

LOGEMENT ET VIEILLISSEMENT

GRANDES TENDANCES D'ÉVOLUTION DES POLITIQUES SOCIALES

UNE ILLUSTRATION PAR LA POLITIQUE VIEILLISSEMENT

« J'ai besoin de faire mon choix parmi une offre de services diversifiée et abordable. »

« Des services d'aide plus simples et mieux coordonnés, c'est rassurant. »

« Je veux être considérée en tant que personne et prendre les décisions qui me concernent. »

« Les proches qui m'aident au quotidien doivent être accompagnés et soutenus. »

« Je souhaite garder des liens avec mon quartier. »



© Clara Perrin - Nova7

RAPPORT

Sylvie MAURIS-DEMOURIUX - auteure indépendante

Décembre 2015

GRANDLYON
la métropole

Sommaire

PRÉSENTATION	3
TENDANCE 1 / CONSIDÉRER LA PERSONNE	4
TENDANCE 2 : PROMOUVOIR L'AUTONOMIE	6
TENDANCE 3 / INCLURE LES AIDANTS « INFORMELS »	9
TENDANCE 4 / DIVERSIFIER L'OFFRE	11
TENDANCE 5 : TERRITORIALISER L'ACTION SOCIALE	13
TENDANCE 6 / COLLABORER ET CONTRACTUALISER	15
TENDANCE 7 / RÉGULER ET NORMER	17
RÉFÉRENCES.....	20

Présentation

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet sur l'articulation des politiques vieillissement et habitat mené par la Délégation Développement Solidaire et Habitat de la Métropole de Lyon. Au sein de ce projet, la Direction de la Prospective et du Dialogue Public (DPDP) accompagne un volet transversal sur la question du logement des personnes âgées en ciblant plus spécifiquement les offres alternatives à la vie en établissement.

Pour ce faire, elle s'est intéressée à l'évolution des formes de l'action sociale (nouvelles formes d'accompagnement, nouvelles postures des différentes parties prenantes, etc.). Repérer les grandes tendances à l'œuvre au sein des politiques d'aide et d'action sociale contribue à dessiner le cadre dans lequel agissent les acteurs.

S'appuyant sur des écrits de professionnels et de chercheurs, ainsi que sur les différents travaux réalisés par le service Prospective des politiques publiques de la DPDP sur la question sociale, cette veille a privilégié sept dynamiques en donnant la priorité à celles qui impactent le plus fortement l'action sociale en direction des personnes âgées. Deux tendances travaillent plus particulièrement la relation aux bénéficiaires, trois autres ont plutôt trait à l'offre et son organisation, et enfin les deux dernières impactent plus spécifiquement les acteurs et leur structuration.

Chaque tendance donne lieu à une présentation concise de ce qu'elle recouvre, des facteurs qui ont contribué à son émergence, de ses caractéristiques et des potentiels dynamiques contraires à l'œuvre.

Ce travail a permis de nourrir un repérage des actions innovantes ciblées sur la question de l'habitat des personnes âgées ou en situation de handicap. 19 initiatives ont été retenues et sont détaillées dans l'étude « *Analyse d'alternatives en matière d'habitat pour les personnes âgées* »¹.

¹ Matthieu Boury, Sophie Keller, Sylvie Mauris-Demourieux, *Analyse d'alternatives en matière d'habitat pour les personnes âgées*, DPDP – DSH, Grand Lyon Métropole, www.millenaire3.com

Tendance 1 / Considérer la personne

De quoi parle-t-on ?

Il s'agit de prendre en compte les personnes dans leur globalité (situation professionnelle, familiale, psychologique, etc.), leur humanité et unicité.

Comment cela se traduit-il ?

- **Une individualisation de l'offre** : développer une offre non standardisée, adaptable et adaptée aux besoins de chacun. Par exemple, au sein des établissements, cela peut conduire à une réorganisation des pratiques en fonction des besoins des personnes et non pas des impératifs de service : prendre en compte les différentes habitudes des couchers, les pratiques nocturnes comme la déambulation des personnes "démentes" (les laisser dormir où elles le souhaitent, plutôt que de les enfermer ou les médicaliser);
- **Un renouveau des pratiques autour de la philosophie du « prendre soin » et de la bientraitance** : se départir d'une approche exclusivement centrée sur le thérapeutique pour redonner aux activités quotidiennes, aux relations humaines leur capacité à agir sur le bien-être individuel. En établissements, cette approche permet de redonner une finalité collective au travail de chacun et de redonner un sens aux pratiques professionnelles quotidiennes (ex : le développement de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti et du label Humanitude dans les établissements) ;
- **La promotion de démarches globales** : regarder les manières d'habiter plutôt que le domicile, le bien vieillir plutôt que l'état de santé ;
- **La mutualisation des moyens et des services entre acteurs** : développer les synergies, les réseaux, la création de lieux communs pour favoriser une approche globale (ex : création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées, Plan national « Bien vieillir-vivre ensemble » ...);
- **Le soutien aux actions d'information et de sensibilisation** (ex. : la démarche « Promouvoir la bientraitance » dans et hors les murs de l'établissement du centre hospitalier de Haute-Gironde).

Pourquoi cette évolution ?

Contrairement à la philosophie originelle, les logiques organisationnelles, financières, techniques et sanitaires tendent à dominer l'action sociale. L'individu n'est plus perçu dans sa globalité mais en fonction des problèmes qu'il rencontre (chômage, handicap, vieillesse, dépendance, etc.) et/ou de ses différents statuts (usager, patient, bénéficiaire...). Ainsi, en matière de politique vieillissement, la logique d'action centrée sur la réduction des inégalités socio-économiques a progressivement laissé place à une approche biomédicale centrée sur les incapacités mesurées en termes d'autonomie fonctionnelle (focalisation sur la dépendance, indice de mesure d'incapacité...). Le référentiel sanitaire assis sur un paradigme biomédical dans lequel bien vieillir égal vieillir sans incapacité s'est imposé. L'action publique se focalise alors sur l'encadrement des trajectoires du vieillissement au détriment des dimensions sociales et humaines de la personne vieillissante. Les schémas gérontologiques sont orientés sur la dépendance et une étude du CREAI (2013) montre que les questions sociales retenues sont celles qui s'articulent avec cette problématique. Au final, le registre d'action départementale est essentiellement médico-social et la question sociale reste largement impensée. Cette évolution contribue à une mise à distance de l'individu, que les pratiques langagières notamment la prolifération de l'usage des sigles type Ehpad, renforcent.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **L'idée que personnaliser coûte cher.** Tout dépend des projets. Diverses expériences menées montrent que ces évolutions peuvent se faire à moyens constants et relèvent davantage d'une réorganisation des services et d'une réflexion sur les pratiques que de surcoûts financiers.
- **La définition de normes d'action collectives nationales, la standardisation des dispositifs, la logique de filières très réglementées, et la démarche de performance dans ses dimensions quantitative et productive.** Cette tendance est poussée par la forte progression de la demande sociale qui tend à transformer les services en gestionnaire de prestations (APA, RSA, PCH...), au détriment de l'accompagnement. Par ailleurs, la saisine des travailleurs sociaux répond, elle aussi, à une logique de prestation donc à une approche ciblée et catégorielle ;
- **La législation en vigueur dans d'autres domaines** comme les normes de sécurité et d'hygiène. Ainsi, ces dernières peuvent empêcher la diffusion de certaines bonnes pratiques étrangères comme la présence d'animaux domestiques (Exemple : projet Henpower à Londres) ;
- **La survalorisation des savoirs techniques et scientifiques** en lien avec la professionnalisation du secteur social. Cela permet de faire bénéficier la profession des représentations positives associées aux savoirs scientifiques mais peut aussi contribuer à une minoration des qualités humaines et des savoir-être.

Tendance 2 : Promouvoir l'autonomie

De quoi parle-t-on ?

La situation de vulnérabilité d'une personne ne doit pas altérer ses droits et devoirs de citoyen, ni la placer en marge de la société. Il s'agit de renforcer les capacités de choix et de décision des usagers, en favorisant le développement par ceux-ci d'une posture active de « sujet de droits ». L'autonomie de la personne, sa capacité à agir et à décider pour elle, doit être préservée, encouragée et respectée. La logique de l'accompagnement se substitue à celle de la prise en charge. Ce faisant, l'objectif est de permettre à la personne de s'insérer pleinement dans la société et de rentrer dans le droit commun.

Comment cela se traduit-il ?

- L'essor de **l'approche par les droits**, des notions de citoyenneté, de capacitation, d'empowerment et de responsabilisation des individus ;
- **Le recours aux outils législatifs et réglementaires** : les lois de 2002 rénovant l'action sociale, médico-sociale et sanitaire, la loi sur l'accessibilité de 2005, le déploiement d'outils de participation et de contractualisation par voie réglementaire. Toutefois, si les lois de 2002 visaient clairement à affirmer et promouvoir les droits des usagers, elles traitent différemment l'usager en situation de soin de celui en situation de prise en charge sociale ou médico-sociale puisque l'une parle de « démocratie sanitaire » mais qu'aucun terme équivalent n'est utilisé pour le social et le médico-social ;
- **La participation des usagers** aux décisions les concernant tant lors de l'élaboration des politiques (par exemple pour les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées), que dans l'organisation des services (ex. réorganisation du CCAS de Grenoble pour intégrer davantage les habitants), ou encore pour l'organisation de leurs lieux de vie (conseil de la vie sociale dans les établissements, livret d'accueil). Ainsi le dispositif Citoyennage, présent dans quelques départements, a pour credo : "les résidents s'expriment, les personnels écoutent". En Auvergne, il est mené conjointement par 23 Ehpad ;
- Cette participation s'accompagne du **recours accru à la contractualisation** entre le bénéficiaire et le « prestataire » des services public ou privé et tend à inscrire la relation dans une logique de service. Cette contractualisation peut être personnalisée (contrats de séjour, d'insertion, etc.) ou collective (charte des droits et libertés de la personne accueillie propre à un établissement, démarche départementale « Prenons soin de vous... la charte des EHPAD publics de l'Allier »);
- **Une évolution du rôle des acteurs de l'action sociale, de pourvoyeurs de services à accompagnants de projets individuels et collectifs.** Le CCIAS d'Annecy s'est ainsi doté d'un

Pourquoi cette évolution ?

À l'échelle individuelle, cette tendance émerge notamment d'une critique du fonctionnement des institutions, où s'imposent les logiques de domination. L'individu bénéficiaire de mesures sociales est jugé vulnérable, faible et incapable de faire valoir ses droits ou de décider pour lui-même. La personne qui intègre des dispositifs collectifs comme les établissements risque alors d'être victime de pratiques jugées infantilisantes, voire « déshumanisantes » (manque d'intimité, rythmes de vie imposés...). À une échelle plus large, cette tendance repose sur un constat de perte de la fonction d'intégration des grandes institutions de socialisation telles que l'école, le travail, le logement, etc., voire de leur capacité à produire dorénavant de l'exclusion. Les politiques sociales se voient assigner un nouvel objectif : inclure l'individu dans la société.

référentiel très ambitieux sur la qualité de l'accompagnement pour la mise en œuvre de sa compétence gérontologique ;

- **Les initiatives en faveur de politiques transversales** : autour de l'accessibilité, de l'autonomie... et un recentrage de l'action publique mais aussi privée sur l'adaptation individuelle et collective (société, habitat, espace publics...). (Exemples : les programmes d'habitat regroupé accueillant personnes âgées et handicapées ou la création d'Unités pour Personnes Vieillissantes Handicapées au sein des Ehpad) ;
- **Une revalorisation de la prévention** : de nombreuses initiatives mettent l'accent sur l'importance de la prévention que ce soit en termes de santé, d'organisation du lieu de vie, de mode de vie, etc. (Exemples : dispositif Domisiel (Creuse) proposant une offre d'activités physiques adaptées, chèques Mobiplus pour encourager la mobilité, etc.) ;
- **Le développement d'outils d'information** : à destination du public cible (bulletin d'information locale comme la Lettre Seniors en Nord, ligne unique Info Senior du Jura, le site national www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, etc.) mais aussi des professionnels (rallye « droits des usagers » organisé par le groupe hospitalier mutualiste de Grenoble) et du grand public.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **Un risque de dérive du concept d'autonomie vers une injonction à la responsabilité individuelle**, voire dans certains cas un désengagement de la solidarité collective : *«... l'action sociale [...] semble se reconfigurer actuellement autour de ce qui est pressenti comme de nouvelles priorités, et notamment la promotion de la responsabilité individuelle en vue de la gestion optimale du parcours de vie. Dans ce domaine d'intervention, comme dans d'autres, en effet, l'usager est censé devenir acteur et en tant que tel, s'il s'émancipe dans une certaine mesure d'un statut que l'on pourrait qualifier de « mineur », il est également sommé de participer activement aux solutions qui lui sont suggérées. »* (Gucher) ;
- **Le phénomène du non-recours aux droits**, qui peut s'expliquer par de nombreux facteurs (manque d'information, stigmatisation, découragement face aux procédures, etc.) illustre la difficulté de conduire l'ensemble des citoyens à exercer leurs droits ;
- **L'obsession sécuritaire** et le repli sur l'entre-soi (multiplication des résidences seniors fermées, création de centres éducatifs renforcés et fermés, etc.) nuit à la capacité de certaines personnes âgées de s'inscrire dans des réseaux relationnels élargis et va à l'encontre du « vivre ensemble ».
- **L'ambivalence du recours aux nouvelles technologies et à la domotique**. Les dispositifs de surveillance à domicile ou embarqués contribuent à l'autonomie des personnes (parce qu'ils permettent le maintien à domicile par exemple), mais peuvent avoir des effets contraires : favoriser l'isolement, ne pas respecter l'intimité, assigner à résidence... Certains exemples de détournement de leurs usages par les utilisateurs révèlent ces limites : dispositif placé en hauteur pour ne pas avoir l'impression d'être sous « protection surveillée », dispositif antichute utilisé à des fins de lien social (simulation de chutes, appels fréquents...) ;
- **Les pratiques discursives autour de la vulnérabilité et des publics** des politiques sociales peuvent contribuer à amalgamer vulnérabilité – dépendance et incapacité. Par ailleurs, une surabondance de messages sur les droits peut avoir un effet délétère sur la mobilisation des professionnels et contribuer au développement d'une suspicion généralisée sur le fonctionnement des institutions ;

- **Le manque de moyens pour assurer l'effectivité des droits** : faibles moyens financiers, décrets d'application non publiés, trop complexes ou mal adaptés à la complexité de l'action sociale, outils non contraignants, etc. ;
- **Les difficultés pour faire évoluer les pratiques professionnelles et pour prendre en compte la parole des usagers**. Les enquêtes montrent une progression des droits suite aux lois de 2002 et à la formalisation des outils de participation, mais il reste difficile de donner une vraie place à l'expression directe des personnes, notamment dans des dispositifs pérennes en-dehors des processus d'évaluation. L'impact de cette parole sur les pratiques ne va pas non plus de soi et ne se débouche pas majoritairement sur un questionnement en interne des pratiques. Enfin, bien qu'une reconfiguration des scènes de représentations des usagers est constatée, les nouvelles instances peinent à trouver leur légitimité.

•

Tendance 3 / Inclure les aidants « informels »

De quoi parle-t-on ?

Les aidants informels, notamment familiaux, sont au centre des préoccupations que ce soit dans les discours ou dans l'élaboration de dispositifs pour les soutenir, développer et/ou valoriser leurs compétences et actions. L'objectif est de promouvoir leur rôle tout en mettant l'accent sur leur engagement et ses limites, et de répondre au besoin d'accompagnement pour pérenniser cette forme de soutien et de prise en charge.

Comment cela se traduit-il ?

- **L'émergence des « aidants » comme nouveau groupe social.** Les « aidants » apparaissent comme une nouvelle cible des discours et politiques (ex : mise en place d'actions d'information et de sensibilisation ciblées). Cette émergence accompagne une prise de conscience identitaire collective des aidants eux-mêmes. Le développement de groupes de parole, de réseaux sociaux dédiés, d'entraide entre aidants contribue à la création d'une nouvelle « communauté » des aidants;
- **L'attention portée au « répit » via notamment la création de structures diversifiées :** accueil de jour, équipe mobile de gérontopsychiatrie, partenariat avec des établissements, etc. ;
- **Le développement d'une nouvelle offre de services à visée sociale, de loisirs et culturels adaptées aux aidants et à leurs proches aidés.** L'Indre-et-Loire vient ainsi d'inaugurer le premier Village Répit Familles pour personnes âgées dépendantes qui accueillera en vacances les personnes âgées dépendantes et leurs proches aidants ;
- **Une amorce d'aménagement des conditions de travail :** congé d'aidant ou de fin de vie, dons de RTT, etc. ;
- **La promotion des solidarités de proximité, générationnelle et intergénérationnelle.** Au Canada, l'association « La popote du Roulant » qui prépare et livre plus d'une centaine de repas chaque jour à des personnes en perte d'autonomie, souligne les bienfaits pour « leur » communauté de cette relation entre personnes dépendantes et jeunes bénévoles de tous horizons impliquées dans la cuisine et la livraison.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **Les besoins de formation, d'information et de sensibilisation** sur différents sujets pour permettre aux aidants d'assurer leur rôle dans les meilleures conditions possibles et pour le proche aidé (bienveillance, connaissance des pathologies comme la démence, besoin de répit, etc.) ;
- **Le manque de dispositifs de soutien matériel, financier, humain.** Prendre appui sur les aidants et leur faciliter la vie suppose de financer davantage de dispositifs de répit comme de l'accueil de jour, de nuit ou partiel (places en EHPAD, accueil familial, accueil itinérant, etc.) ou des formes

Pourquoi cette évolution ?

Cette évolution fait suite à une prise de conscience par les pouvoirs publics de leur rôle stratégique et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien (épuiement, vieillissement des aidants, mortalité précoce, manque de reconnaissance, isolement, difficulté à concilier ce soutien avec une activité professionnelle, etc.).

De plus, face au vieillissement de la population, au manque de structures adaptées pour répondre aux besoins liés à la dépendance (handicap ou âge), et à la réduction des ressources publiques, le recours aux aidants, à la solidarité de proximité et au maintien à domicile semble une voie prometteuse.

d'accueil conjoints pour des vacances ensemble. Il semble également nécessaire de faire évoluer la législation et le financement des congés d'aidants ;

- **La législation en vigueur dans d'autres domaines notamment en droit du travail.** Ainsi, la limite du temps de travail à 12h continues empêche le développement des services de remplacement temporaire d'aidants familiaux inspirés du « balluchonnage » canadien et rend ce dispositif très coûteux et complexe (rotations horaire, personnel nécessaire) ;
- **L'articulation entre aidants informels et professionnels.** Cette prise d'appui sur les aidants informels est analysée par certains professionnels comme une réactivation du modèle familiariste et une alternative à la pénurie de professionnels, au manque d'attractivité du secteur de l'aide à domicile : *« Le rapport entre aidant et professionnel est donc particulièrement ambigu. Il permet notamment d'occulter les manques patents en matière d'offre pour le maintien à domicile. Ce discours concourt à mélanger les liens familiaux et une forme quelque peu normative, contrainte, du devoir familial. Ces ambiguïtés persistent et même, d'une certaine façon, sont entretenues, dans les discours officiels qui tendent à valoriser, voire à survaloriser, cette posture d'aidant au point même d'envisager que le travail réalisé par les proches puisse être mobilisé pour obtenir ensuite une qualification dans ce domaine. »* (Savignat) ;
- **L'évolution des formes d'entraide familiale, la redéfinition des réseaux de solidarité.** Les générations issues du baby-boom veulent préserver leur indépendance et ne pas nuire à celle de leurs enfants, les jeunes générations sont moins enclines à partager leur habitat avec leurs aînés, etc.;
- **Les formes d'habitat sont majoritairement conçues pour des foyers uniques.** Ce qui rend difficile l'accueil d'un proche dépendant au domicile de ses enfants.

Tendance 4 / Diversifier l'offre

De quoi parle-t-on ?

Il s'agit d'introduire de la souplesse dans les parcours de vie, de développer des formes intermédiaires d'accueil et de lieux de vie. Cette diversification correspond aussi à un élargissement du cercle des acteurs amenés à accompagner les bénéficiaires des politiques sociales en-dehors des acteurs institutionnels traditionnels.

Comment cela se traduit-il ?

- **Une réflexion au-delà de la traditionnelle dichotomie domicile / établissement.** L'alternative semble trop souvent résider entre le maintien à domicile et le milieu familial ou l'accueil en établissement et une vie collective. Les réflexions et expérimentations tentent alors de développer des formes mixtes publiques et privées (colocation senior, habitat partagé, etc.), ou encore de fluidifier le passage entre ces différentes formes. D'autres facteurs, ne tenant pas à l'offre en elle-même, peuvent aussi pondérer la linéarité du cheminement domicile-établissement : ainsi, être propriétaire de son logement permet aux personnes âgées d'avoir un rapport particulier à l'établissement d'accueil. Le domicile reste un lieu de vie investi affectivement (fête de famille, souvenirs, présence de meubles...) pour la personne et parfois pour les enfants et permet des allers-retours. (Membrado et Rouyer) ;
- **Le développement d'une approche dépassant le seul prisme du logement** pour englober les dimensions sociologiques et intégrer les différences fortes de modes de vie, d'attentes et de besoins. Par exemple, permettre aux personnes de garder leur rythme de coucher et lever, leurs activités, etc.;
- **Les efforts faits pour informer, rendre attractif et soutenir l'accueil familial.** De nombreux acteurs publics (communes, groupements de communes, départements) ou privés (associations, investisseurs immobiliers) soutiennent le développement de l'accueil familial soit dans sa forme classique (une personne âgée rémunère un accueillant qui l'héberge et prend soin d'elle) ou en revisitant cette forme pour la rendre plus attractive pour les accueillants (en faciliter l'exercice, accompagner les accueillants) et plus simple pour les accueillis (faciliter la gestion administrative et financière). Se développent ainsi des synergies entre accueillants et EHPAD en matière d'organisation de formations, d'accueil temporaire, de lien social entre accueilli et résidents d'EPHAD, d'accueil familial avec un mandataire, d'accueil familial salarié ;
- **L'arrivée de nouveaux acteurs investissant le champ social** : les aidants professionnels de l'aide à domicile, le secteur privé lucratif, mais aussi des acteurs plus

Pourquoi cette évolution ?

L'expansion de l'offre sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées repose sur une croissance forte des besoins ainsi que sur leur diversification : par exemple, l'entrée tardive en maison de retraite des personnes âgées au moment où les incapacités surviennent, ou l'avancée en âge de celles qui sont déjà en maison de retraite, implique de médicaliser les établissements. Cette expansion résulte aussi de l'évolution des exigences collectives : demande d'inclusion des personnes handicapées, volonté de vieillir et mourir chez soi, etc. Plus globalement, les problématiques sociales se diversifient (par exemple entre milieux urbain et rural), deviennent plus complexes et transversales (l'insertion ne dépend pas uniquement d'un travail, etc.) et impliquent des acteurs nouveaux. Cette évolution est aussi mue par des impératifs financiers et la nécessité de réduire les dépenses sociales en trouvant des alternatives moins coûteuses pour la collectivité (par exemple, le domicile ou des formes apparentées comme alternative à l'établissement).

inattendus se positionnent sur le champ social (notamment par le prisme du développement territorial à l'instar des parcs naturels régionaux. Mais cela est vrai de nombreux acteurs du champ économique, urbain qui adoptent un référentiel large à leurs actions en incluant une dimension sociale) ;

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **Les habitudes, les modes de faire traditionnels, les représentations** qu'ont l'ensemble des acteurs de l'offre proposée. Par exemple, la création d'une petite unité de vie (type domiciles autonomes regroupés) avec recours à des soins infirmiers à domicile (via le SSIAD local) a suscité la réticence des professionnels médico-sociaux face à cette organisation et au fait que la structure ne soit pas médicalisée avec du personnel médical salarié). (Eynard, Piou et Villez). De même, l'accueil familial souffre encore d'une image dégradée et d'une suspicion d'accompagnement inadapté voire de maltraitance, les EHPAD ne sont pas perçus comme des lieux de vie, etc.;
- **La maîtrise de l'offre par la puissance publique.** La généralisation de la procédure d'appel à projets, notamment dans le domaine médico-social, contraint les porteurs de projets à s'inscrire dans le cadre posé par l'acteur public (département, ARS, etc.). Un établissement, une association, voire une mairie qui veut développer son propre projet pour répondre à des besoins identifiés sur son territoire et solliciter des fonds publics ne peut le faire que si ce besoin a été identifié dans les instruments de planification et s'il répond à un appel à projet. Cela participe d'une reprise en main par les pouvoirs publics de l'initiative de l'offre et de la manière d'y répondre. Cette évolution marque une rupture avec la structuration historique de certains secteurs. C'est notamment le cas dans le champ du handicap, qui était traditionnellement dominé par le secteur associatif et la société civile, (à la fois en matière d'initiative de l'offre et de gestion de celle-ci). Dans d'autres domaines comme celui de l'accueil familial, pour lequel le Conseil départemental dispose d'un pouvoir d'agrément, le pouvoir discrétionnaire du département peut nuire au bon développement de l'offre selon la personne en charge du dispositif à un moment donné, selon les orientations choisies...

Tendance 5 : Territorialiser l'action sociale

De quoi parle-t-on ?

Le territoire est devenu le nouveau référentiel de l'action sociale. Cette territorialisation englobe ici deux dynamiques. La première, d'essence législative, est celle de la décentralisation des compétences pour donner aux acteurs locaux les moyens de piloter l'action sociale sur leur territoire. La seconde, d'essence organisationnelle, renvoie à l'organisation des services au plus près des populations qui ont besoin d'être accompagnées et à leur adaptation à la diversité des contextes locaux. La région, pour le secteur sanitaire et médico-social, et le département, pour le secteur social, sont devenus les territoires de référence.

Comment cela se traduit-il ?

- **La décentralisation des politiques sociales et médico-sociales** a fait du département l'échelon territorial de référence. Les conseils départementaux sont devenus les chefs de file de l'aide et de l'action sociale sur leur territoire et doivent veiller à son développement équitable (maisons de retraite, accueil, PMI...);
- **La réforme de l'organisation territoriale de l'État** qui privilégie l'échelon régional avec la création des Agences régionales de santé (ARS) et la réorganisation des services déconcentrés. La fusion des anciennes DRASS, au sein de directions plus larges, a conduit à la disparition d'une institution régionale à forte légitimité ayant une vue d'ensemble du champ des politiques sociales ;
- **La recherche d'une articulation de la politique sociale aux multiples réseaux existants sur le territoire** : développement d'offres complémentaires (sociale, sanitaire, transports, services divers...). Certains territoires ruraux développent ainsi un accueil de jour itinérant mutualisé entre plusieurs communes ;
- **La déconcentration des services départementaux de terrain** (par exemple via les Maisons de l'autonomie en Isère, les Maisons du Rhône, etc.). Cette déconcentration est indispensable pour s'adapter aux réalités et disparités territoriales (géographiques, sociales, économiques, démographiques, sociologiques, etc.), aux acteurs locaux et institutionnels et à leurs pratiques.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **La multiplicité des échelles territoriales de référence** : départementale pour le social, régionale pour le médico-social et le sanitaire, échelle du bassin de vie pour les besoins et l'offre... variété des territoires d'intervention sociale ;

Pourquoi cette évolution ?

Les acteurs territoriaux, de proximité, sont apparus comme les plus pertinents pour connaître avec précision les besoins des populations et des territoires dans un certain nombre de domaines (protection maternelle et infantile, logement, insertion, etc.) et leur apporter une réponse et un suivi adaptés. L'échelle infra-nationale est devenue progressivement le cadre de référence des politiques sociales et de leur mise en œuvre tandis que l'action sociale nationale se concentrait sur des publics cibles, des territoires bien précis (à l'instar de la politique de la ville). Dans le même temps, de nombreuses politiques (développement et aménagement du territoire, insertion, habitat, développement durable) ont placé le territoire au centre de leurs actions tout en y incluant des dimensions sanitaires et sociales (contrats de plan État-Région, charte intercommunale d'aménagement et développement, charte de pays, etc.). Cette reconfiguration du champ des politiques a contribué fortement à l'émergence de nouveaux acteurs sur la scène sociale comme les intercommunalités, les régions, les parcs naturels, etc.

- **L'hypercentralisation des décisions à l'échelon national** se traduit notamment par le manque d'autonomie des ARS prises entre les décisions des services centraux du Ministère de la santé et les aspirations locales ou encore la présence encore forte de l'État central dans les processus d'autorisation et de décisions ;
- **La nécessité de préserver l'équité territoriale et un équilibre entre les grandes orientations décidées par les schémas et les déclinaisons locales.** Les communes et intercommunalités peuvent plus librement animer une politique sociale sur leur territoire car elles sont moins contraintes par la réglementation. Toutefois, il appartient au département de veiller au maintien de l'égalité entre territoires (interprétations divergentes des réglementations, différentes organisation des services, etc.) ;
- **Le financement du fonctionnement** des services territorialisés. Rapprocher les services des populations, améliorer l'équité territoriale peut impliquer des coûts supplémentaires par rapport à l'existant (nouveaux locaux, personnel supplémentaire, nouvelle offre de service) ;
- **La diffusion des expérimentations réussies par la standardisation et la définition de normes collectives, déconnectées des besoins de la population, et/ ou des possibilités du territoire.** Par exemple, la reconnaissance juridique de la formule de l'accueil de jour a conduit les pouvoirs publics et les départements à demander à tout projet d'EHPAD d'ouvrir quelques places sans références aux besoins locaux. La généralisation des normes de construction des logements sur fonds publics (étudiant, habitat social, etc.) autour de l'adaptation aux handicaps, surtout moteur, a suscité les mêmes remises en question (sanitaires dont la superficie est égale à l'espace de vie dans les logements étudiants par exemple) ;
- **L'insuffisance d'analyses des besoins sociaux des territoires** : les outils permettant d'aboutir à une connaissance fine et partagée du territoire font encore défaut bien que certaines initiatives émergent pour y remédier (ex : la démarche d'observation sociale partagée d'élaboration de méthodologie commune et d'un tableau de bord collectif menée par l'union départementale des CCAS du Rhône).

Tendance 6 / Collaborer et contractualiser

De quoi parle-t-on ?

Il s'agit de développer la coopération, les partenariats et la coordination multi-acteurs afin d'une part, d'instaurer de la porosité, de la fluidité dans les parcours et les accompagnements, et d'autre part de co-construire une offre adaptée au territoire.

Comment cela se traduit-il ?

- **Les procédures de concertation** dans l'élaboration des différents outils de planification de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale ;
- **La contractualisation entre acteurs** (collectivités, hôpitaux, prestataires de services...). Le contrat est à la fois un outil de régulation, de coopération et de coordination entre acteurs et un dispositif de participation et d'implication des usagers. La conduite de l'action sociale tend ainsi à devenir davantage horizontale que hiérarchique ou verticale (contrat de plan état-région, contrats d'agglomération, contrats de ville, schémas, SROS, GIP, conventions...);
- **La création sous couvert de simplification de nouveaux acteurs** s'ajoutant à ceux en place : par exemple, la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dotée d'une compétence générale sur la question de l'autonomie des publics relevant du champ du handicap et de la vieillissement ;
- **L'apparition de formes renouvelées et coordonnées d'action sociale** : relais départementaux des ARS, contrats de territoire infra-départementaux, Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), etc.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **La tendance à la centralisation de la part de l'État et à un encadrement accru des acteurs locaux** (via par exemple les relations financières ou la définition de dispositifs réglementés nationalement mais mis en œuvre localement comme le plan Alzheimer). Paradoxalement, aucun acteur ne peut se prévaloir de la légitimité historique des ex-DRASS et DDAS (la DGCS par exemple n'a pas de relais locaux) et n'est réellement en capacité de piloter les acteurs relevant de politiques et hiérarchies différentes (par exemple combiner action sociale et éducation nationale, justice, emploi...). Au niveau départemental, ce déséquilibre se retrouve avec des partenaires locaux ayant peu de pouvoir décisionnel ou de négociation face aux acteurs publics ;
- **La disparition de lieux de concertation entre acteurs infrarégionaux** au profit d'un recours systématique au contrat, la multiplication et

Pourquoi cette évolution ?

Il y a un fort enjeu d'articulation et de coordination de l'action publique et privée sur un territoire donné. Les questions sociales se sont complexifiées et ne sont plus l'apanage de quelques acteurs clairement identifiés : l'insertion ne relève ainsi pas seulement d'une question d'employabilité mais aussi du logement, de l'état de santé, des liens sociaux, etc. De plus, le renouveau des méthodes d'actions des politiques sociales via le prisme du territoire a contribué à élargir le champ des intervenants. À côté des acteurs traditionnels (communes, départements, caisses de retraite et mutuelles, État, secteur associatif) sont apparus de nouveaux acteurs publics et privés (organismes privés et publics en charge de l'habitat, intercommunalités, etc.). Chacun a sa propre logique d'action et ses objectifs. Le souci de proximité implique de déléguer le service à l'échelon le plus pertinent et donc de construire des partenariats. Cette évolution s'est accompagnée d'une redéfinition, d'un recentrage des compétences de certains acteurs, voire d'une hyperspécialisation, et conduit à une certaine fragmentation dans la définition et la conduite des politiques. Le champ social, unifié par les lois de 2002 est de nouveau sujet à l'effritement. Enfin, le recours au partenariat est aussi un moyen de faire face à la baisse des ressources financières en partageant les coûts.

la superposition des outils de planification et de mises en œuvre (schémas, autorisations conjointes...);

- **La volonté de préserver une logique sectorielle** de la part de certains acteurs (particulièrement dans le secteur du handicap) et **la segmentation des publics** accrue par l'émergence du secteur privé lucratif. Ce dernier s'adresse plutôt aux publics aisés, notamment en direction des personnes âgées, pour proposer une offre de services conciliant une réponse aux besoins sociaux mais aussi la réalisation d'un profit pour les investisseurs ;
- **La faiblesse de l'interconnaissance entre les acteurs, de leurs fonctionnements, contraintes et objectifs respectifs.** Cette faiblesse est particulièrement marquée entre les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels. Elle peut conduire à une certaine concurrence. Certaines initiatives essaient d'y remédier comme l'organisation d'un speed-dating des acteurs du domicile organisé par le département du Var ;
- **La dilution des responsabilités, le risque de perte de lisibilité du système et la difficulté pour évaluer** les actions ;
- **L'instrumentalisation de l'outil** : le contrat devient à la fois un lieu de confrontation entre collectivités et pour certains acteurs un accès à des moyens qu'ils n'auraient pas par ailleurs. Alexis Baron note ainsi que la professionnalisation des CCAS doit beaucoup au recrutement des travailleurs sociaux pour suivre les contrats d'insertion ou l'APA.

Tendance 7 / Réguler et normer

De quoi parle-t-on ?

Il s'agit pour les acteurs publics d'encadrer et d'ordonner une action sociale protéiforme et multi-acteurs, de concilier efficacité sociale et performance opérationnelle (maîtrise des coûts, démarche de performance, évaluation.)

Comment cela se traduit-il ?

- **Un renforcement de la logique d'économie administrée** avec l'apparition de nouveaux modes de gestion et de gouvernance (procédure d'appel à projets, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens...). Comme le souligne l'économiste Henry Noguès, il est indispensable que les pouvoirs publics veillent au maintien d'une offre plurielle et diversifiée : « [...] **la compétition et le jeu du marché dans le domaine des services sociaux ne peuvent avoir des effets positifs qu'à la condition d'une régulation efficiente du marché par les pouvoirs publics.** *En son absence, sous production, sous-consommation et iniquités risqueraient de se multiplier. Cette régulation passe par plusieurs moyens : exemptions fiscales, subventions, agréments, contrôle des prix et de la qualité, etc. Elle est délicate car elle doit naviguer entre plusieurs écueils. Insuffisante, elle favoriserait l'éviction progressive du secteur non lucratif. Indifférenciée au regard de la nature des opérateurs, elle renforcerait les tendances spontanées à « l'isomorphisme institutionnel » (Di Maggio, Powell, 1982) (Tout le monde se comporte de la même façon). Aveugle, elle encouragerait les « faux non lucratifs » et altérerait la qualité des services rendus. Enfin, trop tatillonne, elle découragerait le développement de l'offre privée.* » (Noguès) ;
- **Un pilotage budgétaire par les coûts et non par les besoins** (par exemple avec des enveloppes limitatives). Les réformes de l'action publique ont été trop marquées par une approche quantitative et assimilées à une recherche d'économies plutôt qu'à une réflexion sur la manière d'améliorer le service public. Or « *la compétition, génératrice de ciblage des publics crée l'injustice. Là où la dimension qualitative de l'évaluation prend en compte la parole des acteurs, la dimension quantitative et normée de la performance ignore la complexité multifactorielle des situations humaines au profit de résultats formels.* » (Collectif Repolitiser l'action sociale) ;

Pourquoi cette évolution ?

Confrontés à une dette publique en constante augmentation au cours des décennies précédentes et à la demande citoyenne de services publics plus réactifs et adaptés aux besoins, les pouvoirs publics ont engagés une réflexion sur le périmètre de l'action publique et l'évaluation de son efficacité. En parallèle, deux autres facteurs concourent à orienter l'action des pouvoirs publics vers une fonction de régulation. D'une part, la diffusion d'une idéologie néo-libérale, d'une supposée suprématie des mécanismes du marché sur l'allocation des ressources, la régulation des acteurs et in fine la production du bien collectif et l'ouverture de certains secteurs à la concurrence entraînent un recul des missions affectées au secteur public. Ce recul est d'autant plus marqué qu'il intervient dans un contexte de crise économique mondiale et de très fortes contractions budgétaires. D'autre part, la multiplication et la diversification des scènes de l'action sociale, l'effacement des frontières traditionnelles et structurantes entre les acteurs, l'apparition d'intérêts lucratifs dans la sphère sociale (notamment pour les seniors via la domotique, les résidences privées) nécessite l'intervention de la puissance publique. À elle de définir les objectifs et le cadre, d'édicter les règles et d'attribuer les moyens de l'action. Aux administrations (dans le cadre de l'État régulateur) et autres acteurs de s'organiser en fonction pour atteindre les objectifs et agir dans le cadre ainsi fixé.

- **La standardisation des pratiques** par la généralisation des démarches qualité, la production de référentiels, la fixation d'objectifs et de lignes de conduite pluriannuelles. Cette uniformisation permet de viser un niveau de qualité commun à tous les services et remplit des objectifs d'égalité, mais elle peut aussi conduire à certaines dérives. Ainsi, dans l'attribution de l'APA, l'expertise et la normalisation propre au champ de la santé occupe une place de plus en plus prépondérante de même que la présence des acteurs médicaux et médico-sociaux ;

« La logique d'appel d'offre conduit notamment à la standardisation des prestations et à des phénomènes de reproduction (industrialisation des procès) alors que la question sociale est constamment une question « nouvelle » qui demande un ajustement permanent et une finesse des réponses. En action sociale, la relation à autrui est constamment à inventer. Elle ne peut donc être supportée par des organisations standards et univoques. Ce qui est créatif dans le modèle associatif, c'est sa capacité à créer et à faire exister des « unités de sens » (espaces de parole, mobilisation forte d'une intersubjectivité qui fait lien...). Outre cette singularité de la relation d'aide qui détermine les modalités d'organisation, les associations d'action sociale sont inscrites dans un rapport particulier au territoire. Leurs actions sont localisées ce qui est contraire à la tendance actuelle d'une régulation globale. » (Collectif Repolitiser l'action sociale) ;

- **Un pilotage par la performance mesurée à partir d'indicateurs quantitatifs souvent déconnectés de la réalité de terrain et inadaptés** : tarification en fonction d'une moyenne des établissements sans référence aux situations, primauté donnée à ce qui est quantifiable (comptabilisation du temps du personnel par types d'actes individualisables...) au détriment de l'écoute, de ce qui prend du temps et ne se mesure pas, de l'humain.

Quels sont les points de friction éventuels ?

- **Un excès de contrôle et la recherche du risque zéro** peuvent nuire au développement d'autres formes d'accompagnement et à l'innovation. En matière d'accueil familial, l'association Famidaf souligne qu'un certain nombre de conseils départementaux confondent accueil et placement en instaurant pour l'agrément des dispositions intrusives non prévues par la loi et contraire à la logique du gré à gré (par exemple, demande de liste détaillée de toutes les ressources et dépenses, procédure médicale...) ;
- **La liberté d'expérimenter** des différents acteurs du secteur privé –lucratif ou non- et leur capacité à répondre à l'évolution de la demande et à la diversité des modes de vie et des attentes. En matière d'accompagnement des personnes âgées, de nombreuses expérimentations peuvent entrer en conflit avec la réglementation. Ainsi l'EHPAD Lotte au Danemark, renommé pour la qualité de vie des résidents et du personnel, était dans l'illégalité sur un certain nombre de dispositions réglementaires (pas d'uniforme pour le personnel de soin, manquement aux obligations administratives et gestionnaires, etc.). Par ailleurs, le secteur associatif, de par son histoire et son engagement, est en capacité de produire une analyse des besoins et une offre de réponse moins technocratique (bien que non dénuée d'intérêts corporatistes) issue d'une expérience partagée avec la société civile et les bénéficiaires de l'action sociale. Pour éviter de devenir de simples prestataires de services ou d'être instrumentalisés, il est important qu'elles *« réinvestissent leur capacité créatrice de proximité et leur fonction tribunitienne, leur capacité à prendre la parole dans l'agora républicaine »* (Collectif Repolitiser l'action sociale) afin de se positionner comme de véritables partenaires ;
- **La différenciation issue de la territorialisation de l'offre** : les pratiques de régulation de l'offre, les réglementations et leur mise en œuvre peuvent différer selon les territoires, la manière dont

les acteurs analysent et répondent aux enjeux locaux. La plus grande proximité des acteurs sociaux avec les lieux de décision modifie les jeux d'acteurs. De nouvelles stratégies se mettent en place comme le regroupement entre associations, le développement d'outils d'analyse et de compréhension des enjeux territoriaux et des nouvelles procédures de l'action sociale devient un point central pour pouvoir participer (peser sur le cahier des charges par exemple). Cette évolution favorise à terme les acteurs en capacité de s'organiser au détriment des autres et des besoins qu'ils représentent (effacement d'acteurs minoritaires ou relégation dans le champ contestataire, etc.) ;

- **La reconquête du sens du travail social et des finalités sociales de l'action publique**, la primauté donnée à l'humain. Comme le souligne Joël Defontaine, directeur médico-social et professeur : *“L'approche actuelle de la prise en charge de la personne âgée en institution voit dominer les réflexions d'ordre budgétaire, financier, de vie collective, de restauration, d'animation, de sécurité et d'effectif des personnels, parmi les plus importants. La personne âgée est étudiée sous l'angle des coûts qu'elle génère sans que soient suffisamment pris en compte les apports qu'elle peut produire dans et en faveur de la société dans laquelle elle vit. Ce type d'approche est préoccupant et interroge sur la place de la personne âgée à l'intérieur de notre société”*

•

Références

- Baron, Alexis. *Innover dans les politiques sociales*. Grenoble: PUG, 2013.
- Billé, Michel, Marie-Françoise Bonicel et Didier Martz. *Dépendance; quand tu nous tiens. Prendre soin des personnes âgées... et des autres*. Toulouse: Editions Erès, 2014.
- Centre d'analyse stratégique. *Les défis de l'accompagnement du grand âge*. Paris: La documentation française, 2011.
- Collectif Repolitiser l'action sociale. *Repolitiser l'action sociale pour une société solidaire*. 2013. www.repolitiserl'actionsociale.org.
- Defontaine, Joël. *La citoyenneté en institutions et services pour personnes âgées*. Toulouse: Editions Erès, 2007.
- Eynard, Colette, Olga Piou et Alain (dir) Villez. *Conduire le changement en gérontologie*. Paris: Dunod, 2009.
- GNDA (Groupement National des Directeurs Généraux d'Association du secteur éducatif, social et médico-social. «Nouveaux modes de régulation de l'action sociale.» 12 09 2009. www.gnda.org.
- Gucher, Catherine (dir). *Retraire et vieillissement : interention publique et action sociale*. Paris : Dunod, 2015.
- Membrado, Monique et Alice (dir) Rouyer. *Habiter et vieillir*. Toulouse: Editions Erès, 2013.
- Noguès, Henry. *Agir et penser l'action sociale et médico-sociale*. 2011. Assemblée générale URIOPSS Auvergne Limousin.
- Priou, Johan et Séverine Demoustier. *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale*. 2ème édition. Paris: Dunod, 2011.
- Savignat, Pierre. *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?* Paris : Dunod, 2012.

Direction de la prospective et du dialogue public

Corinne HOOGE - chooge@grandlyon.com
Caroline RICHEMONT - crichemont@grandlyon.com

Direction de l'habitat et du logement

Martine CHANAL - mchanal@grandlyon.com

Pôle personnes âgées et personnes handicapées

Caroline LOPEZ - clopez@grandlyon.com

WWW.
MILLENAIRE3.
COM

RETROUVEZ
TOUTES LES ÉTUDES SUR

MÉTROPOLE DE LYON
DIRECTION DE LA PROSPECTIVE
ET DU DIALOGUE PUBLIC
20 RUE DU LAC
CS 33569
69505 LYON CEDEX 03