

L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées

Une observation qualitative au-delà de l'aide sociale légale

N° 71

Décembre 2015

L'action sociale des collectivités locales à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de dépendance couvre un large domaine qui s'étend de la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement de la dépendance. Elle s'adresse aux seniors, aux personnes isolées, aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie ou de dépendance ainsi qu'à leurs aidants.

Le champ d'action est vaste ; il concerne aussi bien les traditionnels repas et rencontres des anciens, que l'organisation de l'accueil et de l'information des personnes âgées et de leurs familles, l'offre d'hébergement, l'offre d'animation et de loisirs, les aides au maintien à domicile et le soutien aux aidants.

En outre, l'action sociale facultative en faveur des personnes âgées est en partie structurée par l'attribution des aides légales, en premier lieu celle de l'allocation personnalisée d'autonomie, et intervient en complément ou pour répondre à des besoins sociaux non couverts.

Elle met en jeu de nombreux acteurs et une organisation complexe des réseaux et partenariats (État, départements, communes et intercommunalités, organismes et centres sociaux, tissu associatif...). L'aide facultative à l'égard des personnes âgées est à la fois l'expression d'une politique spécifique des collectivités et une tentative de réponse aux besoins, exprimés ou non, des habitants du territoire.



Rémy MARQUIER* (DREES)

* D'après une étude réalisée par Plein Sens pour le compte de la DREES
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
Ministère des Finances et des Comptes publics
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

L'action sociale des collectivités locales (départements, communes et intercommunalités) à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de dépendance et de leur entourage s'appuie sur deux grands instruments : d'une part l'aide sociale légale principalement du ressort du département – et notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, encadré 1) –, d'autre part l'aide sociale extralégale ou action sociale facultative, qui consiste à développer des aides spécifiques prenant davantage encore en compte les particularités des populations. Cette seconde forme d'aide est menée aussi bien par les départements que les communes et les intercommunalités. Les collectivités locales ont en effet un pouvoir d'initiative en matière d'action sociale reposant sur le principe de libre administration et sur la clause dite de compétence générale. À ce titre, cette étude fait suite à celle déjà publiée par la DREES sur l'action sociale des communes et intercommunalités, qui avait une dimension plus générale en termes de thématiques mais n'intégrait pas le département¹.

Recenser toutes les formes d'action sociale à destination des personnes âgées est ambitieux, ne serait-ce que parce que les notions de « personnes vieillissantes » et de « personnes en perte d'autonomie » peuvent avoir des frontières relativement floues. À ce titre, la prévention de la perte d'autonomie, qui se situe entre ces deux notions, est très présente dans les projets des acteurs locaux. Chacune des collectivités rencontrées exprime, au-delà des obligations existantes (mise en œuvre des dispositifs légaux, soutien aux plus vulnérables à travers l'action des CCAS, etc.), une triple conception de l'action sociale facultative auprès des personnes âgées : la connaissance et la compréhension des besoins de ses administrés, une vision de ses prérogatives et de son rôle dans un jeu d'acteurs complexe, enfin, une certaine représentation de ce qu'est l'action sociale et de ce qu'elle devrait être. Le périmètre potentiellement couvert par l'action sociale est étendu, allant des traditionnels repas des anciens aux services de bien-être offerts aux aidants, en passant par le déploiement de dispositifs variés d'aide au maintien à domicile, et jusqu'aux dispositifs légaux tels l'APA.

Certaines collectivités essaient d'aller au-devant des situations d'isolement et de considérer une approche globale de la perte d'autonomie. Si elles adoptent parfois une démarche relativement proactive, c'est avant tout dans leurs questionnements que l'on perçoit leur posture : sur le non-recours, sur les dispositifs qui ne rencontrent pas le succès escompté, sur les besoins « invisibles », sur les situations critiques découvertes à l'occasion d'un incident... Pour d'autres collectivités, la conception et la mise en œuvre d'une offre de prestations apparaissent comme suffisantes pour répondre aux enjeux du vieillissement et aux besoins de la population.

La présente étude vise à mieux comprendre les modes d'organisation des départements, communes et intercommunalités pour conduire leurs actions à destination des personnes âgées et de leur entourage, au-delà de la seule aide sociale légale, sans prétendre couvrir l'éventail des actions menées dans leur intégralité, l'échantillon de collectivités rencontrées étant restreint (encadré 2). En dépassant la simple description de ce qui est proposé à chacun des échelons d'intervention, il faut se demander si et comment l'ensemble des dispositifs mis en œuvre s'articulent sur un territoire donné pour y constituer une politique cohérente de prévention ou d'accompagnement et de prise en charge de la perte d'autonomie².

Un périmètre d'intervention large et un éventail étendu d'actions auprès « des âgés »

La notion de « personne âgée en perte d'autonomie » renvoie à des représentations multiples. Cette notion dépasse en effet largement la mesure de la dépendance portée par les GIR³ qui permet d'accéder à l'aide sociale légale. Aussi, pour ne pas s'en tenir à une définition par trop restrictive du champ d'intervention des collectivités, le choix a été fait de s'en remettre aux acteurs eux-mêmes pour dessiner les limites du périmètre pertinent, selon eux, de leur politique d'action sociale à destination des personnes en perte d'autonomie.

¹ Havette S., Molière É., Moriceau C. (Plein Sens), 2014, « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », *Dossiers solidarité et santé*, n° 56, DREES, septembre.

² Rappelons ici quelques jalons de l'histoire récente : en 2001 : création de l'APA ; en 2003 : canicule ayant occasionné 15 000 décès en France, avec une surmortalité de 70 % chez les sujets âgés de 75 ans ou plus, de 19 % dans les maisons de retraite et 42 % dans les hôpitaux (rapport Inserm, septembre 2003) ; août 2004 : loi n° 2004-809 relative aux libertés et aux responsabilités locales instituant le département chef de file de l'action sociale : « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. » ; et actuellement, projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement.

³ Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie.

ENCADRE 1**Les aides sociales légales à destination des personnes âgées dépendantes**

L'aide sociale peut être définie comme un ensemble d'aides légales auxquelles les personnes ont droit lorsqu'elles se trouvent dans l'impossibilité de faire face à un état de besoin, et dont la délivrance revêt un caractère obligatoire pour les instances publiques. L'aide sociale est individuelle, et elle repose toujours sur des collectivités publiques. Plusieurs articles du Code de l'action sociale et des familles (CASF) détaillent les aides que les collectivités sont tenues d'instruire pour les administrés qui en font la demande.

Les obligations du département

L'aide sociale principale, financée par le département et dont l'instruction peut être déléguée aux communes, est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), définie aux articles L 232-1 et suivants du CASF. Le département est également chargé, au titre de l'aide sociale et sous conditions, du financement des frais occasionnés par l'intervention d'une aide ménagère nécessaire au maintien à domicile, de la prise en charge des frais de repas en foyer-restaurant, des frais d'accueil de jour, de l'aide sociale à l'hébergement. Ces différentes aides se réfèrent à l'article L 113-1 du CASF¹ et peuvent donner lieu à récupérations sur succession ou auprès des obligés alimentaires (articles L 132-6 et L 132-8 du CASF).

L'obligation des communes et leur CCAS

Outre leur mission générale de lutte contre les exclusions, les communes, *via* leur centre communal d'action sociale (CCAS), ont l'obligation légale (articles L 121-6-1 et L 121-6-2 du CASF) de tenir un registre des personnes âgées et handicapées qui en font la demande, afin de faciliter l'intervention des services sociaux (dans le cadre des plans canicule notamment).

1 Et, dans le détail, aux articles L 231-1 et suivants.

ENCADRE 2**L'enquête qualitative sur l'action sociale des collectivités envers les personnes âgées et leur entourage**

Ce travail s'inscrit dans un programme pluriannuel de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) consacré à l'action sociale dite facultative des collectivités territoriales ; il fait suite à une première étude exploratoire au périmètre plus large en termes de populations couvertes mais centrée sur l'action sociale facultative des seules communes et intercommunalités, dont elle constitue un approfondissement¹. Il s'agit cette fois, toujours par une étude qualitative de terrain, de mieux connaître ce que les collectivités locales (départements, communes et intercommunalités) mettent en œuvre en termes d'action sociale facultative à destination des personnes vieillissantes et de leur entourage.

Pour instruire ce sujet, il s'est d'abord agi de sélectionner quatre départements², choisis pour la diversité de leurs profils en termes d'indicateurs démographiques et socioéconomiques, ainsi que de quelques traits saillants d'intervention repérés dans leurs schémas départementaux d'aide sociale, puis, au sein de chacun d'entre eux, d'interroger trois communes selon le même souci de diversité³, ainsi que les intercommunalités auxquelles elles appartiennent. Auprès de chacune de ces entités, ont été rencontrés aussi bien les élus en charge des politiques considérées que les services chargés de les mettre en œuvre. Les investigations se sont déroulées entre mars et juillet 2014, période marquée par deux séquences électorales (élections municipales puis européennes) qui n'ont pas été sans impact sur la mise en œuvre du protocole d'étude.

L'intérêt porté ici à la thématique de l'accompagnement de la perte d'autonomie participe d'un ample mouvement de réflexion en lien avec la préparation de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement⁴. D'une manière différente – mais sensible dans les échanges menés avec certains interlocuteurs –, les questions soulevées par l'enquête ont croisé les débats sur le projet de réforme territoriale et la redéfinition des compétences.

L'approche qualitative a pour ambition d'apporter des éléments fins et contextualisés de compréhension et d'analyse de tendances par ailleurs connues à un niveau plus global, que ce soit à travers les données de la statistique publique⁵, à travers les enquêtes ciblées menées par exemple par l'UNCCAS⁶, ou bien encore les rapports d'étude et débats nationaux⁷. Il s'agit donc ici d'apporter des clés de lecture, d'illustrer, d'éclairer les déterminants de ce qui est observé ; il ne s'agit ni de porter un jugement sur ce qui se fait, ni de prétendre extrapoler ou construire des modèles ou idéaux-types d'organisations locales.

1 « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », *op. cit.*

2 Dans la mesure où il s'agit du chef de file de l'action sociale, c'est une entrée par les départements qui a été privilégiée dans le cadre des travaux d'échantillonnage et de l'investigation de terrain.

3 Notamment, la taille des communes enquêtées varie de 1 800 à 80 000 habitants.

4 Le projet de loi a été adopté en Conseil des ministres le 3 juin 2014, puis voté en seconde lecture au Sénat le 29 octobre 2015. Il doit être adopté définitivement à la fin de l'année 2015.

5 Voir notamment : DREES, Document de travail, Série statistiques, n° 192, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2012 », septembre 2014 ; INSEE Première, n° 1346, « Aides sociales à l'insertion et aux personnes âgées – les situations contrastées des départements », avril 2011.

6 UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale), Différents numéros de *Enquêtes & Observations sociales* : « Panorama des domaines d'intervention des CCAS et CIAS », mai 2011 ; « Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS », février 2012 ; « Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS », octobre 2012. Voir également le Baromètre de l'action sociale locale 2012, 2013 et 2014.

7 Voir par exemple : Rapport de restitution de la concertation sur le projet de loi « Adaptation de la société au vieillissement », 12 février 2014, ainsi que l'ensemble des travaux sur lequel il s'appuie.

La dépendance, les seniors et les situations d'urgence sociale mobilisent l'action des collectivités

Schématiquement, le public des personnes âgées ciblé par l'action sociale facultative des collectivités peut être défini selon trois critères :

- Selon un critère de dépendance tout d'abord, définie comme « un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne »⁴, la dépendance est observée par la statistique publique à partir d'enquêtes en population générale tous les 5 à 10 ans. Elle peut être approchée annuellement *via* le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), c'est-à-dire le nombre de personnes de 60 ans ou plus évaluées en GIR 1 à 4 selon la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources). Au 31 décembre 2013, on comptait ainsi 1,24 million de personnes bénéficiaires de cette allocation en France⁵.

L'accès à certaines aides facultatives est ainsi directement lié à cette évaluation de la dépendance : par exemple lorsqu'il s'agit d'un service offert aux seuls bénéficiaires de l'APA ou d'une forme de bonification de celle-ci ; mais également lorsque la « non-dépendance » au sens de l'APA (GIR 5 et 6)⁶ conditionne *a contrario* l'entrée dans les logements-foyers / restaurants, structures gérées par les collectivités au titre de l'action sociale facultative.

La population ainsi ciblée est connue des services des collectivités, dénombrée et suivie. Pour autant, elle ne recouvre pas l'ensemble des personnes en perte d'autonomie, dont certaines ne font pas la démarche de solliciter l'APA alors qu'elles y seraient éligibles.

- Selon un critère d'âge *stricto sensu*, nombre de dispositifs et de politiques ciblent la population âgée de plus de 65 ans ou de plus de 60 ans⁷, hors de toute considération du niveau de dépendance reconnu. Les collectivités évoquent alors leurs actions à destination des « seniors », parfois soumises à critères de ressources.

La population ainsi ciblée est statistiquement connue à travers les données de recensement et les travaux d'enquête menés le cas échéant par la collectivité (et par les déclarations faites dans le cadre du plan canicule) ; elle n'est précisément qualifiée qu'à travers le « sous-ensemble » des bénéficiaires effectifs des dispositifs ou participants aux activités.

- Selon un critère d'urgence économique enfin, qui relève d'une action sociale d'urgence ouverte sans considération d'âge ou de dépendance. La précarité des personnes âgées⁸ et les difficultés croissantes qu'elles connaissent sont régulièrement abordées par les interlocuteurs rencontrés. Certains évoquent les signalements de plus en plus fréquents, depuis 2 ou 3 ans, pour des personnes âgées très précarisées, très isolées pour lesquelles se conjuguent des difficultés économiques et une situation plus générale et très prégnante d'isolement. Des services signalent ainsi le recours des personnes âgées aux aides d'urgence proposées par la collectivité – pour la prise en charge de frais de santé, mais également pour des frais liés à la vie quotidienne (bons alimentaires, remboursement des factures d'énergie, etc.).

Cette population, généralement mal connue et non quantifiée, qui recourt à l'action sociale facultative au même titre que les populations plus jeunes, n'a toutefois pas été étudiée en tant que telle.

⁴ Cf. définition INSEE.

⁵ Sources DREES, Enquête annuelle sur l'aide sociale départementale.

⁶ Les personnes âgées classées en GIR 5 sont celles ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ; celles classées en GIR 6 n'ont, elles, pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

⁷ Certaines collectivités évoquent, encore plus largement, les retraités ou préretraités. Au 1^{er} janvier 2012, on comptait environ 15 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus en France métropolitaine.

⁸ En 2013, plus de 550 000 personnes âgées bénéficiaient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (source DREES, Enquêtes sur les allocations du minimum vieillesse au 31 décembre), et 8% des retraités sont pauvres au seuil de pauvreté de 60% du revenu médian. Parmi les retraités bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV – et ayant donc des revenus modestes –, 55 % des personnes seules et 44 % des couples sont pauvres au regard des seuils de pauvreté monétaire calculés par l'INSEE (Gilles L., Loones A., 2011, « Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées », *Consommation et modes de vie*, n° 245, Credoc, novembre).

Les collectivités se trouvent ainsi mobilisées, selon des niveaux d'intervention variables d'une collectivité à l'autre, de trois manières :

- par un accompagnement à ou dans la vie quotidienne pour les moins autonomes, plus ou moins adossé à une problématique de soins – et donc avec des partenaires exerçant dans le champ sanitaire ;
- par une offre d'informations, d'activités ou une facilité d'accès aux activités pour les retraités autonomes, avec un objectif assez explicite de prévention ;
- par le secours aux plus fragilisés économiquement, dont le nombre serait croissant.

Se croisent ici de façon très nette préoccupations d'action sociale au sens strict – venir en aide aux plus vulnérables – et préoccupations de santé publique liées au vieillissement de la population. Les enjeux sont ceux du repérage des personnes et de leurs besoins, de la pertinence des actions proposées et de la manière d'aller à la rencontre des personnes en perte d'autonomie. Les questions soulevées par ces problématiques sont en réalité celles du bon échelon d'intervention (en lien avec la notion de proximité), de la collaboration entre services – au sein des collectivités, entre collectivités et avec les intervenants médico-sociaux –, de la liberté individuelle – comment inciter une personne âgée à se faire aider ? C'est en définitive la représentation même de l'action sociale qui se trouve interrogée.

Prévention de la perte d'autonomie, accompagnement et prise en charge de la dépendance des personnes âgées : assurer la continuité de la politique d'action sociale

Les catégories de bénéficiaires de l'action sociale évoquées précédemment rappellent une évidence, très sensible pour les collectivités et tout particulièrement pour les communes : les politiques déployées au bénéfice des personnes âgées – terme utilisé ici pour englober seniors et dépendants –, doivent en réalité répondre aux problématiques d'une population de plus en plus hétérogène, tant en termes d'âge, de ressources au sens large que d'autonomie. Du préretraité potentiellement concerné par certaines actions de prévention jusqu'aux centenaires qui font la fierté des communes, ce sont parfois trois générations de personnes âgées que les collectivités s'efforcent d'accompagner dans le vieillissement, la perte d'autonomie et, le cas échéant, la dépendance.

Une évolution de l'offre de loisirs aux seniors observée dans une commune est révélatrice à cet égard d'une prise de conscience de l'hétérogénéité des besoins : le programme des sorties distingue depuis deux ans trois catégories de publics : les bons marcheurs, le tout public et les personnes à mobilité réduite. Cette nouvelle programmation a permis au CCAS de voir revenir des personnes qui s'étaient progressivement exclues des sorties, l'objectif visé ici étant bien la prévention de l'isolement.

L'éventail des besoins auxquels proposer des réponses est donc potentiellement très large ; les acteurs rencontrés s'efforcent toutefois de développer une vision cohérente et complète de la prise en compte du vieillissement, depuis l'aide à la grande dépendance jusqu'à l'offre de loisirs la plus foisonnante. Ce discours fait écho aux réflexions nationales, axées sur la prise en compte du vieillissement et la prévention de la perte d'autonomie, qui permettent de repenser la continuité de l'accompagnement :

« On est vraiment dans la prévention et dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Avant (il y a deux ans), on était dans les loisirs, on faisait le calendrier des sorties... » (Un directeur de CCAS).

La prévention apparaît comme un des grands objectifs poursuivis par les collectivités territoriales même si sa traduction sur le terrain reste inégale. À une conception relativement restrictive de la prévention, entendue comme la réponse à des besoins identifiés ou diagnostiqués par des équipes médico-sociales, se substitue une conception beaucoup plus extensive où il s'agit de permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile et de conserver aussi longtemps que possible une vie sociale et des activités afin de retarder la perte d'autonomie. Ainsi que le rappelle de manière imagée un directeur de CCAS : « On ne passe pas du jour au lendemain du stade debout (autonomie) au stade couché (dépendance). »

Pour ce faire, les collectivités déploient, de manière différente et inégale selon les situations rencontrées, une grande palette d'aides et d'actions où se trouvent largement imbriquées aides légales et action sociale facultative.

Les grandes thématiques des aides facultatives développées par les collectivités territoriales

Quoique n'ayant porté que sur quatre départements et une douzaine de communes, et ne prétendant pas de ce fait à un état des lieux exhaustif de l'existant, l'interrogation de quelques collectivités permet d'identifier les grandes lignes de leurs interventions. Il ne s'agit pas ici d'inventorier ni de décrire les actions repérées sur ce terrain d'observation relativement limité, mais de décrire un périmètre plus large que celui des seules activités des CCAS/CIAS⁹ et d'en proposer une lecture.

Il n'y a pas de typologie unique des aides et services proposés par les collectivités, et chacune d'entre elles choisit, dans son organigramme et sa communication, de mettre en avant certains aspects de son action. On peut toutefois distinguer différents champs d'intervention, rencontrés de manière assez systématique sur les terrains de l'étude.

Les politiques à destination des personnes âgées s'insèrent par ailleurs dans l'ensemble des politiques (habitat, transports, culture, politique de la ville, etc.), dans un mouvement général d'adaptation de la société au vieillissement – chaque collectivité en prenant la mesure en fonction de sa propre évolution démographique. Dans ce mouvement général, action facultative et aide légale se croisent, s'articulent, se complètent. À titre d'illustration, ce département envisageant de rendre systématique un diagnostic énergétique lors des évaluations réalisées dans le cadre de la sollicitation de l'APA.

Des actions symboliques incontournables

Ce premier ensemble, le plus connu des actions facultatives, semble ancré dans les pratiques des collectivités. Il regroupe les « aides symboliques » apportées à la population des anciens : repas des anciens, colis, thés dansants ou goûters proposés à différents moments clés de l'année. Ces initiatives ont une visibilité politique certaine et font partie des incontournables, quand bien même leur coût peut paraître très important.

Dans une commune de moins de 20 000 habitants, le repas des anciens réunit 900 convives et des boîtes de chocolat sont distribuées à domicile à 3000 personnes de plus de 70 ans.

Dans une autre, d'environ 15 000 habitants, le repas des aînés réunit quelque 400 personnes. Le CCAS propose par ailleurs un goûter annuel ; 100 personnes ont participé à celui organisé l'année dernière.

Dans une autre enfin, une des plus peuplées de l'échantillon, ce sont même plusieurs repas qui ont lieu chaque année. Des colis sont également envoyés aux personnes âgées à plusieurs reprises.

Ces actions restent essentiellement une prérogative des communes même lorsque l'action sociale est devenue une compétence de l'intercommunalité.

Des actions d'accueil et d'information à destination des personnes âgées et de leur famille

Ces actions sont menées, de manière générale, *via* les unités territoriales d'action sociale (UTAS¹⁰) des départements, les CCAS et les CIAS. La fonction d'accueil et d'information des personnes âgées est également assurée par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), généralement soutenus financièrement par les départements. Ceux-ci inscrivent d'ailleurs leurs subventions au(x) CLIC au titre de l'action sociale facultative.

On observe en outre en plusieurs lieux, et à plusieurs échelons, un regroupement des services dédiés aux personnes âgées afin d'en améliorer la lisibilité et d'en faciliter l'accès. Cette notion de guichet unique se traduit d'abord, sur les terrains visités, par l'organisation d'un lieu unique d'accueil, d'information et de délivrance de services le cas échéant. Il s'agit ainsi de rendre plus accessibles tant l'information que les services, et de faciliter le parcours des personnes auprès de leurs différents interlocuteurs. Les regroupements observés ont lieu au niveau du département ou de la commune, sur la thématique générale de l'autonomie ou celle des politiques destinées aux seniors.

⁹ L'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) enquête régulièrement auprès de ses adhérents pour apprécier et mesurer la diversité des interventions des CCAS/CIAS, et valorise le cas échéant certaines pratiques.

¹⁰ Les appellations de ces unités territoriales peuvent varier d'un département à l'autre : maisons départementales, circonscriptions, etc.

Une ville plutôt jeune a ouvert il y a deux ans un bâtiment neuf dit « Espace senior ». Ce bâtiment accueille le secteur personnes âgées du CCAS, soit une vingtaine de salariés et vacataires, alors que les secteurs « Handicap et Solidarité » sont restés sur un autre site. Le bâtiment, conçu sur deux niveaux, est très clairement un lieu d'accueil du public. Il comprend aussi des salles d'activités et de relaxation pour les seniors et leurs aidants.

Dans une autre ville - plutôt moins riche, que l'avenir de ses aînés modestes préoccupe -, il s'est agi de regrouper sur un seul site au lieu de trois l'ensemble des services destinés aux retraités : maintien à domicile, CLIC, logement-foyer, SSIAD, services retraités secteur loisirs. Ce lieu unique, installé à l'étage d'un logement-foyer, contribue par ailleurs à ouvrir d'une certaine manière celui-ci sur l'extérieur.

C'est la même volonté d'offrir une porte d'entrée unique à toute personne rencontrant des difficultés liées à une perte d'autonomie, conjuguée à une territorialisation de la politique d'action sociale du département, qui a conduit à la mise en place progressive de maisons locales de l'autonomie qui matérialisent la politique de convergence entre handicap et dépendance liée à l'âge inscrite dans la loi¹¹.

Cette politique de convergence s'est également retrouvée au niveau municipal dans une commune ayant fait le choix d'une Maison municipale de l'autonomie, présentée comme une structure d'avant-garde, regroupant a) un pôle accueil et instruction des dossiers adressée à la MDPH, la CNAV, au conseil départemental et aides municipales b) un pôle médico-social intégrant le CLIC pour l'évaluation et le suivi des situations individuelles et la mise en œuvre des plans APA, le soutien aux aidants, le plan canicule c) un pôle ressources avec un appartement témoin présenté comme ayant un rayonnement intercommunal. La volonté ici affichée est de placer la personne au cœur du système complexe, en lui offrant la possibilité de rencontrer un interlocuteur unique à même d'envisager l'ensemble de ses droits.

Ces différents exemples renseignent sur la manière dont la collectivité porte la politique à destination des personnes âgées, la matérialise dans la ville, et sur les modalités d'organisation des partenariats.

En dehors de cette mission générale d'accueil et d'information, certaines collectivités rencontrées mettent en œuvre des actions plus ponctuelles de sensibilisation ou d'information dans le cadre d'une politique de prévention : campagne d'information durant la Semaine Bleue, mise en ligne d'informations thématiques sur le site internet de la commune, mise à disposition d'un service d'information sur la maladie d'Alzheimer, etc.

Une offre d'animation et de loisirs

L'éventail de l'action culturelle et de loisirs est large et semble dépendre à la fois des besoins exprimés par la population et des ressources de la commune. De véritables programmes saisonniers sont élaborés, mêlant conférences, sorties, ateliers et activités diverses (danses, activités sportives, ateliers créatifs, ateliers nouvelles technologies, ateliers code de la route, etc.). Ces activités peuvent être mises en œuvre dans le cadre du CCAS (elles sont alors généralement gratuites) ou bien confiées à des structures pour partie subventionnées par la commune ou fonctionnant avec des personnels mis à disposition (clubs des aînés). Certaines collectivités, en milieu rural comme en milieu urbain, réfléchissent à la manière d'apporter cette offre d'animation au domicile des personnes dépendantes. Une commune réfléchit par exemple, à la livraison de livres, notamment au domicile des personnes âgées.

Les aides au maintien à domicile

Pour les collectivités, le maintien à domicile constitue un des fondements de l'action sociale en direction des personnes âgées. Les aides peuvent être à destination de structures (soutien aux associations d'aide à domicile notamment).

Mais la plupart s'adressent directement aux personnes et figurent régulièrement dans les plans d'aide de l'APA : aide à domicile, portage de repas, télalarme ou téléassistance ; certaines collectivités ont développé des services fournis directement à domicile comme le portage des courses, la livraison de médicaments, de livres, de jeux... ; un service de petit bricolage est parfois proposé¹². Les aides extralégales venant compléter l'APA (cf. *infra*) s'inscrivent dans cet ensemble d'interventions. L'un des départements de l'enquête propose en outre, au titre de l'action sociale facultative, une allocation aux familles hébergeant leurs ascendants afin d'éviter un placement en établissement ; cette aide mensuelle de

¹¹ Cf. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 13.

¹² Ces aides pouvant faire partie des plans d'aide APA (aide légale) ou non (aides extralégales).

300 euros, accordée sous condition de ressources du foyer, peut être attribuée aux enfants ou petits-enfants accueillant leur ascendant en ligne directe. Les collectivités rencontrées sont aussi soucieuses de la prévention de l'isolement et nombre d'entre elles évoquent des dispositifs de visites à domicile (visites de courtoisie assurées par des bénévoles notamment, appels de courtoisie assurés par le CCAS) ou à tout le moins le principe de la veille *via* le portage de services – l'idée étant de « continuer à entrer chez les gens ».

Dans l'une des communes rencontrées, l'action menée dans le cadre du contrat local de santé (CLS) a permis d'offrir aux personnes âgées un service en plus : des visites de convivialité sont assurées pour rompre la solitude des personnes âgées particulièrement isolées sur ce territoire rural. Cette action bénéficie du soutien financier de l'ARS et de la Mutualité sociale agricole, et la commune, en tant que partenaire du CLS, a participé à sa conception.

En appui au maintien à domicile et aux actions menées contre l'isolement des personnes âgées, se développent également différentes formes d'aide à la mobilité. Il s'agit selon les cas de permettre aux personnes âgées de se déplacer à tarif préférentiel, de faciliter les déplacements des personnes à mobilité réduite ou de proposer un transport à la demande.

En plus des services de transport à la demande qu'il a organisé sur le territoire par délégation de compétences aux intercommunalités volontaires, un département a proposé avec d'autres partenaires une offre de transport accompagné adaptée pour les personnes très dépendantes – les chauffeurs ont notamment suivi une formation spécifique à cet effet. Le service est assuré par une association et le coût du transport peut être intégré dans les plans d'aide de l'APA.

Les actions menées par les collectivités en faveur de l'adaptation des logements peuvent également être rattachées à cette orientation générale en faveur du maintien à domicile. Les collectivités interviennent de différentes manières, plus ou moins visibles, plus ou moins directes. Il peut en effet s'agir de permettre aux personnes âgées d'adapter, à titre individuel, leur logement, ou bien d'initier des politiques de logements adaptés.

Au niveau des besoins individuels, les communes rencontrées interviennent selon les cas en finançant un ergothérapeute pour la formulation de préconisations d'aménagements adaptés à chacun, en nouant des partenariats avec le mouvement Pact pour l'amélioration de l'habitat (le rôle de ce dernier étant d'aider les personnes à monter les dossiers de financements nécessaires à la réalisation de travaux d'adaptation), ou encore en mettant en place un accompagnement à la réalisation des travaux, une coordination des corps de métiers par une association spécialisée afin d'assurer la relation parfois défailante avec les entreprises. L'utilisation de la domotique au service du maintien à domicile des personnes âgées est également un axe d'intervention émergent, à l'origine de différentes réalisations ou projets sur les territoires visités.

Dans une commune a été réfléchi la possibilité d'une sécurisation des logements sociaux des locataires de plus de 75 ans bénéficiaires de l'APA, par l'installation d'un système de télésurveillance amélioré ; un appartement témoin a été équipé et mis en démonstration devant les personnes potentiellement concernées. Il semble toutefois que les personnes ne soient pas encore totalement acquises à ce genre d'installations.

Au niveau d'une politique plus globale de logements adaptés, différentes opérations d'envergure, innovantes pour certaines, ont été rencontrées. Les collectivités travaillent alors de concert avec les bailleurs sociaux, souvent de longue date. Il s'agit par exemple pour un département de subventionner la construction et l'adaptation de logements intermédiaires, de plain-pied, à proximité des commerces, adaptés aux besoins des personnes vieillissantes.

Une commune urbaine a, depuis près de vingt ans, développé un partenariat avec l'OPHLM pour concevoir *ex nihilo* des résidences comprenant à la fois des appartements pour personnes à mobilité réduite et des espaces collectifs animés par des agents du CCAS.

Dans un département sont expérimentées diverses modalités de logements adaptés, solidaires, intergénérationnels. Il s'agit en effet de développer localement des interventions en milieu ordinaire de vie pour renforcer la prévention de la perte d'autonomie. Ainsi sur une commune par exemple le Conseil départemental et l'OPAC pilotent-ils ensemble une expérimentation de logement intergénérationnel, avec un accompagnement des locataires ; le CCAS est impliqué dans le suivi et les réflexions que l'expérimentation suscite. Département, Ville, et bailleur se trouvent ainsi associés dans une opération concrètement financée par l'OPAC.

L'aide aux aidants

Si la prise en compte des aidants est bien réelle dans les intentions des collectivités, la mise en place d'initiatives les concernant est en revanche plus délicate et renvoie le plus souvent aux actions d'associations, lorsqu'elles sont présentes

sur le territoire¹³. La principale difficulté rencontrée par les acteurs semble être en effet de pouvoir ou de savoir toucher les personnes concernées.

Dans une ville, un pôle des aidants a été créé au sein de l'« espace seniors », principalement dédié aux aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit surtout de proposer aux aidants un lieu de détente et une offre « bien-être » pour permettre aux personnes de prendre soin d'elles, de ne pas s'oublier dans leur effort pour l'autre. Des groupes de paroles sont organisés par une psychologue. Des activités gratuites sont proposées et la commune s'efforce également de trouver des places en maison de retraite pour permettre un hébergement temporaire de la personne dépendante pendant l'été. Malgré ces efforts, la ville reconnaît ne toucher que très peu de personnes, une quarantaine, dont une dizaine d'assidus.

Dans une autre commune, l'aide aux aidants s'entend différemment selon que l'on s'adresse aux aidants de personnes âgées ou aux aidants d'enfants ou d'adultes handicapés. Des groupes de paroles sont organisés, qui connaissent un succès certain pour les aidants de personnes âgées. Dans le cadre de la politique culturelle de la ville, qui rejoint ici la politique en faveur des seniors, sont organisées des sorties culturelles aidants/aidés. Les aidants sont également orientés vers la maison des aidants mise en place dans une commune limitrophe et ouverte aux habitants des communes voisines.

Il faut enfin mentionner que certains conseils départementaux font le choix de ne pas recourir à l'obligation alimentaire des enfants et petits-enfants dans le cadre de l'aide sociale.

L'action sociale facultative : entre expression d'une politique singulière et réponse à des besoins locaux identifiés

L'action sociale facultative est l'expression d'une politique singulière des collectivités. Elle est aussi une concrétisation de l'action publique pour les administrés, au plus proche de leurs besoins ou de leurs attentes.

Au croisement d'une vision politique des priorités et des modes d'intervention et d'une connaissance factuelle des besoins spécifiques d'une population, l'action sociale à destination des personnes vieillissantes et de leur entourage se construit et se renouvelle en fonction des problématiques du territoire appréhendées par les acteurs.

Le rôle structurant de l'APA dans la connaissance des publics, leur segmentation et la définition du périmètre des aides facultatives

Les liens entre les aides légales envers les personnes âgées et ce qui relève de l'action sociale facultative des collectivités en matière de prévention ou d'accompagnement de la perte d'autonomie sont complexes. De plus, les distinctions ne sont pas toujours bien établies.

« C'est comme cela qu'on fait de la politique. Le facultatif, c'est ce qui permet de mettre les aides légales en adéquation avec les besoins spécifiques du territoire. » (Un vice-président de conseil départemental)

« Je ne sais pas dire ce qui est obligatoire et ce qui ne l'est pas. Ce qui a valeur selon moi, c'est d'avoir élaboré un schéma et de le mettre en œuvre. » (Un vice-président de conseil départemental)

Telle que perçue dans les investigations, l'APA, et plus précisément l'APA « à domicile », est nécessairement au cœur d'une réflexion sur l'action sociale au sens large, de différentes manières.

Cette aide légale à la charge du département, mais dont une partie est financée par l'État *via* la CNSA, peut tout d'abord faire elle-même l'objet d'une « bonification », d'un complément, de la part du département lui-même.

Un département propose ainsi aux personnes les plus dépendantes évaluées en GIR 1 une aide extralégale de 30 heures de services à domicile supplémentaires.

Un autre avait un temps permis, au titre de l'aide extralégale, la diminution voire la prise en charge totale du reste à charge des plans d'aide (sous condition de revenus).

Ensuite, l'attribution de l'APA, qui se concrétise par la définition d'un plan d'aide, a un effet direct sur la sollicitation et la « solvabilité » des services éventuellement offerts par la commune (encadré 3). L'APA a un rôle de segmentation des

¹³ On peut mentionner notamment les « cafés des aidants » de l'Association française des Aidants.

publics bénéficiaires de l'action sociale des collectivités – d'un côté ceux qui en bénéficient et de l'autre ceux qui sollicitent une aide au titre de l'action facultative¹⁴.

Enfin, l'APA dont l'octroi est soumis à une évaluation du degré de dépendance et des besoins des personnes, constitue de ce fait une source de connaissances sur la population des personnes âgées d'un territoire. Elle est également potentiellement le support à un travail partagé entre les services municipaux et départementaux, notamment lors des visites d'évaluation.

Chaque département dispose d'un certain nombre de leviers pour adapter les modalités d'attribution de l'APA sur son territoire à travers :

- le contrôle de l'éligibilité du demandeur (évaluation d'un niveau de GIR) et la définition du plan d'aide (avec une variation des services pouvant y figurer) ;
- la détermination du montant de la participation financière publique ;
- la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés¹⁵.

Un ajustement du département sur l'une de ces dispositions peut ainsi faire basculer une partie de la population et de ses besoins vers une demande d'aide de « substitution », de type facultative, lorsqu'elle existe.

Les personnes rencontrées dans les services se sont montrées sensibles aux effets de segmentation des publics (éligibles versus non éligibles à l'APA), qui impliquent des effets de seuils que l'action facultative pourrait atténuer. Un point souvent évoqué et qui justifie la mise en place de dispositifs facultatifs est notamment qu'une non-éligibilité à l'APA ne signifie pas pour autant une absence de besoins et d'un suivi rapproché ; l'interprétation de la frontière entre dépendance et non-dépendance semble ténue¹⁶.

En témoignage, par exemple, les enseignements tirés de l'évaluation d'un dispositif d'aide au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer sur un territoire départemental : il a en effet été démontré qu'une partie non négligeable de personnes évaluées en GIR 5 ou 6 manifestaient d'importantes difficultés à utiliser le téléphone, à voyager de façon indépendante, à gérer leurs finances.

L'articulation entre l'action sociale facultative et l'aide légale, et en particulier l'APA, est complexe, les frontières mouvantes. Une collectivité pourra par exemple choisir de jouer sur les critères de cette aide légale¹⁷ pour rendre possible la mise en œuvre de plans d'aide plus fournis, pour toucher un public plus large (y compris en termes de prévention en élargissant l'APA aux GIR 5 ou 6), ou choisir de constituer plutôt une aide complémentaire pour un public qui n'aurait pas droit à l'aide légale, de soutenir des structures de services, voire de les porter directement, pour permettre aux bénéficiaires d'accéder facilement et à moindre coût aux services que le plan d'aide leur a reconnus nécessaires, etc.

L'un des départements visités propose par exemple une « aide à l'amélioration du logement », en tant qu'aide facultative créée avant la mise en place de l'APA. Un budget spécifique lui est consacré. Est actuellement évoquée la possibilité d'intégrer cette dimension dans les plans d'aide, ce qui soulève plusieurs difficultés. Cela implique tout d'abord que les équipes médico-sociales intervenant dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans d'aide modifient leurs pratiques. En outre, la mensualisation des virements de l'APA apparaît *a priori* comme un obstacle au financement d'aides techniques. Un responsable de service explique par ailleurs que : « C'est pour ça qu'au moment de la création de l'APA, on avait pris l'option de garder le système d'aides facultatives (pour l'amélioration du logement). » Un autre responsable ajoute : « Pour les élus, les aides facultatives, ce sont des aides qui sont identifiées ; dans un plan avec le reste, ce sera peut-être moins visible. »

Dans un autre département en revanche, les aides techniques et les aides à l'amélioration du logement sont intégrées dans les plans d'aide depuis plusieurs années et entendues au sens large. L'aide à l'approvisionnement en bois et à la manutention pour une personne âgée dont le domicile serait équipé d'une chaudière à bois est par exemple possible.

¹⁴ Il n'est toutefois pas exclu que les bénéficiaires de l'APA sollicitent en parallèle une aide complémentaire facultative.

¹⁵ Sur les variations de ces approches selon les territoires, voir Gramain A., Weber F. (dir), 2013, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*, Rapport DREES.

¹⁶ Ce qui pourrait expliquer pour certains l'importance du classement en GIR 4, premier stade de l'ouverture au droit à l'APA.

¹⁷ En allant au-delà de ce qui est prévu par la loi.

ENCADRE 3

Le plan d'aide financé par l'APA et les services proposés par les communes

Concrètement, un plan d'aide de l'APA répertorie et quantifie les services nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée suivant l'évaluation de son degré de dépendance ; y est également précisé le niveau de prise en charge financière accordé par le département. La palette de services généralement couverts peut comprendre par exemple, outre des heures d'aide à domicile, la téléassistance, un accueil de jour ou un accueil temporaire, des aides techniques, l'adaptation du logement et de l'environnement matériel, etc.

Les services préconisés et financés pour partie par le département peuvent être recherchés par le bénéficiaire lui-même auprès des structures de son choix, et en particulier auprès des communes qui les proposent, *via* leur CCAS, à des tarifs souvent, mais pas toujours, plus intéressants que ceux du secteur privé. Ainsi, les aides figurant dans les plans d'aide renvoient-elles effectivement à celles que l'on retrouve au niveau de la commune ou, plus rarement, de l'intercommunalité auprès des services proposés dans le cadre de l'« aide au maintien à domicile ».

Ces services sont mobilisables dans le cadre de l'APA (aide légale) mais parfois non (aide facultative). Les prises en charge dans le cadre de l'APA ne concernent en effet dans le cadre légal que les personnes dont le niveau de dépendance reconnu relève des GIR 1 à 4. Les personnes évaluées en GIR 5 et 6, c'est-à-dire peu ou pas dépendantes, peuvent également être prises en charge par l'APA, mais au titre de l'aide extralégale si le département étend le dispositif. Elles peuvent aussi mobiliser les services proposés par la commune avec un financement de prestations, le cas échéant, de leur régime de retraite ou au titre de l'aide sociale départementale.

Des outils de connaissances formalisés diversement utilisés

La connaissance et l'analyse des besoins de la population, leur interprétation, posent la question des outils mis en œuvre pour ce faire à chacun des niveaux considérés. Départements, communes et intercommunalités disposent d'un cadre légal et donc relativement « formalisé » – si l'obligation existe, la méthodologie n'est pas prescrite –, pour réaliser un travail de diagnostic sur les caractéristiques et les besoins de leur population¹⁸. C'est le schéma départemental qui donne l'occasion au département de mener ce travail ; la commune et l'intercommunalité, *via* le CCAS ou le CIAS, doivent quant à elles réaliser une analyse des besoins sociaux (ABS) de l'ensemble de leur population (encadré 4).

La connaissance ainsi produite semble encore insuffisante aux acteurs eux-mêmes, les collectivités envisageant des expertises complémentaires afin d'approfondir l'état des lieux : ainsi lit-on dans l'un des schémas l'invitation à « faire un état des lieux des transports à disposition des personnes âgées dans le département » ; un autre mentionne la nécessité de procéder à un inventaire de l'offre de services. On retrouve par ailleurs dans ces documents la notion « d'observatoire des besoins » pour lequel les CCAS peuvent être sollicités.

Les schémas départementaux consultés sont des schémas de « l'autonomie » au sens large et couvrent ainsi population âgée et population en situation de handicap. Le document comporte systématiquement des éléments de diagnostic et d'état des lieux rappelant les caractéristiques générales du territoire tant en termes de populations concernées et de leurs conditions de vie qu'en termes d'offres sociale et médico-sociale. L'état des lieux est à la fois un recueil de données issues de la statistique publique (part de la population âgée et évolution prévisible, revenus fiscaux moyens et montants moyens des retraites et pensions à l'échelle cantonale, parfois cartographiés, comparaisons avec des départements similaires, etc.) et une cartographie de l'offre de soins, mais aussi de transports, par exemple. Cet état des lieux est parfois présenté comme un temps à part entière du travail de concertation sur des réalisations conduites par les acteurs (dans le cadre d'un bilan du schéma précédent), sur des données issues d'entretiens qualitatifs ; la connaissance qui en résulte est soit présentée en tant que telle en première partie du document, soit synthétisée en annexe, alors qu'elle vient alimenter les différentes positions exprimées dans le schéma.

L'étude sur l'action sociale facultative des communes¹⁹ avait montré, en complément des travaux de l'UNCCAS, le développement encore très inégal des analyses des besoins sociaux (ABS). Celles-ci sont peu mentionnées par les communes rencontrées comme moyen de connaissance des besoins des « personnes âgées »²⁰, à l'exception notable d'une commune qui venait de recevoir sa première ABS, confiée à un prestataire, dont elle pouvait tirer d'intéressants éléments de connaissance et de prospective sur sa population âgée ; l'ABS et les éléments de projection démographiques qu'elle contient semblent étayer dans ce cas un travail de prise de conscience et de formulation des priorités d'action. Mais ailleurs, l'ABS est souvent délaissée – par manque de moyens (notamment dans les petites communes), d'outils tech-

¹⁸ Ces travaux d'état des lieux et de diagnostic peuvent se nourrir des éléments fournis par d'autres instances, dans le cadre d'autres schémas territoriaux : particulièrement les études spécifiques réalisées par les observatoires régionaux de santé, d'ailleurs mobilisés lors de l'élaboration des schémas départementaux.

¹⁹ « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », *op. cit.*, pp. 22-24.

²⁰ Malgré l'action incitative de l'UNCCAS à ce sujet.

niques et méthodologiques ou encore parce que les élus n'en perçoivent pas l'utilité –, et c'est bien souvent le rapport d'activité du CCAS qui fait office d'ABS. Quelques communes envisagent toutefois de réaliser cette analyse dans un futur proche – les récentes élections municipales n'étant probablement pas étrangères à cette volonté de disposer d'une vision actualisée de la situation de la population, ainsi que d'un bilan des réalisations des derniers mandats.

« On va débiter une ABS début septembre, avec un cabinet d'études, pour voir ce qui se fait et ce qui manque » (une vice-présidente de CCAS, réélue dans le cadre des dernières élections).

« On est très en contact avec les gens ; on perçoit quand même les besoins. Mais il ne serait peut-être pas inutile de faire [quelque chose de] plus rationnel. » (Un adjoint au maire en charge des personnes âgées)

ENCADRE 4

Les outils de diagnostic « obligatoires »

Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

Ces schémas sont établis par les conseils départementaux pour une période maximum de cinq ans. Le Code de l'action sociale et des familles dans son article L312-4 précise que ces schémas :

- « - apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- « - dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- « - déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux [...] ;
- « - précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...] ;
- « - définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas. »

Les schémas départementaux ciblent plusieurs populations : l'enfance, la petite enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées. L'article L 312-5 du Code indique notamment : « Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil [départemental], après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé [...] ». »

L'analyse des besoins sociaux

Depuis le décret du 6 mai 1995 relatif aux CCAS-CIAS, ces derniers sont tenus de procéder chaque année à une analyse des besoins sociaux (ABS) de la population de la commune. Par le caractère obligatoire de l'exercice, l'ABS a également vocation à être l'outil majeur de la prévision et de la coordination de l'action sociale de la commune. À la fois diagnostic de territoire et évaluation des politiques déjà menées, l'ABS doit faciliter l'émergence et l'élaboration des politiques sociales futures de la commune¹.

1 « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », *op.cit.*, p. 22.

Le besoin de connaissances objectivées des caractéristiques de la population (dont découlent d'éventuels besoins non couverts, y compris dans une perspective quantitative), la pertinence et l'efficacité des actions menées laissent deviner dans certains cas une véritable inquiétude quant à la capacité à faire face à des besoins croissants ou mal anticipés. Les débats et orientations portés au niveau national, trouvant un écho dans les observations locales (en matière d'isolement, de précarisation), et d'éventuels travaux de projection confèrent une acuité singulière à ce champ particulier d'intervention de l'action sociale facultative.

Le dernier outil de connaissance formalisé, parfois cité, est l'évaluation de l'action qui doit permettre d'interroger la pertinence, de révéler le cas échéant de nouveaux besoins et, *in fine*, de faire des choix, des réorientations. C'est ici à la fois le contexte budgétaire contraignant et, parfois, le constat que certaines actions ne sont pas utilisées par les populations visées, qui motivent l'exercice. Les élus évoquent le besoin d'un minimum de bilan : « On a empilé des tas de choses. On n'ose pas tout démonter. On va faire le bilan », et d'ajouter aussitôt « Chaque élu sait bien si quelque chose est utile ou pas », rappelant ainsi l'idée et l'importance d'une connaissance directe de proximité. Et ce sont effectivement des bilans qui sont le plus souvent réalisés : le suivi des réalisations, le nombre de bénéficiaires, leurs caractéristiques et leur évolution au fil des ans, sont utilisés pour évaluer la pertinence des actions et indiquer des tendances. Une directrice de CCAS évoque ainsi « un bilan quantitatif et puis un contrôle de l'utilisation ». D'autres parlent de nécessaire « remise à plat » des aides, de ré-interrogation générale pour gagner en lisibilité, de recentrage sur des principes (politiques) d'intervention ; dans un département, des aides facultatives jusque-là réservées aux âgés ont été incorporées à la ligne commune des aides d'urgence, disparaissant d'une certaine façon du même coup, en vue d'un gain de lisibilité. Il n'est pas là question d'évaluation.

Les évaluations, quand elles existent, sont souvent ponctuelles ; elles se traduisent généralement par l'envoi de questionnaires par courrier ou par l'interrogation des bénéficiaires par les personnes qui sont en contact avec eux. Elles conduisent parfois à des ajustements de l'offre de services.

« On fait passer un questionnaire : depuis 2002, c'est une obligation. Une fois par an normalement. On le diffuse à l'ensemble des usagers. On essaie d'avoir le plus de réponses possibles. Ce n'est pas encore précis mais ça nous fait évoluer des fois. L'année dernière par exemple, on envoyait les élèves infirmières ou aides-soignantes sans prévenir. Le questionnaire a montré que les bénéficiaires n'aimaient pas trop ça. Maintenant, on demande. » (Une responsable de service à domicile au sein d'un CCAS)

Les quelques évaluations, au sens strict du terme, qui ont pu être recensées concernent des actions particulières : soit des actions financées par des structures nationales – c'est le cas notamment de l'ensemble des projets et expérimentations soutenus par la CNSA –, soit des actions particulièrement innovantes où la collectivité a intérêt à mettre en valeur les résultats positifs et concrets de ses actions si elle souhaite les pérenniser.

Un des départements étudiés, particulièrement novateur dans son offre de services et misant beaucoup sur la prévention de la perte d'autonomie, est ainsi engagé dans une démarche d'évaluation quasiment « en continu », mobilisant de multiples partenaires : la Région, l'ARS, des entreprises, un pôle de compétitivité, etc. Une de ces actions mises en œuvre est évaluée mais les améliorations du dispositif en cours d'expérimentation auprès d'un nombre réduit de bénéficiaires sont également suivies de près.

Dans un autre département, une initiative portée dans le cadre du Plan national Alzheimer à l'échelle du département s'est vue proposée pour un élargissement au territoire régional à l'issue d'une évaluation ayant montré l'utilité du dispositif.

Un autre département est particulièrement actif dans une politique de soutien à l'habitat adapté. Les différentes expérimentations menées sur le territoire départemental sont *a minima* suivies pas à pas par des comités de pilotage réunissant les différentes parties prenantes. Par-delà les bilans parfois réalisés après enquête auprès des locataires, des évaluations formelles sont annoncées pour tirer les enseignements de ces expérimentations et apprécier les conditions de leur possible déploiement.

Dans les exemples observés – dont il n'est guère possible de tirer de conclusions générales –, il apparaît que les exercices obligatoires ne permettent pas toujours de répondre complètement aux besoins d'information exprimés.

Le nécessaire travail d'enquête et d'observation quasi sociologique est au fond assuré de manière quotidienne et informelle par les acteurs eux-mêmes – acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge de la perte d'autonomie –, qui partagent et font émerger des problématiques nouvelles (par exemple l'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation), et élus qui revendiquent d'une certaine manière le fait de savoir ce qui doit être fait.

La valeur du contact direct avec les bénéficiaires

L'action sociale facultative est une manifestation forte de la proximité des élus à l'égard de leurs administrés. Elle a une valeur à la fois symbolique (par exemple les repas des anciens ou les colis de Noël) et très concrète puisque certains élus disent chercher à répondre aux besoins directement exprimés. Ceci est vrai surtout dans les communes et *a fortiori* dans les plus petites où il existe souvent des relations interindividuelles entre élus et citoyens. On soulignera par ailleurs ici que c'est bien souvent l'élu de référence qui, en dehors des heures ouvrables, est d'astreinte pour répondre à telle ou telle urgence et qui, dans certains cas, décide de l'attribution de certaines aides facultatives.

Les élus rencontrés au niveau des communes revendiquent pour certains la paternité de tel ou tel dispositif, plus ou moins inscrit dans une ligne d'intervention explicite.

Un élu évoquera par exemple, dans le cadre d'une politique d'action sociale visant globalement à rompre l'isolement des personnes, la mise en place d'un service gratuit de petit bricolage à domicile, dont il décide de l'attribution au regard de la nature des travaux et de l'état de la personne demandeuse. Interrogé sur le fondement des actions facultatives mises en place, l'élu répond très clairement « j'ai observé les gens ; on a répondu aux besoins ».

Dans une intercommunalité, une élue a posé la problématique autour de laquelle devait se développer l'action sociale facultative – le repérage des personnes isolées. C'est là avant tout l'une des missions des élus sur le territoire rural de cette petite communauté de communes. Chaque maire assure à son niveau une mission de veille auprès des personnes âgées, mais il revient aux services du CIAS de proposer et de tester des dispositifs attractifs pour les personnes isolées sur le territoire.

Dans certaines collectivités, des élus, eux-mêmes médecins, gériatres, ou venant de la mutualité, développent une approche professionnalisée et spécifique des besoins des personnes âgées.

Il est toutefois arrivé que certaines idées, portées par un élu, n'atteignent pas l'objectif visé, faute, selon les services, d'analyse suffisante du besoin.

Ainsi dans une commune où, suivant l'idée d'une élue, un service de portage de courses à domicile avait été mis en place, il y a quelques années, avec l'idée d'apporter en sus une aide aux démarches administratives, pour le logement, etc. Le but était de construire avec la personne âgée une relation de confiance qui permette d'avoir une vue d'ensemble sur toutes les problématiques rencontrées dans la vie quotidienne et d'essayer de trouver des solutions. Quelques années après, le service demeure en réalité un simple portage de courses. « C'est un bon exemple d'un service pas assez pensé qui émerge de relations que peuvent avoir les adjoints avec la population dans les petites communes. Des fois, ça tombe à côté. » (Une cheffe de service dans un CCAS)

Dans la mise en œuvre ou la transformation d'une idée née d'une forme de proximité avec la population, les services et les professionnels de l'intervention médico-sociale jouent un rôle fondamental. Ils sont en effet eux aussi au contact de la population cible, au quotidien, ils entrent dans les demeures, dans les établissements de soins le cas échéant et sont bien en mesure d'identifier les « situations-problèmes ». Parce qu'ils sont en contact avec les bénéficiaires ou d'autres acteurs du secteur, ils sont confrontés aux demandes et difficultés liées à l'accompagnement concret des personnes, d'ailleurs tant sur l'aide légale que sur l'action facultative. Pour les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, le lien direct avec les bénéficiaires apparaît comme le meilleur moyen pour faire évoluer l'accompagnement, surtout au niveau individuel mais aussi parfois plus globalement. Certains s'organisent même pour fiabiliser ce mode de remontée d'informations.

« On a le personnel qui voit les bénéficiaires tous les jours. Avant de partir distribuer les repas, il y a un échange entre les intervenants qui font aussi le portage de courses et de médicaments. Ensuite, un *debrief*. Il y a aussi un cahier de liaison. Quand une personne ne va pas bien, on a un retour « vérifié » et on prévient l'infirmière ou le médecin. » (Une responsable de service d'aide à domicile)

La connaissance des besoins peut enfin se constituer à partir de l'expérience d'autres professionnels. Certaines aides émergent ainsi à la suite des interpellations des collectivités par d'autres acteurs du territoire.

« On a créé cette aide en 2000 à la suite d'une sollicitation par un service de soins palliatifs à domicile. Dans le cadre d'un retour à domicile, la partie « soins » était en effet assurée mais rien n'était prévu par ailleurs pour l'accompagnement. On y a réfléchi et on a mis en place une prestation d'aide à domicile de 10 à 20 jours pour les personnes âgées et les personnes handicapées dès qu'elles sont prises en charge par un réseau de soins palliatifs à domicile. On l'a étendue progressivement et l'ensemble du territoire en bénéficie maintenant. Il n'y avait pas de réponses à ce type de problématique donc l'élu a décidé de faire quelque chose. L'apparition de cette aide est sans doute un peu particulière car normalement, ça vient de l'interne. » (Une responsable de service dans un département)

La proximité des services et des élus avec les bénéficiaires constitue ainsi souvent la première inspiration et le premier retour sur la pertinence d'une action. Le principal inconvénient dans ce cas est que l'action ne peut par définition que porter sur la population dont le besoin a déjà été identifié, et non celle qui serait en situation de non-recours.

La place relativement restreinte de la consultation des usagers

Les démarches participatives, qui s'efforcent d'associer la population des personnes âgées aux décisions qui les regardent, élargissent *a priori* le public visé. Il s'avère toutefois que ces démarches sont encore limitées dans leurs effets.

À la différence des personnes en situation de handicap, les personnes âgées ne semblent pas disposer d'une représentation suffisante permettant d'inciter les collectivités, et notamment les départements, à agir. Ainsi le rapport de restitution de la concertation sur le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement soulignait-il en début d'année 2014 : « Il faut tenir compte de la parole des personnes en situation de handicap et des âgés eux-mêmes dans l'élaboration des politiques publiques, et s'en donner les moyens, notamment pour le secteur des personnes âgées, dont la représentation est encore peu structurée aujourd'hui²¹. »

²¹ Rapport de restitution de la concertation sur le projet de loi « Adaptation de la société au vieillissement », 12 février 2014, p. 43.

Les comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA – encadré 5), principales organisations représentatives des retraités et personnes âgées au niveau des départements, font effectivement depuis 2012 l'objet d'un dialogue avec l'Assemblée des départements de France (ADF) en vue d'une modernisation de leur fonctionnement et d'un élargissement de leur socle de mobilisation. L'ADF insiste en effet sur le fait que les retraités, aujourd'hui principalement consultés sur les questions médico-sociales liées à la perte d'autonomie – notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas –, « seraient légitimes à intervenir et à délivrer leurs avis et propositions sur des domaines bien plus larges ayant des conséquences sur leur vie quotidienne »²².

Sur les terrains visités dans le cadre de cette étude, le rôle des CODERPA a en effet peu été mentionné.

« Le CODERPA, il n'est pas très actif au niveau du département. Leur principale action, c'est la Semaine Bleue²³, une semaine consacrée à l'animation auprès des personnes âgées, établissements et domicile, etc. Il y a des spectacles, une chorale. » (Un vice-président de conseil départemental)

Au niveau local, ce sont souvent les associations, notamment celles qui participent au CNRPA, qui représentent les personnes âgées. L'Union nationale des retraités et personnes âgées (UNRPA) est par exemple très active. En plus de sa participation au CNRPA et aux CODERPA, elle est également présente dans certains CCAS et CLIC ou dans les commissions des ARS. Le réseau Générations Mouvement – les Aînés Ruraux est également présent. Si les collectivités, et en particulier les communes, permettent parfois aux membres de ces associations de se réunir, notamment en mettant régulièrement des locaux à leur disposition, les liens sont parfois plus forts du fait de la proximité de certains de leurs membres avec l'équipe municipale – certains élus rencontrés étaient d'ailleurs membres de ces associations.

On peut toutefois relever des situations où la mobilisation directe des personnes âgées d'une collectivité a été adoptée pour refondre la politique locale.

Dans une commune, l'ancienne équipe municipale avait au départ pour projet d'investir la problématique du logement des personnes âgées, celle-ci ayant en effet été identifiée par les élus. Le début du mandat a toutefois donné lieu à la mise en place d'un vaste projet de réflexion et de concertation, relevant du « design de services », auprès des personnes âgées, mais incluant aussi le reste de la population, pour déterminer quels étaient précisément les besoins des aînés sur le territoire de la commune. Le projet de résidence imaginé au départ est rapidement apparu comme une solution inappropriée. L'action de la commune s'est finalement orientée vers l'intégration des aînés dans la vie locale *via* notamment l'animation. Elle développe ainsi, en partenariat avec d'autres acteurs locaux, un riche programme d'activités diverses, assurant, si nécessaire, le transport des personnes.

Dans une autre commune, le conseil communal des aînés est mobilisé pour travailler sur des projets au profit de la « solidarité entre les générations ».

L'enjeu d'une co-construction des actions avec les personnes âgées elles-mêmes réside dans leur adhésion, leur participation à ce qui est proposé par les collectivités dans un esprit de prévention et de protection des plus vulnérables. Soucieux de respecter les libertés individuelles, les acteurs ne peuvent imposer aux personnes âgées un plan d'aide ou une participation à des activités conçues comme autant de moyens de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie. Les questions de l'adhésion et de la participation sont souvent ressorties dans les discours, comme l'expression d'une forme de dépit face à la difficulté de toucher ces publics. Pour pallier ces obstacles, certaines collectivités associent à leurs réflexions les présidents de clubs d'anciens du territoire. Une commune visitée a, elle, conduit avec les anciens issus de l'immigration un travail participatif au niveau des quartiers prioritaires de la politique de la ville, afin de faire émerger un diagnostic et des idées émanant des personnes elles-mêmes.

La possibilité d'une concertation va ainsi de pair avec la connaissance et la compréhension des besoins, mais également avec la réussite d'une action sociale soucieuse d'aller au-devant des besoins des plus fragiles.

Quelles que soient les sources de connaissances et l'analyse des besoins réalisés, les collectivités, compte tenu notamment de leur situation financière, des orientations nationales et de l'action des autres acteurs, réalisent *in fine* des arbitrages : répondre à des cas urgents, conserver des actions ou services anciens, anticiper et développer une offre de services innovante, etc. Elles investissent selon leur sensibilité et leur perception des enjeux liés au vieillissement sur leur territoire un ou plusieurs de ces positionnements, soucieuses de l'évolution des besoins à venir.

²² Protocole d'accord ADF/organisations représentatives des retraités et personnes âgées, 24 avril 2013.

²³ La Semaine Bleue est la semaine nationale des retraités et des personnes âgées. Elle a été lancée en 1951 et était alors dénommée « Journée des Vieillards » par le ministère de la Santé publique et de la Population.

ENCADRE 5

Le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)

« Le CODERPA est une instance consultative placée auprès du président du conseil [départemental]¹. » C'est un lieu de dialogue, d'information, de réflexion et de proposition. L'instance peut être consultée sur les projets d'application territoriale des textes réglementaires concernant les personnes âgées ou se voir confier par le président du conseil départemental une mission au bénéfice des personnes âgées. Elle peut aussi débattre de toute question concernant les personnes âgées.

Sont mis à sa disposition des moyens matériels et financiers nécessaires à l'accomplissement de ses différentes tâches. Il se réunit au moins 3 fois par an en assemblée plénière sur convocation du président ou à la demande d'un tiers au moins de ses membres.

Le CODERPA comprend 16 représentants d'associations et organisations de retraités à l'image de celles retenues dans la composition du comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) – le président du conseil départemental peut éventuellement désigner des représentants d'autres associations ou organisations de retraités représentatives localement –, 5 professionnels en activité dans l'action sanitaire et sociale en direction des personnes âgées, 5 personnes représentant les collectivités locales et les organismes financeurs, ainsi que 4 personnes qualifiées.

Il est prévu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de remplacer les CODERPA par les comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

¹ Article 57 de la loi sur les responsabilités locales : loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

L'action sociale vue par le département et la commune

Selon l'article L. 113-2 du Code de l'action sociale et des familles, « le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées » ; pour ce faire « il coordonne [...] les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public ». Le département a donc une mission de mise en cohérence des actions des acteurs, sans préjudice des prérogatives des communes et des intercommunalités.

Sur le terrain, la manière dont s'incarne le rôle de chef de file du conseil départemental semble assez dépendante de la capacité du département à impulser et mettre en œuvre une action sociale facultative par-delà sa responsabilité en matière d'aide sociale légale. Le poids de l'APA dans le budget du département agit pour partie sur la capacité de la collectivité à conserver les marges nécessaires à la promotion d'une aide facultative adaptée aux particularités du territoire.

Certains départements rencontrés considèrent que l'action sociale facultative est un moyen d'exercer leurs capacités d'initiative et d'impulser une politique sociale globale sur le territoire. On peut ainsi observer, selon des orientations et modalités très variées, un investissement fort des départements dans le champ de la prévention, avec la volonté explicite de porter des politiques innovantes, partenariales, qui entraînent les communes du territoire.

Dans un département, alors que les dépenses liées à l'APA semblent avoir atteint un palier, le conseil départemental a fait le choix de maintenir des aides facultatives individuelles plutôt avantageuses tout en développant l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour une diffusion de l'information et dans une optique de prévention. Cette approche est perçue comme adaptée à une population urbaine et plutôt bien connectée. Les services ainsi proposés à distance couvrent l'ensemble du département, sous réserve de l'équipement des personnes âgées.

Un autre département a tout d'abord pris l'initiative d'une politique à destination des structures : de soutien à la modernisation des services d'aide à domicile, d'investissement dans les EHPAD. Par ce biais, il contribue à contenir l'évolution des tarifs des services proposés et influe donc sur les conditions financières d'accès des particuliers dans les communes. Le département copilote par ailleurs un programme de logements adaptés aux besoins des personnes âgées, dont les différentes réalisations se déploient en coordination avec les communes d'expérimentation. Pour ce département, investir le champ de la prévention – et ne pas rester sur celui de la seule dépendance – est une façon d'assumer son rôle de chef de file sur le territoire.

Un autre département défend une politique d'innovation, à la fois de prise en charge du vieillissement et de développement économique du territoire. La position défendue est celle d'un département qui investit, qui couvre le territoire de son action tout en étant ouvert et à l'écoute des communes et intercommunalités qui sont forcées de proposition et partenaires dans la mise en œuvre.

Ailleurs, un département va s'imposer dans un rôle de pilotage en imposant aux CLIC de son territoire, qu'il subventionne au titre de l'action facultative, un logiciel commun permettant un meilleur suivi de l'activité ; *in fine*, il

pourrait ainsi devenir possible de mieux adapter la subvention versée aux CLIC à leur activité réelle. En écho à cet exemple, ce témoignage d'une commune d'un autre département évoquant la stabilité depuis dix ans de la subvention accordée à son CLIC, non actualisée.

Les communes font quant à elles valoir leur réactivité et leur capacité à agir au plus près de leurs administrés, en fonction de besoins spécifiquement identifiés, mais avec des moyens nécessairement très inégaux selon les territoires. Cette notion de proximité va d'ailleurs de pair avec le souci très présent de veille et de repérage des situations d'isolement.

« On a la volonté de faire des choses non faites par nos partenaires ; on veut se mettre dans les interstices. »
(Une élue communale)

La manière dont est perçue, ou connue, l'action du département est extrêmement variable d'un territoire à l'autre et dépend tout à la fois de la taille des communes, de leur capacité à développer une véritable action sociale facultative en toute autonomie, et des aléas de la vie politique.

Dans un département, les communes, quoique très différentes les unes des autres, sont peu nombreuses et généralement de taille importante. Elles sont de ce fait très « autonomes », à même de mettre en œuvre *via* leur CCAS une action facultative structurée et visible et sont *a contrario* peu « attentives » à l'action du département, ne serait-ce que pour pointer le cas échéant telle diminution dans les financements ou incertitudes dans les décisions à venir.

Dans un autre département, les situations observées au niveau des communes sont très contrastées, et l'influence des positions politiques est particulièrement prégnante. Alors que certaines communes s'inscrivent pleinement dans la dynamique initiée par le département, d'autres semblent se tenir à l'écart et décrivent des relations distantes : la commune reste alors repliée sur ses actions propres et semble ignorer ou ne pas se sentir concernée par l'action du département.

Ailleurs, une commune défend très explicitement son échelon de proximité face à une intervention du Conseil départemental, connue d'elle, mais contestée sur sa pertinence et son efficacité, jugée ne pas intervenir « au bon échelon ».

Au-delà d'une dimension politique, communes et conseils départementaux sont partenaires sur le terrain (éventuellement au sein d'un même bâtiment) et partenaires financiers ; les agents insistent sur cette interaction permanente – dans le cadre des évaluations de l'APA notamment qui se font parfois en duo.

De plus, la dimension financière est assez présente dans les relations entre collectivités. Ainsi le conseil départemental, lorsqu'il est parfois amené à réduire son action sociale facultative propre, peut susciter chez les personnes âgées la recherche de services auprès de la commune²⁴ pour répondre à leurs besoins. Le département finance par ailleurs – en le présentant comme partie intégrante de son action facultative –, certaines actions mises en œuvre dans les communes (subventions apportées aux CLIC, financements dans le cadre du Plan canicule, mais aussi de manière indirecte au travers de l'aide aux structures notamment). Des réductions sont évoquées par les communes, qui ont généralement pris à leur charge la dépense et maintenu le service. De manière plus générale est évoqué à l'échelon communal ce qui apparaît comme un repli des départements sur leurs missions obligatoires, une forme de désengagement lié aux contraintes budgétaires. Cela peut se traduire simplement dans les manières de travailler des services, dans la répartition de la charge entre les unités territoriales d'action sociale (UTAS) et les CLIC par exemple.

Ainsi un département, désireux de conserver une action sociale facultative à destination des personnes âgées mais contraint à un plan d'économie d'ensemble, a-t-il procédé à un examen systématique de ses aides facultatives, remettant à plat l'ensemble du dispositif légal et facultatif. L'idée directrice était que le département ne devait pas se substituer à d'autres aides, et que les personnes devaient être d'abord orientées vers les aides existantes. Toutes les politiques facultatives du département ont alors été concernées, pas seulement celles à destination des personnes âgées. Une telle révision devait permettre de conserver un espace pour des « choix politiques ».

Un autre, qui vient de finaliser son schéma départemental, n'a pas encore refondu ses aides facultatives. Toutefois la direction dédiée aux personnes âgées explique que « les aides facultatives pourront être amenées à évoluer dans les prochaines années ; le schéma est ambitieux en termes d'objectifs. Les actions facultatives étaient posées de manière figée depuis quelques années. On va être obligé de les regarder de près. »

²⁴ Il n'était pas possible, dans le cadre de cette étude, d'analyser finement ces effets de transfert éventuel.

L'intercommunalité, un moyen de développer ou d'étendre les services au bénéfice du territoire

La loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 a reconnu le rôle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) en termes d'action sociale *via* la création d'une compétence optionnelle spécifique dite « action sociale d'intérêt communautaire ». En 2010, 33 % des communautés de communes et d'agglomération avaient retenu ces modalités²⁵. Encore beaucoup d'intercommunalités (31 %) avaient cependant conservé l'action sociale comme une simple compétence facultative.

La majorité des acteurs rencontrés au niveau des communes, qu'elles appartiennent ou non à un EPCI développant des actions à l'égard des personnes âgées, mettent en avant les avantages offerts par la mutualisation : proposer à leurs administrés un service qu'ils n'auraient pas été en mesure de développer seuls, se professionnaliser pour améliorer le service rendu mais aussi sa gestion. Il est question d'efficacité, d'efficience, de qualité, mais aussi d'égalité de traitement.

Dans une commune n'ayant pas transféré l'action sociale destinée aux personnes âgées à la communauté, le sujet est toutefois évoqué. L'intercommunalité, jugée compliquée d'un point de vue politique, est toutefois considérée comme une évolution technique nécessaire. Est ainsi citée pour exemple la situation résultant de la non-mutualisation des services : alors que la ville propose à ses administrés un service de portage de repas, les habitants des communes environnantes doivent recourir aux services des associations ou du secteur privé, avec des conditions tarifaires et de service qui seraient moins avantageuses. Les plans d'aide de l'APA tiendraient compte de ces différences en préconisant alors plutôt de l'aide à domicile.

Sur les territoires plutôt ruraux, généralement plus pauvres et où les communes peuvent avoir des difficultés à agir seules, cette mutualisation peut être perçue comme un moyen de répondre aux besoins d'une population âgée à la fois nombreuse et dispersée.

Il en est ainsi d'une communauté comprenant plusieurs dizaines de petites communes isolées et à la population vieillissante, de plus relativement éloignées des services centraux du département. Un CIAS y avait été créé précocement pour s'occuper avant tout de la petite enfance. Le transfert des compétences de l'action sociale y est aujourd'hui complet. Du point de vue des actions menées, ce changement s'est traduit par l'extension aux territoires ruraux de ce qui était jusque-là offert dans la ville-centre, par exemple pour le portage des repas à domicile. Les interlocuteurs ont pu même parler de « professionnalisation de l'action sociale » pour l'ensemble du territoire.

Dans une autre communauté de communes, il est proposé aux personnes âgées du territoire un service de portage de repas à domicile. Dans les faits, l'action est chapeautée et financée – pour les moyens humains et matériels – par l'EPCI, mais elle est mise en œuvre à travers une délégation de service public faite au CCAS de la plus grosse commune de l'intercommunalité, en l'absence de CCAS disposant de salariés dans les autres communes. Un peu plus de 50 % des repas sont servis dans la commune dont le CCAS porte l'action.

Dans une autre communauté de commune enfin, la décision vient d'être prise de fusionner des services d'aide à domicile, créés de longue date et portés par différentes entités publiques sur des périmètres complémentaires, et de transférer le service ainsi formé sous l'égide de l'EPCI, afin de proposer un service identique, en termes de tarif mais aussi de qualité d'intervention, à l'ensemble des personnes âgées du territoire.

Pour le conseil départemental, le transfert au niveau des intercommunalités aurait en outre pour avantage d'améliorer la lisibilité des actions menées par les communes. En écho, des intercommunalités très actives sur la politique à l'égard des personnes âgées ont pu apparaître en concurrence avec le département.

Un équilibre en matière de compétence sociale difficile à trouver entre les acteurs

Le processus de l'intercommunalité n'est pas neutre. Les inquiétudes portent sur les changements d'équilibre politique ou les enjeux économiques. Il en va aussi d'une certaine vision du service de proximité et de la qualité qui lui est associée.

Dans un cas, la constitution de l'intercommunalité étant imminente pour les services d'aide et de maintien à domicile, la crainte a ainsi pu être exprimée d'une diminution de la qualité du service rendu tant par la perte de proximité que par l'inquiétude concernant les moyens humains mis à disposition du service nouvellement mutualisé. Pour autant, un tel changement était jugé intéressant pour des raisons d'égalité de traitement sur l'ensemble de la communauté de communes.

²⁵ « L'action sociale intercommunale – Enjeux, réalité et perspectives d'évolution », Assemblée des Communautés de France (AdCF), septembre 2010.

On a observé par ailleurs, à plusieurs reprises, l'attachement des communes à certaines actions facultatives historiques, notamment les repas aux anciens déjà évoqués, qui sont demeurées du ressort des communes au moment du transfert de compétences. Un responsable de CCAS l'exprime très clairement à propos d'un projet de CIAS : « Un CIAS ? C'est en discussion. La commune reste attachée à certaines choses : le repas des aînés, le voyage des aînés, c'est très politique, il y a un certain attachement autour de ces actions. Du coup, traiter *via* le CIAS l'intégralité de la compétence sociale, c'est compliqué. »

Dans une commune-centre d'intercommunalité, toute l'action sociale a été transférée au CIAS... sauf les repas des anciens... et les centres sociaux implantés dans certains quartiers de la ville. Ces centres participent pleinement à la mise en œuvre d'une action sociale à destination des personnes âgées, selon une vision développée en fonction des besoins d'un quartier, mais avec une ouverture sur la ville et au-delà. Activités manuelles et artistiques, ateliers jeux de société, ateliers « maintien de l'équilibre » sont ainsi proposés aux aînés du quartier mais ouverts à tous. Les responsables décrivent cette action comme très complémentaire de ce qui est proposé par le CIAS ; lorsque ce dernier vise par ses actions à lutter contre l'isolement des personnes âgées, les projets mis en œuvre par les centres sociaux visent la mobilisation des personnes dans le cadre d'une politique de développement social des quartiers.

La constitution de l'offre : une cartographie complexe des réseaux et des partenariats

L'action sociale des collectivités en faveur des personnes âgées s'appuie sur d'autres intervenants, qu'ils soient publics, privés à but lucratif ou associatifs, nationaux (en particulier au travers de financements de la CNSA) ou locaux, agissant dans le champ du soin, de la prévention, de la cohésion sociale, du loisir, ou encore de l'accompagnement au sens large. Ces multiples acteurs et terrains d'action interagissent eux-mêmes à divers niveaux et échelles de territoires, et selon des modalités variées (financement, pilotage, mise en œuvre, etc.).

Par-delà les positions et enjeux entrevus entre niveaux de collectivités, les rencontres de terrain révèlent globalement qu'il y a, de la part des acteurs, une visibilité et une connaissance très inégales de l'action portée par les « autres ». La question du « qui fait quoi ? » est un sujet pour les acteurs de terrain eux-mêmes.

Cet état de fait semble résulter de la conjugaison de plusieurs éléments et joue aussi bien entre niveaux de collectivités qu'au sein d'une collectivité elle-même :

- l'intrication très forte du légal et du facultatif ;
- l'imbrication de ce qui relève de l'action sociale à destination des personnes âgées, d'une part dans les dispositifs médico-sociaux de prise en charge gériatrique, d'autre part dans des politiques thématiques (logement, loisirs, culture, politiques de la ville notamment) ;
- la multiplicité des partenariats, des cofinancements, voire des rattachements ou délégations de personnels.

De ce fait, le territoire de la commune, celui du département, celui de l'intercommunalité le cas échéant, ne sont que pour partie les territoires réels de conception et de mise en œuvre des actions à destination des personnes âgées. En plus des échelons des collectivités étudiées, on peut citer les agences régionales de santé (ARS), les CARSAT (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail au niveau régional), les caisses régionales de la MSA, les éventuelles directions régionales des groupes de protection sociale, les associations, etc. ; le « pays » et, plus généralement, les territoires infradépartementaux – mais plus grands qu'une intercommunalité –, avec les réseaux gériatriques, les contrats locaux de santé, parfois les parcs naturels régionaux²⁶, etc. ; et enfin les « quartiers » avec, par exemple, les ateliers santé-ville et les centres sociaux.

Les interlocuteurs rencontrés ont souvent une vision partielle des actions mises en œuvre, et parfois des financements disponibles ou possibles. Certains interlocuteurs s'expriment très directement sur cette complexité ; la connaissance de l'écosystème dans lequel ils s'inscrivent est systématiquement mentionnée comme une difficulté dans le travail des services administratifs.

« Une difficulté ? Je dirais la coordination des différents acteurs, la circulation de l'information : qui fait quoi ? pour qui ? etc. » (Une directrice de CCAS)

²⁶ Ils peuvent en particulier participer au financement d'actions d'animation.

« Il n'y a pas de difficulté mais un élément qui doit appeler à la vigilance : le lien soin, social et médico-social pour éviter la juxtaposition des dispositifs. On a peu de suivi des plateformes d'accompagnement et de répit²⁷ par exemple ; c'est l'ARS qui gère. L'implication du département vis-à-vis des services d'aide à domicile ou le pilotage des CLIC sont, eux, mal connus côté État. » (La directrice de l'autonomie d'un conseil départemental)

Les travaux d'état des lieux menés à l'occasion des schémas départementaux n'entrent pas dans ce détail d'intervenants. Les tentatives de regroupement des services, regroupant les volets médico-sociaux et prévention, participent toutefois de cette volonté de dialogue et de clarification.

Les situations observées varient en fonction d'éléments empruntés à la géographie, à l'histoire et à la vie politique du territoire, et plus certainement parfois en fonction des personnes et personnalités qui ont porté une dynamique. Le nombre et la taille des communes du département semblent de fait jouer de manière significative tant sur les liens des collectivités entre elles qu'avec les autres partenaires.

Dans un département comprenant plusieurs centaines de communes, le conseil départemental dispose d'une connaissance très relative des actions que ces dernières développent. Seuls les dispositifs des villes principales (moins de dix) sont identifiés²⁸.

Dans le département rural étudié, la collaboration est facilitée par la présence d'un nombre d'acteurs restreint et par la nécessité d'agir, puisqu'il s'agit aussi d'un département dont le taux de vieillissement est important. « On n'est pas beaucoup, on se connaît tous. » (Une directrice de CCAS)

Les collectivités locales rencontrées travaillent donc avec et sont influencées par un nombre important d'acteurs, plus ou moins présents sur les territoires, et dont l'action tantôt s'est avérée pérenne et parfaitement intégrée à la politique d'action sociale, tantôt plus aléatoire et fragile.

Les termes de partenariat, de réseaux sont souvent prononcés, sur le thème « on travaille beaucoup en réseau sur notre territoire » ou bien « on travaille beaucoup en partenariat avec le tissu associatif sur notre commune »²⁹. Il semble que ces propos renvoient à différentes réalités.

- Les intervenants auprès des personnes vieillissantes, dépendantes, et de leurs aidants appartiennent à des sphères différentes, agissent selon des cadres et des échelles d'intervention (schémas, contrats, réseaux...) qui se superposent ; les réseaux ainsi tissés *via* les implications multiples des uns et des autres sont ici, comme sur d'autres sujets, difficiles à retracer, et, pour les acteurs eux-mêmes, à lire et maîtriser.
- Les intervenants rencontrés expriment souvent le fait qu'ils ont à travailler sur les parcours des personnes vieillissantes – la perte d'autonomie à accompagner dans le temps ; le parcours au sens propre également, pouvant alterner périodes en institution, à l'hôpital et au domicile, avec des modifications de prise en charge s'appuyant sur des acteurs et des aides légales ou facultatives. Pour ce faire, « il faut suivre le parcours de vie des personnes âgées et pouvoir s'adapter et gérer les liens avec les différents partenaires » (un chef de service personnes âgées-aide à domicile du département). Sont par exemple souvent pointées les situations délicates occasionnées par les retours d'hospitalisation, et la nécessité de penser collectivement l'articulation établissement - domicile - services de soins - services d'aide.
- Enfin, les collectivités évoquent la manière dont elles s'appuient sur le tissu associatif pour mettre en œuvre des actions menées auprès des personnes âgées. Le rôle des grandes associations (Croix-Rouge, Secours catholique, Les petits frères des Pauvres...), est généralement évoqué au titre des partenariats noués avec le CCAS. L'inclusion de leurs interventions dans la présentation de l'action sociale à destination des personnes âgées est moins systématique.

Une commune accorde par exemple une subvention à l'association Les petits frères des Pauvres. Elle n'affiche pas directement cette action comme un pan de sa politique à destination des personnes âgées. Pourtant, Les petits frères des Pauvres, avec le soutien d'une institution de prévoyance, développent sur son territoire le « Voisin-âge » : une action qui vise à mettre en relation des personnes âgées avec leurs voisins pour rompre l'isolement des âgés.

²⁷ La plateforme d'accompagnement et de répit est un dispositif qui offre une palette de solutions pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

²⁸ Toutefois les plus petites communes ne peuvent développer en général qu'une action sociale facultative relativement « réduite ».

²⁹ Il s'agit bien ici des points de vue des collectivités, l'enquête de terrain n'a pas donné lieu à la rencontre d'acteurs associatifs ou d'autres acteurs institutionnels (ARS, CARSAT, etc.).

Ce sont dès lors les projets et démarches menés par les différents acteurs et les méthodes de travail de chacun qui peuvent contribuer à tisser les liens. Certains diagnostics donnent l'occasion aux collectivités de se réunir avec leurs partenaires puisqu'en plus de l'identification des besoins de la population, il s'agit d'examiner ceux qui ne seraient pas couverts au regard de l'offre déjà existante. Dans le cadre des schémas départementaux par exemple, des démarches « participatives », parfois longues – des travaux ont duré plus d'un an –, sont souvent mises en place : parmi les partenaires du département on retrouve systématiquement l'ARS, la CARSAT, la MSA, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) du territoire, mais la participation des communes est, elle, plus rare.

La présence des partenaires à ces réunions ne signifie pourtant pas nécessairement qu'ils s'engagent, ou peuvent s'engager, dans une démarche collaborative. Si le schéma départemental apparaît comme un outil de référence pour le département, sa connaissance par les autres acteurs du territoire est en revanche très disparate : les interlocuteurs communaux rencontrés se sont le plus souvent montrés discrets à ce sujet, évoquant l'implication probable de la commune dans le processus, par le biais d'une enquête par exemple, mais sans plus de connaissance que cela du résultat.

Enfin, c'est parfois un projet spécifique, comme un contrat local de santé, ou particulièrement innovant qui va amener les acteurs à travailler ensemble et à communiquer sur leur action.

Une commune a ainsi pris l'initiative de rencontrer le conseil départemental et la région pour leur présenter la démarche participative innovante d'animation locale qu'elle était en train de mettre en place. L'élue explique : « Ça nous a semblé évident de les [ici, la direction de l'autonomie du conseil départemental] informer de ce qu'on faisait. On voulait mettre en place un comité de pilotage. On faisait la démarche d'aller les rencontrer ou de leur faire passer de l'information. On considérait qu'ils avaient une bonne connaissance du sujet de la perte d'autonomie et qu'ils avaient une vision plus large de ce qui se faisait au niveau du département. Ils pouvaient donc aussi nous apporter des idées ou donner des conseils. » Dans les faits, le département a effectivement aidé la commune en l'incitant à se rapprocher d'un service d'aide à domicile ayant une expérience ancienne dans l'animation.

Dans une communauté d'agglomération dotée d'un CLIC communautaire, a été réalisé un diagnostic gérontologique à l'échelle de l'EPCI, réunissant dans une démarche participative des médecins, des associations, des organisations syndicales de retraités. L'exercice a été perçu de manière positive et a permis à la commune rencontrée d'envisager par exemple des projets avec une association active sur les autres communes.

En définitive, il apparaît que les collectivités sont aujourd'hui dans une phase de construction et de consolidation de leur connaissance de ce que font les autres intervenants dans le domaine de l'aide aux personnes âgées ; il existe une conscience partagée que les actions doivent être mieux articulées pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes, et une compréhension que l'effort financier nécessaire incite à un exercice de repérage et d'inventaire commun dans lequel chacun peut exprimer sa position et ses priorités.

Glossaire

ABS : analyse de besoins sociaux

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ADF : Assemblée des départements de France

AdCF : Assemblée des communautés de France

ARS : agence régionale de santé

CAF : caisse d'allocation familiale

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : centre communal d'action sociale

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLS : contrat local de santé

CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNRPA : comité national des retraités et personnes âgées

CODERPA : comité départemental des retraités et personnes âgées

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : établissement public de coopération intercommunale

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

OPAC : office public d'aménagement et de construction

OPHLM : office public d'habitation à loyer modéré

Pact : mouvement pour l'amélioration de l'habitat

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SIAD : syndicat intercommunal d'aide à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UNCCAS : union nationale des centres communaux d'action sociale

UNRPA : union nationale des retraités et des personnes âgées

UTAS : unité territoriale d'action sociale

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison

ISSN : 1958-587X
