L'APPROCHE GLOBALE DANS LE CHAMP DE LA DÉPENDANCE

DE L'IMPULSION NATIONALE À LA RÉAPPROPRIATION LOCALE D'UNE RÉFORME EN FRANCE

ALEXANDRA GARABIGE & LOÏC TRABUT

Paris, INED

alexandra.garabige@ined.fr / loic.trabut@ined.fr

Résumé. La dépendance, ou la prise en charge de la perte d'autonomie, des personnes âgées constitue aujourd'hui un enjeu majeur dans l'ensemble des pays européens. Une des tendances privilégiées est le maintien à domicile plutôt qu'une prise en charge en institution. En France, face à un système traversant une crise financière, de nombreuses mesures sont mises en œuvre pour réformer une politique jusqu'alors marquée par une forte segmentation entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale. La mise en œuvre de l'accompagnement « global » implique dès lors que des acteurs aux statuts et cultures variés s'ajustent dans des territoires hétérogènes. Elle suppose donc des ajustements autour des champs et niveaux territoriaux d'intervention, mais aussi des modalités d'implication des différents acteurs.

Mots-clés : coordination, dépendance, parcours, personnes âgées, politique publique.

Abstract. Old-age dependency, and its management, is one of the major issues all European countries face today. Generally, home care is favoured over institutional care. In France, with a system undergoing a financial crisis, many measures are being implemented to reform policies, which are characterised by a strong segmentation between health care and social care. Implementation of "global" care implies that actors with various status and culture adjust themselves in heterogeneous territories. It therefore presupposes adjustments in various fields and at various territorial levels of intervention, and also in the modalities of involvement of the various actors.

Keywords: coordination, elderly, long-term care, paths, public policy.

La dépendance, ou la prise en charge de la perte d'autonomie, des personnes âgées constitue aujourd'hui un enjeu majeur dans l'ensemble des pays européens. Une des tendances privilégiées est le maintien à domicile plutôt qu'une prise en charge en institution. En France, face à un système traversant une crise financière et réputé « à bout de souffle », de nombreuses mesures sont mises en œuvre pour réformer une politique jusqu'alors marquée par l'absence de stratégie, de rationalité absolue et d'objectifs clairs (Frinault, 2009). Parmi elles, une démarche spécifique vise à promouvoir une « approche globale » de la prise en charge de la dépendance, en partant du parcours de santé des individus. Cette approche suppose notamment d'articuler prestations sanitaires, sociales et médico-sociales et donc de renforcer la coordination entre les acteurs de ces champs. La question qui anime cet article est donc de savoir dans quelle mesure cette approche globale peut permettre de structurer, ou de restructurer, les politiques de la dépendance. En effet, définies au cours des années 1990, les politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes en France ont connu bon nombre de modifications. Ce sont ces « ajustements réguliers de la politique menée et d'une certaine manière l'impossibilité de stabiliser un dispositif qui caractérise la situation française » (Da Roit et Le Bihan, 2009, p. 43). On peut alors se demander en quoi la promotion d'une approche globale de la dépendance, fondée sur une approche sociale du vieillissement plutôt que sur une approche gériatrique caractéristique de la situation française, constitue un changement dans le champ de la dépendance.

Pour y réfléchir, on analysera un dispositif expérimental, présenté comme devant rompre avec une approche sectorielle inapte à la bonne prise en charge des problématiques liées au vieillissement (qui suppose à la fois des soins médicaux mais aussi des aides à domicile). Notre hypothèse est que si cette démarche permet de rationaliser (pour partie) un système dont la construction est marquée jusqu'alors par des formes de bricolage institutionnel, les acteurs chargés de leur mise en œuvre se heurtent à de nombreuses contraintes ou, du moins, à des difficultés héritées de cette construction historique.

Encadré I. Méthodologie

Cet article repose sur l'étude de la mise en œuvre de deux expérimentations sur les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

Deux terrains ont été retenus.

Le premier territoire comprend plus de 10,5% de personnes âgées de 75 ans et plus et souffre d'une carence en personnel soignant. Au Nord, l'offre de soins et les indicateurs socio-sanitaires sont satisfaisants, alors que le Sud, plus rural, dispose d'une offre et d'indicateurs moins favorables. Le second territoire comprend moins de 6% de personnes âgées de 75 ans et plus, dont la moitié souffre de maladies chroniques. Si les indicateurs de santé sont globalement meilleurs que sur le reste du territoire, de fortes inégalités existent sur les zones objet de l'expérimentation.

Outre une analyse documentaire relative à l'expérimentation, nous avons réalisé des monographies qui permettent de comprendre la façon dont ce dispositif d'impulsion nationale se décline à l'échelle locale et dans quelle mesure et à quelles conditions les acteurs parviennent à mettre en œuvre un accompagnement global. Elles sont composées d'une série d'entretiens avec des décideurs politiques et des responsables administratifs aux échelons régionaux, départementaux et municipaux. Plus précisément, 17 personnes sur les 2 territoires ont été interrogées (agence régionale de santé [ARS], Conseils départementaux, centre communal d'action sociale [CCAS], centre local d'information et de coordination [CLIC], élu local).

Nous proposons une approche par les instruments qui incite « à saisir l'action publique dans sa matérialité. Comprendre l'instrumentation est une façon de saisir les transformations de l'État en envisageant ses pratiques, et les recompositions qu'elles connaissent, en particulier dans la tension permanente entre contrainte et incitation » (Lascoumes et Simard, 2011, p. 6).

I. 20 ANS DE TÂTONNEMENTS HEXAGONAUX DE LA POLITIQUE DE LA DÉPENDANCE

I.1. D'UNE APPROCHE RESTRICTIVE DE LA DÉPENDANCE...

Ces vingt dernières années se sont développées en Europe, dans un contexte de vieillissement de la population, un certain nombre de politiques et d'aides publiques visant à favoriser le service à la personne, en particulier à l'endroit des personnes âgées et dépendantes. En France, la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie devient une question spécifique dès les années 1980 (Martin, 2001 et 2003 ; Frinault, 2009), avec la publication de nombreux rapports traitant de questions d'ordre démographique relatives à l'accroissement des personnes âgées dépendantes et *in fine* à l'accroissement des besoins de prise en charge médico-sociale. Ces rapports sont révélateurs d'une volonté d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Mais les besoins de ces dernières sont d'abord perçus comme une opportunité de créations d'emplois. Les gouvernements successifs se sont alors contentés, dans une large mesure, d'abaisser le coût de l'aide à domicile avec des exonérations fiscales et de cotisations sociales, afin de développer les emplois de service et de résorber une partie du travail au noir très important dans ce secteur. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1990 que sont mises en place des mesures spécifiques pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, les années 1980 et le début des années 1990 étant représentatives d'une période de « non-décision exemplaire » (Jobert, 1993) sur ces questions de politiques publiques. Ainsi, à partir du milieu des années 1990, la dépendance devient une politique sociale en France, avec la mise en place de la prestation expérimentale dépendance (PED) en 1994, de manière expérimentale, dans douze départements, puis à l'échelle nationale avec la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 et, enfin, avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Il y a continuité entre la PSD et l'APA : cette dernière est attribuée aux personnes dépendantes à partir de 60 ans vivant à domicile ou en établissement, par décision du président du Conseil départemental et est versée par le département sur proposition d'une commission qui comprend les représentants des organismes de la Sécurité sociale. Cette allocation est versée

dans le cadre d'une aide en nature à la personne dépendante qui peut s'adresser soit à une structure prestataire ou mandataire, soit au salarié de son choix dans le cadre de l'emploi direct, soit, dans certains cas, à un membre de sa famille.

Le passage de la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) s'est traduit par une augmentation sensible du nombre de personnes âgées bénéficiaires d'une prestation dépendance. À titre d'exemple, à la fin du deuxième trimestre 2001, 72 280 personnes âgées bénéficiaient de la PSD à domicile pour un montant moyen de 533 euros (Kerjosse, 2001). Au 31 décembre 2004, c'est-à-dire moins de trois ans plus tard, plus de 510 000 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile, pour un montant moyen de 488 euros par mois (Weber, 2006). Entre ces deux dates, les montants des dépenses d'aide à domicile sont passés de plus de 460 millions à près de 3 milliards d'euros. En conséquence, la croissance importante de la demande de services d'aide à domicile a favorisé l'accroissement du nombre d'offres.

Ainsi, en France, les politiques de la dépendance font référence aux politiques sociales et médico-sociales, qui visent un public spécifique âgé et dépendant, plutôt qu'aux politiques médicales propres à un état de santé qui, bien que souvent associé à l'avancement en âge, n'y est pas conditionné. Alors même que la dépendance est une « réalité multiple (Ennuyer, 2002) liée à des facteurs physiques, psychiques mais aussi sociaux, [elle] est définie, en France, comme la difficulté à accomplir seul les actes de la vie courante » (Le Bihan-Youinou, 2010). Ce choix, fondé sur une approche relativement restrictive de la dépendance, à partir des incapacités physiques et cognitives, plutôt que sur une approche sociale du vieillissement (Frinault, 2005), tend à isoler la question de la dépendance des autres champs de l'intervention publique, au lieu de l'assimiler à un 5^e risque de la Sécurité sociale (Frinault, 2009). La politique de la dépendance peut donc apparaître comme fortement marquée par une « méta-norme libérale » caractérisée par une volonté de maîtrise des dépenses publiques mais aussi par l'introduction d'une logique de marché dans les politiques sociales. Mais ce système connaît depuis les années 2000 une crise financière qui se traduit notamment par une déstabilisation des prestataires de service, en particulier les associations qui sont les actrices historiques du secteur (Garabige, 2015).

La question de la prise en charge de la dépendance est donc devenue un enjeu majeur au regard des projections de vieillissement de la population et a fait l'objet de nombreuses réflexions tout en donnant lieu à des mesures variées. En témoignent, entre autres, la création par la loi de finances pour 2012 d'un fonds de restructuration des services d'aide à domicile, puis la mise en place d'un deuxième fonds instauré par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (Vanlerenberghe et Watrin, 2014). Mais en plus de ces fonds destinés à stabiliser ce secteur, plusieurs expérimentations sont mises en œuvre : certaines concernent les modalités de financement et les systèmes de tarification des services à la personne, tandis que d'autres, comme celle qui nous intéresse ici, visent à promouvoir une approche élargie de la dépendance.

1.2. ... À UNE APPROCHE ÉLARGIE DE LA DÉPENDANCE

Dans une lettre de saisine datée du 13 janvier 2011, le Premier ministre français sollicitait le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans le cadre d'un débat national sur la dépendance. Cette instance avait contribué à «éclairer la question de l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé», dans son rapport intitulé «Vieillesse, longévité et assurance maladie» d'avril 2010. S'appuyant sur la conclusion selon laquelle il «était crucial de prendre en compte, non seulement la très forte interaction entre les prestations sanitaires et médico-sociales, mais aussi l'articulation avec les aides de nature sociale, et notamment l'accompagnement et la compensation de la dépendance des personnes âgées», le Premier ministre pointait la nécessité d'une «approche globale» dans un contexte de recherche d'efficacité des dépenses publiques collectives. L'objectif était ainsi affiché d'améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes «en sachant définir la manière dont chacun [des] grands systèmes de solidarité peut y apporter le plus juste concours, qu'il s'agisse des soins d'une part, et de la compensation de la dépendance, d'autre part».

En effet, comme le constate Blanche Le Bihan-Youinou, si l'allocation personnalisée d'autonomie demeure le principal levier d'aide spécifique, «d'autres types d'action, relevant du secteur de la santé notamment, concernent également les personnes âgées» (Le Bihan-Youinou, 2010, p. 124). Il en résulte

un ensemble de mesures touchant le social, la santé ou encore le logement. En effet, si le sens commun associe facilement l'aide aux personnes en perte d'autonomie aux champs sociaux et médico-sociaux, ces derniers représentent un coût minoritaire dans le financement de cette problématique. Ce sont en effet les dépenses de santé qui représentent la majorité des dépenses en faveur des personnes âgées (Gramain et Wittwer, 2013). Bien que plus difficilement mesurable puisqu'incluse dans les dépenses de sécurité sociale à travers les dépenses d'assurance maladie, la prise en charge de la dépendance représente un enjeu majeur pour les financements assuranciers de la santé avec notamment toutes les dépenses de soins hospitaliers ou ambulatoires.

C'est dans ce contexte qu'est née la démarche du dispositif Paerpa, menée sous l'égide du Ministère des affaires sociales et de la santé français. En plus de travaux réalisés par un comité national de pilotage, une expérimentation a été engagée par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, avec la mise en œuvre de plusieurs projets pilotes dans différents territoires français. Concrètement, les dispositifs d'accompagnement global ont été lancés en septembre 2013 dans cinq territoires. Puis la démarche s'est élargie à quatre autres territoires en janvier 2014 et sept autres supplémentaires en 2016, afin de porter la démarche *a minima* dans un territoire au sein de chaque région. Ce dispositif est largement inspiré des recommandations de plusieurs rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Ce dernier a notamment mis en lumière le fait que les défaillances dans le système de prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie sont liées à l'organisation du système de santé marqué par une spécialisation forte des acteurs de la santé et du social. Dans un rapport de 2011, il soulignait que l'importance du nombre d'intervenants auprès de la personne âgée dépendante, ou en perte d'autonomie, est révélatrice des enjeux de coordination entre ces professionnels et les aidants familiaux et concluait à une « indispensable articulation entre prises en charge sanitaire et sociale » (HCAAM, 2011, p. 47). Le HCAAM recommandait alors « une démarche d'expérimentation de préfiguration consistant dans le lancement, autour de cinq ou six thèmes prioritaires, de quelques dizaines des projets "pilotes" lancés à grande échelle et fortement évalués, définis et pilotés au niveau national » (*ibid.*, p. 73).

2. GENÈSE ET OBJECTIFS DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE GLOBALE

2.1. AUX ORIGINES D'UNE EXPÉRIMENTATION

Engagé par les lois de financement de la sécurité sociale (2012 et 2013) et s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, qui définit le cadre de l'action publique dans ce domaine, le dispositif d'accompagnement « global » se donne pour objectif d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. « La notion de "personnes âgées en risque de perte d'autonomie" recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social ». Ce dispositif « vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux ». Il promeut ainsi une approche de type parcours (sur une population cible) en opposition à une approche de type marché (de l'offre de soin). En effet, selon le cahier des charges, « l'approche parcours se différencie de l'approche traditionnelle de régulation de l'offre de soins en ce qu'elle ne prend pas comme point de départ un type de structure ou le traitement d'une pathologie mais une population donnée, quels que soient les types de prise en charge auxquels elle a recours ».

Afin d'« accroître la pertinence et la qualité des soins et l'efficience de la prise en charge globale dans une logique de parcours de santé », une série d'objectifs est fixée dans le cahier des charges. Le premier est l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes âgées et leur aidant. Le deuxième porte sur l'adaptation des pratiques professionnelles aux parcours de santé. Le troisième insiste sur la nécessité de créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs. Ces objectifs montrent une évolution dans la prise en charge de la dépendance : ils visent à promouvoir une approche transversale des politiques sociales de la dépendance centrée sur la personne âgée. Si la question de la mise en place des politiques sociales locales transversales a fait

l'objet de peu de recherches – si ce n'est dans le champ des politiques de l'emploi et du service public de l'emploi –, on peut dire que « ce qui justifie la coordination, c'est l'utilisateur placé au centre du dispositif » (Frinault, 2009, p. 197).

2.2. UNE DÉMARCHE LOCALE D'IMPULSION NATIONALE

Ce dispositif d'impulsion nationale est mené sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) qui tiennent un rôle clef dans le pilotage et le financement de cette expérimentation. « Fruit[s] d'un "long processus de maturation politico-administrative" amorcé par la création des DRASS¹ en 1977, poursuivi par les lois de décentralisation, confirmé notamment par la grande loi hospitalière de 1991 et célébré par le très "déconcentrateur" rapport Santé 2010 » (Rolland et Pierru, 2013, p. 412), les ARS ont été créées dans un objectif d'adaptation de l'offre de soins aux besoins au plus proche des territoires. En raison de leur proximité avec la population, les acteurs locaux sont censés être mieux à même, d'une part, d'apprécier la demande sociale sur le territoire et, d'autre part, d'adapter l'offre à la diversité des situations locales (Galtier, 2012). Le développement de l'approche en termes de parcours intervient alors au moment où la dimension territoriale de l'action publique est la plus forte.

Cet accompagnement part d'un cahier des charges qui définit des grands objectifs et propose une série d'outils destinés à être réappropriés dans les territoires engagés dans le processus. Le dispositif doit s'appuyer sur l'ensemble de la population cible et des acteurs existants du secteur. La population cible est celle des personnes âgées de 75 ans et plus qui, d'après les données de l'assurance maladie, sont particulièrement affectées par la dépendance, avec un taux d'hospitalisation élevé (33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010). La définition de cette population peut se comprendre, au regard des projections d'augmentation du nombre de cette population dans les années à venir², si l'on tient compte du fait que le taux d'hospitalisation est, selon le HCAAM, le seul indicateur permettant d'appréhender le trajet de santé.

1 Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

2 Selon l'Insee, cette population représente aujourd'hui plus de 9 % de la population française, elle devrait représenter 11 % en 2025 et 16 % en 2050 de cette dernière.

La démarche consiste à faire expérimenter par certains territoires pilotes (à la géographie variable), sous l'égide des ARS, plusieurs outils – détaillés dans le cahier des charges – à budget constant, même si certains financements complémentaires peuvent être mis à disposition grâce à un fonds d'intervention régional. Son organisation doit être « industrialisable ». Enfin, le dispositif prévoit une évaluation scientifique indépendante³ des impacts médicaux et économiques des projets pilotes permettant de mesurer la part des effets imputables à ces projets dans les résultats observés et ainsi d'identifier les interventions efficaces et reproductibles. Comme le cahier des charges le stipule en effet, « les expérimentations ont pour vocation à être généralisées sur l'ensemble du territoire ». Ainsi, le dispositif s'appuie sur la forme de l'expérimentation, qui a connu en France un essor important ces 15 dernières années. Institutionnalisées par la loi du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République⁴, et quoique le terme reste polysémique et employé de manière variable, les expérimentations sociales visent à tester une politique avant de la généraliser et ainsi à mettre en œuvre des « politiques et des programmes publics dont l'efficacité a été expertisée et avérée » (Simha, 2015, p. 132). Il est à noter que le cahier des charges, assez

3 L'évaluation d'impact au niveau national a été confiée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) pour le volet quantitatif et à Paris Mines Ehesp pour le volet qualitatif. Elle a pour objectif de « produire une somme d'informations et d'analyses qui enrichiront les connaissances sur la prise en charge des personnes âgées et, en particulier, permettra d'identifier les interventions susceptibles d'être efficaces et reproductibles pour en améliorer la qualité et l'efficacité » (voir site de l'Irdes: <<http://www.irdes.fr/recherche/projets/paerpa-evaluation-du-parcours-sante-des-aines/actualites.html>>).

4 La loi n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République autorise l'expérimentation à la fois sur le plan national et sur le plan local. Selon les articles 37-1 et 72 de la loi constitutionnelle n°2003 -276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République: « L'État pourrait procéder de deux manières:

– Proposer des expérimentations selon des programmes qu'il définirait lui-même mais qu'il souhaiterait tester sur une partie du territoire; dans ce cas, il lancerait une consultation, comme un appel d'offres, pour voir quelles sont les collectivités locales qui seraient prêtes à porter ensemble un projet expérimental et sous quelles conditions (...).

– Accepter les expérimentations dont l'initiative serait prise localement: de la même manière, les expérimentations proposées localement par les collectivités et/ou les services déconcentrés devraient pouvoir être instruites rapidement, être financées et bénéficier d'un cadre juridique approprié, éventuellement adapté par la loi. » (Simha, 2015, p. 132).

prescriptif, a été restreint pour la dernière « vague » de projets pilotes, ce qui peut être le signe d'une évolution dans la démarche, l'expérimentation étant élargie avant même d'avoir été évaluée.

2.3. L'ENJEU DE LA COORDINATION DANS L'APPROCHE GLOBALE

L'approche de type parcours promue dans le cadre du dispositif Paerpa, dont l'enjeu est une meilleure coordination entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, peut apparaître comme un changement important dans le domaine du soin aux personnes âgées. En effet, elle vise à rapprocher des secteurs bâtis sur des systèmes et logiques distincts. En France, ces secteurs se sont construits de manière segmentée au regard des besoins des individus : le droit sanitaire est tourné vers les personnes dont la santé est menacée, le droit médico-social vers les personnes dont l'état de santé est un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. Mais, du fait des évolutions des coûts, des pathologies et des difficultés liées à l'aménagement des parcours de soins entre établissements de santé et médico-sociaux, plusieurs réformes ont visé un rapprochement entre ces secteurs, tant au niveau des droits des usagers qu'au niveau institutionnel.

Ces transformations, appliquées au soin des personnes âgées, ont donné lieu à un système assez complexe marqué par la variété des acteurs mais aussi divers dispositifs et structures impliquées dans la coordination. L'assurance maladie assure le remboursement des soins des personnes âgées à domicile et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance le soin non médical (*nursing*) dans ces derniers, ainsi que la grande partie de l'allocation personnalisée d'autonomie. Les conseillers généraux sont les chefs de file de cette politique selon les lois de décentralisation et financent par ailleurs les services médico-sociaux. Les ARS interviennent sur les EHPAD et les structures hospitalières. Participent également la caisse nationale d'allocations familiales par les caisses de retraite complémentaire et leur action sociale, les associations de la mutualité agricole, les centres communaux d'action sociale par le financement d'aides extra-légales et enfin les centres locaux d'information et de coordination qui sont censés informer les demandeurs d'aide et coordonner les professionnels.

S'ajoutent aussi les Maia, méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide en charge de l'accompagnement des personnes très dépendantes.

Le programme Paerpa s'inscrit dans cette dynamique de rapprochement de ces acteurs, tout en renforçant, comme dans d'autres pays, le rôle du médecin traitant. De nombreux experts ont en effet préconisé, dans un objectif d'amélioration de la prise en charge mais aussi de rationalisation économique, de privilégier la médecine générale comme point de contact avec l'usager, voire, pour certains, de déléguer les soins primaires de santé à la médecine générale ambulatoire. Plusieurs dispositifs, destinés à renforcer cette coordination, sont proposés dans le cahier des charges. Le premier est un dispositif de proximité destiné à coordonner les prises en charge sanitaires et sociales. Cette coordination, appelée la coordination clinique de proximité (CCP), est placée sous la responsabilité du médecin traitant et regroupe des professionnels sanitaires et médico-sociaux intervenant régulièrement auprès de la personne âgée, en lien avec les professionnels du secteur social. Cette coordination clinique de proximité a notamment pour but de réaliser un plan personnalisé de santé⁵ (PPS) pour les personnes vivant à domicile qui détaille les actions sanitaires et sociales à mener. Le second est une coordination institutionnelle, la coordination territoriale d'appuis, qui vise sous la forme d'une plate-forme d'appuis à favoriser l'information, l'orientation et l'échange des professionnels. Il faut également ajouter certaines actions destinées à améliorer la gestion des transitions ville-hôpital-EPHAD.

- 5 « Le PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. Le modèle de PPS élaboré par la HAS [Haute Autorité de Santé] est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. La première version du modèle de PPS de juillet 2013 a été adaptée suite à la prise en compte du retour d'expérience des utilisateurs: professionnels du domaine sanitaire et du domaine social » (Cahier des charges Paerpa, janvier 2015).

La mise en place de cette coordination est associée à différents outils techniques qui sont déclinés dans le cahier des charges. Outre les outils d'information de planification et de coordination comme le PPS, sont exposés des supports d'information sécurisés (annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales ; messagerie sécurisée commune à l'ensemble des secteurs ; utilisation d'un dossier médical personnel ; etc.) ainsi que des logiciels métiers compatibles avec les outils déployés. La formation est également mise en avant : formation des acteurs et des professionnels de l'expertise gériatrique pour comprendre le fonctionnement des outils ; formation des aides à domicile au repérage des risques de perte d'autonomie et de fragilité ou encore des acteurs médicaux et du personnel gériatrique.

Ces divers outils révèlent que l'approche globale, qui vise à renforcer la transversalité des politiques sociales, suppose une appréciation globale des problèmes, une individualisation des réponses et la coopération des acteurs de différents secteurs au niveau des territoires. La montée en puissance du thème de la territorialisation est révélatrice de la volonté de prise en compte de la diversité des situations locales pour ajuster l'action publique à des contextes spécifiques. La question se pose alors de savoir comment ce dispositif est réapproprié par les acteurs de terrain et comment les ARS parviennent à le mettre en place. Plus globalement qu'apprend-t-on de cette expérimentation de la capacité à décroisonner le sanitaire et le médico-social et à réformer la politique de la dépendance en France ?

3. L'APPROCHE GLOBALE EN ACTION DANS DEUX TERRITOIRES

L'engagement des acteurs locaux et la mobilisation à un niveau territorial des outils déclinés dans le dispositif Paerpa sont révélateurs à la fois des enjeux mais aussi des obstacles à la mise en œuvre d'une approche globale renforçant la coordination entre sanitaire et médico-social.

3.1. LA MOBILISATION DES ACTEURS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX EN QUESTION

S'appuyant sur un cahier des charges assez prescriptif et fonctionnant à budget constant, les ARS composent avec les spécificités des territoires. Si les types et le nombre d'acteurs locaux mobilisés sont différents selon les projets pilotes, dans les deux territoires étudiés, pour lancer l'expérimentation, les ARS s'appuient sur des structures déjà en place et souvent engagées depuis plusieurs années dans des démarches de coordination du champ de la dépendance (notamment des Maisons des aidés et des aidants qui sont des regroupements de professionnels chargés de la mise en œuvre des Maia, des Clic et de l'évaluation Apa). Les acteurs locaux mobilisés sont souvent déjà impliqués dans d'autres innovations sociales relatives à la prise en charge de la dépendance. C'est ainsi que dans l'un des territoires, l'ARS travaille avec le centre communal d'action sociale de la principale ville du territoire qui dispose à la fois d'un service de soins infirmiers à domicile relevant du sanitaire et d'un service d'aide à domicile relevant du médico-social, ce qui facilite le rapprochement entre les professionnels. Ces services s'impliquent dans cette démarche par opportunité de financement ou pour valoriser des actions antérieures déjà mises en place. Ainsi, les ARS s'appuient sur des acteurs forts du territoire, qui constituent une ressource pour renforcer la dynamique de coordination avec des partenaires hétérogènes.

Pour autant, dans les deux territoires, l'acteur public (ARS) peine à en mobiliser certains, en particulier la médecine libérale, qui est pourtant au centre du dispositif de prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce faible engagement : les sous-effectifs de médecins généralistes, leur isolement relatif (comparativement aux acteurs médico-sociaux largement en lien avec les acteurs publics territoriaux) et par conséquent leur manque de visibilité sur les projets portés par les ARS. S'y ajoute le manque de temps au regard de la faible rétribution monétaire qu'apporte l'implication dans ce type de démarche. Par exemple, le PPS donne lieu à une indemnité à son ouverture mais aucune rémunération n'est assurée pour son suivi. Du point de vue de la gouvernance, si les acteurs pointent les vertus de la coordination territoriale d'appui, qui permet progres-

sivement d'échanger sur leurs pratiques et de partager leurs connaissances, le faible financement des temps de coordination constitue un obstacle à l'implication de certains. S'ajoutent des tensions autour des frontières d'activité sectorielle et des problèmes concrets de fongibilité institutionnelle. En effet, bien plus qu'un seul changement dans les pratiques professionnelles, l'introduction d'une approche globale vise une modification assez profonde de l'action publique en faveur des personnes âgées et plus globalement des rapports entre acteurs du champ sanitaire et acteurs du champ social et médico-social. Pour le sanitaire, il s'agit de poursuivre le mouvement de déconcentration de la coordination de l'hôpital vers la médecine ambulatoire et d'introniser le médecin en chef d'orchestre de la prise en charge globale, le plaçant ainsi au cœur du dispositif. Ce changement suppose de composer avec les logiques de l'évaluation sociale et médico-sociale mais aussi avec les temporalités des organisations publiques. Pour le champ de l'action sociale, il s'agit de s'engager dans une approche dynamique basée sur l'évaluation individuelle des besoins et l'articulation de type parcours. Or, comme le souligne Robert Lafore, «l'impact de la création des ARS avec l'inclusion du médico-social dans leur champ de compétences désarticule l'action sociale : le schéma médico-social, établi au niveau régional et construit en référence au plan régional de santé, a peu de chances de s'ordonner par rapport aux logiques de plusieurs départements qui doivent juridiquement y être associés» (Lafore, 2013, p. 25). Le Paerpa, largement inspiré des propositions du HCAAM, montre en quoi l'approche parcours interroge, voire reconfigure, les rapports entre État et collectivités locales.

3.2. L'ÉCHELON TERRITORIAL EN QUESTION

La mise en place du dispositif Paerpa soulève également une question classique dans le champ des politiques sociales : celui du territoire de l'action publique. Révélateur de l'incertitude sur le niveau pertinent de mise en place du dispositif, le choix a été fait d'expérimenter ce dispositif sur un nombre varié de territoires hétérogènes.

Leur composition va de la seule commune (Bordeaux pour le territoire pilote d'Aquitaine) à l'ensemble des communes d'un département (département de la Mayenne pour le territoire pilote des Pays de la Loire et département des Hautes-Pyrénées pour le territoire pilote de Midi-Pyrénées). À l'instar du territoire pilote d'Ile-de-France, certains sont à dominante urbaine tandis que d'autres ont un caractère rural plus marqué, comme le territoire pilote du Limousin. En outre, le degré d'hétérogénéité interne en matière de typologie de l'espace varie d'un territoire à l'autre (Or, 2015, p. 13).

Plus encore, alors même que la définition de ces territoires a fait l'objet de diagnostics territoriaux préalables, l'analyse de la mise en œuvre du dispositif montre la difficulté pour les acteurs locaux de définir le territoire pertinent d'intervention. Dans l'un des territoires, un problème ciblé par l'un de nos interlocuteurs a trait à la dimension interconnectée de cet espace avec les autres espaces ne participant pas à l'expérimentation. Ainsi, si un grand nombre d'acteurs sont déjà présents sur le territoire du Paerpa, la densité du système de soins obligerait à prendre en compte l'ensemble du bassin de la région. Dans le second territoire, le niveau pertinent de mise en œuvre du dispositif est également questionné par l'ARS compte-tenu de la diversité des réalités territoriales, caractérisées par des zones urbaines et rurales et par la présence inégale des acteurs médicaux. Si de nombreux travaux ont montré la capacité du local à appréhender les trajectoires individuelles afin de mieux répondre aux besoins des populations, il s'avère que l'approche parcours oblige à penser le trajet de santé au-delà des territoires définis *a priori* au début de l'expérimentation. En effet, ces derniers peuvent être trop étriqués par rapport aux besoins individualisés que suppose l'approche globale. La définition de l'échelon local pertinent semble ainsi difficilement compatible avec une approche privilégiant une individualisation des parcours.

Ainsi, cette expérimentation révèle que le «local pertinent» (Demailly, 2001) est avant tout une construction politique fondée sur des interactions (Autès, 2001). Il est un espace de concertation et de négociation de projet, de plus en plus détaché de ses inscriptions territoriales au sens de la géographie spatiale. Dans un État structuré depuis la Révolution par des territoires et échelons territoriaux variés, depuis l'avènement des communes puis des départements et des régions, la mise en place du Paerpa se heurte à la

variété des configurations préalables et pose la question de l'équité territoriale en termes d'offre de services. Pour autant, la relative souplesse du dispositif permet de remédier pour partie à ce problème en favorisant le déploiement d'instruments adaptés aux situations locales. En témoignent le choix des ARS de développer de manière plus ou moins active les outils du cahier des charges en réponse aux besoins et caractéristiques sociogéographiques des territoires. Dans l'un des territoires, par exemple, la mise en place d'une plate-forme d'échanges accessible à un grand nombre d'acteurs a rapidement été envisagée. Ce choix s'explique par la densité du territoire et des acteurs en présence qui pose particulièrement des problèmes de coordination. Mais si la relative souplesse dont dépendent les acteurs peut permettre des innovations territoriales, il est trop tôt pour présager de la possible transférabilité de ces expérimentations d'un territoire à l'autre. L'évaluation du dispositif telle qu'elle est prévue dans le cahier des charges doit résoudre cette question.

CONCLUSION

En France, comme en Europe, de nombreux acteurs et experts du champ de la dépendance s'accordent sur la nécessité d'une meilleure coordination des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour accroître l'efficacité des prises en charge des personnes en situation de perte d'autonomie et contenir, si ce n'est réduire, leur coût. La démarche du *Paerpa*, impulsée par la voie de l'expérimentation en France, est en ce sens novatrice puisque, si des dispositifs de coordination dans le domaine des personnes âgées existent en France de longue date, à la fois au sein du sanitaire et au sein du médico-social, la coordination entre l'action sociale et l'action sanitaire reste aujourd'hui un enjeu primordial. Plus encore, l'optique choisie, consistant à introduire une approche individualisée coordonnée par le médecin généraliste en collaboration avec des acteurs sociaux recomposés, pourrait aider à ce que la prise en charge de la dépendance s'émancipe du modèle gériatrique fondé sur les incapacités physiques et cognitives, pour s'orienter vers un modèle de prise en charge basé sur une approche sociale et individualisée de la vieillesse.

Pour autant, la mise en œuvre de cet accompagnement «global» implique des acteurs aux statuts et cultures variés, œuvrant dans des territoires hétérogènes. Elle suppose donc des ajustements autour, notamment, des champs et niveaux territoriaux d'intervention, mais aussi des modalités d'implication des différents acteurs. En l'état, notre analyse montre qu'elle peut prendre la forme de collaborations ou de «co-opérations» (Brandenburger et Nalabuff, 1996) notamment entre les services déconcentrés de l'État et le Conseil départemental. En effet, ce dispositif, piloté par les ARS, peut apparaître comme une forme de remise en cause du «département – providence». Comme le rappelle Robert Lafore «l'État s'organise et pilote les politiques publiques au niveau régional, en quittant l'échelon départemental, et [...] il est en recherche d'une légitimité et de formes d'organisation et d'action nouvelles, dont l'ARS pourrait constituer une sorte de préfiguration» (Lafore, 2013, p. 18). Ainsi, le dispositif Paerpa peut apparaître comme le révélateur d'une réaffirmation du rôle de l'État face aux départements dans la politique de la dépendance en France, même si ce dernier doit composer avec les compétences des collectivités territoriales.

NdA. Cette recherche a reçu le soutien de la Mission de recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le cadre du programme «Politiques sociales locales».

BIBLIOGRAPHIE

- AUTÈS M., 2001, «Les politiques publiques locales (présentation)», *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, 35/36, p.8-22.
- BRANDENBURGER A. M. et NALEBUFF B. J., 1996, *Co-opetition*, New York, Currency/Doubleday.
- DA ROIT B. et LE BIHAN B., 2009, «La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familialisation ou défamilialisation du Care?», *Lien social et politiques*, 62, p.41-55.
- DEMAILLY L., 2001, «L'émergence du local dans la politique scolaire en France», *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, 35/36, p. 167-184.

- ENNUYER B., 2002, «Les clic: un nouvel enfermement des personnes vieillissantes?», *Gérontologie et Société*, 100-1, p.83-94.
- FRINAULT Th., 2005, «La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap», *Politix*, 72-4, p. 11-31.
- , 2009, *La Dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR.
- GALTIER B., 2011, «Présentation du dossier thématique: politiques sociales locales», *Revue française des affaires sociales*, 4, p.6-10.
- GARABIGE A., 2015, «L'aide à domicile: un métier à l'épreuve des contraintes financières», *Connaissance de l'emploi*, 123, p. 1-4.
- GRAMAIN A. et WITTEWER J., 2013, «Prise en charge des personnes âgées dépendantes: quels enjeux économiques?», *Regards sur l'actualité*, La Documentation française, p.46-60.
- HCAAM, 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.
- JOBERT B., 1993, «Une non-décision exemplaire: les pouvoirs publics et la politique de dépendance des personnes âgées», in K. Olgierd et M. Legrand (dir.), *Politiques de santé et vieillissement*, Liège, École de santé publique, Université de Liège, p.41-51.
- KERJOSSE R., 2001, «La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001 », *Études et Résultats*, 143.
- LAFORE R., 2013, «Où en est-on du "département-providence"? », *Informations sociales*, 179-5, p. 12-27.
- LASCOUTES P. et SIMARD L., 2011, «L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction », *Revue française de science politique*, 61-1, p. 5-22.
- LE BIHAN-YOUINOU B., 2010, «La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque?», *Informations sociales*, 157-1, p. 124-133.
- MARTIN Cl. (dir.), 2003, *La Dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Rennes, PUR.

- , 2001, «Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes», *Travail, Genre et Sociétés*, 6, p.83-103.
- OR Z. (dir.), 2015, *Atlas des territoires pilotes Paerpa*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- ROLLAND Ch. et PIERRU F., 2013, «Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade», *Santé Publique*, 25-4, p.411-419.
- SIMHA J., 2015, *Les Expérimentations sociales en France: une sociologie de l'évaluation des politiques publiques*, Thèse pour le doctorat de sociologie, soutenue le 3 décembre 2015 à l'Université de Paris Ouest Nanterre.
- VANLERENBERGHE J.-M. et WATRIN D., 2014, *L'Aide à domicile auprès des publics fragiles: un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Rapport d'information, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 575.
- WEBER A., 2006, «Regards sur l'APA trois ans après sa création», *Données sociales : la société française*, Insee, p.603-611.