



Prise en charge de la dépendance en France : la gouvernance partenariale et les pratiques solidaires, une réponse face aux difficultés de coordination

Mémoire présenté par Thibault Guyon

Master Territoires Organisations Urbains et Solidarités

Sous la direction de Jean-Pierre Girard

Décembre 2008

Remerciements

Merci à Jean Diaz et à toute l'équipe de la Direction du Développement Social de L'Opac de l'Oise, pour leur accueil et les six mois que j'ai passé en leur compagnie

Merci à Jean-Pierre Girard, Jean-Louis Girard et Nicolas Chochoy pour m'avoir aidé et guidé pour la conception de ce mémoire, et pour leur patience.

Merci à ma famille et à mes amis pour leurs encouragements et l'intérêt qu'ils ont portés à ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN FRANCE	7
I. Une politique de la dépendance accès sur le maintien à domicile en France	7
II. Les conditions du maintien à domicile	8
III. L’habitat	9
<input type="checkbox"/> Des dispositifs favorisant l’adaptation peu efficaces	9
<input type="checkbox"/> Différences selon le statut d’occupation	10
<input type="checkbox"/> Une véritable stratégie chez certains bailleurs sociaux	12
<input type="checkbox"/> Dangers des logiques opposées du logement public et privé	13
<input type="checkbox"/> Le logement social : un développement en suspens	14
IV. Les aidants	15
<input type="checkbox"/> L’entourage (dit aussi aidants naturels)	16
<input type="checkbox"/> Les aidants professionnels	17
V. Les services et établissements d’accueil	18
<input type="checkbox"/> Les services d’aides à la vie quotidienne	18
- Evolution de ce secteur	20
- D’une régulation tutélaire à une régulation marchande	20
- Les défis de ce secteur	22
<input type="checkbox"/> Les services de soins	23
- Les soins infirmiers à domicile	24
- L’hospitalisation à domicile	26
<input type="checkbox"/> Les structures d’accueil temporaire	26
- L’accueil de jour ou de nuit	27
- L’hébergement temporaire	27
<input type="checkbox"/> Les établissements d’hébergement et de soins pour personnes âgées	28
<input type="checkbox"/> Le secteur hospitalier	29
<input type="checkbox"/> Cloisonnement et manque de coordination	30
PARTIE 2 : LA SPHERE PUBLIQUE, ACTION ET ORGANISATION	32
I. Protection sociale et prise en charge de la dépendance	32
<input type="checkbox"/> Le modèle de protection sociale français	32
<input type="checkbox"/> L’APA	33
II. Un phénomène : la décentralisation, et un enjeu : la coordination	34

III. Les acteurs institutionnels de la prise en charge de la dépendance	35
<input type="checkbox"/> Le conseil général	36
<input type="checkbox"/> Les Clic	38
<input type="checkbox"/> Les communes	40
<input type="checkbox"/> L'intercommunalité	41
<input type="checkbox"/> L'Etat	41
<input type="checkbox"/> Les autres financeurs	42
PARTIE 3 : FAIBLESSES ET LIMITES DE L'ORGANISATION FRANÇAISE	44
I. Difficultés à la mise en place d'une coordination globale	44
II. La gouvernance concurrentielle en question	46
III. Les inégalités territoriales	48
IV. Financement et inégalités sociales	50
PARTIE 4 : LES AMELIORATIONS ENVISAGEABLES : LA VOIE DES PRATIQUES SOLIDAIRES ET DE LA GOUVERNANCE PARTENARIALE	52
I. Le modèle Danois	52
<input type="checkbox"/> Les fondements de l'efficacité de ce modèle	53
<input type="checkbox"/> Les imperfections de ce modèle	54
<input type="checkbox"/> Les éléments d'efficacité de ce modèle : une source d'inspiration	55
<input type="checkbox"/> Les pratiques solidaires, source d'efficacité	57
<input type="checkbox"/> Le modèle Danois : une économie plurielle et solidaire	57
II. Une gouvernance partenariale et territorialisée	58
<input type="checkbox"/> Une gouvernance partenariale	58
<input type="checkbox"/> Une gouvernance territorialisée	59
III. Mise en œuvre d'une telle gouvernance	60
<input type="checkbox"/> La nécessité d'une volonté politique	60
<input type="checkbox"/> La gouvernance partenariale en France	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	67
La dépendance des personnes âgées : évaluation et projection	67
<input type="checkbox"/> Evaluation	67
<input type="checkbox"/> Evolution de la dépendance	70
Régimes de gouvernance	73
Initiatives solidaires en France : l'exemple de Saint Apollinaire	75

Introduction

En 2005, 1/5 de la population française a plus de 60 ans, en 2030, elle en représentera 1/3.

D'ici à 2050, la France va connaître un triplement des plus de 75 ans et un quadruplement des plus de 85 ans.

Ce vieillissement général de la population comporte de nombreux enjeux, dus au bouleversement de la structure de la population et à l'allongement de la durée de vie : emploi, financement des retraites, modes de vie, solidarité et coopération entre les générations, allocation des ressources...

Il va également avoir pour conséquence une augmentation du nombre de personnes souffrant d'incapacités et donc potentiellement en situation de dépendance.

La prise en charge de la dépendance est un domaine complexe, qui transcende les champs de compétence de nombreux acteurs, ce qui entraîne un éclatement des responsabilités face à un problème global. Il apparaît que devant l'ampleur des enjeux l'organisation française va devoir s'adapter : cette évolution inéluctable nécessite une politique globale, cohérente et coordonnée.

Si cette nécessité est un fait reconnu, la mise en place d'une telle politique se heurte au cloisonnement des secteurs et à la multiplicité des intervenants. De plus elle s'inscrit dans un contexte de mutation de l'action publique, entre décentralisation, reterritorialisation et logique de marché.

Ainsi à l'heure actuelle la prise en charge de la dépendance en France souffre d'un manque de coordination entre la multitude d'acteurs y participant, et d'une hétérogénéité des actions et mesures prises selon les territoires, entraînant des disparités territoriales et sociales. Ces inégalités, amenées à augmenter au vu de l'évolution prévisible du nombre de personne âgées, poussent à nous interroger sur le rôle de chacun des acteurs et sur la manière dont ils se coordonnent.

Cette question de la coordination amènent ainsi plusieurs interrogations liées les unes aux autres : quels mécanismes, type de coordination ou de gouvernance

semblent les plus efficaces ? Quel sera alors le rôle respectif des différents acteurs, et notamment des collectivités territoriales ? Quel est l'échelon territorial qui apparaît le plus pertinent pour une coordination efficace ?

Ainsi face aux limites actuelles de l'organisation en France il peut être intéressant d'envisager le dépassement du schéma classique consistant à un arbitrage entre intervention publique et recours aux mécanismes de marché, et d'envisager dans cette logique qu'une coordination partenariale associant les acteurs de la sphère publique et de la sphère privée, marchande et non-marchande, et reposant sur des principes de solidarité puisse être une solution efficace possible; cette coordination ou gouvernance se situerait à un niveau méso économique, ayant pour cadre un territoire tout en étant un de ses éléments constitutifs.

Ce mémoire se divise en trois parties :

- la première partie présente les acteurs des différents champs intervenant directement dans la prise en charge de la dépendance : aidants issus de la sphère domestique, acteurs des services ou de l'habitat, et leur évolution et problématique respective face au vieillissement.
- La deuxième partie concerne la sphère publique : elle va présenter l'organisation et l'évolution de l'action publique, et les responsabilités des différents niveaux de collectivités territoriales.
- La troisième partie traite des faiblesses et limites de la prise en charge de la dépendance en France telle qu'elle s'organise en France actuellement, notamment de la difficulté pour coordonner un les nombreux acteurs concernés, et des inégalités territoriales et sociales qui émergent de cette organisation.
- Enfin la quatrième partie consiste à émettre des suggestions pour améliorer l'organisation actuelle française : en partant d'une comparaison avec le Danemark, dont la politique vis-à-vis de la dépendance apparaît très performante, la piste envisagée est celle d'un projet d'économie solidaire basé sur une gouvernance partenariale générant des pratiques solidaires.

Partie 1 : la prise en charge de la dépendance en France

I. Une politique de la dépendance accès sur le maintien à domicile en France

La politique actuelle en France cherche à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées malgré la dépendance.

Cette orientation politique répond d'une part à la volonté des personnes de rester « chez soi », dans son propre logement, de manière autonome, et dans son environnement, sans segmenter les habitations de la population par classe d'âge ; de plus il s'agit également de ne pas surmédicaliser des personnes qui n'en ont pas forcément le besoin.

Selon une enquête de la Drees, Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005, le maintien à domicile répond à une volonté d'une grande majorité des français. D'après cette enquête huit français sur 10 sont partisans du maintien des personnes âgées à leur domicile ou à celui de leurs familles. 29 % des personnes interrogés préféreraient s'occuper de la personne âgée au domicile de cette dernière (tendance en hausse depuis 2002), 25% l'accueilleraient chez eux (tendance en baisse), 23% consacrerait une partie de leur revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile (tendance légèrement en hausse) et enfin 18% le placerait en institution (tendance stable).

Cette politique répond également à des données économiques : tout d'abord sans promotion du maintien à domicile le vieillissement de la population entraînerait mécaniquement un très gros besoin de création de places en institution.

De plus il est communément admis que le maintien à domicile est plus économique que le placement en institution. Cette assertion mérite néanmoins d'y revenir car la

question est plus complexe que cela (Clement, Rolland, Thoer Fabre, 2005). En effet le coût du maintien à domicile augmente avec le niveau de dépendance et fait que celui-ci n'est pas forcément rentable à des niveaux de dépendance assez lourds, et notamment pour les handicaps mentaux. De plus il est difficile dans ce genre d'études de dégager une situation égale dans le logement et les services permettant de comparer les prix : la comparaison ne sera jamais toute chose égale par ailleurs. Enfin ces études n'abordent l'aspect du coût que sous l'aspect de dépenses publiques, occultant l'action des aidants de l'entourage, dont l'action et la présence sont beaucoup plus marquées dans les situations de maintien à domicile. Enfin on peut peut-être voir dans cette volonté politique un formidable moyen de développer le marché des services, permettant potentiellement la création d'un très grand nombre d'emplois.

II. Les conditions du maintien à domicile

Le maintien à domicile va dépendre de certaines conditions pour être une solution viable :

- L'état de santé : si la dégradation de la santé de la personne entraîne une incapacité importante voir totale, le placement en institution peut s'imposer. Si les déficiences physiques peuvent être aisément compensées dans une certaine limite, les déficiences mentales sont beaucoup plus difficiles à prendre en charge au niveau du domicile.
- L'environnement familial : la famille constitue une des clés du maintien à domicile, indépendamment de l'état de dépendance. Le nombre et la disponibilité des personnes de l'entourage sont en effet des éléments essentiels pour envisager le maintien à domicile.
- L'habitat : l'adaptation du logement est également une donnée capitale. Il faut, pour envisager la solution du maintien à domicile, que l'habitat soit

convenablement adapté aux besoins de la personne, d'autant plus que son autonomie sera limitée

- Le niveau de ressources : malgré les aides, notamment l'APA, il peut arriver, selon les cas, que le maintien à domicile soit plus onéreux que la prise en charge globale de la personne par un établissement d'hébergement.
- L'environnement proche : que ce soit l'accessibilité du logement, l'aménagement urbain et la proximité des services, l'environnement doit pouvoir permettre à la personne âgée à mobilité réduite de pouvoir sortir de chez elle et d'avoir des activités, dans un souci de maintien du lien social, de lutte contre l'isolement, et d'accès aux services et commerces de base.

III. L'habitat

Dans le cadre d'une politique de maintien à domicile la question de l'habitat revêt une importance cruciale. En effet de nombreuses incapacités peuvent rendre celui-ci totalement inadapté : escalier impraticable pour une personne à mobilité réduite, prise d'électricité trop basse, sols inadaptés, baignoires ou douches avec ressaut pouvant entraîner des chutes, couloirs et portes infranchissables en fauteuil roulant...

Il en va de même pour l'accessibilité du logement : un appartement situé au 3^e étage d'un immeuble sans ascenseur peut entraîner l'impossibilité pour une personne de sortir de chez elle. Quelques marches à l'entrée d'une maison constituent parfois un obstacle infranchissable, notamment pour les personnes en fauteuil roulant.

Ainsi une large partie du bâti est inadapté au maintien de l'autonomie en France.

- Des dispositifs favorisant l'adaptation peu efficaces

De nombreuses aides ont été mises en place pour les personnes âgées, propriétaires ou locataires, afin qu'elles puissent adapter leur logement aux

handicaps (Clement, Rolland, Thoe Fabre, 2005). Il apparaît néanmoins que ces dispositifs n'ont pas une efficacité suffisante jusqu'à présent, pour plusieurs raisons :

- Les aides en elles-mêmes sont insuffisantes, les plafonds de revenus pour leurs attributions sont relativement bas, entraînant un coût très important pour les personnes.
- Il existe un grand nombre d'organismes qui les attribuent (caisse d'allocations familiales, caisse nationale d'assurance vieillesse, direction départementale de l'équipement, agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, agence départementale d'information pour le logement), ce qui rend complexe et peu lisible les démarches à effectuer. La mise en place des Clics a notamment pour objectif de faciliter ce type de démarches.
- Dans le même ordre tous ces dispositifs sont relativement méconnus par les personnes âgées.

Il semble que les personnes âgées soient elles même réticentes à faire adapter leur logement ; on peut y voir plusieurs raisons : non reconnaissance du besoin d'aménagement, intrusion dans la sphère intime, volonté de ne pas « dégrader » le logement....

- Différences selon le statut d'occupation

Le statut d'occupation va également influencer l'adaptation ou non du logement. Les plus favorisés sont les propriétaires de leur habitat en individuel ; ainsi faire faire des travaux d'adaptabilité en copropriété peut se révéler ardu (Polge 2004), même si la loi Habitat et urbanisme du 2 juillet 2003 a abaissé le niveau de majorité requise pour faire ce type de travaux (majorité simple désormais).

Il en va de même pour les locataires du parc privé. En effet le secteur privé fait peu pour rendre accessible et adapté ses logements (Dard 2004), pour des raisons de coût mais aussi de « spécialisation » du logement, qui peut entraîner une segmentation et une gestion du patrimoine plus complexe : le gestionnaire devra relouer le logement à des personnes souffrant du même type d'incapacités, ou

réadapter le logement à une population plus traditionnelle ; ainsi l'adaptation d'un logement « alimente un imaginaire de dévalorisation patrimoniale » (Dard 2004).

La situation est différente dans le logement social. Les bailleurs sociaux au minimum répondent à la demande des locataires pour des aménagements de logement. Certains mettent en place de véritables stratégies de manières à favoriser le maintien des personnes vieillissantes dans leur parc. Cette différence avec les bailleurs privés peut s'expliquer tout simplement par leur finalité propre : les uns sont des sociétés privées à but lucratif, les autres sont des organismes ayant une mission d'intérêt général, en offrant à des personnes défavorisés des logements à loyers modérés (Polge 2004). Au-delà des exigences propres à leur mission les bailleurs sociaux ont d'autres raisons de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile :

- Tout d'abord pour favoriser la diversité générationnelle et même la diversité sociale dans les ensembles immobiliers et les quartiers d'habitat social, qui se caractérisent bien souvent par une forte proportion de famille et de jeunes (Furet 2004). Les personnes âgées vont permettre de maintenir une vie dans le quartier durant la journée, évitant la transformation de celui-ci en cité dortoir.
- De plus elles constituent une population solvable à même de favoriser la présence d'un tissu de commerces de proximité et d'équipements dans le quartier.
- Enfin c'est une population structurante, à la fois calme et respectueuse d'une manière générale, qui paye son loyer en temps et en heure.

Le principal inconvénient pour les bailleurs sociaux réside dans la situation de sous occupation de beaucoup de logements habités par des personnes âgées : en effet bien souvent ces personnes résident depuis de nombreuses années dans des logements de taille importante (T4, T5), du fait de la présence d'enfants à une certaine époque. Un des volets d'une politique concernant les personnes âgées concerne de ce fait la mutation de ces personnes, de mettre en place des actions et des dispositions permettant de les convaincre de changer de logement.

- Une véritable stratégie chez certains bailleurs sociaux

Certains bailleurs sociaux ont mis en place de véritables stratégies afin de permettre le maintien des personnes âgées à domicile. Celles-ci s'articulent autour de différents axes :

La mise en place une stratégie patrimoniale à moyen/long terme, afin de prévoir les interventions nécessaires sur le patrimoine afin de permettre aux personnes vieillissantes de rester dans le parc du bailleur.

Un tel plan repose sur plusieurs éléments :

- Une étude démographique de des locataires du parc, afin d'évaluer les besoins futurs
- Un diagnostic du patrimoine en termes d'accessibilité et d'adaptabilité des logements, afin de connaître l'ampleur des interventions nécessaires pour l'adapter.
- une évaluation de l'environnement du patrimoine dans une perspective de maintien à domicile : l'environnement urbain, la proximité des commerces et des équipements, les services d'aide à la vie quotidienne et les services de soins, ainsi que la proximité d'hébergement à destination des personnes âgées.

Le deuxième axe concerne les services.

De nombreux bailleurs envisagent la possibilité de proposer des services à leurs locataires dont le besoin a été identifié et peu développés à l'heure actuelle, par exemple l'aide au bricolage ou aux démarches administratives ou de faciliter l'accès aux services déjà existants, en renforçant la fonction de veille grâce à la proximité que le bailleur a avec ses locataires, notamment par rapport aux gardiens, afin d'identifier les personnes isolées et/ou fragilisés. Cela peut consister également à mettre en place et promouvoir des animations visant à renforcer les liens de solidarité entre voisins, habitants d'un même quartier.

Enfin le troisième axe est l'élaboration de nouveaux types d'habitat pour personnes âgées.

En effet le maintien à domicile peut se révéler parfois une mauvaise solution pour la personne, voir tout simplement impossible, pour de nombreuses raisons : impossibilité d'adapter le logement ou le bâtiment, ou seulement à des coûts

prohibitifs (couloir trop étroits, cage d'escalier trop étroite pour un ascenseur), isolement de la personne...

L'idée de créer des formules destinées aux personnes âgées n'est pas nouvelle : on peut citer l'exemple des logements foyers dans les années 70, qui avaient pour vocation d'offrir un logement autonome dans un cadre sécurisant, avec des équipements et des services collectifs, le tout à des loyers abordables.

L'idée est ici de créer des logements adaptés ou pouvant évoluer selon le niveau de dépendance, couplé à une offre de services, à des loyers modérés ; le tout devant être équilibré financièrement pour le bailleur et l'opérateur de services (Furet 2004).

Ainsi de nombreuses expériences innovantes ont été menées (sans que les bailleurs sociaux en soient systématiquement à l'origine).

- Dangers des logiques opposées du logement public et privé

Comme le note Philippe Dard, les efforts des bailleurs sociaux pour améliorer l'adaptation et l'accessibilité de leurs logements pour les personnes peut avoir un effet pervers associé à « l'immobilisme » du secteur privé, en poussant les personnes âgées dépendantes vers le logement social (Dard 2004). Cet effet, renforcé par la diminution prévisible des retraites qui va pousser les retraités disposant de faibles revenus également vers le logement social, entraînerait une segmentation de l'habitat et une ségrégation supplémentaire, voyant les personnes âgées (particulièrement les moins favorisés) rejoindre les populations dont la seule alternative de logement est le secteur public (personnes en difficultés économiques, populations issues de l'immigration...). Ce mouvement irait à l'encontre de la motivation à l'origine de ces démarches : permettre aux personnes âgées de rester chez elles ou pour le moins d'avoir le choix dans son parcours résidentiel, et de favoriser l'intergénérationnalité.

- Le logement social : un développement en suspens

De plus il est possible que le secteur du logement social se heurte à l'avenir à une diminution de ses crédits qui pourrait le contraindre à restreindre ses priorités et à diminuer leurs actions envers les personnes âgées. En effet, dans un contexte politique marqué par la promotion du régime de propriété individuelle (et ce malgré la récente crise dont l'origine est le crédit accordé au titre de l'accession à la propriété), il est possible que les moyens alloués au logement social soient diminués.

Les principales sources de revenus des organismes du logement social sont les loyers de leurs locataires. Mais ils disposent également de sources de financement public (vie-publique.fr), notamment au titre de leur mission venant :

- du budget de l'Etat (crédits budgétaires des aides à la pierre et d'une partie des aides à la personne)
- des collectivités territoriales (souvent en complément du financement de l'Etat)
- de la caisse des Dépôts et Consignations, qui est le principal financeur de prêts, par la mobilisation des ressources en provenance du Livret A
- du 1% logement, dont les fonds proviennent de la participation des employeurs à l'effort de construction, sous formes de prêts ou de subventions. L'organisme gestionnaire du 1% logement est géré paritairement par les syndicats de salariés, le Medef et la CGPME
- des caisses d'allocations familiales

Ainsi le projet de loi de finances 2009 prévoit une baisse de 6,9% pour le budget du logement et de la ville par rapport à 2008, et une baisse de 30,5% des autorisations d'engagement pour le logement locatif social. De plus pour compenser son désengagement financier du logement social, le gouvernement annonce son intention de prélever 1,05 milliard d'euros dans le fonds du 1% logement, ce qui entraînerait une forte diminution du nombre de logements que cet organisme prévoyait de construire. Sans faire de comparaison hâtive, on peut citer à titre d'illustration l'exemple de la Grande-Bretagne dans les années 1980, période durant laquelle l'administration Thatcherienne a promu l'accession à la propriété et a réduit drastiquement les crédits du logement social. Les quartiers de logement sociaux ont vu leur état fortement dégradé, et leur image est devenue très négative, étant assimilé à de ghettos par la population, malgré l'action des organismes

gestionnaires. La situation du logement en Grande Bretagne ne semble pas s'être améliorée suite à cette évolution.

Les organismes de logements sociaux ont suite à cela fait de nombreux efforts et mis en place des initiatives très innovatrices, notamment en terme de services pour les personnes âgées. Mais cela implique une recherche de financement permanent venant de tous horizons (collectivités territoriales, entreprises), la mise en concurrence de ces organismes pour ces financements, et la possibilité pour n'importe lequel de ces services aux locataires de se voir arrêter du jour au lendemain, faute d'un renouvellement des financements.

IV. Les aidants

Il convient ici de présenter plus en détail les différents aidants qui peuvent exister autour des personnes âgées.

Type d'aide selon le niveau de dépendance

	Personnes dépendantes		en %
	GIR 1, 2 et 3	GIR 4	Personnes non dépendantes
aide mixte (aide informelle + aide professionnelle)	63	40	25
aide professionnelle seule	7	7	24
aide informelle seule	30	53	51
Ensemble	100	100	100

Source : HID 1999 à domicile (calculs Drees [Dutheil 2001])

Les personnes âgées dépendantes vivent en majorité à domicile, ce qui implique une aide extérieure. Une majorité des aidants sont des non professionnels. La moitié de ces personnes ne reçoivent une aide ne venant que d'aidants non professionnels, alors que moins d'une personne sur 10 reçoit seulement une aide professionnelle. L'intervention de professionnels augmente avec le degré de dépendance.

On peut distinguer deux catégories d'aidants : l'entourage et les aidants professionnels :

- L'entourage (dit aussi aidants naturels)

Les aidants non professionnels sont en très grande majorité des proches familiaux (dans 9 cas sur 10 conjoint ou enfants), le reste étant composé des amis et des voisins. L'entourage est le premier et le plus important « prestataire de services » auprès des personnes âgées aidées. Comme précisé auparavant la moitié des personnes âgées dépendantes ne reçoivent une aide ne venant que d'aidants non professionnels, alors que moins d'une personne sur 10 reçoit seulement une aide professionnelle. Il intervient le plus souvent au début, pour des niveaux de dépendance modérée (aide pour les courses, pour le ménage, apport de repas ponctuellement...) puis en complément de l'aide professionnelle, notamment en cas de dépendance lourde où les deux types d'aidants doivent se coordonner pour assurer une présence et une aide continue. Dans ce cas la famille va avoir un rôle complémentaire de l'aide professionnelle, en assurant une certaine coordination, une aide administrative, voire une aide financière. Les voisins et amis auront plutôt tendance à aider pour la prise en charge des courses et de veille de l'état de la personne, du fait de la proximité qui n'existe pas forcément avec la famille. Le rôle des gardiens d'immeubles est également important, ceux-ci pouvant rendre de nombreux services. Le nombre d'aidants provenant de l'entourage va avoir tendance à diminuer à l'avenir (principalement des aidants de la famille) :

Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040)

Année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble
2000	3,0	2,6	2,8	2,7	1,9	2,2
2020	2,7	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2
2040	2,3	2,3	2,3	2,3	2,0	2,0

Sources : Insee, *Destinie* (scénario central) et enquêtes HID 1998-2001.

La différence du nombre moyen d'aidants potentiels entre les hommes et les femmes s'explique par la plus faible espérance de vie des hommes, ce qui fait qu'ils ont plus de chance d'avoir une conjointe à l'âge de la dépendance.

La baisse du nombre d'aidants s'explique par différents facteurs, contradictoires :

- l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est bénéfique (plus de chances que le conjoint soit encore là notamment pour les femmes, et plus de chances que les enfants soient encore présents sans dépendance pour les personnes les plus âgées
- la plus grande fréquence des ruptures dans les couples entraîne une diminution de la chance d'avoir un conjoint
- la baisse de la fécondité va entraîner une baisse des enfants aidants
- la proximité géographique des personnes avec leurs enfants a tendance à diminuer (Petrella Richez-Battesti, 2008)

Cette baisse à terme du nombre d'aidants va entraîner une défamiliarisation, une professionnalisation et une marchandisation des activités des aidants (Petrella Richez-Battesti, 2008) déjà entamées et donc mécaniquement augmenter le besoin d'aidants professionnels et de services à la personne, et ce d'autant plus que le maintien à domicile est privilégié.

- **Les aidants professionnels**

Quand le degré de dépendance devient trop important, quand des troubles mentaux apparaissent ou que la personne est isolée géographiquement, une aide professionnelle peut être mobilisée. Il peut s'agir de services d'aide ménagère, de transport, de dépannage, d'entretien du linge, de portage de repas, regroupé sous le terme d'aide à domicile ou aide à la vie quotidienne mais aussi de services de soins si nécessité.

A ces deux catégories d'aidants on peut ajouter l'aide technique : elle intervient en complément de l'aide humaine, pour les moments où la personne est seule, afin de redonner à la personne un certain degré d'autonomie. Il va s'agir de cannes, déambulateurs ou de chaussures orthopédiques pour faciliter le déplacement, de monte-escaliers, de protections contre l'incontinence, d'aides au transfert ou à la préhension.

V. Les services et établissements d'accueil

- Les services d'aides à la vie quotidienne

Sous cette catégorie se rassemble une large palette de services.

Le principal par le volume est l'aide à domicile ; ce n'est pas une simple aide au ménage : la personne aidante peut avoir de nombreuses tâches : entretien du logement mais aussi aide au lever, au transfert, à l'hygiène et à l'alimentation de la personne, à la préparation de repas, aux courses. Les liens qui vont s'établir entre la personne et l'auxiliaire est également une donnée très importante qui fait parti à part entière de la fonction. L'immense majorité des aides à domicile sont des femmes.

On distingue trois catégories d'aides à domicile :

- L'agent à domicile : elle réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples. Il intervient généralement chez des personnes peu dépendantes. Les personnes sous ce statut n'ont pas de diplôme.
- L'employée à domicile : elle réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives auprès de personnes ne pouvant plus faire et totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères. Il aide également les personnes dans les actes ordinaires de la vie courante. Ces

employés ont en général pour diplôme un BEP sanitaire et social, ou un BEPA services à la personne.

- L'auxiliaire de la vie sociale : elle intervient auprès des publics fragiles en les aidant dans les actes essentiels de la vie quotidienne, en stimulant leurs relations sociales et en les accompagnants dans les activités de loisirs. Ces personnes ont un DEAVS (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale).

A côté de l'aide à domicile c'est développé une multitude d'autres services d'aide au maintien à domicile, y compris les loisirs : portage de repas, téléalarme, entretien du linge, transport accompagné... Avec le développement du maintien à domicile la palette s'élargit et cela peut donner lieu à des initiatives très innovantes.

Les services d'aide à la vie quotidienne sont prodigués soit par les CCAS, soit par des associations et, plus rarement, par des prestataires de service à but lucratif. Certaines actions, comme les visites de compagnie ou le transport à la demande peuvent être proposées par des réseaux de bénévoles locaux ou nationaux.

L'aide à domicile est solvabilisée par :

- L'APA
- l'action sociale des caisses de retraite (désormais recentré sur les GIR 5 et 6) et celle des conseils généraux
- les dispositifs de réduction d'impôts liés à l'emploi de salariés à domicile

Les services à domicile s'organisent selon trois statuts : prestataire, mandataire, et de gré à gré. En mode prestataire, le service est mis en place par une structure d'aide à domicile qui intervient comme employeur direct. Les intervenants à domicile sont salariés et missionnés par le service, suite à l'évaluation individuelle des besoins. Sous statut mandataire, la structure d'aide à domicile sert d'intermédiaire entre les offres de prestations et les demandes émanant des particuliers. Dans ce cas la personne qui bénéficie du service est l'employeur direct.

- Evolution de ce secteur

Ce secteur d'activité est en pleine expansion, notamment depuis la mise en place de l'APA, et tend à s'organiser : les structures se regroupent dans un cadre fédératif, dans une dynamique de réseau, et dans une dynamique d'intégration (l'instance fédérale devenant le niveau de gestion, de décision et de discussion avec les collectivités et les financeurs). Parallèlement les associations revendiquent une autonomie de leur politique de développement (personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix).

On peut citer trois exemples pour illustrer ces dynamiques de regroupement :

- l'ADMR (aide à domicile en milieu rural) est un réseau d'associations, représentée par 3000 associations locales qui emploient 52000 salariés dont 36700 aides à domicile et qui sont soutenues par 100000 bénévoles ;
- l'UNA (union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile, anciennement UNASSAD) compte 1183 structures adhérentes dont 869 services d'aide à domicile, 224 services d'auxiliaires de vie et 215 SSIAD. 122500 y travaillent dont 80000 dépendent du mode prestataire et 42500 sont encadrées par les structures du réseau UNA dans le cadre mandataire ;
- l'UNCCAS est une association qui regroupe un très grand nombre de CCAS (95% des communes de plus de 10000 habitants et 75 % des communes de 5000 à 10000 habitants) dont le but est de partager les savoirs et les compétences.

- D'une régulation tutélaire à une régulation marchande

Historiquement les associations ont été les premières à proposer des services de soutien à domicile (en dehors de l'entourage bien sûr). Elles vont être progressivement intégrées ou encadrées par les pouvoirs publics, et par leur jeu les services aux personnes âgées vont peu à peu intégrés dans les programmes de l'Etat Providence (Laville 2004) ; l'Etat va soutenir l'offre de ces services en subventionnant ces associations. Le secteur est alors caractérisé par une régulation tutélaire.

La situation va évoluer à partir du début années 80, avec la remise en cause de l'Etat providence et la hausse du chômage. Pour lutter contre celui-ci et diminuer ses charges, l'Etat va mêler politique sociale et politique pour l'emploi, en incitant directement les associations à recruter des chômeurs. Les services à la personne deviennent alors un secteur de réinsertion.

Comme le précise Laville cette politique va avoir des conséquences néfastes et dont les effets se ressentent encore aujourd'hui. En premier lieu les emplois créés sont temporaires et précaires, empêchant non seulement la professionnalisation du secteur, mais également la dépréciation de son image. De plus cette politique va conduire à une concurrence par les prix, entraînant une diminution de l'importance accordée à la qualité (Laville 2004).

Un changement d'orientation a de nouveau lieu au début des années 90 et va porter sur deux axes : la solvabilisation de la demande et l'ouverture du secteur à la concurrence privée. Le but de cette nouvelle orientation va être d'accroître le choix des personnes âgées, leur donner plus de moyens pour profiter de ces services, de développer le secteur des services et de créer de l'emploi (sans viser un public défavorisé cette fois). L'Etat va ainsi passer d'une politique de soutien de l'offre à une politique de soutien de la demande.

Cette politique va prendre corps par une série de mesures : création du crédit d'impôt aux ménages créant des emplois familiaux en 1991, création du chèque emploi-service en 1993, ouverture au secteur privé en 1996 et mise en œuvre de l'APA en 2002, chèque emploi service universel en 2005. On passe alors à une régulation concurrentielle avec pour objectif le développement du secteur grâce au soutien à la demande de l'Etat. Cette politique est plus que jamais d'actualité avec les annonces régulières de développer ce secteur, qui serait un véritable gisement d'emplois. L'idée ici n'est plus d'utiliser les services pour réinsérer des personnes en difficulté, simplement de créer de l'emploi sans viser une population particulière.

Cette politique peut elle aussi être porteuse d'effets pervers, si l'Etat laisse les mécanismes du marché réguler le secteur :

- abandon du principe d'équité dans l'accès aux services (ce qui peut avoir pour effet dans limiter l'accès aux revenus les plus faibles) : les subventions à l'offre peuvent permettre de cibler l'effort sur certaines populations défavorisées ; à l'inverse des aides à la demande.

- précarisation des salariés et perte de qualité des emplois ; par exemple le CESU mis en place par la loi Borloo 2005 favorise le développement des services à la personne par le mode de gré à gré, peu compatible avec la mise en place d'emplois stable et de qualité.
- priorité donnée au volume d'emploi au détriment de la qualité des services (Laville 2004) ; on peut citer par exemple la possibilité désormais pour les opérateurs de services de choisir entre le système agrément mis en place par la loi Borloo 2005 (simple ou de qualité pour intervenir auprès de personnes fragiles) et la demande d'autorisation auprès du conseil général, obligatoire auparavant. Cet agrément qualité est beaucoup moins contraignant et offre moins de garantie que l'autorisation départementale.

Amyot parle ainsi d'un « risque toujours présent d'une double exclusion : les publics fragiles et les professionnels qui pourraient constituer derrière le mirage triomphant d'une insertion de masse un salariat de plus en plus précaire et de plus en plus pauvre » (Amyot 2007).

Cette ouverture au secteur privée lucratif et la coexistence du modèle marchand et du modèle administré a eu néanmoins un effet positif sur le dynamisme des associations qui a suivi en réaction. Elles ont pour effet les dynamiques actuelles (rassemblement sous une enseigne commune, professionnalisation...) qui leur permettent d'être mieux représentés à l'échelon national et ainsi d'avoir plus de poids au niveau des pouvoirs publics dans la recherche d'une amélioration de la qualité des services, pour la mise en place de critères, de normes de qualité, pour développer la professionnalisation de ces métiers, et pour la prise en compte et la structuration du bénévolat.

- Les défis de ce secteur

Actuellement le secteur doit d'une manière générale faire face à un fort défi de professionnalisation et d'encadrement. En effet ces services restent peu professionnalisés ce qui pose un problème de compétence et d'encadrement, malgré l'effort de qualification des aides à domicile avec notamment la mise en place du

diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Certaines personnes sont ainsi embauchées sans expérience ni formation.

Un problème qui freine cette professionnalisation est d'ordre budgétaire. En effet les grilles de salaire entre un agent à domicile et une auxiliaire de vie sociale sont différentes. La tentation de privilégier les agents à domicile, moins coûteuse, est avérée. Ainsi une association dont le budget est encadré par le conseil général va se voir fixer une limite à la part de son personnel diplômé.

Surtout le secteur peine toujours à offrir une image positive et des conditions de travail attrayantes ; les horaires fractionnés sont en particulier peu appréciés ; les emplois sont encore très souvent à temps partiel et l'activité est très irrégulière, ce qui pose problème pour les rémunérations des employés (à moins d'un « lissage » des salaires à l'année).

De plus l'éclatement des structures malgré la dynamique d'intégration et le manque d'attrait des statuts ont tendance à provoquer le départ des personnes les mieux formées vers les institutions sanitaires (hôpitaux) et médico-sociales (EHPAD, EHPA) qui sont plus structurées et qui manquent également de personnel ; les auxiliaires de vie sociale ont des compétences équivalentes aux aides soignantes, tout en ayant une rémunération moins élevée.

Ainsi le secteur peine fortement à recruter, et avec la forte croissance de la demande, due en très grande part à la mise en place l'APA, on assiste actuellement à une saturation de l'offre des prestataires de services ; ceux-ci « ne peuvent pas fournir assez vite l'aide demandée, et sont même parfois obligés de diminuer le nombre d'heures par rapport à ce qui a été préconisé dans le plan d'aide (de l'APA) » (Crédoc 2005).

Se pose donc un sérieux dilemme, avec d'un côté la nécessité d'assurer l'attractivité de ces métiers, par la rémunération et la qualification, et de l'autre les problèmes de financement que va poser l'augmentation du nombre de personnes âgées.

- **Les services de soins**

Ceux sont des éléments très importants du soutien à domicile car ils offrent une alternative à l'hospitalisation ou à l'intégration en établissement médicalisé. Ils

comprennent des services de soins infirmier, d'hygiène et de nursing, ainsi que l'hospitalisation à domicile.

- Les soins infirmiers à domicile

Ils peuvent prendre deux formes : les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et les professions libérales.

Les SSIAD ont pour objet de prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou en établissement d'hébergement et de raccourcir certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements médicalisés prenant en charge des personnes âgées. Ces services comprennent des soins infirmiers et d'hygiène générale (toilettes, piqûres, pansements, traitements, prélèvements sanguins...), les interventions d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes...) et, pour les personnes très dépendantes, les actes d'aides à la vie courante qui ne relèvent pas de l'aide ménagère. Comme à l'hôpital, les SSIAD intègrent des infirmiers mais aussi des aides soignants qui assurent au-delà des soins eux-mêmes des soins d'hygiène, de nursing et de mobilité.

Le profil des personnes prises en charge par les SSIAD a été déterminé par une étude de la DREES. De cette étude est apparu que Près de 7 usagers sur 10 avaient au moins 80 ans, et un quart était âgé de 90 ans ou plus ; les 2/3 sont des femmes et en majorité ces personnes sont lourdement dépendantes, la quasi-totalité appartenant aux GIR de 1 à 4 de la grille AGGIR.

Les SSIAD peuvent être gérés par des acteurs privés (en majorité, par des associations à but non lucratif) comme publics :

**répartition des Ssiad et des places installées en Ssiad
selon le statut juridique de l'entité juridique de rattachement**

en %

Statut juridique de l'entité qui gère l'établissement	Répartition des Ssiad	Répartition des places installées
Établissements d'hospitalisation publics et syndicats interhospitaliers	13	10
Communes, CCAS, établissements publics locaux	10	10
Établissements sociaux et médico-sociaux	9	8
Organismes de sécurité sociale, mutuelles, syndicats	5	9
Associations, fondations, congrégations	54	55
Autres établissements privés	1	1
Non renseigné	8	7
Ensemble	100	100
Champ : France entière Sources : Enquête Ssiad 2002, Drees		

En 2004, la France métropolitaine comptait 80600 places de SSIAD, soit 18,25 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Entre 2004 et 2007 il était prévu de créer 17000 nouvelles places (Dehan 2007).

Aujourd'hui malgré cela l'offre est clairement insuffisante : tous les SSIAD sont saturés sur l'ensemble de la France, les écarts entre régions étant faibles.

Les SSIAD dépendent du secteur médico-social et sont financés par les crédits de l'assurance maladie engagés par les services déconcentrés de l'Etat ; leur tarification est établie par celui-ci.

Les infirmiers libéraux exercent les mêmes actions que les infirmiers des SSIAD, ils peuvent même être employés par ceux-ci.

Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) rassemblent dans une même structure aides à la personne et soins. Ils ont pour objet de permettre une prise en charge plus adaptée des personnes grâce à la coordination et la mutualisation des interventions.

- L'hospitalisation à domicile

Son objectif est de permettre à une personne ayant subi une intervention ou un accident de rentrer à son domicile. Elle offre des services équivalents à ceux de l'hôpital : des soins médicaux et paramédicaux (interventions d'infirmières, d'aides-soignantes, de kinésithérapeutes...) ponctuels, continus ou de réadaptation et ce de manière coordonnée. Les actes de soins sont plus complexes et fréquents que dans le cas des SSIAD. Tout est pris en charge de manière globale : l'offre comprend tout les services, médicaments, le matériel... et supervisé par le médecin traitant du patient.

L'assistance médicale à domicile complète l'hospitalisation à domicile en regroupant les services hors soins qui vont permettre au patient de suivre son traitement (installation du matériel médical...).

L'HAD nécessite un centre technique et logistique et un parc de stationnement. Elle va reposer sur la coordination du secteur hospitalier, ambulatoire et social.

L'hospitalisation à domicile est encore peu courante, mais son développement est une priorité affichée des pouvoirs publics, non seulement par volonté politique mais aussi pour pallier à l'insuffisance de l'offre hospitalière. La France compte 124 établissements d'HAD.

Cependant il apparaît que son coût marginal est plus élevé que l'hôpital ; de plus ils transfèrent une partie des dépenses publiques vers la sphère privée, avec la non-prise en compte du travail des aidants informels.

- Les structures d'accueil temporaire

Ces structures ont pour but de faciliter le maintien à domicile, d'une part en permettant aux personnes concernées d'être accueillies en cas de besoins (en cas d'interruption momentanée de la prise en charge à domicile ou de transition,...), et en offrant aux aidants familiaux un répit. Elles peuvent également permettre aux personnes âgées de s'intégrer de manière moins brutale à une structure collective.

L'accueil temporaire a pour objectif le maintien de l'autonomie des personnes ; il est organisé pour une durée limitée, avec ou sans hébergement, à temps complet ou partiel.

- L'accueil de jour ou de nuit

Il consiste à accueillir pour une demi-journée ou une journée ou nuit, une à plusieurs fois par semaine des personnes âgées qui vivent à leur domicile. Ces accueils de jour sont autonomes ou peuvent être rattaché à une autre structure type EHPAD.

Ces structures concernent principalement les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Le prix de la journée est à la charge des personnes.

La France apparaît sous-équipé en accueil de jour (263 structures) ; ces structures apparaissent viable économiquement pour peu que les collectivités locales ou les établissements assurent le transport des personnes prises en charge.

- L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est destiné à la prise en charge des personnes dépendantes pendant des périodes courtes, souvent de quelques semaines. Il permet de pallier à l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence ou encore l'inadaptation du logement en hiver. Il peut également servir de transition après un séjour à l'hôpital avant le retour au domicile, ou premier essai de vie en établissement collectif. Il peut être pris en charge à titre onéreux par des particuliers, sous certaines conditions.

En terme quantitatif l'hébergement temporaire est également en sous-équipement : la France ne compte que 8600 lits fin 2006.

Pour résumer les services et structures liées aux soins destinés aux personnes à domicile ne sont d'une manière générale pas assez développées et manque de moyens pour répondre à l'ensemble de la demande qui peut exister.

- Les établissements d'hébergement et de soins pour personnes âgées

Depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, l'ensemble de ces établissements sont qualifiés d'EHPAD : établissement d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes lorsqu'ils sont conventionnés, et d'EHPA s'ils ne l'ont pas.

Cette convention est tri-partite entre l'établissement, le conseil général et l'assurance maladie, et met en place un financement conjoint : la section soin est financé par l'assurance maladie, la section dépendance par le département via l'APA et la section hébergement par les personnes âgées(ou l'aide sociale). Ces conventions sont renouvelables tout les 5 ans, et repose sur des critères sur la qualité de la prise en charge.

Ces établissements sont divers :

Les maisons de retraite qui assurent une prise en charge globale de la personne ; elles peuvent avoir différents statuts : un statut d'établissement public (autonome ou rattaché à un établissement hospitalier), d'établissement privé à caractère commercial ou privé à caractère associatif.

Les logements foyers : ce sont des groupes de logement autonomes (parfois des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs. Ces foyers logements sont à priori destinés à des personnes âgées, de 60 ans et plus, autonomes ou légèrement dépendantes (plus de la moitié d'entre eux ayant prévu dans leur règlement de ne pas admettre de personnes dépendantes), capables de vivre dans des logements indépendants.

Les logements-foyers offrent des appartements à loyers modérés adaptés aux faibles revenus. 80 % d'entre eux appartiennent à des bailleurs sociaux, une place sur deux est habilitée à l'aide sociale, 70 % des places sont gérés par des CCAS ou des CIAS (centre intercommunaux d'action sociale).

D'autres structures de taille réduite se sont développées, tel que les MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes) qui peuvent être des maisons de retraite ou des logements foyers, les MARPA, (maison d'accueil rurale

pour personnes âgées) petites unités de vie développées par la mutualité sociale agricole, et assimilées à un logement foyer.

On peut citer également les structures spécialisés dans l'accueil souffrant de troubles mentaux, tel que les centres d'activités naturelles tirées d'occupation utile (CANTOU) ou les unités spécialisés Alzheimer (USA), sont conçues de manière spécifique pour la prise en charge des patients atteints de cette maladie et des autres démences assimilées.

Il existe également des établissements qui sont en dehors de la loi 2002-2, comme les résidences services : elles se présentent comme des résidences en co-propriété dédiée à l'accueil de « seniors ». Ce sont des résidences privées qui en général ne sont pas adaptées à la dépendance, et sont souvent plus proches de la recherche de « l'entre soi » sur le principe de sun-city d'Amérique du Nord à plus petite échelle (les « active adult communities » américaines n'admettent que les habitants âgés de 55ans et plus, tant qu'ils sont indépendants), que de la prise en charge du handicap. Les personnes visées font parti des classes moyennes et aisées, consommatrices de services de confort.

- Le secteur hospitalier

Toutes les personnes âgées ne bénéficient d'une prise en charge spécifique ; seules le sont les personnes présentant de forts risques de dépendance physique, psychique ou mentale. Pour celles-ci les hôpitaux peuvent disposer de plusieurs services.

Le court séjour gériatrique est un service qui peut prendre en charge globalement ces personnes grâce à une équipe pluridisciplinaire. Il propose des évaluations complètes, suivis de diagnostics et de traitements adaptés, puis envisage les conditions de vie ultérieures de la personne (avec celui-ci et sa famille) et peut contribuer à organiser celles-ci.

Le service de soins et de réadaptation gériatrique, qui va lui aussi disposer d'une vaste équipe pluridisciplinaire, a pour fonction de prévenir les ré-hospitalisations prématurées en agissant à différents niveaux : soins, prise en charge psychologique, éducation du patient et de l'entourage...

Enfin les unités de soins longue durée ont pour fonction d'accueillir des personnes âgées fortement dépendantes et qui nécessitent des soins constants.

- Cloisonnement et manque de coordination

On peut noter le cloisonnement entre les soins médicaux, les aides à la vie quotidienne et les structures d'accueil. Il apparaît clairement un besoin de coordination entre ses différents services, dont les tâches sont parfois très proches, même si des initiatives telles que les Spasad tentent d'y répondre. Il n'existe pas à l'heure actuelle de coordonnateur attitré à l'échelle nationale (les Clics auraient pu jouer ce rôle). Une des difficultés vient notamment de la séparation entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, en sachant que ces deux secteurs peuvent proposer des services de soins à domicile.

Différents archétypes de structuration du secteur ont déjà été imaginé :

- une structuration par grands réseaux de services à la personne existants (type ADMR, UNA)
- une structuration par grands réseaux génériques nationaux (type la Poste, assurances...)
- une structuration par les établissements d'hébergement et les établissements hospitaliers

Cette dernière solution aurait pour avantage par rapport aux deux premières un maillage du territoire beaucoup plus homogène à effectif, et une articulation services/hébergements à priori plus effective.

Néanmoins aucune de ces trois voies de structuration possibles ne semble plausible dans un futur proche sans une politique très volontaire, qui permettrait de résoudre les problèmes de la structuration de l'aide à domicile et de la sectorisation.

Partie 2 : la sphère publique, action et organisation

I. Protection sociale et prise en charge de la dépendance

- Le modèle de protection sociale français

L'Etat providence désigne l'ensemble des mécanismes de protection sociale mis en place dans les sociétés occidentales, qui assurent aux bénéficiaires la couverture des risques de l'existence. La protection sociale regroupe la sécurité sociale (système d'assurance), l'action sociale et l'aide sociale (système d'assistance).

Les systèmes de protection sociale en Europe ont deux origines différentes. Il y'a d'un côté le modèle Beveridgien (né en Grande Bretagne à la fin de la seconde guerre mondiale), où les droits à une protection sociale de base sont universels et accordés à l'individu. Ce modèle est celui notamment des pays scandinaves, des Pays-Bas, du Québec et de la Grande Bretagne. Dans ce système les prestations sont fournies en fonction des besoins plutôt qu'en fonction des revenus, et sont financés par les impôts. La couverture dépendance est donc universelle et accessible à toutes les personnes dans ces pays. Son équitabilité sera fonction du niveau des prestations : ainsi la couverture est beaucoup plus importante dans les pays scandinaves qu'en Grande Bretagne. On peut ainsi opposer dans les modèles de filiation Beveridgienne le modèle universaliste ou social démocrate, scandinave, avec une protection offerte de haut niveau ouverte à tous dans le but de réduire les inégalités et de permettre un niveau de vie décent, et le modèle résiduel ou libéral, anglo-saxon (Grande Bretagne, Etats-Unis, Australie...), qui se résume plus à un filet de sécurité pour les plus pauvres, avec la domination des assurances privées .

L'autre modèle initial est le modèle Bismarkien (né en Allemagne à la fin du XIXe siècle), que l'on trouve généralement dans les pays d'origine germanique

(Allemagne, Autriche...). Dans celui-ci la protection sociale est à l'origine seulement fournie aux travailleurs, et par "droits dérivés seulement", à leur femme et enfants. Au fur et à mesure cette protection s'est étendue aux catégories de personnes qui en étaient exclues, et à des "risques" non pris en compte à l'origine. La dépendance est abordée comme telle. Par exemple en Allemagne une nouvelle branche d'assurance sociale a été créée au sein de l'assurance maladie ; elle est financée par une nouvelle cotisation sociale prélevée sur les salaires et les cotisations de retraite.

Au-delà de ces deux modèles une autre logique se distingue, celle des modèles familiaristes (Clement, Rolland, Thoeir Fabre, 2005), qui caractérisent les pays d'Europe du sud (Italie, Grèce, Espagne). Dans ces pays la famille reste la principale responsable de la prise en charge de la dépendance, que ce soit au niveau de la coordination entre les différents intervenants ou du financement. L'action de l'état se résume des prestations versées au titre du handicap et du vieillissement.

La France relève elle d'un système qualifié de mixte. Son modèle de protection sociale est d'inspiration bismarkienne, avec la prise en charge des soins médicaux par l'assurance maladie (gérée par les caisses d'assurance maladie), mais avec un système universel dans le traitement de la dépendance avec la mise en place de l'APA. De plus l'implication forte des familles dans la prise en charge de la dépendance renvoie elle au modèle familiariste d'Europe du sud.

- L'APA

L'Allocation Personnalisée Autonomie est une prestation en nature destinée à l'achat de biens et de services pour pallier la perte d'autonomie de la personne âgée. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Elle repose sur l'élaboration d'un plan d'aides qui considère la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...). Pour bénéficier de la prestation il faut avoir plus de 60 ans, résider en France et être classé en GIR de 1 à 4 (selon la grille AGGIR), que la personne réside à domicile ou en établissement.

La personne qui fait une demande pour cette aide recevra la visite d'une équipe médico-sociale (assistante sociale, infirmière, médecin...) qui évalue l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule puis définit en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources (grille AGGIR). Cette équipe va établir un plan d'aide en fonction de la situation de la personne dans son ensemble, comprenant à la fois les besoins en aide humaines et les aides techniques. Cette équipe est très généralement composée de salariés du conseil général.

A partir d'un certain seuil de revenus, le bénéficiaire de l'APA est soumis à une participation : plus la personne a des revenus importants plus sa participation au plan d'aide sera élevée.

II. Un phénomène : la décentralisation, et un enjeu : la coordination

On assiste parallèlement à l'interrogation que suscite la problématique du vieillissement à une transformation de l'intervention publique, et de son organisation. D'abord avec la dynamique de décentralisation, avec une importance accrue donnée aux départements, aux intercommunalités et aux communes, et ensuite avec la mise en place sur certains territoires de partenariats, de coordinations entre des acteurs publics (communes, départements..) avec d'autres acteurs issus eux du monde privé, des associations ou des sociétés prestataires de services, des bailleurs...

On peut voir dans ces dynamiques une reconfiguration de l'action publique, avec une « remise en cause du modèle de politique traditionnel descendant et centralisé » (Leloup, Moyart, Pecqueur 2004), dans un contexte de remise en cause latente de l'Etat providence depuis la fin des années 1970, avec de nombreuses difficultés budgétaires, une contestation de son efficacité et même une remise en cause de sa légitimité (les trois crises de l'Etat providence d'après Pierre Rosanvallon).

Ce modèle présente deux limites : d'une part les administrations publiques sont organisées par fonction (santé, logement) de manière verticale au lieu de l'être autour d'une problématique (le vieillissement et la dépendance), ce qui va cloisonner ces administrations, bloquant leurs capacités d'actions sur des problèmes transversaux à leur fonction (Enjolras). D'autre part ces administrations et d'une manière plus globale les acteurs publics ne sont pas les seuls à jouer un rôle face à cette problématique : de nombreux acteurs privés (associations, entreprises, personnes âgées, aidants...) sont impliqués ; le problème de ce modèle et que tous ces acteurs ne sont pas associés à l'élaboration et à la mise en place des politiques qui les concernent. Or leur action est décisive quant à la réussite de ces politiques. Le manque de coordination et de liens entre acteurs publics et privés constitue la seconde limite de ce modèle (Enjolras).

En effet actuellement aucun acteur ne dispose des compétences suffisantes pour pouvoir prendre en charge seul la question de la dépendance ; de ce fait améliorer l'efficacité et la prise en charge de la dépendance passe par une meilleure coordination entre les différents acteurs.

L'enjeu est donc de pouvoir coordonner tous ces acteurs. Cette tâche revient aux autorités publiques. Nous allons voir que si la décentralisation a donné un nombre de responsabilités aux villes et surtout aux départements, l'Etat garde de nombreuses prérogatives.

III. Les acteurs institutionnels de la prise en charge de la dépendance

En France un très grand nombre d'acteurs sont concernés et impliqués dans le traitement et la prise en charge de la dépendance.

L'Etat va définir les grandes lignes politiques et le cadre dans lequel vont agir les autres acteurs, mais les principales responsabilités vont être du ressort du conseil général et de la commune.

La France distingue le secteur sanitaire d'une part (hôpitaux) et secteur social d'autre part (EHPAD, EHPA et logement foyer) : ceci va créer deux schémas différenciés sur le plan de la décentralisation, ajoutant encore à la complexité et à la confusion : le secteur social est très largement délégué aux collectivités locales tandis que le secteur sanitaire relève lui de la responsabilité de l'Etat. De plus le secteur social est fragmenté par une répartition des compétences, ce qui va rendre difficile la définition de politiques globales et avoir pour conséquence de fortes inégalités régionales.

- **Le conseil général**

Depuis la décentralisation, le département est responsable de la politique d'action sociale (Dehan 2007).

Ainsi dès les années 1980 l'Etat délègue certaines missions aux départements.

Avec les lois de 2002, qui ont revisitées la loi 1975, fondatrice de la politique envers les organismes sanitaires et médico-sociaux, et celle du 13 août 2004 relative aux « libertés et responsabilité locales », le conseil général apparaît plus que jamais comme le coordinateur des politiques gérontologiques et le principal responsable de la planification et de l'action sociale et médico-sociale vis à vis des personnes âgées. Le conseil général doit ainsi élaborer un Schéma Départemental Gérontologique (SDG), possibilité prévue de 1975 mais mis en place par peu de départements au début, il a été par la suite imposé. Il va définir le politique locale jusque dans les options concrètes sur le terrain. Il est élaboré en partenariat avec l'Etat via la Ddass (direction départementale de l'action sociale et sanitaire).

Un schéma va couvrir une période de 5 ans. Pour sa création le président du conseil général va créer une commission réunissant des représentants des institutions sanitaires et sociales, de leurs usagers, des travailleurs sociaux, et des professions de santé. Le SDG est arrêté conjointement par le président du conseil général et le préfet.

Le département va à travers ce schéma délivrer les autorisations de créations d'établissements publics et privés, et participe largement au financement des premiers, notamment à travers les conventions tripartites qui accordent leur statut aux EHPAD (établissements d'hébergement aux personnes âgées dépendantes). Il va également fixer leurs tarifs.

Ainsi le département doit assurer la coordination de l'action gérontologique dans le cadre de ce SDG, qui définit les territoires des actions de proximité, les modalités d'information du public, la coordination des prestations, l'adaptation de l'offre de services et leur qualité, ainsi que celle des établissements...

Le département a vu ses attributions augmenter avec la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées puisque c'est lui qui gère l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Cela représente une responsabilité et un budget important puisque l'APA et l'aide sociale, également dispensé par le département, représentent 20 % des dépenses d'aide sociale des départements (Dehan 2007).

Ainsi le département doit assurer la coordination de l'action gérontologique dans le cadre de ce SDG, qui définit les territoires des actions de proximité, les modalités d'information du public, la coordination des prestations, l'adaptation de l'offre de services et leur qualité, ainsi que celle des établissements...

Les conseils généraux vont avoir à connaître à la fois des situations de très nombreuses personnes physiques mais aussi progressivement s'assurer de la gestion de la quasi-totalité des établissements d'accueils et des structures dispensant des prestations à domicile (dont ils vont dans ce cadre établir la tarification).

Ce pose aussi la question des nouvelles charges associées à ces nouvelles compétences, qui ne sont compensés qu'en partie le financement de l'Etat.

Dans les faits les actions et l'investissement financier varient très fortement selon les départements, par le jeu de l'aide sociale extral gale ou facultative. Si certains assurent juste leur missions obligatoires, d'autres au contraire mènent des politiques volontaristes, liés aux services à domicile : compléments d'aides ménagères, de services ménagers, prises en charge des frais d'obsèques, portage de repas, aides pour la téléalarme... (Crédoc 2005), ou en se montrant ambitieux dans le cadre du SDG (créations de structures d'accueil...).

Pour assurer la coordination de l'action gérontologique les conseils généraux vont s'appuyer sur les Clic.

- Les Clic

Ces derniers ont été mis en place au niveau des départements, qui en sont responsables ; ils ont pour fonction d'être des guichets d'accueil de proximité, d'information, de conseil, d'orientation et de coordination gérontologiques, à destination des personnes âgées et de leur entourage. Ils disposent d'une base de données actualisée sur l'offre de services disponibles sur le territoire qu'ils couvrent, et se doivent d'aider à la décision les personnes âgées et leur faciliter l'accès à leurs droits. Ils devraient être des éléments essentiels de la politique de soutien à domicile. Les clics regroupent des partenaires divers qui possèdent une bonne connaissance de la population âgée et de l'évaluation des situations individuelles.

Trois niveaux de labellisation sont prévus en fonction des missions et des services offerts :

- label niveau 1 : il correspond au niveau d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il propose une information sur les aides et prestations disponibles, ainsi que les dossiers de demande nécessaires à leur obtention
- label niveau 2 : il longe le niveau 1 par les missions d'évaluation de besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette partielle de services, comme des groupes de parole. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide n'est pas systématique
- label niveau 3 : il prolonge l'action du niveau 2 par des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation d'un plan d'aide personnalisé : les clic de niveau 3 aident à la constitution des dossiers et offrent une véritable palette de services, un suivi et une véritable coordination pouvant actionner les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile. Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Le label est attribué par un comité de pilotage à l'échelon départemental (composé entre autres du préfet et du président du conseil général).

Des opérateurs de natures juridiques différentes peuvent devenir CLIC : mairie, hôpital, collectivité territoriale, association...

Les principaux financements de ces structures se répartissent entre l'Etat, les conseils généraux, les communes, les caisses de retraite et les organismes sociaux.

En 2004, 513 CLIC avaient été créés ; ils ne couvrent pas uniformément la France, ce qui ajouté à de fortes différences de compétences (30 % de niveau 1 ; 1,19 % de niveau 2 ; 51% de niveau 3) débouche sur de fortes inégalités territoriales.

La gestion des Clic est elle même très variée : d'après une enquête de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas), 10 % seulement des départements assurent la gestion de tous les Clic, tandis que 80% la délègue soit aux CCAS soit à des associations, ne conservant ainsi qu'un rôle de pilotage et de coordination (Dehan 2007).

Les Clic n'ont pas encore réussi à devenir l'acteur incontournable de la coordination pour les personnes d'âgées : la mise en place d'une telle coordination apparaît un processus lent et fastidieux. Ainsi ils rencontrent des difficultés tant avec les acteurs du secteur sanitaire, peu « éveillés » à la nécessité d'une telle action, qu'avec les conseils généraux, ceux-ci devant partager certaines de leurs responsabilités, nécessitant une redéfinition des rôles de chacun (Clement, Rolland, Thoeir Fabre 2005). D'autre part les Clic souffrent parfois de la concurrence d'autres lieux d'information et de coordination : les CCAS, les « réseaux et coordinations gérontologiques » financés par les Fonds d'Aide à la Qualité des Soins des Villes (FAQSV), ou par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) (au nombre de 104 en 2005), et enfin les Comités départementaux des retraités et des personnes âgées (Coderpa), organismes de dialogue et de réflexion qui conduisent des missions d'information au niveau départemental (piloté par le conseil régional et personnes âgées qui participent à la définition et à l'évaluation des actions (Dehan 2007).

De plus le maillage constitué par les Clic actuellement est insuffisant, entraînant de nombreuses inégalités territoriales et de compétences.

Ainsi pour pallier à ces difficultés le département de l'Oise a « réintégré » les Clics au sein des « pôles d'autonomie » afin d'assurer un service homogène sur le territoire. Les Clic qui atteignent au mieux leurs objectifs sont ceux qui se sont installés sur des territoires disposant déjà d'une « expérience » de la coordination entre acteurs.

- **Les communes**

Elles sont également très impliquées dans la politique gérontologique, en particulier par les CCAS.

Les Centres Communaux d'Action Sociale sont des établissements publics communaux administrés par un conseil d'administration présidé par le maire. Ils sont chargés de mettre en œuvre la politique sociale d'une commune. Lorsque des communes limitrophes se regroupent en intercommunalités, elles peuvent faire le choix de mettre en place un centre unique, un Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS).

Les CCAS et CIAS ont une fonction de prévention et de développement social dans les communes.

Plus précisément ils vont :

- animer une action générale de prévention et de développement social sous forme de prestations (dons et prêts)
- instruire les demandes d'aide sociale
- de créer éventuellement et de gérer des équipements sociaux et médico-sociaux.

Ils peuvent également exercer, sur les territoires communaux et intercommunaux, certaines compétences par délégation du conseil général.

Ainsi ils vont organiser, financer et coordonner les services de proximité pour le maintien à domicile, que ce soit par des Clic, lorsque les départements leur en délèguent la gestion, ou par des structures d'aides et de services aux personnes âgées dépendantes. Ainsi les CCAS sont parties prenantes dans la gestion des structures de service d'aide à domicile au côté des associations privées à but non lucratif et les sociétés privées.

Directement ou indirectement, les communes sont aussi maîtres d'ouvrage et gestionnaires de nombreux établissements d'hébergement, Ehpad ou Ehpa (logements-foyers). Elles peuvent aussi parfois attribuer des aides à l'adaptation des logements pour personnes dépendantes.

Comme pour les départementaux l'ampleur de leur action varie énormément ; certaines mettent en place de véritables politiques gérontologiques globales, notamment pour permettre le maintien à domicile.

- **L'intercommunalité**

La commune ne constitue néanmoins pas toujours le bon échelon pour mettre en place des politiques gérontologiques locales, comme par exemple pour la création de services pour les personnes dépendantes, notamment dans les zones rurales : l'intercommunalité est alors un échelon plus pertinent.

C'est d'ailleurs au niveau de l'intercommunalité qu'est défini le Programme Local de l'Habitat (PLH) : c'est un document d'orientation et de programmation qui a pour vocation la définition et la conduite d'une politique communautaire en matière d'habitat, coordonnée avec la planification urbaine et les politiques foncières, afin de répondre aux besoins en logements et en hébergement, à favoriser le renouvellement urbain et la mixité sociale et à améliorer l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées, en assurant entre les communes et entre les quartiers une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements. C'est donc à ce niveau que sont mises en place les politiques de l'habitat.

- **L'Etat**

A travers le phénomène de décentralisation entamée depuis les années 1980, l'Etat a délégué une grande partie de ses prérogatives aux personnes âgées.

Il va continuer à définir les grandes lignes des politiques gérontologiques, et va lancer des actions ponctuelles (comme par exemple du plan vieillesse-solidarité après la canicule de l'été 2003)

L'Etat participe toujours à la prise en charge de la dépendance principalement par sa contribution à l'APA et par le financement des soins infirmiers à domicile. Il participe également à la rénovation des logements via l'ANAH. Il va avoir une grande influence sur le secteur des services : il négocie avec les branches professionnelles une convention pour la formation de personnels par la valorisation des acquis d'expérience (à domicile comme en institution), et est responsable des conventions collectives du secteur associatif et de la formation des aides à domicile (par le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) ; de plus il finance les exonérations de charges patronales et les réductions fiscales liées à ce type d'emploi.

Il agit indirectement sur la Cnav (Caisse d'allocation d'assurance vieillesse) ou la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dont il assure la tutelle. Il a créé en 2004 la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), elle a pour objet de rassembler les moyens mobilisables par l'Etat et l'assurance maladie pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées et des handicapés. C'est elle qui répartit les enveloppes de crédit d'assurance maladie aux niveaux régional et départemental.

Sur un plan local l'Etat va agir à travers ses services décentralisés : les Ddass et les Drass (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales) qui assurent la mise en œuvre des politiques nationales à un niveau départemental et régional. Elles sont sous l'autorité du préfet.

Dans le secteur sanitaire l'Etat reste l'acteur majeur, à travers la Direction Générale de la Santé (DGS) et sur le plan local des Agences Régionales de l'Hospitalisation.

- **Les autres financeurs**

Les principaux financeurs, en sus des conseils généraux, de l'Etat et des communes déjà abordés, sont les caisses de retraite et la nouvelle caisse de solidarité pour l'économie.

Depuis la mise en place de l'APA, les caisses de retraite (CNAV pour les retraites du régime général) proposent une aide complémentaire pour les GIR 5 et 6 (aide ménagère pour certains actes de la vie courante). Elles ont également une action

envers les personnes dépendantes dans d'autres domaines : l'aide aux travaux d'amélioration de l'habitat et des aides : l'aide au retour d'hospitalisation et l'hébergement temporaire.

Elles vont également concourir au financement de la construction d'établissements pour personnes âgées. Afin d'éviter des engagements financiers et patrimoniaux trop lourds, les caisses de retraite complémentaires privilégient actuellement la politique d'octroi de subventions et de prêts à faibles taux d'intérêt (1% le plus souvent) aux propriétaires/gestionnaires d'établissements, en contrepartie de droits de réservations de places pour leurs ressortissants dans les Ehpad.

Dans le même ordre d'idée les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés dans le cadre des assurances dépendance contribuent à la fois au financement de l'aide à domicile et à l'hébergement en institution. Par exemple la Mutualité française, l'un des groupes mutualistes les plus importants dans ce domaine, administre 300 établissements accueillant 4500 résidents tout en offrant un réseau de services (Dehan 2007).

Certains opérateurs créent des produits d'hébergement spécifiques adaptés à leur clientèle, comme par exemple la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) avec les Marpa.

Partie 3 : faiblesses et limites de l'organisation française

I. Difficultés à la mise en place d'une coordination globale

Comme nous l'avons vu l'enjeu va être de mettre la mise en place une coordination gériatrique globale et homogène à l'échelle nationale. Celle-ci est une priorité affichée par la France et de nombreux autres pays ; la plupart rencontrent d'ailleurs le même type de difficultés, à des degrés divers (Clement, Rolland, Thoer-Fabre).

Mais de nombreux freins apparaissent à la mise en place d'une coordination efficace autour de la dépendance des personnes âgées en France : la diversité des acteurs, l'éclatement des responsabilités et des tâches, le cloisonnement entre et dans les secteurs (par exemple le cloisonnement entre les services d'aide à la vie quotidienne, les services de soins et les structures d'accueil), les différences d'objectifs entre les différents acteurs...

Du fait de la décentralisation opérée par l'Etat nous avons vu que les départements (principalement) et les communes (et intercommunalités) ont vu leurs responsabilités en la matière s'accroître. On peut déjà noter que les responsabilités sont diluées entre ces différentes autorités. De plus le secteur sanitaire (qui relève de l'Etat) d'une part et le secteur social et médico-social d'autre part évoluent chacun dans un cadre institutionnel différent, bloquant la mise en place d'une coordination gérontologique globale. Ainsi « les services sociaux et les établissements de soins travaillent souvent de façon disjointe sans l'interface voulue pour permettre une prise en charge de qualité qui tienne compte des préférences et des modes de vie des individus » (Clement, Rolland et Thoer-Fabre, 2005).

Les Clic ont été mis en place pour tenter de remédier à cela. Si l'initiative paraît nécessaire, les faits montrent que les Clic n'ont pas atteint leur objectif, comme nous l'avons vu précédemment : d'une part ils ne couvrent pour l'instant pas de manière uniforme le territoire, et d'autre part ils rencontrent plus ou moins des difficultés dans leur mission de coordination du fait de la « résistance » de certains acteurs. Comme souligné dans le rapport Usages, normes, autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population, « la mise en place d'une coordination gérontologique repose sur l'existence d'une véritable volonté de collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la politique vieillesse (DDASS, Conseils généraux, CCAS, CRAM, CPAM) », volonté qui semble parfois faire défaut (Clement, Rolland, Thoen-Fabre 2005).

Le problème de la coordination autour de la dépendance devient encore plus complexe lorsqu'on y ajoute la dimension habitat. S'ajoute alors la nécessité d'impliquer les propriétaires de logements (copropriétés, bailleurs sociaux et privés), et de coordonner les programmations et les politiques locales de logement élaborées dans le cadre du PLH des intercommunalités avec les politiques d'actions médico-sociales issues du SDG des départements. Il en va de même lorsque que l'on aborde la question du financement, notamment par la séparation parfois floue entre ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève de la dépendance, et par le grand nombre de financeurs.

Ainsi on se retrouve avec une multitude d'acteurs idéalement appelés à coopérer. Cela pose problème : l'enchevêtrement des différents acteurs et des différents niveaux de coordination rendent cette coopération extrêmement complexe et entraîne dans les faits de nombreuses disparités territoriales ; la France doit « gérer une gouvernance « mixte » qui articule, non sans tension, différents niveaux de pouvoir et de compétence, différents acteurs et différentes formes de gouvernance » (Petrella, Richez -Battesti, 2008).

Le problème se situe d'une part dans la difficulté de coordonner matériellement un si grand nombre d'acteurs, avec l'éclatement des responsabilités et les questions de légitimité qui peuvent se poser. Il apparaît que le grand nombre d'acteurs qui interviennent, associé à un certain flou au niveau national sur ce que devrait être la

coordination et la répartition des rôles de chacun de ces acteurs, constitue un frein important à la mise en place d'une coordination globale, efficace et homogène de la prise en charge de la dépendance.

Le problème se situe également dans la difficulté d'une mise en compatibilité d'acteurs qui ont des finalités différentes. On peut citer le secteur du logement, où comme nous l'avons vu les bailleurs privés ne sont guères enclins à adopter une politique spécifique pour les personnes âgées ; seuls des mesures coercitives semblent à même de faire évoluer leurs positions. Il en va de même pour le secteur privé lucratif prestataires de services à domicile ; la problématique est de concilier des finalités différentes autour d'un objectif, à savoir la finalité lucrative de certains acteurs avec la volonté et la nécessité pour d'autres d'assurer un certain bien-être à l'ensemble des personnes âgées quelque soit leur condition (logique de bien public pour les acteurs publics, logique d'utilité sociale pour les acteurs qui se réclament de l'économie sociale et solidaire).

II. La gouvernance concurrentielle en question

Un autre frein est aussi que ces acteurs peuvent être mis en concurrence par ailleurs pour leur financement. Comme le note Schléret, « la mise en concurrence, explicite ou implicite, des différents acteurs devient un outil de régulation des dépenses publiques ». Cette concurrence peut évidemment nuire à une tentative de coordination.

Historiquement la prise en charge de la dépendance relève de deux types de régimes de gouvernances : la gouvernance publique et la gouvernance corporative, qui correspondent au mode d'intervention publique classique (voir en annexe pour plus de précisions). Néanmoins on peut noter le recours progressif à un autre régime de gouvernance au détriment de ceux-ci, notamment dans le domaine des services à la personne, qui est la gouvernance concurrentielle. On peut voir en cela l'expression d'une tendance plus globale au recours aux mécanismes de la régulation marchande comme mode de coordination, qui s'inscrit dans une volonté de diminuer les

dépenses budgétaires, voir de remise en cause du système de protection sociale français pour un modèle plus libéral.

On peut ainsi s'interroger d'une manière plus générale sur la capacité d'une gouvernance de type concurrentielle à être un mode de régulation efficace face à une telle problématique, apte à assurer le bien-être des personnes âgées, particulièrement dans le cas des services d'aide à la vie quotidienne où elle se développe. Les doutes que l'on peut émettre à ce sujet se portent à plusieurs niveaux :

- tout d'abord au niveau des produits concernés : en effet le service à la personne (d'aide ou de soin) n'est pas un simple service, il comporte une dimension relationnelle très importante qu'il est fondamentale de ne pas négliger. Dans le même ordre d'idée le logement n'est pas un simple bien ; l'habitat est à la fois « un espace marchand, un espace de droits, un espace culturel à forte valeur symbolique » (Michel Billé 2007). La gouvernance concurrentielle peut tendre à les réduire à leur simple dimension économique ; le risque étant notamment que les acteurs du secteur non-lucratif face à la pression concurrentielle « oublient » en partie le pourquoi de leur création.

Ceci associé à une logique de minimisation des coûts et en l'absence de règles et normes strictes peut conduire à une dégradation de la qualité de ces produits et prestations. On peut citer Amyot lorsqu'il parle de « la crainte d'un service réduit à son squelette économique ».

- au niveau de sa capacité à assurer les besoins de l'ensemble de la population. En l'absence d'une régulation des pouvoirs publics visant à aider les populations les moins favorisées, une régulation par le marché ne peut couvrir l'ensemble des besoins et aura pour effet l'exclusion de certaines populations
- au niveau de sa capacité à impliquer la société civile : le recours à une régulation concurrentielle aura tendance à évacuer la participation de la société civile à toute élaboration et mise en œuvre d'actions, notamment la question du développement et de la structuration du bénévolat, en dehors d'une gouvernance citoyenne ; ces actions dans ce cadre seraient alors certainement de faible envergure (manque de moyens...) et les acteurs qui en sont à l'origine n'auraient pas de représentation au niveau décisionnaire.

On peut souligner qu'une telle gouvernance semble peu favorable à la mise en place de conditions et de partenariats permettant l'émergence de pratiques solidaires, contrairement à une gouvernance partenariale (voir annexes).

III. Les inégalités territoriales

Les disparités de moyens mis en œuvre, de coordination et de gouvernance vont avoir pour conséquence de fortes inégalités territoriales.

Il existe comme nous l'avons vu de grandes disparités dans les politiques gérontologiques de chaque département et de chaque commune, et une coordination plus ou moins effective entre les acteurs sur leur territoire respectif. A cela s'ajoute le maillage insuffisant des Clic, et le manque criant de services et de logements ou établissements pour personnes âgées sur certains territoires (certaines zones rurales principalement).

Une étude du CREDOC de Décembre 2005, Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, est à ce titre très significative. Elle met l'accent sur les disparités existantes entre les départements, notamment entre trois d'entre eux avec chacun un profil bien particulier (urbain et jeune, rural et en vieillissement, entre les deux...).

Elle va montrer que selon l'action des départements, des partenariats qu'ils peuvent avoir établi avec les communes, la MSA, la préfecture de département, les caisses de retraite, les coûts des différents services proposés aux personnes âgées non seulement peuvent varier fortement d'un département à un autre, mais également au sein même d'un département.

Comme le rapport le précise, la diversité de la prise en charge n'est pas forcément négative ; en effet tous les départements ne sont pas égaux face au vieillissement, par rapport à la part de personnes âgées dans la population totale (le Val d'Oise n'a

que 4,5 % de sa population âgée de plus de 75 ans, tandis que dans la Creuse cette part s'élève à 14,1 %) ou à leur niveau de vie de ces personnes ; cette diversité peut permettre de corriger ces inégalités.

De plus cela permet la prise d'initiatives de la part de ces acteurs Cela peut conduire à une dynamique positive, chacun s'inspirant les expériences mises en place par d'autres qui se sont révélés positives.

Néanmoins cette différence de traitement pose un problème d'équité à l'échelle nationale.

Il apparaît que certains territoires cumulent les désavantages, notamment les territoires ruraux : les personnes âgées y résidant souffrent à la fois du manque d'offre de services et du manque de commerce de proximité, et parfois de l'isolement. De plus ces territoires ont bien un revenu moyen peu élevé. Ainsi on voit se dessiner une certaine fracture, avec des territoires qui vont cumuler les difficultés. On peut citer l'exemple de la Creuse, un département rural qui à la part de personnes âgées la plus importante en France (34,4 % de 60 et plus, 14,1 % de 75 ans et plus) et le revenu moyen le plus faible (12269 euros de revenu moyen fiscal moyen en 2004).

Ainsi, même si la question des migrations des personnes âgées ne se résume pas à l'attraction d'une clientèle par des territoires selon leurs avantages concurrentiels, on peut voir dans cette divergence entre certains territoires le risque d'une concurrence s'intensifier entre eux pour attirer les personnes âgées les plus solvables, voyant certains territoires ne gardant que les personnes n'ayant pas les moyens de migrer, et renforçant l'héliotropisme existant (départ de retraités aisés vers des régions attractives, notamment par leur climat).

IV. Financement et inégalités sociales

Se pose derrière cette question de la décentralisation et de la reterritorialisation des politiques publiques la question de l'action de l'Etat et de la remise en cause des dépenses sociales, dans un contexte de restriction budgétaire et de remise en cause de l'Etat providence. Ainsi la décentralisation, en faisant peser un poids croissant des coûts aux collectivités territoriales, et l'extension de la gouvernance de type concurrentielle qui se mettent en place, notamment en ce qui concerne le secteur des services, peuvent laisser penser que l'Etat cherche à éviter de voir les charges qui lui incombent augmenter. On peut citer également l'abaissement du seuil de revenu en ce qui concerne l'APA en 2003 : suite à la croissance très rapide du nombre de bénéficiaires et aux conséquences que cela pouvait avoir sur l'équilibre budgétaire, le seuil de ressources à partir duquel ces personnes doivent participer a été abaissé par le gouvernement (de 943 à 623 euros par mois, d'après le rapport perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025)

Dans la même logique « les plans d'aide de l'APA ont été revalorisés depuis 2002 au rythme minimum prévu par les textes soit l'inflation, ce qui a conduit à une érosion du pouvoir d'achat de cette prestation » indique le rapport « perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 ».

Celui-ci précise que l'essentiel des coûts d'ajustement en cas de dépassement des capacités de financement sera supporté par les départements et les ménages.

On peut craindre que cette logique, en évitant l'augmentation des charges et en transférant le poids du coût de la dépendance vers d'autres acteurs, entraîne au final la mise en place d'un système où une majorité des frais seraient à la charge des individus, avec une couverture universelle type APA insuffisante qui exclurait une partie de la population à l'accès aux soins et services.

Ce risque est selon ce rapport bien réel. En effet si le niveau des retraites devrait augmenter d'ici 2025 par rapport au niveau actuel, cette augmentation est neutralisée par la dégradation de celles-ci par rapport aux salaires (du fait qu'elles ne sont réévaluées qu'une fois par an en fonction de l'indice officielle des prix de l'année suivante). Dans ce contexte l'augmentation des « restes à charge » dévolues aux personnes entraînerait une participation croissante de celles-ci à la prise en charge de la dépendance si les pouvoirs publics n'interviennent pas.

De plus les projections concernant les inégalités entre les retraités semblent indiquer que celles-ci vont augmenter, pour deux raisons :

- la salarisation des femmes va entraîner une augmentation des inégalités en fonction de la configuration des ménages (seul ou en couple)
- la dispersion des revenus va être plus forte. En effet les générations ayant connu le chômage et la précarité à partir de la fin des années 1970 commencent à arriver à l'âge de retraite.

La question de la prise en charge de la dépendance va donc probablement être, à moins d'une augmentation des moyens alloués à la prise en charge de la dépendance, inextricablement liée à celle des retraites.

Partie 4 : les améliorations envisageables : la voie des pratiques solidaires et de la gouvernance partenariale

I. Le modèle Danois

Il peut être intéressant à ce niveau de comparer l'organisation française avec celle d'un autre pays. Le cas du Danemark est très intéressant, il fut l'un des premiers pays à s'intéresser à la question du vieillissement et il est aujourd'hui parmi les pays dont l'organisation est la plus efficace.

Tout d'abord le système de protection sociale danois est de type social-démocrate scandinave ; il se caractérise par son importance : les dépenses sociales constituaient 30 % du produit intérieur brut (PIB) et 40 % de la totalité des dépenses publiques de fonctionnement de l'Etat (Dehan 2007). De tradition Beveridgienne, une grande partie des dépenses (les deux tiers) est financé par les impôts, ce qui implique une pression fiscale importante.

Des années 1960 aux années jusqu'au milieu des années 1980 le Danemark avait accès sa politique sur la création de nombreux établissements de type maison de retraite.

A partir du milieu des années 1980, suite à une très grande enquête (the danish longitudinal future study) qui a montré que les Danois étaient plus favorables au maintien à domicile, et à l'action de communication de l'association DaneAge (qui compte aujourd'hui 500000 adhérents sur une population de 5 millions de personnes) dont l'objet est l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, le gouvernement danois change de stratégie et axe sa politique sur le développement du maintien à domicile. Celle-ci va comporter plusieurs volets : créations de logements adaptés, aides à l'adaptation de logements, création d'un réseau global de services d'aide et de soins à domicile (Dehan 2007).

Parallèlement à cette politique a lieu un mouvement de décentralisation des responsabilités : l'ensemble des services sociaux, l'aide à domicile, les établissements d'hébergement, les centres de soins de jour, les soins de santé et l'organisation de l'habitat destiné aux personnes âgées sont gérés depuis le début des années 1990 par la municipalité (Clement, Rolland, Thoe Fabre 2005). Ceux-ci vont donc offrir une gamme complète de services aux personnes âgées ; ils peuvent être fournis directement par la municipalité ou par des prestataires privés sous contrat avec celle-ci : les personnes âgées auront ainsi souvent le choix entre plusieurs prestataires, publics ou privés.

Ces services sont financés, outre la participation des personnes âgées, par des impôts locaux progressifs associés à des financements de l'Etat. De plus il existe un fond de financement pour le développement d'initiatives locales (fonds de ressources pour le développement social puis fonds pour la régulation des tarifs) ; il va permettre de financer des structures, publiques ou privées, au démarrage qui vont pouvoir contracter avec les collectivités publiques (Laville 2005) ; ces crédits permettent ainsi à des initiatives novatrices locales de voir le jour, permettant ainsi le renouvellement et la transformation des politiques sociales afin qu'elles puissent être en adéquation avec les besoins.

Le suivi des personnes âgées est assuré par un professionnel employé par les communes, qui va rencontrer chaque personne de plus de 60 ans une fois par an (2 fois pour les plus de 75 ans) qui va évaluer sa situation, son état et ses besoins.

- **Les fondements de l'efficacité de ce modèle**

Ce système apparaît très efficace, avec une coordination gérontologique globale effective et une offre de services importante et accessible. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. Tout d'abord la concentration d'une grande partie des responsabilités et de l'action à un seul niveau institutionnel, les municipalités, qui permet à celles-ci de développer des systèmes globaux et intégrés, avec une palette très complète d'aides et de services.

Une autre raison est la volonté politique forte du Danemark d'offrir de bonnes conditions de vie aux personnes âgées quelque soit leur degré de dépendance. Cette volonté se retrouve à la fois au niveau des institutions mais aussi au niveau de la société civile (en illustration le nombre d'adhérents de l'association DaneAge, qui représente 10 % de la population du pays). Ce consensus est cultivé par une politique favorisant l'implication directe de la société civile et les interactions entre celle-ci et la puissance publique.

De plus on peut noter l'implication directe des personnes âgées dans l'élaboration des politiques concernant les personnes âgées : en 1998 a été rendu obligatoire la création de « conseils de seniors » dans chacune des communes danoises. Ceux-ci ont un droit de regard sur toutes les décisions concernant les retraités. Ces conseils sont composés de sept personnes élues au suffrage universel direct.

Cette volonté politique va directement entraîner la troisième raison, qui est le haut niveau de financement dont bénéficie le système de protection sociale danois, l'un des plus important du monde.

- Les imperfections de ce modèle

Cependant le système Danois n'est pas parfait. Quelques problèmes ont été identifiés (Clement, Rolland, Thoer Fabre 2005) : des problèmes de coordination avec les hôpitaux, gérés par les départements ; un manque de logements adaptés ou de places en maison de retraite ; enfin des inégalités dans la prise en charge selon les régions, avec une prise en charge globalement inférieur dans les zones rurales. Enfin avec l'augmentation du nombre de personnes dépendantes l'action des communes s'est concentrée sur les personnes les plus dépendantes, avec un niveau d'aide à domicile moins avancé globalement depuis une dizaine d'années.

Néanmoins plusieurs actions sont entreprises afin de pallier à ces manques.

Ainsi le ministère des affaires sociales danois a développé un système d'assurance qualité des services en partenariat avec les municipalités pour s'assurer de l'homogénéité de l'accessibilité des services malgré la décentralisation.

Il existe également un volonté de développement des innovations sur le terrain (à l'échelle des municipalités) et de leurs transferts lorsque celles-ci se révèlent une

réussite, par exemple le projet Medcom (Clement, Rolland, Thoer Fabre 2005), qui a pour objet de faciliter la coordination entre les hôpitaux, les médecins généralistes, les municipalités et les sociétés privées du système de santé, qui a été mis en place dans plusieurs municipalités.

De plus, dans une volonté à la fois de « coller » aux besoins des personnes âgées tout en diminuant les dépenses publiques, le Danemark a mis en place une politique ambitieuse de prévention de la dépendance, avec pour objectif de favoriser au maximum l'autonomie des personnes âgées, que ce soit par le sport, par des activités intergénérationnelles... (Dehan 2007).

- **Les éléments d'efficacité de ce modèle : une source d'inspiration**

Le modèle Danois est clairement efficace : dans sa capacité à mobiliser les acteurs et les ressources, coordination qui aboutit à une offre complète et cohérente, accessible au plus grand nombre dans un objectif de justice sociale, de bien-être de l'ensemble des personnes âgées.

Les éléments qui apparaissent au fondement de l'efficacité de ce modèle pourraient inspirer l'organisation française.

Nous avons vu que le premier de ces éléments est la réunion au niveau des municipalités de quasiment l'ensemble des responsabilités liées à la prise en charge des personnes âgées.

Cette réunification à un seul échelon administratif permet évidemment une bien meilleure coordination et donc cohérence et efficacité de l'action qu'en France, où le mouvement de décentralisation n'a pas été poussé aussi loin et où les responsabilités sont diluées entre différents niveaux territoriaux, même si le département apparaît comme le principal responsable.

De plus le choix des municipalités au-delà de la simple concentration des responsabilités apparaît pertinent. En effet cet échelon favorise une certaine proximité entre les acteurs et les décideurs, une « prise directe sur le local » qu'il

semble plus délicat d'obtenir avec une concentration des responsabilités au niveau départemental.

Bien sûr les différences entre la superficie et l'organisation territoriale Danoise et Française limitent toute volonté de promouvoir l'organisation danoise strictement appliquée à la France. L'hétérogénéité de la taille et des ressources des communes françaises amène à penser que le département est un échelon plus pertinent que la commune pour permettre une réponse homogène sur l'ensemble du territoire. Néanmoins on peut imaginer qu'une échelle intermédiaire entre la commune et le département favoriserait cette proximité tout en permettant à chaque unité d'avoir suffisamment de ressources pour assurer une prise en charge de la dépendance complète et cohérente.

L'échelon administratif qui pourrait correspondre à cette éventualité en France est l'intercommunalité (communauté urbaine, de communes...), permettant la mutualisation des moyens et donc une plus grande cohérence tout en assurant la proximité au moins géographique entre les différents acteurs, et entre les décideurs et les besoins locaux.

Cette proximité cultivée par le modèle danois se retrouve également dans l'existence de fonds de financement pour les initiatives locales, privées comme publiques. Ces fonds de financement permettent à des innovations, sous la forme de services principalement, de voir le jour dans une volonté de répondre et d'évoluer par rapport aux besoins ; cette promotion des innovations est couplée à une vraie connaissance des besoins locaux : chaque commune dispose d'un organisme chargé d'accueillir les plaintes des personnes âgées.

Il est à noter également que les services fournis le sont indifféremment par la municipalité, soit par des prestataires privés, la personne âgée ayant bien souvent le choix entre différents prestataires. On note ici que les secteurs ne sont pas en concurrence mais coopèrent et se complètent en vue d'une plus grande efficacité, En France l'ouverture récente des services à la personne aux entreprises privés à vocation lucrative a entraîné clairement une mise en concurrence des associations avec les nouveaux venus, dans un modèle de gouvernance concurrentielle.

Le deuxième élément relevé est l'adhésion forte à la volonté forte d'offrir de bonnes conditions de vie aux personnes âgées, qui se retrouve notamment dans la forte

implication de la société civile, beaucoup plus importante qu'en France (10 % de la population adhère à l'association DaneAge). Le bénévolat, fondé sur le principe de réciprocité, est ainsi beaucoup plus développé.

On voit également la volonté d'intégrer les personnes âgées dans l'élaboration des politiques les concernant avec les conseils de seniors et les organismes recueillant leurs doléances. Un véritable espace de parole est offert aux personnes âgées, chose qui n'existe pas en France à l'échelon national.

Ainsi le Danemark se caractérise par une volonté forte d'intégrer et de faire participer la société civile à son projet de vie vis-à-vis des personnes dépendantes, ce qui correspond véritablement à un développement de la démocratie.

- **Les pratiques solidaires, source d'efficacité**

Les pratiques des structures danoises telles qu'elles apparaissent peuvent être qualifiées de solidaires. Ces pratiques sont définies par Fontaine comme des « pratiques participatives et qualifiantes ancrées sur le territoire et combinant l'engagement social à l'initiative économique » (Fontaine).

L'intérêt de cette notion est de permettre une analyse qui ne se fonde pas sur une classification sectorielle : les pratiques solidaires peuvent émerger de la coordination entre des acteurs de secteurs différents.

Ces pratiques peuvent être caractérisées par dix critères : l'innovation, l'efficacité, la logique de service (bien être/bien avoir), la justice, la proximité, la durabilité, la réciprocité, l'hybridation des ressources et la non-lucrativité.

Ainsi ce n'est pas un hasard si la plupart de ces termes ont déjà été employés dans la partie précédente. L'organisation danoise tire son efficacité de ces pratiques (pour mieux connaître les interactions entre ces pratiques et le critère d'efficacité voir l'article de l'Institut Godin sur l'économie solidaire).

- **Le modèle Danois : une économie plurielle et solidaire**

Il est très intéressant de noter que les trois dimensions de l'économie plurielle, à savoir l'économie non marchande (secteur public) l'économie marchande (secteur privé) et l'économie non monétaire (bénévolat) se coordonnent de manière harmonieuse autour de la volonté d'assurer la meilleure prise en charge de la dépendance possible.

L'absence de clivage entre ces trois dimensions ici, leur articulation autour d'un projet commun correspond parfaitement à la définition de l'économie solidaire définie par Laville et Eme comme « l'ensemble des activités économiques soumis à la volonté d'un agir démocratique où les rapports sociaux de solidarité priment sur l'intérêt individuel ou le profit matériel » (tiré de l'article les pratiques solidaires de l'institut Godin). Ainsi il est possible de dire que l'organisation danoise de la prise en charge de la dépendance correspond à un projet d'économie solidaire réussi.

II. Une gouvernance partenariale et territorialisée

- Une gouvernance partenariale

Le régime de gouvernance qui caractérise le modèle suédois est dit partenarial. Ce type de gouvernance apparaît très adapté dans un projet d'économie solidaire, de favoriser l'émergence de pratiques solidaires.

Ce type de gouvernance est très différent de la gouvernance publique traditionnelle, avec une autorité hiérarchique qui commande ; elle va être une réponse aux limites de cette dernière. On peut voir dans cette évolution de l'action publique un passage d'une démocratie représentative à une démocratie participative.

Il s'agit bien ici de faire adhérer des acteurs de toutes sortes, aux objectifs divers et variés, à un projet global. Plus encore, ces différents acteurs sont amenés à participer, à co-construire un projet, fruit d'un travail collectif des différentes sphères d'une économie plurielle, face à une problématique commune. Dans ce cadre la collectivité territoriale n'est plus dans le rôle d'une autorité hiérarchique mais dans celui d'un coordonnateur, d'un facilitateur, pour permettre la mise en compatibilité de

l'ensemble des acteurs amener à coopérer. Elle va assurer le leadership d'un réseau d'acteurs. Cette mise en compatibilité peut être délicate, selon le nombre d'acteurs et surtout leurs différences de finalité, de stratégie, de perception du temps ; la plus grande difficulté réside certainement d'amener ces acteurs pouvant être en concurrence par ailleurs à s'entendre. La collectivité territoriale est ici le garant du respect de l'objectif de cette coordination, à savoir le bien-être collectif.

Cette coordination passera donc par des échanges, des négociations, des compromis, voire des conflits. Elle ne peut être effective que si l'entente l'emporte sur le conflit. Pour éviter l'instabilité, l'incertitude liées aux rivalités et conflits, elle nécessite le « développement de procédures contractuelles et de nouveaux instruments ou techniques d'action afin de stabiliser les relations et les engagements des acteurs » (Leloup, Moyart, Pecqueur, 2004), qu'on pourra alors appeler structures de gouvernance, et qui seront propres à chaque territoire. Il s'agit ici de créer une proximité institutionnelle entre ces acteurs.

- **Une gouvernance territorialisée**

Comme l'a démontré Edouard Fontaine les territoires sont le lieu d'où émergent des pratiques solidaires, l'échelon où des « formes de solidarités vont s'incarner dans des pratiques économiques ». Celles-ci vont émerger de la coordination d'individus ou organisations, dans un contexte socio-économique et une histoire propre au territoire concerné ; elles vont s'inscrire dans celui-ci, en être des éléments constitutifs qui vont participer à sa construction.

Ainsi une gouvernance partenariale va avoir pour cadre un territoire. Celui-ci n'est pas un simple espace géographique, ni juste un territoire administré. Le territoire est un construit social permanent (Leloup, Moyart, Pecqueur, 2004) ; fruit des interactions et de la coordination entre des individus, des organisations, des institutions, qui vont s'enchevêtrer dans un ensemble de liens économiques, sociaux, culturels, dans une dynamique temporelle, et qui va donner à un espace une identité propre.

D'après Fontaine le territoire comporte trois dimensions principales :

- une dimension géographique liée à l'espace
- une dimension en termes de ressources au sens large

- une dimension temporelle en rapport avec l'historicité du territoire

Les acteurs sur un territoire vont donc être liés par une proximité à la fois géographique et socio-économique. On peut dans cette optique relever l'approche de Gilly et Perrat, qui considère que le territoire est le résultat de la combinaison des trois dimensions de la proximité (Gilly et Perrat, 2002) :

- la proximité géographique (dimension spatiale)
- la proximité organisationnelle (liens et interactions entre des acteurs, dans ou entre des organisations)
- la proximité institutionnelle (adhésion à des règles, des normes, des représentations, orientant les comportements collectifs et nécessaires à toute coordination)

La gouvernance partenariale territorialisée aura donc pour objectif de mobiliser et coordonner les acteurs et plus globalement les ressources d'un territoire, dans le but de connaître et de répondre aux besoins existants sur ce même territoire, en s'appuyant sur ces proximités.

Ainsi cette coordination (qui génère une organisation basée sur une certaine proximité organisationnelle) en tant que mise en réseau d'acteurs caractérisés par une certaine proximité géographique, va déboucher sur des actions et même sur l'élaboration de normes communes (proximité institutionnelle). Ce processus participe à la constitution du territoire comme construit social, à la territorialisation de l'espace (Leloup, Moyart, Pecqueur, 2004).

III. Mise en œuvre d'une telle gouvernance

- La nécessité d'une volonté politique

Si le territoire dans ce contexte ne correspond plus à un simple espace administratif, il n'en reste pas moins que les collectivités locales gardent un rôle prépondérant, une telle coordination n'allant pas de soi au vu de la multiplicité d'acteurs et de finalités à mettre en compatibilité. Ainsi l'adéquation géographique entre un territoire tel que

nous l'avons défini et un espace administratif n'est à priori pas une mauvaise chose. Dans ce même ordre d'idée il apparaît clairement qu'il est plus simple de mettre en place une telle gouvernance lorsqu'une seule collectivité regroupe l'ensemble des responsabilités en rapport à la prise en charge de la dépendance.

Outre le fait que cela permet une plus grande cohérence des politiques et actions menées, et que la multiplication des niveaux hiérarchiques impliquent une mise en coordination entre ceux-ci qui n'a pour effet que d'alourdir l'ensemble (la coordination verticale se faisant bien souvent au détriment de la coordination horizontale (Enjolras)), le regroupement des compétences offre certainement à la collectivité territoriale une plus grande légitimité à mettre en place une telle gouvernance, et une plus grande persuasion pour mobiliser des acteurs autour d'un projet.

Une telle coordination ne peut être menée que par une volonté politique forte et affirmée. « Il ne peut y avoir de solidarité que par intervention d'un principe politique, religieux ou éthique qui permette de subordonner l'intérêt individuel aux intérêts des groupes ou à ceux de la collectivité d'ensemble » (Czillé, 2003, tiré de Fontaine).

Nous l'avons vu précédemment, le phénomène de décentralisation en France n'a pas réellement permis l'unification des responsabilités. Si le département en a acquis une bonne partie, l'Etat garde la main mise sur le secteur sanitaire et les communes ont parfois des politiques autonomes en ce domaine. De plus nous avons également vu que département comme ville ont chacun leurs limites dans ce cadre : disparités de ressources pour les communes et question de la proximité pour les départements. Difficile de trouver une solution idéale dans ces conditions même si la piste de l'intercommunalité mérite certainement d'être creusée.

A ce sujet il sera très intéressant de suivre les réflexions engagées par les diverses commissions travaillant sur une réforme des collectivités locales, notamment la commission Balladur, réforme qui aurait pour objectif de simplifier les structures, clarifier les compétences et maîtriser les dépenses de ces collectivités.

- **La gouvernance partenariale en France**

Il convient de noter que ce modèle de gouvernance partenariale n'est ni propre au Danemark ni inconnu en France. Ainsi il existe de nombreuses collectivités locales,

départements ou communes, qui tentent de mettre en place des coordinations qui s'apparentent à ce modèle. De nombreuses actions et initiatives se font sur la base d'un partenariat, d'un travail collectif entre des collectivités locales et des acteurs privés, des associations, des bénévoles, et d'où résultent parfois des œuvres remarquables et innovantes ; le quartier intergénérationnel de Saint Apollinaire en est un très bon exemple (voir annexe). La grande différence est qu'au Danemark cette gouvernance est promu à l'échelon national par l'Etat même : l'action de l'Etat a pour objet de la mettre en place sur l'ensemble du territoire, de l'institutionnaliser ; la décentralisation a été menée dans ce but. En France ce type de gouvernance est beaucoup plus expérimentale : elle se retrouve ici et là, en fonction des politiques menées par telle ou telle collectivité. Comme nous le notions dans la partie sur les inégalités territoriales, l'Etat Français ne mène pas d'action pour homogénéiser les actions des collectivités territoriales, au contraire du Danemark.

Conclusion

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées est un domaine complexe, qui concerne de nombreux acteurs. De ce fait une prise en charge efficace nécessite la coordination de tous ces acteurs. Cette tâche apparaît d'emblée très compliquée : nous avons vu, que ce soit dans le secteur de l'habitat ou des services, que les acteurs amenés à participer sont multiples et ont des finalités différentes.

Elle est d'autant plus complexe que l'organisation de l'action publique française et son évolution récente est encore peu adaptée à la mise en place d'une telle coordination. Ainsi les compétences face à cette problématique sont ventilées entre l'Etat et les collectivités locales.

Il apparaît que la remise en cause de l'intervention publique « classique », centralisée et descendante, qui a conduit à la décentralisation et à la montée en puissance des collectivités locales, n'a pas laissé la place à une alternative efficace et cohérente. Ainsi la gouvernance publique ou corporative, modèles traditionnels d'intervention publique, côtoient une gouvernance marchande qui gagne du terrain, mais qui pose plus de problèmes qu'elle n'apporte de solutions.

Ainsi l'organisation de la prise en charge de la dépendance en France, que ce soit par la structure qui la caractérise ou par ses régimes de gouvernance, ne permet pas une coordination efficace autour de cette prise en charge.

L'exemple du Danemark nous montre qu'un modèle caractérisé par des pratiques qui peuvent être qualifiées de solidaires, et fonctionnant avec un régime de gouvernance partenariale, permet une réelle coordination de nombreux acteurs autour d'un projet, et offre ainsi une prise en charge de la dépendance des personnes âgées efficace. Cette organisation, en harmonisant les actions des trois dimensions de l'économie plurielle et en mobilisant les acteurs et ressources d'un territoire dans la volonté de la meilleure prise en charge possible, correspond parfaitement à un modèle d'économie solidaire qui subordonne les intérêts privés au bien être collectif.

Ce modèle, cité fréquemment comme exemple pour son efficacité, est ainsi un exemple de viabilité d'une économie solidaire, et peut être une grande source

d'inspiration pour le modèle français ; la gouvernance partenariale, par la coordination qu'elle permet, apparaît efficace à la fois en terme d'utilité sociale mais aussi en terme économique, par la cohérence que permet la mobilisation de ressources autour d'un projet collectif.

La mise en place d'une telle gouvernance nécessite une volonté politique forte dans chaque collectivité locale confrontée à la problématique de la dépendance.

Mais plus encore c'est l'action de l'Etat qui peut être déterminante. Lui seul a le pouvoir de rendre cohérente l'organisation de l'action publique, de favoriser l'émergence d'une telle gouvernance à l'échelon national et d'homogénéiser le niveau de prise en charge de la dépendance sur tout le territoire français.

De même lui seul, que ce soit par les retraites, le financement direct de l'APA ou les financements aux collectivités locales, peut assurer un accès une prise en charge de la dépendance décente pour tous. L'intervention redistributive de l'état, étant donné l'évolution de la dépendance annoncée, apparaît en cela plus que jamais nécessaire pour pallier aux inégalités sociales.

Plusieurs éléments laissent à penser que ce n'est pas la voie choisie : coûts « évacués » vers les collectivités locales, baisse des budgets du logement social, structuration chaotique des services d'aide à la vie quotidienne, déficit de moyens chronique des structures de soins, et hôpitaux ...

La tentation d'une prise en charge de la dépendance à minima, renvoyant le financement de celle-ci à la responsabilité individuelle de chacun, peut-être tentante dans une perspective d'économies budgétaires. Reste à déterminer si ces économies valent le coût social qu'elles ne manqueront pas d'engendrer.

L'augmentation prévisible du nombre de personnes dépendantes, imposera obligatoirement à terme la question de l'arbitrage entre maintien des dépenses sociales, qualité de la prise en charge et accès au plus grand nombre.

Un tel arbitrage nécessite certainement un débat politique de fond, que l'on peut espérer non tronqué par une vision economiciste, qui par son recours à une logique « scientifique » cache la dimension éminemment politique d'une réponse se révélant être avant tout un choix de société.

Bibliographie

- Amyot J-J.**, *L'enjeu des services à la personne, dans Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*, Collection « Habitat et solidarité », La documentation Française, Paris 2008-11-08
- Billé M.**, « Habiter c'est s'intégrer », dans *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*, Collection « Habitat et solidarité », La documentation Française, Paris 2008-11-08
- Clement S., Rolland C., Thoen-Fabre C.**, *Usages, normes, autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population*, Février 2005
- Dard P.**, « L'accessibilité de quoi parle-t-on ? », dans *Villes et vieillir*, La Documentation française, Paris 2004
- Dehan P.**, *L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux Ehpad, Usld et unités Alzheimer*, Editions du moniteur
- Dufourcq B.**, « La philosophie des services à la personne », dans *villes et vieillir*, La Documentation française, Paris 2004
- Enjolras B.**, *Economie sociale et solidaire, territoires et régimes de gouvernance*, Institute for Social Research, Oslo
- Fontaine E.**, *Les pratiques d'économie solidaire : éléments constitutifs du territoire ?*, CRIISEA
- Gardin L., Laville J-L.**, « L'offre de services aux personnes âgées dépendantes », dans *Villes et vieillir*, La Documentation française, Paris 2004
- Gilly J-P., Perrat J.**, *Développement local et coopération décentralisée, entre gouvernance locale et régulation globale*, Colloque Economie Méditerranée Monde Arabe, Sousse 20-21 septembre 2002
- Gisserot H.**, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : Prévisions et marges de choix*, rapport remis à Monsieur Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mars 2007
- Godet M., Mousli M.**, *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*, la Documentation française, Paris 2006

Leloup F., Moyart L., Pecqueur B., *La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale*, 4èmes journées de la proximité : Proximité réseaux et coordination, 17 et 18 Juin 2004

Loones A., David-Albebora E., Eugene S., *Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile*, cahier de recherche n°221 du Crédoc, décembre 2005

Petrella F., Richez-Battesti N., *Diversité des formes de gouvernance territoriale des politiques sociales et place des organisations sociale et solidaire : regards croisés sur les services de « care » en Europe*

Schléret Y., *La coordination : un processus, une procédure*, Observatoire Régional De La Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (ORSAS), Journée du Forum Lorraine Alzheimer 6 novembre 2004

Annexes

La dépendance des personnes âgées : évaluation et projection

- Evaluation

La dépendance se définit comme le besoin d'aide, d'assistance humaine pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Pour mieux comprendre d'où provient la dépendance il convient de présenter le schéma de Wood :

maladie → déficience → incapacité → désavantage/handicap

Les maladies au sens large (maladie, traumatisme physique ou mental, accident, malformation) sont à l'origine de la chaîne. Elles relèvent du domaine médical.

Les déficiences (amputations, scléroses...) qui découlent des maladies regroupent les dysfonctionnements physiques et psychiques. Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité.

Les incapacités sont les difficultés voir impossibilités de réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne, qu'ils soient physiques ou psychologiques.

Les désavantages ou handicaps sont les difficultés que va rencontrer une personne en société du fait de ses incapacités.

Ainsi la dépendance est une conséquence des incapacités. Ce schéma permet de voir que le traitement de la dépendance peut avoir lieu à différents niveaux : traitement médical (maladie), prothèses (déficiences)...

Il existe plusieurs indicateurs qui caractérisent la dépendance des personnes âgées : AGGIR, Colvez, EHPA, Katz.

Le plus courant est la grille AGGIR qui est utilisé pour l'attribution de l'APA, l'allocation personnalisée d'autonomie, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Les personnes appartenant aux groupes ISO-ressources 1, 2, 3 et 4 sont considérées comme dépendantes selon cette grille.

L'APA sera versée aux personnes de plus de 60 ans appartenant aux groupes GIR de 1 à 4.

Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

- Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

- Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

- Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :
 - celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
 - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

- Le GIR 5 comprend des personnes âgées assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

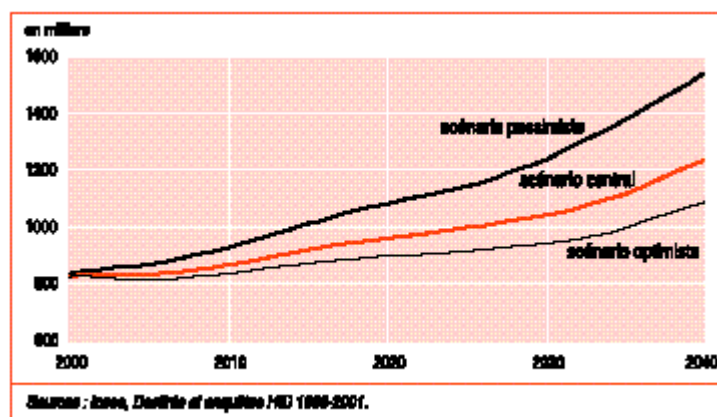
- Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
État de santé	Confinée au lit, fonctions mentales altérées, fin de vie	1) Confinée au lit ou fauteuil 2) fonctions mentales altérées, se déplace	Autonomie mentale, faible autonomie corporelle	Stade inférieur de dépendance	Légères pertes d'autonomie	Bon état
Actes essentiels de la vie	Présence continue d'intervenants	Prise en charge pour la plupart des actes	Aide quotidienne et plusieurs fois par jour	Aide au transfert et aux activités corporelles	Aides ponctuelles préparation repas et ménage	Autonome
Toilette	Aide obligatoire	Aide obligatoire	Aide hygiène élimination	Aide ponctuelle	Aide ponctuelle	Autonome
Habillage	Aide obligatoire	Aide obligatoire	Aide partielle	Aide partielle	Autonome	Autonome
Prise de repas	Aide obligatoire	Variable	Aide partielle	Autonome pour la plupart	Autonome	Autonome
Promenade	Sans objet	Variable	Autonomie partielle	Une fois levée, se déplace	Autonome	Autonome
APA	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Aides ménagères	APA	APA	APA	APA	Caisse de retraite, aide sociale département	Caisse de retraite, aide sociale département
Effectifs dans chaque degré (enquête 1998-2001)	69 000	262 000	201 000	264 000	390 000	10 855 000
Nombre de personnes dépendantes 31 décembre 2004	865 000 bénéficiaires de l'APA dont 59 % à domicile et 41 % en établissement ⁽¹⁾					

Source : vieillissement, activités et territoires à l'horizon 2030

- Evolution de la dépendance

Projection de l'évolution de la dépendance



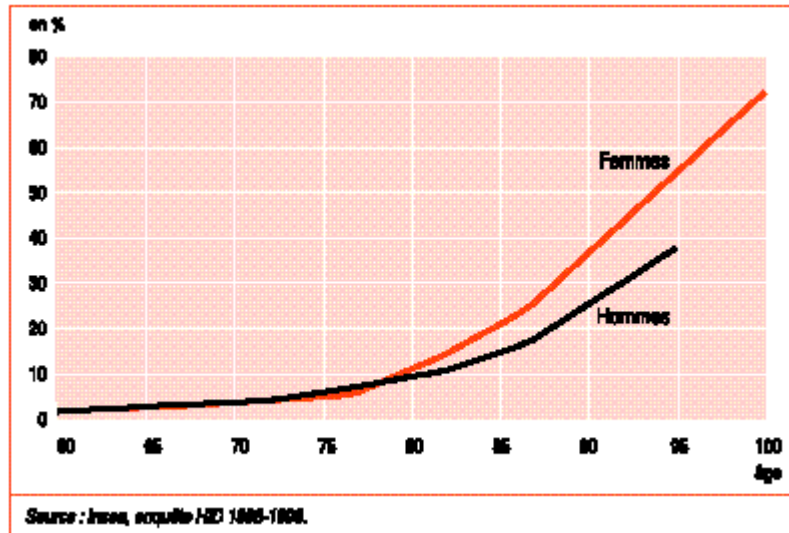
Le scénario central de l'INSEE a pour hypothèse le « maintien de la morbidité » : l'âge moyen d'apparition des processus morbides et la date du décès se décalent parallèlement. La durée de vie en incapacité reste stable.

Le scénario optimiste table lui sur la « compression de la morbidité » : l'âge moyen d'apparition des maladies incapacitantes est davantage retardé que l'âge de la mort.

Ces deux hypothèses sont considérées comme les plus probables, par rapport à celle de l'extension de la morbidité, qui table sur l'allongement de la durée de vie sans modification de la date d'apparition des maladies génératrices d'incapacité. Les années de vie supplémentaires seraient alors des années de vie avec incapacité.

Le premier scénario prévoit ainsi une augmentation de 50 % des personnes dépendantes entre 2000 et 2040, pour atteindre 1230000 personnes. Ce chiffre varie entre 1,1 et 1,5 million selon les scénarios.

Taux de dépendance par âge



L'âge moyen des personnes dépendantes va passer de 2000 à 2040 :

- de 78 à 82 ans pour les hommes
- de 83 à 88 ans pour les femmes

Le nombre de personnes dépendantes va donc fortement augmenter. Cette augmentation pose de nombreuses questions sur l'organisation des nombreux acteurs qui y sont confrontés, avec pour objectif une action coordonnée et efficace de l'ensemble de ces acteurs. Ce pose également la question du financement : l'augmentation des coûts de la dépendance est en effet inévitable ; cette question est d'autant plus sensible qu'elle se pose dans un contexte de remise en cause des dépenses publiques et du rôle de l'Etat, qui s'inscrit dans une logique libérale.

Régimes de gouvernance

Un régime de gouvernance se caractérise en fonction « des acteurs impliqués et de leurs caractéristiques, des instruments de politiques publiques pour satisfaire l'intérêt public, des modalités institutionnelles de la coordination et de l'interaction entre les acteurs dans le cadre d'un réseau de politique publique » (Enjolras 2005).

Cette notion s'attache à analyser l'organisation mise en place pour résoudre des problèmes qui dépassent les frontières des champs de compétences traditionnelles des administrations publiques ; elle permet ainsi de rendre compte de l'évolution du rôle de l'Etat, de l'articulation entre celui-ci et la société civile, et du rôle croissant que peut éventuellement tenir cette dernière dans ces résolutions.

Il est possible de distinguer plusieurs types de régimes de gouvernance, qui vont se définir à partir de trois éléments d'après Enjolras : les acteurs impliqués, les instruments de politiques publiques mises en œuvre et les modalités institutionnelles d'interaction. Grâce au croisement de ces trois éléments Enjolras va distinguer quatre régimes de gouvernance : la gouvernance publique, la gouvernance corporative, la gouvernance concurrentielle et la gouvernance partenariale. Petrella et Richez-Battesti vont en ajouter une nouvelle : la gouvernance citoyenne.

Tableau : Types de régime de gouvernance

	Gouvernance publique	Gouvernance corporative	Gouvernance concurrentielle ou quasi-marchande	Gouvernance partenariale ou multilatérale	Gouvernance citoyenne
Forme institutionnelle des acteurs	Publique	Publique Economie sociale et solidaire	Publique Lucrative Economie sociale et solidaire	Publique Lucrative Economie sociale et solidaire	Pluralité d'acteurs majoritairement non institutionnels
Mise en œuvre des politiques	Administration publique ; propriété publique	Régulation tutélaire ; tierce partie	Contrats ; régulation incitative	Régulation des prix ; produits ; qualité	Régulation par projets
Elaboration des politiques	Technocratie	Corporatisme	Réseaux de politique publique	Partenariat institutionnalisé	Négociation

Source : Petrella et Richez-Battesti

Les deux premières gouvernances correspondent au mode d'intervention publique classique. La gouvernance publique peut caractérisée traditionnellement le secteur dit des services publics, et plus particulièrement ici les services de soins et de santé, tandis que la gouvernance corporative peut caractérisée les relations qu'ont longtemps eu les associations et l'Etat dans le secteur des services aux personnes âgées. Comme le chapitre sur l'évolution des services à la personne l'indique, cette gouvernance tend à être remplacée par une gouvernance concurrentielle, avec la volonté de la part des pouvoirs publics d'ouvrir ce secteur aux acteurs privés à visée lucrative et de la mise en concurrence des associations, qui en sont les acteurs historiques.

La gouvernance partenariale quant à elle repose pleinement sur la volonté d'une autorité publique d'ouvrir l'élaboration et la mise en œuvre des interventions aux acteurs de la société civile, et notamment ceux se réclamant de l'économie sociale et solidaire, dans le cadre de partenariats, dans une volonté de répondre à des besoins et à des problématiques sur un territoire. Ces acteurs de l'économie sociale et solidaire ont comme le souligne Enjolras un rôle important à jouer dans ce type de gouvernance, en tant que « périmètres de solidarité permettant la mise en œuvre d'action collective fondées sur la réciprocité et l'engagement volontaire » (Enjolras), et en favorisant la démocratie participative et délibérative, en permettant l'accès aux prises de décision à ses membres. Ce régime de gouvernance apparaît comme très favorables à l'émergence de pratiques solidaires.

Ces différents régimes sont des idéaux types ; on ne les retrouve jamais sous une forme pure en réalité ; à chaque échelon/territoire va correspondre un certain mix de ces régimes de gouvernance à des degrés variables.

Ainsi si bien souvent ces différents régimes types se côtoient et s'enchevêtrent dans un secteur ou sur un territoire donné, on peut observer l'extension du régime de gouvernance concurrentielle à un niveau nationale, tendance qui se répercute sur échelons inférieurs ; les transformations des modes d'interventions publics ont souvent pour l'instauration des mécanismes de la régulation marchande. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de restriction budgétaire et dans une volonté de promotion de l'économie de marché comme outil de régulation le plus efficace.

Initiatives solidaires en France : l'exemple de Saint Apollinaire

De nombreuses initiatives visant à répondre à des besoins liés à la problématique de la prise en charge de la dépendance se font sur la base de pratiques solidaires ; elles peuvent se retrouver non seulement dans une simple association qui effectuent des services mais également dans la politique d'action d'une institution publique, notamment à travers les partenariats qu'elle peut établir avec d'autres acteurs, non pas dans une logique de hiérarchisation ou de délégation, ni même de marchandisation, mais dans une logique de coopération, de mise en commun de moyens autour de la problématique de la dépendance.

Cette coordination va déboucher sur des projets concrets. On peut donner comme exemple de ce type de partenariat la construction d'un quartier intergénérationnel à Saint-Apollinaire, dans l'agglomération dijonnaise. Ce projet regroupe trois acteurs principaux : la commune, l'Opac de Dijon, un bailleur social, et la Fedosad, une association de gestion de structures gérontologiques.

Ce quartier, composé de 4 immeubles de logements sociaux proche du centre de la commune, comporte une moitié de logements destinée à des familles, l'autre étant adapté pour des personnes âgées ; de plus deux petites unités de vie gérés par la Fedosad ont été construites au rez-de-chaussée de deux immeubles. L'une est destinée à accueillir 14 personnes âgées dépendantes physiquement en domicile collectif, où ils sont accompagnés par des professionnels de la santé, et l'autre étant un « domicile protégé » destiné à accueillir six personnes psychologiquement dépendantes (maladie d'Alzheimer...).

Ce quartier va comporter tout un ensemble d'éléments destiné à favoriser la proximité et le lien social, éléments qui font généralement défaut dans les ensembles HLM classiques. Tout d'abord chaque nouveau locataire doit signer à son arrivée la charte « Bonjour Voisin », engagement moral pour des relations de voisinage harmonieuses et l'entraide, par l'échange de services sur un principe réciprocaire : par exemple les personnes âgées peuvent faire du baby-sitting pendant que les parents font les courses pour eux et les personnes âgées. Toujours dans cette volonté

un système de téléphone interne gratuit a été installé dans chaque logement ; même le tracé des allées et la configuration des lieux ont été conçus pour favoriser la rencontre et l'échange.

De plus il existe sur ce site de nombreux services pour tout âge : une structure petite enfance qui dispose d'une halte garderie et un relais d'assistantes maternelles, une ludothèque, une salle de quartier, un espace « vie-famille » conçu pour développer les échanges parents/enfants (avec un point café, un coin conte...), un restaurant scolaire tous gérés par la commune, et un vrai restaurant géré par un restaurateur privé. L'ensemble dispose enfin d'un point accueil service, animé par une personne salariée de la commune, qui va avoir une mission d'information, de médiation entre les locataires, d'organisations d'activités, et qui va relier tous les pôles d'activité de l'ensemble. La Fedosad va y proposer des services de soutien à domicile (aide à domicile en mode prestataire, soins à domicile, service de garde nuit itinérante, télé-alarme...).

Le montage de l'opération a reposé sur l'hybridation de ressources de nombreux acteurs : la commune possédait le terrain, l'Opac a été le maître d'ouvrage. Les logements sociaux ont été financés par l'Opac, l'Etat, le Conseil Général et la Communauté d'Agglomération. Le financement des petites unités de vie a été assuré par la Fedosad, le Conseil Général, les Caisses de Retraite, celui des équipements communaux par la commune.