

Avril 2016

TERRITOIRES ET POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

(EXTRAIT DU RAPPORT 2015 DE LA CNSA)

Introduction

Les politiques de l'autonomie sont largement décentralisées et déconcentrées. Elles sont fortement ancrées sur les territoires, comme les personnes en situation de handicap et les personnes âgées auxquelles elles s'adressent, ainsi que les acteurs qui les mettent en œuvre.

Au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local, la CNSA est un acteur national au service de ces dynamiques territoriales. Garante de par la loi de l'égalité et de l'équité de traitement mais sans leviers d'action « coercitifs », elle agit par l'animation, la production d'outils partagés, et l'harmonisation des pratiques. Elle peut nourrir le diagnostic et le débat.

Considérer la personne âgée et la personne en situation de handicap comme habitantes et citoyennes de leur territoire de vie, et le territoire comme une ressource et un cadre de cohérence pour l'action, est ce qui peut faire sens face à la diversité et à la complexité de la dimension territoriale des politiques de l'autonomie.

La diversité des territoires est d'abord géographique, sociodémographique, en termes d'offre de service notamment sanitaire et médico-social. La diversité est aussi celle des registres territoriaux : des habitants, de la programmation de l'offre, de la répartition des compétences. La complexité tient notamment aux différents échelons de responsabilité institutionnelle, décentralisée et déconcentrée, qui s'y superposent : de proximité (local), de cohérence (départemental), de programmation (régional), de régulation (national).

Cette réalité hétérogène peut être source de complexité pour l'action, d'illisibilité et d'inégalités pour les personnes directement concernées.

Mais elle engendre également de la capacité à innover et à s'adapter à des réalités contrastées. Et chaque territoire est riche de ressources et d'énergies à mobiliser pour mettre en œuvre des politiques de l'autonomie conçues dans une logique inclusive, afin de toucher aux différentes dimensions de la vie et au lien social.

Les politiques de l'autonomie visent à compenser la perte d'autonomie et le handicap individuellement et collectivement, avec une dimension de prévention qui a vocation à s'affirmer. Elles appellent des approches transversales pour mieux prendre en compte les différentes dimensions de la fragilité et de la vulnérabilité et apporter aux personnes des réponses plus cohérentes, à partir des ressources présentes sur les territoires. Inscrites dans le champ des politiques sociales et de santé, elles ne s'y résument pas : d'autres politiques, très liées au territoire, sont des leviers majeurs au service de l'autonomie concrète des personnes : logement, transport, urbanisme, éducation, emploi, culture ou sport.

Dans ce contexte, le lien dynamique entre territoires et politiques de l'autonomie renvoie à de nombreux enjeux d'avenir qui doivent être réfléchis et travaillés collectivement.

Il est ici appréhendé selon trois approches complémentaires : l'observation de la diversité des territoires pour la réduction de la disparité des réponses ; le décloisonnement des politiques de l'autonomie et le soutien aux initiatives locales ; la société inclusive et le développement local.



I – Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses

Les politiques de l'autonomie se déploient dans un contexte de diversité des dynamiques territoriales et de disparités des réponses sur les territoires :

- diversité des caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques ;
- disparité de l'offre, marquée par le temps long de l'histoire des politiques sociales ;
- diversité des politiques locales, sur fond de décentralisation de l'action sociale, dont l'enjeu a été de mieux répondre aux besoins sur les territoires autour d'un projet politique.

Face à cette diversité, le Conseil de la CNSA affirme que l'impératif d'égalité de traitement quel que soit le territoire de vie doit d'autant plus être mis en avant.

A. Rendre lisible la diversité des territoires et des pratiques locales pour réduire les inégalités

La réduction des inégalités entre et sur les territoires suppose d'en identifier les déterminants et les traductions. Le partage de ces diagnostics entre les acteurs est un préalable à la définition de stratégies partagées.

Anticiper l'évolution des territoires et des besoins sociaux

Identifier les déterminants de la diversité territoriale

La diversité territoriale dans laquelle s'inscrivent les politiques de l'autonomie est avant tout géographique, démographique (densité et pyramide des âges), socio-économique (revenus, emploi), mais se lit aussi dans l'accès aux services et aux équipements. Elle s'inscrit dans le temps long des territoires et dans des dynamiques territoriales qu'il s'agit d'anticiper.

Les phénomènes de vieillissement de la population sont ainsi inégaux selon les territoires et n'ont pas la même portée sur les zones urbaines denses ou sur des territoires ruraux en déprise démographique. Certaines campagnes sont en voie de désertification, confrontées à la fermeture des services publics et des commerces, à des problèmes de desserte en transports en commun conjugués à un habitat dispersé, et insuffisamment couvertes par les services d'aide et d'accompagnement et l'offre sanitaire. Cela questionne d'ores et déjà les conditions de la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap.

Les petites villes en déprise démographique sont également confrontées à certaines de ces problématiques. Dans quelques années, ce sont les zones périurbaines et résidentielles, qui se sont développées pour loger les familles attirées par le dynamisme économique des grands centres urbains ou le moindre coût de l'immobilier, qui seront confrontées à un phénomène de vieillissement massif auquel il conviendra de répondre, parfois dans un contexte de fragilisation sociale.

S'agissant du handicap, les taux de prévalence peuvent se recouper avec des contextes territoriaux de précarité sociale qui pèsent sur l'état de santé des populations.

Face à ces réalités territoriales, l'inégale répartition des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, qui se traduit par des « déserts médicaux », est souvent décriée. L'installation non régulée est déterminée en partie par l'attractivité des territoires. L'impact sur le quotidien des habitants est fort. Les prises en charges partielles, les risques de rupture de parcours sont plus importants dans les zones sous-dotées. La perte de chances selon le lieu de vie est réelle, notamment pour des populations fragiles comme les personnes âgées ou handicapées. L'évolution de la démographie médicale et paramédicale doit donc s'anticiper pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs des habitants. L'organisation des ressources est indispensable, qu'il s'agisse de concentrer des expertises dans des maisons ou des centres de santé pluridisciplinaires ou de faciliter leur recours grâce à des dispositifs de coordination.

Rééquilibrer l'offre d'accompagnement médico-social

Le temps long du médico-social

La prise en compte des dynamiques territoriales est déterminante pour orienter les politiques de l'autonomie et rééquilibrer dans la durée l'offre d'accompagnement médico-social à domicile et en établissement.

La structuration de l'offre médico-sociale s'inscrit dans un temps long. L'émergence et le développement du secteur médico-social sont historiquement le fruit d'initiatives privées : les œuvres religieuses, puis les mouvements laïcs et les mobilisations des personnes concernées – parents et proches – « ont été les premiers à identifier les manques dans les solutions organisées par les pouvoirs publics, et à porter le message de la nécessité d'y répondre, en proposant des solutions¹ » selon des dynamiques territoriales différentes.

L'histoire des politiques sociales montre que les populations qualifiées de « misérables et incurables » ont été longtemps éloignées des villes dans la pure tradition hygiéniste.

Et certains territoires ont fait historiquement de la création d'établissements médico-sociaux un vecteur du développement économique : la Lozère et la Corrèze particulièrement se caractérisent par une forte tradition d'accueil de personnes handicapées en établissement, le Cher a une tradition de prise en charge psychiatrique, avec de nombreuses familles d'accueil. Ces spécialisations territoriales n'ont pas été opérées pour répondre aux besoins locaux. La conséquence est « un suréquipement dans les espaces ruraux et peu peuplés, tant à l'échelle départementale qu'à celle des aires urbaines² ». Certains de ces territoires souhaiteraient dépasser la seule approche par taux d'équipement pour faire évoluer l'offre d'accompagnement selon les besoins de leurs habitants.

La transformation de l'offre

S'il a permis en son temps de répondre à des besoins sociaux mal couverts, cet historique, conjugué à l'évolution démographique des territoires, a participé aux disparités actuelles. Désormais, la transformation de l'offre doit être guidée par l'objectif d'une réponse inclusive et adaptée aux besoins et aux attentes des publics visés. Elle s'inscrit nécessairement dans la durée et implique la mobilisation de tous les acteurs autour d'une stratégie partagée.

Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement de ces changements lourds : analyse partagée des besoins et des attentes sur le territoire, recensement des ressources existantes pour développer les complémentarités, relocalisation de l'offre et définition de nouveaux projets d'établissement selon une démarche inclusive, consultation des usagers et de leurs familles, anticipation des changements organisationnels, évolution des emplois et des pratiques professionnelles, en lien avec les autorités compétentes. De tels projets se heurtent parfois aux seuils minimums d'efficience.

Parallèlement, la reconfiguration de la carte hospitalière, ses impacts sur l'emploi et le dynamisme économique des localités concernées, a pu conduire à privilégier des reconversions médico-sociales. Si les agences régionales de santé (ARS), en lien avec les acteurs locaux, sont en première ligne pour apprécier l'opportunité de ces opérations et les conduire aux mieux, le Conseil préconise qu'elles s'inscrivent dans une logique inclusive de l'offre prenant en compte les besoins des personnes concernées et qu'elles s'accompagnent d'une évolution profonde des projets des structures concernées pour passer de lieux de soins à de véritables lieux de vie. Par exemple, la transformation de services de psychiatrie en une maison d'accueil spécialisée pour personnes handicapées psychiques suppose un accompagnement à la transformation des pratiques professionnelles et une implantation ouverte sur la cité³. Les pratiques passées de transformation d'USLD en EHPAD appellent à une vigilance dans l'évolution des projets d'établissement pour garantir une évolution des modes de prises en charge.

¹ Rapport 2009, chapitre prospectif « Autonomie, santé et territoires », p. 24.

² Noémie Rapegno, résumé de thèse, *Établissements d'hébergement pour adultes handicapés en France : enjeux territoriaux et impacts sur la participation sociale des usagers*, 2014, p. 3.

³ Voir la publication de l'ANAP : *L'Accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques - retours d'expérience de reconversions ou de créations*, 2014. L'étude repose sur l'analyse de douze cas, principalement des reconversions sous forme de maisons d'accueil spécialisées. Les retours d'expérience intègrent également quelques projets de création, notamment de foyers de vie et de foyers d'accueil médicalisés.

Améliorer et dépasser l'approche quantitative

Observer les dynamiques territoriales

L'observation partagée des dynamiques territoriales est déterminante pour dépasser la seule approche chiffrée de l'offre et des besoins, nécessaire mais insuffisante.

Les indicateurs quantitatifs « offrent l'avantage de permettre des comparaisons » mais s'ils ne sont pas complétés par une analyse qualitative, ils reposent « sur une illusion statistique basée sur un rapport codifié entre l'offre et la demande, qui fait abstraction des singularités territoriales⁴ ». Ainsi, « le taux d'équipement considère les limites territoriales comme infranchissables. [...] Un modèle d'accessibilité géographique, liant la distance et l'implantation des équipements, permet de s'affranchir de cet effet de seuil⁵ ».

Une approche territorialisée des besoins sociaux prenant en compte les conditions environnementales et les habitudes de vie est particulièrement éclairante et renforce la pertinence de la planification sur les territoires d'intervention. Si des efforts doivent être poursuivis pour réduire les disparités en matière d'offre, l'égalité prônée par le Conseil de la CNSA dépasse une conception égalitariste consistant en l'application de taux d'équipement identiques.

Par ailleurs, si la production des observatoires régionaux de santé est éclairante et si l'observation sociale locale se développe, l'approche quantitative de l'offre et des besoins engagée dans les projets régionaux de santé ou les schémas départementaux souffre du caractère lacunaire de certaines données disponibles localement, ce qui oblige parfois à extrapoler sur des données nationales.

Dans ce contexte, le suivi des orientations prononcées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), déjà nécessaire pour améliorer le traitement des situations individuelles, est d'autant plus important pour affiner la connaissance des besoins sur les territoires.

Observer les pratiques

L'observation des disparités territoriales est aussi celle des pratiques dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie. Ainsi, l'analyse qualitative des taux d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) éclaire les actions à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux droits. L'identification des déterminants de l'hétérogénéité entre les départements est un préalable indispensable pour orienter les politiques sociales et adapter les pratiques. « Si certaines caractéristiques socio-économiques jouent sur la variation du taux de demande (comme le taux de bénéficiaires de l'AAH [allocation aux adultes handicapés] ou le taux de chômage pour la PCH ou la part des plus de 75 ans dans la population et la proportion de bénéficiaires d'allocations sociales pour l'APA), elles doivent être comprises comme un facteur explicatif parmi d'autres. Les facteurs organisationnels offrent des éléments de compréhension de la disparité beaucoup plus performants⁶ ». L'accompagnement du demandeur permet de l'orienter vers le bon dispositif, de l'aider à constituer un dossier de qualité. Par contre, il est observé une corrélation entre un niveau de vie faible et un montant attribué faible, pour limiter des restes à charges individuels difficilement soutenables, ou des niveaux de dépenses non conciliables avec les ressources de certains départements.

Faciliter la vie à domicile implique donc non seulement de renforcer la solvabilité des bénéficiaires (ce qui est prévu avec « l'APA 2 » de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, dite ASV) mais aussi de faciliter l'accès aux droits, de poursuivre le partage et l'harmonisation des pratiques d'attribution des prestations, ce à quoi œuvre la CNSA auprès des MDPH et bientôt des équipes médico-sociales des conseils départementaux.

⁴ Dominique Argoud, « La décentralisation de la politique vieillesse, vers une accentuation des inégalités ? », Fondation nationale de gérontologie, 2007/4 n° 123, p. 209.

⁵ « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », DREES, collection « Études et résultats », n° 891, septembre 2014, p. 2.

⁶ *Étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH*, note de synthèse, CNSA, juillet 2015, p. 4.

Migrations subies, migrations choisies

L'observation des flux migratoires des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vers un établissement médico-social et l'identification de la cause de cette mobilité est riche d'enseignements, pour le territoire de provenance et pour celui d'arrivée : identifier les facteurs de choix, libres et contraints, participe à identifier les besoins et les attentes sur les territoires. Dans le cas des personnes âgées, les flux migratoires suivent le départ à la retraite et précèdent de plusieurs années, le recours à l'offre médico-sociale.

Plusieurs critères, en plus de la disponibilité de l'offre, guident ces mouvements, qui sont intradépartementaux, interdépartementaux voire interrégionaux. Le premier est celui de la proximité familiale. D'autres relèvent du coût de l'hébergement (pour les personnes âgées), de la proximité géographique et de l'existence d'un réseau de transports accessible, de l'étape précédente de prise en charge (selon une logique d'orientation au sein d'une filière ou vers les structures connues)⁷. L'environnement résidentiel et la politique de l'établissement jouent dans une moindre mesure, compte tenu de la « faiblesse de l'offre [qui] pèse sur les personnes, et limite leur marge de décision⁸ ». La disponibilité de l'offre, dans l'urgence, est parfois le paramètre déterminant, ainsi qu'en témoigne le phénomène des départs contraints de personnes en situation de handicap en Belgique. La France, conformément aux engagements pris en ratifiant la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, a récemment pris des mesures pour les éviter.

Or ces « migrations [impliquent] une rupture durable, voire définitive, avec l'espace de vie familial, défini comme l'ensemble des lieux régulièrement pratiqués par un individu. Elles se traduisent par une modification significative de l'existence quotidienne⁹ ». Elles peuvent être perçues et vécues comme une forme d'exclusion sociale.

À l'inverse, les prestations de compensation individuelle vont dans le sens d'une réponse de proximité. Elles bousculent les réponses de compensation collective dès lors qu'elles couvrent effectivement les besoins grâce à une offre d'accompagnement adaptée.

[Focus] Le domicile de secours

La notion de domicile de secours¹⁰ conduit à ce que le conseil départemental auprès duquel la première demande d'aide sociale a été effectuée soit celui qui assume la prise en charge de la personne, y compris si elle déménage dans un autre département. Si le domicile de secours constitue une garantie financière pour les départements d'accueil, il peut être aussi un facteur de complexité pour l'évolution de l'offre d'accompagnement et pour la gestion des droits des personnes, le département d'accueil n'étant pas leur interlocuteur en proximité.

Les spécificités de l'Outre-Mer

Par-delà leur hétérogénéité, les territoires d'Outre-Mer ont des caractéristiques spécifiques qui ne coïncident pas entièrement avec les références hexagonales : démographie, niveau d'emploi et de richesse, insularité et enclavement des territoires, etc.

Des différences sont notables aussi entre ces territoires. Mayotte et la Guyane connaissent une démographie particulièrement dynamique. La Guadeloupe, la Martinique, La Réunion et Saint-Barthélemy sont confrontées à un processus de vieillissement marqué.

Ces caractéristiques générales se cumulent avec des taux d'équipements globalement défavorables, même si le constat est à nuancer par territoire et par public. Ces territoires sont frappés, de manière plus aiguë encore que d'autres, par la carence de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le niveau de vie parfois très bas implique un faible niveau de solvabilisation de la population dans l'accès à l'offre. La situation de Mayotte est un

⁷ Voir « Accessibilité de l'offre en EHPA : enjeux territoriaux », DREES, collection « Solidarité Santé », n°36, 2013 ; ainsi que « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », DREES, collection « Etudes et résultats », n°891, septembre 2014

⁸ Noémie Rapegno, op. cit., p.6

⁹ « Accessibilité de l'offre en EHPA : enjeux territoriaux », DREES, collection « Solidarité Santé », n°36, 2013, p.1

¹⁰ Art. L.122-2 CASF.

cas plus singulier encore, ce département rattaché depuis peu à la France étant marqué par une forte immigration et un niveau de pauvreté élevé.

L'ensemble de ces caractéristiques détermine les besoins d'équipement, au-delà de la stricte application d'un ratio. La situation des habitants de ces territoires nécessite une attention d'autant plus soutenue qu'ils n'ont pas la possibilité de se déplacer vers un territoire limitrophe pour bénéficier d'un accompagnement. Le plan Outre-Mer, finalisé au premier trimestre 2016, doit contribuer pour les territoires les plus en décrochage, à rattraper progressivement le décalage entre l'offre sanitaire et médico-sociale et les besoins de la population, en prenant en compte les disparités entre les territoires d'outre-mer et en consolidant et en valorisant l'expertise locale.

Préconisations

- **Renforcer l'évaluation partagée et prospective des besoins sociaux sur les territoires en matière de perte d'autonomie et de handicap, par la production ou le recueil d'études et de recherches, et le développement de pratiques partagées d'observation et de production de données.**
- **Veiller à ce que la CNSA y contribue, à travers l'appui à l'informatisation du suivi des orientations prononcées par les MDPH, ainsi que par le soutien à la production de connaissances, en lien avec ses partenaires.**
- **Affiner la connaissance des flux entre les départements et hors du territoire national pour les prises en charge en établissements médico-sociaux, avec la contribution de la CNSA et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), notamment à partir des données de l'enquête ES (établissements et services).**
- **Développer la statistique publique pour mieux connaître les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, qu'elles soient accompagnées par une structure médico-sociale ou pas, et quel que soit leur territoire de vie.**
- **Recomposer et rééquilibrer l'offre médico-sociale dans la durée pour mieux l'adapter aux dynamiques sociodémographiques des territoires, dans une stratégie partagée impliquant les ARS, les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires, les associations de personnes, avec un soutien national exercé par la CNSA ; prendre en compte dans ces évolutions la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.**
- **Mettre en œuvre des actions adaptées aux réalités des territoires ultramarins pour mieux répondre à l'ampleur de leurs besoins, sur la base d'orientations stratégiques.**

B. Réduire les disparités dans une organisation décentralisée

Le mouvement de décentralisation qui s'est opéré depuis le début des années 1980 « a été justifié par la volonté de promouvoir une gestion de proximité de problèmes de plus en plus complexes et enchevêtrés auxquels l'État ne semblait plus en mesure d'apporter de réponses satisfaisantes¹¹ ». La diversité induite par le développement de réponses au niveau local était perçue comme favorisant une meilleure prise en compte des besoins, notamment sociaux. Ce faisant, « on décidait de faire prévaloir dans un domaine particulièrement sensible, celui du soutien à la cohésion sociale, une logique d'action sur une logique de normes¹² », dans le respect d'un cadre national. L'action sociale est devenue également une dimension à part entière d'un projet politique local.

Égalité et équité sur les territoires

Même si les politiques de l'autonomie sont en grande partie décentralisées, le cadre légal vise à garantir l'égalité de traitement dans leur mise en œuvre. Cet objectif est fortement affirmé dans les missions de la CNSA, dont la création coïncide avec la seconde vague de décentralisation : garantir l'égalité de traitement sur les territoires. Le

¹¹ Dominique Argoud, *op. cit.*, p. 202.

¹² Jean-Louis Sanchez, *Les Indispensables réformes – Propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation*, Éditions ODAS, mai 2015, p. 5.

Conseil a précisé dès le rapport de 2007 que cette exigence est « un objectif fondamental d'un droit à compensation de la perte d'autonomie : on ne peut pas parler d'un droit si son application dépend arbitrairement du lieu où il est exercé ». Le Conseil a réaffirmé l'objectif d'égalité dans son précédent chapitre prospectif.

Pour autant, le terme « équité » est également mis en avant : « l'équité signifie qu'on se situe dans le cadre d'une différenciation égalitaire. L'égalité est plus que jamais l'objectif, mais elle tient compte du fait que, pour l'atteindre, différents types de différences à la fois dans les attentes des bénéficiaires et dans les moyens mis en œuvre peuvent intervenir¹³ ». Les dispositions légales relatives à la CNSA font également référence à la notion d'équité de traitement.

Face à l'objectif affirmé par le Conseil d'un bénéfice aux droits à compensation de la perte d'autonomie identique quel que soit le lieu de vie de la personne, les leviers d'action de la CNSA sont incitatifs : produire des données sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie, sur les territoires et sur leurs disparités, élaborer des outils partagés, en soutenir l'utilisation harmonisée et adéquate pour la pleine reconnaissance et mise en application des droits des personnes quel que soit leur lieu de vie.

L'atténuation historique des inégalités

La décentralisation est souvent accusée d'avoir accentué les inégalités entre les territoires par la diversification des orientations politiques et des actions. La réalité est plus complexe. Ainsi, un mouvement de rattrapage a été observé pour les départements au taux d'équipement en établissements pour personnes âgées les plus bas, ainsi que pour ceux dans lesquels le niveau de dépense d'aide sociale était le plus faible. En revanche, ce niveau a diminué dans les territoires où il était parmi les plus élevés¹⁴. En se comparant à leurs voisins, les départements ont opéré un certain resserrement dans la fourchette de dépenses liées aux politiques de l'autonomie : « l'éventail des inégalités se resserre¹⁵ ».

L'expression et le traitement des besoins dans la proximité ont favorisé le développement des réponses. C'est ainsi que l'ODAS relève une « concordance entre l'évolution des dépenses et l'émergence de nouveaux besoins¹⁶ ». La progression de la dépense est la plus élevée pour les personnes handicapées, « sous l'effet conjugué de la forte progression des besoins [...] mais aussi des nouvelles attentes des familles concernées, bien relayées par le monde associatif¹⁷ ».

Si les inégalités ont persisté avec la décentralisation, parce qu'elles lui préexistaient, cette dernière ne les a donc pas aggravées. L'impact socio-économique sur la santé et la prévalence des incapacités est tel que certains territoires demeurent dans une situation défavorable par rapport à d'autres, malgré une politique d'action sociale et sanitaire affirmée.

Le niveau d'investissement dans l'action sociale, en plus d'être lié à la répartition de la ressource entre les territoires, reste un choix politique local, inhérent à la décentralisation, et qui influe sur la réduction des inégalités. Il existe une tension dynamique entre l'objectif d'égalité et la diversité des orientations prises par les responsables politiques et validées par les citoyens.

L'impact est direct sur le quotidien des personnes. La fixation du tarif horaire de l'aide humaine à domicile pèse ainsi sur le reste à charge, particulièrement des personnes âgées, au point de conduire à des comportements de non-recours aux droits (plans d'aide limités ou non intégralement consommés). Au regard de tensions financières de plus en plus fortes, bien des conseils départementaux font le choix de revoir à la baisse leurs dispositifs extra-légaux, non obligatoires, comme la prévention ou leurs moyens d'accompagnement. Les actuelles révisions des règlements départementaux d'aide sociale en portent témoignage. Sur certains territoires, cette spirale est dangereuse, alors même que le rôle de ces collectivités n'est pas d'être, ou de devenir, un guichet de distribution d'allocations mais bien de construire des politiques d'accompagnement et d'appui à des publics vulnérables.

¹³ Jacques Levy, *Réinventer la France – Trente cartes pour une nouvelle géographie*, Fayard, 2013, pp. 221-222.

¹⁴ Dominique Argoud, *op. cit.*, p. 208.

¹⁵ Jean-Louis Sanchez, *op. cit.*, p. 16.

¹⁶ *Ibid.*, p. 13.

¹⁷ *Ibid.*, p. 15.

Les différences de traitement selon les territoires s'expliquent aussi par la répartition des dépenses de solidarité entre l'État et le département, et les écarts de ressources et de charges entre départements. Certains départements sont ainsi confrontés à des niveaux de dépenses de prestations sociales très élevés, compte tenu de leur réalité socio-économique et démographique, qui, insuffisamment compensées, pèsent lourdement sur leurs ressources et sur leur capacité d'action. Aux inégalités entre individus s'ajoutent les inégalités entre les territoires.

Les incertitudes de la réforme territoriale

Trois lois récentes impactent significativement le mouvement de décentralisation : la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, ainsi que la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (dite loi NOTRe). La création des métropoles et le transfert obligatoire de certaines compétences départementales à leur bénéfice soulèvent plusieurs interrogations, qui sont autant d'inquiétudes quant au renforcement des inégalités. Les départements sont affirmés dans leur rôle de chef de file de l'action sociale, mais questionnés par l'installation des métropoles et fragilisés dans leurs marges de manœuvre.

Les métropoles

Le rapprochement des compétences au niveau de la métropole peut constituer un levier au service des politiques inclusives. D'ailleurs, certaines grandes agglomérations et futures métropoles – comme Rennes, Grenoble ou Nantes – ont été particulièrement proactives, notamment dans la mise en accessibilité des transports et lieux publics.

Les compétences obligatoires des métropoles recouvrent les politiques de la ville, de développement économique, d'aménagement urbain et de transports, de logement et d'habitat. Elles peuvent être complétées par des délégations ou des transferts par les conseils départementaux en matière d'action sociale¹⁸, hors APA, PCH, MDPH. Selon le niveau de concentration des politiques à la métropole, elles auront la possibilité de mener des actions transversales, apportant ainsi des réponses globales aux besoins de leurs habitants.

Le périmètre réel de compétences des différentes métropoles est encore inconnu (hors métropole de Lyon). En effet, l'article 90 de la loi NOTRe prévoit que les compétences départementales transférées ou déléguées à la métropole sont précisées dans une convention conclue d'ici le 1er janvier 2017. À défaut, l'ensemble des compétences listées dans la loi est transféré de plein droit à la métropole¹⁹. Ce délai est probablement trop court pour que le transfert de compétences repose sur un diagnostic et un projet partagés, garants d'une cohérence de la répartition des compétences avec les caractéristiques des territoires concernés.

Par ailleurs, les limites géographiques du département étant plus larges que celles de la métropole, celui-ci conservera des compétences sociales pour les territoires non métropolitains, même en cas de transferts à la métropole. L'enjeu de convergence des schémas départementaux et les schémas métropolitains est fort « pour prévenir les ruptures d'équité entre les deux territoires²⁰ ».

La différenciation des orientations politiques et des actions entre la métropole et les territoires alentour, et au sein même du territoire métropolitain fait craindre « un développement à deux vitesses », « un risque de fracture » et de « décrochage²¹ ». Une attention particulière devra être portée à la réalité de cet effet « centre-périphérie » et au risque concomitant d'une accentuation des inégalités territoriales.

¹⁸ En cas de transfert, la métropole exerce la compétence en lieu et place du département. En cas de délégation, elle l'exerce au nom et pour le compte du département.

¹⁹ À l'exception des collèges et de la voirie.

²⁰ *L'Impact de la création des métropoles sur la conduite des politiques sociales – Grand Paris, Aix-Marseille-Provence, Lyon*, étude INET – DGCS, avril 2014, p. 38.

²¹ Ronald Maire, « L'avenir des associations de solidarité dans le cadre de la réforme territoriale », in *L'Année de l'action sociale 2016 – Le nouveau cadre territorial de l'action sociale*, Dunod, 2015, p. 80.

L'affirmation des métropoles

La loi du 27 janvier 2014 renforce les métropoles de droit commun et crée au 1er janvier 2015 celles de Rennes, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Brest, Lille, Rouen, Grenoble, Strasbourg et Montpellier (chacune forme un ensemble de plus de 400 000 habitants dans une aire urbaine supérieure à 650 000 habitants). Elle crée aussi des métropoles à statut particulier. La Métropole de Lyon est une collectivité territoriale à part entière née de la fusion de la Communauté urbaine de Lyon et du département du Rhône. Celles du Grand Paris et d'Aix-Marseille-Provence ont vu le jour le 1er janvier 2016. D'autres métropoles pourront être créées sur la base du volontariat dans des bassins de plus de 400 000 habitants.

La métropole de Lyon est la plus intégrée. Elle exerce l'ensemble des compétences départementales préalablement du ressort du département du Rhône, y compris dans le champ des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Les régions

Entre autres transferts de compétence, la loi NOTRe prévoit que les transports scolaires relèvent désormais de la région, alors que le transport d'élèves handicapés reste dans le giron du département. Cette scission en fonction des publics visés, sous prétexte de compétence sociale départementale, est en contradiction avec le principe de société inclusive porté par la loi du 11 février 2005. La tentation reste forte, dans le domaine de l'accessibilité universelle, de penser des dispositifs spécifiques plutôt que d'adapter des dispositifs de droit commun au bénéfice de tous. Le *statu quo* reste possible, si la région délègue sa nouvelle compétence sur les transports scolaires au département.

La reconfiguration des régions se traduit notamment par la création de très grandes régions, ainsi de l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, ou du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

La réforme régionale a un impact fort sur les ARS. Leur base géographique élargie apporte de la souplesse aux ARS dans l'allocation de la ressource et la programmation des réponses sanitaires et médico-sociales. Les regroupements d'ARS aux pratiques diversifiées peuvent induire de nouvelles dynamiques.

Toutefois, la réorganisation des ARS entraîne un éloignement du niveau décisionnel. Les risques sont pluriels : disponibilité moindre, difficulté à mobiliser ensemble des acteurs sur des territoires éloignés les uns des autres, mal desservis entre eux ou séparés par des barrières géographiques ; connaissance moins fine des interlocuteurs et des réalités locales. L'hypothèse d'une augmentation des moyens et de la capacité de décision des délégations territoriales reste aléatoire et se heurte parfois à des problèmes d'articulation entre niveaux régionaux et territoriaux. L'animation de réseau par les ARS, comme leur organisation infrarégionale, seront donc déterminantes pour la cohésion des politiques et actions territoriales.

Les CCAS

Face à la difficulté, selon les territoires, à faire fonctionner un centre communal d'action sociale (CCAS), la loi NOTRe (article 79) met fin à l'obligation d'en créer dans les communes de moins de 1 500 habitants et permet de supprimer les CCAS préexistants, la commune assumant alors la compétence sociale, ou celle-ci étant transférée à un centre intercommunal d'action sociale. En encadrant leur possible dissolution avec transfert de la compétence sociale à la communauté d'agglomération, les parlementaires n'ont pas tenu compte de l'impossibilité légale des établissements publics de coopération intercommunale de gérer des structures médico-sociales alors que nombre de CCAS sont gestionnaires, d'EHPAD et de services à domicile notamment. Par ailleurs, si la problématique des moyens des CCAS est réelle, elle ne doit pas faire oublier le rôle particulier des CCAS dans l'observation de proximité, avec l'analyse des besoins sociaux, dont les enseignements sont déterminants pour l'élaboration de réponses adaptées à la diversité territoriale. L'incitation au renforcement des moyens d'action par leur mise en commun au niveau intercommunal reste de mise.

Les intercommunalités

Les intercommunalités, qui se sont fortement développées, sont désormais des acteurs très présents sur les territoires. L'action sociale étant une compétence subsidiaire, les intercommunalités s'en sont peu saisies jusqu'à présent. Dans la limite de leur statut d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), elles peuvent toutefois à travers leurs compétences de droit commun porter des démarches inclusives sur les territoires de vie et contribuer ainsi à l'autonomie de leurs habitants. La mise en commun des ressources au sein de l'intercommunalité peut renforcer la capacité à agir des territoires qui la composent, ainsi que l'offre de services auprès des habitants.

Préconisations

- **Réaffirmer la contribution de la CNSA à l'objectivation des disparités de traitement sur les territoires et leurs causes, rendre publiques les données et études les concernant, travailler à l'harmonisation des pratiques au service de l'égalité de traitement.**
- **Considérant la création des métropoles, intégrer un suivi de l'impact dans la durée des transferts et délégations de compétences entre les départements et les métropoles dans le champ de l'autonomie, notamment s'agissant des risques d'inégalité de traitement entre les territoires.**
- **Conforter l'ancrage territorial des ARS, dans le cadre de la réforme territoriale, pour soutenir la connaissance fine des territoires, l'accessibilité du niveau décisionnel et la capacité d'animation à travailler en réseau.**

II – Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décloisonnées

Les politiques de l'autonomie se sont construites en remédiation des politiques de droit commun et dans des logiques de risques mises en évidence dans les années qui suivent 1945. Ce n'est qu'avec la promulgation de la loi du 11 février 2005 que notre pays affirme politiquement que les politiques d'autonomie concernent deux types de publics jusqu'à présent opposés : l'un parce qu'il est en quête d'autonomie, l'autre parce qu'il cherche à ne pas la perdre. Cependant, malgré l'affirmation d'approches convergentes et de mutualisation des savoirs et des moyens, sans confusion, les acteurs continuent de penser selon des publics segmentés et ne parviennent pas à faire des politiques d'autonomie le phare de la citoyenneté. Ils les cantonnent uniquement dans des perspectives d'action sociale et de solidarité nationale.

Mieux répondre aux personnes âgées et aux personnes handicapées suppose, d'une part, la mise en place d'une évaluation multidimensionnelle de leurs besoins et, d'autre part, la mobilisation de ressources diversifiées pour construire une réponse adaptée et plus globale. Après la loi de 2005 relative à l'intégration et à la citoyenneté des personnes handicapées, la loi ASV met l'accent sur l'approche multidimensionnelle de la situation de la personne pour évaluer ses besoins de compensation, ce qui doit conduire aussi à des plans d'aide plus globaux.

C'est également le sens de la « Réponse accompagnée pour tous ». Ce nouveau paradigme de la prise en charge des personnes handicapées appelle un mode de fonctionnement collaboratif des acteurs du territoire pour élaborer et mettre en place les réponses attendues.

Dans ce contexte, le territoire constitue une ressource et un cadre pour co-construire des réponses décloisonnées avec l'ensemble des acteurs concernés²².

²² Voir à ce propos *Le Vieillessement au cœur des politiques publiques – méthodologie pour une approche transversale*, Claire Guérain, Jean-Jacques Amyot, Isabelle Dury, Jean-Jacques Portier, « Dossiers d'experts », Territorial éditions, janvier 2016.

A. Décloisonner les organisations et partager les cadres d'action

Décloisonner les organisations

Pour le Conseil de la CNSA, une approche transversale des politiques de l'autonomie doit primer. Dépasser la logique des tuyaux d'orgue, se défaire des réflexes sectoriels pour « aller vers une approche systémique globale [...] avec une approche transversale aux différentes politiques sectorielles publiques²³ », suppose de décloisonner l'organisation, ou à tout le moins le fonctionnement interne, des autorités compétentes.

L'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) observe que les départements ont reproduit l'organisation de l'administration centrale, en regroupant leurs compétences sociales au sein de la même direction générale et sans les intégrer aux autres politiques contribuant à la cohésion sociale (jeunesse, habitat, culture, etc.). L'organisation fréquente des directions thématiques de l'action sociale au sein d'une même direction générale obéit toutefois à une certaine transversalité et la quasi-totalité des départements a opté pour une direction du soutien à l'autonomie commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Par-delà ces choix organisationnels, l'enjeu est donc de pouvoir connecter les politiques d'autonomie avec l'ensemble des compétences du champ social au sens large : insertion, lutte contre l'exclusion, petite enfance et jeunesse, logement.

Dans les départements, c'est le territoire qui a fait le plus souvent levier dans la recherche de plus de transversalité, à travers la mise en place de la territorialisation des services. C'est ainsi que l'organisation des compétences sur les territoires d'intervention sociale regroupe les services concernés par l'action sociale, avec déconcentration du pouvoir de décision, selon une double logique d'adaptation aux spécificités locales et de décloisonnement des actions. Certains départements ont fait de ces échelons territoriaux non seulement des échelons de service au public mais aussi d'animation territoriale, pour apporter des réponses plus complètes, mobilisant y compris des ressources bénévoles.

A contrario, au regard de l'importance prise, au sein de l'action sociale, par le champ de l'autonomie, la tentation est forte dans nombre de conseils départementaux d'organiser ce secteur de façon indépendante et autonome. Cela va à l'encontre d'une réponse globale et inclusive, permettant de prendre en compte l'ensemble des besoins, des attentes, mais aussi les ressources des personnes concernées. L'impératif de continuité du parcours de vie requiert un engagement de l'ensemble des acteurs. C'est de leur capacité à communiquer, coopérer, s'articuler que le chemin vers plus d'autonomie peut être efficacement accompagné. Cette dynamique repose sur l'articulation des moyens à destination des personnes en difficulté ou vulnérables afin de leur apporter un accompagnement et des ressources plus intégrés.

On peut souhaiter également que les organisations mises en place dans les nouvelles ARS contribuent à des fonctionnements décloisonnés entre offre sanitaire et médico-sociale, prévention et gestion de l'offre, et qu'elles favorisent également des approches en termes de parcours, en permettant d'aborder de façon moins compartimentée des sujets comme le handicap psychique et la santé mentale.

La transversalité peut se concrétiser autant à travers des modes de fonctionnement collaboratifs et des pratiques renouvelées au sein et entre collectivités, que par des schémas organisationnels. À ce titre, la contractualisation entre collectivités locales ou entre ARS et départements, peut être un levier puissant pour décloisonner les compétences et les logiques sectorielles.

Renforcer les cadres de travail et d'animation partagés

Le réflexe d'une approche en silo et par dispositif reste encore très présent, par méconnaissance des autres acteurs du territoire, compte tenu des schémas de pensée préétablis et parfois par protection des acquis. Les pilotes institutionnels ont un rôle particulier à jouer pour s'articuler entre eux et pour impliquer les acteurs du territoire dans l'élaboration et la mise en œuvre intégrée des politiques sociales et des politiques de l'autonomie.

²³ Florence Le Nuzec, « Des politiques de la vieillesse à une politique du vieillissement : un nécessaire changement de paradigme », actes du colloque « Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires ? », INSET d'Angers, 2010, p. 59.

Dans ce registre, la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » va être un champ emblématique de renouvellement des pratiques pour les années qui viennent, et va exiger des pilotes institutionnels (conseil départemental avec les MDPH, ARS) de porter une stratégie opérationnelle partagée face aux partenaires de leur territoire, et au-delà du seul champ médico-social.

La recherche de parcours de vie cohérents, exempts de ruptures déstabilisantes, se heurte en effet à la complexité de certaines situations et aux limites quantitatives, qualitatives et organisationnelles de l'offre actuelle. La « Réponse accompagnée pour tous » doit conduire à une mobilisation plus large et plus souple des différentes ressources portées par les acteurs du territoire. Respecter le projet de vie de l'enfant, du jeune ou de l'adulte en situation de handicap suppose de mobiliser d'autres compétences que strictement médico-sociales et sanitaires : l'Éducation nationale, pôle Emploi, etc.

Les quatre volets de la « Réponse accompagnée pour tous » (dispositif permanent d'orientation, réponse territorialisée accompagnée pour tous, accompagnement et soutien par les pairs, accompagnement du changement des pratiques) sont indispensables à la réussite de la démarche et doivent trouver leur traduction sur les territoires dans une logique systémique.

La CNSA assure le pilotage et l'appui méthodologique au déploiement du dispositif permanent d'orientation, notamment sur les vingt-trois sites pionniers, dans le cadre d'une animation croisée de ses réseaux (ARS, MDPH, départements, associations, etc.). Elle participe au pilotage national du projet.

[Focus] Le dispositif permanent d'orientation²⁴

Lorsqu'une proposition d'orientation cible faite à une personne handicapée ne peut pas être mise en œuvre immédiatement, le plan personnalisé de compensation est complété par un plan d'accompagnement global, afin de prévenir une rupture de prise en charge.

Ce plan est élaboré avec l'accord de la personne handicapée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Si la définition des mesures d'accompagnement le nécessite, le directeur de la MDPH convoque un groupe opérationnel de synthèse. Il se compose des professionnels susceptibles d'accueillir et d'accompagner la personne et éventuellement des financeurs.

Ainsi, le dispositif permanent d'orientation suppose tout à la fois une évolution profonde des pratiques des MDPH et le repositionnement des acteurs intervenant dans le parcours de vie de la personne handicapée.

Le dispositif permanent d'orientation est le premier axe du projet. Les autres sont relatifs au déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous, à la dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs et à l'accompagnement du changement des pratiques. Le Conseil est conscient de la profondeur des changements à opérer dans la durée, pour donner sa pleine traduction à la « Réponse accompagnée pour tous » et affirme sa vigilance pour que tous les moyens et toutes les énergies soient mobilisés au niveau national et local, afin de faire réussir le projet.

La création des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), conformément à la loi ASV²⁵, s'inscrit dans un mouvement de convergence des politiques de l'autonomie entre personnes âgées et personnes handicapées, ainsi que dans une approche décloisonnée, allant au-delà des seules politiques sociales, pour prendre en compte le vieillissement et le handicap dans toutes leurs dimensions sur les territoires de vie. Ils devraient être des vecteurs de rapprochement de l'ensemble des acteurs territoriaux dans toutes leurs composantes sociales, professionnelles, associatives et militantes, pour plus de cohérence des réponses, d'articulation et de lisibilité de l'offre pour les personnes.

L'émiettement des interventions et des dispositifs pose ainsi l'exigence de cadres de travail partagés, pour donner plus de cohérence à l'action et plus de visibilité des réponses disponibles pour les personnes concernées. À ce

²⁴ Article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé.

²⁵ Les CDCA sont créés par fusion des Conseils départementaux consultatifs de personnes handicapées et des Comités départementaux des retraités et personnes âgées.

titre, les conférences des financeurs, dont la préfiguration a été copilotée par la CNSA et la DGCS en 2015 avant leur déploiement dès 2016, constituent une opportunité pour construire des stratégies territoriales partagées sur des domaines jusqu'à présent très éclatés : en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, d'aide aux aidants, d'accès aux aides techniques et en dépassant les frontières entre publics âgés « dépendants » ou « non dépendants ».

Ces nouveaux cadres d'action appellent des articulations fines et renouvelées entre ARS et départements, qui structurent leur action sur des registres territoriaux différents et offrent l'opportunité de dynamiques interdépartementales pour mieux capitaliser les expériences.

Ils appellent de la part de la CNSA, ainsi que le prévoit sa convention d'objectifs et de gestion 2016-2019, le développement d'une animation croisée entre ses réseaux de partenaires, particulièrement les conseils départementaux, les MDPH et les ARS. Ceci participera au rapprochement des acteurs et à leur approche transversale de problématiques communes, à travers la conception partagée d'outils, le soutien à leur déploiement et la capitalisation des expériences.

Préconisations

- **Privilégier, pour les départements et les ARS, des organisations internes et des modes de fonctionnement décloisonnés facilitant la construction de réponses plus globales pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.**
- **Renforcer, comme prévu dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2016-2019, l'animation croisée par la CNSA des réseaux auxquels elle vient en appui (ARS, départements, MDPH, associations représentant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap) pour soutenir des dynamiques territoriales décloisonnées au service d'une amélioration des réponses. Maintenir dans la durée un appui particulier au déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous ».**

B. Le territoire : un cadre pour une offre mieux maillée

Le Conseil a défini le parcours de vie en 2012 : « cette notion qui repose [...] sur le vécu de la personne dans son environnement interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement [...]. Les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine ».

Développer des réponses plus globales et mieux articulées au service de l'autonomie des personnes, dans une logique de parcours, appelle la mise en place sur les territoires de cadres d'action qui permettent de piloter et faire évoluer l'offre dans des stratégies partagées et de mieux mailler les ressources au plus près des besoins.

Piloter et concerter l'évolution de l'offre sur les territoires

Articuler le pilotage stratégique de l'offre médico-sociale

Dans la continuité de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), la loi de Modernisation de notre système de santé précise que le schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. L'harmonisation des orientations et du calendrier des programmations régionales et départementales repose sur le seul rapprochement de leurs pilotes, dans le respect des compétences légales de chacun.

L'élaboration d'outils nationaux, à laquelle doit contribuer la CNSA pour la conception des schémas régionaux de santé réformés par la loi de Modernisation de notre système de santé²⁶, constitue une première étape.

Au niveau des ARS et des conseils départementaux, plusieurs degrés de coopération sont identifiés : l'échange de données, la concordance des calendriers d'élaboration des schémas, le partage d'outils et de méthodes de diagnostic, d'analyse et de planification, voire leur co-construction. Les bénéfiques sont collectifs : le rapprochement des démarches de diagnostic, jusqu'à leur mutualisation, en plus d'être partagée, favorise une observation plus complète et moins onéreuse. Les enquêtes ne sont pas redondantes, les données produites sont plus fiables et utiles, leurs définitions sont harmonisées. L'élaboration d'une stratégie partagée sur les mêmes territoires d'intervention renforce les capacités d'intervention.

Le Conseil observe avec intérêt les rapprochements engagés entre des conseils départementaux et des ARS. Leurs effets devraient être suivis et les enseignements largement partagés, notamment les conditions de réussite (formalisation du cadre de collaboration, suivi rigoureux des actions convenues, respect des engagements, etc.).

[Focus] Des exemples de coopération territoriale

L'ARS de Bourgogne-Franche-Comté et le conseil départemental de Côte-d'Or ont conclu une convention-cadre dans laquelle sont précisées les procédures de travail en commun et les priorités d'action. Cette même ARS s'est engagée avec le département de la Nièvre sur une feuille de route commune, le plan Handicap Nièvre, élaboré à partir du projet régional de santé et du schéma départemental relatif aux personnes handicapées. L'ARS Nord-Pas-de-Calais – Picardie et les conseils départementaux du Nord et du Pas-de-Calais ont aussi formalisé des engagements réciproques. Les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais ont, quant à eux, initié des réunions interdépartementales.

Co-construire l'évolution de l'offre d'accompagnement

Cadre de cohérence des politiques de l'autonomie, le territoire est aussi le cadre de la démocratie en santé. Les démarches de consultation et de concertation légale, notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas (avec les conférences régionales de santé et de l'autonomie ainsi que les conseils territoriaux de santé²⁷) gagnent à être enrichies par l'association des acteurs du territoire dès la phase d'observation des besoins, repérés dans et hors du cadre médico-social afin d'anticiper leur évolution et l'adaptation des réponses.

L'implication des organisations gestionnaires facilite l'acceptation des choix et l'engagement partagé pour leur mise en œuvre : elles sont associées à la prise de décisions difficiles mais logiques, qui ne peuvent pas être réduites à des injonctions déconnectées des réalités locales. Les organisations gestionnaires peuvent mieux anticiper les évolutions et l'accompagnement du changement, particulièrement lorsqu'elles impliquent des restructurations lourdes. À l'inverse, les acteurs qui ne participent pas à la planification n'en consultent guère les outils, faute d'appropriation et d'adhésion.

Au niveau des établissements et services médico-sociaux, les conseils de vie sociale (CVS) sont aussi des instances de formulation de besoins et d'aspirations. La possibilité d'inviter lors des réunions du CVS des participants extérieurs est l'occasion de faire entendre la parole des usagers, de partager leurs préoccupations et leurs propositions, qui ne seront pas nécessairement celles exprimées dans les instances de démocratie en santé.

Le Conseil de la CNSA a d'ailleurs réaffirmé en 2014 son attachement au « principe d'une implication active des personnes dans la conception et la gestion des politiques de l'autonomie ». Le Conseil affirmait déjà en 2009, alors que les ARS étaient en projet : « l'analyse des besoins ne pourra [...] pas résulter du seul exercice de planification du projet régional de santé [...] – même s'il est nécessaire pour donner de la visibilité et garantir l'équité territoriale,

²⁶ L'article 158 de la loi modifie les dispositions inscrites au L. 1434-1 CSP et suivants. Les outils de planification de l'offre relevant du domaine de compétence de l'ARS sont réformés : le projet régional de santé est désormais valable dix ans, il précise les objectifs et les mesures tendant à les atteindre. Il est constitué d'un cadre d'orientation stratégique, d'un schéma régional de santé unique et valable cinq ans, ainsi que d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Comme auparavant, le schéma est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

²⁷ Les conférences de territoire sont remplacées par les conseils territoriaux de santé, conformément à l'article 158 de la loi de Modernisation de notre système de santé, qui modifie les articles L. 1434-9 et suivants du Code de santé publique. Les conférences de territoire sont conçues comme des instances de participation à la conception et au suivi du projet régional de santé.

mais devra aussi demeurer à l'écoute des besoins exprimés par les usagers et leur famille, ainsi que de leurs propositions ».

Le Conseil observe avec intérêt le développement d'initiatives pour la mobilisation des associations de personnes, des organisations et des professionnels, dans une logique de construction partagée. Il est vigilant à ce que l'engagement commun ne soit pas synonyme d'une dilution ou d'une fragmentation des responsabilités. La co-construction pour le co-engagement renforce le rôle du pilote et sa légitimité à agir.

[Focus] L'exemple des tables de consultation territoriales

Des tables de consultation territoriales sont organisées sur des problématiques spécifiques (l'autisme en Normandie par exemple), avec les acteurs concernés. Un diagnostic partagé y est posé, les orientations stratégiques sont validées, un plan d'action élaboré. Cela suppose une animation, avec un pilote reconnu par tous. L'ARS en réfère ensuite à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Mailler les ressources et l'offre sur les territoires

La continuité du parcours d'accompagnement suppose un maillage plus ou moins serré des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales qui tiennent compte des caractéristiques territoriales (géographie, densité de population, réseaux de transports, etc.).

Les leviers d'une adaptation fine de l'offre sur les territoires

Face aux disparités de la couverture territoriale en service de proximité, notamment pour le maintien à domicile, maintenir ou renforcer l'ancrage des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) sur certains territoires peut supposer une capacité renforcée de pilotage de l'offre et un investissement financier particulier : prise en compte des surcoûts engendrés par la géographie et le réseau des transports, ainsi que de la complexité de certaines interventions au regard de la situation de la personne dans la détermination du tarif horaire ou de la dotation globale, incitation à intervenir dans des zones économiquement peu favorables, etc. La bascule de tous les services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD) dans le régime de l'autorisation, couplée à la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), peut être l'occasion de redéfinir les territoires d'intervention pour en compléter le maillage. Le développement de réseaux de services devrait être facilité, y compris lorsqu'ils chevauchent des limites départementales.

La généralisation des CPOM (et la possibilité d'en conclure au niveau régional) constitue un levier pour une recomposition et une adaptation fines de l'offre sur les territoires, dans un objectif de réduction des inégalités territoriales et de renforcement de la qualité de l'accompagnement. Cela implique de mieux inscrire les ESMS – qu'ils relèvent de la compétence du conseil départemental ou de l'ARS – dans des stratégies territoriales d'offre décloisonnée : mobilisation des ressources de droit commun, action auprès des acteurs du milieu ordinaire pour en renforcer l'ouverture, partage d'expertise, etc.

Partager les ressources expertes et tirer parti des nouvelles technologies

L'établissement ou le service médico-social acteur de son territoire, mobilise, en plus de ses propres expertises et ressources, celles qui lui sont extérieures. Le recours à des ressources expertes locales, particulièrement médicales, avec l'hospitalisation à domicile ou les maisons et centres de santé pluridisciplinaires, permet de compléter sa palette de prestations (par exemple pour médicaliser un établissement pour personnes âgées). Pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées et limiter les risques de rupture ou de non-prise en charge, chaque acteur a aussi intérêt à mettre à disposition des autres acteurs sa propre expertise. Les coopérations inter-établissements, structurelles ou ponctuelles, ont ainsi tout leur sens sur la proximité des territoires.

Le maillage des centres ressources ou la constitution d'équipes mobiles spécialisées (par exemple en gériatrie, en psycho-gériatrie, sur l'autisme ou les handicaps rares), participent ainsi de la mise en réseau des acteurs et de la dynamisation du territoire.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire, qui, selon la loi de Modernisation de notre système de santé sont amenés à remplacer les communautés hospitalières de territoire, concerne directement les établissements de santé et les structures médico-sociales publics²⁸. La présence des acteurs privés locaux devrait être prise en compte pour maximiser leur maillage et la complémentarité de leurs expertises, sans qu'ils soient parties prenantes du groupement.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont un vecteur fort de désenclavement des territoires. Cela suppose, bien sûr, que les réseaux numériques les couvrent en totalité. Par-delà la logique de proximité géographique, le maillage des ressources passera à l'avenir de plus en plus par les NTIC : échange d'informations, avis ou consultation à distance (lorsque les ressources sont trop éloignées et/ou pour apporter du confort à l'utilisateur entravé dans ses déplacements), repérage d'un besoin d'intervention rapide au domicile. Le maintien de qualité au domicile peut en être facilité, d'autres formules d'habitat sont rendues possibles, intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-domicile. Une veille reste nécessaire sur le développement du numérique et ses effets.

Dépasser l'hétérogénéité des découpages territoriaux et des dispositifs

Définir des territoires de coordination et d'action adaptés aux parcours

La complexité induite par des découpages territoriaux hétérogènes est souvent dénoncée. À la répartition des compétences administratives entre différents échelons territoriaux (régionaux, départementaux, intercommunaux, communaux) s'ajoutent l'organisation de leurs interventions par thèmes et par territoires, ainsi que l'empilement de dispositifs.

Le Conseil de la CNSA considère que le constat de l'hétérogénéité des territoires d'intervention et des dispositifs doit être dépassé par un effort de complémentarité et de coordination des actions.

La délimitation des territoires de santé dans la première génération de projets régionaux de santé (PRS) en 2010-2011 a souvent été opérée en fonction des limites départementales. Elle s'est heurtée à la critique d'un découpage artificiel, mais a eu l'avantage de faciliter le dialogue institutionnel en faisant coïncider les territoires d'intervention avec les schémas départementaux.

L'élaboration des futurs PRS est l'occasion de dessiner les territoires d'intervention sur les bassins de vie en fonction des problématiques qui ont émergé ou se sont renforcées (prise en charge de l'autisme, des troubles « dys », filières gérontologiques, offre de répit pour les aidants non professionnels), selon un critère de proximité des besoins et de l'offre, au service de parcours de santé globaux, coordonnés, fluides et gradués.

Avec la loi Santé, le législateur a aussi décidé d'une autre organisation de la santé mentale²⁹. La mise en œuvre de cette disposition sera déterminante dans l'amélioration de l'accès à l'offre de soins psychiatriques, en complémentarité d'un accompagnement médico-social.

En effet, « le territoire défini doit traduire le parcours réel des usagers et les relations habituelles entre les professionnels³⁰ ». L'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge du public visé est concerné. La transformation de l'offre de prise en charge et d'accompagnement et l'évolution des pratiques professionnelles s'opèrent dans la proximité des besoins et des attentes. Ces territoires de référence

²⁸ L'article 107 sur les groupements hospitaliers de territoire modifie l'article L. 6132-1 du Code de santé publique. Il prévoit que les ESMS de statut public peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Celle-ci définit un projet médical partagé et peut comprendre des délégations et des transferts d'activités, ainsi qu'une organisation commune des activités et des emplois concernés.

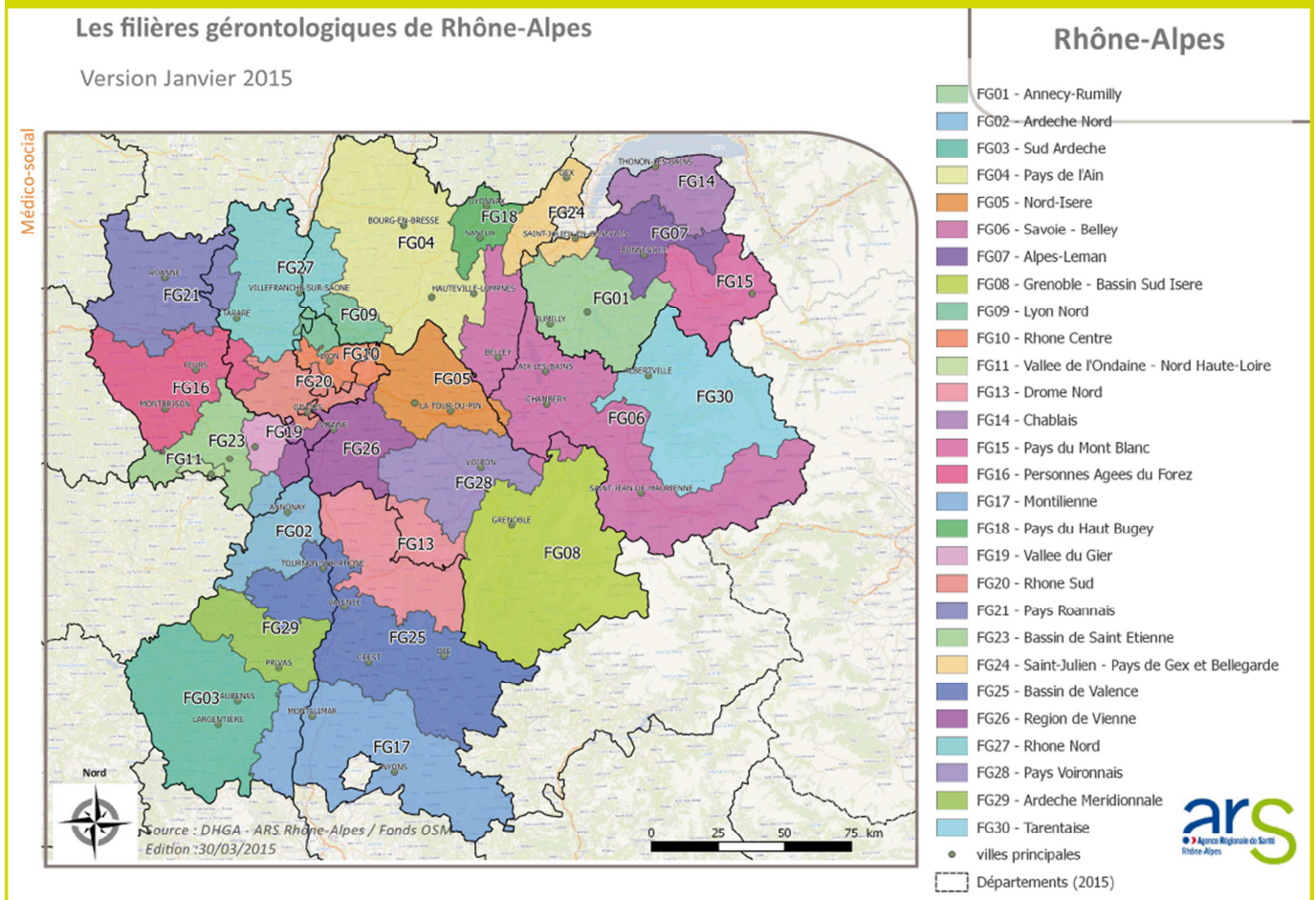
²⁹ L'article 69 de la loi de Modernisation de notre système de santé modifie les articles L.3221-1 du Code de santé publique et suivants. La politique de santé mentale est déclinée en projets territoriaux de santé mentale, établis à partir de diagnostics partagés, notamment entre ESMS et associations. Les actions de mise en œuvre de ces projets sont inscrites dans des contrats territoriaux de santé mentale passés entre l'ARS et les acteurs concernés. Des conseils locaux de santé mentale peuvent être installés et les conseils territoriaux de santé (voir article 158) comprennent une commission dédiée à la santé mentale. Une communauté psychiatrique de territoire peut être constituée entre établissements du service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. La mission de psychiatrie de secteur est encadrée, ainsi que les activités de soins psychiatriques sans consentement.

³⁰ « Les filières gérontologiques », fiche repère de l'ARS Rhône-Alpes, juin 2015.

pour le parcours, notamment des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, sont des outils d'aide à la décision au service de la planification, de l'organisation et de la répartition de l'offre.

[focus] Les filières gérontologiques en Rhône-Alpes

Vingt-huit filières gérontologiques intègrent progressivement autour des acteurs sanitaires et médico-sociaux, ceux de la filière Alzheimer, de l'accompagnement à domicile, les professionnels paramédicaux et médicaux libéraux, la psychiatrie ainsi que des représentants des usagers. L'objectif est un parcours de proximité sans rupture et global. Les filières s'entendent comme un maillage coordonné des acteurs.



Veiller à la cohérence des dispositifs d'intégration et de coordination

Plusieurs dispositifs de coordination ont émergé ces dernières années, particulièrement dans le champ des personnes âgées, dans l'objectif d'une prise en charge globale de la personne malgré la multiplicité des interventions : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Si chaque dispositif a son intérêt propre, leur articulation sur le terrain est un sujet de préoccupation pour les acteurs du territoire qui cherchent à leur donner une cohérence qui n'a pas été prévue lors de leur conception.

La loi de modernisation de notre système de santé instaure la plateforme territoriale d'appui (PTA). Pour le Conseil, elle aura une véritable valeur ajoutée à condition d'être conçue dans la subsidiarité, pour articuler les dispositifs existants sans s'y substituer, appuyer les professionnels de premier recours et réguler les seuls cas individuels pour lesquels un dispositif de coordination n'aurait pas déjà été mobilisé. Plusieurs régions ont mis en place des structurations spécifiques pour renforcer la cohérence entre ces dispositifs et avec les autres acteurs de santé. Il conviendra d'en tenir compte pour la mise en place des PTA.



Promouvoir des fonctionnements en dispositifs intégrés

Dans les années qui viennent, des dispositifs plus intégrés devraient se développer en proximité sur les territoires.

L'expérimentation du fonctionnement en dispositif des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) vise à adapter de façon souple la réponse apportée aux jeunes concernés, dans le cadre de partenariats locaux et d'un conventionnement avec la MDPH : après orientation vers le dispositif ITEP, le changement de modalité d'accueil ou de scolarisation est opéré en fonction de la variabilité des besoins, sur décision unanime de l'équipe de suivi et sans nouvelle notification³¹.

Le « contrat territorial de santé mentale » introduit par la loi de santé pourrait aussi permettre de tester des actions dérogatoires, en fonction du diagnostic et des caractéristiques locales, pour les personnes en situation de handicap psychique (doubles notifications, doubles prises en charge).

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont également pour enjeu de mieux articuler, auprès des personnes, soins et aide à domicile.

Préconisations

- **Renforcer l'investissement collectif dans les technologies de l'information et de la communication pour faciliter l'accès, par les personnes et par les professionnels, aux ressources et aux expertises, même éloignées.**
- **Utiliser la généralisation des CPOM comme un levier pour une recomposition fine de l'offre sur les territoires et rédiger les cahiers des charges nationaux des CPOM de manière à conjuguer harmonisation et adaptabilité aux situations locales.**
- **Renforcer l'articulation entre ARS et départements dans l'élaboration des schémas et le pilotage stratégique de l'offre, grâce à des pratiques partagées en matière de diagnostic, de définition des orientations, de programmation et de stratégies d'action.**
- **Développer les démarches de construction partagée sur les territoires pour adapter l'offre ; affirmer l'engagement conjoint des acteurs pour apporter une meilleure réponse aux personnes, sans diluer les responsabilités.**
- **Faciliter la lisibilité et l'articulation des différents dispositifs de coordination, d'appui aux parcours et d'intégration sur les territoires.**

C. Miser sur l'intelligence collective des acteurs des territoires

Faire face aux impératifs de continuité dans le parcours de vie, à la construction de réponses plus globales, suppose la mobilisation concertée des ressources du territoire et le rapprochement des acteurs. De leur engagement partagé découle la conception d'autres solutions d'accompagnement. Les acteurs sur les territoires ont fait la preuve depuis des années, à travers de nombreuses initiatives locales, de leur intelligence collective.

Il s'agit donc de favoriser cette capacité d'innovation locale, en offrant un socle national partagé pour garantir l'égalité de traitement, et mieux capitaliser ces initiatives pour en nourrir les politiques nationales et locales.

³¹ La première phase de l'expérimentation (2013-2014) a permis de définir dans chaque région les conditions et les modalités de mise en œuvre, particulièrement les modalités de tarification des établissements et l'orientation en « dispositif ITEP ». La seconde phase de l'expérimentation (2014-2017) doit permettre de mesurer ses effets sur le parcours de l'usager. Une évaluation nationale est donc prévue à son terme. L'article 91 de la loi de Modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour les ITEP, sur l'ensemble du territoire, de fonctionner en dispositif, sous réserve d'un vote de la MDPH avant le 31 décembre 2017 et de la signature d'une convention avec les acteurs locaux.

Concevoir des cadres nationaux souples

Favoriser les initiatives locales et capitaliser les projets et les bonnes pratiques

Les cadres établis au niveau national sont indispensables : porteurs de concepts et de pratiques communs, ils sont garants d'une certaine homogénéité et de l'égalité de traitement. Ils peuvent également être des leviers pour progresser sur des bases partagées sur l'ensemble du territoire national. À condition de ne pas être trop précis, ils facilitent la capacité à concevoir et à faire ensemble sur les territoires, en prenant en compte les caractéristiques locales, les besoins et les attentes des habitants. Pour le Conseil, les cadres nationaux doivent être conçus avec souplesse et ainsi favoriser les initiatives locales, qui constituent la richesse de politiques déconcentrées et décentralisées.

Miser sur l'intelligence collective sur les territoires suppose d'en favoriser l'expression, mais aussi d'accepter une prise de risque, de la complexité et de la diversité. Les cadres budgétaires doivent pouvoir ménager des espaces de souplesse pour rendre possibles ces initiatives y compris lorsqu'elles n'ont pas été anticipées dans la réglementation. Pour autant, cette confiance *a priori* dans la capacité des acteurs des territoires à penser et mettre en œuvre l'évolution des réponses aux personnes n'est pas un laissez-faire. Dès lors, « le partenariat territorial est un creuset d'innovations³² ».

La capitalisation des initiatives réussies et des bonnes pratiques après objectivation des facteurs de réussite peut également nourrir les politiques nationales ainsi que l'essaimage sur d'autres territoires. L'animation de ses réseaux (ARS, départements, MDPH, associations, etc.) par la CNSA doit y contribuer.

Des logiques en tension

Un niveau de contrainte plus ou moins élevé caractérise le contenu des cadres nationaux et leur interprétation sur les territoires. Différentes logiques sont à l'œuvre dans les cadres nationaux. Des approches potentiellement novatrices, misant sur l'échange entre niveau national et acteurs territoriaux, sont déjà à l'œuvre. Ainsi, la préfiguration des conférences des financeurs dans vingt-quatre départements avant même l'adoption de la loi, a reposé sur l'ambition de nourrir le niveau national des premières expériences de terrain, aussi bien pour l'élaboration par la DGCS des textes d'application que pour la production par la CNSA des outils d'aide à la généralisation des conférences. Le déploiement par vagues de la « Réponse accompagnée pour tous », avec le dispositif d'appui national et local aux sites pionniers, relève de la même approche. Pour porter tous ses fruits, la dialectique de construction partagée entre le national et territorial doit pouvoir se maintenir sur tout le processus.

Dans un autre domaine d'action, qui pourrait inspirer les politiques de l'autonomie, la démarche AGGILE « Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion » repose sur une adaptation à la diversité des territoires et aux relations préexistantes entre les acteurs locaux. Le cadre précise les objectifs à atteindre plutôt que les modalités. Les parties prenantes sont invitées à expérimenter coordination opérationnelle des intervenants et coordination stratégique entre institutions. Un appui national est prévu pour l'accompagnement à la conduite du changement et les échanges de pratiques. Les objectifs sont multiples et sont similaires aux enjeux actuels du secteur médico-social : favoriser la connaissance des acteurs sur un même territoire d'action, orienter correctement les personnes bénéficiaires, veiller à la continuité et à la complémentarité des interventions, partager l'observation des besoins pour définir des priorités conjointes et des actions communes.

S'agissant des cahiers des charges nationaux des dispositifs à déployer sur les territoires, l'équilibre entre définition d'un socle commun et souplesse d'application est souvent difficile à atteindre. Les acteurs locaux, ARS comme départements, se plaignent ainsi de la rigidité du cahier des charges des MAIA maintenant que la phase d'expérimentation est largement passée et que les dispositifs doivent trouver leur place dans les dynamiques territoriales.

³² Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, entretien réalisé pour ce rapport.

Certains acteurs craignent que le cahier des charges de l'expérimentation SPASAD, qui vise à engager un mouvement commun, mais est précis et basé sur l'existant, ne freine certaines initiatives locales.

[Focus] Les équipes relais pour les handicaps rares

Les schémas dédiés aux handicaps rares promeuvent coordination et souplesse. Les territoires d'intervention des équipes relais dépassant les frontières administratives régionales, l'élaboration des appels à projets subséquents a nécessité une réflexion conjointe entre les ARS concernées. Reposant sur la mobilisation conjointe d'expertises spécifiques et diverses, qui ne sont donc pas portées par un même établissement ou service, la réponse à ces appels à projets a nécessité un rapprochement d'acteurs, dont certains n'étaient pas considérés, ou ne se considéraient pas, comme relevant du champ des handicaps rares. Cette structuration de l'offre d'accompagnement des handicaps rares a pu décontenancer ARS et organisations gestionnaires. D'ailleurs, le niveau d'intégration diffère selon les territoires.

La pratique des appels à projets (AAP) montre aussi comment la mise en œuvre locale peut se révéler plus rigide que le cadre national. L'observation des AAP lancés par les ARS et les départements depuis la mise en place de la procédure révèle des pratiques inégalement favorables à l'initiative locale. Dans nombre de cas, la réponse est souvent prédéterminée par un cahier des charges très précis, freinant la conception de réponses différentes. Les appels à projets lancés en Pays-de-la-Loire sont souvent cités comme exemple de bonne pratique. Le réflexe d'un cadre strict reste prégnant, quel que soit l'échelon de compétence et le vecteur des AAP expérimentaux est insuffisamment mobilisé.

Donner d'autant plus de sens à l'action que les contraintes budgétaires sont fortes

La contraction de la dépense publique pèse à tous les échelons, qu'il s'agisse de financer des prestations individuelles de compensation ou l'offre d'accompagnement collectif. La trajectoire de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), y compris de l'ONDAM médico-social qui a pourtant été plus préservé, en est un des révélateurs. Après avoir affirmé leur légitimité à agir dans le champ de l'action sociale et des politiques de l'autonomie, alors que gouvernement et parlementaires ont un temps envisagé leur suppression à la faveur de la réforme territoriale, les conseils départementaux dénoncent la dégradation de leurs finances, sur lesquelles pèsent les prestations sociales, au premier rang desquelles le revenu de solidarité active.

Dans ce contexte, la tentation comptable est forte. La gestion des moyens disponibles, par ailleurs essentielle, ne doit pourtant pas primer sur la définition des orientations politiques. Il importe de préserver le sens de l'action. Le réflexe du « dépenser moins » est à remplacer par la mobilisation collective pour « investir autrement ». Cela suppose de travailler collectivement, et dans la concertation, à l'évolution des pratiques, au maillage des réponses, à l'adaptation de l'offre avec toujours en fil rouge l'intérêt de la personne âgée et de la personne en situation de handicap. Dans ce contexte, tous les acteurs des politiques de l'autonomie – et pas seulement les financeurs – sont à la fois partie prenante et garantes de la recherche des solutions.

Sans cela, les réponses aux besoins subissent une dégradation (des associations dénoncent ainsi la diminution de plans personnalisés de compensation dans leur volet « aide humaine » alors que la situation de la personne handicapée reste inchangée, qu'elle ait ou pas déménagé dans un autre département), les échanges entre les gestionnaires et les autorités de financement se limitent à une négociation du volume des moyens. Le risque est réel que les inégalités augmentent en fonction des capacités économiques locales.

Préconisations

- **Privilégier des cahiers des charges d'appel à projet suffisamment souples pour soutenir la capacité d'initiative et d'innovation des organisations gestionnaires et inciter à la diversification des réponses.**
- **Développer l'apport de la CNSA dans la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.**
- **Concevoir des cadres nationaux laissant de la marge aux initiatives locales, tout en veillant à l'harmonisation des pratiques entre les territoires.**

III – Le territoire comme ressource pour une société inclusive

Le Conseil a défini l'autonomie dans le rapport de 2010 comme « l'exercice de la volonté personnelle et relationnelle des personnes, dans leur droit d'assumer leurs propres choix, y compris dans les actes de la vie quotidienne ». Une approche large de l'autonomie a vocation à englober tous les aspects de la vie ; elle dépasse largement le champ des politiques sociales et elle ne peut trouver sa pleine traduction que dans une société inclusive, dont le territoire est le creuset. Tel est le sens de la loi de 2005, ainsi que de la loi ASV, qui fait du vieillissement de la population l'affaire de tous, et dont le rapport annexé interpelle toutes les politiques publiques.

Considérer les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comme des habitantes à part entière questionne aussi les réponses à leur apporter et les modalités de compensation de la perte d'autonomie, à domicile comme en établissement : « l'approche territoriale est un vecteur pour penser autrement³³ ». Ainsi, l'établissement ou le service médico-social devient véritablement un acteur du bassin de vie dès lors qu'il se positionne par rapport aux personnes accompagnées, pour soutenir la réalisation de leur projet de vie sur leur territoire.

Les politiques de l'autonomie sont souvent perçues comme une source de dépenses. Elles méritent aussi d'être vues aussi comme une dimension du développement local.

A. Le territoire, creuset de la société inclusive

Traduire dans les politiques locales l'ambition d'une société inclusive

En 2060, les Français compteront 60 % de personnes âgées de plus de 65 ans en plus. Et dès aujourd'hui les personnes handicapées exigent d'avoir pleinement droit de cité. Les réponses collectives et individuelles à ces enjeux dépassent largement le seul champ de l'action sociale et interpellent toutes les politiques publiques qui se déploient sur les territoires³⁴.

C'est sur le territoire que se développent et se maillent des réponses plus globales aux personnes âgées ou handicapées et à leurs proches : en termes de logement adapté, de mobilité, de lutte contre l'isolement, de scolarisation et d'accès aux activités périscolaires, d'insertion professionnelle, d'accès aux loisirs et à la culture, etc. Handicap et vieillissement doivent être pris en compte, structurellement, au sein de l'ensemble des politiques territoriales. L'accessibilité de l'espace et des lieux publics est une dimension clef.

[Focus] Adapter l'urbanisme à la transition démographique

L'habitat est « la première condition de l'autonomie³⁵ ». Sur un territoire, il doit donc s'adapter aux particularités de la population et anticiper les modes de vie. Le rapport annexé à l'article 2 de la loi ASV prévoit ainsi que les outils de programmation en matière de logement, dont le programme local de l'habitat (PLH), prennent en compte la problématique de l'habitat des « âgés » à la fois en milieu urbain et en milieu rural. Le PLH doit indiquer, au titre des moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement, « les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants (CCH : L. 302-1)³⁶ ».

Construire sur les territoires une société plus inclusive, développer des politiques de l'autonomie élargies est un enjeu de démocratie locale et une dimension d'un projet politique local. Des collectivités sont déjà largement engagées dans ces approches, ainsi qu'en témoigne le réseau des villes Amies des aînés, ou bien les politiques d'accessibilité de l'espace comme des services publics.

³³ Dominique Argoud, « Le vieillissement : un enjeu pour le développement durable des territoires ? », in *Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires*, actes du colloque de l'INSET d'Angers, 2010, p. 20.

³⁴ Voir à ce propos le rapport du Conseil économique, social et environnemental *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, rapporteur Christel Prado, juin 2014.

³⁵ Rapport annexé à la loi Adaptation de la société au vieillissement.

³⁶ Le logement et la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, Agence nationale pour l'information sur le logement, http://www.anil.org/fileadmin/ANIL/Analyses_juridiques/loi_adaptation_societe_vieillesse.pdf.

Cela engage les différents niveaux des territoires, de la commune à la région, et passe par des alliances entre eux et au sein des intercommunalités, pour mettre en synergie les compétences et les ressources du territoire autour de projets partagés plutôt que juxtaposés.

Le Conseil de la CNSA attend que les CDCA, avec leur composition élargie au-delà du champ médico-social, soient des aiguillons pour une société inclusive, avec des traductions concrètes sur les territoires de vie. L'enjeu est le développement de l'accès à tout pour tous. Cela passe par la prise en compte du vieillissement et du handicap dans toutes les politiques publiques locales.

Faire des politiques de l'autonomie une dimension du développement social local

Comme en témoignent les pratiques locales déjà à l'œuvre, le territoire ne devient pleinement fédérateur que lorsque son pilote institutionnel parvient à faciliter l'interconnaissance et la mobilisation des différents acteurs de la société civile, professionnels ou bénévoles, autour de principes et de projets communs. C'est ce qui accroît « le pouvoir d'agir » collectif.

À ce titre, les politiques de l'autonomie gagnent à être appréhendées elles aussi dans une logique de développement social. Ce « mode de traitement global visant au maintien actif dans notre société des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap, l'isolement, etc. [est un] processus de mobilisation des potentialités locales³⁷ ». Agir pour remédier à la solitude des aînés, à la précarité des personnes en situation de handicap sans emploi ou dans l'incapacité de travailler, suppose de « mobiliser l'ensemble des forces vives d'un territoire pour en renforcer la cohésion³⁸ », car « c'est bien à travers le rapport de proximité entre l'habitant et son environnement immédiat que peut se mesurer pour l'essentiel la performance du vivre ensemble³⁹ ».

[Focus] Monalisa

Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés) est une initiative nationale⁴⁰ qui mise sur des initiatives locales, construites dans la proximité, à travers des alliances entre la société civile, dont les bénévoles, et les pouvoirs publics.

Ces approches, intégratives et citoyennes au plus près des réalités locales font émerger d'autres solutions et d'autres ressources. C'est ce dont témoignent par exemple les solutions de cohabitation intergénérationnelle, où des personnes âgées offrent une solution d'hébergement à des jeunes dans leur appartement, en contrepartie de présence et de menus services.

Impliquer les habitants sur leur territoire

La mobilisation des institutions, des organisations et des professionnels pour la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie sur les territoires est indispensable mais ne suffit pas : le territoire devient le creuset d'une société inclusive quand les personnes directement concernées sont considérées comme des habitants à part entière, associées au débat local, et lorsque la démocratie de proximité intègre les questions du handicap et du vieillissement.

Favoriser l'expression et tenir compte de la parole de la personne en situation de handicap et de la personne âgée, en tant qu'habitantes et citoyennes, et pas seulement comme bénéficiaires d'une prestation sociale ou usagères d'une structure médico-sociale, questionne la nature même de leurs besoins. Les attentes exprimées ne relèvent souvent pas tant de l'offre médico-sociale que d'initiatives favorisant ce qu'elles considèrent comme déterminant une bonne qualité de vie : des relations sociales, la facilitation des déplacements, la possibilité d'accéder aux lieux publics, aux biens et services, etc. Rechercher et prendre véritablement en compte la parole de la personne âgée

³⁷ Jean-Louis Sanchez, *op. cit.*, pp.21-22.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*, p. 7.

⁴⁰ Elle a été structurée sous format associatif national en 2012.

et de la personne en situation de handicap en tant qu'habitantes de leur territoire participe aussi de leur reconnaissance sociale, de leur visibilité sociale.

L'enjeu est également de mettre à l'ordre du jour des instances de démocratie de proximité les sujets du handicap et du vieillissement, avec la prise de parole de personnes directement concernées. C'est aussi par ce biais qu'une compréhension concrète des sujets et de leur portée peut progresser, notamment d'accessibilité, de solidarité de proximité, de localisation de l'offre. Comme sur d'autres sujets, la sollicitation des habitants du territoire, par-delà leur statut d'usager ou de représentant, « apporte un changement notable [...], les discussions ne sont pas centrées sur la question des moyens⁴¹ ». Couplée à une démarche prospective, elle peut aider à l'émergence de réponses non codifiées, alternatives et innovantes.

Les débats de démocratie en santé organisés par les CRSA peuvent également servir de cadres à la mobilisation des habitants. Une organisation rigoureuse est nécessaire pour permettre l'expression effective des participants, l'émergence de propositions et le consensus entre des participants aux profils variés (professionnels, habitants, représentants associatifs), sans prédéterminer les réponses.

[Focus] L'exemple des débats publics en Franche-Comté

En Franche-Comté, la CRSA, la conférence de territoire et l'ARS ont organisé un débat public sur le thème « Vivre chez soi avec un handicap, une maladie chronique ou une diminution d'autonomie ». Des rencontres-témoignages, des ateliers participatifs et un forum de synthèse se sont échelonnés sur plusieurs mois et à chaque fois dans des villes différentes. Les débats se sont tenus en soirée, dans des communes semi-urbaines, avec une communication préalable. Après une introduction problématique globale et concise, un large temps était dévolu à l'expression des participants, éventuellement répartis en petits groupes. Cette initiative a fait émerger le constat d'un habitat traditionnel inadapté à la perte d'autonomie, le besoin de faire connaître les prestations d'aide à domicile et de diversifier l'offre, notamment les résidences services.

Préconisations

- **Intégrer la prise en compte du vieillissement et du handicap dans l'ensemble des politiques territoriales.**
- **Rechercher les coopérations entre collectivités territoriales au service de politiques inclusives et de l'accessibilité universelle.**
- **Faire des CDCA un aiguillon pour porter une vision inclusive des politiques locales.**
- **Prendre en compte la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans la conception et la mise en œuvre des politiques locales de l'autonomie et organiser leur expression. Affirmer le handicap et le vieillissement comme des sujets de débat dans les instances de démocratie de proximité.**

B. Des personnes âgées et des personnes en situation de handicap habitantes et citoyennes

Conjuguer perception de l'espace vécu, autonomie et accessibilité

Le bassin de vie est « un espace où un habitant peut trouver les ressources nécessaires à sa vie quotidienne, au sens large, et y localiser l'ensemble des éléments de son habiter permanent⁴² ». Le territoire relève aussi de la construction. Les habitants produisent une « représentation mentale [...] [qui] s'explique principalement dans la

⁴¹ Dominique Argoud, actes du colloque de l'INSET d'Angers, *op. cit.*, p. 23.

⁴² Jacques Levy, *op. cit.*, p. 237.

signification que revêt cet espace dans leur histoire de vie ainsi que la place qui est la sienne dans la mémoire collective⁴³ ».

Le rapport au territoire évolue avec la personne, notamment du fait de la perte d'autonomie. Celle-ci peut avoir pour conséquence un resserrement des déplacements et des habitudes de vie autour du domicile, particulièrement si elle n'est pas compensée par l'accessibilité des lieux publics et des transports, une facilitation des déplacements piétonniers, etc. Le risque est un isolement progressif et subi.

Considérer le rapport de la personne handicapée ou âgée à son territoire amène à concevoir un accompagnement plus respectueux de ses habitudes de vie et favorisant l'autonomie. L'utilisation de la carte mentale ou cognitive est riche d'enseignements. Cet outil représente la perception de l'espace vécu et permet d'observer « la qualité de vie sociale et environnementale⁴⁴ ». Or « un rétrécissement du territoire et une appropriation dégradée sont des facteurs de risques pouvant mener à la perte d'autonomie⁴⁵ ». La prévention de la perte d'autonomie s'appréhende aussi géographiquement. La carte mentale pourrait être utilisée, par exemple par des services d'aide à domicile, pour évaluer le degré d'appropriation du territoire de proximité par la personne et adapter l'accompagnement en conséquence.

La réappropriation de l'environnement pour le maintien de l'autonomie suppose d'agir sur différents facteurs : l'état de santé, l'accès aux lieux publics, le recours aux transports publics, la fréquentation de lieux de convivialité. Cette réappropriation est facilitée voire conditionnée parfois, par l'accessibilité de la ville.

Lorsque la personne ne peut plus se déplacer pour profiter des services et de son environnement de proximité, la réponse peut être dans la délivrance de services à domicile. Le portage de livres organisé par certaines bibliothèques municipales avec des jeunes en service civique a montré tout son intérêt pour préserver à la fois le plaisir de la lecture et le lien social.

Favoriser un fonctionnement inclusif de l'offre médico-sociale sur son territoire

Les personnes accueillies en établissement doivent pouvoir être des habitantes à part entière de leur territoire de vie ; c'est une dimension de l'autonomie au quotidien. C'est encore plus sensible lorsque, par exemple du fait d'une entrée en EHPAD, elles ont quitté le bassin de vie dans lequel elles avaient leurs habitudes et leur réseau relationnel. La rupture vécue est d'autant plus brutale que la distance est grande, comme lors des prises en charge contraintes en Belgique.

L'ouverture sur le territoire recoupe d'abord des enjeux de localisation de l'offre. L'implantation dans un bourg, en centre-ville ou dans un quartier desservi fréquemment par des transports en communs accessibles rend possible le recours autonome aux services (notamment aux loisirs, à la culture) et aux commerces de proximité. D'où l'importance de politiques locales d'urbanisme facilitantes pour des implantations d'ESMS, en particulier en cas de fortes tensions sur le foncier. Préparer et accompagner ces implantations par la concertation locale, est une condition de bonne intégration à leur environnement ; l'hostilité du voisinage n'est pas rare. L'implication des responsables politiques locaux est alors déterminante pour défendre la place de tous dans la cité.

Pour des sites isolés, hérités de logiques d'implantation anciennes, le constat d'obsolescence du bâti, avec son impact massif en termes d'investissement, peut être l'occasion de poser la question du changement de localisation, même si ces projets sont toujours délicats à mener.

Typologie de la mobilité individuelle en établissement⁴⁶

L'implantation de l'établissement, les pratiques professionnelles et les modalités d'accompagnement déterminent la mobilité des usagers. Trois types de mobilité peuvent être identifiés :

⁴³ Frédéric Balard, intervention au colloque « Territoires gérontologiques : pour une réforme de nos politiques publiques », Fondation nationale de gérontologie, 14 janvier 2010.

⁴⁴ Brigitte Nader-Hallier, « Cartes mentales et qualité de vie », *Usagers et limites des territoires*, CLEIRPPA, Cahier n° 44, novembre 2011, p. 10.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 12.

⁴⁶ Noémie Rapegno, *op. cit.*, pp. 7-8.

- la mobilité individuelle domocentrée, fortement dépendante de l'institution : les personnes ne sortent pas seules ou alors dans un périmètre réduit. Elles ont un mode de vie insulaire, parce que l'établissement est isolé, non desservi, ou situé dans un quartier résidentiel sensible ;
- la mobilité individuelle et collective : les professionnels accompagnent les usagers qui ne peuvent se déplacer seuls vers les équipements de proximité, dans un environnement accessible et doté de transports ;
- la mobilité individuelle importante : les usagers sont des « navigateurs » dans un large périmètre autour de l'établissement, situé dans un quartier commerçant en milieu urbain et doté de transports. La collectivité tend à s'effacer.

La localisation ne détermine pas à elle seule l'ouverture sur la cité. Le développement d'activités de sortie ou d'accompagnement individuel, notamment lorsque l'établissement est isolé, sont tout aussi importantes. La mobilisation des ressources externes de proximité, qu'elles relèvent de la prise en charge médicale ou paramédicale, d'activités culturelles ou de loisirs, évitent de fonctionner en circuit fermé.

L'externalisation des unités d'enseignement au sein des écoles et collèges, est une illustration de cette démarche inclusive qui exige de la réciprocité dans la volonté d'ouverture et d'accueil de la part des services publics et partenaires concernés.

L'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement transforme le regard qui est porté sur eux, celui des habitants comme celui des élus locaux. Des projets collectifs mobilisant le voisinage, l'accueil d'interventions bénévoles, favorisent la rencontre, le développement des liens sociaux des personnes accueillies en établissement et un changement de regard sur le handicap et le vieillissement. Les initiatives qui renforcent le vivre-ensemble sont variées, et gagnent à se développer.

La conception architecturale participe de l'ouverture de l'établissement médico-social sur son environnement : la libre déambulation des usagers comme des habitants peut être facilitée, des espaces (salles de réunion, infrastructures sportives, etc.) peuvent être conçus comme directement accessibles de l'extérieur pour faciliter des usages partagés. Des offres d'accompagnement social et médico-social complémentaires, parfois intergénérationnelles, peuvent être rapprochées en un seul lieu. De tels projets se heurtent toutefois au fléchage des aides à l'investissement. Leur financement devrait être facilité.

[Exemple] Le quartier intergénérationnel Simone-de-Beauvoir à Rennes

Fruit de la concertation entre la ville de Rennes et les associations des habitants, ce projet répond aux orientations définies dans le plan local de l'habitat et de l'urbanisme : construire une cité solidaire et durable, favoriser la mixité sociale et la densité urbaine, construire des logements neufs, sauvegarder un patrimoine et créer de nouveaux lieux de rencontre et d'échanges. L'espace Simone-de-Beauvoir comprend sept immeubles répartis autour d'une esplanade centrale, dont une résidence intergénérationnelle dans laquelle vivent des étudiants infirmiers, des familles et des personnes âgées. La résidence propose aussi un accueil pour personnes handicapées psychiques (huit studios et des locaux collectifs de vie) et un accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Au pied de la résidence, le restaurant *Fourchette et compagnie* est un espace associatif dans lequel les activités proposées l'après-midi sont financées par le chiffre d'affaires du restaurant.

L'évolution des attentes des personnes âgées et des personnes en situation de handicap implique aussi de penser dès aujourd'hui et pour demain, d'autres types de réponses, qui articulent ressources du milieu ordinaire et réponses médico-sociales, offre collective et compensation individuelle, dans des approches individualisées.

Les solutions dites d'habitat intermédiaire qui conjuguent logement de droit commun et accompagnement médico-social vont très probablement se développer dans les années à venir. L'habitat des personnes âgées et des personnes en situation de handicap doit être pensé dans une continuité, de l'habitat diffus à l'hébergement « médicalisé » en passant par l'habitat intermédiaire. Pour qu'une politique de l'habitat sur un public défini soit efficace, elle implique une mobilisation des différents partenaires (collectivités territoriales, Agence nationale de l'habitat, bailleurs sociaux, ARS, associations) dans la conception d'une stratégie territoriale transversale et

cohérente. Le développement de ces réponses suppose aussi de consolider certains aspects du cadre juridique, comme les conditions de mutualisation partielle de la PCH.

Préconisations

- **Poursuivre la mise en accessibilité de la cité pour permettre un réel droit de cité pour tous.**
- **Développer la dimension inclusive de l'offre médico-sociale et son ouverture sur la cité (localisation, architecture, mobilisation des services de droit commun, accueil par des bénévoles, etc.).**
- **Capitaliser et modéliser les expériences d'habitat intermédiaire, pour en permettre un développement pérenne.**

C. Les politiques de l'autonomie, une dimension du développement local

Valoriser et anticiper sur les territoires les enjeux d'emploi et de formation

Les politiques de l'autonomie engendrent de l'activité sur les territoires. Vecteurs d'emplois non délocalisables, consommateurs sur leur territoire, les établissements et services médico-sociaux stimulent l'économie locale. Le vieillissement de la population va amplifier cette réalité, avec la nécessité de favoriser une offre de services à hauteur des besoins. Or des difficultés de recrutement se manifestent déjà, notamment dans le secteur de l'aide à domicile, aussi bien en zones rurales qu'en zones urbaines. Des questions de connaissance et aussi d'attractivité de ces métiers sont posées (conditions de travail, temps partiel et amplitudes horaires, rémunérations, etc.). Ces enjeux de recrutement appellent aussi des stratégies partagées entre départements et régions et organisations du secteur pour évaluer et anticiper les besoins, faire découvrir ces métiers, former (des jeunes comme des personnes en reconversion). Ces démarches, déjà à l'œuvre sur les territoires, vont devoir être développées.

Les financements de la section IV de la CNSA, mobilisés au titre de la modernisation du secteur de l'aide à domicile et de l'appui à la formation *via* les conventionnements avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), peuvent faire levier, sans se substituer aux financements de droit commun. Ces conventions avec les OPCA doivent être mieux connues des ARS et des conseils départementaux, pour s'intégrer à des stratégies encore plus partagées au niveau local.

L'ESMS, un acteur économique de proximité

Employeuse et génératrice d'emplois, la structure médico-sociale est aussi consommatrice de ressources sur son territoire. Elle peut à la fois privilégier celles qui sont produites localement et agir pour limiter le gaspillage. S'inscrire dans une approche de développement durable participe de l'amélioration de la qualité de vie quotidienne des personnes accompagnées. Certaines structures médico-sociales s'approvisionnent ainsi en circuit court pour la production des repas livrés à domicile ou consommés sur place. Ce faisant, elles participent à la dynamisation de l'agriculture locale, la qualité gustative et nutritionnelle des repas s'améliore, le gaspillage diminue et des économies de fonctionnement sont engendrées. La maîtrise des consommations énergétiques courantes est aussi un levier pour diminuer les frais d'hébergement et améliore le reste à vivre des usagers.

[Focus] Les EHPAD, acteurs du développement durable

Le projet ADD'AGE (action développement durable au service du grand âge) est une recherche action menée par la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) et soutenue financièrement par la CNSA (section V). Le projet (2013- 2015), a porté sur l'observation et l'analyse des pratiques responsables en matière économique, sociale et environnementale, afin d'améliorer la qualité de vie et l'accompagnement de la personne âgée.

Les actions observées relèvent aussi bien des achats responsables, de la diminution de la consommation en énergies et CO2, de la diminution de la consommation de déchets et de leur revalorisation, de l'habitat, des droits des personnes, de l'accessibilité, du management participatif. La démarche de la responsabilité sociale des entreprises est une dynamique transversale à toutes les activités de la structure.

Les impacts observés sont pluriels : amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, de la gestion des consommations de la structure et ainsi du reste à vivre des résidents, amélioration du bien-être au travail, renforcement de la performance de la structure.

La nature même de l'activité des ESMS infléchit le développement territorial. Ainsi, la préparation et le portage de repas par un ESAT (établissement et service d'aide par le travail) auprès de personnes âgées facilitent leur maintien à domicile et la préservation de liens sociaux et intergénérationnels, tout en favorisant la reconnaissance sociale des travailleurs handicapés.

Ancrer sur les territoires le soutien à l'innovation sociale et technologique

Le vieillissement de la société, le handicap appellent des innovations pour mieux répondre aux besoins d'autonomie des personnes. Cela engendre des activités et de nouveaux produits, avec l'apport notamment du numérique. L'e-santé, qui se développe, a ainsi pour enjeu d'intégrer pleinement les sujets de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie. La *silver* économie a vocation à s'ancrer dans la réalité économique et sociale locale. Certains territoires sont déjà engagés dans des politiques de soutien à l'innovation, avec un maillage des acteurs de la recherche, PME, acteurs sociaux. Cela suppose, notamment dans le champ des aides techniques et de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, d'allier innovation technologique, prise en compte des usages et innovations sociales.

[Focus] Des besoins aux usages, l'exemple du CENTICH

Le Centre d'expertise national des TIC pour l'autonomie et la santé accompagne le développement de l'innovation et soutient les politiques territoriales d'autonomie en Pays-de-la-Loire :

- déploiement de la TECHNICOTHEQUE, dispositif intégré à la maison de l'autonomie (MDA) pour faciliter le recours aux aides techniques pour la compensation ;
- télémédecine en EHPAD, avec le soutien de l'ARS, pour favoriser le recours aux consultations spécialisées ;
- futur Pôle Silver, pour l'innovation (aides techniques, objets connectés, habitat).

Le CENTICH fait travailler ensemble les collectivités territoriales, MDA, centre hospitalier universitaire, clusters, pôles de compétitivités et industriels.

Le rôle des ESMS dans la dynamisation et l'attractivité du territoire reste à valoriser : le faire-savoir est indispensable au partage du savoir-faire. Les organisations gestionnaires ont intérêt à mobiliser les outils de l'économie sociale et solidaire, qu'il s'agisse d'appui à l'ingénierie de projet (avec les dispositifs locaux d'accompagnement) ou de financement.

Ainsi, « les territoires [sont] la bonne échelle de l'innovation sociale : c'est à ce niveau que peuvent se nouer le plus facilement les coopérations et les mutualisations entre des acteurs divers, autour d'un projet commun et aux objectifs précis. Les acteurs de [l'économie sociale et solidaire dont font partie les ESMS non lucratifs] ont une place majeure à occuper dans les dynamiques d'innovation territoriale [pour éviter que] « l'innovation demeure considérée sous l'angle technologique, hors sol et déconnectée des usages⁴⁷ ».

Tel est l'angle d'attaque que la CNSA doit privilégier dans son soutien à l'innovation sur le champ des aides techniques et des nouvelles technologiques au service de la compensation. L'appel à projet thématique relatif à l'économie circulaire lancé en 2015 a ainsi retenu des projets allant dans ce sens.

Préconisations

- **Valoriser la contribution des politiques de l'autonomie et des ESMS au développement local et à l'emploi.**
- **Construire des stratégies territoriales partagées, pour traiter des enjeux de recrutement et de formation.**

⁴⁷ Alexei Tabet, Union sociale, entretien du 1^{er} mars 2016.

Synthèse

Les politiques de l'autonomie sont ancrées sur les territoires, comme les personnes en situation de handicap et les personnes âgées auxquelles elles s'adressent, ainsi que les acteurs qui les mettent en œuvre. Inscrites dans le champ des politiques sociales et de santé, elles ne s'y résument pas. Au carrefour des acteurs nationaux et locaux, la CNSA est au service des dynamiques territoriales. Garante de l'égalité et de l'équité de traitement mais sans leviers d'action « coercitifs », elle agit par l'animation, la production d'outils partagés, et l'harmonisation des pratiques.

Considérer la personne âgée et la personne en situation de handicap comme habitantes et citoyennes de leur territoire de vie, et le territoire comme une ressource et un cadre de cohérence pour l'action, donne sens à la complexité de la dimension territoriale des politiques de l'autonomie, dans une logique inclusive.

I – Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses

Face à la diversité géographique, démographique, socio-économique, il est essentiel de prendre en compte et d'anticiper les dynamiques territoriales. Les phénomènes de vieillissement de la population n'ont pas la même portée sur les zones urbaines denses ou sur des territoires ruraux en déprise démographique. Les taux de prévalence du handicap peuvent se recouper avec des contextes territoriaux de précarité sociale qui pèsent sur l'état de santé des populations.

L'implantation de l'offre médico-sociale sur les territoires s'inscrit aussi dans un temps long, elle est historiquement le fruit d'initiatives privées. Les attentes fortes d'accompagnement de proximité prenant en compte la situation de la personne dans sa globalité, selon une logique de parcours fluide, supposent d'accompagner dans la durée rééquilibrage progressif et recomposition de l'offre, de mobiliser autrement les ressources présentes sur les territoires. La mission « Une réponse accompagnée pour tous » et la loi ASV sous-tendent cette dynamique d'évolution.

L'observation des disparités territoriales est aussi celle des pratiques dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie et c'est ce à quoi œuvre la CNSA, auprès des MDPH et bientôt des équipes médico-sociales des conseils départementaux.

L'observation partagée des dynamiques territoriales est déterminante pour dépasser la seule approche chiffrée, nécessaire mais insuffisante, de l'offre et des besoins. Elle renforce la pertinence de la planification sur les territoires d'intervention. L'égalité prônée par le Conseil de la CNSA dépasse une conception réductrice consistant en l'application de taux d'équipement identiques. Le suivi des orientations prononcées par les MDPH, déjà nécessaire pour améliorer le traitement des situations individuelles, est d'autant plus important pour affiner et objectiver la connaissance des besoins sur les territoires.

Le cadre légal des politiques de l'autonomie vise à garantir l'égalité de traitement sur les territoires. Cet objectif est fortement affirmé dans les missions de la CNSA. Le mouvement de décentralisation a contribué historiquement à la réduction des inégalités, à travers un investissement important des collectivités locales dans le développement de l'offre et les prestations, au sein de politiques d'action sociale qui se sont profondément transformées au fil du temps. L'impact des récentes lois de réforme territoriale doit être suivi pour éviter un regain des inégalités dans la durée, notamment entre les métropoles et les autres territoires. Sur fond de difficultés financières de certaines collectivités, le niveau d'investissement dans l'action sociale, en plus d'être lié à la répartition inégale de la ressource, reste un choix politique local, qui influe sur la réduction des inégalités entre les personnes.

L'extension du périmètre géographique de compétence des ARS, conformément au découpage des nouvelles régions, apporte de la souplesse dans l'allocation de la ressource et la programmation de l'offre. L'animation des acteurs et l'organisation infrarégionale seront déterminantes pour contrebalancer l'éloignement du niveau décisionnel.

II – Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décroisées

Mieux répondre aux besoins et aux aspirations des personnes suppose de dépasser la logique des tuyaux d'orgue pour affirmer une approche transversale des politiques de l'autonomie. Celle-ci a vocation à se concrétiser aussi bien dans l'organisation des services des autorités compétentes, dans leur articulation entre elles, que dans la mobilisation par elles des acteurs sur les territoires. La territorialisation des services départementaux peut être un levier de décroisement. La « réponse accompagnée pour tous » est emblématique de ce renouvellement des pratiques dans une logique systémique. Les CDCA s'inscrivent dans ce mouvement de prise en compte de toutes les dimensions du handicap et du vieillissement sur les territoires de vie. Les conférences des financeurs sont aussi une opportunité pour construire des stratégies partagées de prévention de la perte d'autonomie.

Ces nouveaux cadres d'action appellent, pour la CNSA, au développement d'une animation croisée entre ses réseaux de partenaires, particulièrement les conseils départementaux, les MDPH et les ARS, par la conception partagée d'outils, le soutien à leur déploiement et la capitalisation des expériences pour le rapprochement des acteurs et le développement d'une approche transversale de problématiques communes.

Le renforcement de la cohérence des actions sur les territoires dépend de l'efficacité de la gouvernance territoriale. Les stratégies d'action partagées démultiplient les capacités d'intervention des acteurs sur les territoires, particulièrement avec le rapprochement de la programmation des ARS et des conseils départementaux (échange de données, partage des éléments de diagnostic, d'analyse et de planification). Les démarches de consultation et de concertation légales gagnent à être enrichies par l'association des acteurs du territoire dès la phase d'observation des besoins, dans une logique de construction partagée.

La généralisation des CPOM constitue un levier pour une recomposition fine de l'offre. Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement au changement. Le maillage des ressources sur les territoires passe aussi par la mobilisation du milieu ordinaire, le partage d'expertises. Le recours au numérique pourrait faciliter, dans les années à venir, l'accès à des ressources éloignées et la mise en réseau des acteurs.

Le Conseil de la CNSA considère que le constat d'hétérogénéité des territoires d'intervention et des dispositifs doit être dépassé par un effort de complémentarité et de coordination des actions. L'élaboration des futurs PRS est l'occasion de dessiner les territoires d'intervention sur les bassins de vie en fonction des problématiques observées, selon un critère de proximité des besoins et de l'offre, au service de parcours de santé mieux coordonnés.

Il est attendu des cadres nationaux, par ailleurs indispensables à l'égalité de traitement, qu'ils favorisent la capacité d'innovation locale, l'intelligence collective, en ménageant une certaine souplesse et simplicité. L'observation des appels à projets démontre tout l'intérêt à privilégier des cahiers des charges soutenant la capacité d'initiative des organisations gestionnaires, et incitant à la diversification des réponses. La CNSA devra renforcer son apport à la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.

III – Le territoire comme ressource pour une société inclusive

Considérer les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comme des habitantes à part entière questionne les réponses à leur apporter et les modalités de compensation de la perte d'autonomie. C'est sur le territoire que se développent des réponses plus globales : logement adapté, mobilité, lutte contre l'isolement, scolarisation, insertion professionnelle, loisirs et culture, etc. Handicap et vieillissement doivent être appréhendés au sein de toutes les politiques territoriales. L'accessibilité des lieux publics est une dimension clef. Ainsi, les politiques de l'autonomie s'inscrivent dans le développement social.

Le Conseil attend des CDCA qu'ils soient un aiguillon du pouvoir d'agir collectif. Construire sur les territoires une société plus inclusive est un enjeu de démocratie locale. Le territoire devient le creuset d'une société inclusive quand les personnes directement concernées par le handicap ou la perte d'autonomie sont associées au débat local, lorsque la démocratie de proximité intègre leurs préoccupations et leurs propositions. C'est aussi par ce biais qu'une compréhension concrète des sujets peut progresser, notamment d'accessibilité, de solidarité de proximité, de localisation de l'offre.



Cette approche, intégrative et citoyenne au plus près des réalités locales, fait émerger d'autres solutions, avec la mobilisation d'autres ressources, articulant les ressources du milieu ordinaire avec celles du médico-social, par exemple pour développer d'autres formules d'habitat.

L'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement peut contribuer au quotidien à faire de leurs résidents des habitants, et à transformer le regard qui est porté sur eux. Les initiatives qui renforcent le vivre-ensemble sont variées, et gagnent à se développer.

Les structures médico-sociales sont génératrices d'emplois. Des difficultés de recrutement se manifestent déjà, elles appellent des stratégies partagées entre départements, régions et organisations gestionnaires.

Les acteurs de l'autonomie peuvent être porteurs d'innovation pour mieux répondre aux besoins individuels d'autonomie. L'e-santé, la *silver* économie, ont vocation à s'ancrer dans la réalité économique et sociale des territoires. Elles participent à la dynamique du développement local. Les politiques de l'autonomie sont ainsi un terreau pour l'innovation sociale. Le soutien de la CNSA aux projets innovants s'inscrit dans cette perspective.

Récapitulatif des préconisations du Conseil

I – Les politiques de l'autonomie face à la diversité des dynamiques territoriales et à la disparité des réponses

- (1) Renforcer l'évaluation partagée et prospective des besoins sociaux sur les territoires en matière de perte d'autonomie et de handicap, par la production ou le recueil d'études et de recherches, et le développement de pratiques partagées d'observation et de production de données.
- (2) Veiller à ce que la CNSA y contribue, à travers l'appui à l'informatisation du suivi des orientations prononcées par les MDPH, ainsi que par le soutien à la production de connaissances, en lien avec ses partenaires.
- (3) Affiner la connaissance des flux entre les départements et hors du territoire national pour les prises en charge en établissements médico-sociaux, avec la contribution de la CNSA et de la DREES, notamment à partir des données de l'enquête ES.
- (4) Développer la statistique publique pour mieux connaître les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, qu'elles soient accompagnées par une structure médico-sociale ou pas, et quel que soit leur territoire de vie.
- (5) Recomposer et rééquilibrer l'offre médico-sociale dans la durée pour mieux l'adapter aux dynamiques sociodémographiques des territoires, dans une stratégie partagée impliquant les ARS, les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires, les associations de personnes, avec un soutien national exercé par la CNSA ; prendre en compte dans ces évolutions la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
- (6) Mettre en œuvre des actions adaptées aux réalités des territoires ultramarins pour mieux répondre à l'ampleur de leurs besoins, sur la base d'orientations stratégiques.
- (7) Réaffirmer la contribution de la CNSA à l'objectivation des disparités de traitement sur les territoires et leurs causes, rendre publiques les données et études les concernant, travailler à l'harmonisation des pratiques au service de l'égalité de traitement.
- (8) Considérant la création des métropoles, intégrer un suivi de l'impact dans la durée des transferts et délégations de compétences entre les départements et les métropoles dans le champ de l'autonomie, notamment s'agissant des risques d'inégalité de traitement entre les territoires.
- (9) Conforter l'ancrage territorial des ARS, dans le cadre de la réforme territoriale, pour soutenir la connaissance fine des territoires, l'accessibilité du niveau décisionnel et la capacité d'animation à travailler en réseau.

II – Le territoire comme levier de politiques de l'autonomie décloisonnées

- (10) Privilégier, pour les départements et les ARS, des organisations internes et des modes de fonctionnement décloisonnés facilitant la construction de réponses plus globales pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.
- (11) Renforcer, comme prévu dans la COG 2016-2019, l'animation croisée par la CNSA des réseaux auxquels elle vient en appui (ARS, départements, MDPH, associations représentant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap) pour soutenir des dynamiques territoriales décloisonnées au service d'une amélioration des réponses. Maintenir dans la durée un appui particulier au déploiement de la « Réponse accompagnée pour tous ».
- (12) Renforcer l'investissement collectif dans les technologies de l'information et de la communication pour faciliter l'accès par les personnes et par les professionnels, aux ressources et aux expertises, même éloignées.
- (13) Utiliser la généralisation des CPOM comme un levier pour une recombinaison fine de l'offre sur les territoires et rédiger les cahiers des charges nationaux des CPOM de manière à conjuguer harmonisation et adaptabilité aux situations locales.
- (14) Renforcer l'articulation entre ARS et départements dans l'élaboration des schémas et le pilotage stratégique de l'offre, grâce à des pratiques partagées en matière de diagnostic, de définition des orientations, de programmation et de stratégies d'action.

- (15) Développer les démarches de construction partagée sur les territoires pour adapter l'offre ; affirmer l'engagement conjoint des acteurs pour apporter une meilleure réponse aux personnes, sans diluer les responsabilités.
- (16) Faciliter la lisibilité et l'articulation des différents dispositifs de coordination, d'appui aux parcours et d'intégration sur les territoires.
- (17) Privilégier des cahiers des charges d'appel à projet suffisamment souples pour soutenir la capacité d'initiative et d'innovation des organisations gestionnaires et inciter à la diversification des réponses.
- (18) Développer l'apport de la CNSA dans la capitalisation des bonnes pratiques et des projets innovants développés sur les territoires.
- (19) Concevoir des cadres nationaux laissant de la marge aux initiatives locales, tout en veillant à l'harmonisation des pratiques entre les territoires.

III – Le territoire comme ressource pour une société inclusive

- (20) Intégrer la prise en compte du vieillissement et du handicap dans l'ensemble des politiques territoriales.
- (21) Rechercher les coopérations entre collectivités territoriales au service de politiques inclusives et de l'accessibilité universelle.
- (22) Faire des CDCA un aiguillon pour porter une vision inclusive des politiques locales.
- (23) Prendre en compte la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans la conception et la mise en œuvre des politiques locales de l'autonomie et organiser leur expression. Affirmer le handicap et le vieillissement comme des sujets de débat dans les instances de démocratie de proximité.
- (24) Poursuivre la mise en accessibilité de la cité pour permettre un réel droit de cité pour tous.
- (25) Développer la dimension inclusive de l'offre médico-sociale et son ouverture sur la cité (localisation, architecture, mobilisation des services de droit commun, accueil par des bénévoles, etc.).
- (26) Capitaliser et modéliser les expériences d'habitat intermédiaire, pour en permettre un développement pérenne.
- (27) Valoriser la contribution des politiques de l'autonomie et des ESMS au développement local et à l'emploi.
- (28) Construire des stratégies territoriales partagées, pour traiter des enjeux de recrutement et de formation.