des CLIC, pour qu'ils puissent être vraiment des lieux d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement de plans d'aide. Il aurait fallu aussi créer en milieu rural des centres intercommunaux d'action sociale. On observe par ailleurs les prémices d'une convergence opérationnelle. On fonctionnait auparavant avec des équipes d'évaluateurs séparées, aujourd'hui certains territoires voient des équipes se rapprocher, voire prendre la double casquette. Au-delà des prestations proposées, on veille à développer de nouvelles réponses sur la vie sociale, sur l'accessibilité, sur l'aide aux aidants etc. en développant une politique sociale locale. Or, ce qui est compliqué aujourd'hui, c'est qu'on ne sait plus si on se trouve dans une accélération de la centralisation ou dans une recentralisation de l'État au niveau des régions. Un des moyens de ruser pour développer une approche de l'action sociale au niveau local serait par exemple de réunir tous les présidents ou représentants de conseil de vie sociale d'EHPAD pour créer un vrai débat, où les usagers puissent s'exprimer directement auprès des élus. En revanche, si cette dynamique locale instituée suite à la loi du 11 février 2005 n'est pas retenue au niveau national, cela peut effiloche ce qui est en train d'être élaboré au niveau local. Or, nous avons aujourd'hui la possibilité de réinventer un nouveau contrat social en partant du local.



## ILLUSTRATION AVEC LE CONSEIL GÉNÉRAL DU MAINE ET LOIRE

### ■ MARTINE BARBIER PRIEUR, *Directrice des Solidarités Conseil général de Maine-et-Loire*

Le département du Maine-et-Loire (49) est le 27<sup>ème</sup> département de France pour sa démographie. C'est un département jeune, puisqu'il a deux points de plus pour les moins de vingt-cinq ans (33% pour 31% au niveau national). C'est aussi un département où il y a pas mal de personnes âgées (12 000 bénéficiaires de l'APA et 1500 bénéficiaires de la PCH pour 778 000 habitants). Le conseil général compte un certain nombre de salariés (2289 dont 895 à la solidarité et au développement social). Avant 2000, le DGA était plutôt configuré par métiers, à tel point que nous avions par exemple un service d'aide sociale qui regroupait déjà les personnes âgées et les personnes handicapées. Il y avait aussi un service des établissements, qui s'occupait des secteurs personnes âgées, personnes handicapées et enfance. Nous avons décidé d'une organisation par populations (direction Enfance/famille, direction des Solidarités et direction de l'Insertion) qui nous a permis de travailler assez facilement sur les schémas enfance, handicap et gérontologique. Nous sommes parvenus en 2010 à un schéma unique, après avoir déjà constaté que très souvent des actions de chacun de nos schémas se croisaient. Nous adoptons un schéma basé sur le parcours de vie d'avant la naissance jusqu'à la mort, qui veille à ce qu'il n'y ait pas de rupture de parcours. Notre schéma unique s'articule autour de huit grands axes, qui vont de la prévention à l'aide aux aidants. Le président du conseil général nous ayant demandé en 2009 d'étudier des solutions pour faciliter le parcours de l'usager, nous nous sommes concentrés sur quatre thèmes principaux copilotés par quatre groupes de travail, un cadre de la MDPH et un cadre de la direction des Solidarités : L'accueil et l'information des publics, les contenus, méthodes et outils d'évaluation, l'accompagnement et le suivi des décisions et la prise en charge de la problématique Alzheimer (projet type MAIA). Il est apparu très vite qu'il était important d'avoir un lieu unique d'accueil physique et téléphonique, mais avec des relais locaux. En matière d'évaluation, les équipes ont assez vite évoqué la possibilité d'une évaluation polyvalente unique et mobile. Pour cela, il fallait une culture commune et un outil unique. Nous avons travaillé sur une expérimentation avec les équipes sur les populations de 60-75 ans, afin de les utiliser pour élaborer un outil commun : le GEVAA. En matière d'évaluation est vite apparu dans le groupe le besoin de scinder véritablement l'évaluation de la décision et le contrôle d'effectivité. Nous avons précédemment travaillé avec notre service Handicap avec des contrôleurs-évaluateurs qui ont la double casquette, et c'était une situation extrêmement inconfortable. Le groupe Accompagnement et suivi est resté sur un fonctionnement de convergence fondé sur les bases et missions de la MDPH élargies au secteur gérontologique. De plus, il est nous est paru important d'inclure la MAIA dans le dispositif. En effet, le principe de guichet intégré qui « maille » les différents professionnels nous paraît important. Au terme de ces conclusions a eu lieu une décision politique intervenue en janvier 2011, et le principe d'une MDA a été acté pour 2013. Nous l'avons envisagé sur une extension des missions actuelles de la MDPH aux personnes âgées. Le guichet portera sur des missions d'information, d'accueil et d'évaluation. Nous avons mis en place un plan d'action, qui nous permet maintenant de travailler sur les moyens et les mutualisations dans le cadre de cette future MDA. La première incidence qui se pose aujourd'hui est la gouvernance pour notre MDA. En effet, l'élargissement du GIP ne nous paraît pas forcément la meilleure des formules, parce que la représentation des personnes âgées n'est pas aussi organisée que



## Synthèse

celle des personnes handicapées. L'ambition que nous avons est bien de passer d'une logique de prestation à une logique centrée sur la personne, mais aussi d'organiser la coordination des différents acteurs pour apporter les réponses adaptées aux usagers. Ce qui va nous manquer est la consultation de nos principaux partenaires. Pour conclure, je dirais que nous nous trouvons dans une mutation très importante, puisque tous les agents se sentent fortement bousculés par les évolutions que nous sommes en train de mettre en place. Il reste beaucoup d'incertitude vis-à-vis de l'avenir, d'autant plus que les tâches ne se réduisent pas. Bien sûr, il est vrai que tout ce que nous faisons doit être à moyen constant. L'idée d'améliorer la réponse à l'utilisateur n'est pas évidente à réaliser dans le contexte actuel. Construire une culture commune est un travail long aussi pour les partenaires, ce d'autant que le cadre légal maintient la distinction entre le traitement des demandes. Nous souhaitons malgré tout relever le défi de la convergence pour simplifier les démarches des usagers, pour faciliter la coordination des réponses et rationaliser les moyens pour apporter ces réponses.



## ECHANGES AVEC LA SALLE

Lors de la deuxième session d'échanges avec la salle, Éric Villacampa, chef du département Personnes âgées au département Pyrénées Atlantiques a sollicité Martine Barbier Prieur pour qu'elle explique le lien qu'il y a entre la future MDA de son département et les territoires (les CLIC et les CCAS). Selon celle-ci, l'idée était d'avoir un maillage complet de relais sur l'ensemble du territoire départemental pour la partie gérontologique. Presque soixante CCAS – qui pourraient demain être les relais de la MDPA – ont conventionné avec la MDPH, et trois MAIA potentielles seront mises en synergie. Laurent Bayen, qui est chargé de l'élaboration et du suivi des schémas en direction des personnes âgées et des personnes handicapées au conseil général du Val-de-Marne, est intervenu ensuite pour évoquer le droit commun, qui apparaît pour lui comme un point important de convergence. En effet, selon lui, les problèmes rencontrés dans les espaces des solidarités ou dans les circonscriptions d'action sociale qui sont souvent relatifs au logement, au surendettement ou à l'addiction pourraient tout à fait être traités dans le cadre du droit commun de ces circonscriptions. Jean-Michel Caudron a relevé cette question de besoin d'un service polyvalent de droit commun. Il dénonce également le manque d'expertises dans le champ de la gérontologie, comme le recours à des médiateurs familiaux, des thérapeutes familiaux, voire des conseillers conjugaux. Bernard Ennuyer a conclu la discussion en s'interrogeant sur le paradoxe des politiques publiques spécifiques qui sont devenues excluantes, alors qu'elles prétendaient intégrer les gens. Selon lui, on a ségrégué les gens du droit commun pour mieux les traiter. Yves Clédat, qui est médecin gériatre et président d'un CLIC à Cholet propose de décentraliser une approche un peu globale au niveau des territoires. Aux dires de Martine Barbier Prieur, il reste à construire sur le territoire des dispositifs pour les personnes handicapées pour fournir un minimum d'informations et de possibilités de réponses. Caroline Houssin-Salvetat, présidente du CLIC Aînés Outre-Maine à côté d'Angers a fait remarquer ensuite qu'il manque en France des démarches pour former, aguerrir et acculturer les élus, et ce malgré les budgets prévus pour les formations. Alain Colvez et Jean-Michel Caudron ont souligné alors qu'il existait des initiatives au niveau national (l'Institut des hautes études en protection sociale du CNAM et des formations à l'UNCCAS)



et au niveau départemental à L'ADF (Association des départements de France). Marie-Noëlle Mandin, adjointe au maire à la ville de la Roche-sur-Yon et référente CLIC (Roche Agglomération) a ajouté que les techniciens qui travaillent avec les élus au quotidien sont également de très bon formateurs. Enfin, Monica Yunes, directrice du CLIC des Portes de l'Essonne et membre de l'Association des coordonnateurs de CLIC, s'est exprimée sur son malaise de constater que l'idée de rationalisation de la dépense publique prime souvent sur le bien-être de la population au sein des dialogues initiés en vue d'une convergence.

## CONCLUSION DE LA JOURNÉE

### UNE POLITIQUE COMMUNE AUX DEUX SECTEURS EST-ELLE UNE AVANCÉE OU UN REÇUL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES ET LES PERSONNES ÂGÉES?

#### ■ GENEVIÈVE LAROQUE,

*Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie*

Faut-il une politique commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées ? Évidemment, non. Il n'en est pas question parce que les personnes âgées ne sont pas handicapées. Par contre, il faut évidemment une politique commune à l'ensemble des personnes qui se trouvent être handicapées quel que soit leur âge. On sait très bien que les établissements d'accueil actuels pour personnes handicapées sont à plus de 90% des établissements d'accueil pour personnes handicapées mentales ou psychiques, (et c'est normal, et la plupart des grands infirmes âgés pourront rester chez eux grâce aux moyens d'aujourd'hui. De quoi parlons-nous et pourquoi avons-nous des différences ? Nous sommes aujourd'hui dans ce besoin d'approvisionnement réciproque, de compétence réciproque et de développement commun de la problématique de l'approche des personnes qui sont frappées de maladies chroniques emportant une situation de handicap. La volonté de garder la maîtrise de sa vie, de garder son indépendance est un point commun important entre les personnes handicapées et les personnes âgées en situation de dépendance ou de handicap. Ces personnes ont besoin qu'on les aide à compenser leurs pertes éventuelles d'autonomie fonctionnelle afin qu'ils n'aient besoin de l'aide d'autrui, de façon à garder ou à reconstituer ou à sauvegarder le peu qu'il reste de la relation symétrique d'homme à homme. Je pense que le vieux n'existe pas. Par contre, la sénescence existe bien, et la sénescence toute seule n'emporte pas de situation de dépendance grave. Nous vieillissons actuellement plutôt mieux statistiquement que nos grands-parents. Nous avons à revoir notre regard sur la vieillesse, mais sûrement pas en prenant des dispositifs spécifiques à son profit, parce que son profit deviendra son tort. Par contre, nous sommes obligés de prendre des dispositifs importants, de façon à venir en aide aux personnes en situation de maladie chronique invalidante ou handicapante avec des soins de longue durée, dont les incapacités les mettent en situation de décalage par rapport à la vie sociale ordinaire. Pour s'occuper convenablement de ces personnes en difficulté particulière, il faut probablement clarifier les concepts et le vocabulaire, et il faut qu'on fasse très attention à la manière



## Synthèse

dont nous présentons les choses au public facilement effrayé, et qui connaît mal le sujet. De plus, les professionnels n'ont pas le droit de faire subir une perte de chance, mais ils n'ont pas non plus le droit d'envisager de ce que certains appellent l'acharnement thérapeutique, que j'aurais tendance à appeler un optimisme pervers. Je crois que c'est extrêmement important de savoir que certaines incapacités sont réversibles, que d'autres ne le sont pas. Pour accompagner cette chronicité jusqu'au bout, nous avons besoin de solidarité et nous avons besoin de tomber d'accord pour proposer quels moyens vont être mis au pot pour contribuer à cette solidarité. Tout dépend alors de la conception que chacun a de l'égalité, de l'égalité des chances, de l'égalité des droits. Est-ce que je dois demander, moi citoyen, à mes représentants de légiférer, et dans quel sens ? Un certain nombre de collectivités ont déjà tranché à leur propre niveau, puisqu'elles ont déjà rapproché autant que faire se peut d'une réglementation différente, et ce malgré les retards culturels du public, des professionnels eux-mêmes, et d'une partie de leur conseil décisionnel. Je pense que nous avons besoin de temps pour que ces maturations se fassent. Nous faisons face maintenant à une deuxième étape, où nous avons besoin, non pas de reconstituer la promiscuité de l'hospice comme il y a quarante ans, mais de reconstituer la possibilité d'avoir le même accès au droit et le même droit, quelle que soit l'origine des fragilités des uns et des autres. Le rapprochement des publics oblige à une vision plus universelle du droit. Est-ce la pratique qui est nécessairement en avance du droit ou est-ce les pratiques qui encouragent une modification du droit ? Est-ce que la personne en situation de fragilité est véritablement considérée comme mon égale, comme celle qui a le droit d'avoir les mêmes exigences, ni plus ni moins, des exigences liées à sa fragilité, l'égalité étant liée à la compensation à sa fragilité ? Je n'en sais rien, je l'espère..



## **Le rapprochement des politiques d'autonomie en direction des personnes âgées et handicapées ?**

Edité par l'INSET, rue du Nid de Pie, BP 62020, 49016 Angers Cedex  
[www.inset-angers.cnfpt.fr](http://www.inset-angers.cnfpt.fr)

Directeur de publication : **Patrick DEBUT**, directeur de l'INSET d'Angers  
Chef de projet : **Corinne LOVI**, Responsable de Domaine Pôle Autonomie  
Communication - diffusion : **Laurence Rabasse**, Responsable de communication  
Assistante : **Sandie Cahier**  
Couverture de l'évènement et conception-rédaction : **Résumémo**

© Mars 2012 CNFPT/ INSET D'ANGERS -