



Vers un service public territorial de l'autonomie

Dominique Libault | 17 mars 2022

Avec le concours de Céline Perruchon,
membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
et d'Alexandre Farnault, chargé de mission

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.....	7
1 POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTÉS LIÉES À L'AUTONOMIE, LES FRANÇAIS SE CONSIDÈRENT MAL ACCOMPAGNÉS DANS UN SYSTÈME COMPLEXE.....	13
1.1 LA QUESTION DE L'AUTONOMIE, LA PLUPART DU TEMPS NON ANTICIPÉE, ABOUTIT À UNE PRISE EN CHARGE EN URGENCE ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉE DES PERSONNES ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP, MALGRÉ LES INITIATIVES DE POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉES ENGAGÉES PAR LES ACTEURS NATIONAUX ET LOCAUX.....	14
1.2 DE MULTIPLES DYNAMIQUES DE COORDINATION, DE PARCOURS, DE SIMPLIFICATION ONT ÉTÉ TOUTEFOIS ENGAGÉES AU NIVEAU NATIONAL ET/OU LOCAL DEPUIS PRINCIPALEMENT DES ANNÉES 2010	22
1.2.1 <i>Les initiatives nationales ont été engagées et traduites dans les textes.....</i>	23
1.2.2 <i>Les expériences locales qui fonctionnent s'appuient sur un historique de travail en commun important entre acteurs de terrain et/ou institutionnels</i>	27
1.3 MALGRÉ LES DYNAMIQUES QU'ELLES INSTAURENT, CES INITIATIVES POSSÈDENT DES LIMITES QUI LES RENDENT FRAGILES TANT POUR LES PERSONNES PRISES EN CHARGE QUE POUR LES ACTEURS QUI Y PARTICIPENT	33
2 METTRE EN PLACE UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE L'AUTONOMIE PILOTÉ PAR LE SERVICE RENDU AUX PERSONNES VULNÉRABLES.....	37
2.1 DES BLOCS DE MISSION HOMOGÈNES, RELAYÉS ENTRE EUX.....	38
2.1.1 <i>Créer quatre grandes missions socle et non optionnelles, au sein d'un bouquet de services potentiellement plus large.....</i>	38
2.1.2 <i>Assurer le fonctionnement du SPTA grâce à des outils renouvelés et articulés</i>	47
2.2 UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE DE LA PERSONNE ET DES ACTEURS	50
2.2.1 <i>Rendre effectif, pour et avec la personne âgée ou en situation de handicap, son parcours d'autonomie et de vie.....</i>	50
2.2.2 <i>L'ensemble des acteurs de l'autonomie auront vocation à participer au SPTA et à s'inscrire dans sa démarche.....</i>	52
2.3 GARANTIR LA RÉUSSITE DU SPTA.....	54
2.3.1 <i>Elaborer un cahier des charges national totalement axé sur le service à l'utilisateur</i>	54
2.3.2 <i>Intégrer un maximum de professionnels de terrain et d'acteurs institutionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, mobilisés par les leviers attractifs</i>	55
2.3.3 <i>Rapprocher de manière adaptée les modes d'accompagnement des personnes âgées, en situation de handicap et de leurs aidants.....</i>	59
2.3.4 <i>Prendre en compte les financements existants pour attribuer des financements supplémentaires au SPTA.....</i>	61
3 DÉCLOISONNER LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE AU PROFIT DU RENFORCEMENT DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	65
3.1 UNE GOUVERNANCE DU SPTA TRADUISANT UNE APPROCHE TERRITORIALISÉE RENOUVELÉE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	66
3.1.1 <i>L'enchevêtrement actuel des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux nuit à une mise en œuvre efficiente des politiques territoriales de l'autonomie</i>	66
3.1.2 <i>Mettre en place une gouvernance décloisonnée et simplifiée, autour d'une conférence territoriale de l'autonomie (COTEA)</i>	67
3.1.3 <i>Renouveler la gouvernance en s'appuyant aussi sur des outils simplifiés.....</i>	72

3.2	REVISITER LA GOUVERNANCE NATIONALE DANS UNE PERSPECTIVE DE RENFORCEMENT ET D'AMÉLIORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'AUTONOMIE	74
3.2.1	<i>Installer la CNSA dans son rôle de pilote du déploiement du SPTA, tel que prévu dans sa COG 2022-2026 et en lien avec ses missions de pilotage de la cinquième branche</i>	74
3.2.2	<i>Revoir les instruments de contractualisation entre la CNSA / conseils départementaux et les ARS.....</i>	76
3.2.3	<i>Mettre en place un pilotage national stratégique décloisonné</i>	77
4	UN DÉPLOIEMENT ANTICIPÉ, ACCOMPAGNÉ ET PROGRESSIF	79
4.1	UN IMPÉRATIF LÉGISLATIF QUI PEUT ÊTRE ANTICIPÉ	80
4.2	ENGAGER UNE DÉMARCHE DE PROJET ACCOMPAGNANT LE DÉPLOIEMENT DU SPTA.....	81
4.3	METTRE EN PLACE EX ANTE D'OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	82
4.4	DÉPLOYER LE STPA PROGRESSIVEMENT, MAIS DE FAÇON ENCADRÉE DANS LE TEMPS	83
	CONCLUSION	84
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION	85
	ANNEXE 2 : LISTE DES 21 RECOMMANDATIONS	89
	ANNEXE 3 : PROPOSITION DE CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DU SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE L'AUTONOMIE.....	92
	ANNEXE 4 : EXEMPLES DE CAS CONCRET.....	93
-	CAS CONCRET ISSU DU TERRITOIRE DU PAYS DE MAYENNE.....	93
-	CAS CONCRET ISSU DU TERRITOIRE DU GRAND NANCY	93
-	CAS CONCRETS ISSUS DU TERRITOIRE DU VAR OUEST.....	94
-	CAS CONCRET ISSUS DE LA SEINE-ET-MARNE	95
	ANNEXE 5 : LES PARTICIPANTS AUX ATELIERS THÉMATIQUES RÉALISÉS DU 12 MARS 2021 AU 10 MARS 2022.....	96
	ANNEXE 6 : LES RENCONTRES BILATÉRALES	99
	ANNEXE 7: ENQUÊTE TERRAIN AUTONOMIE ET GRAND AGE – FÉVRIER 2022 - MINISTÈRE DE LA TRANSFORMATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE – DIRECTION INTERMINISTÉRIELLE DE LA TRANSFORMATION PUBLIQUE	107

Avant-propos

[1] L'introduction dans notre droit positif d'une nouvelle branche de la sécurité sociale en 2020 est un évènement historique dans l'histoire de la protection sociale française, puisque c'est la première fois, depuis 1945, qu'est modifié l'édifice de la sécurité sociale qui reposait jusqu'ici sur quatre risques : vieillesse, maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, famille.

[2] Est désormais consacrée une branche autonomie. De quoi est-elle le nom ? Reconnaître une nouvelle branche n'est pas indifférent. Cela veut dire que le sujet de l'autonomie fait partie des droits subjectifs, du « *droit certain* », comme disait Jean Jaurès pour distinguer la sécurité sociale de l'action sociale dans notre République.

[3] Les réflexions de celles et ceux, politiques, acteurs de l'autonomie ou experts, qui réfléchissent à cette question tournent autour du droit pour chacun à vivre sa vieillesse, dans la continuité de sa propre vie, dans le libre choix, dans une vieillesse partagée avec les autres et non vécue dans l'isolement ou dans des lieux de relégation, et pour les personnes atteintes de handicap, à vivre une vie normale.

[4] Cela suppose bien évidemment d'avoir des droits, mais surtout de pouvoir les exercer, grâce à des services spécifiques et attentionnés, mais ayant une démarche d'ouverture vers le droit commun.

[5] Cette politique de l'autonomie implique donc bien des aspects : prévention, adaptation de l'offre, accessibilité territoriale et financière de l'offre, inclusion et couvre des champs allant du sanitaire au culturel en passant par le logement, la mobilité, l'insertion professionnelle et l'éducation pour les personnes en situation de handicap, l'attention aux aidants.

[6] Elle comporte des points communs mais aussi des spécificités entre le grand âge et les personnes en situation de handicap. Beaucoup d'éléments ont progressé au fil des années, de multiples réponses spécialisées ont vu le jour, même si l'insuffisance ou l'inadaptation de l'offre subsistent pour certains territoires et sur certains types de handicap.

[7] Contrepartie de cet essor de réponses spécialisées, la complexité a aussi envahi le champ des réponses à la perte d'autonomie. Trop souvent le parcours de l'autonomie est un parcours d'obstacles pour la personne et l'aidant.

[8] Dans cette dimension de l'action publique plus encore que dans d'autres, parce qu'il s'agit de personnes vulnérables et fragilisées, le silo, la complexité sont des déviances administratives – le plus souvent sans la moindre mauvaise volonté de nuire à qui que ce soit – que l'on ne peut plus

se permettre. Ni la situation de nos finances publiques, ni les perspectives de vieillissement de la population ne nous y autorisent.

[9] Il n'y aura de droit au parcours de l'autonomie que si l'on instaure un véritable service public territorial de l'autonomie, qui relie, rend cohérent, les différents services de l'autonomie sur un territoire.

[10] Telle est la conviction qui anime ce rapport. Cela exige un double rapprochement : du sanitaire et du social d'une part ; de l'univers des collectivités territoriales et de l'univers Etat-ARS-sécurité sociale, de l'autre. Dans le plein respect des uns et des autres qui ont tout à y gagner, et en premier lieu le meilleur service en faveur des populations vulnérables.

[11] Cela peut paraître exigeant mais en regardant en face certaines réalités de terrain, en adoptant une méthode progressive, concertée et rigoureuse, en s'appuyant sur les différents acteurs qui, tout au long de la concertation ont appuyé cette démarche, cette orientation apparaît raisonnable et indispensable à un nouveau socle du pacte républicain pour l'autonomie.

Dominique LIBAULT

Introduction

[12] La politique de l'autonomie est confrontée à un double défi :

- **La population française continue de vieillir**, sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom : au 1er janvier 2015, la France, avec 18,4 % de plus de 65 ans, se situe au 13ème rang des pays ayant la plus faible proportion de personnes de 65 ans et plus, au-dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne (UE) qui est de 18,9 %. Si la répartition des régions face au vieillissement reste sensiblement la même depuis 20 ans, le vieillissement de la population est plus marqué dans les départements et régions d'Outre-Mer, en particulier en Guadeloupe où la part des plus de 65 ans a doublé, mais aussi en Martinique et à La Réunion (où la part des personnes de plus de 65 ans a augmenté de 40 % entre 1995 et 2015)¹.
 - Selon l'INSEE², si les tendances démographiques récentes se prolongent, d'ici à 2070, la pyramide des âges sera largement modifiée. Le nombre de personnes de 60 à 74 ans resterait stable, celui des 75 ans ou plus devrait croître de 5,7 millions, tandis que celui des moins de 60 ans diminuerait de 5,0 millions. Portée par la hausse des 75 ans ou plus, la part des 65 ans ou plus dans la population augmenterait fortement, de 21 % à 29 %. La poursuite du vieillissement de la population jusqu'en 2040 est quasi certaine.
 - Pour évaluer le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, on peut se référer au nombre de bénéficiaires d'une aide liée à la compensation de la perte d'autonomie, soit l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). **En 2019, 1,44 millions de personnes de plus de 60 ans bénéficient d'une aide liée à la perte d'autonomie**³.
- **Le besoin d'inclusion des personnes en situation de handicap reste fort** : 4,3 millions de personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile ont une ou des limitations fonctionnelles, et/ou une reconnaissance administrative de handicap, et/ou un handicap ressenti, soit environ un adulte sur sept⁴. Les personnes en situation de handicap ont des conditions de vie plus dégradées que celles de la population générale. Ainsi, fin 2018, 28 % des bénéficiaires de minima sociaux, hors ceux résidant dans des structures spécialisées, sont considérés comme handicapés au sens de l'indicateur GALI (*Global Activity Limitation Indicator*), contre 9 % dans la population générale⁵. Les bénéficiaires de minima sociaux en situation de handicap sont plus nombreux à être exposés à la pauvreté en conditions de vie, le plus souvent à des restrictions de consommation. Leur état de santé est moins bon et leurs relations sociales moins intenses.

¹ Regards n° 59 « Enjeux démographiques des départements et régions d'Outre-Mer ». Décembre 2021.

² Insee Première • n° 1881 • Novembre 2021.

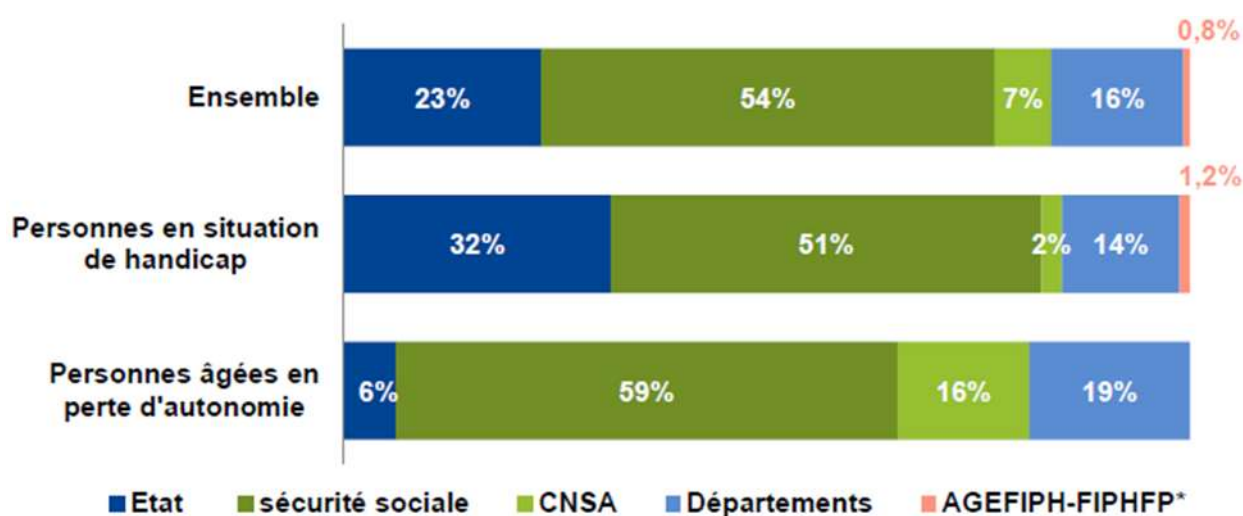
³ Données DREES 2019. France entière hors Mayotte.

⁴ CNSA « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie. 2021 ». Données INSEE, enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages. Champ : France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

⁵ DREES. ER n° 1203. Septembre 2021. « Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés. » L'indicateur GALI considère comme étant handicapées les personnes répondant « oui, fortement » à la question : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens

[13] **L'effort national de soutien à l'autonomie s'est élevé à 76,6 milliards d'euros en 2020, en augmentation de 4% par rapport à 2019** : un tiers (24,9 Md€) bénéficie aux personnes âgées en perte d'autonomie et deux tiers (51,7 Md€) aux personnes en situation de handicap. Les dépenses relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie (hors dépenses de prévention) et du handicap ont respectivement augmenté de + 26 % et de + 21 % depuis 2010 hors inflation. Cela représente 14 Md€ supplémentaires en dix ans. Plus de la moitié de ces financements supplémentaires ont été pris en charge par la sécurité sociale, hors CNSA (+7,3 Md€). La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une nouvelle branche consacrée à l'autonomie au sein de la sécurité sociale. Les dépenses de cette branche, dont la gestion a été confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), s'élèvent en 2021, à 32,1 milliards d'euros⁶.

Graphique 1 : Répartition des dépenses de protection sociale liées à la prise en charge des personnes en situation de handicap et dépendantes en 2020



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Autonomie. PLFSS 2022. (*) FIPFPH données définitives 2019. Données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS. Hors dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées.

[14] **Ce soutien à l'autonomie traduit l'engagement de réformes d'envergure depuis le début des années 2000 :**

- Orientées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap et de leurs aidants : revalorisation de l'allocation adulte handicapées de 25% en 10 ans, revalorisation de l'APA dans le cadre de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 ;

font habituellement ? ». Cet indicateur synthétique, standardisé au niveau européen, permet de repérer les personnes handicapées d'une façon homogène au sein d'un ensemble d'enquêtes statistiques réalisées par l'Insee, par les services statistiques des ministères ou par d'autres organismes (Dauphin et Eidelman, 2020).

⁶ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Autonomie. PLFSS 2022.

- Visant à transformer l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (programme de création de places 2008-2012, développement de l'habitat inclusif) ;
- Ayant pour objectif de renforcer l'attractivité des métiers : à l'issue des rapports « Grand Age et Autonomie » et relatifs à l'attractivité des métiers du grand âge, des revalorisations salariales ont été accordées aux professionnels accompagnant les personnes âgées ou en situation de handicap, notamment dans le cadre du Ségur de la santé, et pour un coût cumulé pour la branche autonomie de plus de 2,8Md€ en 2022 par rapport à 2019. Ces revalorisations ont été complétées par les engagements pris par le Premier Ministre le 18 février 2022 lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social.
- Visant à renforcer la continuité de la réponse aux besoins des personnes : ont été déployés différents dispositifs pour mieux coordonner l'action des professionnels et assurer un lieu unique d'accueil, d'information et d'orientation des personnes : déploiement des MAIA⁷, expérimentation « Parcours santé des aînés » (Paerpa), mise en place des maisons départementales de l'autonomie (MDA), des conférences des financeurs des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie, déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), communautés 360. Ils visent soit les personnes en situation de handicap, soit les personnes âgées en perte d'autonomie, soit les deux publics.

[15] **Pour autant, les citoyens français considèrent les politiques de l'autonomie peu lisibles, complexes, sources d'inquiétude quant aux conditions et à la qualité de leur accompagnement :** ils l'ont exprimé lors de la concertation ayant abouti au rapport « Grand Age et autonomie », les groupes de travail menés dans le cadre des présents travaux l'ont traduit à nouveau. Ce ressenti de complexité, associé à un sentiment d'inégalité de traitement en fonction des territoires et d'absence d'écoute, d'accompagnement sur la durée, a été réaffirmé par des usagers dans le cadre d'une enquête sur les parcours des personnes en perte d'autonomie ou en anticipation de perte d'autonomie menée par la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pour les besoins de la mission⁸.

- **Parce que la gouvernance de la politique de l'autonomie est marquée par son histoire liée à la décentralisation et à la séparation des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales et par deux caractéristiques :**
 - Un fort cloisonnement entre l'accompagnement social et médico-social de la personne et sa prise en charge sanitaire. Cela se traduit par l'intervention conjointe du conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des agences régionales de santé sur le système de santé ;
 - Une tension entre une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée.

Ce cloisonnement n'a pas encore été dépassé malgré la mise en place de dispositifs visant à assurer un accompagnement plus coordonné des personnes et de leurs aidants par les professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux.

⁷ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie,

⁸ L'enquête figure en annexe au présent rapport.

- **Parce que les éléments concrétisant le fait que l'autonomie est bien considérée comme un élément de citoyenneté pleine et entière de la personne âgée et en situation de handicap, visant à garantir sa dignité et son droit à de bonnes conditions de vie à domicile, ne sont pas en place.** Il n'existe pas de citoyenneté effective pour une personne en situation de vulnérabilité sans accompagnement. **L'autonomie passe dès lors par la réussite d'un accompagnement des personnes dans leur parcours de vie, supposant une coordination renforcée des professionnels à trois niveaux :**
 - La coordination de proximité pour l'accompagnement de deux types : d'une part le recours clinique (avec les communautés professionnelles territoriales de santé –CPTS-, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires –MSP-, l'hospitalisation à domicile –HAD-...), et, d'autre part, divers guichets d'information (Centres locaux d'information et de coordination –CLIC-), d'attribution de prestations sociales, dont les actions peuvent être formalisées dans des plans d'aide et/ou de soins ;
 - La coordination des acteurs du territoire (PTA, DAC, MAIA, filières hospitalières, MDPH, communautés 360, plateformes de coordination et d'orientation –PCO-, pôles de compétences et de prestations externalisées –PCPE-, conseils locaux de santé mentale –CLSM-...) pour l'organisation conjointe et coresponsable des parcours de santé, dont les actions peuvent être formalisées ou non (contrats locaux de santé –CLS-, projets territoriaux, diagnostics partagés,...) ;
 - La coordination des politiques du service public : des acteurs des collectivités territoriales et de l'Etat, dans le cadre des programmes et schémas territoriaux d'actions et de financement formalisés. Elle permet d'inscrire le parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité dans le droit commun de l'action publique et de garantir ainsi leur place de citoyen dans la société.

[16] **Il convient désormais de répondre aux attentes fortes des citoyens d'un changement radical de modèle, d'une réorientation de la politique de l'autonomie dans le sens de l'accompagnement continu des personnes dans un parcours de vie qu'elles ont choisi.** La création de la cinquième branche de la sécurité sociale est l'occasion de manifester le sens de cette nouvelle étape en agissant à la fois sur l'équité, la simplification et l'efficacité de cette politique.

[17] **Les présents travaux, portant sur le déploiement d'un service public territorial de l'autonomie, visent dès lors à créer les conditions de ce changement de modèle, d'un réel décloisonnement de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qu'ils soient institutionnels au niveau national ou territorial, ou de professionnels de terrain.**

La coordination n'est toutefois qu'une des conditions de cette bascule vers une orientation nouvelle de la politique de l'autonomie. D'autres stratégies doivent être déployées :

- Le développement et l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale, tant quantitative que qualitative, notamment pour les enfants en situation de handicap : la coordination n'a de sens que s'il existe une offre suffisante ;
- Le renforcement de l'attractivité des métiers, dont le défaut actuel engendre des difficultés en termes de ressources humaines : insuffisance du taux d'encadrement, absentéisme, manque de formation et de valorisation, l'instabilité des équipes.

[18] **Le présent rapport a pour l'objectif**, conformément à la demande du ministre des solidarités et de la santé, de la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé chargée de l'autonomie et de la secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre chargée des personnes handicapées, dans une lettre en date du 30 décembre 2019, **de simplifier les parcours des personnes âgées et en situation de handicap selon deux priorités :**

- La proposition d'une méthode de généralisation d'un point d'entrée unique clairement identifié pour les personnes en perte d'autonomie, dédié à l'accueil, l'information, l'orientation, l'accompagnement dans les démarches et l'explicitation des droits ;
- La conduite d'une mission de formalisation de la bonne articulation entre les dispositifs visant à coordonner les professionnels de santé et les dispositifs d'accompagnement de la personne âgée⁹.

[19] Le rapport s'est dès lors attaché à créer les conditions du déploiement opérationnel d'un service public territorial de l'autonomie.

[20] **La mission est appuyée par Alexandre Farnault, chargé de mission auprès du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et par Céline Perruchon, Inspectrice des Affaires Sociales.**

- Des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon important d'interlocuteurs du secteur : experts, fédérations, collectivités territoriales, associations des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directions d'administration centrale du ministère des solidarités et de la santé, ARS, agences sanitaires. Des visites de terrain ont été organisées au 1er semestre 2021 : dans le Nord le 5 mai, dans les Hautes-Pyrénées le 20 mai, dans le Morbihan le 28 mai. Un échange en visio-conférence a aussi eu lieu en janvier 2022 avec le conseil départemental de l'Aveyron et l'ARS Occitanie et un déplacement en Seine-Saint-Denis a été organisé en février 2022. Ces visites avaient pour objectif de prendre connaissance des organisations, de cerner les bonnes pratiques, les difficultés et d'échanger sur les grands principes et modalités possibles de mise en place du service public territorial de l'autonomie.
- Plus de quinze ateliers thématiques ont été conduits ; ils ont réuni entre 25 à 50 participants.
- Les travaux se sont appuyés sur le point de vue et les expériences des usagers âgés et en situation de handicap, grâce à l'enquête terrain sur les parcours des personnes en perte d'autonomie ou en anticipation de perte d'autonomie de la DITP mentionnée ci-dessus.

⁹ En outre, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit que « Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mars 2022, un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale, notamment de l'article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Ce rapport propose en outre des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie dans les départements, articulant l'action de tous les acteurs, afin de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Ce service territorial de l'autonomie vise à garantir la continuité de leur parcours dans le respect de la volonté des personnes. »

- La mission s'est attachée à prendre en compte dans ses travaux les enjeux spécifiques des départements d'Outre-Mer. Les territoires ultramarins ont en effet des spécificités marquées en termes de démographie (avec des départements confrontés plus – Martinique- ou moins –Mayotte- aux problématiques de vieillissement, mais avec des indicateurs de santé dégradés entraînant une perte d'autonomie plus précoce), de rôle encore plus prépondérant des aidants associé à une culture forte de solidarité familiale et de maintien au domicile. Les échanges avec les acteurs ont montré par ailleurs que les sujets d'articulation entre secteur sanitaire et secteur social et médico-social, de relations entre conseil départemental et ARS existent, mais que la question principale est celle de l'insuffisance et de l'inadaptation de l'offre ainsi que des ressources humaines. Les recommandations relatives à la mise en place du SPTA ont veillé à prendre en compte ces situations.

**1 Pour faire face aux
difficultés liées à
l'autonomie, les Français
se considèrent mal
accompagnés dans un
système complexe**

1.1 La question de l'autonomie, la plupart du temps non anticipée, aboutit à une prise en charge en urgence et insuffisamment coordonnée des personnes âgées et en situation de handicap, malgré les initiatives de politiques d'accompagnement coordonnées engagées par les acteurs nationaux et locaux

[21] **Les problématiques d'autonomie ne font pas l'objet d'une anticipation de la part des personnes concernées et de leur entourage, alors même que le souhait de rester prioritairement à domicile, dans son milieu de vie ordinaire, est très majoritairement exprimé.**

- Pour les personnes âgées, la perte d'autonomie renvoie à une image potentielle de la dégradation et du vieillissement, à une culpabilité qu'elle peut générer face à la charge morale et financière (notamment risque d'obérer un patrimoine à transférer) reposant sur les aidants. Par ailleurs, dans certains cas, les difficultés économiques et sociales du quotidien limitent toute projection vers l'avenir et l'installation de la perte d'autonomie. En outre, l'absence de réelle politique institutionnalisée et lisible de la prévention de la perte d'autonomie (voir 2.3.2), son morcellement, n'encourage pas au développement de démarches individuelles de prévention.
- Pour les personnes en situation de handicap, et notamment les plus jeunes, la question de l'anticipation renvoie notamment à celle du défaut de précocité du diagnostic, qui a souvent des impacts importants tout au long du déroulement de la vie.

[22] Dès lors, **la prise de conscience du besoin de prise en charge est brutale**, souvent issue, dans un contexte de vieillissement, d'un accident du quotidien (chute¹⁰) ou du constat d'un changement dans la vie courante (réfrigérateur non rempli) ; et dans le cas du handicap, des suites d'un accident ou d'une situation de crise, aboutissant à une annonce, parfois brutale, du diagnostic. Cette prise de conscience est, en tout état de cause, **source d'angoisse et gérée dans l'urgence** par les aidants (qui peuvent avoir du mal à accepter d'être accompagnés) et les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.

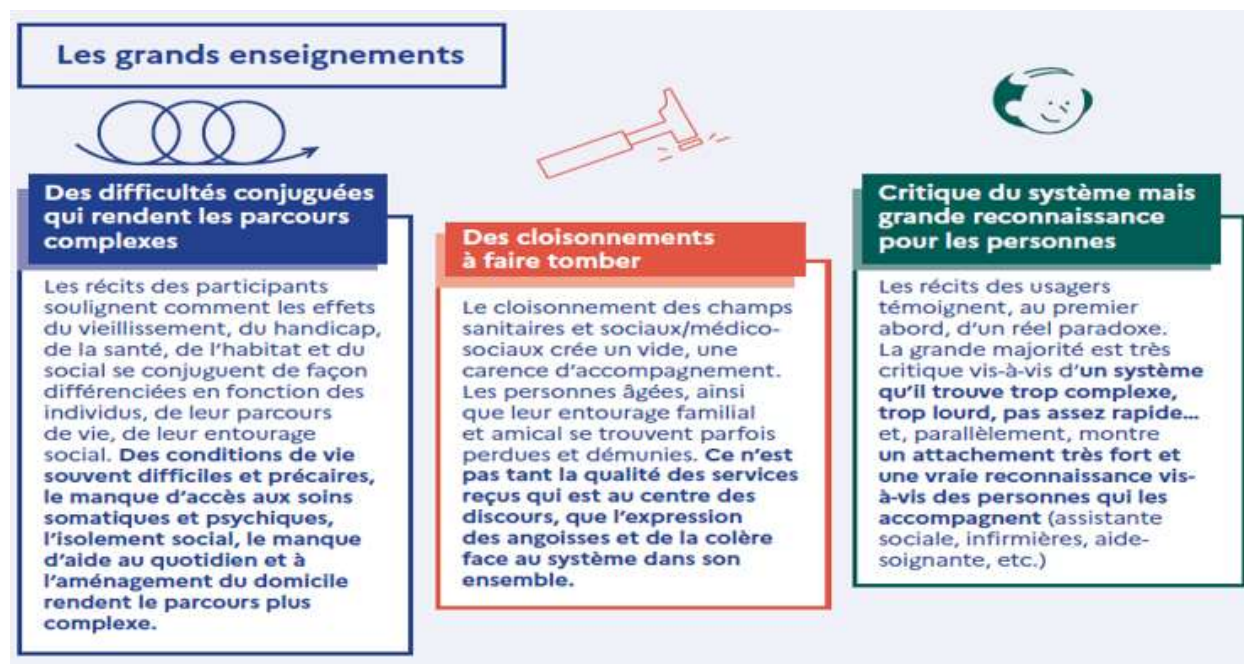
Dans un tel contexte, les citoyens considèrent que :

- L'information sur les dispositifs d'information et d'accompagnement est nombreuse, mais éparpillée et peu lisible ;
- Les réponses professionnelles sont trop cloisonnées (en silos) et peu coordonnées ;
- Leurs attentes ne sont pas suffisamment prises en compte et qu'ils ne sont pas suffisamment écoutés, accompagnés ;

Ils ont un sentiment d'inégalité injustifiée de traitement en fonction des territoires.

¹⁰ Le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de plus de 65 ans a baissé de 25 % en 15 ans. Ce recul est intervenu dans un contexte de diffusion de traitements pour l'ostéoporose et de développement de programmes préventifs chez les personnes âgées. Si la mortalité due aux chutes a diminué de 3,2 % par an en moyenne depuis 2000, depuis 2011 elle est stable chez les femmes et tend à remonter chez les hommes. Rapport ESPF 2017.

Schéma 1 : Les grands enseignements du recours aux aides et aux démarches des personnes âgées ou en situation de handicap



Source : Enquête terrain Autonomie et Grand Age : A la rencontre des usagers : expérience et vécu dans le cadre du recours aux aides et des démarches associées.

[23] **La masse d'informations disponibles est liée en particulier à la complexité juridique de la réglementation, conçue légitimement, au fil du temps, pour s'adapter au plus proche et à la diversité des situations des personnes.**

- S'agissant de l'accès à l'information, des portails nationaux d'information ont été mis en ligne (gérés par la CNSA, la CNAV et la MSA), chaque département, commune dispose aussi de son site recensant les informations locales. Des lieux dédiés sont aussi consacrés à l'information des personnes (par exemple les CLIC). Mais les informations sont finalement dispersées sur de nombreux supports et différents lieux. Or, les aidants recherchent une information centralisée pour être accessible rapidement, mais aussi qualitative sur les dispositifs d'accompagnement en proximité.
- **Chacun des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social intervenant ne dispose pas toujours d'une vision exhaustive et qualitative de l'offre d'accompagnement locale, malgré l'aide apportée par les dispositifs de coordination et d'appui déjà existants.** Dès lors, chaque acteur est amené à renvoyer vers d'autres, facteur d'allongement du délai de prise en charge et de manque de lisibilité pour les personnes et leurs proches.

[24] **Par ailleurs, il persiste un manque de coordination dans l'accompagnement entre acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, mais aussi du droit commun** (scolarisation, insertion professionnelle, logement, services judiciaires en cas de mesure de protection juridique), pourtant essentiels à un parcours de vie de citoyen, ce qui nuit à la continuité de l'accompagnement et à la fluidité des interventions.

- Ce manque de coordination se matérialise dans l'absence de reconnaissance par un acteur des processus d'instruction, d'évaluation de la situation d'une personne par un autre acteur pour attribuer les droits dont il est décideur. Cela est source de redondance des démarches pour les usagers et leurs aidants et d'inefficience des acteurs publics. Ainsi, le principe de reconnaissance mutuelle des évaluations de la perte d'autonomie entre les caisses de retraite et les départements, reconnu par le législateur en 2015¹¹, n'est pas encore pleinement effectif sur l'ensemble du territoire. La Cour des Comptes, dans son rapport mentionné ci-dessus relatif à la prévention de la perte d'autonomie, précise ainsi que « *Cinq ans après la promulgation de la loi, en raison des réticences des acteurs, de leur crainte de perdre la maîtrise de la dynamique des plans d'aide, cette mesure n'est mise en œuvre que dans une poignée de départements.* ».
- Plusieurs constats s'imposent par ailleurs sur les conditions d'accompagnement des entrées et sorties des personnes âgées à l'hôpital, même si la structuration d'une filière gériatrique hospitalière à compter de 2005 et, récemment, la mise en place des parcours d'admissions directes¹² ont permis des améliorations : risque iatrogène et nosocomial, source d'aggravation de la perte d'autonomie¹³ ; organisation du travail peu en adéquation avec les rythmes de la personne âgée ; manque de formation des professionnels non gériatriques à l'abord de la personne âgée et à la compréhension de son environnement psycho-social ; peu de préparation et d'accompagnement de la sortie du système hospitalier, malgré les aides au retour à domicile mises en place par les branches retraite et maladie, qui selon la Cour des Comptes, restent encore peu diffusées, partiellement complémentaires, mais pas intégrées¹⁴.
- La coordination des acteurs et la multiplication des démarches associées reposent alors principalement sur l'entourage de la personne, la famille étant « *amenée à « bricoler » elle-même des solutions d'accompagnement* », comme le précise D. Piveteau dans son rapport « *Zéro sans solution*¹⁵ ».

¹¹ Article 7 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 *relative à l'adaptation de la société au vieillissement*.

¹² Visant à éviter les passages inutiles et délétères des personnes âgées aux urgences, le dispositif a été inscrit au pilier 4 du Ségur de la Santé et a bénéficié d'un accompagnement de 175 M€ sur la période 2019-2022.

¹³ La HAS, en collaboration avec le Collège national professionnel de gériatrie (CNPG), a réalisé une fiche points clés intitulée « *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées* » dans laquelle elle souligne que l'hospitalisation des patients âgés entraîne des effets de dépendance iatrogène liés à des passages fréquents ou non dans les services des établissements. Elle précise que la dépendance liée à l'hospitalisation qui se définit par une perte fonctionnelle pour les activités de base de la vie quotidienne survenue entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation peut être évitée et très largement prévenue.

¹⁴ La Cour des Comptes dans son rapport public thématique (novembre 2021) « *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée* », précise que « *Les caisses de retraite du régime général proposent depuis 2003 aux pensionnés en GIR 5 ou 6 une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), qui consiste en un plan d'aide à domicile dans la limite de 1 800 € pendant 3 mois. En 2019, un peu moins de 60 000 assurés en ont bénéficié. L'assurance maladie déploie quant à elle, depuis 2019, un dispositif dénommé « Prado personnes âgées » d'accompagnement médical et social des patients de 75 ans ou plus après hospitalisation* » avec une prise de relais par les professionnels de ville, « *58 Cnam ont réalisé 3 329 adhésions en 2020 sur un potentiel de 700 000 séjours.* » « *La Cnav et l'Agirc-Arrco expérimentent à Paris, depuis décembre 2020, un « guichet unique » de sortie d'hospitalisation.* » Selon la Cour des Comptes, ces offres restent encore peu diffusées, partiellement complémentaires, mais pas intégrées « *ce qui ne peut que générer incompréhension pour l'usager et complexité de gestion pour les équipes hospitalières en charge d'organiser le retour à domicile* ».

¹⁵ « *« Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.* 10 juin 2014.

- Par ailleurs, selon le baromètre des aidants 2020, parmi les difficultés rencontrées par les 8 à 11 millions de personnes soutenant au quotidien un proche en perte d'autonomie ou en situation de handicap, la complexité des démarches administratives prend le pas sur la fatigue physique, même si celle-ci reste la première difficulté : de 22% en 2017, cette complexité est évoquée par 30% des aidants en 2020. 42% des aidants apportent une aide administrative (suivi des comptes) et 39% une aide pour l'organisation des relations avec les professionnels de santé et avec les prestataires de service à domicile¹⁶. L'enquête terrain menée par la DITP a montré aussi que les démarches administratives sont un des deux besoins considérés comme prioritaires pour les personnes interrogées, à côté de l'aide à domicile.

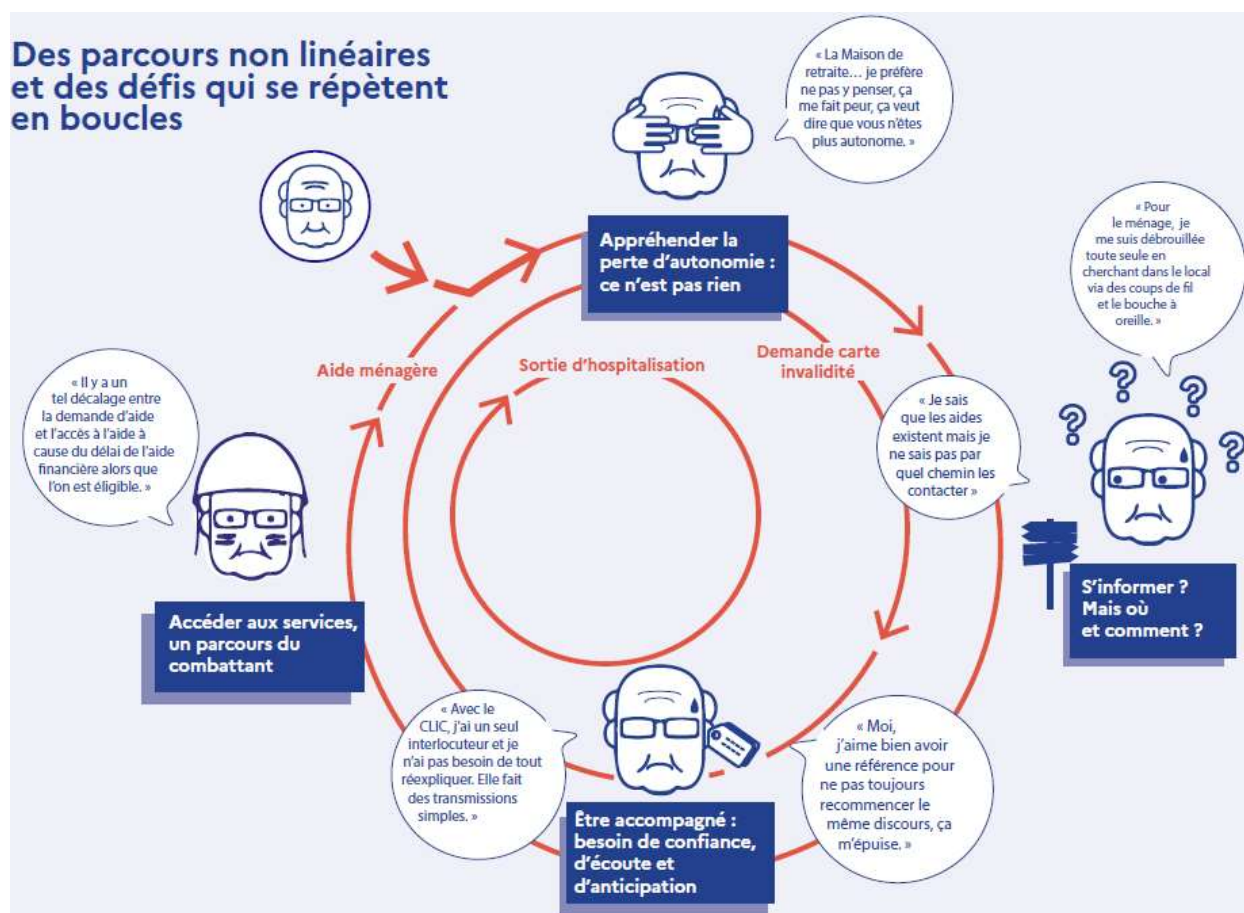
[25] **Cette perception de complexité de la part des citoyens aboutit et/ou est associée à un sentiment d'inégalité de traitement en fonction des territoires**, sans que les différences de situation ne s'expliquent : inégalités dans les délais de traitement des demandes de prestation, dans le niveau de prise en charge, dans la qualité du service rendu – souvent considérée comme dégradée-, dans l'évaluation des besoins, dans les types d'aides sociales attribuées. Ces inégalités sont considérées comme des pertes de chance et renforcent les inégalités sociales, au détriment des personnes en situation sociale fragile et isolées. Cet enjeu est particulièrement marqué dans les départements d'Outre-Mer ayant une démographie vieillissante : en Martinique, les conditions d'emploi passées (carrières incomplètes, emploi non déclaré) peuvent se traduire par des revenus moindres et des conditions de vie difficiles aux âges élevés¹⁷.

[26] **En outre, les citoyens considèrent que leurs attentes ne sont pas suffisamment prises en compte et qu'ils ne sont pas suffisamment écoutés, accompagnés par un « référent », de manière attentionnée et sur la durée**, dans un contexte de manque de professionnels de l'aide à domicile, de fort turn over et donc d'une moindre disponibilité des intervenants. Ainsi, les personnes âgées et leur entourage expriment le besoin d'un accompagnement notamment dans la recherche d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile une fois le plan d'aide défini et notifié par le conseil départemental. Il en est de même des aidants des personnes en situation de handicap pour trouver une solution d'accueil à réception de la décision d'orientation de la MDPH. Les notifications de décision des instances ne visent en effet qu'une catégorie d'établissements et services. La décision d'orientation de la MDPH ou la notification du plan d'aide ne sont pas dès lors l'aboutissement d'une démarche d'accompagnement mais le début, où la personne et son entourage, le plus souvent seuls, vont solliciter des demandes d'admission auprès des établissements médico-sociaux, supposant, nombre de contacts, visites, réponses négatives et séjours parfois infructueux.

¹⁶ Baromètre des aidants 2020. Fondation APRIL/Institut BVA. Les chiffres sont toutefois à mettre en perspective dans un contexte post-confinement impactant la perception de l'isolement. A noter qu'une part croissante des aidants s'occupe de plusieurs personnes (1,8 en moyenne) : 61 % des aidants déclarent accompagner une seule personne, mais 39 % à déclarent aider deux personnes ou plus, soit une augmentation de cinq points par rapport au Baromètre 2019. C'est le plus haut niveau atteint depuis sa création en 2015.

¹⁷ « Enjeux démographiques des départements et régions d'Outre-Mer : la Martinique symptomatique du vieillissement et de la dépopulation des Antilles. ». D. Breton, F. Temporal, C-V. Marie, R. Antoine. Revue Regards. N° 59.2021. 31,2% des plus de 75 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 30% des 50-59 ans. La Creuse (département le plus vieux de France métropolitaine) et la Seine saint Denis (département le plus pauvre de France métropolitaine), présentent des taux de pauvreté inférieurs.

Schéma 2 : Synthèse des grands enseignements du recours aux aides et aux démarches des personnes âgées ou en situation de handicap

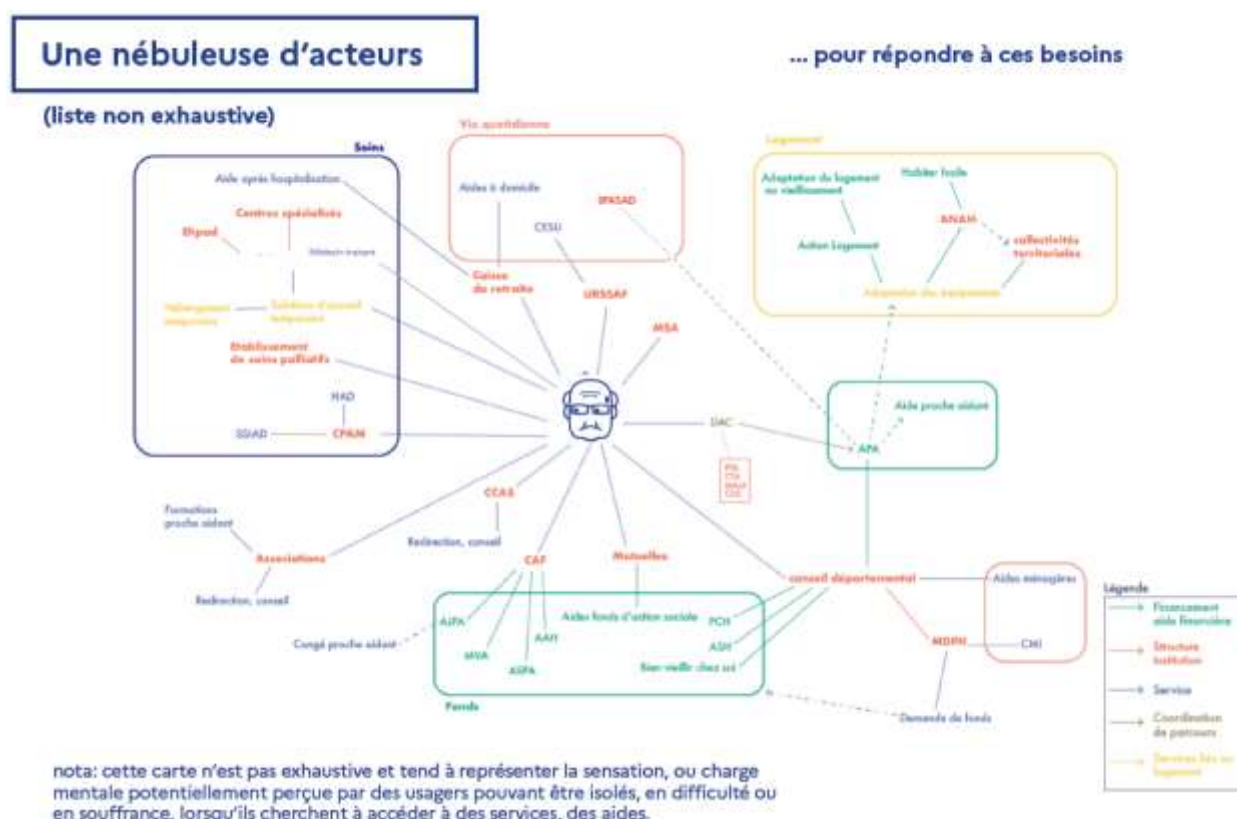


Source : Enquête terrain Autonomie et Grand Age : A la rencontre des usagers : expérience et vécu dans le cadre du recours aux aides et des démarches associées.

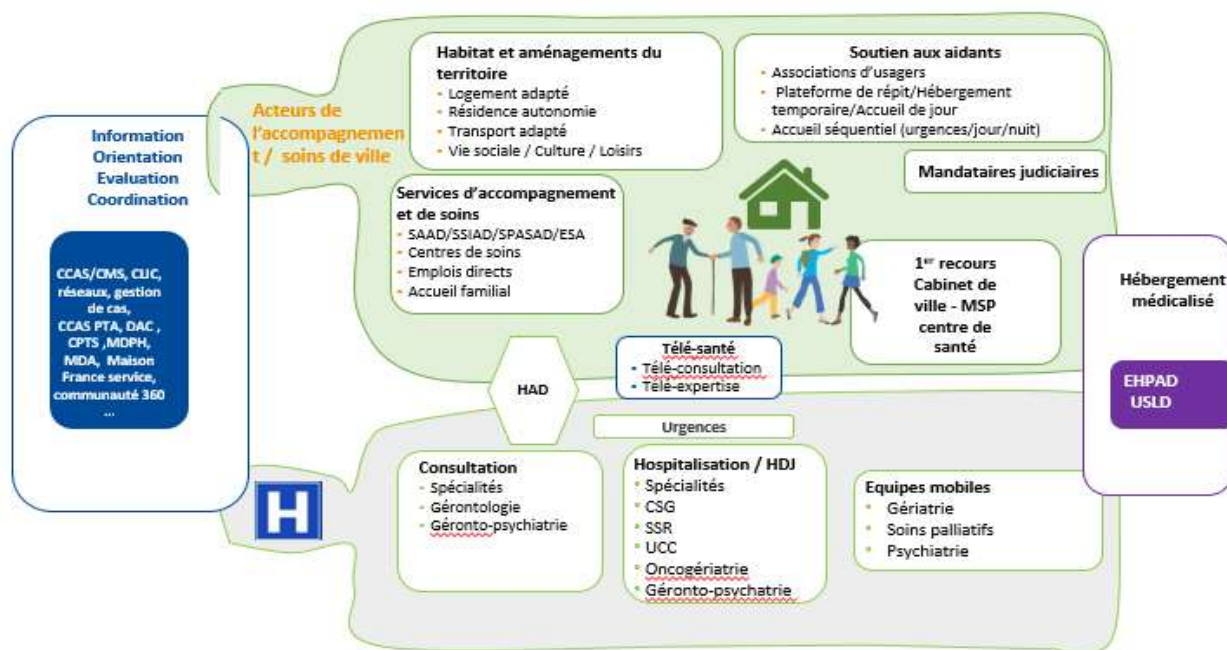
[27] Ce ressenti des citoyens sur l'accompagnement dont ils bénéficient à un moment crucial de leur existence découle de deux caractéristiques historiques de la politique publique de l'autonomie, qui irriguent chacun de ses segments (accueil et information, pilotage de l'offre de prise en charge et allocation des moyens financiers associés, politique de prévention...) et contribuent à une perte d'efficacité pour les personnes et leurs proches, les acteurs qui les prennent en charge mais aussi les régulateurs du système :

- Une forte séparation entre l'accompagnement social et médico-social de la personne et sa prise en charge sanitaire. Celle-ci se traduit par l'intervention conjointe du conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des agences régionales de santé sur le système de santé. D. Piveteau, dans son rapport mentionné ci-dessus, fait état d'une « *forme de solitude (...) des relations administratives* » ; « *la solitude contribue aux blocages, et les blocages accroissent les comportements d'isolement. La crainte d'avoir à se retrouver seul face à d'extrêmes difficultés provoque des attitudes de précaution rationnelles pour ceux qui les adoptent, mais totalement contre-productives au niveau collectif.* » Dans son rapport « *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change* », en date du 15 février 2022, il précise en outre « *Le morcellement du pilotage des politiques de l'autonomie – la multiplicité de leurs financeurs – a souvent été pointé du doigt, sur le plan de l'efficacité administrative et budgétaire. Il faut prendre conscience de ce qu'il est aussi un facteur important de découragement des équipes professionnelles, confrontées au quotidien à des régulateurs dont les priorités ne se coordonnent pas.* »
- Une tension entre une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée, organisée localement au plus près des besoins de la personne âgée ou en situation de handicap.

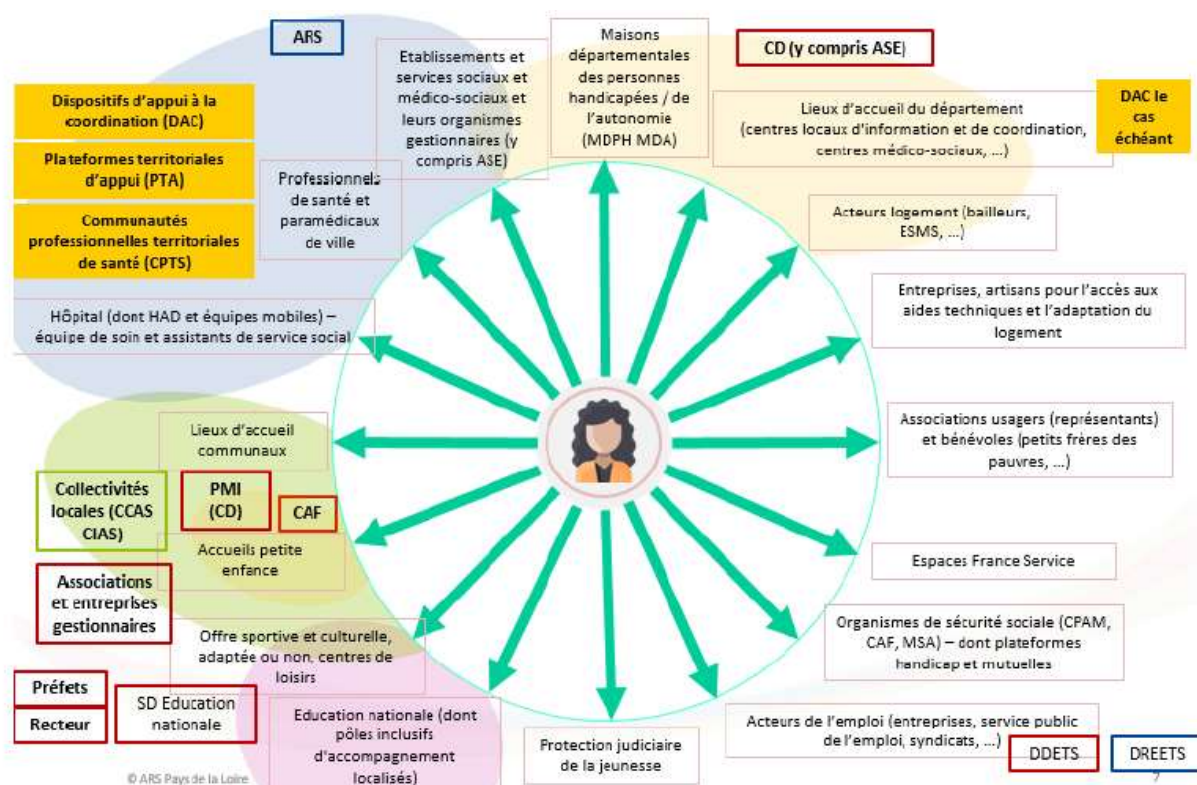
Schéma 3 : Cartographie des acteurs de l'accompagnement



Source : Enquête terrain Autonomie et Grand Age : A la rencontre des usagers : expérience et vécu dans le cadre du recours aux aides et des démarches associées.



Source : ANAP.



Source : Appel à manifestation d'intérêt pour l'installation des communautés 360 de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire. Octobre 2021.

In fine, si la stratégie de développement de « parcours autonomie » est bien présente dans les politiques nationales, dans des textes normatifs dont découlent de nombreuses initiatives de mises en œuvre, il demeure un hiatus entre les organisations mises en place suite aux orientations nationales et le vécu des usagers en perte d'autonomie, en situation de handicap, de leurs aidants, mais aussi des professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux.

[28] Cette dichotomie présente des risques à deux principaux égards :

- Une absence de recours, ou un recours tardif, aux aides financières et humaines, aux actions de prévention, des inadéquations voire des ruptures de prise en charge, notamment dans les transitions domicile-ville-hôpital-établissement médico-social non préparées, aux moments charnières de la vie des personnes en situation de handicap (sortie de la petite enfance, prime adolescence, passage à l'âge adulte, avancée vers le grand âge), entraînant des recours trop fréquents et parfois injustifiés à l'hôpital, accélérant ou aggravant les situations des personnes. Or, une prise en charge sanitaire adaptée et un accompagnement social de long cours sont nécessaires pour stabiliser la situation des personnes âgées (qui souffrent de polypathologies, souvent chroniques) et en situation de handicap (par exemple des troubles du spectre autistique sont associés à un état de santé dégradé). Cette absence de recours aux aides concerne aussi les aidants, qui peuvent, dans ce contexte, renoncer à être soignés et aidés.
- L'absence d'efficacité de la politique de l'autonomie, avec un surcroît de dépenses liées aux soins et aux aides accordées, pour les personnes elles-mêmes et la collectivité. Le Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), dans son rapport annuel de 2010, précisait que « *l'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et qui inscrive le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux* ».

L'histoire de la construction de la politique de l'autonomie est caractérisée par une double séparation entre :

- L'accompagnement social et médico-social de la personne et sa prise en charge sanitaire, avec une intervention conjointe du conseil départemental, en matière d'action sociale, et des agences régionales de santé, sur le système de santé.
- Une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée, organisée localement.

Cette séparation aboutit à l'absence d'une politique de parcours de vie, qui présente deux risques :

- Une absence de recours, ou un recours tardif, aux aides et des ruptures de prise en charge ;
- Un manque d'efficacité de cette politique publique.

1.2 De multiples dynamiques de coordination, de parcours, de simplification ont été toutefois engagées au niveau national et/ou local depuis principalement des années 2010

[29] Cette absence de politique de « parcours » ne signifie pas pour autant l'absence totale de coordination des interventions des acteurs de l'autonomie. De nombreuses initiatives ont au contraire été prises en ce sens :

- Au niveau national (dans un objectif expérimental ou bien de déploiement généralisé sur le territoire) ou bien au niveau local (en application des orientations nationales ou non) ;
- En fonction d'un profil de population sur un territoire (personne âgée en perte d'autonomie, en situation de handicap, souffrant d'une pathologie donnée...) ;
- Selon un domaine d'intervention (logement, santé, social...).

[30] Elles sont motivées toutes globalement par les mêmes objectifs :

- Permettre l'enclenchement ou l'essor de dynamiques territoriales positives autour d'une logique de parcours le plus possible préventive ;
- Simplifier et améliorer la lisibilité, la cohérence et l'accessibilité de l'information, des droits et aides au profit des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap ainsi que de leurs aidants pour mieux les accompagner ;
- Mettre en place des interventions coordonnées des professionnels de santé, et/ou du secteur social et médico-social, au profit des usagers et de leurs aidants ;
- Apporter un appui aux professionnels, dans un cadre interdisciplinaire.

[31] La notion de parcours a été définie progressivement dans les années 2000, et particulièrement à l'issue de l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dans le champ de la santé* :

- « La notion de parcours répond à la **nécessité de modifier notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des besoins de la population** ».

- « Le parcours se définit comme le **continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix**. L'approche parcours, qui se caractérise à travers une **approche par population ou par pathologie** consiste, à partir de la perspective de la personne ou de l'usager ou des obstacles qu'il rencontre au long de son parcours, en la **recherche de réponses aux besoins qui émergent au long de la vie** avec un handicap ou une maladie chronique. Cette **démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement**. Elle ne consiste pas à tracer une trajectoire définie à des soins ou modalités d'accompagnement, mais à **réorganiser le système de façon intégrée pour réduire la probabilité d'occurrence d'un obstacle au recours** à tel ou tel service approprié, et améliorer les parcours de santé et/ou de vie dans une logique de transformation de l'offre »¹⁸.

1.2.1 Les initiatives nationales ont été engagées et traduites dans les textes

[32] Dans la suite des préconisations du HCAAM en 2010 et 2011, qui mettaient en lumière l'indispensable continuité dans la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et donc dans les prises en charge, l'**expérimentation « Parcours santé des aînés » (Paerpa) a été lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, puis étendue dans neuf territoires supplémentaires, avec pour objectif d'améliorer l'accompagnement et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants**.

- Les projets visaient à **faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social** afin d'améliorer la qualité de la prise en charge globale, de prévenir la perte d'autonomie et d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation.
- Les expérimentations, qui se sont déroulées jusqu'au 31 décembre 2019, ont bénéficié de financements du fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 54 M€ entre 2014 et 2019.
- La coordination des acteurs a reposé sur deux types de structures : d'une part les coordinations territoriales d'appui, chargées d'informer et d'accompagner à la fois les usagers et les professionnels et d'autre part la coordination clinique de proximité, qui rassemble, sous l'égide du médecin traitant, un ou plusieurs professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.

[33] Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Elles reposent sur des modes de financement innovants, en dérogeant à des règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social, dès lors qu'elles contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Ce dispositif,

¹⁸ « PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z ». Janvier 2016. Travaux coordonnés par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

opérationnel depuis avril 2018, a permis de tester de nouveaux modes d'accompagnement coordonnés notamment des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap.

[34] Lancés en juin 2000 dans vingt-cinq centres expérimentaux, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont été créés par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 *relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Trois missions lui ont été assignées, dans une logique d'information et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie dans leurs démarches : la proximité, la facilité d'accès au droit et le travail en réseau. En fonction de trois niveaux de labellisation, ils peuvent assurer soit des missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles, soit, en sus, l'évaluation des besoins de la personne âgée, ainsi que l'élaboration d'un plan d'aide et de suivi personnalisé, soit, encore en sus, un accompagnement individuel et un suivi de la personne (démarches pour les services de soins infirmiers à domicile, d'aide à domicile, portage de repas...), en lien avec les intervenants concernés.

[35] En outre, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* a visé notamment à promouvoir la structuration des parcours de santé et la continuité des réponses apportées, en particulier aux patients atteints de maladies chroniques, aux personnes en situation de précarité sociale et aux personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Elle crée à cette fin des équipes de soins primaires¹⁹, constituées autour de médecins généralistes de premier recours, qui se coordonnent avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins.

[36] **La faculté offerte aux conseils départementaux de mettre en place des maisons départementales de l'autonomie (MDA)** par l'article 82 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 *relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, a eu pour objectif d'inciter à **la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées**. Le décret n°2016-1873 du 26 décembre 2016 a fixé le cahier des charges et la procédure de labellisation des MDA par la CNSA. Cette démarche a obtenu toutefois un succès relatif. Ainsi, en 2020, 20 MDPH ont adopté une configuration en MDA²⁰. Seule la MDA de la Mayenne a été labellisée.

[37] **Les conférences des financeurs**, créées par l'article 3 de la loi susvisée (102 conférences en 2019), ont un **objectif de centralisation et de coordination des financements consacrés aux actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sur la base d'un diagnostic puis d'un programme coordonné et autour d'une instance de gouvernance** rassemblant, sous la présidence du président du conseil départemental et la vice-présidence du directeur général de l'ARS, les acteurs (caisses d'assurance vieillesse et maladie, ANAH, institutions de retraite complémentaire et mutuelles).

¹⁹ Article 64 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, créant l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

²⁰ Données CNSA. Rapports d'activités 2020 des MDPH.

- Leur périmètre d'intervention a été élargi par la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 *portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique* au financement de l'habitat inclusif²¹ et de fait pour cette action aux personnes en situation de handicap. La gouvernance des conférences a de même été élargie aux acteurs locaux des politiques de l'habitat.
- En 2019, le concours versé par la CNSA s'est élevé à 130M€ et les apports des membres de la conférence à 73 M€. Ces crédits ont permis de financer 500 332 aides et actions à destination de 2 592 757 bénéficiaires²².

[38] En outre, sur la base d'une concertation de grande ampleur, **le rapport Grand Age et Autonomie, remis en mars 2019, a mis en avant les constats et les attentes fortes des citoyens et des acteurs, les initiatives engagées et les propositions pour transformer le modèle de la politique de l'autonomie.** Des actions ont été concrétisées : le renforcement du soutien aux aidants, les travaux complémentaires sur les métiers (plan 2020-2024 *de mobilisation nationale sur l'attractivité des métiers du grand âge* en octobre 2019²³ ; la tenue le 18 février 2022 de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social, aboutissant à la revalorisation des salaires de la filière sociale et médico-sociale de 183 € par mois, et à un engagement de l'État, partagé avec les conseils départementaux, de 1,3 Md€), création de la cinquième branche de la sécurité sociale et évolution des missions de la CNSA.

[39] Plus récemment, l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* a créé **un dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux en vue de la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes quels que soient l'âge, l'autonomie, ou la pathologie de la personne, afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé.**

- Ils ont vocation à intégrer l'ensemble des dispositifs de coordination existants (réseaux de santé territoriaux, MAIA²⁴, coordinations territoriales d'appui, plateformes territoriales d'appui) d'ici au 24 juillet 2022. Les centres locaux d'information et de coordination en faveur des personnes âgées (CLIC) peuvent être amenés à s'y joindre sur décision du conseil départemental.

²¹ L'habitat inclusif regroupe les modes d'habitation regroupés, choisis, à titre de résidence principale, par les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, entre elles ou avec d'autres personnes, assortis d'un projet de vie sociale et partagée.

²² CNSA. Avril 2021 « Dossier technique. Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif. Synthèse des rapports d'activité 2019.

²³ Rapport élaboré par Mme Myriam El Kohmri.

²⁴ Les MAIA sont conçues pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus. Actuellement, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA (données CNSA). La CNSA est chargée de leur mise en œuvre depuis 2008. L'évaluation réalisée en 2016 met en évidence les points d'amélioration pour consolider la démarche d'intégration engagée : donner davantage de cohérence à la gouvernance au service du parcours ; recentrer la mise en œuvre de MAIA dans une logique de projet de territoire associés à des objectifs centrés sur les besoins de la population ; veiller à créer de l'interdépendance entre les MAIA.

- A la fin de l'année 2021, 119 DAC étaient constitués ou en construction (majoritairement sous statut associatif), mais sans encore de maillage territorial (neuf territoires n'avaient pas encore de projet) et avec une diversité des situations régionales et des organisations (les DAC, qui au total intègrent 21 CLIC, ont un périmètre pour moitié départemental et pour moitié infra-départemental)²⁵.

[40] En outre, depuis le 1^{er} janvier 2018, a été généralisée la **démarche « Une réponse accompagnée pour tous »**, qui vise à proposer une réponse individualisée à chaque personne en situation de handicap dont la situation le nécessite, notamment et prioritairement les personnes sans solution ou en risque de rupture. Cette réponse peut impliquer la coordination de plusieurs accompagnements, dans différentes structures et secteurs (éducatif, médico-social, sanitaire, aide sociale, etc.). Elle vise à proposer à la personne un accompagnement global, adapté à ses besoins et conforme à son projet de vie. **Cette démarche repose principalement sur la mise en place, par la MDPH, dans chaque département, d'un dispositif d'orientation permanent**, qui consiste à proposer des réponses individualisées, souples et sur mesure, adaptées aux besoins et aux projets des personnes handicapées sans solution ou en risque de rupture d'accompagnement. **Il repose sur deux outils : le plan d'accompagnement global** (qui prévoit le cheminement de la réponse alternative proposée vers la réponse cible dès lors qu'aucune solution n'est disponible ou que les solutions existantes ne permettent pas de répondre aux besoins de la personne) **et le groupe opérationnel de synthèse**, qui est mobilisé par la MDPH et auquel participent les professionnels et les institutions concernés par la situation de la personne ou susceptibles d'apporter des réponses, l'utilisateur ou son représentant légal.

[41] Tout récemment, **les communautés 360**, dont la création a été annoncée par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap (CNH) le 11 février 2020, rassemblent autour d'un organisme porteur qui emploie des conseillers en parcours, les acteurs du territoire qui s'engagent collectivement à **lever les freins et mettre en œuvre des actions concrètes pour fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap et leurs aidants et leur apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à leurs besoins**.

- La circulaire du 30 novembre 2021 *relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360* demande aux ARS de piloter la généralisation des communautés 360 dans l'ensemble des départements, en vue d'une couverture territoriale complète pour le 30 juin 2022.
- Le dispositif doit s'inscrire dans un partenariat large d'acteurs de l'autonomie, au-delà de la MDPH, et notamment de tout service de coordination et de prestataires pour les personnes en situation de handicap, notamment les DAC.

[42] **Les neuf gérontopôles vont par ailleurs être renforcés dans le sens d'une meilleure articulation**, par la création d'un cahier des charges visant en particulier à harmoniser leur missions, préciser leurs responsabilités communes et définir un socle commun d'actions²⁶.

²⁵ Enquête menée par la DGOS auprès des ARS en novembre 2021.

²⁶ Les gérontopôles sont situés en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine, Pays de Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Normandie et Occitanie. L'élaboration du cahier des charges a été confiée au professeur Berrut, créateur du gérontopôle des Pays de Loire et M. Podevyn, directeur général de France Silver Eco. Les travaux seront remis à la ministre déléguée chargée de l'autonomie en mars 2022.

1.2.2 Les expériences locales qui fonctionnent s'appuient sur un historique de travail en commun important entre acteurs de terrain et/ou institutionnels

[43] En application des orientations nationales ou non, de nombreuses expériences de coordination en vue d'un meilleur accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap pour préserver leur autonomie ont vu le jour sur le territoire. Les expériences mentionnées ci-dessous n'ont pas vocation à être exhaustives, elles ont pour objectif de mettre en évidence la diversité et la spécificité des situations locales. Sont présentés des éléments de bilan, souvent issus des perceptions des acteurs eux-mêmes, échangés aux sein des groupes de travail pilotés par la mission.

1.2.2.1 Dans le Morbihan, la coopération institutionnelle progressive autour des parcours de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap a été facilitée par un historique de travail conjoint entre l'ARS, le conseil départemental et les acteurs de la coordination

[44] Ce partenariat institutionnel, soutenu dans un cadre conventionnel entre financeurs, est en effet inscrit dans le temps : il a permis la construction et le portage des MAIA. Le conseil départemental a par ailleurs historiquement porté les CLIC et les MAIA par conventionnement avec quatre associations ou collectivités territoriales. Ces liens entre les administrations de l'ARS et du conseil départemental, et l'implication des élus dans un dialogue constructif sont reconnus comme un élément facilitateur dans l'instauration de démarches de parcours pour les personnes en perte d'autonomie. Il en est de même de l'alignement des calendriers de renouvellement du schéma de l'autonomie, du programme régional de santé (PRS) et de la convention de délégation MAIA en 2018, en parallèle de la montée en charge des plateformes territoriales d'appui (PTA) et de la préfiguration des DAC.

[45] Dans ce contexte, la création des DAC a été perçue comme une opportunité d'aller plus loin dans la coordination en offrant une réponse holistique à l'appui des parcours : du recensement au traitement des événements indésirables liés à la rupture des parcours identifiés lors de l'accompagnement des situations individuelles, jusqu'à l'axe préventif. Le souhait partagé de l'ARS et du conseil départemental a été d'intégrer au maximum les différents dispositifs de coordination existants en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap autour des DAC, dont la gouvernance a été organisée comme suit :

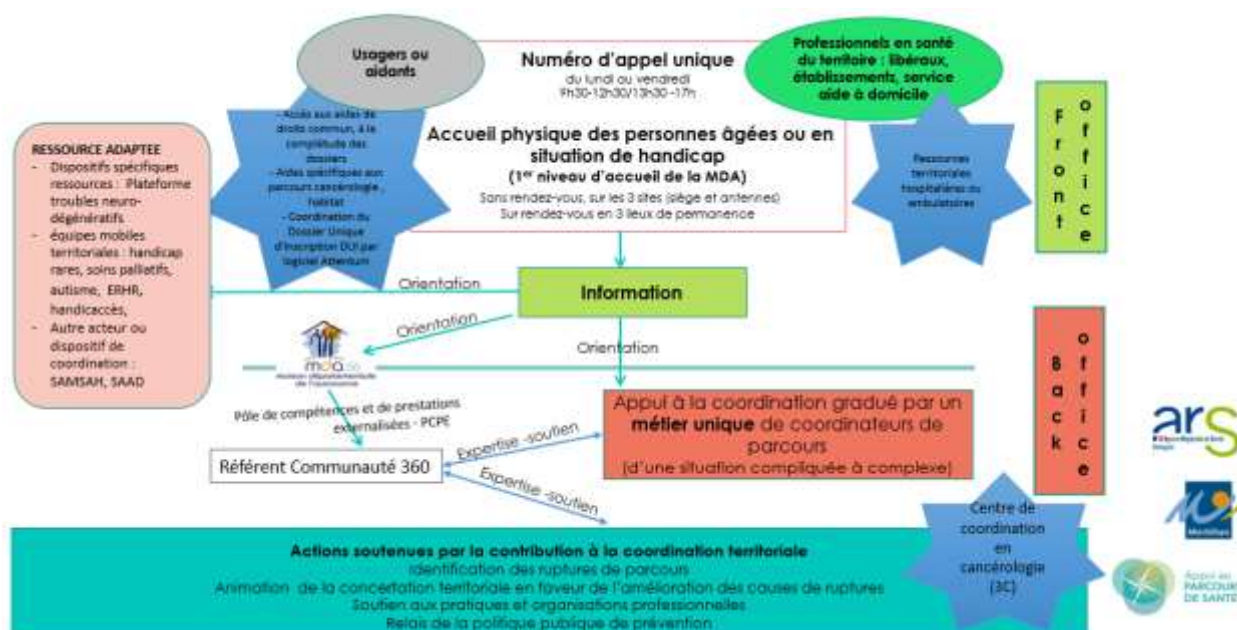
- Une convention cadre entre l'ARS et le conseil départemental qui ancre le portage et la gouvernance partagés des objectifs de coordination des parcours des personnes âgées et en situation de handicap (répartition territoriale, accueil des publics, missions de prévention, aide aux aidants, logements, financements...) ;
- Un CPOM tripartite entre l'ARS, le conseil départemental et chaque porteur du DAC, qui décline des objectifs communs, les financements et engage les trois parties ;
- Une animation commune et régulière, sur la base de rencontres trimestrielles conjointes associant l'ARS, le conseil départemental et les quatre responsables de DAC.

[46] D'emblée les DAC ont été positionnés comme le maillon du parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans une logique de décroisement total des

missions des dispositifs précédents (MAIA, CLIC, PTA...) et des professionnels (avec l'objectif d'aboutir à un profil unique de coordinateur de parcours), offrant ainsi un appui gradué aux situations individuelles, limitant la multiplicité des différents intervenants professionnels, source de majoration de la complexité. Cela a amené à une simplification des gouvernances et des territoires d'action des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ; et donc à plus de lisibilité pour les usagers des dispositifs (professionnels et personnes). Le rapprochement des instances de coordination en faveur des personnes âgées et en situation de handicap se met en place progressivement. La mise en place des communautés 360 permet désormais une réponse intégrée à la perte d'autonomie dans le champ du handicap (intégration du référent communauté 360 au sein du DAC, facilitation de la mobilisation de la MDA et du pôle de compétences et de prestations externalisées –PCPE-, approche transversale de la coordination territoriale).

[47] Le partenariat très installé entre ARS et conseil départemental a par ailleurs permis d'une part, un accompagnement renforcé des EHPAD, en lien avec les DAC, lors de la première phase de la crise sanitaire liée au COVID 19, et, d'autre part, d'élaborer un outil commun de recensement de l'ensemble des structures hébergeant des personnes âgées (médicalisés ou non) et d'identification de leur fragilité.

Schéma 4 : Appui au Parcours de Santé : organisation intégrée d'un Dispositif d'Appui à la Coordination aux services des besoins d'un territoire



Source : Conseil départemental et ARS.

Schéma 5 : Parcours des personnes en situation de handicap : articulation Dispositifs d'Appui à la Coordination et de la communauté 360



Source : Conseil départemental et ARS.

1.2.2.2 Un guichet unique simplifié et de mutualisation des expertises a été mis en place en Meurthe et Moselle

[48] Mis en place au sein de la communauté du grand Nancy et du département, le guichet unique repose sur une démarche de mutualisation entre les acteurs du secteur sanitaire d'une part, et social et médico-social d'autre part. L'objectif de ce guichet est de disposer d'un dispositif d'accueil très lisible pour les usagers (accueil, écoute, orientation) et pour les professionnels (ressources d'appui en proximité sur les situations complexes). Il repose sur une organisation intégrée, une gouvernance partagée. Il a mis en place des circuits courts d'évaluation des besoins des personnes âgées.

[49] Cette démarche a là encore pu être engagée grâce à une coopération forte des professionnels inscrite dans le temps et avec les communes, la métropole, les services du conseil départemental et de l'ARS. Cette coopération s'est structurée autour d'une dynamique d'actions : participation à l'expérimentation PAERPA, utilisation de méthodes et outils communs (de la HAS, plan personnalisé de soins –PPS-), mise en place d'un système d'information collaboratif, dynamique collaborative du contrat local de santé, constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en 2021 et d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), partie prenante pour améliorer le lien ville-hôpital.

[50] Cette coopération mature a fait que la réforme des DAC a été perçue comme une opportunité de renforcer la coordination de l'ensemble des organisations (par exemple : présence systématique d'un représentant des CPTS au sein de la gouvernance du DAC et *vice versa*), dans une logique de subsidiarité, autour de la démarche de guichet unique intégré pour la prise en

charge de la perte d'autonomie. Cette démarche s'élargit depuis quelques années pour la prise en charge des personnes de tout âge et de toute pathologie.

[51] Un des acteurs du département considère que cette dynamique démontre « *la possibilité de travailler autrement sur le territoire et un dispositif qui dit « oui » - quand d'autres ne peuvent que dire « non », et se referment sur eux-mêmes* ».

1.2.2.3 En Seine-et-Marne, une culture commune de travail entre les points autonomie territoriaux (PAT) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) a structuré la logique de parcours, qui reste toutefois fragile

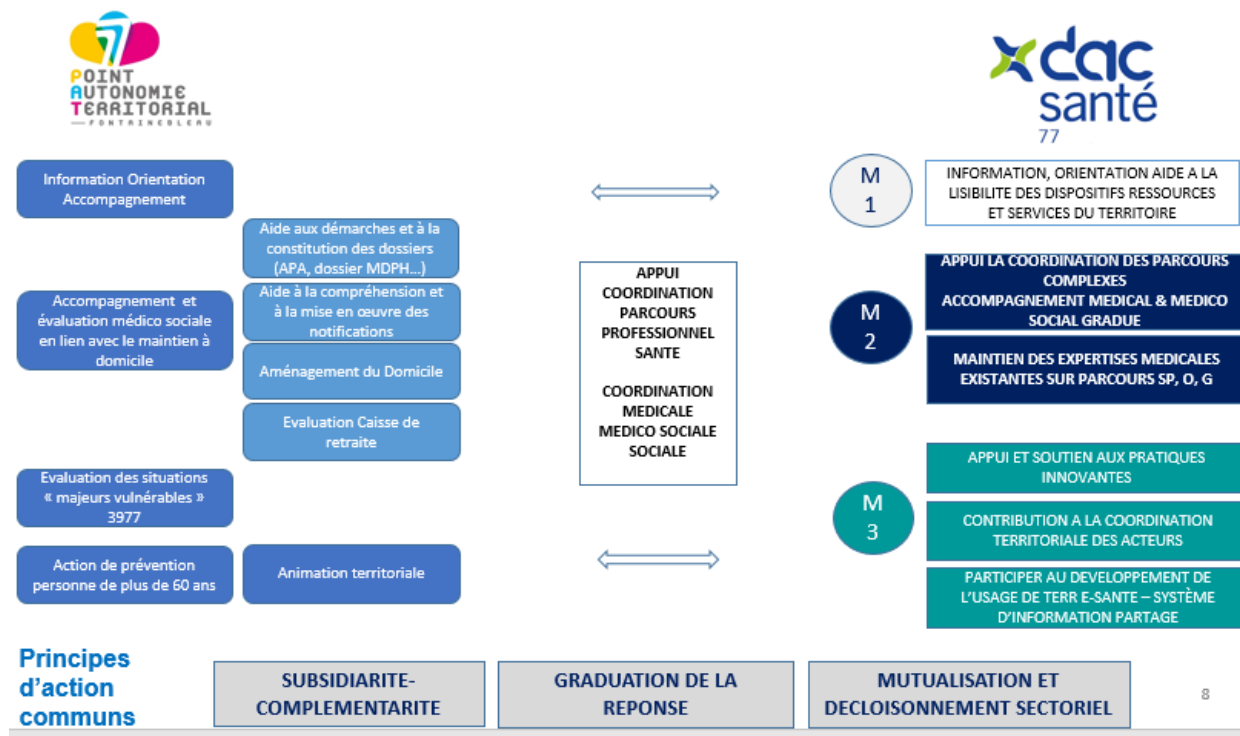
[52] Les pratiques collaboratives des acteurs s'appuient sur une articulation des secteurs sanitaire et médico-social forte, notamment dans le cadre de l'évaluation des besoins des personnes âgées et en situation de handicap.

[53] En 2016, les dix CLIC se sont transformés en six Points Autonomie Territoriaux (PAT), dont les missions se sont étendues au public en situation de handicap et à leurs aidants. A partir de 2019, le déploiement des DAC s'est opéré sur la base d'un travail conjoint de mise en cohérence territoriale entre l'ARS et le conseil départemental. Désormais un DAC couvre géographiquement trois PAT et les dispositifs existants (MAIA et réseaux de soins) ont fusionné en 2020. L'articulation fonctionnelle entre PAT et DAC est opérationnelle, sans fusion structurelle et permet de développer des liens étroits avec les CPTS du territoire. Les six PAT constituent des points d'accueil physique des usagers identifiés et actifs et facilitent le lien avec la MDPH.

[54] L'accompagnement déployé par les services de coordination n'est pas réalisé uniquement sur la demande exprimée mais sur les besoins évalués et recherchés par les équipes, dans une logique progressive d'accès à un parcours social et médical coordonné pour l'ensemble des publics concernés (personnes âgées, en situation de handicap, avec ou sans complexité réelle ou ressentie, aidants et professionnels).

[55] Cependant, les avancées des organisations professionnelles constatées sont rendues parfois fragiles par des temporalités et objectifs différents entre l'ARS et le conseil départemental.

Schéma 6 : Parcours de prise en charge de la perte d'autonomie



Source : Conseil départemental

1.2.2.4 L'émergence des Maisons des Aînés et des Aidants (M2A) à Paris : un exemple réussi de convergence des dispositifs d'appui à la coordination

[56] Le déploiement des six M2A s'appuie sur un travail concerté et co-construit nationalement et localement (ARS et Ville de Paris) avec des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, initié dans le cadre du programme PAERPA depuis 2014. Cette genèse a demandé un temps important (dix-huit mois environ) mais indispensable à sa bonne concrétisation.

[57] Ces travaux de convergence et de décloisonnement des pratiques professionnelles reposent sur la nécessité d'inclure le secteur social de la compétence de la ville de Paris (conseil départemental) et de bien veiller au renforcement de la place des acteurs du premier recours et des établissements hospitaliers. A travers cette démarche, de nouveaux outils concrets et des nouvelles articulations entre services ont été expérimentés, suivis et évalués, afin d'éprouver des démarches de décloisonnement tout en reconfigurant et non « en ajoutant » des dispositifs entre les acteurs : il s'est agi de mettre en place « *un éco-système favorable à la coordination* ».

[58] Les M2A viennent en appui des personnes et des professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux, à travers une structure unique d'appui à la coordination pour aider, étayer, fluidifier et accompagner les prises en charge complexes et à travers un lieu d'accueil et d'information des personnes et des aidants. Elles concentrent en un lieu unique et lisible l'ensemble des missions de coordination du parcours. Elles sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'accompagnement des seniors et de leur entourage : travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, médecins gériatres... Le dispositif repose sur

une double dimension de service aux professionnels et aux usagers et sur sa lisibilité (lieu unique, bien identifié, un numéro unique, équipe unique et pluridisciplinaire). Cette double dimension est fondamentale mais suppose à ce jour un travail très exigeant et complexe avec l'ensemble des acteurs et des institutions des secteurs sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, les M2A offrent un guichet, point d'entrée unique d'accès aux droits et prestations pour les usagers et les professionnels.

[59] Les dynamiques des M2A, en accentuant sans doute ses missions en terme de prévention et en poursuivant les interactions avec les établissements hospitaliers et les professionnels du premier recours apparaissent comme une concrétisation partiellement réussie d'un véritable et global « guichet unique autonomie » simplifiant la vie des personnes âgées, des aidants et des professionnels et permettant d'éviter les ruptures et fluidifier les parcours des personnes.

1.2.2.5 En Seine-Saint-Denis, la mise en place d'un guichet intégré au service des seniors pour des parcours sans rupture

[60] La Seine-Saint-Denis est le plus jeune département de France métropolitaine, cependant les territoires séquano-dionysiens seront confrontés à un défi renforcé d'ici 2035 : le département devrait compter 45 % de plus de personnes âgées d'au moins 60 ans. L'accroissement devrait être de 119 % pour les personnes âgées d'au moins 85 ans. Il s'agirait du taux de progression le plus important de la région Île-de-France²⁷. En cohérence avec les caractéristiques générales de la population départementale, les personnes âgées du territoire sont en moyenne plus modestes, plus souvent locataires (en particulier dans le parc social) que ce qui est observé en moyenne en Île-de-France. Le taux de pauvreté atteint ainsi 22 % pour les personnes âgées de 60 à 74 ans (12 % en Île-de-France) et 12 % pour les 75 ans et plus (8 % en Île-de-France)²⁸.

[61] Aux termes de l'axe 2 de son schéma « Autonomie & Inclusion » (2019 – 2024), le conseil départemental s'est engagé à « accompagner sans rupture, en soutenant les proches aidants ». Considérant que « La notion de parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant peu à peu ceux de filières et d'établissements, privilégiant une nécessaire coordination entre les différents partenaires ainsi que le partage d'objectifs communs au service de la personne ²⁹ ».

[62] Pour répondre à cet impératif de coordination, le conseil départemental a conclu un protocole partenarial « Pour un guichet intégré au service des seniors » pour la période 2022-2025 avec l'ARS, les DAC, la CNAV, l'Agirc-Arrco, les établissements hospitaliers et l'union départementale des CCAS pour organiser une nouvelle coordination gériatrique, permettant d'articuler plus clairement les différents acteurs et de garantir l'existence d'une réponse mobilisable sur tout le territoire. Ce protocole sera décliné dans des conventions avec chaque commune, associant les DAC, précisant l'articulation de la municipalité avec le dispositif départemental de guichet intégré et les modalités de réalisation de visites d'évaluation précoces pour les personnes fragiles.

²⁷ Projections INSEE.

²⁸ Source : conseil départemental.

²⁹ Protocole partenarial Pour un guichet intégré au service des seniors 2022 - 2025

[63] Cette coordination médicosociale plus lisible, accessible, s'appuyant sur un guichet intégré, repose sur les trois étapes du parcours de la personne âgée :

- Le 1er niveau d'accueil, d'information et d'accompagnement ;
- Le repérage et le signalement des situations fragiles ou complexes ;
- L'accompagnement des parcours fragiles ou complexes.

[64] Le premier niveau d'accueil et d'information repose sur la mise en lien et le fonctionnement en réseau intégré de tous les partenaires du protocole, qui partagent outils, procédures et formations. Dans ce cadre, chaque partenaire contribue à l'information des usagers dans ses points d'accueil respectifs, mais le CCAS est appelé à jouer un rôle primordial en proximité. Pour garantir une réponse partout et pour tous, ces points d'accueil sont complétés par un nouveau numéro départemental. Le niveau d'accueil donne une première information générale sur les actions de prévention de la perte d'autonomie, les droits à compensation de la perte d'autonomie et au répit. Il accompagne administrativement les personnes ou les familles qui en éprouveraient le besoin et oriente vers des appuis plus spécialisés en tant que de besoin.

[65] C'est à ce niveau, mais aussi par l'ensemble des acteurs en contact avec des personnes âgées (aidants, voisins, professionnels de santé, aides à domicile, bailleurs sociaux, etc.) que peuvent être repérées des situations fragiles ou complexes. Dans le cadre du protocole, un circuit identifié de signalement et d'analyse de ces situations sera mis en place, pris en charge par un dispositif issu de la commune (pôle gériatrique) ou par les DAC. Si nécessaire, une visite d'évaluation précoce est réalisée au bénéfice des personnes de 60 ans et plus repérées en situation de vulnérabilité et ne bénéficiant d'aucun accompagnement préalable social ou médico-social. Elle est organisée par la commune ou le DAC, avec l'appui des acteurs locaux compétents.

[66] Cette organisation témoigne de l'importance des communes dans l'accueil, l'accompagnement et le signalement des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de fragilité clinique ou sociale. Les interlocuteurs rencontrés ont aussi noté l'importance de la mise en place et du soutien au développement d'outils, de systèmes d'information communs entre les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux, tels que par exemple le programme E-parcours³⁰.

1.3 Malgré les dynamiques qu'elles instaurent, ces initiatives possèdent des limites qui les rendent fragiles tant pour les personnes prises en charge que pour les acteurs qui y participent

[67] **L'ensemble des objectifs fixés n'est pas toujours atteint sur les territoires. Ainsi, le guichet unique se limite souvent à un guichet d'obtention des droits, sans démarche de conseil et de suivi des situations dans la durée.**

³⁰<https://www.terr-esante.fr/>

- La synthèse des rapports d'activité des MDPH produite en 2019 par la CNSA précise que le suivi des décisions et l'accompagnement des usagers dans l'application de leurs droits est peu développé et surtout pour des situations spécifiques. Il concerne 3,8 % des ETP travaillés³¹.
- Dans son rapport relatif à la branche autonomie³², L. Vachey souligne « *que les modèles sont très différents, parfois se limitant à un changement d'appellation de la MDPH* ». Le paysage des MDA est marqué par des modèles d'organisation et des niveaux de rapprochement hétérogènes. Certaines intègrent le pilotage de l'offre médico-sociale, les transports ou les MAIA. La mutualisation de l'évaluation et de l'élaboration des plans d'aide se met en place plus tardivement que les autres missions. Les MDA sont souvent une juxtaposition plus qu'une intégration de services chargés des personnes d'une part en situation de handicap et d'autre part âgées. La démarche d'accompagnement des usagers n'est pas toujours clairement définie.

[68] En terme de ciblage de populations, les initiatives de coordination mises en place ne prennent pas assez en compte les personnes non connues par les acteurs des différents services car trop isolées.

- Elles ne déploient **pas assez de démarches d'aller-vers**, dont la crise sanitaire a montré la nécessité.
- Elles sont par ailleurs souvent **limitées aux situations complexes**. Les DAC visent ainsi spécifiquement l'appui aux parcours de santé que les professionnels considèrent comme complexes. Or, les situations plus simples nécessitent aussi une articulation des acteurs de l'accompagnement et de la prévention, de manière graduée et pour anticiper une dégradation.
- En outre, les coordinations restent jusqu'alors majoritairement **ciblées sur les personnes âgées (PAERPA) ou les personnes en situation de handicap** (communautés 360). Les DAC ont pour mission de structurer l'accompagnement de toute personne en situation complexe, sans distinction d'âge, ni de pathologie, ce qui est une avancée pour la fluidité des parcours de vie.

[69] Dans la pratique, la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social reste insuffisante, même si elle est inscrite dans les textes et les projets. Les acteurs rencontrés ont fait part de leurs difficultés à fédérer des professionnels de secteurs différents : Il n'existe pas suffisamment d'interfaces et de coordination entre les dispositifs mis en place (DAC/PTA, CPTS, équipes de soins primaires), les établissements de santé (gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, circuit court, filière ...), les établissements médico-sociaux, les services des conseils départementaux relatifs à l'APA, les MDPH. Les DAC, qui réalisent leur mission d'appui aux professionnels en lien avec le médecin traitant, qui a seul accès à la plateforme territoriale, n'intègrent pas dans tous les cas l'accompagnement social, médico-social au parcours de santé. Par ailleurs, les cultures professionnelles différentes génèrent des incompréhensions ne favorisant pas l'accompagnement commun.

³¹ CNSA. Avril 2021. Dossier technique « 2019 : L'accompagnement des personnes au cœur des efforts de modernisation des MDPH ».

³² « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement ». Laurent Vachey. Septembre 2020.

[70] Les financements apportés sont considérés comme insuffisamment incitatifs, adaptés, souples et lisibles.

- Il convient de souligner que bon nombre de dispositifs de coordination font l'objet de financements : les CPTS, les expérimentations d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) dites « *article 51* », dans le cadre toutefois d'un modèle économique plus global lui-même favorable à une meilleure coordination des professionnels. Ils proviennent du droit commun ou bien du FIR, par exemple pour les DAC et les expérimentations PAERPA (54M€ entre 2014 et 2019), ces dernières ayant aussi été financées par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS).
- Toutefois, ces financements présentent des limites : la très grande majorité des crédits FIR est fléchée, le calibrage de ces financements est difficile du fait de l'absence de mesure d'atteinte d'objectifs de coordination définis en amont. Dans le cadre des expérimentations PAERPA, la rémunération de la rédaction du plan personnalisé de santé est fixe quel que soit le nombre d'acteurs associés et différente entre médecin et autre professionnel. De manière générale, la valorisation de la coordination par les équipes hospitalières est difficile en l'absence de traçabilité dans le PMSI. Surtout, il n'existe pas de mécanisme de valorisation d'équipes interprofessionnelles du champ sanitaire, social et médico-social.

[71] Les acteurs déplorent le manque d'outils, les difficultés liées à l'interconnexion des SI, pour lesquels l'investissement financier et en moyens humains est très important, notamment de la part des chefs de projet (pour la conception des outils, la production et le déploiement). Le partage et l'échange d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire et social dans ce champ reste complexe, pour des raisons juridiques (droits à l'information limités) mais également culturelles (secret professionnel/secret médical). Les professionnels expriment le besoin d'outils simples et partagés pour le suivi de l'accompagnement, du parcours de la personne en situation de fragilité.

[72] Les dispositifs de coordination sont en outre difficiles à évaluer au regard de la diversité des organisations, des territoires, et de leur caractère limité dans le temps dès lors qu'il s'agit d'expérimentations. L'évaluation d'impact de PAERPA conduite par l'IRDES a souligné l'importance des facteurs territoriaux (diversité en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville), dans le déroulement des expérimentations et en conséquence les difficultés des travaux d'évaluation et d'analyse d'impact global des expérimentations menées.

Surtout, ces initiatives reposent sur la bonne volonté des acteurs, sur des démarches interpersonnelles, sans portage fort au niveau national ou local, si une gouvernance partagée n'est pas installée. Laisser une marge d'initiative forte aux acteurs pour se coordonner n'est pas suffisante pour inscrire un projet dans le temps, sans prévoir une organisation permettant à tout acteur de comprendre et partager les objectifs.

In fine, la reconnaissance unanime de l'enjeu d'une bonne coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social pour la préservation de l'autonomie et l'efficacité des organisations s'est traduite par la mise en place de dispositifs nombreux et variés (L. Vachey, dans son rapport susvisé, évoque une « *quête du Graal* »), dont la richesse et la forte mobilisation des acteurs, dans un environnement changeant, est à souligner. Mais ce foisonnement de dispositifs, dont le déploiement est hétérogène et qui sont inégalement répartis sur le territoire, a contribué à complexifier pour les professionnels et les usagers le paysage de l'accompagnement de la perte d'autonomie, mais aussi à rendre plus difficile son harmonisation et son pilotage.

Dès lors, les organisations actuelles ne peuvent répondre pleinement à l'objectif d'une prise en charge globale, en continu et coordonnée, sur l'ensemble du territoire et pour l'ensemble des personnes concernées. Elles ne pourront répondre au défi de l'autonomie, au regard des enjeux démographiques et financiers à venir. Il convient donc de modifier les méthodes en vue d'engager un retournement de notre politique de l'autonomie vers une approche territoriale, partenariale et décloisonnée au service de nos concitoyens.

2 Mettre en place un service public territorial de l'autonomie piloté par le service rendu aux personnes vulnérables

[73] Le ressenti des citoyens usagers, mais aussi des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, sur les services qui leurs sont rendus par les dispositifs d'information et d'accompagnement liés à l'autonomie, montre qu'une partie des difficultés mises en avant tient au cloisonnement historique entre d'une part, les politiques d'accompagnement social et médico-social des personnes âgées et en situation de handicap et, d'autre part, les politiques de prise en charge des soins. Ce cloisonnement génère inévitablement complexité et iniquité territoriale. Si le constat de la nécessité de dépasser enfin ce clivage est totalement partagé, la question qui reste posée est celle des modalités d'atteinte de cet objectif. Le déploiement du SPTA sur le territoire sera le moyen de mettre fin à cette séparation et d'offrir aux usagers âgés et en situation de handicap, ainsi qu'aux acteurs qui les prennent en charge, un service à la hauteur de leurs attentes.

[74] Cette organisation nouvelle aura pour objectif de créer les conditions d'un rassemblement des acteurs de l'autonomie, institutionnels et professionnels des structures sanitaire, sociale et médico-sociale existantes, dans un ensemble cohérent, articulé et interdépendant, pour aboutir à une meilleure qualité d'accompagnement de la personne âgée et en situation de handicap ainsi que de ses aidants, que celle obtenue par les acteurs de manière individuelle et/ou sectorielle. Il s'agira d'insuffler une culture de « communauté autonomie », pour apporter aux acteurs (professionnels de terrain et institutionnels) et aux bénéficiaires un gain de performance et de qualité de service. Le SPTA visera *in fine* à passer d'une logique de dispositifs à celle de service, précisée dans un cahier des charges, que tout citoyen est légitime à attendre pour répondre à ses problématiques d'autonomie et dont chaque professionnel a besoin pour remplir sa mission d'accompagnement. Le SPTA ne nécessitera pas de disposer de la personnalité morale pour atteindre son objectif, mais sera clairement identifié. Il n'aura de sens que si l'ensemble des acteurs qui y participent s'inscrivent dans une démarche de coordination entre eux.

[75] En ce sens, le SPTA repose sur une dynamique similaire à celle mise en place dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, reposant sur la mise à disposition d'une offre de services socle, en faveur d'un suivi coordonné et du développement de parcours à visée d'emploi.

2.1 Des blocs de mission homogènes, relayés entre eux

2.1.1 Créer quatre grandes missions socle et non optionnelles, au sein d'un bouquet de services potentiellement plus large

Le service public territorial de l'autonomie s'appuiera sur un guichet, une porte d'entrée unique pour les usagers et les professionnels, qui pourra comporter plusieurs points de proximité sur le territoire, intégrés entre eux.

L'unicité du guichet SPTA s'entend du point de vue de la lisibilité pour la personne en perte d'autonomie, en situation de handicap et de ses aidants. C'est pourquoi ce guichet peut prendre plusieurs formes, être plus ou moins intégré, dès lors qu'il permet aux usagers de s'adresser à un interlocuteur d'un service clairement identifié qui, grâce aux liens avec les autres professionnels, lui permettront de bénéficier d'un accompagnement continu et coordonné.

Ce sera un service ouvert :

- Aux usagers en perte d'autonomie, en situation de handicap et à leurs aidants ; partie prenante du SPTA
- Aux professionnels de santé, des secteurs sociaux et médico-sociaux, pour faciliter leur mission au service des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap ;
- Aux services et acteurs des politiques publiques de droit commun, pour assurer la mise en place de l'ensemble des actions concrétisant une vision citoyenne de l'autonomie ;

Le parcours d'accompagnement des personnes ne peut se concrétiser sans la coordination des acteurs.

[76] **Il réunira un bouquet de services large mais comprenant un socle minimum de quatre types d'actions** articulées entre elles, lisible et évolutif pour les personnes âgées, en situation de handicap, leurs aidants ainsi que les professionnels de santé, du secteur social et médico-social qui les prennent en charge. Seule une articulation des actions d'une part, d'aide à la coordination des professionnels, et, d'autre part, d'accompagnement des personnes et de leurs aidants, à partir d'un point d'entrée unique, pourra véritablement conduire à la mise en place de logiques de parcours d'autonomie des usagers.

[77] Ce socle de quatre blocs de missions mis en place de manière non optionnelle sur l'ensemble du territoire visera à homogénéiser les services offerts par le SPTA, à apporter de la lisibilité dans un environnement où beaucoup de structures interviennent, tout en laissant une marge de manœuvre aux initiatives et innovations des acteurs institutionnels et de terrain au niveau local, nécessaire à la prise en compte des spécificités territoriales.

[78] **Les quatre blocs de missions du SPTA, mis en place à titre minimal dans chaque département, seront interfacés entre eux** : les acteurs de chaque bloc auront pour mission de passer le relais à l'interlocuteur compétent pour répondre aux attentes de la personne et de s'assurer alors qu'une solution a été effectivement apportée. C'est exigeant, notamment en termes de systèmes d'information, pour transférer les informations nécessaires à la résolution des difficultés, mais c'est un devoir vis-à-vis des personnes en situation de fragilité.

[79] **Le SPTA aura la responsabilité de mettre en place les conditions permettant aux acteurs de se coordonner pour faire mieux ensemble** et répondre aux attentes des personnes à chaque étape de leur parcours de vie. **Il n'aura pas la responsabilité de faire à la place des autres acteurs** qui conservent leurs prérogatives.

[80] **Le SPTA, tel que proposé, est construit autour de l'utilisateur.** Cette construction n'est possible que si les métiers du service à l'utilisateur sont attractifs et permettent de fidéliser ceux qui s'y engagent. Le rapport ne propose pas de faire en tant que tel une mission du SPTA, mais ceci peut tout à fait se concevoir par décision des acteurs locaux.

[81] Les quatre missions du SPTA se déclineront comme suit, en s'adaptant au fait que le parcours d'une personne âgée en perte d'autonomie ou une personne en situation de handicap n'est pas linéaire :

○ **L'accueil, l'information, l'orientation et la mise en relation (c'est-à-dire la garantie de l'effectivité du relais pris par le bon interlocuteur) des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, selon trois vecteurs articulés entre eux :**

- Le vecteur numérique : le SPTA fera le lien avec les sites internet rassemblant et relayant les informations généralistes nationales (notamment les sites www.pourbienvieillir géré par la CNAV et la MSA et www.pour-les-personnes-âgées piloté par la CNSA, le site www.monparcours handicap.gouv.fr, plateforme d'information, d'orientation et de services pour les personnes en situation de handicap et leurs proches aidants conçue, pour le compte de l'État, et en collaboration, par la Caisse des Dépôts et la CNSA) et les informations quantitatives et qualitatives sur l'ensemble des aides et services (y compris les actions de prévention) proposés localement (sites départementaux, des municipalités, des établissements et services) ;
- Le vecteur téléphonique : le SPTA relaiera ou mettra en place un numéro de téléphone unique et simple dont l'interopérabilité avec les points de décrochage locaux est indispensable (à partir des services actuels du conseil départemental ou des communes ou des Maisons France Service, en particulier) et accessibles à des horaires compatibles avec les rythmes professionnels des familles et des acteurs. Les répondants devront savoir transférer des appels le cas échéant vers les dispositifs les plus adaptés pour assurer une réponse adaptée à la personne, comme par exemple le DAC, la communauté 360 ou la CPTS.
- Le lieu physique d'accueil, d'information, d'orientation et de mise en relation, nécessaire en particulier aux personnes plus éloignées des outils numériques, organisé selon une logique territorialisée et de renforcement de la proximité et de l'« aller vers » (avec par exemple des points d'information itinérants). Dans cette perspective, le SPTA rattachera l'ensemble des services d'accueil et d'information du département et des communes (en particulier les CCAS), afin que chacun d'entre eux puisse apporter le même niveau de réponse sur les problématiques d'autonomie.

L'information s'entend comme une communication, une diffusion d'informations adaptée et ciblée sur les besoins de la personne, dans une logique généralisée d'« aller vers » (pas uniquement orientée vers les plus fragiles). Elle suppose écoute et accompagnement.

Le service public territorial de l'autonomie apportera une réponse aux attentes de simplicité, de proximité, d'accessibilité et de lisibilité de l'accueil et de l'information de la part des usagers et des professionnels, dans une logique d'écoute et d'accompagnement.

- **L’instruction, la délivrance et la réévaluation des aides et des prestations :** cette mission est assurée par les services départementaux pour les prestations attribuées aux personnes âgées en perte d’autonomie et par les GIP MDPH pour celles en faveur des personnes en situation de handicap. Les caisses de sécurité sociale (caisses d’allocations familiales ou de mutualité sociale agricole) attribuent par ailleurs des aides aux aidants (allocation journalière du proche aidant –AJPA-). Ces acteurs conserveront leurs prérogatives. La direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé a montré que la prévalence de la dépendance parmi les personnes à domicile, les caractéristiques sociodémographiques des personnes mais aussi l’offre médico-sociale locale (taux d’équipement en services de soins infirmiers à domicile -SSIAD- et en places d’établissements d’hébergement pour personnes âgées, présence d’infirmiers libéraux...), expliquent 50 à 60 % des disparités d’attribution de l’APA entre les départements³³. S’agissant des MDPH, des différences de délais de traitement d’une même prestation existent aussi en fonction des départements. Le baromètre des MDPH publié et prévu dans la feuille de route MDPH 2022, mesure désormais certaines activités des MDPH et la perception des personnes handicapées et de leurs proches sur leur MDPH. La part de disparités non expliquée par les modèles ne doit pas être interprétée nécessairement comme des différences de politique en direction des personnes âgées ou en situation de handicap entre départements. En tout état de cause, dans une logique de branche autonomie, de gestion d’un risque, il ne doit pas y avoir d’écart de niveau de prise en charge en fonction des territoires. En facilitant la coordination des acteurs, le SPTA améliorera la circulation et l’enrichissement des informations sur la situation de la personne et donc une attribution des prestations des droits plus rapide et mieux adaptée à ses besoins, dans une logique de meilleure qualité du service rendu.

Le service public territorial de l’autonomie répondra aux attentes de réactivité (voire de proactivité), de maîtrise des délais d’attribution des prestations notamment en cas d’urgence, de qualité de service, de simplification des démarches (dépôt des demandes en ligne, application du principe du « Dites-le-nous une fois »), d’anticipation des réévaluations des besoins des personnes et de leurs aidants, d’équité territoriale.

Il s’inscrira dans la suite de la feuille de route MPDH 2022, co-portée par l’Etat et l’Assemblée des Départements de France (ADF) à l’issue de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020, et ayant pour objectif l’amélioration du quotidien des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

³³ Les dossiers de la DREES « Les disparités d’APA à domicile entre départements ». N° 37, juillet 2019.

- **L'appui aux solutions concrètes** : il s'organise à deux niveaux :
 - Les aides et appuis, au profit des professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire ou autres, à la gestion concrète, au suivi et à l'accompagnement dans la durée de l'ensemble des personnes, et pas seulement celles dont la situation s'avère complexe. Cette mission visera aussi à soulager les aidants, souvent de fait chargés de ce rôle de suivi et de coordination pour la personne qu'ils soutiennent. Les DAC, les communautés 360, les CLIC, les CPTS, en particulier, ont vocation à être intégrés au SPTA, afin que les modalités d'appui aux professionnels de terrain soient clairement identifiées au sein de ce point d'entrée intégré. Cette mission, essentielle au SPTA, et qui n'aurait pu être mise en place dans une structure classique, reposera sur la mobilisation, par les membres du SPTA, d'une équipe chargée, dans une démarche d'ingénierie de projet, et à la demande des professionnels, d'évaluer les situations des personnes et d'inventer des solutions adaptées. Les professionnels de cette équipe auront ainsi un rôle actif dans la recherche de solutions (par exemple, trouver une place d'accueil temporaire pour organiser un temps de répit pour l'aidant) et pas seulement dans l'instruction de dossiers. Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), déployées dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme, ont une démarche similaire : elles viennent en soutien des professionnels du repérage des troubles neuro-développementaux et assurent la coordination du parcours de diagnostic et d'interventions précoces chez les moins de sept ans. Le SPTA agissant comme un service regroupant les forces présentes et non un dispositif en propre, les professionnels de cette équipe pourront appartenir à différents dispositifs, selon les missions nécessaires à l'accompagnement de la personne. L'équipe mobilisable sera donc différente selon les besoins et définira en son sein un référent de la personne ayant une compétence correspondant au besoin prioritaire de la personne.
 - La mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs de droit commun, pour proposer une réponse concrète globale et inclusive. Elle s'exerce une fois les droits acquis, la solution concrète effective, et pour autant que les solutions soient mises en place en matière d'emploi, d'insertion et d'éducation (scolarisation des enfants handicapés). Cette mobilisation est essentielle et pour autant pas toujours activée, comme le souligne D. Piveteau dans son rapport « *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change* », en date du 15 février 2022 « *Au surplus, même si quelques expériences offrent d'heureux contre-exemples, il est rare que les différents services de l'Etat et des collectivités territoriales conduisent des actions intégrées, portant simultanément sur le milieu ordinaire (logement, emploi, éducation, transports ...) et sur le milieu « spécialisé* ».

In fine, l'appui aux solutions concrètes est réussi quand les acteurs qui y contribuent et les usagers qui en sont bénéficiaires s'emparent des dispositifs de coordination mis en place.

Le service public territorial de l'autonomie répondra :

- Aux attentes d'appui des professionnels intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap ;

- Aux attentes de soulagement des aidants dans l'organisation de l'accompagnement ;
- En mobilisant de manière réactive, en assurant un continuum d'accompagnement des personnes et en maintenant un dialogue avec l'usager et son entourage.

Il proposera une réponse globale et inclusive, en mobilisant aussi les acteurs des politiques publiques de droit commun, dans une logique de garantie de citoyenneté des personnes en situation de fragilité du fait de leur manque d'autonomie.

- **Les actions de prévention, de repérage et d'« aller-vers » : la prise de conscience de la faible place de la prévention dans le système de soins, mais aussi de prise en charge médico-sociale, doit être forte, au regard des conséquences qu'elle emporte pour la santé, l'autonomie des personnes ainsi que pour les finances publiques.** Les politiques engagées ne prennent pas suffisamment en compte les approches populationnelles et de ce fait ne permettent pas de lutter suffisamment contre les inégalités de santé. La Cour des Comptes l'a rappelé dans son rapport mentionné ci-dessus.

Pour autant, les acteurs de la prévention sont nombreux (conseils départementaux, caisses de retraite - offre de services coordonnée de la CNAV pour l'accompagnement à la retraite OSCAR³⁴, rendez-vous de prévention organisés par la MSA, au bénéfice des retraités depuis 6 à 18 mois³⁵-, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, agence nationale de l'habitat, communes et établissements de coopération intercommunale, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations...). **Mais la Cour des Comptes les considère dispersés**, malgré le début de structuration opéré avec la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et l'évolution de l'action sociale des caisses de retraite en inter-régimes (en particulier signature en février 2022 par les présidents des conseils d'administration, directeur et directeurs généraux de la CNAV, de la CCMSA, de la CNRACL et de l'Agirc-Arrco et l'État, d'une convention formalisant les principes et orientations d'une action sociale coordonnée entre régimes de retraite, dans le domaine du bien vivre l'avancée en âge).

Par ailleurs, des actions de repérage des fragilités des personnes âgées sont aussi déployées, mais de manière encore limitée. Ainsi, l'outil ICOPE (integrated care for older people) de l'OMS et dont le centre collaborateur est le Gérotopôle de Toulouse, permet, partant des difficultés rencontrées par les personnes âgées, la surveillance et le maintien de six capacités fonctionnelles : nutrition, cognition, vision, audition, locomotion et thymie. Déjà expérimenté en Occitanie, il sera développé en 2022 dans seize départements répartis dans cinq régions.

³⁴ Déployée depuis juillet 202, elle repose sur une nouvelle génération de plan d'aides qui intègre un forfait prévention (80 heures par an d'accompagnement à domicile : aides individuelles à la mobilité, aux loisirs, à l'informatique, ateliers collectifs) et un forfait de coordination, dans le cadre d'une approche plus globale des besoins et d'une démarche de prévention.

³⁵ Organisés depuis juillet 2020 au profit des retraités présentant au moins un critère de fragilité sociale ou sanitaire. Le rendez-vous comprend un entretien personnalisé avec un infirmier, dans la perspective d'une consultation médicale et un temps de repérage de la fragilité sociale associé à une orientation vers les services de l'action sanitaire et sociale. Source : « PRÉVENTION SANTÉ MSA. Nos actions sur les territoires en 2019. »

Des actions existent aussi en matière d'adaptation du logement : pour citer les plus récentes, le plan gouvernemental anti-chutes des personnes âgées se donne pour objectif de diminuer de 20 %, d'ici 2024, les chutes mortelles des personnes âgées, d'adapter 680 000 logements en dix ans (avec une nouvelle aide dénommée « MaPrimAdapt ») et de prévenir les chutes par l'activité physique adaptée. En 2021, ont par ailleurs été expérimentées 24 équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EQLAAT) avec des ergothérapeutes, par appel à projet de la CNSA.

En matière d'autonomie, les politiques de prévention concernent avant tout pour le moment les personnes âgées. Pour autant, les enjeux sont forts aussi en matière de handicap, qu'il s'agisse de prévention précoce (par exemple en matière de nutrition) ou de prévention de l'aggravation du handicap, du sur-handicap (par exemple choix de l'aide technique la plus adaptée, analyse des besoins d'adaptation des logements).

Les démarches de prévention doivent s'inscrire dès la jeunesse, à plusieurs périodes de l'existence et très en amont de la question de l'autonomie, justement pour mieux la préparer. Il s'agit là d'instaurer une logique de repérage. Les démarches de prévention doivent intervenir aussi, plus tard, pour éviter l'aggravation de la perte d'autonomie en réduisant les facteurs de risque de dépendance et pour éviter l'aggravation du handicap, La lutte contre les infections nosocomiales, en particulier, doit être un enjeu fort pour éviter cette aggravation.

Ces politiques dépassent donc largement le champ d'action du SPTA et c'est pourquoi ce bloc de missions est moins structuré que les autres. Mais en tant qu'acteur des politiques de l'autonomie, il devra être un moteur de la démarche de renforcement de la prévention des fragilités cliniques et sociales chez les personnes âgées et en situation de handicap et en lien avec elles, en fonction de leurs capacités et de leur projet de vie.

En ce sens, il contribuera à mettre en place, coordonner et/ou diffuser :

- **Les actions d'information et de sensibilisation aux démarches de prévention individuelles** par le biais des sites d'information et lieux/points d'accueil physiques des usagers (cf bloc 1 de missions du SPTA), associées à des démarches de conseils ;
- **Les offres de prévention déployées au niveau du territoire**, telles que mises en place notamment par les conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, mais aussi les organismes de sécurité sociale, et en particulier des caisses de retraite.

- **Les actions de repérage des personnes âgées et en situation de handicap fragiles d'un point de vue social et clinique**, en particulier celles qui ne sont pas connues des services (mais repérées et signalées par le voisinage, un commerçant et signalées aux services), par exemple en diffusant aux professionnels du SPTA les signaux faibles de fragilité repérés à domicile lors des rendez-vous d'évaluation préalables à l'élaboration des plans d'aide, ce qui suppose une formation (voir partie 2.3.1.1). Le SPTA pourra à cette fin promouvoir l'utilisation par les professionnels de l'outil ICOPE mentionné ci-dessus. La crise sanitaire a montré l'intérêt de ces démarches vers les populations cumulant les facteurs de risques sanitaires et sociaux. Grâce à son rôle de coordination, le SPTA pourra diffuser cette démarche de repérage et de signalement dans l'ensemble des structures de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap et notamment les établissements de santé, en lien avec les filières gériatriques.
- **Le relais auprès des acteurs de l'autonomie des preuves d'efficacité des actions de prévention** : les actions de prévention doivent en effet être fondées sur des programmes ou des protocoles validés par des preuves scientifiques. Or, ces preuves d'efficacité clinique et économique ne sont pas toujours disponibles, connues, ou encore suffisamment robustes.

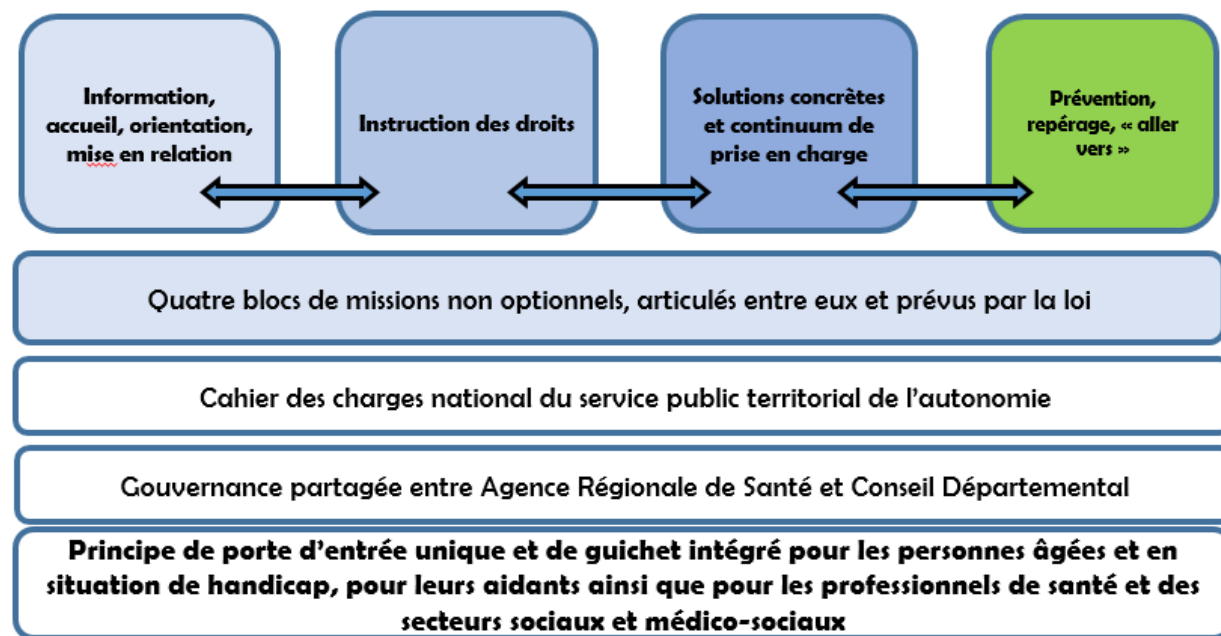
La ministre déléguée chargée de l'autonomie a annoncé en janvier 2022 la mise en place d'un centre de preuve national au sein de la CNSA. Sa mission vise à éclairer les décisions des acteurs déployant les actions collectives et individuelles de prévention et finançant les aides techniques, à prioriser leurs actions, en synthétisant les enseignements de la recherche, et notamment les évaluations d'impact, en mettant à disposition des synthèses, recommandations, référentiels de bonnes pratiques, en accompagnant les acteurs dans l'appropriation et la mise en œuvre des pratiques identifiées comme les plus efficaces par le biais d'actions d'animation et d'essaimage. Le SPTA contribuera à la diffusion des travaux du centre de preuve auprès des acteurs de l'autonomie, au-delà de la conférence des financeurs de la perte de l'autonomie, dans un objectif d'essaimage des connaissances sur la probité des actions de prévention.

Le SPTA contribuera au renforcement des politiques locales de prévention de la perte d'autonomie et de l'aggravation du handicap en étant un « relais de prévention » qui :

- Diffuse les actions d'information et de sensibilisation aux démarches de prévention individuelles ainsi que les offres de prévention déployées au niveau du territoire ;
- Participe aux actions de repérage des personnes âgées et en situation de handicap fragiles ;
- Relais les travaux du centre de preuve national mis en place au sein de la CNSA auprès des acteurs de la prévention de l'autonomie, pour faire en sorte que les actions qu'ils financent reposent sur des programmes ou des protocoles validés par des preuves scientifiques.

[82] Le déploiement du SPTA sur l'ensemble du territoire s'intégrera dans un contexte d'installation des Maisons France Service (MFS), conformément à la politique gouvernementale³⁶. Les MFS pourront faire connaître le SPTA et assurer, dans le cadre de leurs missions, un rôle d'information et d'accueil de premier niveau des usagers. Le SPTA devra à cette fin assurer une mission de formation, d'animation, voire de « centre ressources » pour les agents des MFS.

Schéma 7 : Les quatre blocs de missions du SPTA



Source : Mission Parcours et Autonomie 2022

Recommandation n°1

Définir par la loi et mettre en œuvre, dans un objectif de décroisement des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, et de rapprochement des missions en faveur des personnes âgées et en situation de handicap, un service public territorial de l'autonomie dans tous les départements :

- S'appuyant sur un point d'entrée unique, entendu comme simple, identifié et lisible pour les usagers et les professionnels ;
- Répondant à un socle minimal et non optionnel de quatre blocs de missions articulées entre elles : accueil/information/orientation et mise en relation de l'utilisateur âgé et/ou en situation de handicap ; instruction des droits ; appui aux solutions concrètes au bénéfice des professionnels ; actions de prévention, de repérage et d'« aller vers ».
- Qui proposera une réponse globale et inclusive, en mobilisant les acteurs des politiques publiques de droit commun, dans une logique de garantie de citoyenneté des personnes en situation de fragilité du fait de leur manque d'autonomie.

³⁶ Circulaire du Premier Ministre n° 6094/SG du 1er juillet 2019.

- Qui pourra s'incarner, s'agissant des missions d'une part d'accueil, information, orientation, mise en relation et, d'autre part, d'appui aux solutions concrètes, dans une Maison des Aînés et des Aidants, dont la création a été proposée dans le rapport Grand Age et Autonomie mentionné ci-dessus, sous réserve qu'elle s'inscrive bien dans la logique de point d'entrée unique, simple, identifié et lisible pour les usagers et les professionnels et qu'elle organise l'appui aux solutions concrètes.

2.1.2 Assurer le fonctionnement du SPTA grâce à des outils rénovés et articulés

- **En premier lieu, il reposera sur un outil partagé de suivi des parcours des personnes prises en charge et de leurs aidants :**

Des outils facilitant le suivi et l'accompagnement de la personne âgée et/ou en situation de handicap ont déjà été déployés dans le cadre des dispositifs de coordination existants ou au sein des établissements de santé par exemple. Mais les acteurs partagent le constat que ces outils fonctionnent aussi en silo, par type de pathologie par exemple, alors que les personnes âgées et/ou en situation de handicap souffrent le plus souvent de poly pathologies. Ils induisent donc de la complexité pour les professionnels, mais potentiellement aussi pour les usagers utilisateurs (télésurveillance) et ne permettent alors pas un suivi efficient du parcours de la personne. Il n'y a pas toujours de lien entre les outils des structures sanitaires et ceux des structures médico-sociales ou des dispositifs de coordination, alors que c'est indispensable pour éviter les ruptures en phase de transition.

Le plan personnalisé de soins (PPS), expérimenté dans le cadre des expérimentations PAERPA et ayant été adapté par la HAS en un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), a vocation à planifier les prises en charges complexes grâce à une évaluation de la situation de l'utilisateur prenant en compte les dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale. Mais son utilisation par les acteurs de terrain n'est pas systématique, le nombre et le profil des professionnels pouvant participer à sa rédaction mériterait d'être élargi (notamment professionnels du secteur médico-social, intervenant à un moment ou à un autre dans la prise en charge d'un des besoins de la personne –aide à domicile, acteur de l'adaptation du logement, soutien de l'aidant-).

De tels outils ont aussi été mis en place dans le cadre du dispositif d'orientation permanent et de réponse accompagnée pour tous, pour suivre les parcours des personnes en situation de handicap complexe.

Par ailleurs, en déploiement progressif depuis 2015, le programme système d'information (SI) commun des MDPH (SI MDPH) vise à moderniser, à harmoniser et à simplifier l'ensemble des processus métier qui permettent aux MDPH d'instruire et de suivre les demandes de leurs usagers, mais également l'ensemble des échanges avec leurs partenaires. La phase 2 du programme, qui s'achève, prévoit des mises aux normes législatives et de nouvelles fonctionnalités qui amélioreront la qualité du service rendu à l'utilisateur et l'organisation du travail des professionnels. Le SI MDPH permet aussi désormais de mieux suivre les orientations en établissement. La CNSA est désormais chargée de piloter la mise en place d'un système d'information répondant aux mêmes objectifs pour l'APA (SI APA). Ces deux systèmes d'information alimenteront les outils nécessaires au suivi des personnes âgées, en situation de handicap et de leurs aidants, dans une perspective de simplification de leur urbanisation et du travail des professionnels.

Dès lors, l'outil utilisé dans le cadre du SPTA aura pour objectif de permettre un suivi actif, « en temps réel », des principaux épisodes du parcours de la personne âgée et/ou en situation de handicap, en rassemblant et en mettant à jour les informations nécessaires à son suivi sanitaire, social et médico-social, à savoir en particulier les évaluations de sa situation, les planifications de sa prise en charge, les signaux faibles permettant d'anticiper l'évolution de ses besoins, son environnement quotidien de vie. Cet outil de suivi sera un facteur clé de la réussite de la coordination des professionnels de terrain et de la mise en place d'un véritable accompagnement de la personne dans son parcours de vie. A cette fin, sa mise en place devra être systématique, quel que soit le degré de complexité de la situation individuelle. Si un mécanisme de sécurisation des données individuelles est indispensable, dès lors que l'outil de suivi sera utilisé dans les différents lieux du parcours de la personne, il ne devra pas aboutir à une utilisation trop complexe pour les professionnels.

Dans un objectif d'efficience et de simplification, les outils existants devront être valorisés, étendus et partagés entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, dès lors qu'ils permettront bien de remplir les objectifs du SPTA.

Les collectivités territoriales étant parties prenantes à la gouvernance, à la mise en place et au suivi du SPTA, elles devront être associées, de même que les professionnels qui les utiliseront, à l'élaboration d'un cahier des charges définissant les items essentiels de cet outil de coordination (partage entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, type de données nécessaires au suivi réactif du parcours de la personne...).

Recommandation n°2 Poursuivre et adapter aux objectifs du SPTA la mise en place d'un outil, système d'information, de suivi actif du parcours de la personne âgée et/ou en situation de handicap ainsi que de leurs aidants, partagé entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et recensant les informations nécessaires à un accompagnement efficient et coordonné de la personne dans son parcours de vie. Le SI MDPH et le futur SI APA alimenteront cet outil, dont les principaux items sont définis dans un cahier des charges, qui fait l'objet d'une élaboration concertée entre professionnels de terrain (en lien avec les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé³⁷) et acteurs institutionnels du SPTA.

- **En second lieu, le fonctionnement du SPTA supposera des évaluations partagées, afin d'éliminer la redondance des démarches pour les usagers, d'assurer une meilleure efficience des interventions des acteurs et de limiter les délais d'obtention des aides :** la généralisation de la reconnaissance mutuelle des évaluations de la perte d'autonomie entre conseils départementaux et caisses de retraite (voir partie 1.1) est dans cet objectif un impératif.

³⁷ GRADeS. Ils assurent une expertise e-santé pour les territoires et accompagnent les professionnels de santé dans la transition numérique sur leur métier. Ils garantissent la finalité d'améliorer la qualité des soins, le respect de la sécurité et de la confidentialité des données de santé et le développement des usages de services numériques de santé en région.

Au-delà, le SPTA devra permettre de mettre en place les conditions d'une évaluation prenant en compte globalement le parcours de vie de la personne et de ses aidants, en s'appuyant notamment sur une révision des outils d'évaluation (grilles AGGIR, PATHOS, outil GEVA) en vue de l'ouverture des droits en matière d'autonomie. Les grilles actuelles d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap sont actuellement nombreuses, leur complexité voire leur inadaptation aux situations (trop sanitaires, ou pas assez sociales) est un constat partagé par les évaluateurs, qui sont souvent amenés à les adapter. La révision des outils d'évaluation aura pour objectif de mettre en place un outil permettant une évaluation équitable entre les personnes et les territoires, même s'il supposera des rééquilibrages dans la durée. Il devra être simple d'utilisation pour des professionnels issus de différentes structures et intervenant de manière coordonnée, être gradué en fonction de l'évolution des besoins. Les professionnels amenés à l'utiliser devront être formés dès lors qu'ils participeront au SPTA. Au regard de la complexité des travaux à mener, des enjeux pour les personnes et la collectivité (de l'évaluation découle l'attribution et le financement des aides), la désignation d'un groupe d'experts travaillant selon des objectifs et des délais fixés en amont sera indispensable.

Recommandation n°3 Mettre en place les conditions d'une évaluation prenant en compte globalement la situation de la personne, en s'appuyant notamment sur une révision des outils d'évaluation (grilles AGGIR et PATHOS) en vue de l'ouverture des droits en matière d'autonomie.

- **Par ailleurs, le SPTA mettra en place ou valorisera des outils nécessaires à l'appui aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social**, pour définir les solutions concrètes au profit des personnes âgées et en situation de handicap ainsi que de leurs aidants. Est ainsi mis à disposition puis à jour en son sein un répertoire opérationnel des ressources du territoire. Il s'agira d'organiser les conditions d'une réflexion entre professionnels sur la définition de solutions concrètes et adaptées à chaque situation d'usager. Sera favorisée à cette fin la participation proactive à des échanges sur l'observation des ruptures de parcours, des situations complexes, en lien avec les autres dispositifs de coordination du territoire (notamment le DAC), dans une logique de partage de bonnes pratiques et d'innovations, qui peut aussi l'amener à être force de propositions vis-à-vis des instances locales et nationales pour l'amélioration de l'offre de services à destination des personnes âgées et en situation de handicap.

Recommandation n°4 Faire du SPTA un « booster » favorisant, au niveau local, les innovations des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, au profit de l'accompagnement de l'autonomie.

2.2 Une démarche participative de la personne et des acteurs

2.2.1 Rendre effectif, pour et avec la personne âgée ou en situation de handicap, son parcours d'autonomie et de vie

[83] **La personne et ses aidants, dans leur milieu de vie**, ont un droit à un parcours global de la prévention à la fin de vie, intégrant une double dimension de prise en charge sanitaire et sociale/médico-sociale. Ce parcours d'autonomie de vie, réconciliant cette double dimension sanitaire et sociale, leur apporte des droits formels et des solutions concrètes répondant à leurs besoins et à leurs attentes. Par définition le droit au parcours est un droit à être écouté, à construire son parcours.

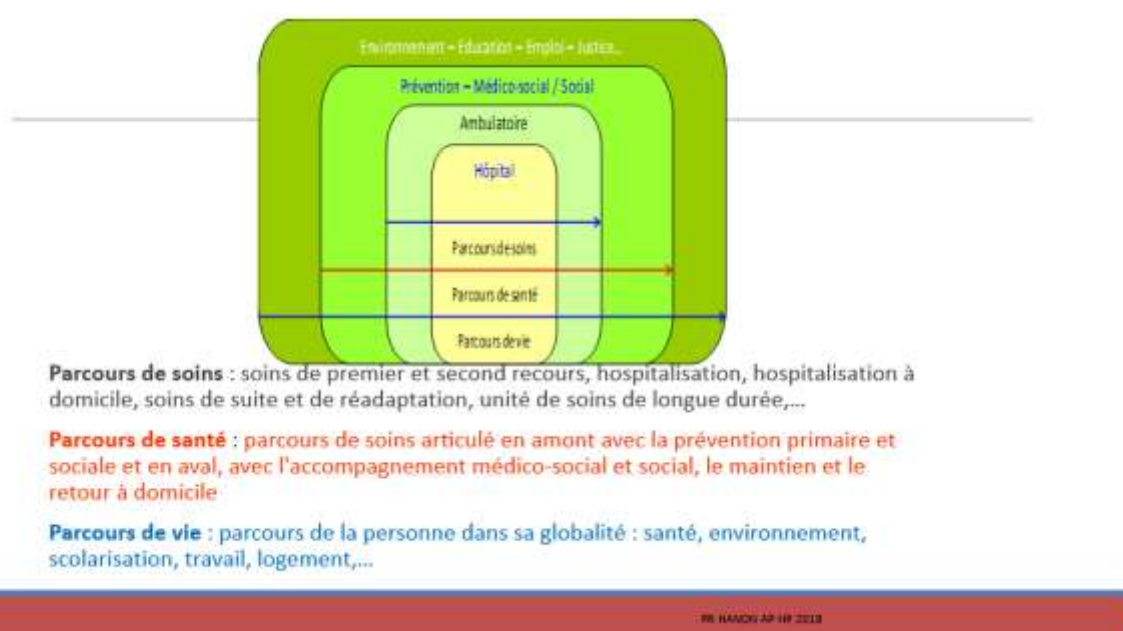
[84] Ce droit à un parcours de vie, librement choisi, à une autonomie entendue dans toutes ses dimensions (fonctionnelle, sociale, de santé), est une condition de l'accompagnement à domicile, dans le milieu de vie ordinaire, et surtout un élément de citoyenneté et d'inclusion dans la communauté sociale. Il s'agit d'un droit à un « *projet de vie* », tel que défini par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, construit selon l'expression de la volonté, des attentes, des aspirations de la personne. C'est parce que l'exercice de ce droit dépend largement de l'entourage et des soutiens que sont les structures collectives et les aides et services que la société propose qu'il doit être fondamentalement respecté.

[85] D. Piveteau, dans son rapport « *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change* », en date du 15 février 2022, a souligné que « *Toute personne humaine a le droit et l'aspiration à s'affirmer elle-même comme personne, à entrer en relation avec son entourage et à participer, fût-ce de façon infime ou discrète, au monde qui l'entoure, en étant, précisément, respectée par lui comme une personne. Très particulièrement pour celles des personnes que le regard social tend le plus à ignorer ou à dévaloriser.* » (...) « *Il est du devoir de toute société – car relevant du sens même de ce que signifie « faire société » - de travailler en permanence sur elle-même (sur ses règles, ses priorités budgétaires, ses valeurs affirmées ...) pour concrétiser l'aspiration dite plus haut* ».

[86] Le respect de ce droit suppose une réconciliation des prises en charge sanitaire d'une part, ainsi que sociale et médico-sociale d'autre part, que le SPTA devra organiser.

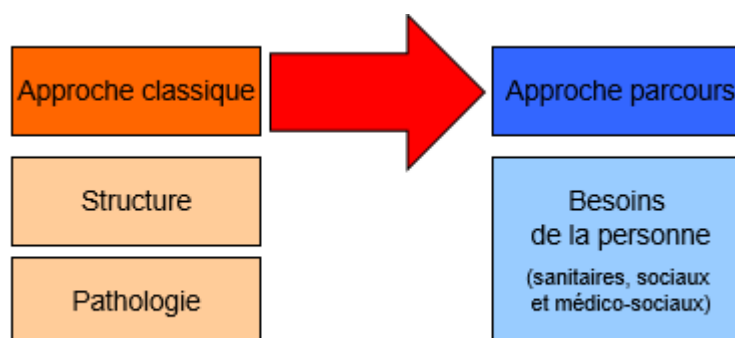
[87] D. Piveteau, dans son rapport mentionné ci-dessus, précise à propos des parcours que « *c'est la personne en situation de handicap qui doit pouvoir composer son parcours, en fonction de son besoin et de l'évolution de celui-ci, à partir d'une offre de prestations modulaires offertes par des établissements ou services qui doivent veiller à coordonner leurs interventions* ».

Schéma 8 : Description du parcours de vie des personnes âgées et en situation de handicap



Source : Atelier MDA. Avril 2021. Professeur Hanon. AP-HP.

Schéma 9 : Approche par parcours de vie



Source : Mission.

[88] Dès lors, les services intégrés au SPTA devront avoir envers la personne une démarche large de préservation de l'autonomie, de bienveillance, au-delà de la gestion de la demande de droits.

- Ils développeront une approche individualisée et adaptée du service rendu à la personne à partir de ses besoins et de leur évolution, concrétisée par une réponse préventive et structurelle.
- Ils prendront en compte le savoir des personnes accompagnées, des aidants, la connaissance fine de ces derniers des attentes, des besoins des personnes et leur évolution, dans la définition du type d'accompagnement.

- Ils s'inscriront dans une logique de réactivité, de continuité et de suivi de l'accompagnement. En effet, le parcours de vie n'est pas linéaire mais se développe le plus souvent en boucle, rendant indispensable une organisation permettant une réactivation du soutien au moment et au lieu adéquats, sans réévaluation de la situation à son commencement.
- Ils garantiront l'effectivité et la proximité des services attendus.
- Ils assumeront une responsabilité conjointe des professionnels autour des personnes, âgées ou/et en situation de handicap, en sorte de ne laisser personne sans accompagnement et de favoriser des solutions inclusives et respectueuses du choix de vie des personnes et leurs proches.

[89] Comme l'a précisé D.Piveteau dans son rapport « *Zéro sans solution* » mentionné ci-dessus, le service public doit être « *accompagnant à l'égard des situations de fragilité* », il doit assurer une fonction de vigilance (prendre l'initiative sans attendre l'urgence ou le dernier moment), de coordination (organisation cohérente des actions des intervenants dans l'intérêt de la personne fragile et dans un objectif d'efficience de l'action collective) et de soutien, de renforcement des capacités (pour élever le niveau de choix, d'influence et de contrôle de la personne sur son parcours de vie). Le SPTA devra avoir cette finalité.

Le rapport n'a pas vocation à traiter directement, en tant que telles, les questions liées au parcours de soins, à l'organisation de l'offre sanitaire. Mais la mise en place du SPTA, avec son impératif de continuité de l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie, en situation de handicap et de ses aidants, de décroisement des acteurs, permettra de faire le lien avec l'organisation hospitalière, de faciliter la sortie de l'hôpital.

2.2.2 L'ensemble des acteurs de l'autonomie auront vocation à participer au SPTA et à s'inscrire dans sa démarche

[90] Le constat des acteurs est partagé sur le fait que si la coordination des acteurs a bien été reconnue comme un facteur de meilleure prise en charge des personnes et donc mise en place, le foisonnement des dispositifs, leur répartition encore inégale sur le territoire n'a pas encore permis d'atteindre les objectifs escomptés.

[91] **C'est pourquoi, pour optimiser la coordination des parcours de vie des personnes, il sera nécessaire que les dispositifs de coordination existants sur le territoire (DAC, CPTS, réseaux de santé, CLIC, communautés 360...) participent aux missions du SPTA et s'articulent en matière de gouvernance, de cohérence d'actions et de périmètre territorial, dans une logique de renforcement de la polyvalence.** Une meilleure articulation possible devra aussi être trouvée entre les filières de soins gériatriques³⁸, les parcours d'admission directe non programmée des personnes âgées en service hospitalier³⁹, les dispositifs d'accès aux soins hospitaliers ou de ville pour les personnes en situation de handicap et le SPTA.

³⁸ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

³⁹ 5^{ème} mesure du Pacte de refondation des urgences, inscrite ensuite dans le pilier 4 du Ségur de la santé, elle fera l'objet d'un bilan annuel en 2022. Elle a bénéficié d'un accompagnement financier de 175 M€ sur la période 2019-2022.

[92] Ainsi, tout dispositif contribuant à l'accueil, l'information, l'orientation, la mise en relation, l'attribution des prestations, l'appui aux solutions concrètes et la prévention de la perte d'autonomie aura vocation à intégrer le SPTA. Par exemple, la conférence des financeurs des actions de prévention de la perte d'autonomie et le DAC intégreront le SPTA. Cette intégration ne remettra pas en cause leur existence et ils devront continuer à assurer leurs obligations légales. Les dispositifs de droit commun, contribuant à une réponse globale et inclusive aux usagers dans une logique de parcours d'autonomie de vie, en particulier les acteurs de l'insertion professionnelle, de l'emploi, de l'éducation (pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, enjeu fort d'inclusion dans la vie ordinaire) s'articuleront avec le SPTA.

[93] Dans cette logique d'optimisation, tout nouveau dispositif ou action concourant, modifiant ou en lien avec les missions du SPTA sera mis en cohérence pour articuler, assurer une homogénéité et une bonne efficience et lisibilité du nouvel ensemble.

[94] Cette articulation des acteurs se traduira nécessairement par une responsabilisation individuelle et collective au niveau populationnel.

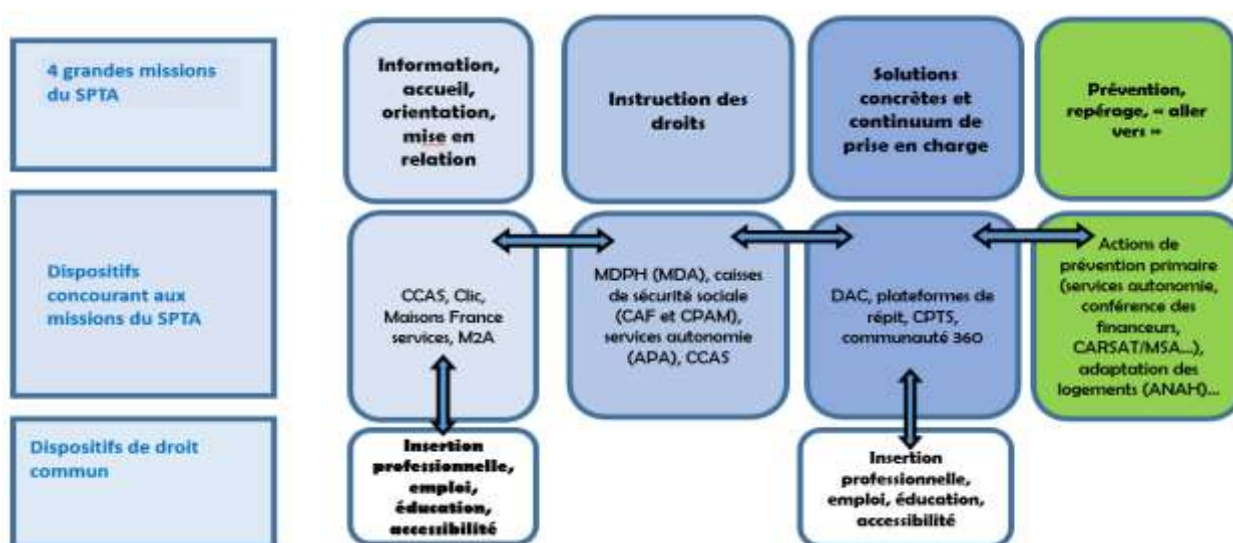
[95] Elle sera porteuse aussi de simplification de la gouvernance et des interventions des professionnels.

Recommandation n°5 Mettre en place les conditions pour assurer la coordination effective entre l'ensemble des professionnels et acteurs des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, au sein du SPTA.

Recommandation n°6 Prévoir l'intégration au SPTA des dispositifs contribuant à l'accueil, l'information, l'orientation, la mise en relation, l'attribution des prestations, l'appui aux solutions concrètes et la prévention de la perte d'autonomie, sans remise en cause de leur existence ni de leurs obligations légales. Prévoir l'articulation avec le SPTA des dispositifs de droit commun, contribuant à une réponse globale et inclusive aux usagers dans une logique de parcours d'autonomie et de vie.

Recommandation n°7 Créer les conditions garantissant que tout nouveau dispositif ou action mis en place sur le territoire, au service de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, soit effectivement et nécessairement articulé avec le STPA.

Schéma 10 : Les structures et dispositifs de coordination articulés dans le SPTA



Source : Mission.

2.3 Garantir la réussite du SPTA

2.3.1 Elaborer un cahier des charges national totalement axé sur le service à l'utilisateur

[96] La mise en place du SPTA sur l'ensemble du territoire national va être un défi : comment concilier l'exigence d'équité sur l'ensemble du territoire et la diversité évidente de ceux-ci, des organisations, de l'histoire de construction des réponses sur le terrain ?

[97] Deux écueils sont à éviter absolument : une « planification » nationale d'un schéma qui serait à « plaquer » partout – c'est l'échec assuré - ; un « laisser-faire » qui se contenterait d'indiquer une direction : il est certain que seuls les territoires les plus motivés suivront le mouvement et que les réalisations seront tout aussi hétérogènes qu'elles le sont aujourd'hui.

[98] La méthode proposée pour éviter ces écueils est la suivante :

- **Un cahier des charges national, totalement axé sur le service à l'utilisateur, dans les quatre blocs de mission du SPTA.** Ce cahier des charges sera uniforme sur le territoire métropolitain et adapté à la réalité de chacun des départements d'Outre-Mer. Il sera élaboré et concerté avec les acteurs du SPTA au niveau national et local. Il déterminera :
 - Les principes fondamentaux de la porte d'entrée unique pour les usagers et les professionnels (lisibilité, accessibilité, universalité, célérité, cohérence des territoires d'intervention) ;
 - Le bouquet minimal de services, de missions, attendu au sein de chaque territoire, pour répondre aux besoins des usagers et des professionnels. Ce socle sera un levier pour assurer une meilleure égalité de traitement dans le respect du principe de libre administration des collectivités. Il sera centré sur l'amélioration de la qualité du service rendu ;

- L'organisation du pilotage du SPTA par le conseil départemental, l'ARS et le Préfet (voir partie 3.1) : suivi, évaluation, formation des acteurs, renforcement de l'articulation des outils de programmation, accompagnement, appui et incitation financière des acteurs.
 - Le principe que des actions puissent être menées à l'initiative des territoires, notamment pour renforcer l'offre de services locale, adaptée aux besoins, selon une ligne de partage claire entre ces actions et le socle commun et dans le respect d'un équilibre au profit de ce socle. L'enjeu est la mise en place à l'initiative des professionnels, de manière systématique et partenariale, d'actions innovantes adaptées aux territoires (EHPAD hors les murs, SSIAD renforcés pour garantir au mieux le maintien dans le milieu de vie habituel).
 - Le principe que des missions puissent être déléguées à des opérateurs, à l'exception de l'instruction et de la délivrance des droits qui relèvent d'une compétence exclusivement départementale.
- **Une organisation territoriale pour répondre à ce cahier des charges et à la main des acteurs territoriaux**, tout en respectant bien évidemment les dispositions légales gouvernant telle ou telle partie du SPTA, avec un calendrier identifié pour réaliser cette organisation et la mise en place d'un suivi avec indicateurs, sous l'égide de la CNSA, pour veiller à l'effectivité de la mise en place du cahier des charges national. Cette organisation territoriale pourra prévoir une priorisation des territoires de déploiement du SPTA (par exemple, au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville), dans le cas où une mise en place ne pourra être immédiatement généralisée sur l'ensemble du département.

Le cahier des charges visera à conjuguer une impulsion nationale forte avec une mise en œuvre territoriale, partout et coordonnée, avec pour seul but l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Recommandation n°8 Elaborer et concerter avec les acteurs institutionnels (notamment les collectivités territoriales), les professionnels de terrain et les représentants des usagers, un cahier des charges national totalement axé sur le service à l'utilisateur, dans les quatre blocs de mission du SPTA. Ce cahier des charges sera uniforme sur le territoire métropolitain et adapté à la réalité de chacun des départements d'Outre-Mer.

2.3.2 Intégrer un maximum de professionnels de terrain et d'acteurs institutionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, mobilisés par les leviers attractifs

[99] La participation des acteurs des structures sanitaires (médecins et professionnels paramédicaux), sociales et médico-sociales du territoire est indispensable pour mettre fin à la coupure systémique historique.

[100] Cette participation n'est réussie que si elle repose sur des leviers forts de mobilisation des acteurs, qui doivent trouver un intérêt à travailler ensemble, à la fois pour leur développement professionnel et au profit des personnes qu'ils accompagnent.

2.3.2.1 Mettre en place des formations interinstitutionnelles, outil de décloisonnement et de cohérence :

[101] **Personne ne remet en cause l'intérêt du « mieux travailler ensemble », facteur de décloisonnement des pratiques professionnelles. Mais personne ne remet non plus en cause le fait que les formations interinstitutionnelles (inter employeurs -public, privé lucratif et non lucratif-, inter secteurs -santé, social...- et pluri ou interprofessionnelles -professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux-), outil de ce « mieux travailler ensemble » tout au long de la vie professionnelle, sont encore peu développées.**

[102] Les causes sont multifactorielles :

- Les professions en particulier sociales et médico-sociales souffrent d'un défaut d'attractivité, la mobilité des personnels est par conséquent forte (ce qui nécessite des adaptations à l'emploi), et il est difficile de dégager du temps de formation sans pouvoir organiser un relais dans l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap ;
- Le secteur social et médico-social est émietté, relevant majoritairement du secteur privé associatif, dans lequel la formation relève des branches professionnelles ;
- La culture professionnelle, la façon de travailler, les représentations de la prise en charge des soins, du travail social et médico-social, ne sont pas par habitude partagées.
- Les acteurs de la formation sont nombreux (conseil régional, branches professionnelles, opérateurs de formation publics et privés...) et les canaux de financement, qui sont spécifiques à chacun, constituent en eux-mêmes une forme de silo et de complexité juridique et financière pour la mise en place de formations croisées.

[103] **Pour autant, la mission a pu constater que le travail du secteur de l'aide et de l'accompagnement est dans un mouvement de transformation**, avec une diversification des métiers, une extension du périmètre d'intervention et donc de nouveaux besoins de compétences. Cette transformation s'est matérialisée en particulier dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, avec le déploiement de deux plans de formation, d'une part en direction des travailleurs sociaux pour les accompagner dans l'évolution de leur rôle au regard des nouvelles formes de pauvreté et, d'autre part, des professionnels de la petite enfance, issus des services de l'Etat et des collectivités territoriales⁴⁰.

[104] Des approches transversales sont aussi développées dans les formations initiales pour favoriser le décloisonnement des secteurs d'intervention⁴¹ avec un objectif prioritaire de

⁴⁰ Le plan de formation des travailleurs sociaux démarré à la fin de l'année 2020, a pour objectif de former 50 000 professionnels. Celui en faveur des professionnels de la petite enfance en a formé 40 000 et vise les 600 000 professionnels de l'accueil individuel et collectif. Des formations de ce type ont aussi été mises en place dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme, des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes, du plan national de prévention de la radicalisation...

⁴¹ Le décret n° 2018-733 du 22 août 2018 modifie les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives aux diplômes du travail social s'agissant du contrôle de la formation, de la validation des acquis de l'expérience et de l'agrément des établissements de formation. Le décret n° 2018-734 du 22 août 2018 précise les dispositions relatives au socle commun des formations du travail social et définit l'organisation des formations en vue de l'obtention des diplômes d'État du travail social qui confèrent le grade de licence. Ce socle commun a notamment pour finalité de faciliter la

coopération et de nouvelles pratiques pédagogiques, associant savoir académique, pratique et issu de l'expérience des personnes. Mais ces évolutions pourtant essentielles sont encore peu déployées en pratique.

[105] Or, les formations interinstitutionnelles ou croisées contribuent à la meilleure compréhension réciproque des logiques de chacun des acteurs, au partage des cultures professionnelles, en particulier dans un contexte de mise en place d'un projet de territoire comme le SPTA. Il s'agit d'un outil de décroisement entre les organisations, les métiers, les professionnels. Ces formations s'avèrent essentielles à la mise en place du SPTA et de parcours d'accompagnement coordonné, où les professionnels de terrain mais aussi les acteurs institutionnels doivent plus travailler ensemble.

[106] **Ces formations interinstitutionnelles dans le cadre du déploiement du SPTA supposeront :**

- **La définition des professionnels concernés, à savoir :**
 - Les professionnels de terrain, intervenant dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales (SSIAD, SPASAD, CCAS, équipes mobiles gériatriques, équipes relais handicap rares, hôpital, services d'hospitalisation à domicile...), les associations, à la fois les acteurs « noyau dur du SPTA » et leurs partenaires ;
 - Les acteurs administratifs des ARS et des conseils départementaux, les élus des établissements et services.
- **La définition des objectifs et le contenu de ces formations :**
 - Les formations des professionnels de terrain porteront sur des thématiques communes, soit organisationnelles (coordination, notion de parcours, travail en commun, utilisation des outils numériques partagés de suivi des parcours...), soit liées aux métiers, par exemple l'« aller-vers », l'accompagnement des personnes, la prise en charge des handicaps complexes, la prévention. Sur ce dernier thème, la Cour des Comptes, dans son rapport relatif à la prévention de la perte d'autonomie, a mis l'accent sur l'enjeu de formation des intervenants à domicile chargés de l'évaluation au diagnostic des besoins d'adaptation du logement, sur l'enjeu de formation des professionnels de santé libéraux, médecins et paramédicaux, à la surveillance en routine de signaux faibles de la fragilité clinique et sociale.
 - Les formations des acteurs administratifs porteront sur la compréhension des enjeux de chacun et les moyens d'avancer vers des enjeux communs partagés.
 - Les formations pourront impliquer les usagers, comme dans le champ de la santé (patients experts).

- **La conception d'outils nationaux de financement, de formation et de pilotage :** un portage national par la CNSA, sur la base d'un cahier des charges, permettra d'insuffler la dynamique territoriale pour déployer ces formations (organisation du partenariat sur la base de signature de conventions nationales, mise en place d'un circuit de financement adapté, coordination du pilotage du projet et mise en place de l'ingénierie de suivi du projet)⁴². Ce rôle de pilote du déploiement de ces formations est pleinement légitime au regard des missions de la caisse dans le cadre de la cinquième branche et du rôle d'appui, de diffusion des bonnes pratiques qu'elle jouera auprès des territoires pour le déploiement du SPTA (voir partie 3.2).
- **Les modalités d'organisation de ces formations, sur les territoires :** au plus près des acteurs concernés, dans une logique de partage de culture commune de proximité et en prenant en compte leur disponibilité limitée.
- **Les types de formations :** formations de formateurs, formation-actions à partir de situations concrètes pour mieux identifier le rôle des professionnels de secteurs différents sur le même territoire, banque de ressources en ligne au niveau national.

[107] Les formations continues devront être activées en priorité car le besoin d'un socle commun de connaissances qui permet de travailler ensemble autour de la personne âgée et en situation de handicap est immédiat. Pour autant, les évolutions de cursus initiaux de formation en travail du secteur de l'aide et de l'accompagnement devront se poursuivre en lien avec la transformation des métiers, même si elles supposent des temps plus longs.

Recommandation n°9 Mettre en place, sur la base d'un cahier des charges et d'un pilotage national par la CNSA, un programme de formation continue commune des agents publics (ARS et conseil départemental) et des professionnels de terrain des secteurs sanitaire, social et médico-social visant à partager les cultures professionnelles et ainsi renforcer le travail en commun et la coordination des acteurs, au profit d'un accompagnement efficient des personnes âgées et en situation de handicap dans leur parcours de vie.

2.3.2.2 Légitimer les délégations départementales des ARS dans le pilotage des politiques de l'autonomie et du SPTA, aux côtés du conseil départemental chef de file

[108] Il existe actuellement une dichotomie dans le niveau territorial de pilotage des politiques de l'autonomie : l'ARS est chargée du pilotage de la politique de santé et de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à un niveau régional et le conseil départemental est chef de file des politiques de l'autonomie, à un niveau départemental. Les délégations territoriales de l'ARS sont considérées par les instances départementales comme disposant d'une marge de manœuvre insuffisante et donc uniquement comme un « relais » vers un échelon régional arbitre. Cette dichotomie alimente les tensions, les incompréhensions entre services de l'Etat et du département et renforce le cloisonnement des acteurs.

⁴² Un modèle d'organisation et de financement de ce type a été mis en place par la CNSA entre 2015 et 2017 pour la formation interprofessionnelle sur la scolarisation des enfants en situation de handicap.

[109] La garantie du fonctionnement du SPTA reposera sur un pilotage et une gouvernance entièrement partagée entre ARS et conseil départemental, au niveau départemental. Quelle que soit l'organisation retenue localement par l'ARS pour la vice-présidence du SPTA, les délégations départementales des ARS devront disposer d'une pleine légitimité, être reconnues par les conseils départementaux en tant qu'acteur-décideur du territoire.

[110] Elles devront à cette fin démontrer qu'elles disposent de la connaissance des problématiques locales, sont à l'écoute du territoire, des usagers et des élus et montent en capacité pour construire des politiques territoriales. Elles devront faire évoluer les métiers de la tarification des établissements à la négociation et au copilotage de projets.

[111] Elles devront, de même que les agences régionales, faire évoluer leurs organisations internes pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours. Un « référent parcours/autonomie », légitime, pourra être désigné par le directeur de la délégation départementale, pour être interlocuteur contact des conseils départementaux.

[112] C'est ainsi qu'elles renforceront aussi leur attractivité.

Recommandation n°10 Légitimer les délégations départementales des ARS dans le pilotage des politiques de l'autonomie et du SPTA, aux côtés du conseil départemental chef de file, en adaptant leurs organisations internes aux logiques de parcours et en renforçant l'attractivité des métiers.

2.3.3 Rapprocher de manière adaptée les modes d'accompagnement des personnes âgées, en situation de handicap et de leurs aidants

[113] Le SPTA s'adressera aux personnes âgées et en situation de handicap, ainsi qu'à leurs aidants. Il s'inscrira donc dans une logique de rapprochement des missions en faveur de ces deux publics, dans la suite de ce que les MDA, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les DAC ont initié.

[114] Pour autant, la généralisation des communautés 360 en 2022 vise aussi à fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap et de leurs aidants pour apporter une réponse à leurs besoins. Et par ailleurs, les logiques de prises en charge des personnes âgées et en situation de handicap conservent certaines spécificités compte-tenu des besoins différents des publics concernés, ayant trait :

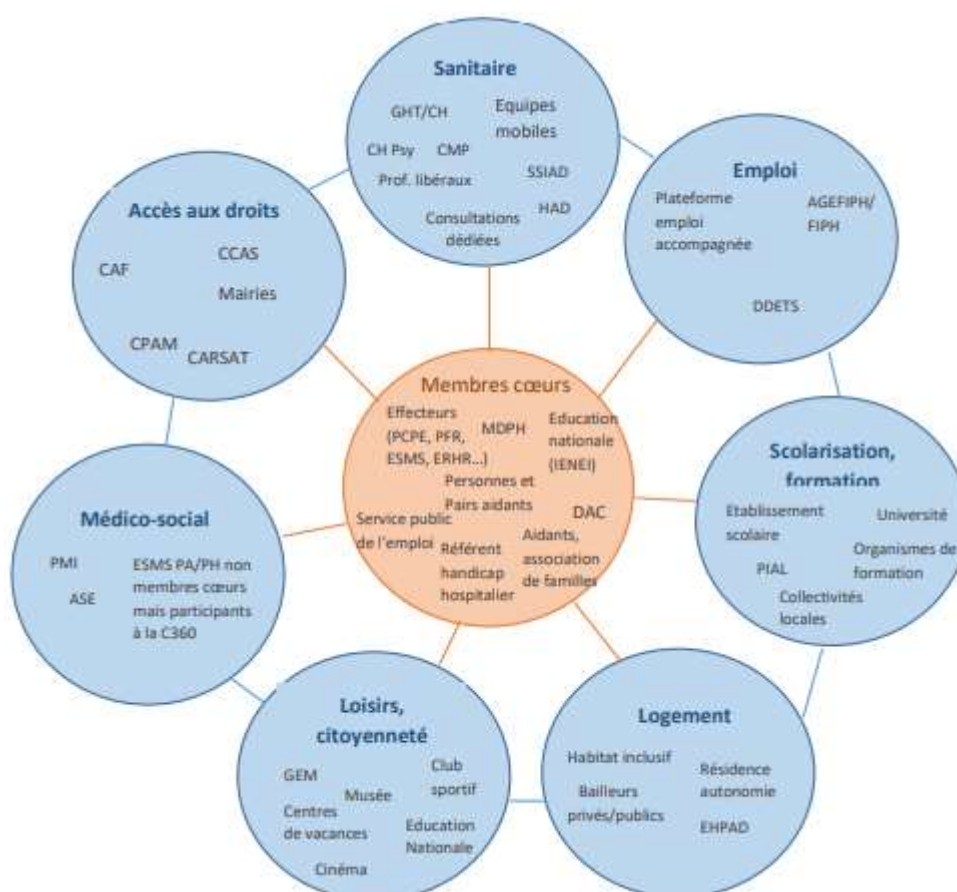
- Au traitement, au suivi et à l'accompagnement ;
- A la temporalité des prises en charge ;
- Au degré d'individualisation des prises en charge, plus fort pour les personnes en situation de handicap ;
- A l'approche de l'autonomie, étroitement liée, pour les personnes en situation de handicap, aux dispositifs de droit commun, en particulier en termes d'éducation et d'emploi ... ;

[115] Toutefois, les dispositifs spécifiques aux personnes en situation de handicap ont vocation à intégrer le SPTA car celui-ci rassemblera l'ensemble des missions en faveur des parcours des personnes âgées et/ou en situation de handicap qui peuvent se regrouper car répondant aux mêmes objectifs. Ce regroupement n'empêche pas la spécificité de la réponse apportée à chacun des publics.

Le service public territorial de l'autonomie créera les conditions du dialogue :

- Entre acteurs d'une chaîne d'actions au bénéfice de l'accompagnement d'une personne dans son parcours d'autonomie :
- Entre acteurs d'une chaîne d'actions au bénéfice de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Schéma 11 : Les membres cœur de la communauté 360 et leurs partenaires



Source : CIRCULAIRE N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

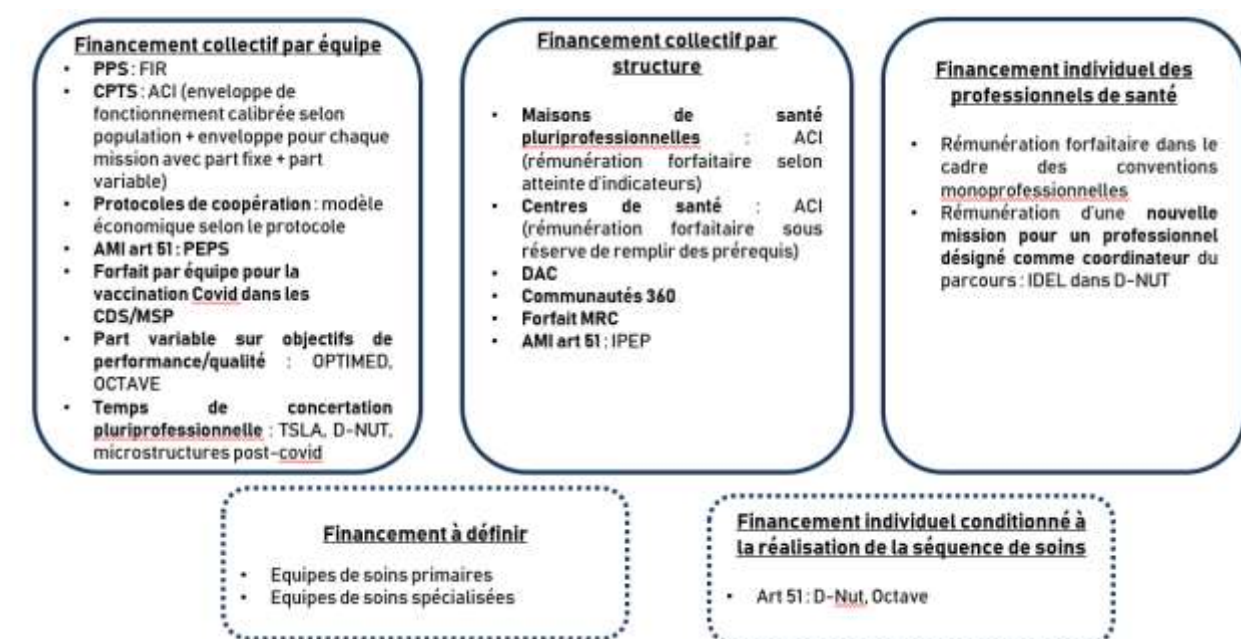
2.3.4 Prendre en compte les financements existants pour attribuer des financements supplémentaires au SPTA

[116] Le SPTA sera une organisation nouvelle ayant pour objectif de créer les conditions d'une meilleure coordination des acteurs de l'autonomie, institutionnels et professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales existantes, des dispositifs de coordination, dans un ensemble cohérent, articulé et interdépendant. Dès lors, une grande partie de ses missions est déjà financée :

- **Les dispositifs de coordination existants font déjà l'objet de financements :** financements collectifs par équipe (PPS, CPTS, vaccination COVID dans les centres de santé/maisons de santé pluridisciplinaires –MSP-...), par structure (MSP, centres de santé, DAC, communautés 360...), financement individuel des professionnels de santé (rémunération forfaitaire dans le cadre conventionnel, rémunération d'une mission de coordonnateur de parcours). Ces différents financements ne sont *in fine* pas toujours suffisamment lisibles pour les acteurs, ils ne sont pas toujours assez incitatifs à la coordination des professionnels. L'absence de fongibilité de la majorité des crédits du fonds d'intervention régionale (FIR) et l'absence d'identification dans le PMSI des actions de coordination effectuées en amont ou en aval du séjour hospitalier rend les financements de la coordination difficiles.

Par ailleurs, des réflexions sur des modes de financement sont en cours (notamment sur le modèle d'allocation de ressources des DAC). Des expérimentations dites « de l'article 51 » (paiement en équipe de professionnels de santé en ville –PEPS- et incitation à une prise en charge partagée –IPEP-) sont aussi en cours, elles feront l'objet d'une évaluation pour statuer sur leur généralisation.

Schéma 12 : Etat des lieux des types de coordination existantes et de leurs financements



Source : DSS 2022

- **Certaines structures et outils (MDPH, conférences des financeurs...) qui seront partie prenante du SPTA font déjà l'objet de financements dédiés.**

[117] **Compte-tenu de l'ensemble des financements existants, des expérimentations et réflexions en cours sur des financements plus appropriés à la coordination, les financements supplémentaires nécessaires au fonctionnement du SPTA seront modestes.** Ces moyens supplémentaires ne devront pas venir compenser les manques ou défaut de collaboration entre institutions mais être alloués uniquement pour apporter un service supplémentaire après mobilisation et engagement effectif de chacun dans ses missions.

[118] En tout état de cause, un développement homogène et sur la durée du SPTA sur le territoire supposera de pouvoir donner aux acteurs de terrain, notamment les conseils départementaux, une visibilité sur le montant et la durée des financements possibles.

[119] **Plusieurs besoins de financement peuvent être identifiés :**

- L'animation, l'accompagnement à la mise en place du SPTA (démarche de projet), au niveau local et national ;
- Les actions de coordination des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Comme précisé ci-dessus, il conviendra de tenir compte des financements existants, de leurs limites et des expérimentations en cours. La valorisation nouvelle d'actions de coordination devra reposer sur un critère d'attribution collectif, prenant en compte le travail en commun de professionnels de secteurs différents (sanitaire, avec des professionnels médicaux et paramédicaux, médico-social) et incitatif. Les financements devront être versés sur la base de l'atteinte des résultats fixés par les indicateurs.
- Les outils liés au bon fonctionnement du SPTA (outil de suivi du parcours) : prenant aussi en compte les enseignements tirés des financements des outils existants (notamment plan personnalisé de soins (PPS), le financement du renseignement d'outils de suivi du parcours devra être équivalent quelle que soit l'origine professionnelle des acteurs (médecin, professionnel paramédical, travailleur social...) et sans limitation de nombre ni de périmètre du profil des professionnels participants. Dans une logique incitative, il devra être versé en deux fois, à sa mise en place puis au premier bilan de suivi du parcours.
- Les actions de formation des acteurs (professionnels de terrain et acteurs institutionnels -agents des ARS et des conseils départementaux-, formation au « mieux travailler ensemble au sein du SPTA » et à la structuration du SPTA), que la CNSA pourrait porter (voir partie 1.3.1.1).

[120] Sous réserve de travaux d'approfondissement complémentaires, et des financements apportés à la CNSA dans le cadre de sa nouvelle COG, l'enveloppe financière nécessaire au fonctionnement du SPTA peut être estimée à 70 M€ pour l'accompagnement à la mise en place

du SPTA (démarche de projet locale et soutien à l'ingénierie nationale) et à 70 M€ pour la formation des acteurs.

[121] Cette enveloppe aurait un effet de levier, elle serait subsidiaire aux financements de droit commun sur ces postes, forfaitaire donc ne couvrirait pas l'ensemble des coûts et non reconductible. Elle serait versée au démarrage du projet, en deux fois (au lancement des travaux et à mi-parcours après présentation des premières actions).

Recommandation n°11 Prendre en compte les financements des différents dispositifs et outils de coordination existants ainsi que leurs limites pour attribuer des financements pour le déploiement du SPTA, dès lors qu'ils concernent des actions ou outils nouveaux, dans une logique d'effet de levier. Prévoir une enveloppe forfaitaire pour chaque département, dédiée notamment aux actions de formation des acteurs et à l'accompagnement au déploiement du SPTA, versée au démarrage du projet et à mi-étape.

3 Décloisonner la gouvernance de la politique de l'autonomie au profit du renforcement de la continuité des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

3.1 Une gouvernance du SPTA traduisant une approche territorialisée renouvelée des politiques de l'autonomie

3.1.1 L'enchevêtrement actuel des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux nuit à une mise en œuvre efficiente des politiques territoriales de l'autonomie

[122] **Le cloisonnement des politiques sanitaires d'un côté, et sociales et médico-sociales de l'autre, est historiquement un des sujets les plus complexes.** Il a pour conséquence un enchevêtrement d'une grande diversité de dispositifs mis en place pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap, obéissant à des décideurs, des financeurs et des pilotes différents et peu coordonnés. Malgré un réel investissement des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain, l'organisation actuelle est peu lisible et ne prend pas en compte les besoins de la personne de manière équitable. Elle est par ailleurs fortement consommatrice de ressources publiques en raison des coûts élevés de coordination qu'elle génère.

[123] **Les instances de pilotages existantes ont montré leurs limites pour garantir une bonne coordination des acteurs visant à assurer une stratégie partagée d'actions d'accompagnement des personnes sur la base de leurs besoins.** Selon L. Vachey, dans son rapport mentionné ci-dessus relatif à la création de la branche autonomie, *« la capacité de la commission médico-sociale régionale⁴³ à générer une vision commune des besoins, des évolutions de l'offre nécessaires et les modalités d'une mise en œuvre harmonisée des réponses est très diverse selon les territoires et dans l'ensemble dépendante de la bonne volonté des parties prenantes. Il n'existe pas d'exercice conjoint au niveau départemental, voire infra-départemental, de programmation de l'offre et de son évolution. »*

[124] **Par ailleurs, la multiplication des dispositifs de coordination dans le champ des politiques de l'autonomie a abouti à la multiplication des instances de gouvernance spécialisées,** soit au profit des personnes âgées (conférences des financeurs des actions de prévention de la perte d'autonomie) ; soit au profit des personnes en situation de handicap (dispositif d'orientation permanent dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous –RAPT-, comité territorial départemental –COTER-⁴⁴ autour des communautés 360), soit en faveur des deux publics (MDA), soit de tout public (DAC, CPTS). Ces différentes instances peuvent partager les mêmes objectifs globaux sans pour autant partager en amont de leur mise en œuvre les actions à engager pour

⁴³ Article D.1432-6 du code de la santé publique : la commission médico-sociale régionale est une commission de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux. Elle est chargée de préparer un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale, de contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution, de proposer des priorités dans le champ médico-social, d'émettre un avis sur le PRIAC et de faire des propositions sur la qualité des accompagnements et des conditions d'accès des personnes en perte d'autonomie et handicapées. Elle comprend notamment le directeur de l'ARS ou son représentant, le représentant du préfet de région, des représentants des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale.

⁴⁴ Piloté par le Préfet de département et le directeur général de l'ARS (le cas échéant représenté par le directeur de la délégation départementale) et co-piloté avec le conseil départemental, sa mission est d'assurer la cohérence de l'ensemble des politiques publiques et actions mises en place sur les territoires en faveur des personnes en situation de handicap, dans le cadre de la mise en place des communautés 360.

atteindre ces objectifs. L'inflation récente des dispositifs de coordination et des instances qui les pilotent interroge sur son efficacité dans le déploiement de parcours coordonnés d'accompagnement.

[125] **Ce constat d'enchevêtrement des dispositifs prévaut aussi, par voie de conséquence, s'agissant des outils de programmation,** tels que les programmes régionaux de santé (PRS) et les schémas votés par les assemblées départementales, ce qui ne facilite pas non plus la coordination des stratégies des acteurs : le renouvellement des PRS tous les cinq ans ne s'opère pas nécessairement en même temps que celui des schémas votés par les assemblées départementales, dont le périmètre peut par ailleurs varier (personnes âgées et/ou en situation de handicap, schéma intégrant ou non l'aide sociale à l'enfance et les politiques d'insertion).

[126] **Face à ce constat, est très souvent avancée l'idée de désigner un pilote exclusif des politiques de l'autonomie. Mais cela repose sur une vision tronquée, obsolète, inadaptée aux modalités d'aujourd'hui et aux ambitions de demain.** Si l'on admet que la politique de l'autonomie embrasse tout aussi bien le parcours de santé que le parcours de vie de la personne, et que l'une ne va pas sans l'autre, alors il faut bien mobiliser simultanément et dans la durée les acteurs de soins et les acteurs du secteur social et médico-social ; il faut bien faciliter l'exercice de l'ensemble des droits sanitaires et sociaux ; il faut bien trouver des solutions concrètes à la sortie de l'hôpital sur la continuité des soins mais aussi tenant compte de l'éventuel isolement.

Notre système de santé est national sous la houlette de l'Etat, notre accompagnement social repose largement sur les collectivités locales et les caisses de sécurité sociale.

Il faut que l'ensemble soit coordonné sur un territoire, sans pour autant remettre en cause le partage des compétences et les responsabilités de chacun.

[127] Le SPTA, avec sa gouvernance renouvelée et décloisonnée, son rôle de rassemblement des acteurs de l'autonomie autour du parcours de vie des personnes, dépassera ce cloisonnement historique. Le maintien d'un chef de file des politiques de l'autonomie, incarné par le conseil départemental, fait partie de l'histoire de nos politiques de l'autonomie et est nécessaire à leur pilotage territorial. Mais il n'est pas suffisant et le SPTA incarnera une nouvelle gouvernance conjointe des politiques territoriales de l'autonomie associant, à un même niveau, le conseil départemental et l'ARS. Son enjeu est aussi de répondre à la demande de simplification, de lisibilité des professionnels et des usagers.

[128] Le SPTA s'inscrit dans le sens des orientations du Ségur de la santé, préconisant de renforcer le dialogue territorial avec les élus, ainsi que des dispositions de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, qui visent notamment à conforter le rôle des collectivités territoriales dans les politiques de santé.

3.1.2 Mettre en place une gouvernance décloisonnée et simplifiée, autour d'une conférence territoriale de l'autonomie (COTEA)

[129] **La gouvernance du SPTA permettra de mettre en œuvre un pilotage stratégique territorial cohérent des politiques de l'autonomie, entre l'Etat, le conseil départemental et leurs partenaires (en particulier les municipalités), chacun légitime dans sa sphère de compétences respective,**

pour dépasser les clivages historiques et basculer vers une véritable politique du parcours de la personne âgée ou en situation de handicap. Il s'agira, au-delà du partage des objectifs stratégiques entre acteurs de l'autonomie, d'aboutir à une programmation partagée des actions (information/orientation/mise en relation des usagers, instruction des demandes d'aide, appui aux professionnels de santé et des secteurs social et médico-social/ « solutions concrètes », prévention) sur le territoire, à partir d'un diagnostic partagé des besoins.

Les règles de gouvernance du SPTA n'ont pas pour objectif de remettre en cause les choix de gestion des acteurs dans leur périmètre de compétences. Elles visent, compte-tenu de la forte imbrication des politiques de l'autonomie, à les amener à traiter ensemble, sur la base d'une contractualisation, les sujets à la frontière des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, dans l'intérêt général d'un meilleur service rendu aux usagers.

[130] Cette gouvernance territoriale refondée s'accompagnera d'une **simplification et d'une rationalisation des instances de gouvernance des dispositifs existantes portant les politiques de l'autonomie.**

[131] Elle s'appuiera d'une part, sur le réseau des ARS et, d'autre part, sur les conseils départementaux. Le SPTA étant chargé d'apporter une réponse globale et inclusive, sa gouvernance associera aussi les Préfets, en tant qu'ils mobiliseront les acteurs des politiques publiques de droit commun (insertion professionnelle, emploi) et sont délégués départementaux de l'agence nationale de cohésion des territoires (ANCT), chargés de la mise en œuvre des politiques de cohésion du territoire. Ils sont aussi co-pilotes du comité de concertation avec les élus⁴⁵ et co-décideurs du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASaP). Les Préfets auront un rôle essentiel dans la mission d'appui aux solutions concrètes du SPTA, dans son volet visant à apporter une réponse inclusive et globale aux personnes en situation de fragilité du fait de leur manque d'autonomie. La gouvernance du SPTA associera aussi les directeurs des services départementaux de l'éducation (DSDEN), en tant qu'ils mobiliseront les structures du premier et du second degré pour l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap. Le périmètre des missions de la COTEA concernera les quatre blocs d'actions du SPTA.

[132] Le rapport préconise dans cette perspective l'installation d'une **conférence territoriale de l'autonomie (COTEA) des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans chaque département. Cette instance de gouvernance aura vocation :**

- A réaliser et/ou mettre à jour, en fonction des situations locales, puis à mettre à jour régulièrement, un diagnostic partagé quantitatif et qualitatif des besoins d'une part des usagers en matière d'accueil, d'information, d'orientation, de mise en relation, de prévention et, d'autre part, des professionnels, pour l'appui à la gestion en continu des parcours et à la définition de solutions concrètes ;

⁴⁵ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- A définir et approuver, sur la base de ce diagnostic partagé, une stratégie départementale de déploiement et d'organisation du SPTA répondant aux besoins diagnostiqués et formalisée dans un schéma territorial, sur la base du cahier des charges national. Le schéma territorial pourra prévoir de déléguer des missions opérationnelles à des opérateurs, à l'exception de l'instruction et de la délivrance des droits, compétences exclusivement départementales, et en fonction des compétences présentes sur le territoire (par exemple évaluation des besoins d'aides, animation d'un lieu d'information des usagers).
- A initier, renforcer et animer les dynamiques partenariales locales pour déployer et assurer le fonctionnement du SPTA, définir ensemble et mettre en œuvre des solutions innovantes adaptées à la situation du territoire (par exemple en matière de prévention, ou pour organiser des sorties d'hospitalisation, ou même en désignant des référents identifiés pour les usagers) ;
- A établir à cette fin une programmation, concertée entre acteurs, des projets et des financements associés.

[133] En tout état de cause, **cette stratégie partagée sera mise en place dans le respect des compétences de chacun et avec les marges de manœuvre nécessaires à la prise en compte des spécificités territoriales.** Elle pourra aussi se décliner différemment au niveau infra-territorial en fonction des géographies locales (métropole, zone rurale), qui obéissent à des réalités de vie différentes et des partenariats différents. Tout comme un cahier des charges adapté à chaque département d'Outre-Mer est préconisé, la gouvernance de la COTEA pourra être adaptée aux spécificités des territoires ultra-marins.

[134] La dynamique de gouvernance du SPTA et de coordination entre l'ARS et le conseil départemental est similaire à celle existant pour l'élaboration conjointe, par le Préfet et le conseil départemental, des schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité des services au public, ou en matière de contractualisation entre les collectivités territoriales et l'Etat dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Cette dynamique est aussi similaire à celle existant pour l'élaboration, conjointement entre le président du conseil régional et le Préfet de région, du schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie⁴⁶.

[135] La COTEA aura vocation à rassembler, mettre en cohérence et coordonner les acteurs contribuant à la politique d'accueil, d'information, d'orientation des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap, dans tous les champs de l'autonomie (y compris accessibilité et adaptation du logement) et d'appui aux professionnels. Elle coordonnera en particulier les communes et/ou intercommunalités et leurs centres d'action sociale (CCAS), en tant qu'ils sont des points de contact le plus souvent privilégiés par les usagers ayant besoin d'information, les organismes de sécurité sociale (notamment caisses primaires d'assurance maladie et caisses de retraite) pour leurs politiques entrant dans le champ de l'autonomie, la MDPH ou la MDA, la communauté 360, le dispositif d'orientation permanent dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT), les dispositifs de coordination existants (en particulier les DAC) et les opérateurs auxquels certaines missions opérationnelles du SPTA auraient été déléguées. La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie y sera partie prenante pour développer les actions de prévention en cohérence avec le schéma territorial du

⁴⁶ Article L. 222-1 du code de l'environnement.

SPTA. Cette coordination large des acteurs des politiques de l'autonomie au sein de la COTEA traduit la nécessaire conception citoyenne de l'autonomie, au-delà des enjeux sanitaires et médico-sociaux.

La conférence territoriale de l'autonomie pilotera la mise en place et le fonctionnement du service public territorial de l'autonomie en rassemblant l'ensemble des acteurs concourant à ses missions.

[136] La COTEA disposera de deux niveaux de gouvernance :

- **Une instance politique**, qui pourra se réunir trois à quatre fois par an pour prendre les décisions structurantes sur le SPTA, et particulièrement au moment de sa mise en place : maillage territorial, actions à engager et financer (notamment actions innovantes), acteurs à associer. La gouvernance doit être liée à des engagements des parties prenantes sur chacune des actions décidées collectivement. Cette instance politique aura aussi un rôle de suivi de l'activité du SPTA, visant à garantir que les objectifs du schéma territorial sont atteints, sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs de pilotage, notamment de qualité de service, mis à disposition par la CNSA (voir partie 3.2).

[137] Cette instance politique sera présidée par le président du conseil départemental, qui, en tant que chef de file de l'action sociale au plus près des personnes âgées et en situation de handicap, garant des solidarités territoriales, assumera un rôle d'ensemblier des réponses de proximité, portées aussi par les communes (dont les CCAS exercent un rôle essentiel en particulier dans l'accueil, l'information et le repérage des personnes en situation de fragilité) et les intercommunalités. **La conférence disposera d'un vice-président, qui sera le directeur général l'ARS ou son représentant.** La présence du directeur général sera opportune lors de la mise en place du SPTA et pour les arbitrages importants, le directeur de la délégation départementale pourra assurer le suivi du fonctionnement du SPTA. En tout état de cause, l'organisation devra prendre en compte les fonctionnements locaux et la géographie des territoires et aussi veiller au respect de l'équité des services rendus au niveau régional.

[138] Cette instance politique d'arbitrage stratégique sera resserrée autour des décideurs et financeurs, dans un objectif d'efficacité d'arbitrage.

[139] Par ailleurs, c'est au sein de l'instance politique qu'aura lieu une concertation préalable, avec les partenaires et les acteurs, sur tout changement d'organisation au sein du SPTA.

- **Une instance de pilotage opérationnel, co-présidée par un « référent SPTA » au sein du conseil départemental et un « référent SPTA » au sein de la délégation départementale de l'ARS**, qui aura un rôle de suivi rapproché du SPTA et se réunira plus régulièrement (une fois par mois environ). Elle disposera d'une forme de « délégation de gestion » de la part de l'instance politique. Elle aura quant à elle vocation à réunir les représentants de l'ensemble des acteurs contribuant aux missions du SPTA.

[140] La représentation des usagers, l'apport de l'expertise et des paroles des pairs, au sein des instances de pilotage politique et opérationnel de la COTEA, est indispensable. Les citoyens ont droit à être associés à l'élaboration du diagnostic des besoins et du schéma territorial de l'offre de service SPTA, ainsi qu'au suivi du fonctionnement du SPTA. Les conseils départementaux de la

citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)⁴⁷ devront assurer cette représentation. Leur mobilisation, si nécessaire, pourra faire l'objet de formations et d'une animation pilotées par la CNSA (voir partie 3.2) en lien avec des « référents citoyenneté/démocratie sanitaire » locaux, comme ils peuvent exister dans certains départements.

[141] **Les professionnels de santé libéraux (Unions régionales des professionnels de santé –URPS-/CPTS), des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux seront largement associés à la gouvernance politique et opérationnelle de la COTEA**, étant particulièrement concernés par les problématiques liées à la qualité de service, à la formation, à la prévention et au parcours, dans leur dimension stratégique et opérationnelle.

[142] **L'instance de pilotage opérationnel de la COTEA comportera, de manière non optionnelle, une formation spécialisée, consacrée à l'inclusion. Elle sera co-présidée par le Préfet, ou, pour les problématiques d'inclusion scolaire, par le DSDEN, et le président du conseil départemental** et sera chargée de la préparation et du suivi des modalités de mise en œuvre de la réponse globale et inclusive (second niveau du bloc « appui aux solutions concrètes » du SPTA. D'autres commissions spécialisées pourront être installées, de manière optionnelle, selon la libre appréciation des acteurs, en fonction des besoins diagnostiqués sur le territoire. Elles seraient consacrées à des sujets transversaux (bientraitance, innovation, outils, évolution des métiers...).

La conférence territoriale de l'autonomie disposera de deux niveaux de gouvernance :

- Une instance de pilotage stratégique présidée par le président du conseil départemental et ayant pour vice-président le directeur général de l'ARS ou son représentant ;
- Une instance de pilotage opérationnel, co-présidée par un « référent SPTA » au sein du conseil départemental et un « référent SPTA » au sein de la délégation départementale de l'ARS.

[143] En tout état de cause chaque membre contribuant à la mise en œuvre du SPTA et participant à la COTEA a **une responsabilité populationnelle** sur le territoire d'action.

[144] **Dans un objectif de simplification des instances de gouvernance territoriale, objectif général que le présent rapport appelle par ailleurs de ses vœux, la COTEA pourra se substituer à la commission de coordination des politiques publiques dans son périmètre relatif aux problématiques médico-sociales**, dans la mesure où elles traitent des sujets à compétences partagées entre services de l'Etat, organismes de protection sociale et collectivités territoriales et où leur fonctionnement ne s'est pas avéré, de l'avis des acteurs concernés, efficient. Leur substitution par les COTEA présentera en outre l'avantage d'ancrer le dialogue sur les politiques

⁴⁷ Article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles « Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme. »

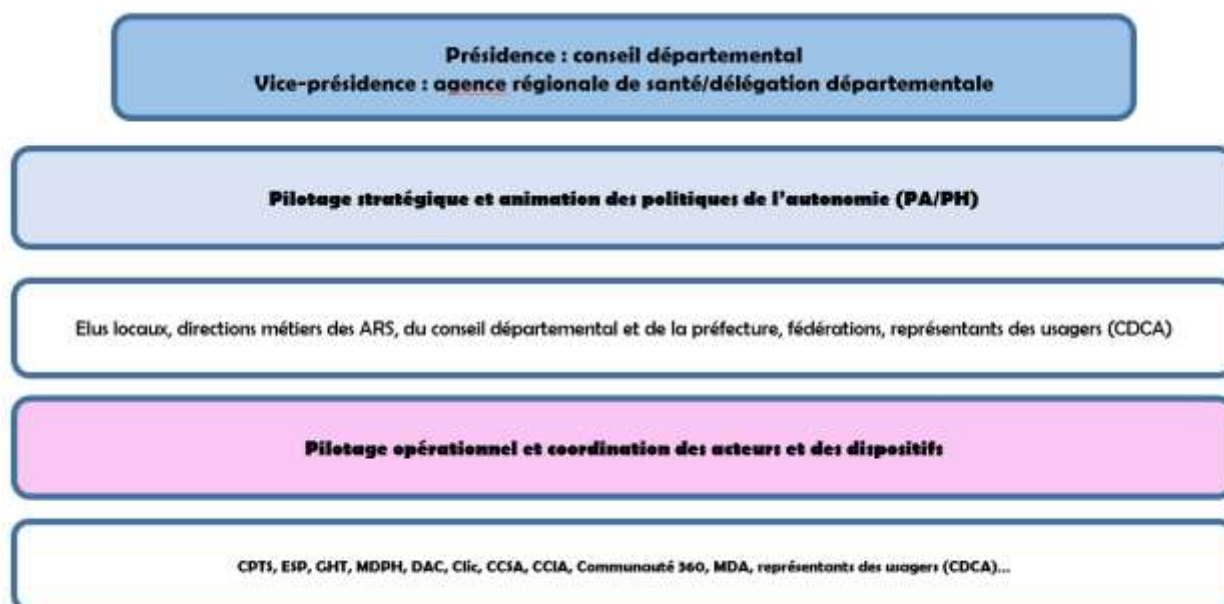
de l'autonomie au niveau départemental. Les acteurs locaux pourront aussi décider des instances qu'ils souhaitent remanier ou supprimer pour simplifier les organisations.

[145] **Dans ce même objectif de simplification, la loi pourra autoriser les assemblées locales à fusionner par délibération des conférences et instances entrant dans le champ du SPTA.**

[146] **Par ailleurs, dans un objectif de garantie d'homogénéité et d'équité dans le déploiement du SPTA sur l'ensemble du territoire, il est nécessaire de prévoir des leviers d'actions gradués en cas de carence d'un des acteurs,** empêchant la mise en place du SPTA.

- L'équipe d'appui de la CNSA pourra intervenir sur le terrain pour aider les acteurs territoriaux dans la mise en œuvre du SPTA.
- En l'absence de mise en place du SPTA dans un délai de deux ans qui pourra être fixé par la loi (voir partie 4.4), sera enclenchée un abattement (de 50% par exemple) de la dotation affectée d'une part à la conférence des financeurs des actions de prévention de la perte d'autonomie, et, d'autre part, au fond d'intervention régionale de l'ARS, pour le financement des dispositifs de coordination (DAC) du ou des départements concernés. Cet abattement portera aussi sur les crédits supplémentaires liés au fonctionnement du service.
- Au regard du caractère non optionnel du déploiement du SPTA, l'intervention unilatérale du Préfet n'est pas à exclure en cas de carence persistante.

Schéma 13 : Organisation de la COTEA



Source : Mission

3.1.3 Renouveler la gouvernance en s'appuyant aussi sur des outils simplifiés

[147] **Une gouvernance décloisonnée du SPTA ne pourra fonctionner de manière efficiente sans une meilleure articulation, notamment temporelle, et une simplification des outils de programmation.** C'est pourquoi le schéma départemental du SPTA sera établi en cohérence avec le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), dans son volet handicap et

vieillesse, et donc avec le projet régional de santé (PRS). Il pourra prendre en compte les objectifs des contrats locaux de santé, conclus par les ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Il sera coordonné avec le schéma de l'organisation sociale et médico-sociale voté par l'assemblée départementale. S'agissant globalement de l'autonomie, un schéma commun aux politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, qui pourra intégrer le schéma territorial du SPTA, voté par l'assemblée départementale devra être favorisé sur le territoire.

[148] Le schéma territorial du SPTA sera approuvé par l'ensemble des membres de l'instance politique de pilotage de la COTEA, ceux-ci représentant pleinement leurs instances, sans avoir à le faire adopter individuellement dans leur sein, dans un objectif d'allègement des mécanismes de validation administrative. Le conseil territorial en santé⁴⁸ sera informé de son élaboration, comme il l'est de la création des DAC.

Le schéma départemental du service public territorial de l'autonomie sera établi en cohérence avec les schémas existants (SROMS, PRS, schémas de l'autonomie établis par les assemblées départementales).

Recommandation n°12 Créer une conférence territoriale de l'autonomie au niveau départemental

- Ayant pour objectif de rassembler, mettre en cohérence et coordonner les acteurs contribuant à la politique d'accueil, d'information, d'orientation des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap ainsi qu'à l'appui aux professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux, selon une conception citoyenne de l'autonomie (intégrant en particulier l'accessibilité et adaptation du logement) ;

⁴⁸ Article L1434-10 du code de la santé publique « Le conseil territorial de santé est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Il est informé des créations de dispositifs d'appui à la coordination et de dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du présent code ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux. »

- Présidée par le président du conseil départemental et ayant pour vice-président le directeur général de l'ARS ou son représentant ;
- Disposant de deux niveaux de gouvernance : une instance politique de décision stratégique et une instance de pilotage opérationnel ;
- Associant des représentants des usagers âgés, en situation de handicap et leurs aidants ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Recommandation n°13 Renforcer et simplifier les articulations entre l'ARS, le conseil départemental, les communes et groupements de communes à travers une contractualisation visant à accompagner et développer les missions du SPTA formalisée par un schéma départemental stratégique et opérationnel commun.

Recommandation n°14 Prévoir que tout changement d'organisation au sein du SPTA donne lieu à concertation préalable avec les partenaires et les acteurs au sein de l'instance de pilotage stratégique du SPTA.

Recommandation n°15 Prévoir que la loi autorise les assemblées locales à fusionner par délibération des conférences et instances entrant dans le champ du SPTA.

Recommandation n°16 Prévoir des leviers d'actions gradués en cas de carence d'un des acteurs, empêchant de déploiement du SPTA.

3.2 Revisiter la gouvernance nationale dans une perspective de renforcement et d'amélioration des politiques publiques en matière d'autonomie

3.2.1 Installer la CNSA dans son rôle de pilote du déploiement du SPTA, tel que prévu dans sa COG 2022-2026 et en lien avec ses missions de pilotage de la cinquième branche

[149] La CNSA, établissement public national à caractère administratif, a été créée en 2005⁴⁹, pour contribuer à la mise en œuvre et au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

[150] Ces missions se sont progressivement élargies, et le législateur lui a confié en 2020 la gestion de la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée au risque autonomie. La caisse est ainsi chargée de :

- La gestion de ce risque ;

⁴⁹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des publics concernés ;
- Contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage des politiques de l'autonomie ;
- Contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants ;
- Contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie, à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie ;
- Contribuer à l'attractivité des métiers du secteur de l'autonomie.

[151] **La création de la cinquième branche de sécurité sociale gérant le risque autonomie traduit une vision plus unifiée du financement de ce risque. Elle doit en outre manifester le passage à une nouvelle étape de la politique publique de soutien à l'autonomie** des personnes âgées et en situation de handicap, se traduisant par plus d'équité, d'effectivité dans l'accès aux droits et aux services, une simplification des démarches des usagers et une organisation institutionnelle nationale et locale plus efficiente. Elle est promesse de solidarité renforcée pour l'ensemble des citoyens nécessitant un soutien pour la préservation de leur autonomie de vie.

En tant que gestionnaire du risque autonomie, il est logique et légitime que la CNSA soit aussi pilote du déploiement du SPTA, qui, *in fine*, peut être envisagé comme le « réseau » assurant la mise en œuvre du risque autonomie.

[152] La convention d'objectifs et de gestion (COG) entre la CNSA et l'Etat pour la période 2022-2026 traduit cette ambition et la charge de contribuer au renforcement de la continuité des parcours (en particulier en participant à la généralisation des DAC et au déploiement des communauté 360) et de contribuer à l'émergence et la structuration du SPTA. Elle peut ainsi aider à passer de la théorie de la coordination des parcours à la pratique de leur organisation territoriale, en tant que « maître d'ouvrage » des politiques de parcours et en particulier du SPTA, sous réserve qu'elle dispose des leviers d'actions pour agir sur la qualité de service et l'équité territoriale.

[153] A cette fin, sa fonction actuelle d'animation et de promotion des bonnes pratiques devra être confortée par une capacité d'observation et d'intervention de terrain renforcée. **Le rôle de pilote de la CNSA dans le déploiement du SPTA pourra se décliner comme suit :**

- Soutenir l'ingénierie du projet de déploiement du SPTA, en lien avec les « référents SPTA » au sein des conseils départementaux et des ARS :
 - Elaborer avec les conseils départementaux (et les ARS) le cahier des charges des SPTA, centré sur la qualité de service et ayant pour objectif (comme précisé dans la partie 1.3), d'une part, de fixer les grandes lignes de fonctionnement du SPTA et, d'autre part, de définir des objectifs de qualité de service ;
 - Elaborer, aussi avec les acteurs institutionnels et les professionnels de terrain, des référentiels « métiers » qui déclineront le cahier des charges national, pour construire une doctrine de mise en œuvre des missions du SPTA ;

- Repérer et essaimer les bonnes pratiques territoriales, les innovations mises en œuvre dans le cadre du déploiement du SPTA ;
- Assurer un appui opérationnel, une fonction d'audit de terrain, auprès des conseils départementaux et des ARS pour lesquels le déploiement du SPTA serait complexe, comme elle le fait dans le cadre de sa mission d'appui aux MDPH ayant notamment des difficultés de respect des délais de traitement des demandes ;
- Former les acteurs territoriaux à la structuration du SPTA ;
- Constituer et animer le réseau de référents « SPTA » au sein des conseils départementaux et des ARS, organiser des échanges périodiques sur les attendus du SPTA et leur respect dans son déploiement. Cette mission s'inscrira dans celle spécifiquement prévue dans la COG visant à garantir la visibilité et la lisibilité d'un service territorial de l'autonomie par une politique de communication adaptée.
- Animer et si nécessaire former les instances de démocratie sanitaire, et notamment les CDCA ;
- Définir, recenser et suivre les indicateurs, assurer les remontées de données nécessaires au pilotage national et local du SPTA, pour garantir que les missions du cahier des charges sont effectivement mises en œuvre, en élaborant un tableau de bord homogène mis à disposition de la COTEA, recensant les données à collecter pour le pilotage national et local du SPTA.

[154] Plutôt qu'une recherche d'une égalité formelle mesurée en taux, ces données de pilotage devront amener la CNSA, en tant que gestionnaire du risque autonomie, à conduire des analyses d'explication des écarts sur la mise en place du SPTA mais aussi sur l'ensemble des prestations et dispositifs au service de la préservation de l'autonomie.

[155] La CNSA aura aussi pour mission de définir les indicateurs permettant de mesurer l'effectivité de la mission –essentielle- du SPTA de relayage vers les professionnels compétents pour apporter une solution concrète à la personne, de vérification qu'une réponse adaptée a été donnée à l'utilisateur.

[156] Les résultats de ces travaux seront largement partagés et diffusés, au sein du conseil de la CNSA au premier chef, et auprès des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain, pour éviter l'installation de fausses appréhensions de l'exigence légitime d'équité.

- Apporter un soutien financier modulé en fonction de l'atteinte des objectifs d'équité et de qualité de service du SPTA. La mise en place d'une contractualisation renouvelée avec les conseils départementaux et les ARS, supposera une réflexion plus large sur la participation de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH par le biais des concours, dans le sens d'une simplification, d'une répartition plus adaptée à l'évolution des besoins et incitative à l'atteinte des objectifs de qualité de service qui seront fixés dans le schéma territorial du SPTA et dans ce cadre contractuel renouvelé.

3.2.2 Revoir les instruments de contractualisation entre la CNSA / conseils départementaux et les ARS

[157] Tous les quatre ans, la CNSA et les conseils départementaux signent une convention pluriannuelle relative à la mise en œuvre des politiques de solidarité pour l'autonomie à l'échelle

des territoires. Les conventions conclues pour la période 2020-2024 tiennent compte des circonstances liées à la crise sanitaire et se déclinent en deux outils :

- Une convention socle a été signée fin 2020 pour une durée de quatre ans, pour sécuriser notamment le versement des concours financiers et fixer des engagements communs à la CNSA, aux conseils départementaux et aux MDPH.
- Une feuille de route stratégique et opérationnelle sur trois ans, définit les engagements du conseil départemental et de la MDPH sur l'ensemble du champ des politiques de l'autonomie, en vue de construire des parcours plus fluides, de prévenir la perte d'autonomie et de renforcer le soutien aux aidants.

Dans un objectif de mise en place du SPTA, conjointement par les délégations départementales des ARS et les conseils départementaux, il sera nécessaire de repenser cette contractualisation dans un objectif d'association des ARS. La contractualisation renouvelée est l'outil de la CNSA pour assurer son rôle de garante de l'équité des territoires.

[158] **Cette contractualisation élargie, à la fois engageante et incitative, aura pour objectif, s'agissant en particulier du SPTA, de concilier l'exigence d'équité territoriale et le principe de libre administration des collectivités territoriales,** en harmonisant les pratiques vers le haut et en accompagnant les territoires dans un gain de performance dans la qualité du service rendu.

[159] **Elle devra induire un changement de pratiques** en favorisant une meilleure transversalité entre les acteurs, un renforcement des liens existants entre les ARS et les conseils départementaux, au service du projet commun de SPTA, un suivi plus resserré des objectifs à atteindre.

[160] La mise à disposition et le suivi du tableau de bord de pilotage local et national du SPTA sera un outil permettant à la CNSA de mettre en place une contractualisation plus exigeante avec les conseils départementaux, ayant une responsabilité renforcée dans l'atteinte de la qualité de service et de l'équité de traitement dans le déploiement des politiques de l'autonomie, et notamment du SPTA.

3.2.3 Mettre en place un pilotage national stratégique décloisonné

[161] **Le cloisonnement des politiques sanitaires et sociales existe aussi et d'abord au niveau national.** Ainsi, la DGOS est chargée du pilotage de l'offre sanitaire et assure par exemple à ce titre, s'agissant des politiques de parcours des personnes, le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), la DGCS est quant à elle chargée du pilotage de l'offre médico-sociale et assure le pilotage du dispositif d'orientation permanent dans le cadre du RAPT et le déploiement des communautés 360, et la DSS assure le pilotage du financement de la sécurité sociale. Cette dernière a par ailleurs assuré le pilotage du dispositif d'expérimentations PAERPA. Chacune de ces directions, comme sur les territoires, accomplit ses missions en toute bonne foi, dans l'intérêt des usagers concernés, mais sans nécessairement s'articuler en amont en termes de réflexion, d'arbitrage, de programmation des financements et de mise en œuvre des politiques de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap. Le décloisonnement sanitaire et social demandé aux acteurs territoriaux, institutionnels et professionnels, ne sera réellement effectif et n'aura un impact que si, au niveau national, les institutions impulsent et adoptent la même logique.

Dans un contexte d'accroissement du vieillissement de la population, de besoin d'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap, de démographie des professionnels de santé et du secteur social et médico-social, d'attractivité des métiers dans ces secteurs, l'installation d'un pilotage stratégique national sur la politique de l'autonomie sera indispensable.

[162] Il permettra de veiller à la cohérence, à la synchronisation et à l'articulation entre elles des différentes dimensions de la politique de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : santé, prévention, social, accessibilité, logement, éducation. Il veillera à mettre l'accent avant tout sur les principes et les grandes orientations à respecter pour mettre en œuvre une politique de l'autonomie respectueuse du choix des citoyens et lisible tant pour les usagers que pour les acteurs y contribuant.

[163] Comme précisé ci-dessus, la CNSA est le maître d'ouvrage des politiques de l'autonomie au service d'une politique interministérielle qu'il ne lui revient pas d'arbitrer ni de piloter. C'est pourquoi le présent rapport préconise **l'installation d'une instance de pilotage stratégique rassemblant les directions d'administration centrales concernées du ministère chargé des solidarités et de la santé (DGCS, DGOS, DSS, DNUM) et les opérateurs (organismes de sécurité sociale et organismes de retraite complémentaire, CNSA, Santé Publique France...), mais aussi les directions d'administration centrales et opérateurs des ministères impliqués dans les politiques de l'autonomie (ANCT, ministère chargé de l'emploi, du logement, de l'éducation nationale...).** Elle devra aussi associer les élus des collectivités territoriales (communes/intercommunalités et conseils départementaux) ainsi que les fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

[164] **Le pilotage de cette instance pourrait être assuré :**

- **Soit par la DGCS :** elle est pleinement légitime pour assurer cette mission, compte-tenu de son rôle central en matière de conception et de pilotage des politiques de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, de sa position d'interlocuteur privilégié des conseils départementaux et aussi de la CNSA ;
- **Soit par le SGMAS :** d'une part, en tant qu'il coordonne l'action des services et des établissements concernés de l'Etat ainsi que leurs relations avec l'assurance maladie en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé et de prise en charge médico-sociale ; d'autre part, en tant qu'il anime le réseau des ARS ;
- **Soit par une personnalité qualifiée** et reconnue pour ses compétences dans le champ de l'autonomie et ayant toute autorité pour assurer la coordination et le pilotage des politiques de l'autonomie, notamment en mobilisant, plus facilement qu'un acteur issu du ministère des solidarités et de la santé, les acteurs des politiques de l'autonomie au-delà de la sphère sanitaire, sociale et médico-sociale (logement, éducation, emploi, accessibilité...).

[165] Deux niveaux de pilotage devront être prévus : un niveau de pilotage stratégique, à vocation décisionnelle et politique et un niveau de pilotage opérationnel.

Recommandation n°17 Installer une instance nationale de pilotage stratégique des politiques de l'autonomie, pilotée par la DGCS, le SGMAS ou une personnalité qualifiée et reconnue pour ses compétences dans le champ de l'autonomie.

4 Un déploiement anticipé, accompagné et progressif

4.1 Un impératif législatif qui peut être anticipé

La mise en œuvre du SPTA supposera des dispositions législatives que le présent rapport appelle de ces vœux.

Dès lors, d'ores et déjà, et indépendamment d'un éventuel calendrier législatif, les acteurs tant nationaux que locaux sont invités à se saisir du présent rapport pour démarrer des travaux préparatoires au déploiement opérationnel du SPTA :

- **Au niveau national** : officialisation du lancement des travaux préparatoires dans le cadre d'un échange national avec les ARS, l'ADF et les acteurs parties prenantes au SPTA, piloté par l'instance préfigurant l'instance nationale de pilotage stratégique des politiques de l'autonomie ;
- **Au niveau national, par la CNSA et en collaboration avec les acteurs territoriaux** : élaboration du cahier des charges national, des référentiels métiers le déclinant, mise à disposition des indicateurs de pilotage, appui aux départements s'engageant dans la démarche ;
- **Au niveau local** : lancement du cadrage du projet et élaboration (ou mise à jour) du diagnostic territorial.

[166] Cette phase, qui pourrait se dérouler durant l'année 2022, permettra l'impulsion d'une dynamique locale et nationale et permettra aux acteurs d'être prêts au moment de l'adoption de la loi.

[167] **Cette invitation à agir est justifiée :**

- Car les concertations précédentes, préalables au rapport « Grand Age et autonomie », les groupes de travail avec des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain menés dans le cadre des présents travaux ont montré la segmentation des prises en charge sanitaire d'une part et sociale et médico-sociale d'autre part. Ils ont aussi montré la complexité et le manque de lisibilité des dispositifs tant pour les usagers que pour les professionnels de santé et des secteurs social et médico-social, ainsi que l'absence de véritable politique de parcours des personnes âgées et en situation de handicap, malgré le foisonnement des dispositifs de coordination qui étaient censés la construire. Il est urgent de mettre fin à cette situation ;
- Car la démarche de déploiement du SPTA, impliquant une coordination accrue entre professionnels et une démarche de décloisonnement entre secteur sanitaire, social et médico-social, impliquant aussi la mise en place de gouvernances partagées entre conseils départementaux et ARS, suppose un temps d'appropriation de la part des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain à une culture à ce stade encore insuffisamment partagée ;
- Car le déploiement du SPTA est un véritable projet territorial, qui nécessite la mise en place d'une méthode de travail précise, cadencée et elle-même partenariale ;
- Car l'engagement d'une nouvelle mandature départementale à partir de juin 2021 pour six ans amène les assemblées départementales à définir actuellement leur feuille de route, dans laquelle le déploiement du SPTA aura pleinement sa place.

Recommandation n°18 Engager les travaux préparatoires au déploiement du SPTA en amont du processus législatif et durant l'année 2022.

4.2 Engager une démarche de projet accompagnant le déploiement du SPTA

[168] **Le déploiement d'un projet tel que le SPTA passera nécessairement par la mise en place d'une démarche territoriale de projet** que la méthode de projet territorial PAERPA réalisée par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en février 2020⁵⁰ pourra permettre de définir et de conduire.

[169] Cette démarche territoriale se déclinera nécessairement, comme toute conduite de projet, en **quatre grandes phases** :

- Le cadrage : en posant les fondements du projet SPTA, les objectifs généraux dans lesquels il s'inscrit, le calendrier, il permet aux parties prenantes d'en avoir une vision partagée commune, ainsi que de mobiliser et d'impliquer les acteurs du territoire dans les travaux.
- La réalisation ou la mise à jour et le partage du diagnostic territorial : il permettra de réaliser ou actualiser un état des lieux et une analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs d'accueil, d'information, de mise en relation des usagers et de leurs aidants, des mécanismes de ruptures de parcours, ainsi que des besoins d'appui aux professionnels pour trouver des solutions concrètes. Il permettra aussi de repérer les pratiques innovantes existantes et à développer. Il sera nécessaire, pour que les acteurs institutionnels et professionnels de terrain inscrivent totalement leur action dans une démarche de coordination au sein du SPTA, que ce diagnostic soit partagé avec eux. La réalisation de cette étape de diagnostic leur permettra aussi de mieux connaître les forces et les faiblesses de leur territoire, d'affiner leur connaissance du champ de compétences et des pratiques des partenaires, de mieux se connaître. Le diagnostic territorial devra prévoir des trajectoires de progrès, indispensables pour évaluer les actions et prioriser les actions.
- L'élaboration de la feuille de route, du plan d'action, qui permettra de décliner les pistes de travail en actions (développement d'outils, définition de processus de coordination) ;
- La mise en œuvre des actions inscrites dans la feuille de route.

[170] Trois dimensions seront par ailleurs transversales à ces phases : le pilotage et l'animation du projet dans le territoire, la communication sur le projet et son suivi-évaluation.

[171] **Cette démarche structurée, indispensable à la mise en place d'un projet tel que le SPTA, supposera la désignation d'une équipe projet pilotée par les référents SPTA respectivement au sein du conseil départemental et de l'ARS**, pour impulser et accompagner la démarche dans chacune de ses étapes (par exemple : appui à l'élaboration du diagnostic ou à la définition des actions de la feuille de route par l'animation de réunions, la réalisation de supports...). Cette équipe projet sera désignée conjointement par le président du conseil départemental et le directeur de la délégation départementale de l'ARS et placée directement auprès d'eux, afin que les étapes essentielles à la conduite du projet fassent l'objet d'un arbitrage rapide.

⁵⁰ Voir rapport au Parlement sur l'expérimentation PAERPA, annexe 6 page 89.

[172] **Au-delà du portage local du projet, l'appui de la CNSA (voir partie 3.2) sera essentiel**, à la fois par la mise à disposition d'outils, mais aussi par l'intervention sur le terrain en tant que de besoin.

Recommandation n°19 Mettre en place sur les territoires une démarche de projet pour le déploiement du SPTA, conduite par une équipe projet co-pilotée par l'ARS et le conseil départemental, avec l'appui de la CNSA.

4.3 Mettre en place ex ante d'outils de suivi et d'évaluation

[173] La prise en compte de l'impact de la mise en place du SPTA sur l'accompagnement du public concerné supposera la définition en amont du déploiement du SPTA, d'indicateurs de pilotage, de qualité de service et de performance, intégrés dans les logiciels métiers et partagés entre acteurs participant au SPTA, notamment dans le cadre de l'instance de gouvernance, au niveau stratégique et opérationnel.

[174] Il conviendra d'abord à cette fin, dans un objectif d'efficience et de capitalisation, d'agréger les données existantes, sanitaires (issues notamment du PMSI), sociales (en particulier les données liées à la fragilité, les données des dispositifs de droit commun concernant par exemple la scolarisation des enfants handicapés), collectives et de suivi individuel (e-parcours), dans une base unique, complétée de nouvelles données uniquement si nécessaire. Les données du SI MDPH et du futur SI APA devront être prioritairement mobilisées. Cela supposera aussi une plus grande harmonisation et interconnection des systèmes d'information. Mais devront aussi être définis des indicateurs nouveaux, nécessaires en particulier au suivi de l'effectivité de la mission de coordination des acteurs, de relayage vers les professionnels compétents pour apporter une réponse au besoin précis de la personnes âgée ou en situation de handicap et/ou de son entourage.

[175] Ces indicateurs seront définis par la CNSA et mis à disposition des acteurs en amont de la réalisation du diagnostic territorial, puis mis à disposition pour le suivi de l'activité et l'évaluation du SPTA.

[176] Pourront être collectés :

- Des indicateurs de diagnostic standardisés pour comparer les départements sur le plan démographique, géographique, socio-économique et en matière d'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.
- Des indicateurs de processus visant à suivre la montée en charge des différents blocs de mission du SPTA : suivi de la mise en place des outils de suivi des parcours, du nombre de structures intégrées effectivement au SPTA, des actions d' « aller-vers » mises en place, du nombre de personnes âgées et handicapées prises en charge ... ;
- Des indicateurs populationnels : par exemple, pourcentage de personnes ayant fait l'objet d'un repérage de fragilité et parmi elles, pourcentage de personnes en situation précaire ; pourcentage de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'actions de prévention.

- Des indicateurs de résultats : indicateurs de qualité de service (délai de réponse à une demande d'information, délai d'instruction des demandes de prestation, délai de réalisation des évaluations à domicile) ; indicateurs de mesure fine de la satisfaction des usagers (en veillant à cibler les personnes âgées et en situation de handicap ainsi que leurs aidants non satisfaits, car pouvant concentrer les situations les plus complexes ; en veillant à cibler les publics ayant effectivement interagi avec le SPTA sur la période de l'enquête) ; indicateurs visant à mesurer l'effectivité de la mission du SPTA de relaiage vers les professionnels en mesure d'apporter une réponse concrète et adaptée à la situation de l'utilisateur.
- Des indicateurs d'impact : pour évaluer l'impact de la mise en place du SPTA sur l'accompagnement des publics âgés et en situation de handicap, au niveau du territoire et d'un point de vue national.

[177] Au-delà d'un bilan annuel éclairé par les indicateurs mentionnés ci-dessus, le déploiement sur l'ensemble du territoire d'un dispositif aux enjeux structurants pour l'évolution de l'accompagnement et des parcours des personnes âgées et en situation de handicap, supposera une évaluation à mi-parcours et à échéance de la contractualisation. Définie elle aussi en amont, elle devra impérativement associer les représentants des usagers du SPTA ainsi que l'ensemble des acteurs institutionnels et les professionnels de terrain contribuant au SPTA.

Recommandation n°20 Définir *ex ante* des indicateurs de pilotage du SPTA, communs aux parties prenantes et partagés, ainsi que des modalités d'évaluation.

4.4 Déployer le STPA progressivement, mais de façon encadrée dans le temps

[178] A l'issue de la publication de la loi instaurant le SPTA, le déploiement du SPTA, dont il est rappelé qu'il est non optionnel dans un objectif d'homogénéité et d'équité territoriales, sera mis en place par phase en fonction du degré de maturité des territoires dans l'anticipation de la démarche. On peut ainsi envisager :

- Six mois après l'adoption de la loi, la mise en place du SPTA dans les départements les plus avancés du fait de leur anticipation des travaux ;
- Dans les douze mois suivants, le déploiement dans les départements ayant engagé les phases préalables dans des délais raisonnables ; ils seront probablement majoritaires ;
- Dix-huit mois après l'adoption de la loi, la mise en place du SPTA dans les départements les moins avancés et/ou rencontrant des difficultés particulières dans la conduite du projet.

[179] L'appui apporté par la CNSA, sur le terrain, aux acteurs locaux, sera, dans cette phase, adaptée aux difficultés potentiellement rencontrées. Un accompagnement spécifique devra être prévu pour les départements d'Outre-Mer.

[180] En tout état de cause, un déploiement généralisé sur le territoire ne devra pas excéder deux ans à l'issue de la publication de la loi.

Recommandation n°21 Assurer un déploiement généralisé du SPTA sur le territoire national, de manière progressive, dans les deux ans suivant la publication de la loi.

Conclusion

[181] Le service public territorial de l'autonomie n'est certes qu'un maillon dans les politiques de l'autonomie. L'attractivité des métiers et la construction de nouvelles offres, notamment, sont d'autres maillons indispensables. Mais en construisant des réponses de proximité, au plus près des personnes, il peut donner sens à la cinquième branche autonomie de la sécurité sociale, être un élément essentiel de décloisonnement santé / social, de l'efficacité de l'action publique dans ce secteur, et contribuer à un nouveau pacte entre collectivités territoriales et Etat, pour le bien être des personnes vulnérables, enjeu au cœur des valeurs que porte notre démocratie.

Plusieurs demandes importantes ont ainsi été exprimées dans les différents travaux menés :

- une meilleure identification des interlocuteurs de proximité des personnes, à travers la mise en place de points d'entrée clairement identifiés pour l'ensemble des prises en charge – à ce titre, le rapport relatif à la branche autonomie remis le 14 septembre 2020 par Laurent Vachey a préconisé la généralisation de maisons de l'autonomie dédiées à l'accueil, l'information, l'orientation, l'accompagnement dans les démarches et l'explicitation des droits des personnes en perte d'autonomie ;
- une démarche générale de simplification d'accès aux aides et aux prestations ;
- un déploiement de meilleures pratiques de coordination et de coopération pour l'ensemble des professionnels des champs concernés.

Or, menée à son terme avec le nouveau cadre d'initiatives pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, l'expérimentation PAERPA a permis notamment de montrer l'intérêt d'une coordination et d'un appui aux acteurs de proximité pour favoriser le maintien à domicile, d'une coordination territoriale d'appui et d'une coopération renforcée entre les professionnels de ville, de l'hôpital et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), tout en mettant en évidence certaines limites du modèle financier.

En outre, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé a déterminé un délai de 3 ans pour achever l'unification des dispositifs d'appui polyvalent à la coordination des parcours de santé complexes à l'œuvre depuis plusieurs années, en articulation avec les dispositifs portés par les conseils départementaux pour accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes âgées. Cette mesure, qui a fait l'objet d'une large concertation et d'une co-construction avec les représentants des usagers, des professionnels, des fédérations et des conseils départementaux, est largement en cours de déploiement : à ce jour, les agences régionales de santé (ARS) dénombrent 118 dispositifs d'appui unifiés dont 61 sont d'ores et déjà constitués et 57 en cours de construction. Sa bonne mise en œuvre peut nécessiter un accompagnement renforcé afin de trouver la bonne articulation entre les dispositifs existants.

Sur le champ du handicap, le gouvernement a aussi entrepris un mouvement majeur d'amélioration d'accès aux droits et de simplification des démarches avec la signature d'un accord de méthode inédit lors de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020 entre l'Etat et l'Association des départements de France (ADF) pour améliorer le pilotage et le fonctionnement des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA).

Enfin, la crise sanitaire a agi comme un révélateur des difficultés existantes s'agissant des parcours de soin des personnes âgées, et a permis de faire émerger des solutions nouvelles.

L'épidémie de Covid-19 a également conduit les MDPH et les MDA à tester de nouveaux modes de fonctionnement plus agiles et à mettre en œuvre des simplifications exceptionnelles pour les personnes. Les pratiques professionnelles ont ainsi profondément évolué et il est important de poursuivre ce mouvement continu d'amélioration de la qualité de service.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable, sur la base notamment du rapport d'expérimentation transmis au Parlement, de la concertation grand âge et autonomie et des nombreux acquis des expériences issues de programmes nationaux et locaux, et en tirant, autant que possible, des enseignements de la crise sanitaire, de poursuivre plus avant ces axes majeurs de travail au niveau national et local, pour répondre aux demandes exprimées de simplification des parcours des personnes.

Nous souhaitons donc vous confier une mission à visée opérationnelle, autour de trois priorités :

- 1. La proposition d'une méthode de généralisation d'un point d'entrée clairement identifié pour les personnes en perte d'autonomie, dédié à l'accueil, l'information, l'orientation, l'accompagnement dans les démarches et l'explicitation des droits.**

En binôme avec un président de conseil départemental, vous tirerez notamment un bilan du déploiement des maisons départementales de l'autonomie prévu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et formulerez des préconisations quant à la poursuite de leur déploiement, selon des modalités revues et un cahier des charges rénové.

Dans ce cadre, vous vous appuyerez impérativement sur les travaux nationaux conduits dans le cadre de la feuille de route « MDPH 2022 » lancée par la secrétaire d'Etat chargée des personnes en situation de handicap et le président de l'ADF en octobre dernier. Ce plan d'action et de transformation vise à accélérer la simplification de l'accès aux droits des personnes en développant notamment les services en ligne, en assurant un accueil de proximité visible et territorialisé, en améliorant l'accompagnement des personnes dans l'élaboration de leur projet de vie et en garantissant un objectif de transparence vis-à-vis des personnes et de leurs aidants.

Les évolutions que vous proposerez s'agissant des maisons départementales de l'autonomie et du calendrier de leur déploiement devront ainsi se mailler efficacement avec les projets et le calendrier prévus par cette feuille de route.

Au-delà, vous pourrez appuyer votre réflexion sur les conclusions de la mission menée par la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) au premier semestre 2020 sur la création d'un label « je réponds aux aînés » et « je réponds aux aidants ».

Vous veillerez à la bonne prise en compte de la généralisation de la démarche « France services » portée par le ministère de la cohésion des territoires. Enfin, vous veillerez à la bonne articulation de ces maisons de l'autonomie avec les dispositifs d'appui à la coordination.

Nous souhaitons que vous puissiez formuler des recommandations opérationnelles quant au cahier des charges d'un tel guichet unique, avec pour objectif de répondre à la fois aux enjeux des personnes âgées et en situation de handicap, mais aussi de leurs aidants. Nous souhaitons également que vous proposiez une méthode de labélisation pour une instruction conjointe des représentants de l'Etat et des conseils départementaux afin de couvrir tous les départements d'ici la fin 2022.

Le résultat de ces travaux, qui devront s'effectuer en étroite concertation avec des parties prenantes concernées, devront nous être remis pour la fin du mois de juin 2021.

- 2. La conduite d'une mission de formalisation de la bonne articulation entre les dispositifs visant à coordonner les professionnels de santé (DAC) et les dispositifs d'accompagnement de la personne âgée.**

En lien avec le secrétaire général des ministères sociaux et la direction générale de l'offre de soins, vous pourrez formaliser sur la base de vos interventions et observations, les bonnes pratiques de coopération entre les acteurs de nature à simplifier la vie de la personne et la coordination des acteurs sanitaires et sociaux, sans remettre en cause l'unification des dispositifs d'appui à la coordination.

3. Au-delà, la création et l'animation d'un comité « autonomie et parcours de soins ».

Ce comité associera des représentants des administrations concernées, des agences régionales de santé, des caisses de sécurité sociale et notamment de l'assurance maladie, de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Agence du numérique en santé, des agences et autorités en charge de l'amélioration de la qualité des soins, des représentants des secteurs sanitaire, social et médico-social et des collectivités locales, des organismes privés concourant au financement de la protection sociale.

A la tête de ce comité, vous aurez pour mission de coordonner, faire émerger et diffuser des bonnes pratiques, ainsi que de susciter et d'accompagner le renforcement de dynamiques territoriales en faveur du parcours des personnes âgées.

S'agissant des recommandations à adresser au fil de l'eau à l'arbitrage des ministres, dans une optique d'action rapide, vous vous pencherez particulièrement sur :

- L'approfondissement et l'élargissement des dynamiques créées par les expérimentations précédentes, notamment PAERPA, ainsi que sur les recommandations récentes émises par les sociétés savantes sur le sujet ;
- les liens entre l'hôpital, la ville et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le contexte de la mise en œuvre des ambitions du Ségur de la santé ; vous examinerez spécifiquement l'évolution et la généralisation des dispositifs d'accompagnement *ad hoc* en matière de prévention des hospitalisations évitables et de gestion des sorties d'hospitalisation et vous veillerez à avoir une attention particulière aux modalités de valorisation et de financement des acteurs permettant l'atteinte de ces objectifs majeurs en vous rapprochant notamment des travaux et avancées actuels de l'article 51 de la loi LFSS 2018.

Enfin, vous pourrez faire, en lien avec le secrétariat général, des propositions de nature à favoriser la mise en œuvre par les ARS des orientations que vous préconiserez.

Vous pourrez compter sur le soutien des différentes directions et organismes concernés et notamment de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et le secrétariat général.

Les ARS désigneront un référent pour suivre l'avancée de vos travaux. Un(e) chargé(e) de mission vous appuiera dans vos travaux.

Une réunion mensuelle sera organisée au niveau de nos cabinets, afin que les propositions issues de votre comité opérationnel puissent être examinées au fil de l'eau et donner lieu à des actions fortes et rapides.



Brigitte BOURGUIGNON



Olivier VERAN



Sophie CLUZEL

Annexe 2 : liste des 21 recommandations

Recommandation n°1 Définir par la loi et mettre en œuvre, dans un objectif de décloisonnement des politiques sanitaires et médico-sociales, et de rapprochement des missions en faveur des personnes âgées et en situation de handicap, un service public territorial de l'autonomie dans tous les départements.

Recommandation n°2 Poursuivre et adapter aux objectifs du SPTA la mise en place d'un outil, système d'information, de suivi actif du parcours de la personne âgée et/ou en situation de handicap ainsi que de leurs aidants, partagé entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et recensant les informations nécessaires à un accompagnement efficient et coordonné de la personne dans son parcours de vie. Le SI MDPH et le futur SI APA alimenteront cet outil, dont les principaux items sont définis dans un cahier des charges, qui fait l'objet d'une élaboration concertée entre professionnels de terrain (en lien avec les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé) et acteurs institutionnels du SPTA.

Recommandation n°3 Mettre en place les conditions d'une évaluation prenant en compte globalement la situation de la personne, en s'appuyant notamment sur une révision des outils d'évaluation (grilles AGGIR et PATHOS) en vue de l'ouverture des droits en matière d'autonomie.

Recommandation n°4 Faire du SPTA un « booster » favorisant, au niveau local, les innovations des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, au profit de l'accompagnement de l'autonomie.

Recommandation n°5 Mettre en place les conditions pour assurer la coordination effective entre l'ensemble des professionnels et acteurs des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, au sein du SPTA.

Recommandation n°6 Prévoir l'intégration au SPTA des dispositifs contribuant à l'accueil, l'information, l'orientation, la mise en relation, l'attribution des prestations, l'appui aux solutions concrètes et la prévention de la perte d'autonomie, sans remise en cause de leur existence ni de leurs obligations légales. Prévoir l'articulation avec le SPTA des dispositifs de droit commun, contribuant à une réponse globale et inclusive aux usagers dans une logique de parcours d'autonomie et de vie.

Recommandation n°7 Créer les conditions garantissant que tout nouveau dispositif ou action mis en place sur le territoire, au service de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, soit effectivement et nécessairement articulé avec le STPA.

Recommandation n°8 Elaborer et concerter avec les acteurs institutionnels (notamment les collectivités territoriales), les professionnels de terrain et les représentants des usagers, un cahier des charges national totalement axé sur le service à l'utilisateur, dans les quatre blocs de mission du SPTA. Ce cahier des charges sera uniforme sur le territoire métropolitain et adapté à la réalité de chacun des départements d'Outre-Mer.

Recommandation n°9 Mettre en place, sur la base d'un cahier des charges et d'un pilotage national par la CNSA, un programme de formation continue commune des agents publics (ARS et CD) et des professionnels de terrain des secteurs sanitaire, social et médico-social visant à partager les cultures professionnelles et ainsi renforcer le travail en commun et la coordination des acteurs au profit d'un accompagnement efficient des personnes âgées et en situation de handicap dans leur parcours de vie.

Recommandation n°10 Légitimer les délégations départementales des ARS dans le pilotage des politiques de l'autonomie et du SPTA, aux côtés du conseil départemental chef de file, en adaptant leurs organisations internes aux logiques de parcours et en renforçant l'attractivité des métiers.

Recommandation n°11 Prendre en compte les financements des différents dispositifs et outils de coordination existants ainsi que leurs limites pour attribuer des financements pour le déploiement du SPTA, dès lors qu'ils concernent des actions ou outils nouveaux, dans une logique d'effet de levier. Prévoir une enveloppe forfaitaire pour chaque département, dédiée notamment aux actions de formation des acteurs et à l'accompagnement au déploiement du SPTA, versée au démarrage du projet et à mi-étape.

Recommandation n°12 Créer une conférence territoriale de l'autonomie au niveau départemental.

Recommandation n°13 Renforcer et simplifier les articulations entre l'ARS, le conseil départemental, les communes et groupements de communes à travers une contractualisation visant à accompagner et développer les missions du SPTA formalisée par un schéma départemental stratégique et opérationnel commun.

Recommandation n°14 Prévoir que tout changement d'organisation au sein du SPTA donne lieu à concertation préalable avec les partenaires et les acteurs au sein de l'instance de pilotage stratégique du SPTA.

Recommandation n°15 Prévoir que la loi autorise les assemblées locales à fusionner par délibération des conférences et instances entrant dans le champ du SPTA.

Recommandation n°16 Prévoir des leviers d'actions gradués en cas de carence d'un des acteurs, empêchant le déploiement du SPTA.

Recommandation n°17 Installer une instance nationale de pilotage stratégique des politiques de l'autonomie, pilotée par la DGCS, le SGMAS ou une personnalité qualifiée et reconnue pour ses compétences dans le champ de l'autonomie.

Recommandation n°18 Engager les travaux préparatoires au déploiement du SPTA en amont du processus législatif et durant l'année 2022.

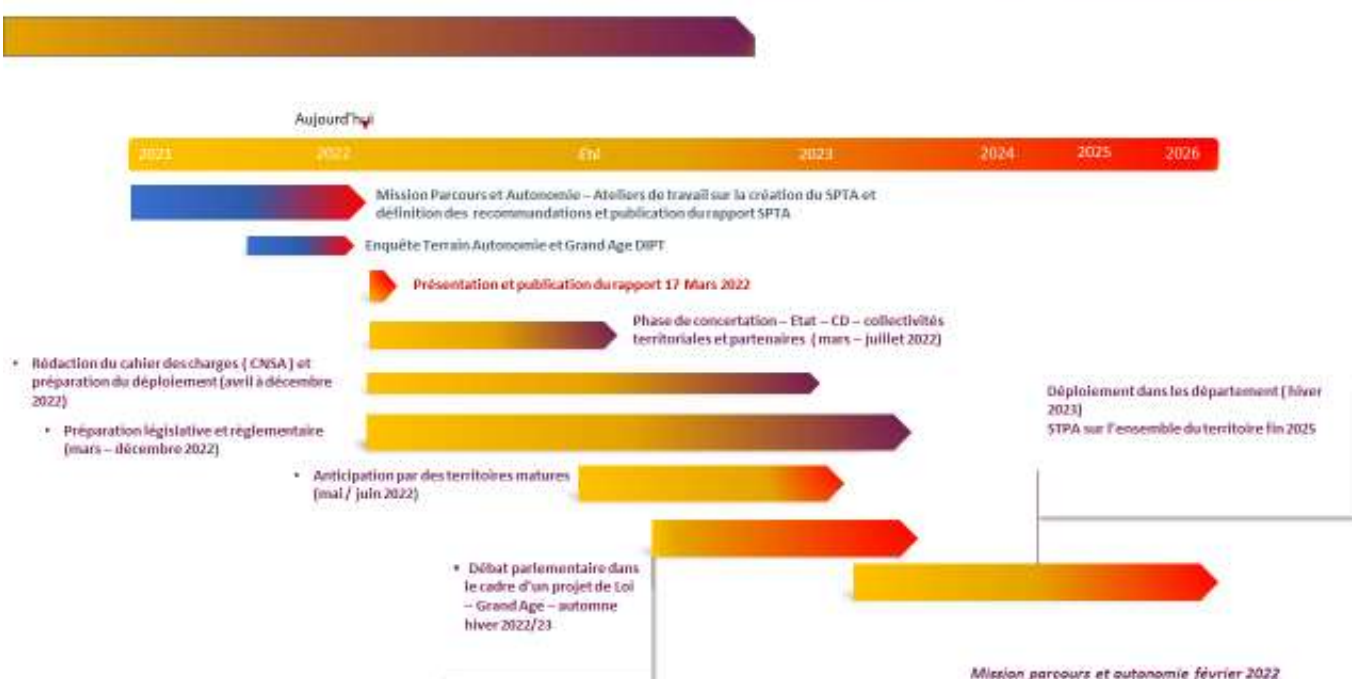
Recommandation n°19 Mettre en place sur les territoires une démarche de projet pour le déploiement du SPTA, conduite par une équipe projet co-pilotée par l'ARS et le conseil départemental, avec l'appui de la CNSA.

Recommandation n°20 Définir ex ante des indicateurs de pilotage du SPTA, communs aux parties prenantes et partagés ainsi que des modalités d'évaluation.

Recommandation n°21 Assurer un déploiement généralisé du SPTA sur le territoire national, de manière progressive, dans les deux ans suivant la publication de la loi.

Annexe 3 : Proposition de calendrier de déploiement du service public territorial de l'autonomie

Grandes étapes de la création du service public territorial de l'autonomie 2022-2025



Annexe 4 : Exemples de cas concrets

- Cas concret issu du territoire du pays de Mayenne

Des exemples concrets -

La Personne
Mme X, 77 ans,
Vit seule,
Elle a 2 filles non
domiciliées en Mayenne
et possède des troubles
cognitifs naissants

L'attente du professionnel
L'infirmière libérale de Madame X nous contacte.
Madame X présente des troubles de la mémoire qui
s'installent, elle a chuté le matin même et sa cheville est
enflée. Son domicile n'est pas adapté. L'infirmière
souhaite faire un **Plan Personnalisé de Santé (PPS)** avec
le médecin traitant pour évoquer la situation.

L'action de Solène
Nous réalisons donc un Plan Personnalisé de Santé avec le médecin traitant et l'infirmière,
afin de définir les objectifs pour **sécuriser au maximum la situation** (évaluer les
douleurs au dos et à la cheville, sécuriser la prise des médicaments par l'infirmière, évaluer
le logement par l'ergothérapeute de l'Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation,
stimuler la mémoire par l'Équipe Mobile Alzheimer, entretenir la fonction musculaire par
un kiné, mettre en place un dossier APA par la Maison Départementale de l'Autonomie,
mettre en place de l'aide à domicile, une mesure de protection etc.)

Tout au long du parcours de Mme X, **j'annonce les dispositifs**, je suis la situation auprès
des professionnels et **je garantis une continuité** en ajustant les objectifs en fonction du
besoin.

L'action de Solène
Nous réalisons donc un Plan Personnalisé de Santé avec le médecin traitant et l'infirmière,
afin de définir les objectifs pour **sécuriser au maximum la situation** (évaluer les
douleurs au dos et à la cheville, sécuriser la prise des médicaments par l'infirmière, évaluer
le logement par l'ergothérapeute de l'Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation,
stimuler la mémoire par l'Équipe Mobile Alzheimer, entretenir la fonction musculaire par
un kiné, mettre en place un dossier APA par la Maison Départementale de l'Autonomie,
mettre en place de l'aide à domicile, une mesure de protection etc.)

Tout au long du parcours de Mme X, **j'annonce les dispositifs**, je suis la situation auprès
des professionnels et **je garantis une continuité** en ajustant les objectifs en fonction du
besoin.

Commentaire :

- **La bonne prise en charge de la personne exige une coordination des acteurs sanitaires et sociaux tout à la fois.**
- **Il ne faut pas séparer les solutions sociales et sanitaires.**
- **Il ne faut pas se contenter de l'approche « droits formels » mais mettre en place des solutions concrètes.**

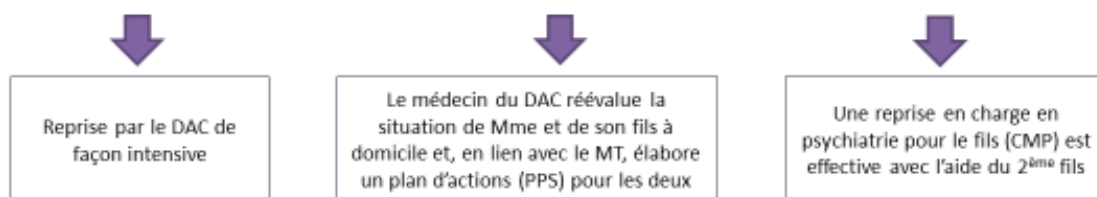
14/03/2022

2

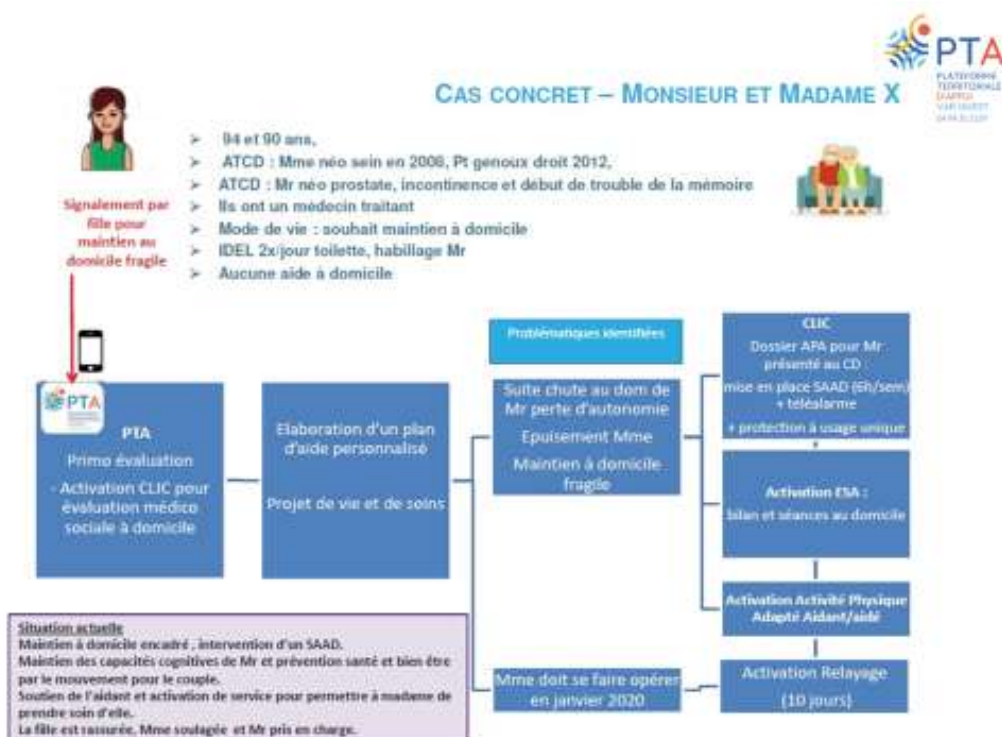
- Cas concret issu du territoire du Grand Nancy

L'articulation avec le Conseil départemental et la MDPH / Nancy

- Mme L. vit à domicile avec un de ses deux fils, qui a été suivi en psychiatrie ambulatoire, et qui perçoit l'allocation adulte handicapé. En rupture de soins après le décès de M. L., le fils empêche les professionnels d'entrer au domicile pour prendre en charge Mme L.
- Mme L. présente en effet une maladie auto-immune évoluant depuis longtemps, invalidante. Elle est confinée à domicile depuis plusieurs années. Elle a un plan d'aide APA, avec intervention d'un SPASAD (plusieurs passages par jour, d'intervenants différents).
- Dans un premier temps, le DAC stabilise la situation, mais le contexte financier devient catastrophique : factures impayées, risque d'expulsion. Une mise sous protection est nécessaire, faisant intervenir le médecin du DAC, qui effectue l'expertise à envoyer au juge. C'est la travailleuse sociale de la MDS qui rédige la requête.
- La situation financière s'améliore suite à la mise sous tutelle de Mme, mais le fils demeure un frein à l'entrée des intervenants à domicile, et fait peur par des paroles agressives. Il empêche le référent de parcours complexe de rentrer dans le domicile.
- Au cours du staff organisé par le DAC, réunissant les intervenants dont CD, MDPH, SPASAD on propose en lien avec le MT :



- Cas concrets issus du territoire du Var Ouest



- Cas concret issus de la Seine-et-Marne

DAC PAT 77– Exemple de logique collaborative - 1

Mr C

15 février 2021 - Le service à domicile de Mr C contacte le PAT pour l'alerter d'un retour post hospitalisation à domicile de Mr C et d'un besoin d'appui pour renforcer les aides à domicile qui semblent insuffisantes au regard de l'évolution de sa dépendance. Son aidant (épouse) est épuisé ++. Le PAT réalise une VAD le 18 février et constate l'aggravation de l'état de santé de Monsieur.

- Le PAT réalise un dossier APA en urgence dans le cadre d'un soutien à l'aidant (renforce les aides existantes pour l'aidant) et interpelle à son retour de visite le DAC le 18 février pour une demande d'appui sur l'évaluation et la mise en place d'aide et de soins complémentaires pour Mr. Passage de relais.
- Le DAC récupère les informations auprès du médecin traitant et du service hospitalier. Visite à domicile réalisée par 2 IDES le 25 février. Mise en place d'une HAD en plus du SAD, déclenchement d'un fond FNASS. Soutien de l'aidant par un passage psychologue dans le cadre des rémunérations spécifiques DAC

→ Suivi et coordination programmés par la suite en commun DAC + PAT.

DAC PAT 77– Exemple de logique collaborative - 2

Mr P

- Le 17 février 2021, les fils de Monsieur P interpellent le PAT et le DAC dans le cadre d'une difficulté de maintien à domicile de leur papa (double interpellations le même jour - secrétariat commun DAC-PAT). Monsieur P a déjà un passage infirmier pour une surveillance de Diabète à domicile mais apparaît dans au cours de l'entretien l'information par la famille d'une notion d'un cancer généralisé peu documenté et d'une perte de poids récente de 10 kg. Le médecin traitant est en congé prolongé.
- Il est décidé **une visite commune PAT/DAC** (1 IDE – 1 Travailleur social) le 19 février qui conclut à une nécessaire ré-hospitalisation de Monsieur pour investigation de la dégradation de l'état de santé et de la perte de poids récente. Hospitalisation le 22 février. Mr P sort de l'hôpital le 1^{er} avril. L'assistante sociale appelle le PAT pour indiquer qu'elle n'était pas en mesure de réaliser une APA U (HOPITAL situé dans le département 45 et non le 77). Monsieur sort avec une poche de gastrostomie.
- Le PAT réalise une évaluation à domicile le 2 avril pour engager dans les meilleurs délais l'APA U pour mise en place en urgence d'aide à domicile.
- Le DAC assure le lien avec le médecin traitant et coordonne la mise en place d'une HAD.

→ Suivi et coordination programmés en commun DAC + PAT.

Annexe 5 : Les participants aux ateliers thématiques réalisés du 12 mars 2021 au 10 mars 2022

Les ateliers de la mission Parcours et autonomie ont été organisés par thème en vidéoconférence en analysant les expériences acquises entre administrations centrales, collectivités locales, caisses nationales de sécurité sociale et agences nationales, experts et acteurs de terrain. Ils ont réuni entre 30 à 60 participants.

- Etat des lieux, bonnes pratiques, capitalisation et retours d'expérience covid, 12 mars
- Encourager les dynamiques et les co-constructions territoriales du parcours, structurer sur l'ensemble du territoire: méthode et leviers (indicateurs, PRS, objectifs contrats Etats, COG...), 24 mars
- Valorisation financière des coordinations, 7 avril
- Droit au parcours : quelle signification ? Quelle méthode ? 8 avril
- Maison de l'autonomie : quel contenu? Quelle méthodologie ? 27 avril et 12 mai
- Evaluations de la situation des personnes âgées et des personnes handicapées- quels outils ? Pour quels objectifs en commun entre le champ sanitaire et médico-social ? 27 mai
- Service public de l'autonomie (mission, périmètre, leviers...), 10 juin
- Premiers constats de la vaccination des personnes âgées Points forts et limites d'une coordination territoriale santé et sociale, 9 septembre
- Discussion autour des projets de recommandations pour la mise en œuvre du Service public territorial de l'autonomie, 30 septembre
- Prévention, 14 octobre
- Outils numériques en faveur du parcours et des échanges entre acteurs de santé et sociaux, 16 Novembre
- Usage et développement des coordinations entre acteurs de la santé et du secteur social dans le champ de l'autonomie, 14 décembre
- Présentation et discussion sur les premières propositions de recommandations, 19 janvier
- Mise en place d'un service public territorial de l'autonomie, 10 mars

Participants aux ateliers :

- Dr Eliane ABRAHAM (PTA Nancy)
- Marie Hélène AUDIER (CNC PH)
- Dr Jean-Pierre AQUINO (SFGG)
- Rachel BLANC (ARS BFC)
- Sandrine BLAZY (ARS Occitanie)
- Pr Marie-Aline BLOCH-(EHESP)
- Malika BOUBEKEUR (APF Marc BOURQUIN (FHF)
- Marie BOUCAUD (M2A paris centre)
- Thomas BOUQUET (Croix rouge française)
- Céline BOUILLLOT (Unaf)
- Romain BOULANT (CD du Nord)
- Frédéric BOUSQUET (CD 65)
- Karen BUTTIN (EHESP)
- Louise CADIN (DGCS)
- Isabelle CASTAGNO (DGCS)
- Sylvain CONNANGLE
- Emmanuel CORBILLON (HAS)
- Stéphane CORBIN (CNSA)
- Sandrine COURTOIS (FHF)
- Dr Marguerite DEFEBVRE (ARS HDF)
- Sylvain DENIS (FNAR)
- Dr Nghiem DUY (CNSA)
- Ariane EPSTEIN (DIPT)
- Pr Bertrand FOUGERE (CHU Tours)
- Frédérique GARLAUD (CNAV)
- Diane GENET (DGCS)
- Dr Pascal GENDRY (Avecsanté)
- Morgane GUILLEMOT (SGMCAS)
- Eric HAUSHALTER (CNAM)
- Virginie HOAREAU (CNSA)
- Jean-Philippe HORREARD (SGMCAS)
- Elisabeth HUBERT (FNHAD)
- Antoine IMBERTI (DSS),
- Pr Claude JEANDEL (CHU Montpellier - CNP gériatrie)
- Jérôme JUMEL (DGCS)
- Sylvie LAINE (RT2S77 DAC Sud 77)
- Dr Cécile LAMBERT (DGOS)
- Pauline LAVAGNE D'ORTIGUE (DITP)
- Garmenick LEBLANC, (CNAM)
- Marie Hélène LECENNE (ARS CORSE)
- Hélène LEGENDRE (ARS CORSE)

- Corinne LLOVEL (DAC PTA 19)
- Dr Marie Dominique LUSSIER
- Dr Anne-Noëlle MACHU (DGOS)
- Geneviève MANNARINO (Département du Nord)
- Guillaume MARION (ANDASS puis DGCS)
- Mme Agnès MEILLIER (ARS BFC)
- Pauline MEYNIEL (SYNERPA)
- Sylvie METAYER (DAC 56)
- Vincent MICHELET (ARS-PDL)
- Dr Gérard MICK (CHU Lyon)
- Mme Claire MUZELLEC KABOUCHE (ARS Bretagne)
- Catherine MORIN (DGCS)
- Dr René NIVELET, René (ARS-Bretagne)
- Claire PREVOTEAU (ARS PACA)
- Nathalie PONTASSE (CD de la Sarthe)
- Santa OTTAVI (ARS Corse)
- Dr Antoine PIAU (CHU de Toulouse)
- Céline POULET (CNCPPH)
- Pascal POUSSE (ANCLIC)
- Pierre PRIBILE (ARS BFC)
- Dr Diane PULVENIS (ARS PACA)
- Magalie RASCLE (MSA)
- Franck de RABAUDY (CNAM)
- Maud ROBERT (DSS)
- Alain ROCHON (APF)
- Dr Sylvie ROSSIGNON (CPTS PTA Nancy)
- Pr Dominique SOMME (CHU de Rennes)
- Jean-Christian SOVRANO (FEHAP)
- Pr Bruno VELLAS (CHU Toulouse)

Annexe 6 : Les rencontres bilatérales

Ministres

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie

Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées

Cabinet de Madame Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie

M. Antoine Meffre, directeur de cabinet adjoint auprès de la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie

Cabinet de Madame Sophie Cluzel, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des Personnes handicapées

Mme Marine Darnault, directrice de cabinet de Mme Sophie Cluzel

Mme Aurore Collet, cheffe de cabinet et conseillère simplification accès aux droits

Cabinet de Madame Jacqueline Gourault, Ministre de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales

M. Marc Chappuis, directeur adjoint

Parlementaires

Mme Manuela-Kéclard Mon Désir, députée de la Martinique

Départements

Association des départements de France

M. Oliver Richefou, vice-président ADF et président du Département de la Mayenne

Conseil départemental des Hautes Pyrénées

Michel Pélieu, président

M. Frédéric Bousquet, Directeur de la Maison Départementale pour l'Autonomie

Conseil Départemental du Nord

Mme Geneviève Mannarino, vice-présidente chargée de l'autonomie

Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

Mme Elodie Clair, directrice générale adjointe en charge des solidarités

Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

M. Benjamin Voisin, directeur général adjoint

Conseil Départemental de l'Aude

M. René Ortega, secrétaire général

Conseil Départemental de l'Aveyron

M Arnaud Viala, président

Administrations

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)

M. Etienne Champion, secrétaire général

Mme Muriel Vidalenc, cheffe de service du pôle « Santé-Agences régionales de santé »

Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale

M. Jean-Philippe Horréard, chargé de mission pôle ARS

M Laurent Pellen, chargé de mission

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Mme Marianne Kermoal-Berthome, cheffe de service et adjointe au directeur.

Sous-direction du financement Sous-direction de l'accès aux soins

M. Timothée Mantz, adjoint au sous-directeur

Mme Maud Robert, chef de projet

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme Virginie Lasserre, directrice générale de la cohésion sociale

Service des politiques sociales et médico-sociales

M. Jérôme Jumel, chef de service et adjoint à la directrice générale

Mme Sylvie Escalon

Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

M. Anatole Puiseux, sous-directeur

Mme Catherine Morin, service des politiques sociales et médico-sociales.

Droits et aides à la compensation

M. Frédéric Conte, chef de bureau

Florence Allot, Cheffe de service

Joëlle Toufic, Adjointe au cheffe de service

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Katia Julienne, directrice

Mme Sandrine Billet, sous directrice

M. Samuel Delafuys, sous-direction pilotage performance

Dr Anne-Noëlle Machu, chargée de mission

Mme Lauriane Gomez, chargée de mission

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

M. Fabrice Lenglard, directeur

Mme Elisabeth Fery-Lemonnier, médecin chargé de mission en santé publique

M. Patrick Aubert, sous-directeur de l'Observation de la solidarité

Direction Générale de la Santé (DGS)

Dr Eliane Vanhecke

Agences régionales de santé (ARS)

M. Pierre Pribile, directeur général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté

M. Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS Occitanie

M. Stéphane Mulliez, directeur général de l'ARS Bretagne

M. Malik Lahoucine, directeur général adjoint de l'ARS Bretagne

Mme Marie-Hélène Lecenne directrice générale de l'ARS Corse

Mme Claire Muzellec Kabouche, directrice, Délégation Départementale du MORBIHAN

Mme Clara De Bort, directrice générale de l'ARS Guyane

Dr. Jérôme Viguié, Directeur Général de l'ARS Martinique

M Olivier Brahic, Directeur général de l'ARS Mayotte

Conseil d'État

M. Denis Piveteau, conseiller d'État

Opérateurs et organismes sociaux

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Mme Virginie Magnant, directrice ;

M. Stéphane Corbin, directeur adjoint ;

Mme Marine Boisson-Cohen, directrice scientifique ;

Mme Bénédicte Autier, directrice de la compensation.

Caisse des dépôts

Mme Laure de la Bretèche, directrice déléguée des politiques sociales

Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

M. Vincent Mazauric, directeur

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

M. Renaud Villard, directeur

Mme Frédéric Garlaud, directrice nationale de l'action sociale

M. Laurent Tarrieu, adjoint à la directrice nationale de l'action sociale

Mutualité sociale agricole (MSA)

M. François-Emmanuel Blanc, directeur général

Mme Magalie Rascle, directrice de l'action sociale

Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Mme Céline Poulet, secrétaire générale du Comité Interministériel du Handicap

Mme Marie-Hélène Audier

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP)

M. Stéphane Pradoux, directeur général

AP-HM

M. François Crémieux, directeur général adjoint

CHRU Tours

Professeur Bertrand Fougère, CHRU Tours pôle vieillissement

Partenaires sociaux, fédérations et associations

Association APPUI & VOUS des Deux-Sèvres

M. Pascal Pousse, directeur

Association des Directeurs au service des Personnes Agées (AD-PA)

M. Pascal Champvert, président

Association des Paralysés de France (APF France Handicap)

M. Alain Rochon, président

Mme Malika Boubekour, conseillère nationale

Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS)

Mme Anne Troadec, présidente

Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH)

M. Jean-Louis Garcia, président

M. Jean-Louis Leduc, directeur général

Association Petits Frères des Pauvres

M. Alain Villez, président

M. Yann Lasnier, délégué général

Collectif Handicaps

M. Arnaud De Broca, président

Croix Rouge Française

M. Thomas Bouquet, délégué national handicap

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Mme Marie-Aline Bloch, chercheuse en sciences de gestion

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)

M. Antoine Perrin, directeur général

M. Jean Christian Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé (Facs)

M. Gérard MICK, président

Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Marc Bourquin, conseiller stratégie, responsable la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire

Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNADEPA)

M. Jean-Pierre Riso, président

Fédération française de service à la personne (FEDESAP)

M. Julien Jourdan, directeur

M. Jean-Michel Ricard, président de l'association Siel Bleu

Mme Coline Le Bolloch, responsable plaidoyer de l'association Siel Bleu

M. Marc Thomas, directeur de l'association ORRPA

M. Bernard Bensaid, président du groupe AVEC

Fédération Nationale des Entreprises d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)

Mme Elisabeth Hubert, présidente

Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS)

Dr Claude Leicher, président

Fédération Nationale des Syndicats Exploitants Agricoles (FNSEA)

M. Luc Smessaert, vice-président

Mme Céline Camgrand-Vila, vice-présidente de la commission sociale

Mme Aude Fernandez, en charge de la protection sociale des non-salariés agricoles

Maison des Aînés et des Aidants à Paris (M2A)

Mme Marie Bouchaud, directrice générale

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)

M. Luc Gateau, président

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

M. Vincent Vincentelli, responsable représentation sectorielle

Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

Mme Guillemette Leneveu, directrice générale

Mme Marie-Andrée Blanc, présidente

Union Nationale des Professions de Santé (UNPS)

Dr Joubert, présidente

M. John Pinte, vice-président

M. Fabrice Camaiori, vice-président

Mme Mathilde Guest, directrice générale

Mme Anne Dehêtre, secrétaire générale

Union Nationale des Acteurs de la Formation et de la Recherche en Intervention Sociale (UNAFORIS)

Marcel Jaeger, président

Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)

M. Jean-Pierre Aquino, délégué général

**Annexe 7: Enquête terrain Autonomie et grand Age – février
2022 - Ministère de la transformation et de la fonction
publique – Direction interministérielle de la transformation
publique**



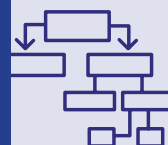
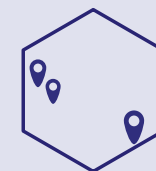
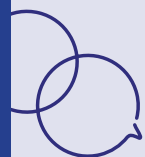
MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Enquête terrain Autonomie & Grand âge

A la rencontre des usagers :
expériences
& vécu dans le cadre du
recours aux aides et des
démarches associées

Février 2022

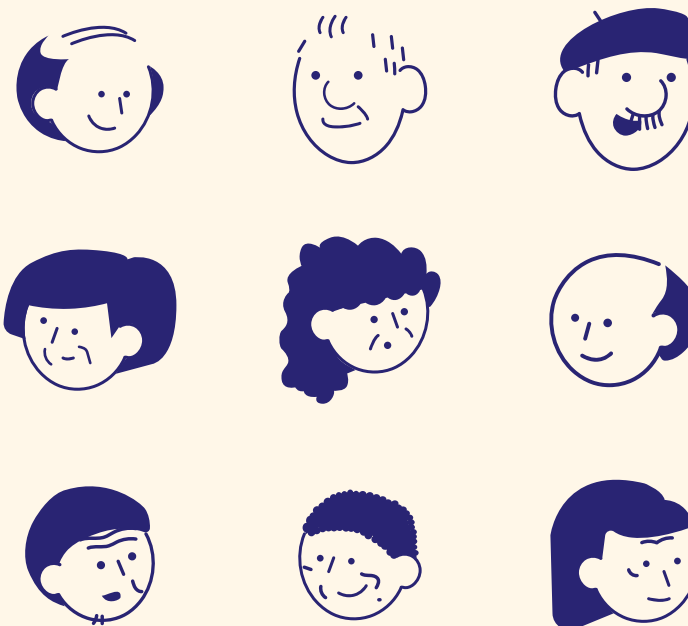


Introduction

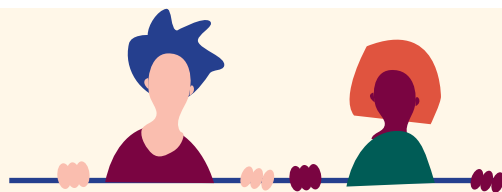


Dans le cadre de la **mission Parcours et Autonomie** confiée par le **Ministère des solidarités et de la santé** à M. Dominique Libault relative à l'amélioration du service public de proximité auprès des personnes âgées et handicapées, il a été confiée à la **Direction interministérielle de la transformation publique** la mission suivante : **transmettre la parole des personnes âgées et handicapées**, des usagers sur le territoire par le biais d'une **enquête qualitative** réalisée fin 2021.

La DITP, en collaboration avec les **Laboratoires d'innovation territoriale Insolab (Var)** et **Etat'lin (Pays de la Loire)** ont proposé une **méthode innovante d'enquête** associant les compétences de **sociologie et design**. Pour ce faire, un groupe de travail **multi-acteurs** a été constitué pour coopérer de la conception du projet à sa synthèse, et sur les différents territoires sollicités.



Focus acteurs



Direction interministerielle de la transformation publique - Mission Innovation

Au sein du Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, la mission innovation de la DITP a pour mission d'accompagner les projets de transformation publique prioritaires : en construisant avec les usagers et les agents sur le terrain les services publics de demain, elle répond au plus proche de leurs besoins.

L'objectif : des services plus proches, plus simples et plus efficaces.

La DITP s'appuie notamment sur un réseau de **laboratoires d'innovation territoriale**, leviers clés de transformation publique, en proximité avec les usagers.

INSOLAB (Var)

Administrations porteuses

- . Direction départementale de l'Emploi du Travail et des Solidarités
- . Caisse d'Allocations Familiales du Var
- . Conseil départemental du Var

Partenaires principaux

- . TVT Innovation (Opérateur)
- . Institutions et associations partenaires des administrations porteuses.

Missions

Innovation sociale et publique
Accès aux droits
Inclusion numérique
Diffusion des méthodes de créativité

Activités

- **Associer les publics cibles :** une démarche ouverte pour encourager les publics ciblés par la politique publique menée à s'investir dans le développement durable de leur territoire.
- **Co-construire les politiques publiques :** une démarche collective et de la mise en commun de ressources.
- **Faciliter :** favoriser les rencontres, les synergies et l'émergence de réalisations concrètes.
- **Accompagner et incubé les projets :** Innover & faire appel à la créativité : stimuler l'émergence d'idées proposant un cadre et des méthodes de travail créatives.
- **Créer des communs :** favoriser une construction sociale émanant d'un collectif et générant des productions ou services d'utilité publique.
- **Former les acteurs publics aux méthodes créatives et innovantes.**

Etat'lin (Pays de la Loire)

Administration porteuse

- . Secrétaire général pour les affaires régionales des Pays de la Loire

Partenaires principaux

- . Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS)
- . Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC)
- . DIRECCTE
- . ADEME
- . INSEE et DDTM44

Missions

- Accompagner les services dans leurs projets ayant une ambition de transformation de l'action publique en facilitant la mobilisation des équipes dans l'élaboration et le suivi des projets
- Concrétiser la construction de nouveaux services, dématérialiser et simplifier l'existant par le design et la co-construction avec l'ensemble des usagers (citoyens, agents publics...).

Activités

- **Incubation d'idées** et mise en pratique de méthodes
- **Accompagner** les transformations numériques et les projet de services
- **Former au design** des politiques publiques, au management visuel, aux techniques d'innovation, à la facilitation et aux outils numériques de la DINUM...
- **Animation des réseaux** professionnels et développer une culture apprenant l'émergence d'idées proposant un cadre et des méthodes de travail créatives.

À la rencontre des usagers

QUI ?

PILOTAGE



PARTENAIRES



COMMENT ?



PANEL USAGERS

~20 pers. >60 ans + aidants

~20

TERRAIN 1

TERRAIN 2

Mayenne

Var

Maine et Loire

➔ = ~40 entretiens USAGERS

POUR
OBTENIR
QUOI ?

Explorer des **expériences très concrètes**, recueillir la **parole brute des usagers**, identifier des points de blocage, les incompréhensions mais aussi des réussites concrètes, donner à voir et comprendre des **épisodes de vie** liés à la perte d'autonomie, **dégager des grands défis**, envisager des **pistes de réflexion** pour l'avenir, **nourrir le futur projet de loi** sur le volet du recours et des parcours autonomie et grand âge

Nous tenons à remercier les différents partenaires professionnels qui, sur les territoires, nous ont permis d'identifier et de contacter les usagers mais également l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées, pour le temps qu'elles nous ont accordé et pour leurs témoignages précieux et sincères sur leurs expériences.

L'équipe projet : Alexandre Farnault (SGMAS), Ariane Epstein (DITP), Sofia Martinez (Etat'LIN), Marina Kozloff (InsoLab)

Sommaire



À la rencontre des usagers : quelle méthode ?

Page 6

Construire l'enquête

Page 11

Les grands enseignements de l'enquête

Page 16

Synthèse globale

Des défis récurrents

| Appréhender la perte d'autonomie : ce n'est pas rien

| S'informer ? Mais où et comment ?

| Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute et d'anticipation

| Accéder aux services : un parcours du combattant

Focus thématique

Conclusion

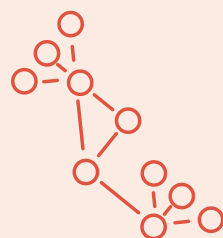
Page 50



À la rencontre des usagers

À la rencontre des usagers : quelle méthode ?

L'identification, la prise de contact et la rencontre se sont déroulées selon les étapes suivantes :



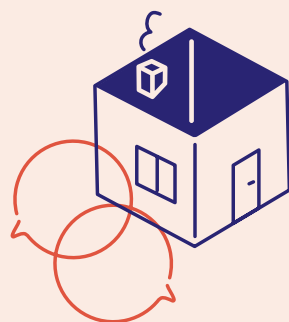
1

Mobilisation de l'écosystème de partenaires sur les territoires (CCAS, Département, professionnels de santé, associations...) pour identifier les profils d'usagers à interroger.



2

1ère prise de contact avec les usagers et leurs aidants par téléphone pour leur expliquer la démarche et organiser l'échange à domicile.

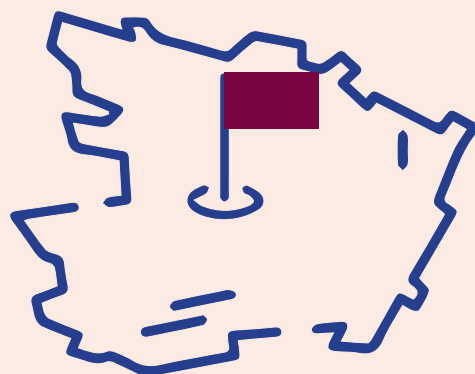


3

Réalisation des entretiens directement au domicile des personnes, dans le cadre d'un échange d'1h30, avec la personne en perte d'autonomie, parfois accompagné(e) de son aidant. Ce format a été privilégié pour **créer le contact** avec les personnes, prendre le temps de faire connaissance, **s'ancrer dans leur quotidien** et créer les conditions pour favoriser une expression libre et spontanée, et, ainsi, **capter les ressentis et les vécus**.

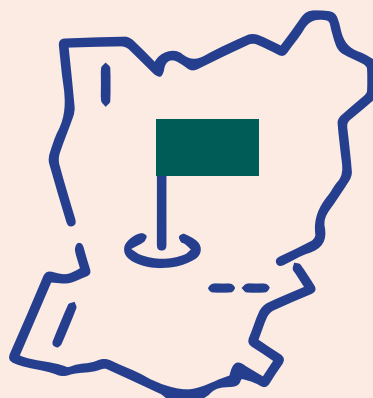
À la rencontre des usagers : Les acteurs sur les territoires

La mobilisation de ce panel a été rendue possible grâce à la large implication des acteurs professionnels sur les territoires, qui ont pu identifier les profils parmi leurs usagers dès septembre 2021 :



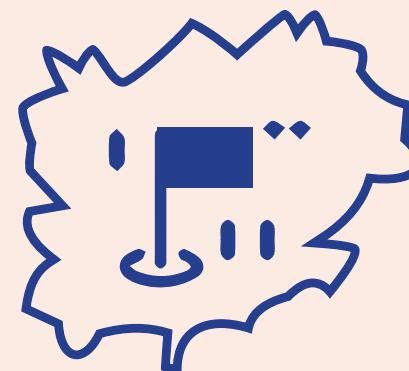
Maine et Loire

Conseil départemental (MDA)



Mayenne

Association PALEX (plateforme d'appui libéral)
CCAS Laval
Conseil départemental (MAIA)
Fédération ADMR
Hôpital local du Sud-Ouest
Mayennais



Var

AG2R
Département du Var (Direction Autonomie)
CCAS de Toulon
Les Petits frères des pauvres
ACAP (MSA)
ADAPEI83

À la rencontre des usagers : critères de sélection

L'un des grands enjeux de l'étude était de réussir, sur un échantillon de **40 personnes, avec leurs aidants**, à rencontrer la plus grande diversité de situations possibles. La construction de notre panel s'est donc, avant tout, basée sur cette **exigence de variété**, plus que sur une représentation du poids réel de ces situations sur le territoire français. Le choix des terrains d'enquête a suivi cette même logique, avec des territoires **au contexte et à l'offre d'accompagnement différents**.

En partant de ce principe, le "panel visé" a été construit selon les objectifs suivants :

5 critères principaux



50% hommes

50% femmes

50% urbains



50% ruraux

âge > 60 ans



40% handicap

45% GIR 3-4

GIR

45% GIR 5-6

10% autonome

18% 80-89 ans

5% 90 ans +



44% 60-69 ans

33% 70-79 ans

Critères complémentaires



Une diversité de niveau de vie
(revenus, PCS)



Une diversité en termes d'isolement social
(1/3 de personnes isolées vs 2/3 non isolées)



Une diversité en termes
d'isolement numérique
(25% d'isolés numériques)

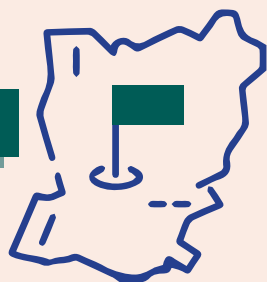
À la rencontre des usagers : Le panel final

entretiens
réalisés de
octobre à
décembre
2021

Territoires visités

Mayenne

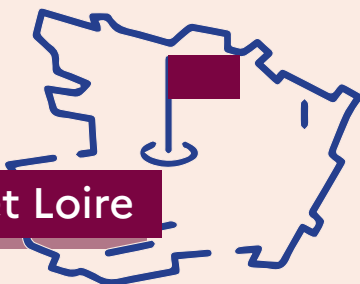
Cossé
Le Vivien
Laval
Renazé
Saint-Saturnin-du-Limet



13 sur 40
personnes
rencontrées,
étaient en
présence de
leurs aidants

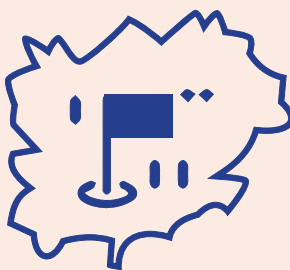
Maine et Loire

Angers
Beaussé
Durtal
Ombree d'Anjou
Trémont



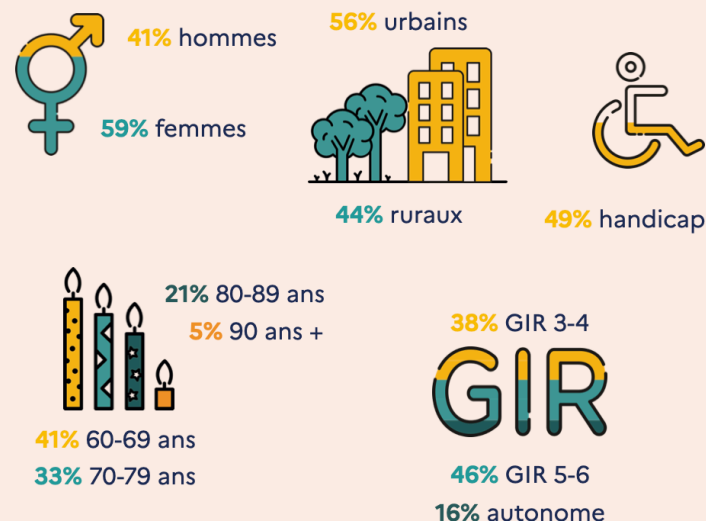
Var

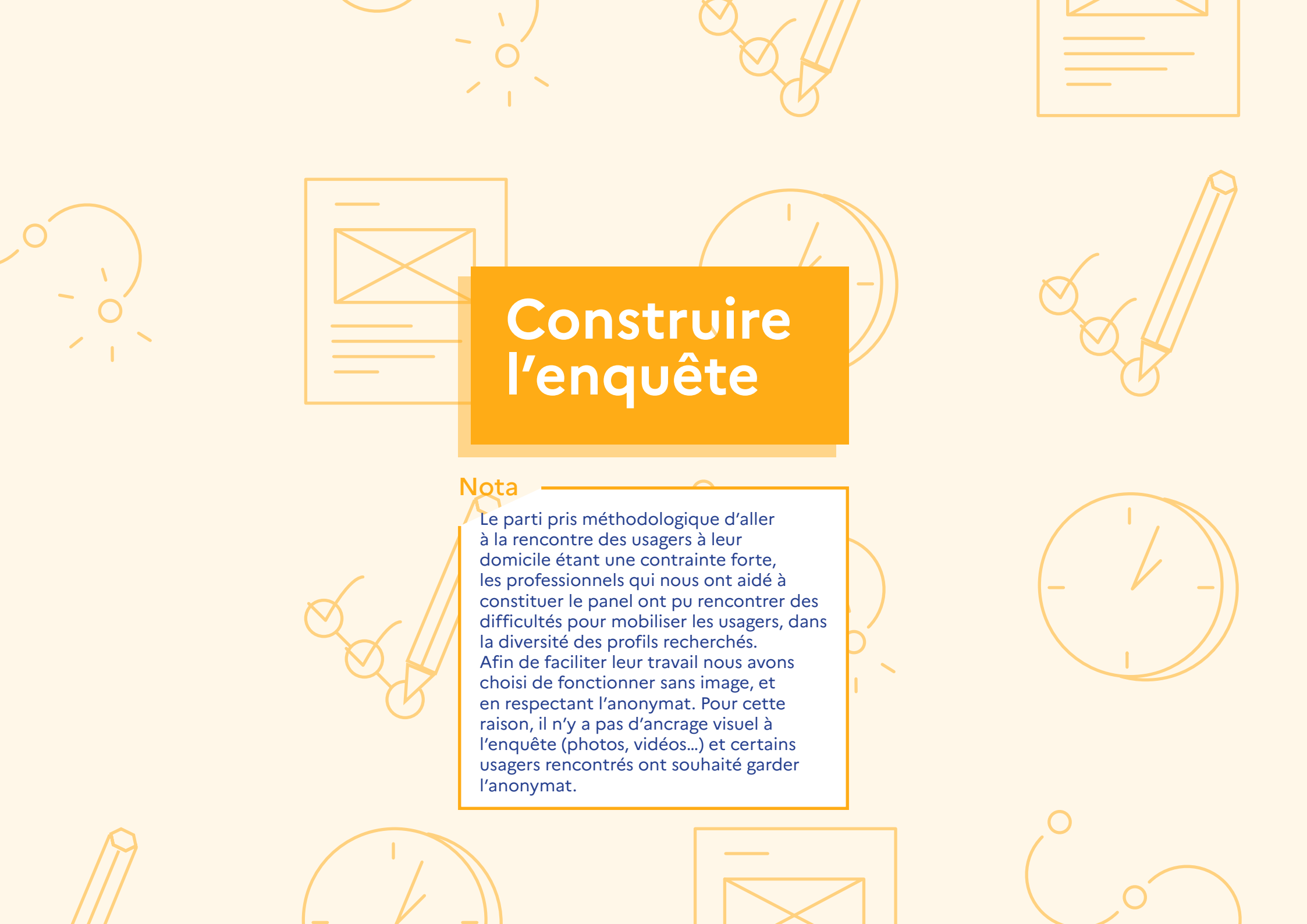
Brignoles
Le Val
Rocbaron
Toulon



Panel rencontré

La mobilisation des profils recherchés a été parfois difficile notamment pour identifier des personnes volontaires et également par manque de disponibilité. Ainsi, le panel effectivement rencontré diffère quelque peu de celui visé initialement même si l'objectif de diversité de situations a été largement atteint :





Construire l'enquête

Nota

Le parti pris méthodologique d'aller à la rencontre des usagers à leur domicile étant une contrainte forte, les professionnels qui nous ont aidé à constituer le panel ont pu rencontrer des difficultés pour mobiliser les usagers, dans la diversité des profils recherchés. Afin de faciliter leur travail nous avons choisi de fonctionner sans image, et en respectant l'anonymat. Pour cette raison, il n'y a pas d'ancrage visuel à l'enquête (photos, vidéos...) et certains usagers rencontrés ont souhaité garder l'anonymat.

Construire l'enquête : Entrer en contact par le prisme des besoins

Le point de départ du questionnaire a pour objectif de **répartir les besoins fondamentaux** du quotidien. Ainsi, la première partie de l'entretien vise, spécifiquement, à identifier et qualifier les besoins les plus **essentiels** pour la personne **en explorant différents thèmes** comme les soins, la mobilité, l'évolution du logement ou encore le lien social et l'écoute.



Construire l'enquête : Une approche orientée parcours et expérience

À partir de ces préoccupations prioritaires de l'utilisateur, notre objectif est de **pouvoir identifier et qualifier les marqueurs de son expérience tout au long du parcours** de recours services.

La construction du questionnaire est donc articulée autour des axes suivants :



1

La connaissance des dispositifs

Connaissance des aides et des droits
Clarté et transparence
Sollicitation et recours



2

L'appréciation de ces dispositifs

Qualité d'écoute / ressenti de la stigmatisation
Qualité de l'aide (adaptation)
Qualité de l'aide (exécution)



3

Les délais

Délai d'obtention de la réponse
Délai d'obtention de l'aide



4

Des indicateurs de simplicité

Nombre de points de contact
Perception de la prise en charge

Construire l'enquête : Des fiches de synthèses individuelles

La structuration du questionnaire autour de l'articulation besoins & parcours associés nous a permis, par les fiches de restitution individuelles, de **dégager des profils mais aussi d'explorer dans le détail les expériences de recours et les intersectionnalités** entre les différentes demandes...

FICHE PERSONA

Jojo (Anonyme)
Femme
69 ans
Rural
GIR 5-6

Sans handicap
Isolement social modéré
Isolement numérique modéré
Rayon d'action : 5 km

AUTRES INFORMATIONS SUR SA SITUATION

- « Je vis seule. Je fais ma cuisine, mon ménage, toute seule. Je n'ai pas de connaissance qui est plus âgée que moi, je l'aide si besoin. Je ne fais pas d'activité s'est arrêtée. »
- « J'ai quelques problèmes de santé, j'ai vu l'ORL, j'ai des problèmes de vue. Je suis allée à Sainte Musse 6 fois. Je dois voir mon médecin pour l'on peut faire. J'ai un bon de transport pour y aller, c'est bien tout. »
- « Je sors avec les petits frères des pauvres, j'ai une aide alimentaire de 20 euros. »
- « J'ai un frère, on se parle peu, on ne s'entend pas très bien. Ma mère lui a acheté, moi non. »
- « Pour l'instant je suis autonome, je m'occupe de ma mère, elle est dépendante. »
- « J'arrive à faire le ménage mais je suis vite essouffée. Je ne peux pas vieillir c'est compliqué, la température ça joue beaucoup, le froid ça joue beaucoup. »

RECOURS AUX AIDES & PARCOURS

POINTS POSITIFS

Freins et limites

Connaissance & Recours

- « Je lis, j'ai regardé dans le journal et je suis allée voir l'assistante sociale de conseil général et eux, ils m'ont envoyé au CCAS »
- « L'avocat je l'ai trouvé grâce au bottin »
- « Internet ce n'est pas mon truc »

Obtention - Parcours

- « De manière générale ça va, je m'occupe de tout et si je suis dépassée, je vais voir l'assistante sociale et elle me guide. Mais je fais tout à l'heure et en temps donc ça va »
- « L'assistante sociale du CCAS, qui s'occupe des vieux, m'a proposé d'aller au foyer mais trop de papiers et puis j'ai ma mère, c'est plus pratique pour moi de rester chez moi »
- « Normalement, je reçois de l'aide pour l'EDF mais cette année fallait un dossier gros comme ça, envoyé avec l'accusé de réception, 3 mois en avance. Depuis mois de mars, toujours rien, pas de réponse »

Qualité de l'aide obtenue

- « L'assistante sociale, elle me dépanne, elle me rassure, je ne me sens pas seule »
- « Des fois ils disent des conneries, il faut changer, il faut isoler... comme si j'ai de l'argent, comme si je suis propriétaire. Mais ils ne disent pas comment obtenir de l'aide pour tout ça »
- « Ils m'ont diminué les aides alors que les factures augmentent... Vous comprenez quelque chose ? »

Intersectionnalité

- « Ce qui est bien, c'est qu'avant de partir, elles expliquaient tout à leurs collègues donc j'en avais pas besoin de tout répéter »
- « Quand j'étais en souffrance, ils m'apportaient à manger sans que je leur demande, c'est qu'ils communiquent entre eux »
- « Je devais donner un papier, mais aux impôts, elle ne voulait pas me faire un papier comme quoi je ne paye pas les taxes d'habitation. Mais ce n'est pas pour moi, on me le demande ailleurs, c'est pour les aides... Alors pourquoi ils n'ont pas demandé directement aux impôts ? Pourquoi c'est à moi d'y aller et de m'enlever ? »

EVALUATION DES BESOINS

Aide quotidienne
Administratif
Réduire l'isolement
Logement Accessible
Hébergement temporaire
Équipement
Soin à l'hôpital
Soin à domicile
Ecoute
Mobilité
Anticipation Perte d'autonomie
Juridique

Nous avons pu isoler, au sein de ces entretiens, des préoccupations majeures en lien avec les démarches mais avons également mis en exergue des pistes d'amélioration proposées spontanément par les usagers eux-mêmes ou en réaction à des suggestions faites lors de l'entretien. **Cette approche « solution »**, concrétisée par un temps d'échange dédié en fin d'entretien, avait pour but d'enrichir l'enquête et de **se projeter positivement sur « ce qui fonctionne maintenant pour mieux faire demain »**.



LES GRANDS ENSEIGNEMENTS DE L'ENTRETIEN

- « Si j'ai besoin d'aide je vais voir une aide sociale, je réagis assez vite, je vais demander aux assistantes sociales, je ne sais pas tout. J'ai appris à me débrouiller, je ne me suis jamais laissée couler. Je n'ai pas beaucoup de responsabilités, ça va, je ne suis pas vraiment seule. Même si les assistantes sociales changent je suis bien prise en charge, je n'ai pas à me plaindre. Je suis locataire, j'ai une aide à l'énergie. Je suis obligée de mettre le chauffage nuit et jour, ça baisse trop la nuit pour l'éteindre. »
- « J'anticipe, mais je ne sais pas comment faire si ça s'aggrave. Je ne peux vendre la maison de ma mère si elle est en vie, je suis coincée financièrement, il faut attendre. Les maisons de retraite ce n'est pas terrible. Je suis locataire ce n'est pas évident. J'ai fait une demande pour un logement à la Garde, mais ce n'a pas abouti. C'est compliqué de se projeter. Je sais que les foyers ça existe, je pourrais y aller si vraiment j'ai besoin, je verrais ça avec l'assistante sociale. »
- « Les démarches pour le foyer ça n'a pas été très compliqué. Les démarches en général je manque d'explications mais ça va je m'en sors. Je ne sais pas toujours vers qui me tourner mais je frappe à toutes les portes et on me dirige. »
- « L'administratif... heureusement que j'ai le temps libre. Ils te demandent toujours des papiers, il manque toujours quelque chose »
- « Il y a des aides qui sont dégagées, faut voir avec la mairie mais c'est compliqué. »



PISTES D'AMÉLIORATIONS

- « Ça serait intéressant d'avoir un référent pour faciliter les démarches. Tout est électronique, je ne suis pas dans le coup. »
- « Il faudrait des gens sérieux pour pouvoir conseiller les gens en détresse. Même pour les gens au chômage, c'est important de ne pas être ignoré. L'assistante sociale pourrait être cette personne. Il y a des blocages à tous les niveaux, santé, travail, pour tous les âges, au niveau des droits de chacun... quand on a moins d'éducation, de formation, il faut pouvoir trouver de l'aide. »
- « Ça serait fabuleux d'accéder à la culture plus facilement, pour ne pas rester devant la télévision. Quand on est seul mais on peut encore marcher, ça change les idées mais ça a un prix »





Les grands enseignements de l'enquête

Nota

La constitution du panel ayant été faite grâce aux acteurs et partenaires constituant le système d'aide, l'enquête ne relate pas l'expérience des personnes qui ne sont pas du tout connues ou repérées par le système.

Synthèse globale

Les besoins principaux

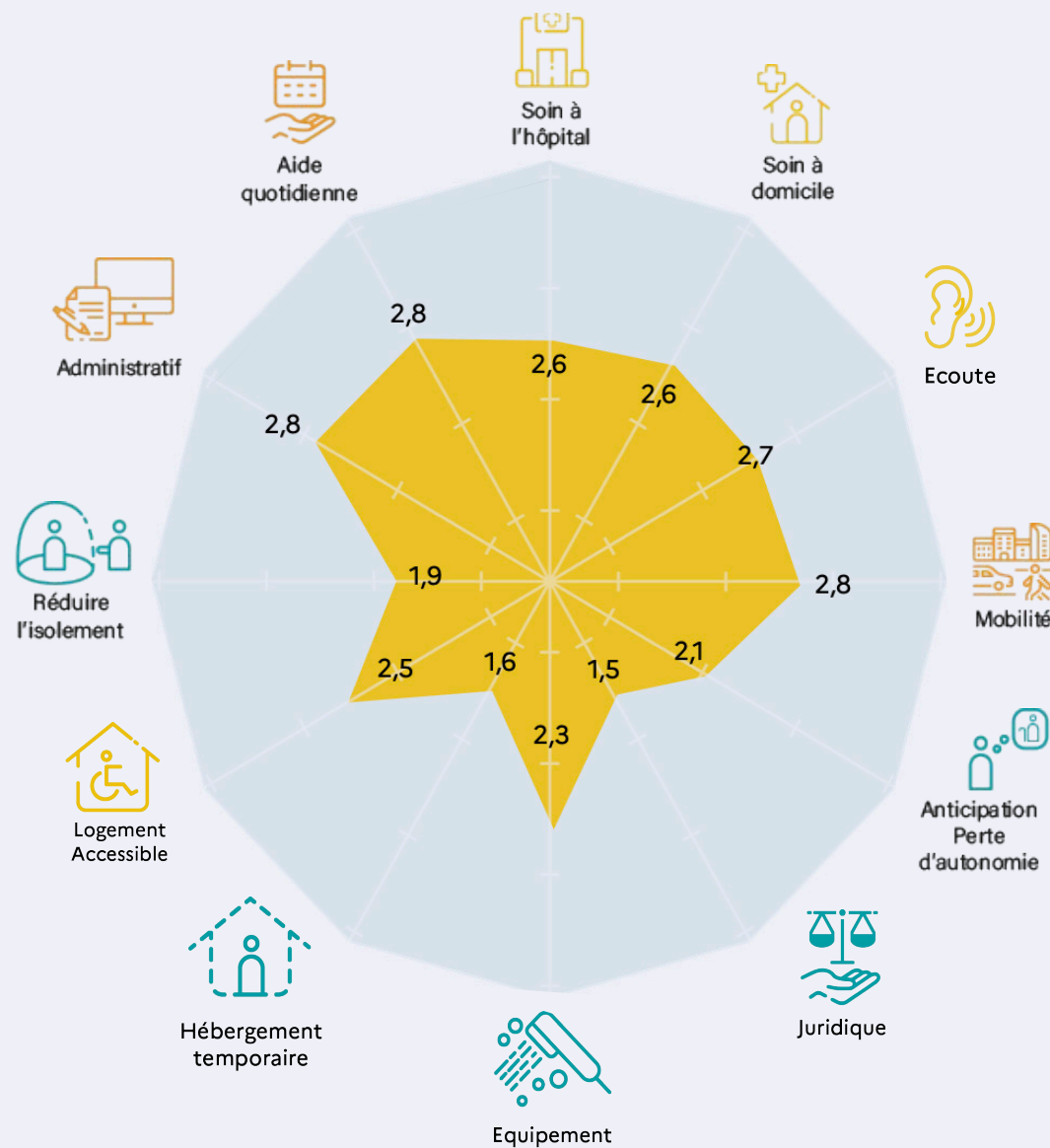
La diversité des personnes interrogées nous a permis d'appréhender des parcours de vie et des besoins fondamentaux bien spécifiques. Cependant, 2 besoins ressortent comme prioritaires pour la grande majorité des répondants :

- l'administratif
- l'aide à domicile
- la mobilité

(note moyenne de 2,8/4)

d'autres besoins ressortent aussi :

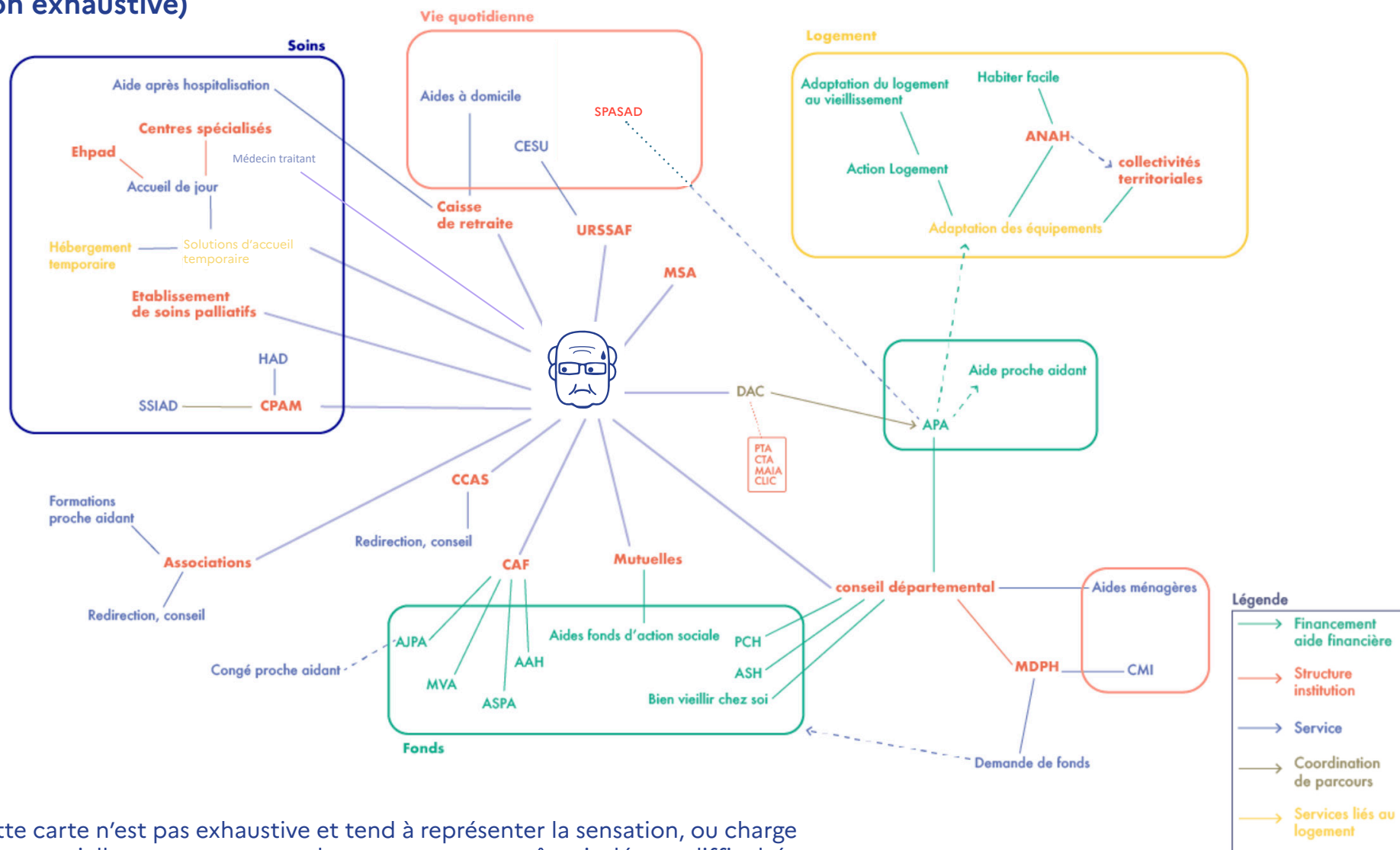
- les soins à domicile / hôpital
- l'écoute
- l'accessibilité du logement



Une nébuleuse d'acteurs

... pour répondre à ces besoins

(liste non exhaustive)



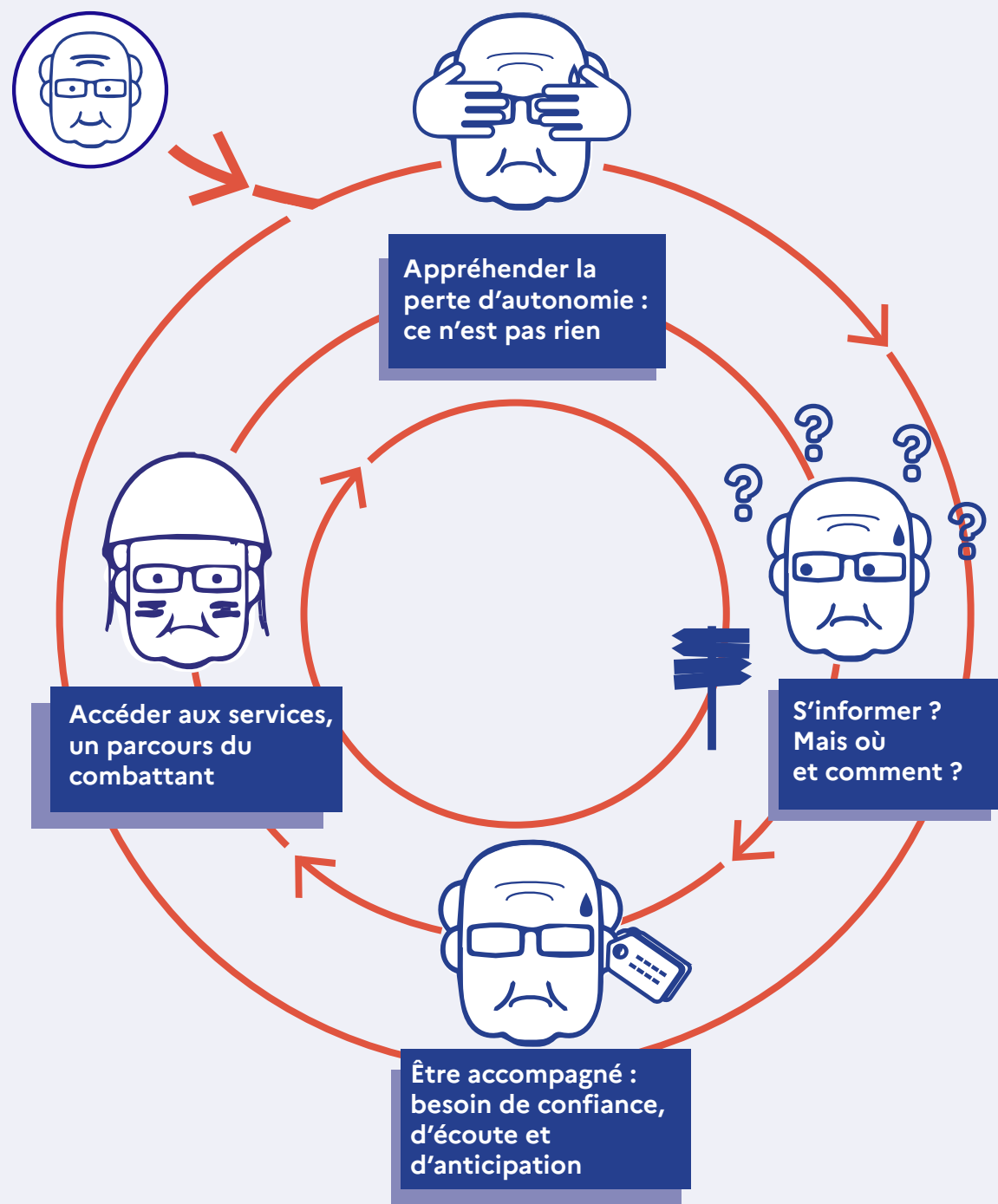
nota: cette carte n'est pas exhaustive et tend à représenter la sensation, ou charge mentale potentiellement perçue par des usagers pouvant être isolés, en difficulté ou en souffrance, lorsqu'ils cherchent à accéder à des services, des aides.

Les grands enseignements

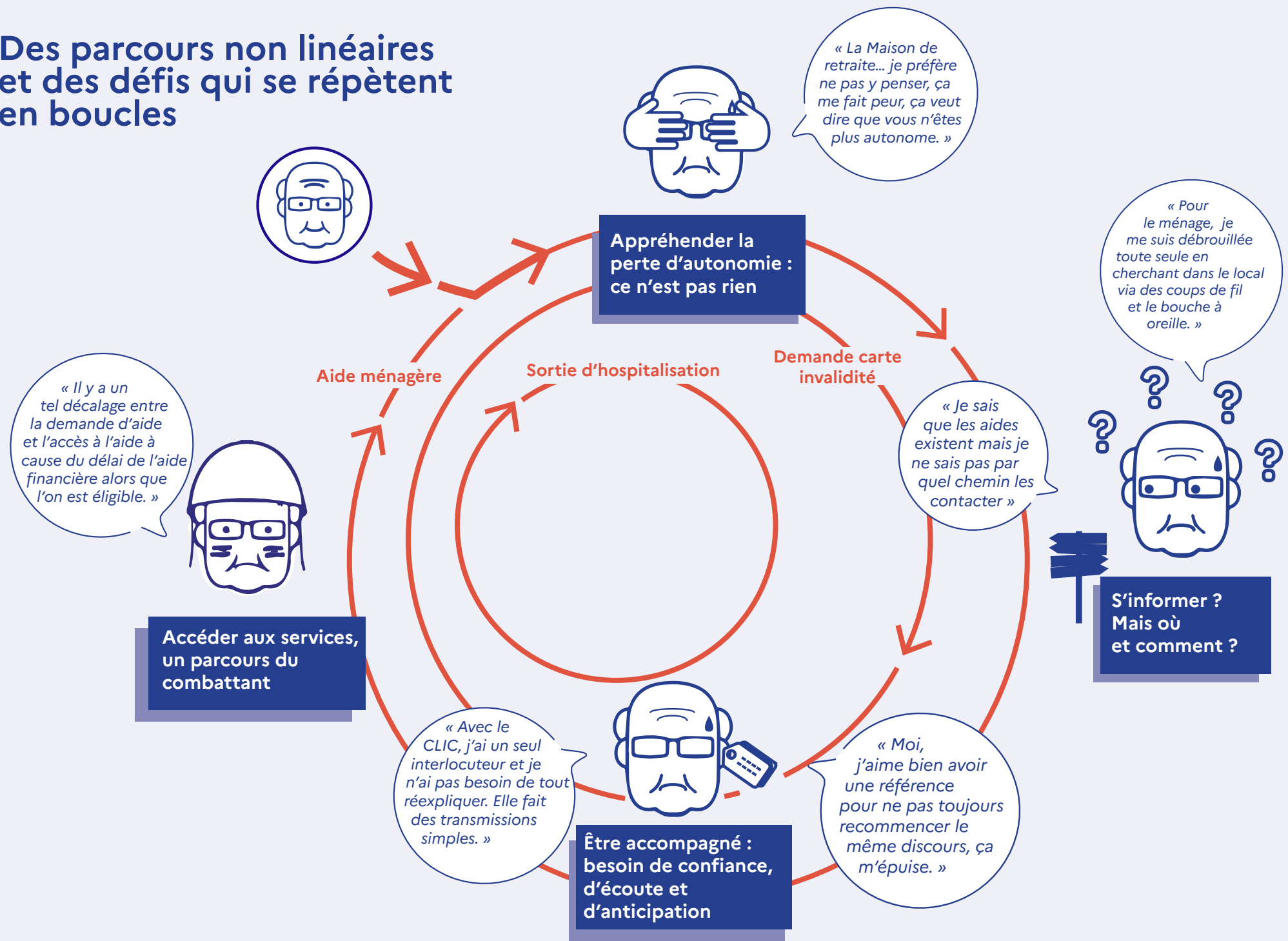
Des parcours non linéaires et variés avec des défis qui se répètent en boucles

Malgré les profils différents des personnes interrogées, il a été possible d'identifier des préoccupations récurrentes des usagers à différentes étapes de leur parcours. Mais leur réalité ne correspond pas au présupposé d'un parcours linéaire type : « je rentre dans le dispositif, je trouve une solution et j'en sors ».

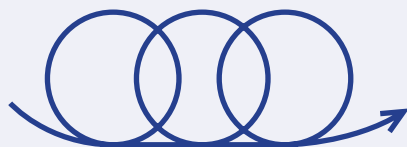
Son fonctionnement s'apparente davantage à une **logique de boucle, de spirale** : une fois entré dans le dispositif, le bénéficiaire a des besoins différents qui évoluent ou se cumulent au fil des années - et jusqu'à la fin de sa vie - en fonction de sa situation (santé, mobilité, logement, etc.). Cette réalité implique de réelles spécificités en termes de suivi par les professionnels.



Des parcours non linéaires et des défis qui se répètent en boucles

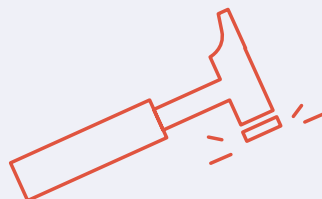


Les grands enseignements



Des difficultés conjuguées qui rendent les parcours complexes

Les récits des participants soulignent comment les effets du vieillissement, du handicap, de la santé, de l'habitat et du social se conjuguent de façon différenciées en fonction des individus, de leur parcours de vie, de leur entourage social. **Des conditions de vie souvent difficiles et précaires, le manque d'accès aux soins somatiques et psychiques, l'isolement social, le manque d'aide au quotidien et à l'aménagement du domicile rendent le parcours plus complexe.**



Des cloisonnements à faire tomber

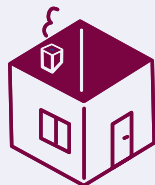
Le cloisonnement des champs sanitaires et sociaux/médico-sociaux crée un vide, une carence d'accompagnement. Les personnes âgées, ainsi que leur entourage familial et amical se trouvent parfois perdues et démunies. **Ce n'est pas tant la qualité des services reçus qui est au centre des discours, que l'expression des angoisses et de la colère face au système dans son ensemble.**



Critique du système mais grande reconnaissance pour les personnes

Les récits des usagers témoignent, au premier abord, d'un réel paradoxe. La grande majorité est très critique vis-à-vis d'**un système qu'il trouve trop complexe, trop lourd, pas assez rapide...** et, parallèlement, montre **un attachement très fort et une vraie reconnaissance vis-à-vis des personnes qui les accompagnent** (assistante sociale, infirmières, aide-soignante, etc.)

Les grands enseignements



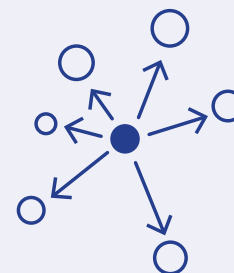
Pas de grand écart entre ville et campagne

Alors que l'on aurait pu préjuger d'un écart de vécu et de perceptions à l'avantage des territoires urbains, qui semblent plus denses en terme d'offres, cela n'a pas été le cas. **Les personnes interrogées, n'ont jamais exprimé un sentiment d'abandon directement lié à leur localité géographique**, avec pour certains territoires ruraux, au contraire la mise en avant de bonnes pratiques en termes de réseau de proximité.



Le poids des acteurs de proximité

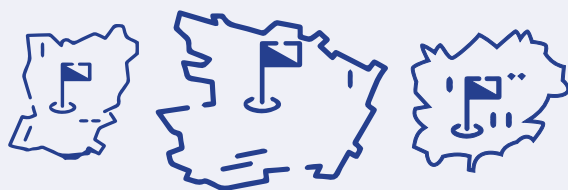
Les acteurs les plus spontanément cités dans le cadre des différents parcours sont les interlocuteurs de proximité et de solidarité comme la **Mairie (et le CCAS), le Département, les associations locales... mais aussi et surtout l'entourage direct et les proches**. En début de parcours tout particulièrement, ce sont ces acteurs qui guident le plus souvent les usagers.



Pour un système dynamique connecté

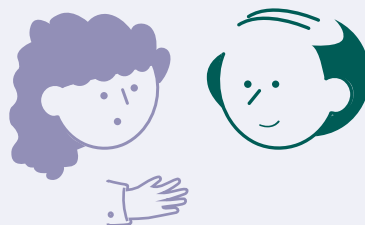
Dans la mesure où les obstacles rencontrés se trouvent à l'articulation entre la santé et le social, cette réalité nous invite à penser le grand âge **comme un système dynamique interdépendant, avec l'émergence d'une fonction de coordination** des différents organismes, services, intervenants et un travail au plus près des personnes âgées.

Les grands enseignements



Pas d'écarts notables d'un territoire à l'autre

A l'échelle du panel de 40 personnes interrogées, et au vu de la variété de situations de vie, il n'y a pas de différence notable en fonction des territoires visités.



Une conscience de soi plutôt fidèle à la réalité

Pour les personnes déjà dans le parcours : A la question portant sur le niveau d'autonomie perçu pour eux-mêmes, posée sous forme de représentation de soi, les réponses ont été assez fidèles à la réalité, témoignant d'une **bonne conscience de leurs besoins et du rôle des aidants.**

Certains minorent un peu leur état, ce qui reflète l'appréhension de la perte d'autonomie, exprimée par ailleurs.



Nota : les aidants

Il n'y a pas d'écart significatif entre ce que disent les aidants et les aidés car ils vivent la même expérience lors des démarches de recours aux aides.

Nota : les questions ne portaient pas sur leur statut d'aidant en soi (hors cadre de l'enquête).

Des défis récurrents



Appréhender la perte d'autonomie : ce n'est pas rien

Défi #1 - Des émotions, représentations et valeurs associées à cette phase de vie qui comptent beaucoup.



S'informer ? Mais ou et comment ?

Défi #2 - Acteurs, dispositifs et services... une offre encore trop peu lisible

Défi #3 - L'absence d'un point d'entrée bien identifié

Défi #4 - L'entourage et l'expérience personnelle, véritables clés d'entrée



Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute et d'anticipation

Défi #5 - A la recherche d'une personne de référence et de confiance

Défi #6 - Un besoin fort de se sentir considéré par les professionnels

Défi #7 - Pour un parcours plus anticipé et plus proactif



Accéder aux services : un parcours du combattant

Défi #8 - Pour une simplification des démarches et une diminution des délais

Défi #9 - Une accessibilité des services et du financement pas toujours simple

... et des thèmes saillants

Focus thématique

Thème #1 - Handicap & Retraite

Thème #2 - Accès aux soins et santé mentale

Thème #3 - Logement et maintien à domicile

Des défis récurrents



Appréhender la perte d'autonomie : ce n'est pas rien

Nota

La méthode d'interview choisie (au domicile, en proximité, sur un temps long d'1h30 à 2h parfois) a créé les conditions d'une expression libre et spontanée de la part des usagers. Ainsi, des messages puissants et parfois très durs ont pu être partagés lors de ces entretiens sur la situation vécue par les uns ou les autres. **Pour être au plus proche de la réalité et rendre compte des préoccupations réelles des usagers, notre parti pris a été de partager ces verbatims, comme une expression des points de douleurs à appréhender pour construire le modèle de demain.**



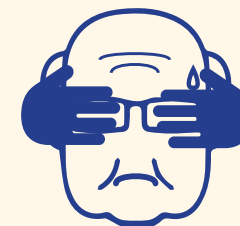
Appréhender la perte d'autonomie : ce n'est pas rien

Défi #1 - Des émotions, représentations et valeurs associées à cette phase de vie qui comptent beaucoup

Diagnostic & besoins exprimés



L'appréhension psychologique de la perte d'autonomie est une donnée essentielle à avoir en tête au moment d'élaborer des potentiels parcours d'accompagnement pour les bénéficiaires et leur entourage. **Peur** de se projeter vers l'avenir (dépendance accrue, isolement, décès...), **appréhension de devenir une charge** pour sa famille et la société, fierté de faire par soi-même pour montrer que "l'on est toujours capable", **pudeur** ou encore volonté de préserver son intimité... tout ce « poids » psychologique a une **réelle influence** dans la manière dont les personnes âgées et leurs aidants initient ou non des demandes d'information, ont recours à l'aide extérieure ou plus largement anticipent l'avenir et rentrent dans **les parcours d'accompagnement**.



« Maison de retraite... je préfère ne pas y penser, ça me fait peur, ça veut dire que vous n'êtes plus autonome. Il faut quitter son « chez soi », vous ne contrôlez plus rien... [...] C'est comme avec les aides, je ne me renseigne pas car je n'en ai pas besoin aujourd'hui. »

Jean Louis - 71 ans



« La perte d'autonomie, j'appréhende... Si c'est pour rester toute la journée sur le canapé, je préfère mourir. »

Julienne - 71 ans



« La solitude c'est grave, si demain je crève chez moi personne ne se rendra compte... J'ai besoin de voir du monde pour pas sombrer dans la folie. »

Anonyme - 69 ans



« C'est bête, en peu de temps, en quatre ans, j'ai pris un coup de vieux. J'étais hyper dynamique, je bougeais, je conduisais... Je ne me reconnais plus. Je suis une mamie, point barre, je ne suis pas capable. »

Danielle - 66 ans



« Si je n'étais pas là, elle serait dans un centre spécialisé. »

Alain (aidant)



« Si j'étais aux fraises, ça fonctionnerait différemment. Ça retomberait sur mes filles. »

Xavier - 67 ans

« S'il lui arrive quelque chose, je suis foutue. »

Elisabeth - 74 ans



Appréhender la perte d'autonomie : ce n'est pas rien

Défi #1 - Des émotions, représentations et valeurs associées à cette phase de vie qui comptent beaucoup

« Je me rappelle d'une seule assistante sociale de la municipalité, celle qui m'a obtenu cette maison-là. Elle est décédée il y a deux ans. Elle ne m'a pas demandé les détails de ma vie, elle m'a hyper prise en charge et d'amour aussi... Elle m'a juste dit, payez toujours votre loyer c'est la seule chose que je vous demande. Merci, c'est un paradis, une petite maison avec un jardin... même la solitude est agréable ici. »

Danielle - 66 ans



« Ils sont toujours gentils. Ça fait du bien le contact. C'est important. Si je ne les avais pas, je ne pourrais pas être chez moi. »

Monique - 84 ans



« Le SSIAD, matin et soir - week-end inclus - c'est précieux. »

Jeanine - 85 ans



« En campagne, on a tout. Plus de proximité, d'écoute et de rapidité. On a même un service pour nous aider à remplir nos fiches d'impôts. »

Chantal - 69 ans



« Je trouve qu'elle était d'une compétence excellente pour moi. Elle s'est mise dans mes bottes. Parce que l'on n'est pas toujours à l'aise avant un rendez-vous : est-ce que les sensibilités vont se retrouver. »

Marie-Josée - 71 ans



« Les petits frères des pauvres seront toujours là pour moi. Ce sont de belles personnes, c'est une belle rencontre. »

Danielle - 66 ans



Bonnes pratiques & pistes de solutions

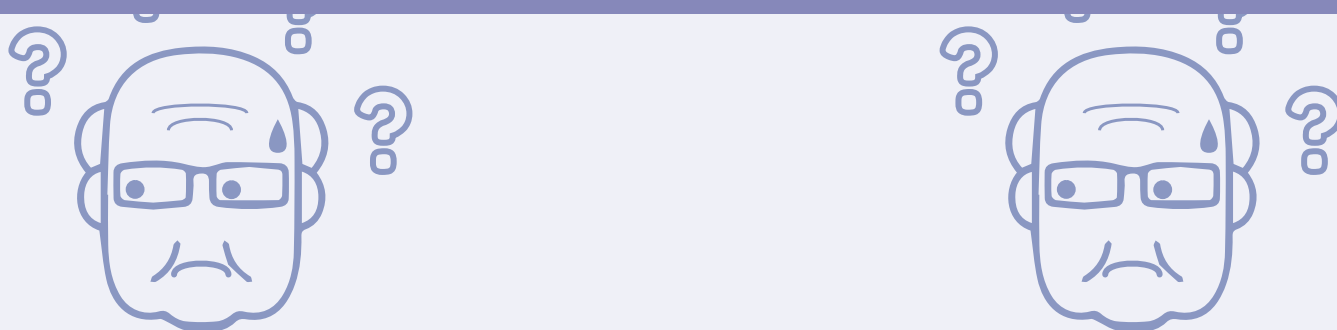
Dans cette perspective, **l'écoute, l'empathie** et la manière de présenter les choses constituent des éléments essentiels de l'offre de service. Cet aspect est d'ailleurs largement relaté par les répondants qui, face à leur situation, développent souvent un **lien très fort avec les personnes qui les aident.**

Au-delà de la disponibilité et l'expertise technique des professionnels, les usagers insistent sur le volet humain, l'attention, la posture et la réelle prise en compte de leurs besoins par les professionnels (pour ne pas seulement « remplir le dossier » pour une aide ou cocher des « cases »). On observe, par ailleurs, une satisfaction réelle des usagers vis-à-vis de ces professionnels dès lors qu'il s'agit d'« **interlocuteurs** » **identifiés, connus et récurrents.**

Des défis récurrents



S'informer ? Mais ou et comment ?



S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #2 - Acteurs, dispositifs et services... une offre encore trop peu lisible

Diagnostic & besoins exprimés



Globalement, les usagers ont du mal à savoir par où commencer et où trouver l'information. Les personnes interrogées ont ainsi mis en avant la **multiplicité** des dispositifs, des acteurs, des strates territoriales qui **rendent compliquées la connaissance de « ce qui existe »** et la compréhension du « qui fait quoi » & du « qui peut répondre à tel besoin spécifique ».

Cette réalité - qui questionne également la logique de guichet de référence pour obtenir l'information (cf. défi suivant) - amène les usagers et leurs aidants à explorer de nombreuses pistes, via **le bouche à oreille dans l'entourage, les recherches sur Internet, la sollicitation d'acteurs locaux** connus (préfecture, mairie, département, associations...) afin de trouver le bon interlocuteur et les aides adaptées. On observe que cette connaissance dépend largement des **aptitudes** de la personne et de son entourage à **trouver l'information**.

« Pour la recherche d'information, j'ai compté autant sur le **CCAS** que sur **le bouche à oreille via des amis**. »

Anonyme (aidante)

« Non, on ne connaît pas tout, **c'est le système démerde. Les droits ne viennent pas à nous**, il faut aller les chercher sur Internet. »

Alain (aidant)

« J'ai découvert dans le journal que Angers Loire Habitat proposait des logements pour seniors. »

Joëlle - 79 ans



« On ne reçoit plus le bottin et c'est bien dommage. Si vous cherchez un numéro, vous faites comment ? »

Danielle - 66 ans



S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #2 - Acteurs, dispositifs et services... une offre encore trop peu lisible

« Je connais les aides ménagères, **grâce à la mairie qui envoie dans les boîtes** aux lettres, en début d'année, un annuaire d'acteurs avec les contacts, les numéros et comment prendre rendez-vous. Si on n'avait pas ce courrier dans la boîte aux lettres, comment on ferait ? »

Chantal - 69 ans  

« **Ca serait bien d'avoir un guide** spécial pour les vieux, avec des numéros, des adresses. Quand on est seul, on ne sait par où commencer, vers qui se tourner. »

Danielle - 66 ans 

« Je lis très attentivement le **guide** envoyé par la mairie « Vivre Angers » pour connaître les actions, les idées... »

Thierry - 68 ans 

« **Un guide de contacts.** Oui, pour trouver le début du fil, savoir comment s'y prendre et

à quelle porte frapper. »

Marie-José - 71 ans 

« **Réunir les informations** pour savoir où chercher les aides administratives. Sur un **guide** pourquoi pas, **le recevoir par la poste** une fois par an, juste pour les personnes âgées. »

Yvonne - 86 ans 

« **Un appui pour guider** les gens car ce n'est pas facile d'aller chercher l'information sur Internet (diffusion de l'information). »

Anonyme (aidante)

« Chaque année je reçois un petit **livret** avec les numéros: aide à domicile, médecins, administratifs, petits travaux, etc... Pour moi ce n'est pas utile aujourd'hui mais ça pourrait me servir plus tard. »

Jean-Louis - 71 ans 



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Pour mieux connaître et mieux comprendre les acteurs et les aides existantes, les usagers mentionnent plusieurs manières de faire. Pour beaucoup, c'est le premier point de contact dans le parcours (ex : **CCAS, Département, assistante sociale lors d'un passage en hébergement temporaire...**) qui leur permet de dresser un 1^{er} panorama sur leurs droits, les aides possibles, les acteurs associés. Mais des initiatives et bonnes pratiques locales ont également été mentionnées par les répondants, dans lesquelles les territoires venaient apporter de manière proactive l'information auprès des personnes âgées et de leur famille : **guide local papier, annuaire, présentation annuelle**, etc.

S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #3 - L'absence d'un point d'entrée bien identifié

Diagnostic & besoins exprimés



Au-delà de la connaissance des dispositifs, c'est l'**entrée dans le parcours** qui est aussi parfois **peu évidente**. En effet, alors que l'on parle beaucoup d'anticipation de la perte d'autonomie, on observe que l'on rentre malheureusement souvent « par obligation » dans ces démarches via un accident de la vie : le décès d'un proche, une hospitalisation ou encore un passage en centre de rééducation... Dans ces cas-là, les professionnels sont les premiers points de contacts et sont des relais naturels pour guider la personne âgée et ses aidants vers l'offre de services adaptée. En revanche, **aucun « guichet de référence » n'est réellement identifié** (sur et hors web) pour prendre les devants et, là encore, le parcours dépend largement de la **prise d'initiative des usagers**, avec des recherches parfois complexes et aux résultats inégaux, qui peuvent aller jusqu'à l'**abandon des démarches**.

« Je ne sais pas comment je les ai trouvés... je **déprimais** tellement, je suis allée voir le **conseil du département** je crois. Ils m'ont orienté vers les petits frères des pauvres. »

Yvonne - 86 ans



« Si on ne demande pas, personne ne dit à quoi on a droit ; puis l'information, **il faut aller chercher mais où ?**

J'ai tapé dans tellement de portes que j'ai fini par y arriver...Mais après, vous savez, **on se lasse...** »

Marthe - 76 ans



« Je sais que les aides existent mais je ne sais pas **par quel chemin les contacter.** »

Danielle - 66 ans



« Pour mon souhait d'anticiper mon changement de de logement, je ne sais plus comment je suis arrivée au **CCAS / CLIC**. Je suis allée à l'accueil et on a pu organiser rapidement un rendez-vous avec Mme B. »

Marie-José - 71 ans



« Pour le soin à domicile, c'est le **centre de rééducation** qui m'a guidé vers le SSIAD. Pour le logement, c'est l'assistante sociale et l'ergothérapeute du centre qui ont communiqué les informations. »

Xavier - 67 ans



S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #3 - L'absence d'un point d'entrée bien identifié

« Je passe par la **maison des services**, un espace organisé par la mairie qui rassemble les services d'aide, et est animé par des bénévoles en grande partie. »

Chantal - 69 ans 

« Au niveau de la **mairie**, on pourrait avoir un service qui s'occupe des démarches pour aiguiller les gens. Le CCAS, les gens ne sont pas au courant de son existence, un livret, un formulaire, le passage de personne à domicile ça pourrait être une solution. »

Anonyme - 91 ans 



« On pourrait imaginer la proposition par le **CCAS** sous un même chapeau d'un vivier de fournisseurs de services avec des réductions pour aider les seniors en privilégiant le « **circuit court** » dans tous les domaines comme la mobilité, les loisirs... et avoir un **endroit central** où je trouve tout avec une forme de label (« comme un syndicat d'initiatives »). »

Thierry - 68 ans 

« La **mairie** m'a dit où il fallait aller. »

Jacqueline - 87 ans 



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Face à cette multiplicité des « accès », on voit cependant émerger **des acteurs de (p)référence** en termes de prise de contact de premier niveau. Ces acteurs, par leur **proximité naturelle** (mairie avec CCAS et CLIC) ou par le biais d'une **offre dédiée** (ou Département), ont pu aider les seniors et leur entourage à trouver une « porte d'entrée » pour initier leur démarche face à la perte d'autonomie. Les entretiens ont également permis aux usagers d'exprimer quelques propositions concrètes qui viendraient répondre, en partie, à ce besoin de « guichet » de 1^{er} niveau capable de les aiguiller.

S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #4 - L'entourage et l'expérience personnelle, véritables clés d'entrée

Diagnostic & besoins exprimés



Les entretiens ont montré l'importance **du recours à l'entourage** et aussi la capitalisation sur **ses propres expériences** pour initier les démarches. Très souvent en effet, les personnes s'appuient sur leur propres connaissances issues de leur expérience professionnelle, des **démarches similaires** qu'ils ont pu réaliser pour la génération précédente ou des proches, et surtout de leur propre réseau de proximité (famille, amis, collègues, voisins...). On observe, ainsi, une vraie **logique de "débrouille"** face à la complexité du système et de prise d'initiatives personnelles, même si des écarts existent **en fonction des catégories socioprofessionnelles** (ex : les personnes des CSP supérieures peuvent parfois bénéficier d'un plus large réseau) mais aussi des **générations** (lors de plusieurs entretiens, les jeunes retraités avaient également eu l'expérience d'aidant vis-à-vis de la génération précédente).

« Ce sont **mes enfants** et mon mari qui ont fait toutes les démarches. Et **ma belle-fille infirmière** connaissait bien les démarches. »

Jeanine - 85 ans  



« J'ai connu la résidence où j'aimerais aller car **la dame qui était au rez-dechaussée est allée là-bas** et je lui rendais visite. »

Joëlle - 79 ans 

« Pour l'offre de taxi/ ambulance, je l'ai connu car **ma nièce travaillait dans cette entreprise.** »

Jean-Paul - 62 ans  

« Pour l'adaptation de la maison, j'ai commencé **avec ma maman** pour qui j'étais allée à la préfecture qui m'avait guidée vers la Maison de l'Autonomie. »

Reine - 70 ans  

« Sinon, pour le logement, j'ai fait appel à **mon réseau personnel d'avocat** (via des clients droit de la construction, carreleur, plaquiste, etc.). »

Xavier - 67 ans  



S'informer ? Mais où et comment ?

Défi #4 - L'entourage et l'expérience personnelle, véritables clés d'entrée

« J'ai pu découvrir l'EHPAD d'à côté grâce à la **paroisse** qui cherchait des bénévoles pour y organiser des visites. »

Marie-José 71 ans



« J'ai connu le CCAS au **foyer des anciens**, et le foyer je l'ai connu avec le bouche à oreille. Le kiné et l'infirmière, c'est mon médecin traitant qui me les a prescrits. Je les ai trouvés... par le bouche à oreille aussi. »

Julienne - 87 ans



« Pour mes différentes recherches de logement et d'aide à domicile, ce sont mes **amis** qui m'ont trouvé l'information et m'ont aidé dans ces démarches, en allant voir le CCAS et le Département. »

Angelo - 65 ans



« Pour les soins à domicile, c'est mon **médecin** traitant, mon entourage et ma propre connaissance qui l'ont emmené vers le CCAS. »

Reine - 70 ans



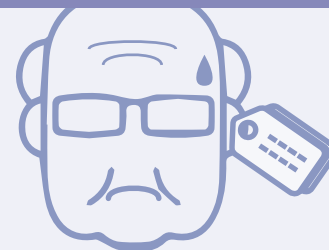
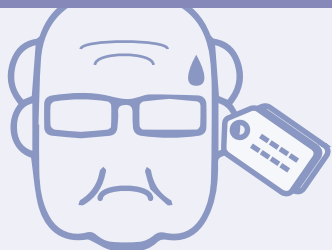
Bonnes pratiques & pistes de solutions

Ce réseau de proximité et d'entraide est donc souvent clé pour les personnes en perte d'autonomie dans la quête d'information et de contacts. Il est constitué de membres de la famille, de voisins, d'amis mais aussi d'autres acteurs comme le médecin traitant et les réseaux associatifs et de bénévolat dans lesquels les personnes âgées découvrent indirectement, au contact souvent de leurs pairs, des pistes pour avancer.

Des défis récurrents



Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute et d'anticipation



Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #5 - A la recherche d'une personne de référence et de confiance

Diagnostic & besoins exprimés



Face à la multiplicité des acteurs et des dispositifs, à la complexité de certaines démarches et au besoin réel de « se sentir écouté, compris et accompagné », une grande partie des personnes interrogées ont évoqué la nécessité de pouvoir bénéficier d'un **accompagnement personnalisé**, au plus proche de leurs besoins et de l'évolution de leur situation, avec un soutien spécifique sur la réalisation et le suivi de certaines démarches, la mise en relation avec les bons interlocuteurs ou encore la coordination. A cette expertise « technique » de l'accompagnement s'ajoute une **dimension « sociale et relationnelle »**, essentielle pour nombre de personnes âgées et d'aidants qui, dans cette phase parfois difficile de la perte d'autonomie, cherchent un cadre rassurant et **d'empathie** pour avancer et franchir les obstacles. Par ailleurs, l'**anonymisation** et l'**automatisation** croissante **des services** (via Internet, les standards téléphoniques ou encore des interlocuteurs non identifiés ou qui changent souvent) est globalement **mal perçue** et va à l'encontre de ce cadre de confiance attendu.

« Il n'y a aucun rappel du CCAS. Il y a un manque d'information. Parce que tout **se passe par téléphone** : c'est bien joli mais je veux voir les gens. »

Joëlle - 79 ans

« Après, ce n'est pas toujours facile et c'est parfois un peu long : il faut se comprendre, qu'elle **se mette dans ma peau...** »

Marie-José - 71 ans

« Il n'y a **pas de communication** entre plusieurs services. Chaque fois, il faut tout refaire, tout expliquer... c'est fatigant »

Julienne - 87 ans

« Pour la CAF, j'appelle **15 minutes plus tard** et forcément ce n'est **pas la même personne.** »

Jean-Paul - 62 ans



« On change les gens pour ne pas tisser de liens alors que l'on a **besoin de gens avec qui l'on parle de tout.** »

Reine - 70 ans

« Souvent, on n'a **personne en face**, il faut taper 1, 3, 5... quand vous arrivez à 6, vous n'avez rien compris. Donc, je râle, je suis devenue une mamie râleuse. Donc, ce que je peux, je le fais par moi-même. »

Danielle - 66 ans

« Un dossier par-ci, un au/tre par-là... C'est toujours les mêmes papiers qu'ils te demandent. **Ils ne communiquent jamais** entre eux ? »

Danielle - 66 ans

Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #5 - A la recherche d'une personne de référence et de confiance

« L'ergothérapeute a suivi tous les dossiers et prend régulièrement des nouvelles. Elle a fait un suivi extraordinaire. Elle téléphone, vient à domicile, a organisé les rencontres avec l'entreprise pour le fauteuil roulant et pour la coque. C'est la seule capable de faire un suivi. »
Alain (aidant) 

« Un référent de parcours... ah oui ! C'est indispensable parce que la personne âgée ou qui vieillit, fatigue cérébralement, elle a moins de résistance, et le fait de ne pas retrouver la même personne, c'est odieux. Et, en plus de ça, on gagne de la vitesse parce qu'il n'y a pas à répéter. On avance on avance. »
Marie-José - 71 ans 

« Elle fait bien son travail, elle se débrouille. Bien qu'elle ne connaisse pas le sujet des retraites, elle le fait quand même. »
Jean-Paul - 62 ans  



« Ça serait bien pour certaines personnes qu'il y ait la mise en place d'une aide, une personnes qui les accompagne dans les démarches. »
Anonyme - 91 ans  

« Avec le CLIC, j'ai un seul interlocuteur et je n'ai pas besoin de tout réexpliquer. Elle fait des transmissions simples. Et les choses restent entre nous deux. »
Chantal - 69 ans  

« L'assistante sociale, elle me dépanne, elle me rassure, je ne me sens pas seule. Ce qui est bien, c'est qu'avant de partir, elle expliquait tout à leurs collègues donc j'en avais pas besoin de tout répéter. »
Anonyme - 69 ans 



Bonnes pratiques & pistes de solutions

De nombreux répondants ont pu témoigner, dans leur parcours, de leur **expérience très positive avec ce « référent »** qui, la plupart du temps, s'est affirmé au fil du temps. Incarnés par des acteurs issus de structures différentes (assistante sociale du CCAS - CLIC ou du Département, ergothérapeute du foyer de rééducation, bénévole au sein d'une association, médecin traitant, etc.), ils jouent à la fois le rôle d'évaluateur (pour connaître les vrais besoins), d'aiguilleur (pour orienter vers les bonnes personnes), de facilitateur (en aidant aux démarches complexes), de coordinateur (lien entre les acteurs) mais aussi **de soutien**. Ils ont, aussi, comme spécificité de « faire du dépassement de fonction » en intervenant au-delà de leur périmètre initial de compétences. Cette fonction de « référent » a été largement plébiscitée lors des différents entretiens.

Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #6 - Un besoin fort de se sentir considéré par les professionnels

Diagnostic & besoins exprimés



L'étude de terrain nous enseigne l'importance de **l'écoute et la prise en compte des besoins** des bénéficiaires lors du parcours d'accompagnement. Aujourd'hui, la plupart des aides proposées semblent s'appuyer sur des données objectives, mesurables comme le degrés de handicap ou la catégorie de GIR attribuée.

Cependant, cette « objectivation » **n'existe pas indépendamment des valeurs, des qualités personnelles et du regard que porte le professionnel** sur la personne et la situation. Les jugements trop rapides basés sur les apparences, la non-considération, le sentiment de remplir des cases, le non-écoute du vécu ni des besoins « réels » ont été évoqués.

« La prise en charge n'est pas personnalisée, **il y a un protocole**. Je trouve cela dommage, on ne s'intéresse pas assez à la personne, à ses besoins. »

Marte - 76 ans

« Elle m'a terrassé... Ces personnes savent qu'elles sont face au public vulnérable, on n'est pas là pour se faire les ongles. Hélas.. **je trouve qu'il y a beaucoup de métiers qui n'ont plus la passion du métier**, hélas. [...] Les gens vous juge beaucoup sur votre apparence. Il faut que je dise « je suis nulle à ça » pour que la personne accepte m'aider. Mais c'est difficile de le dire. »

Danielle - 66 ans

« Une personne est venue nous voir, **elle est restée 5 minutes et a décidé que nous n'avions plus besoin d'aide**. Elle n'a lu aucun document [...] peu de considération, ils n'ont pas pris le temps, ont été peu aimable. »

Jacques - 84 ans



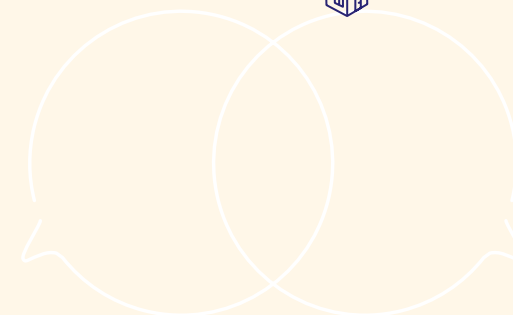
« Vite et bien c'est rarement compatible. Mais aujourd'hui les gens n'ont pas le temps, ils ont beaucoup de travail, **alors ils font vite... mais sans qualité**. Vous savez, il y a des personnes qui sont plus faites pour ce genre de métier que d'autres. »

Jacqueline - 87 ans



« Ceux qui s'occupent de l'APA, **ils vous jugent sur la tête**. Ils sonnent à ma porte, je leur ouvre ; ils m'appellent, je leur réponds... Pour eux, je n'ai besoin de rien, ils ne regardent pas mes problèmes de mobilité... »

Julienne - 87 ans



Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #6 - Un besoin fort de se sentir considéré par les professionnels

« On n'a pas tous les mêmes besoins. Certains sont dans le fauteuil à 60 ans, d'autres travaillent encore. Il y a ceux qui à 80 ans peuvent danser toute la nuit... On n'est pas tous pareils. Il faut **une meilleure surveillance, voir les vrais besoins des gens.** »

Josèphe - 69 ans



« Je trouve qu'elle était **d'une compétence excellente pour moi. Elle s'est mise dans mes bottes.** Parce que l'on n'est pas toujours à l'aise avant un rendez-vous : est-ce que les sensibilités vont se retrouver. Je ne veux plus en connaître d'autres. »

Marie-José - 71 ans



« **Les formations pour certaines professions...** Parce que quand on te prend de haut, on te prend pour des imbéciles, on te parle mal... Je suis rentrée, j'ai pleuré. »

Danielle - 66 ans



« **L'écoute. La relation humaine** est très importante parce que dans la mesure où vous êtes bien reçu, la personne est agréable, vous avez tendance à mieux exprimer votre situation alors que là, on est stressé, on n'est pas clair dans notre demande. »

Mireille - 74 ans



« Ca serait bien qu'il y ait une mise en place des personnes qui viennent **systématiquement voir les besoins de la personne âgée** et non quelqu'un qui applique l'ordonnance [...] Une prise en charge selon les besoins. Il faut arrêter de mettre les gens dans les cases. L'éducateur que l'on fait venir, il a **des idées en fonction des capacités de la personne, ce n'est pas standardisé.** »

Marte - 76 ans



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Concernant les solutions possibles, peu de pistes concrètes ont été proposés. Cependant, les personnes témoignent de l'importance d'avoir face à eux **des professionnels avec des compétences relationnelles et émotionnelles**. Il s'agit d'attitudes qui peuvent être **acquises à travers des formations tout au long du parcours professionnel**. Ainsi, les qualités telles que la curiosité, la créativité ou encore le regard systémique sur les situations semblent être un atout. Les personnes interrogées souhaitent être entendues dans leur singularité et au-delà des apparences. De plus, le parcours administratif et de demande d'aide semble être anxiogène pour certaines personnes. En ce sens, **l'écoute bienveillante et non dans le jugement** est un vrai levier.

Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #7 - Pour un parcours plus anticipé et plus proactif

Diagnostic & besoins exprimés



L'une des particularités du parcours d'accompagnement des personnes âgées est son **caractère durable dans le temps et en même temps évolutif** au niveau des besoins. Les personnes interviewées sont clairvoyantes quant à leur situation qui ne va pas s'améliorer dans le temps et semblent surprises face au **manque d'anticipation de la part des professionnels et de proactivité de la part du système**. On observe alors que les démarches de demande d'aides peuvent être effectuées à partir du moment où la personne n'a plus « la capacité de » et l'existence d'un éternel « recommencement » du parcours. En outre, les difficultés de mobilité, de se rendre au sein des services ont été également abordées par les participants.

« Les professionnels ne sont pas en contact entre eux, il n'y a pas de communication. C'est dommage car **s'il y a un changement c'est nous d'appeler tout le monde**. Surtout si j'étais toute seule et mon mari n'était pas là, ou si ma situation évoluait, je ne serais pas en mesure de dire ce que je veux ou comment je le veux. »

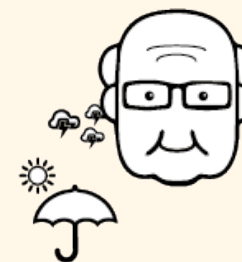
Marte - 76 ans  

« Pour le soin, le seul problème c'est qu'il **faut être dans le besoin immédiat pour que ça se déclenche**. Heureusement, j'avais une assurance hôpital avec la MGEN. »

Reine - 70 ans  

« J'ai fait la demande à la MDPH pour la carte d'invalidité au mois de mars et je n'ai eu la réponse qu'en septembre. **Elle est valable pendant 5 ans. Sauf que je suis chez eux, je suis handicapée depuis 1970...** »

Christian - 69 ans  



« Ma situation ne change pas, je ne suis plus en activité. Nous les vieux, on est stagnant donc ça devrait être plus facile, je pense. »

Mireille - 74 ans 

« Tous les 5 ans, il faut refaire un dossier auprès de la MDA alors que **c'est une maladie dégénérative** : pourquoi ne pas garder le bloc de service de base. »

Elisabeth - 74 ans  

« **Ça fait 7 ans que je n'ai vu personne de l'APA**. Peut-être faudrait-il que je change le GIR, je ne sais pas. »

Julienne - 87 ans 

Être accompagné : besoin de confiance, d'écoute, d'anticipation

Défi #7 - Pour un parcours plus anticipé et plus proactif

« **Rester en contacts avec les personnes isolées.** Quand on est seul, quand on ne sait pas comment faire, où demander de l'aide... c'est à l'administration de venir vers nous. »

Yvonne - 86 ans



« Pourquoi c'est aux personnes âgées ou handicapées de se déplacer ? Il faut qu'il y ait **des personnes qui viennent nous voir pour questionner nos besoins.** »

Christian - 74 ans



« Chez Solidom, **nous avons une référente.** Je les ai appelés, ils sont venus... **je les connais de visu et ça c'est important pour moi.** Elle nous appelle régulièrement pour faire un point. »

Marte - 76 ans



« Il y a une assistante sociale de la MSA qui **est passée en 2020 pour voir dans quel état je suis et elle est repassée cette année pour voir s'il y avait eu des changements.**

Elle m'a dit que je vais bien et que si mon état de santé change au cours de l'année, je dois l'appeler. Donc je suis suivi quand même. »

Jean-Louis - 71 ans



« **Quand on devient vieux, on a plus tendance à aller vers les gens, demander de l'aide.** Donc si une personne vient vers vous et que vous ressentez un besoin, elle vous propose son aide, c'est plus facile. »

Mireille - 74 ans



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Les personnes ayant vécu une expérience positive expriment l'importance « d'aller vers ». En effet, **un professionnel de confiance qui se déplace à domicile des personnes âgées, une fois tous les 6-12 mois,** semble être une aide précieuse.

A la fois en lien avec les valeurs personnelles (demander de l'aide peut être difficile pour certaines) et aussi en lien avec l'état de la santé du bénéficiaire, "aller vers" est représenté comme un levier dans le parcours d'accompagnement.

Ainsi, cette démarche permet d'avoir **un regard systémique et une certaine proactivité** qui, à leur tour, permettent **d'adapter au mieux des services aux besoins,** en constant évolution, des personnes âgées.

Des défis récurrents



Accéder aux services : un parcours du combattant



Accéder aux services : un parcours du combattant

Défi #8 - Pour une simplification des démarches et une diminution des délais

Diagnostic & besoins exprimés



Face à la lourdeur administrative, le nombre important de papiers à fournir, de dossiers à constituer pour diverses institutions, la majorité des personnes interrogées ont exprimé **la nécessité de simplifier les démarches et d'améliorer la coordination entre les services.**

En effet, là où certaines organisations ont un seul dossier numérique partagé par usager (URSSAF et Impôts, Sécurité sociale et Mutuelle, CAF et ASSEDIC, etc.), dans d'autres endroits **la démultiplication des mêmes justificatifs à fournir** est vécue par le bénéficiaire comme un frein. A cela s'ajoute la **fréquence de renouvellement des dossiers**, environ tous les ans, les démarches semblent pour la plupart être interminables.

Enfin, **la dématérialisation de documents et de services est un frein supplémentaire pour une certaine génération (personnes de plus de 70 ans).**

Qu'il s'agisse d'un manque d'accès aux outils (ordinateur, imprimante, etc.) ou de compétences, le rapport au « papier » est privilégié pour la plupart des personnes interrogées.



« Pour obtenir l'aide financière, c'est compliqué avec l'IRSEM et la CARSAT. Vous vous rendez compte, j'ai fait **une demande en février et là on est en octobre.** Il faut 2 mois pour faire le dossier, 2 mois pour la 1^{ère} réponse qui demande des justificatifs, etc. Et, en plus, on doit renvoyer ce justificatif de la CARSAT à l'IRSEM, tous les ans. »

Chantal - 69 ans

« L'administration française est **trop cloisonnée**, en tout et par tout, et ça ne facilite pas. Quand vous avez besoin d'un document, vous faites la demande au premier étage, ça monte au troisième, puis descend au deuxième pour l'approbation et ça reprend le chemin inverse. Donc, **ça prend du temps et vos documents deviennent obso-lètes** car les choses ont changé entre temps. »

Mireille - 74 ans

« Pas de carte d'invalidité, c'est **un parcours du combattant et je ne l'ai pas fait.** Beaucoup de formulaire à remplir, on a laissé tomber. »

Anonyme, aidante

« L'administratif... **heureusement que j'ai le temps libre.** Ils te demandent toujours des papiers, il manque toujours quelque chose. »

Anonyme - 69 ans

« La coordination des aides ? C'est moi (fille rigole). Entre la MDPH, l'APA ou les professionnels libéraux, **aucune communication ou coordination.** »

Anonyme, aidante

« **Je n'ai pas d'ordinateur, je ne sais pas m'en servir,** je n'ai jamais trop pratiqué dans ma vie. »

Jean-Louis - 71 ans

Accéder aux services : un parcours du combattant

Défi #8 - Pour une simplification des démarches et une diminution des délais

« Regrouper les services parce que quand c'est tout dispersé on ne sait plus où aller. Peu importe les aides, il faut **une seule structure où les professionnels communiquent entre eux**. Ou même que les différents services communiquent entre eux, un peu comme la CAF et l'ASSEDIC, ou les impôts et l'URSSAF. Comme ça ils ont **un dossier et une vision globale de la situation**. Ils doivent travailler entre eux, comme ça on a moins d'efforts à fournir ou si jamais on a oublié un truc qu'ils trouvent ailleurs. »

Josèphe - 69 ans



« **Un lieu où on amène une fois notre dossier**, ils le rentrent dans leur base de données. Les **différents services ont l'accès et c'est tout**. Sauf s'il y a des changements. »

Mireille - 74 ans



« Ça serait bien que les **formalités soient réduites**. La mise en place a été longue.



Surtout pour les personnes qui sortent de l'hôpital ou d'un centre de rééducation. **Certaines choses pourraient être coordonnées et mises en place avant le retour à domicile**, comme la MDPH par exemple. »

Marte - 76 ans



« **La démarche s'est bien passée car je n'avais rien à gérer**. Quand je suis rentré chez moi, tout était déjà mis en place. »

Jean - 77 ans



« **Internet**, pour les démarches administratives ça peut aller, si on sait comment l'utiliser. »

Danielle - 66 ans



« **Les papiers pré remplis** ça sera déjà plus pratique. »

Yvonne - 86 ans



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Plusieurs propositions ont été évoquées avec un mot d'ordre "la simplification".

La centralisation des démarches et le dossier de parcours partagé, consultables par différents services et secteurs, est une des solutions proposées. Cela permettrait à la fois une certaine coordination et aussi une diminution de nombre des documents à fournir (souvent les mêmes pour divers organismes).

Une autre proposition est **l'actualisation des dossiers par le référent en cas de changement de la situation du bénéficiaire**. En effet, il s'agit d'une personne qui vient voir la personne pour constater l'évolution de ses besoins en fonction de quoi il y a une mise à jour du dossier.

En ce qui concerne la simplification **des démarches via internet**, il est important de **prendre en compte la notion de la génération**. Pour les personnes ayant plus de 70 ans, les documents papiers pré-remplis restent une bonne solution, là où les personnes de moins de 70 ans sont de plus en plus à l'aise avec le numérique.

Accéder aux services : un parcours du combattant

Défi #9 - Une accessibilité des services et du financement pas toujours simple

Diagnostic & besoins exprimés



Dans le cadre du parcours, les usagers ont pu exprimer quelques **difficultés quant à l'accessibilité aux services**, que ce soit du fait de la **non-éligibilité immédiate** par rapport à leur situation ou, tout simplement, d'un **problème de délai de financement** qui les empêche de pouvoir financer l'aide souhaitée. Cela soulève deux enjeux majeurs. Le premier est que le fonctionnement actuel rend difficile toute forme d'anticipation : en effet, tant que l'on n'est pas dans le besoin immédiat, il est difficile de voir son dossier pris en charge.

Et, si l'on est effectivement éligible, au vu des délais entre la demande de l'aide pour financer un service et son versement (ex : travaux de la salle de bain), les personnes âgées ne bénéficient pas de ce service pendant le temps de traitement du dossier, car leurs moyens ne permettent pas d'amorcer le coût.

Cela remet en cause certains recours (ex : aide à domicile), reporte des projets ou oblige certains à s'autofinancer malgré des situations financières compliquées.

De plus, certaines aides ne sont pas rétroactives ce qui complique l'accès aux services.

« Après avoir payé le loyer, les assurances, l'électricité, etc...

il me reste 200 euros pour les courses et autres petits dépenses. Vous savez, le mois est long. L'aide à domicile, une partie je paye de ma poche.

Les travaux d'aménagement de ma salle de bain, je **ne pourrais pas les payer.** »

Julienne - 87 ans



« Quand on fait la demande, ils nous ont dit qu'il faut constituer le dossier et on aura la **réponse d'ici 8 mois**. De plus, ce n'est **pas rétroactif**, donc sans accord on ne peut pas commencer les travaux... ce n'est même pas la peine, on a fait les travaux nous-mêmes. La personne a besoin de prendre une douche, elle ne va pas attendre huit mois pour pouvoir se laver ! »

Marte - 76 ans



« Il y a un tel **décalage** entre la demande d'aide et l'accès à



l'aide à cause du délai de l'aide financière alors que l'on est éligible. »

Chantal - 69 ans



« Pour le logement, je **n'ai pas fait de demande d'aide car ce ne serait pas encore fait.** »

Elisabeth - 74 ans



« La coordination des aides ? C'est moi (fille rigole). Entre la MDPH, l'APA ou les professionnels libéraux, aucune communication ou coordination. »

Anonyme, aidante

« En plus quand vous **anticipez avec vos fonds propres**, on ne vous rembourse rien. C'est ce qui est compliqué : le délai entre le besoin et la satisfaction du besoin; et tout le monde n'a pas les moyens et le caractère pour y faire face. »

Reine - 70 ans



Accéder aux services : un parcours du combattant

Défi #9 - Une accessibilité des services et du financement pas toujours simple

« Pour le soin, le seul problème c'est qu'il faut être dans le besoin immédiat pour que ça se déclenche. Heureusement, j'avais **une assurance hôpital** avec la MGE. »

Reine - 70 ans



« Pour **changer mon lit**, le **médecin** a fait une prescription auprès d'une société recommandée par le SSIAD et ça a été **simple à mettre en place**. »

Xavier - 67 ans



« Quand j'ai des soucis de **santé**, **je suis très vite pris en charge**. J'ai une aide par l'état, une aide par la mutuelle. »

Anonyme - 69 ans



Bonnes pratiques & pistes de solutions

Sur ce volet, peu de solutions ou de propositions concrètes sont ressorties des entretiens. Cependant, sur le volet éligibilité, des réflexions spécifiques doivent pouvoir être initiées pour envisager une vraie logique de **parcours d'anticipation avec une éligibilité** qui correspond moins à des cases qu'à une évaluation de situations et de besoins réels (et à venir) associés.

Sur le volet du financement, au-delà de la **réduction des délais** (évoquée dans le défi sur la simplification des démarches), des **logiques d'avance ou de rétroactivité** doivent également être étudiées, en particulier sur des sujets clés comme l'adaptation du logement pour le maintien à domicile. Des bonnes pratiques de remboursement rapide peuvent aussi servir d'inspiration.



Focus Thématiques

Thème #1 - Handicap & Retraite



« Il n'a pas beaucoup cotisé, j'ai peur pour sa **retraite**, mais son m'a dit que si ça retraite est en-dessous de la **MDPH**, il pourra la garder. **Il ne peut pas avoir les deux**. S'ils se mettent en couple, l'aide disparaît, et ils vivent sur la paye de leurs compagnons. C'est incroyable, comme si cela suffisait pour vivre à deux. Je trouve que ce n'est pas bien. »

Anonyme, aidante



« Il y a des aides, à la MDPH, ils prennent en charge des travaux, mais si vous avez votre handicap avant l'âge de 60 ans. **C'est comme si après 60 ans vous ne pouvez pas avoir le handicap**, il n'y a plus de prise en charge car il y a la retraite, il y a une compensation financière. »

Marte - 76 ans



« J'ai demandé la carte d'invalidité pour le bus maison m'a dit non, il faut toucher l'AAH mais **je ne peux pas toucher l'AAH car j'ai la retraite**. Quand j'ai touché l'AAH, je n'étais pas loin du SMIC, alors que maintenant j'ai le minimum vieillesse et je dois payer le bus, c'est quoi cette aberration. Quand on est à la retraite, on ne compte plus. »

Joseph - 69 ans



« Quand tu gardais pépé, elle a été très fatiguée, elle a été internée à Pierrefeu, ils ont détecté une mini schizophrénie, et donc mise en invalidité par rapport à ça. **L'invalidité s'est arrêtée quand elle a reçu sa pension.** »

Anonyme, aidante



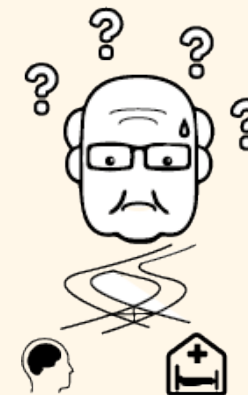
La moitié des personnes interrogées présente un handicap, survenu en général, après le départ à la retraite, notamment à la suite d'accidents ou de maladies longues durées. Ainsi, **l'espérance de vie des personnes en situation de handicap a augmenté, c'est pourquoi on observe également la rencontre entre le handicap et l'expérience de vieillir.**

Peu importe le moment de la vie où le handicap est arrivé, on note dans les discours la perception d'une distinction, d'un « cloisonnement », d'une politique catégorielle **comme si ces deux champs faisaient partie de deux univers distincts.**

Ce manque d'articulation entre "les personnes vieillissantes" et "les personnes en situation de handicap" semble être un frein dans le parcours d'accompagnement des bénéficiaires (connaissances des aides, accès aux aides, financement, etc.). Il ajoute une lourdeur administrative - jugée déjà assez importante -, amène un changement d'identité et de parcours de vie.

Focus Thématiques

Thème #2 - accès au soin et santé mentale



Les personnes âgées issues de la classe sociale populaire ou vivant dans les zones rurales évoquent leur difficulté à accéder aux soins. On observe à la fois un manque **de professionnels de santé à proximité et aussi l'impossibilité de financer les soins**. Les entretiens montrent que **les personnes ayant une maladie chronique**, qui impacte leur qualité de vie **bénéficient peu ou ne bénéficient pas de l'aide au quotidien**.

De plus, on note un manque d'informations relative aux aides possibles dans ce contexte. Nous avons pu constater également que certaines personnes interviewées ont été suivies par le passé pour **les troubles psychologiques** et d'autres ont **des traitements à la suite de syndromes anxio-dépressifs**.

Cependant, après le départ à la retraite, aucun d'entre eux ne bénéficie d'un suivi ou d'une écoute psychothérapeutique, le renouvellement de traitement se fait par le médecin traitant.

De plus, quelques-uns expriment le fait que **l'isolement social ainsi que le stress engendré par les démarches administratives impactent fortement leur état psychologique déjà fragile**.

« J'ai des transfusions tous les 15 jours. J'ai une leucémie secondaire et j'ai eu un cancer du sein gauche, une hépatite C et un rein qui ne fonctionne presque plus. Quand je fais trop de choses je suis vite fatiguée, les déplacements, les courses, le ménage ça devient vite difficile. Jusqu'à présent **j'avais une aide-ménagère ça m'aidait bien mais ça m'a été supprimée**. Tout ça parce qu'on a changé de GIR, c'est avec le département. **Pourtant ma santé s'est aggravée, on a même passé deux mois à l'hôpital**.

Mon mari a le cancer du poumon, il est sous oxygène jour et nuit, et de la chimio. Et en ressortant de l'hôpital, notre demande d'allocation n'a pas pu être maintenue, décision de l'APA. »

Monique - 82 ans 

« Très peu et très mal... Le médecin... Après un dossier de retraite qui ne finissait pas en 2017, je suis restée 4 ans sans revenus... Assistante sociale, resto du cœur... ça ne peut pas aller plus loin, ils n'ont pas de moyens. Je comprends ce qui se passe.

A ce moment, **pas de mutuelle, pas de CMU car à 20 euros près je n'en avais pas le droit. Grâce à une association, on m'a trouvé un médecin qui a accepté me soigner**. Mais à Brignoles ils sont tous dépassés. Rdv à 21h, le pauvre, il n'a pas le temps, il tape une ordonnance sur ordinateur, bimbam boum, il prend ma carte vitale et il ne sait même pas si je suis blonde ou brune... »

Danielle - 66 ans 

« J'ai **un traitement contre la dépression et les angoisses**, depuis des années. **Mon psychiatre est à la retraite** donc ça fait quelques années que c'est mon médecin qui me fait l'ordonnance [...] Tapez 6, tapez 1, tapez... je me suis énervée. Ça duré une heure cette histoire, je n'en pouvais plus. Finalement, **j'ai tapé une crise d'angoisse, je n'ai pas arrêté de pleurer**. »

Julienne - 87 ans 

Focus Thématiques

Thème #3 - Logement et maintien à domicile

« Plus d'aides pour rester plus longtemps chez soi. Aujourd'hui, si j'ai des soins à domicile, plus d'heures pour l'aide ménagère et les travaux de ma salle de bain, j'aurais pu rester chez moi. Puis, je suis solitaire, la maison de retraite ce n'est pas pour moi. J'aimerais éviter la maison de retraite, j'aime être seul et libre, puis ça coûte cher. »

Josèphe - 69 ans  

« J'irai en résidence après. Le logement est encore adapté mais l'escalier va devenir un problème. Dans un an, si j'ai toujours mes problèmes de dos, j'irai en foyer. »

Joëlle - 79 ans 

« La perte d'autonomie, je n'ai pas anticipé, c'est difficile d'envisager. Pour aller à la maison de retraite ce n'est pas un problème mais c'est la dernière chose à laquelle on pense, on se déracine. J'irai au CCAS, pour rester le plus longtemps

possible à la maison. On n'a toujours pas le droit à l'euthanasie ? Ça sera bien d'avoir ce droit en France. »

Mireille - 74 ans 

« Maison de retraite... je préfère ne pas y penser, ça me fait peur, ça veut dire que vous n'êtes plus autonome. Il faut quitter son « chez soi », vous ne contrôlez plus rien... Douche à telle heure, repas à telle heure... Je souhaite rester le plus longtemps possible à la maison. »

Jean-Louis - 71 ans 

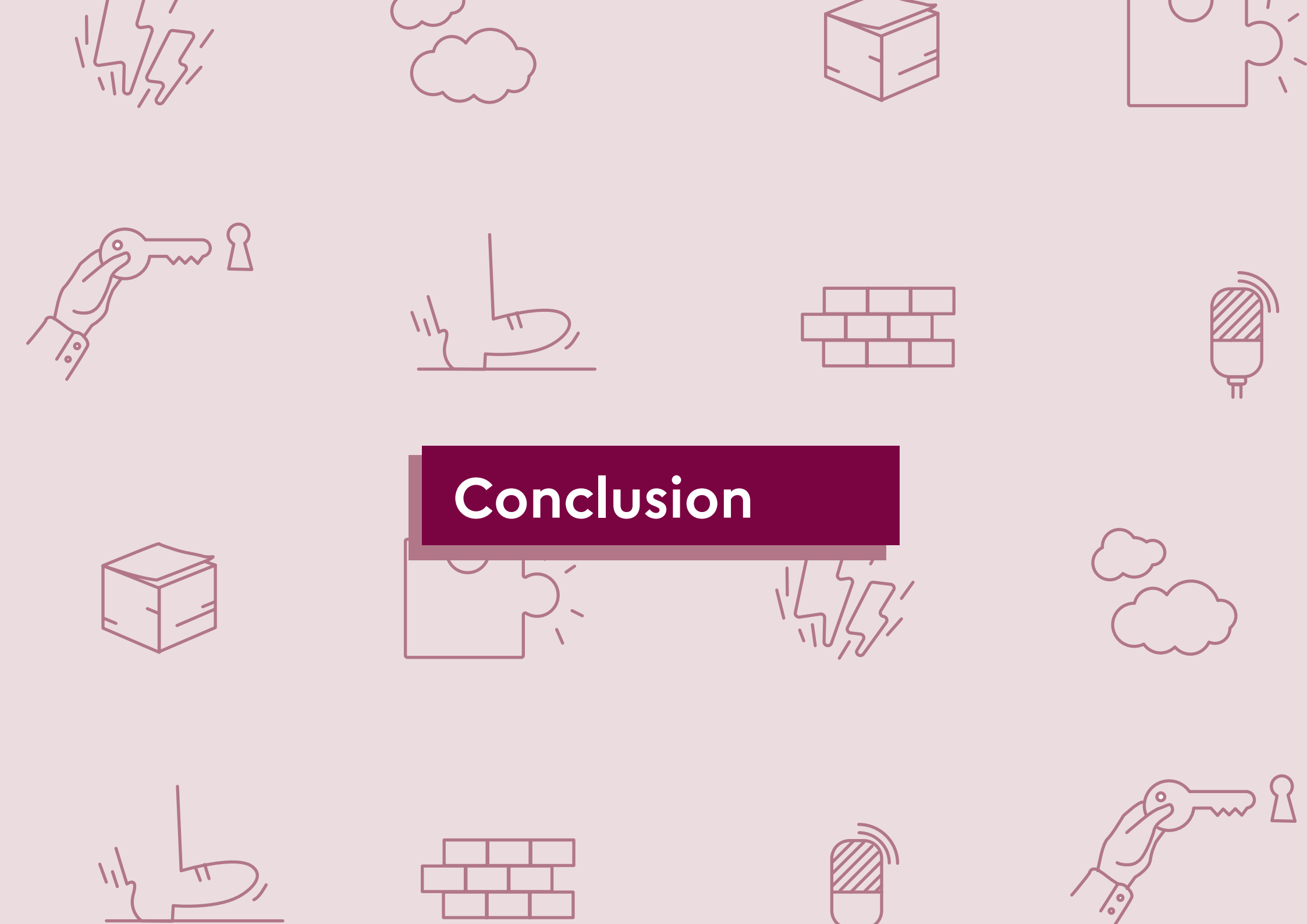
« Liste des appartements ou des pavillons de plain pied, géré par l'Etat, pour les personnes âgées et handicapées. L'appartement à l'étage, pas aux normes et le proprio qui s'en fiche, c'est vraiment pas facile. »

Christian - 74 ans 

Dans les discours des personnes âgées, on observe une nette opposition entre "être chez soi" et "la maison de retraite" avec son cadre de vie. L'idée de la rentrée en institution, qui leur est le plus souvent offerte, est accompagnée de fortes angoisses et de tristesse. **Rester chez soi le plus longtemps possible** est un souhait clairement exprimé par nombreux participants, même lorsqu'ils font face aux divers obstacles de la vie à domicile.

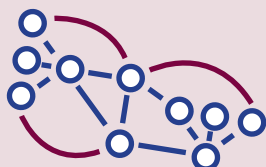
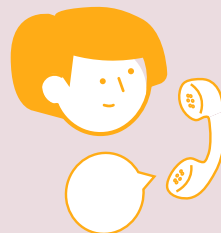
Le domicile semble être un objet d'investissement émotionnel, chargé de significations symboliques, de valeurs ; un endroit qui permet de faire le lien avec le passé, **de préserver un certains statut et une autorité**. Cependant, avec l'avancée en âge, **l'espace approprié doit subir quelques modifications afin de répondre à l'évolution des besoins** tout en exerçant le souhait des personnes âgées. En ce sens, **le maintien à domicile s'accompagne, inévitablement, avec la possibilité d'accéder à son "chez soi" et l'aménagement des lieux**.

Or, il semblerait que les personnes rencontrent plusieurs obstacles dans les démarches de financement et de réalisation de travaux.



Conclusion

Recommandations



Du point de vue du système

Créer une fonction de coordination des guichets «uniques»

Les guichets dits «uniques» se multiplient. L'enjeu est de pouvoir les connecter **en système dynamique**. Ceci nécessite de créer une fonction de coordination entre les différents organismes, services, intervenants. Cette fonction pourrait par exemple être hébergée dans une entité de type France Services augmentée.

Du point de vue des usagers

Pouvoir choisir un référent Autonomie traitant, comme on choisit son médecin traitant.

L'enquête montre l'importance d'un lien de confiance et de proximité pour l'anticipation et le suivi. En complément d'un système dynamique interconnecté, il paraît souhaitable d'avoir un référent choisi par l'utilisateur dans le champ social, ou médico-social et qui ait **un statut de référent Autonomie**, à l'instar du médecin traitant.

Selon les situations, et les territoires cette personne pourrait appartenir à différentes entités (secrétaire de Mairie, assistant social, infirmier, médecin généraliste...) et varier dans le temps.

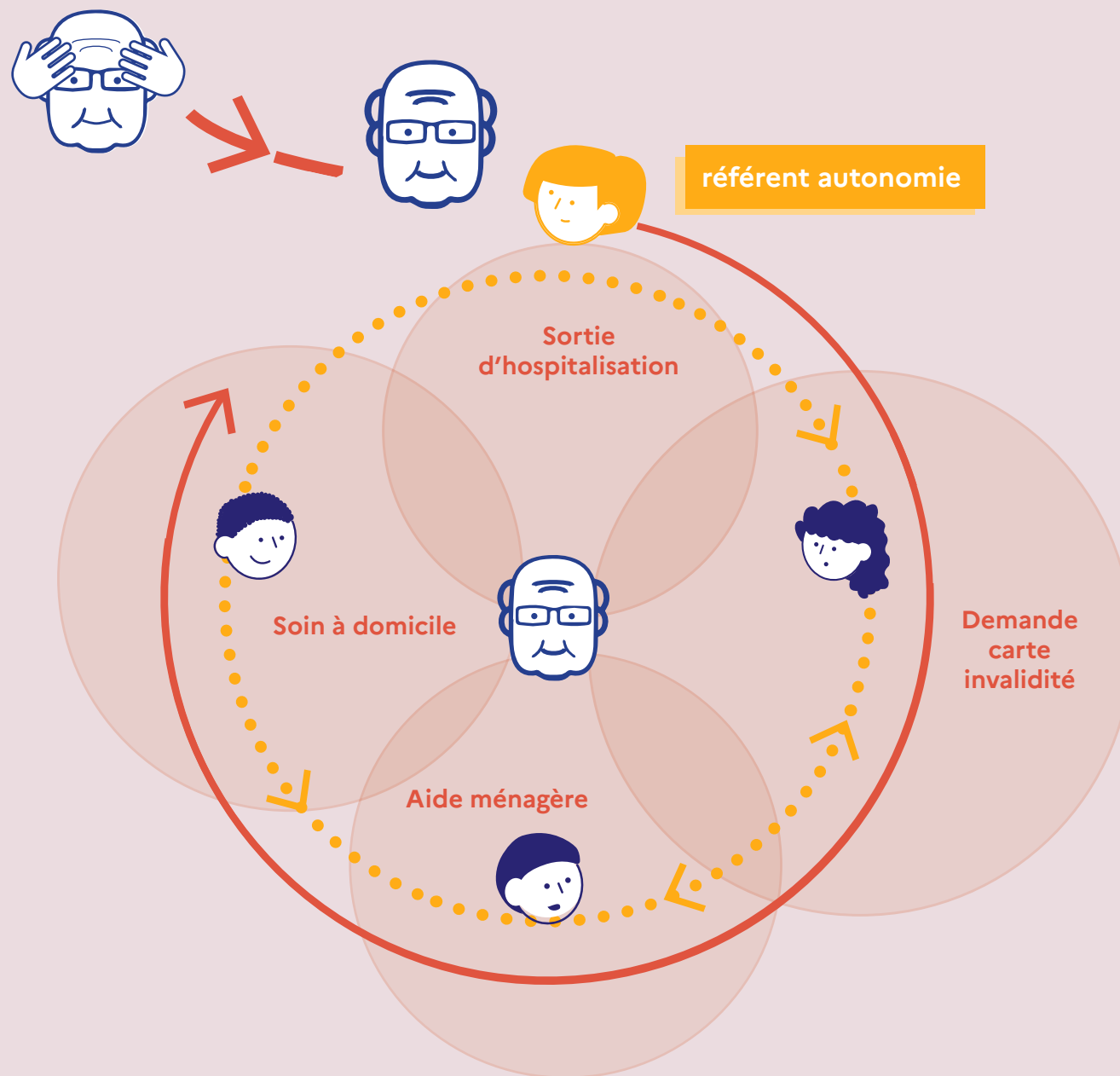


Rester en contact avec les usagers

Itération de l'étude tous les 3/4 ans pour suivre l'évolution du vécu

Dans un souci d'amélioration continue, il serait intéressant de renouveler ce type d'étude sur le long cours comme capteur du ressenti des personnes âgées, en perte d'autonomie

Vers un parcours plus humain





**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction interministérielle
de la transformation publique

Mission Innovation
ditp.inno@modernisation.gouv.fr

Février 2022



La version numérique de ce document est conforme
aux normes pour l'accessibilité des contenus de Web.