

Étude sur le pilotage et les collaborations dans le
champ de l'action sociale des collectivités locales à
destination des personnes handicapées

Rapport final - Monographies

Ministère des finances et des comptes publics

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Sous-direction « Observation de la solidarité »

AGENCE PHARE

François Cathelineau – Emmanuel Rivat

Décembre 2015

Table des matières

Monographie Corrèze

1. LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES EN CORREZE	5
2. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE 2012-2016	5
2.1.1. DES ORIENTATIONS DECLINEES EN ACTIONS	6
2.1.2. UN SCHEMA ELABORE EN TROIS TEMPS	6
2.2. ORGANISATION PARTENARIALE	6
2.2.1. QUATRE OUTILS POUR FAVORISER LA COORDINATION	7
2.2.2. TROIS NIVEAUX DE COORDINATION DE L'ACTION	7
2.3. UNE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA QUI S'APPUIE SUR UNE GRANDE VARIETE D'ACTEURS	8
2.3.1. LA MOBILISATION D'UN RESEAU POUR L'APPLICATION DU SCHEMA	8
2.3.2. L'ASSOCIATION DES COLLECTIVITES LOCALES VIA LES CCAS	10
2.3.3. LA REGION, ASSOCIEE SUR LES QUESTIONS DE FORMATION	12
3. COOPERATIONS ENTRE COLLECTIVITES : LA PROXIMITE COMME SUPPORT DU PARTENARIAT	12
3.1. L'ECHELON COMMUNAL, ENTRE AUTONOMIE ET RAPPROCHEMENTS	12
3.1.1. UNE CERTAINE DEFIANCE DES COLLECTIVITES ENVERS L'ACTION DEPARTEMENTALE	12
3.1.2. LES ACTIONS DES CCAS, MOTRICES DU RAPPROCHEMENT ENTRE COMMUNES VOISINES	15
3.2. L'ECHELON DEPARTEMENTAL : LES ICA, RELAIS DE PROXIMITE	16
3.2.1. LA MAISON DE L'AUTONOMIE (MDPH-MDA) : UNE ARTICULATION PA/PH DIFFICILE	16
3.2.2. LES ICA, ENTRE OFFRE DE SERVICES DE PROXIMITE ET MISE EN RESEAU D'ACTEURS LOCAUX	17
3.3. LE TERRITOIRE REGIONAL : COOPERER PAR DES ACTIONS INDIRECTES	18
3.3.1. LA REGION, FAIRE RESEAU AUTOUR DE L'INNOVATION	18
3.3.2. LA FUTURE GRANDE REGION, UN CHEF DE FILE A VENIR ?	19

Monographie Nord

1. LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LE NORD	20
2. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL « PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP » 2012-2015	21
2.1. ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES	21
2.1.1. DES OBJECTIFS DECLINES EN ENGAGEMENTS	21
2.1.2. DES PARTENAIRES AVANT TOUT ASSOCIES A LA CONCEPTION DU SCHEMA	21
2.2. MISE EN ŒUVRE ET ORGANISATION PARTENARIALE	22
2.2.1. UNE GOUVERNANCE A LA FOIS REGIONALE ET LOCALE	22
2.2.2. LA CONVERGENCE PA/PH, MOTEUR DES INTERACTIONS	23
2.3. L'ACTION DEPARTEMENTALE, UN CADRE NON-CONTRAIGNANT POUR LES COMMUNES ET L'INTERCOMMUNALITE	24
2.3.1. L'ACTION DES COMMUNES, EN COMPLEMENT DE CELLE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL	24
2.3.2. LES EPCI, DES ACTEURS FAIBLEMENT IMPLIQUES SUR LE HANDICAP	25

3. COOPERATIONS ENTRE COLLECTIVITES : DES OUTILS VARIES	27
3.1. LES « PETITES ASSOCIATIONS », UN ROLE D'INTERMEDIATION	27
3.2. LA MDPH DU NORD, UN ROLE TERRITORIAL INCERTAIN	28
3.2.1. LE RESEAU DE POINTS D'ACCUEIL	28
3.2.2. LA LIGNE PARTENAIRES	29
3.2.3. UN ACTEUR LOCAL SOUMIS A DES CONTRAINTES FORTES	29
3.3. DES COOPERATIONS INTERDEPARTEMENTALES Poussees	30
3.3.1. LE ROLE DE LA « COULEUR POLITIQUE » DANS LA MISE EN ŒUVRE DES COOPERATIONS AVEC LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX	30
3.3.2. L'ADMINISTRATION, MOTEUR DE LA COOPERATION	31
3.3.3. UNE COOPERATION INTERDEPARTEMENTALE OUVRANT DES PERSPECTIVES MULTI-NIVEAUX	32
3.4. LES FREINS TECHNIQUES A LA COOPERATION DEPARTEMENT – REGION	32
3.5. DES RESEAUX FAIBLEMENT INTEGRES	33
3.5.1. DES RESEAUX LOCAUX QUI S'ENTRECROISENT	34
3.5.2. DES PRATIQUES DE RESEAU AMENEES A ESSAIMER ?	35

Monographie Pas-de-Calais

1. LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES EN PAS-DE-CALAIS	37
2. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES 2011-2015	38
2.1. ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES	38
2.1.1. AMBITIONS, ORIENTATIONS ET ACTIONS	38
2.1.2. UN SCHEMA ELABORE A TROIS NIVEAUX	39
2.2. ORGANISATION PARTENARIALE : UN SCHEMA CENTRE SUR LE DEPARTEMENT ET L'ETAT	40
2.2.1. UNE APPROCHE TERRITORIALISEE QUI S'APPUIE SUR LES MDS ET LA MDPH	40
2.2.2. LA MOBILISATION D'UN RESEAU POUR L'APPLICATION DU SCHEMA	41
3. COOPERATIONS ENTRE COLLECTIVITES : LE DEPARTEMENT ANIMATEUR LOCAL	44
3.1. LE BINOME MDPH-MDS AU CŒUR DES COOPERATIONS TERRITORIALES	44
3.1.1. UNE MDPH RELATIVEMENT AUTONOME, MAIS TRES CONNECTEE AUX MDS	44
3.1.2. DES CONVENTIONNEMENTS A PLUSIEURS NIVEAUX	44
3.1.3. LES CTH, LIEU DE CONCERTATION DES ACTEURS	45
3.2. LA COOPERATION AUTOUR DE PROJETS INNOVANTS	46
3.2.1. LES RESIDENCES ADAPTEES, UN PROJET PARTENARIAL	46
3.2.2. LES COMMUNES ET INTERCOMMUNALITES, UN INVESTISSEMENT TRES VARIABLE	47

Monographie Charente-Maritime

1. LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES EN CHARENTE-MARITIME	49
2. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DU HANDICAP 2013-2017	49
2.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	50
2.1.1. OBJECTIFS : UNE FORTE ORIENTATION SUR L'ACTION SOCIALE	50
2.1.2. LES FICHES ACTIONS DU SCHEMA	51
2.2. UNE MISE EN ŒUVRE PARTENARIALE LIMITEE	52

2.2.1.	LE SCHEMA : UNE CONSULTATION PARTENARIALE	52
2.2.2.	LA MOBILISATION D'UN RESEAU AUTOUR DU SCHEMA	52
2.2.3.	UNE FAIBLE IMPLICATION DES COLLECTIVITES	55
2.3.	UNE GOUVERNANCE REGIONALE ET LOCALE	55
2.3.1.	L'AUTONOMIE : VERS UN REDECOUPEGE TRANSVERSAL	55
2.3.2.	UNE ANIMATION TERRITORIALE DECENTRALISEE	56
2.3.3.	UNE FORTE MARGE DE MANŒUVRE DES COLLECTIVITES	57
3.	COOPERATIONS ENTRE COLLECTIVITES : UN CLOISONNEMENT PAR LES DISPOSITIFS	60
3.1.	DES FORMES DE COLLABORATION TECHNIQUES	60
3.1.1.	UNE COLLABORATION DE MDPH VERS LES COMMUNES	60
3.1.2.	UNE COLLABORATION TECHNIQUE AUTOUR DE L'AGGLOMERATION ET DE LA REGION	61
3.2.	UN CLOISONNEMENT DES DISPOSITIFS	62
3.2.1.	UNE PRIORITE INTERNE AUX DISPOSITIFS	62
3.2.2.	DES TENSIONS POLITIQUES	63
3.3.	UN ROLE TECHNIQUE ET POLITIQUE IMPORTANT DE LA REGION	64
3.3.1.	UNE DEMARCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE PORTEE PAR L'AGENDA 22	64
3.3.2.	VERS UN REPLI DU TRAVAIL EN RESEAU ?	65

Monographie Mayenne

1.	LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES EN MAYENNE	67
2.	LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DU HANDICAP 2010-2014	68
2.1.	ORIENTATIONS STRATEGIQUES	68
2.1.1.	OBJECTIFS : UN ACCENT FORT SUR L'AUTONOMIE	68
2.1.2.	LES FICHES-ACTIONS	69
2.2.	UNE MISE EN ŒUVRE PARTENARIALE LIMITEE	69
2.2.1.	LE SCHEMA : UNE CONSULTATION PARTENARIALE	70
2.2.2.	LA MOBILISATION D'UN RESEAU AUTOUR DU SCHEMA	70
2.2.3.	UNE FAIBLE IMPLICATION DES COLLECTIVITES	72
2.3.	UNE GOUVERNANCE REGIONALE ET LOCALE	73
2.3.1.	L'AUTONOMIE : UN NOUVEAU REFERENTIEL D'ACTION	73
2.3.2.	UNE ANIMATION TERRITORIALE A PLUSIEURS NIVEAUX	74
2.3.3.	UNE FORTE MARGE DE MANŒUVRE DES COLLECTIVITES	75
3.	COOPERATIONS ENTRE COLLECTIVITES : AUTOUR DES PLUS GRANDES COMMUNES	77
3.1.	LE ROLE TERRITORIAL TECHNIQUE INCERTAIN DE LA MDA	78
3.1.1.	UNE COLLABORATION TECHNIQUE DE PREMIER ACCUEIL	78
3.1.2.	UNE FAIBLE CAPACITE D'ACTION DE LA MDA	78
3.2.	L'ABSENCE DE RELAIS POLITIQUES INTERMEDIAIRES	79
3.2.1.	L'INEFFICACITE DES COMITES TERRITORIAUX	79
3.2.2.	DES RELATIONS PRINCIPALEMENT BILATERALES	80
3.3.	UN ROLE PRINCIPALEMENT TECHNIQUE DE LA REGION	81
3.3.1.	UNE RELATION AXEE SUR L'ACCESSIBILITE	81
3.3.2.	UN TRAVAIL EN RESEAU AU COUP-PAR-COUP	82

1. La situation des personnes handicapées en Corrèze

La Corrèze est un département rural, peuplé de 243 600 habitants, et compte parmi les plus âgés de France, les personnes âgées constituant 30% de la population (5^{ème} département français). Globalement, et en moyenne, les inégalités de revenus sont moins marquées en Corrèze que dans l'ensemble de la région – avec 13,6% de ses habitants vivant sous le seuil de pauvreté, le département est moins touché que la Haute-Vienne et surtout que la Creuse¹.

Les personnes âgées y sont particulièrement touchées par la pauvreté (13,5% des Corrèziens de plus de 65 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 9,8% pour l'ensemble de la population).

Dans ce contexte, le vieillissement de la population et la dépendance sont des enjeux forts en Corrèze – et à l'échelle du Limousin, avec notamment 4000 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires d'ici 2030². Comme le souligne le Schéma départemental, « *la Corrèze est donc particulièrement sensible aux problématiques du vieillissement et logiquement aux questions de la dépendance* »³.

En revanche, en ce qui concerne les personnes handicapées, le taux de pénétration des prestations handicap est de 0,41% et donc dans la moyenne nationale, qui s'établit aux alentours de 0,46%. Sur le plan des formes de handicap, les acteurs corrèziens font le constat d'une montée en charge du handicap psychique parmi les publics accueillis⁴.

2. Le Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016

Le Conseil général a souhaité renouveler conjointement ses trois schémas à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (enfants et adultes), dans une réflexion globale sur les problématiques de perte d'autonomie. L'année 2012 a été identifiée comme un « moment charnière » avec des changements importants :

- l'élaboration de grands plans nationaux permettant de mieux prendre en charge des publics cibles (ex. Plan Alzheimer) ;
- les bouleversements induits par la mise en place de l'ARS : la complémentarité nécessaire à trouver entre le Conseil général et l'ARS ayant conduit au choix de groupes de travail majoritairement transversaux au champ de l'autonomie ;

¹ INSEE Limousin, « Observation sociale des territoires. Corrèze », *Les dossiers* n°19, novembre 2013.

² INSEE Limousin, « Personnes âgées dépendantes : plus de 200 emplois à créer en Limousin d'ici 2020 », *Focal* n°98, avril 2014.

³ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

⁴ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

- la mise en place de la Maison départementale de l'Autonomie en Corrèze, dans le cadre de l'expérimentation menée en lien avec la CNSA ;
- la vigilance soutenue des collectivités locales quant à l'évolution de leurs dépenses sociales.

C'est dans ce contexte qu'a été pensé et construit le Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016.

2.1. Orientations et objectifs stratégiques

En termes de compétences, rappelons que le Département exerce sa responsabilité à l'égard des personnes âgées et personnes handicapées au travers : de l'autorisation et la création d'établissements et services, du financement de l'APA et de la PCH, de la tutelle administrative et financière de la Maison de l'Autonomie (MDA), de la gestion de l'aide sociale générale.

2.1.1. Des orientations déclinées en actions

Le Schéma présente trois grandes orientations, regroupant 26 actions :

- orientation 1 : optimiser la coordination au service de l'usager et la mise en réseau des acteurs ;
- orientation 2 : promouvoir une offre de service diversifiée et adaptée aux besoins spécifiques des personnes ;
- orientation 3 : favoriser les coopérations par la mise en place de centres de ressources.

2.1.2. Un Schéma élaboré en trois temps

L'élaboration du Schéma s'est déroulée à travers 3 temps :

- **un diagnostic des dispositifs** (février-mai 2011) ;
- **une concertation** (mai-juillet 2011) : avec la consultation des acteurs et la définition des pistes de travail. 9 groupes de travail ont été réunis, associant près de 200 participants, à l'occasion des Assises de l'Autonomie (14 au 17 juin 2011).
- **l'élaboration** (août 2011-février 2012) : la rédaction du Schéma.

L'évaluation des dispositifs en faveur des PA/PH s'est basée sur des entretiens avec une centaine d'acteurs, et notamment : le Conseil général (à travers plusieurs services), les Instances de coordination de l'autonomie (ICA), les partenaires institutionnels (ARS, CAF, MSA, DIRECCTE, DDSCS, CPAM, UDAF, des CCAS), les associations gestionnaires et non-gestionnaires d'établissements ou de services, les familles d'accueil et des représentants syndicaux.

Il apparaît au premier abord que les collectivités locales n'ont donc pas été associées en tant que telles, mais parfois à travers les CCAS.

2.2. Organisation partenariale

La première grande orientation du Schéma départemental est de « *favoriser la coordination des acteurs médico-sociaux* »⁵. Cette ambition vise à atteindre plusieurs objectifs : gagner en cohérence (lisibilité, équité, proximité) et accessibilité (parcours, complémentarité de l'offre, repérage des

⁵ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

besoins). Le CG entend ainsi travailler avec l'ensemble des acteurs départementaux intervenant dans le champ du H et de la gérontologie à une mise en réseau effective et pertinente.

2.2.1. Quatre outils pour favoriser la coordination

Il est intéressant d'identifier les outils proposés par le Schéma pour ce faire :

- **organiser des espaces de rencontre, à différentes échelles** (A1 : Approfondir la mise en réseau institutionnelle ; A2 : conforter les ICA comme lieux ressources de proximité sur le champ de l'autonomie ; A3 : définir les modalités de coordination des acteurs au sein des territoires)
- **construire des outils techniques pour fluidifier le travail en collaboration des professionnels et faciliter l'approche globale des personnes** (A5 : mettre en place un SI SMS partagé ; A6 : mettre en place des outils communs de mesure de la qualité en établissements et à domicile ; A7 : mettre en place un dossier unique d'inscription en établissement) ;
- **introduire plus de transversalité dans l'action publique** (A8 : promouvoir une approche globale du logement et de l'habitat) ;
- **mettre en œuvre des actions envers les individus** (A4 : prévenir la dépendance et les situations de H chez l'adulte ; A9 : faciliter l'accès à la vie sociale de la personne) ;

Plus loin, le Schéma départemental identifie trois grands niveaux de coordination pour rendre effectives ces actions.

2.2.2. Trois niveaux de coordination de l'action

Le travail de coordination entre acteurs s'entend à trois niveaux :

- **une coordination institutionnelle** (CG, ARS, services déconcentrés de l'Etat, organismes d'assurance maladie, de protection sociale, etc.) :
 - o elle rassemble les acteurs stratégiques (politiques – financements). L'objectif est de faire du comité d'orientation stratégique (COS) une instance de concertation et un acteur – et créateur – de partenariats, pour approfondir l'actuelle gouvernance pour l'autonomie ;
 - o l'ambition est de répondre aux enjeux et conditions de l'accessibilité (aux droits, à la vie sociale, logement, lieux de vie, transports, école, travail) et s'appuyant sur les centres ressources. ;
 - o l'état des lieux réalisé a montré que la coordination entre les partenaires du territoire se matérialise à travers une connaissance mutuelle des compétences et champs d'intervention de chacun des acteurs, mais aussi à travers des échanges, même peu formalisés. ;
 - o le rôle de chef de file est interprété sous l'angle d'un acteur moteur de la transversalité : « *l'articulation entre acteurs ne sera possible qu'avec une impulsion, voire un pilotage du CG et par le dépassement de certaines sectorisations (professionnelles, géographiques, opérationnelles, etc.) encore fortes* »⁶.

⁶ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

- **une coordination « systémique » des établissements et services** entre eux dans une logique de pilotage conjoint et de compétences partagées dans l'accompagnement des parcours de vie, sur un bassin de vie :
 - o une coordination « systémique », c'est-à-dire des acteurs entre eux, pour construire avec les établissements et les services une offre de services diversifiée et complémentaire, dans une logique de dispositifs plus que de filières ;
 - o la réponse à des besoins spécifiques dans une logique de secteurs pour favoriser – et formaliser – les articulations et coopérations entre les différents porteurs d'offre : *« les complémentarités entre secteurs du handicap et de la gérontologie sont par exemple à encourager, de même que le développement de réponses coordonnées aux situations d'urgence/rupture (sorties d'hospitalisation par exemple) »*⁷ ;
- **une coordination individuelle, autour de la personne**, pour simplifier et organiser un accompagnement de qualité : l'objectif est de fluidifier les parcours de vie – le Schéma s'inscrit ici dans la même ligne que l'ensemble des territoires étudiés, valorisant la notion d'approche globale de l'individu.

La notion de mise en réseau est abordée en Corrèze à l'échelle des établissements et services : *« la structuration du réseau nécessitera la mise en œuvre d'outils variés : plateforme collaborative, système d'informations sociales et médico-sociales, planification de rencontres régulières, etc. »*⁸

Dans cette organisation, le Conseil départemental est identifié comme *« organisateur du pilotage départemental »*, permettant un positionnement clair des acteurs. Les ICA, sont ici appréhendés comme des relais de proximité, devant assumer dans le réseau ainsi constitué leur rôle de veille et d'alerte, de prévention et de services de proximité.

2.3. Une mise en œuvre du Schéma qui s'appuie sur une grande variété d'acteurs

Comme dans beaucoup d'autres départements, l'ARS est le partenaire principal du Conseil Départemental dans la conception et la mise en œuvre du Schéma départemental. L'ARS Limousin a ainsi été associée *via* des entretiens menés avec la Délégation territoriale de l'ARS et avec le Centre régional d'études et d'actions pour les handicaps et inadaptations en Limousin (CREAHIL), ainsi que par l'association réciproque de l'ARS aux groupes de travail.

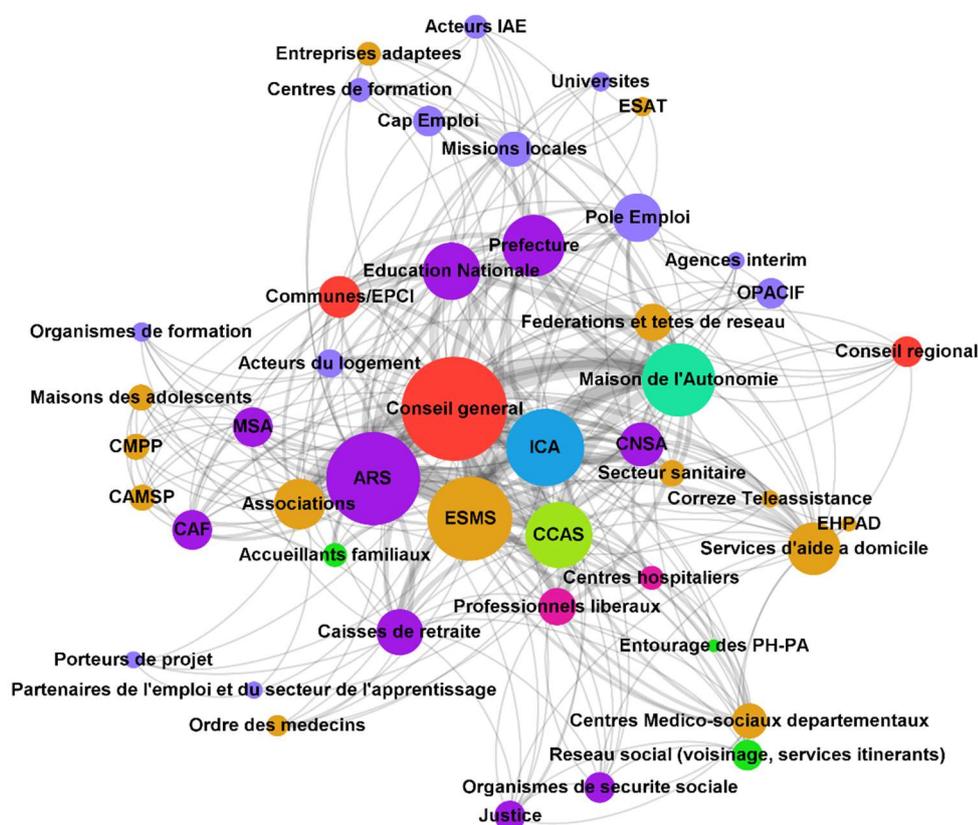
2.3.1. La mobilisation d'un réseau pour l'application du Schéma

La réalisation d'une analyse de réseau de l'ensemble des structures impliquées dans le Schéma départemental de l'Autonomie de la Corrèze, au titre de la mise en œuvre des actions proposées (au titre de pilote ou de partenaire) nous permet de mieux situer la capacité de mobilisation du chef de file – ici le Conseil Départemental :

⁷ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

⁸ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

Grphe 1 : réseau mobilisable pour la mise en œuvre des actions du Schéma



La première information est que le réseau mobilisé autour des actions est composé de 46 structures, ou types de structures impliquées.

La seconde information importante est la diversité des 10 structures les plus centrales dans la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire l'opérationnalisation du Schéma :

Table 1 : les acteurs les plus centraux dans le réseau

Ordre	Centralité de degré ⁹	Catégorie
1	Conseil départemental (44)	Collectivité locale
2	ARS (39)	Services de l'Etat
3	Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS, 35)	Etablissements/associations
4	Instances de coordination de l'autonomie (ICA, 32)	Instance de gouvernance
5	Maison de l'Autonomie (MDA, 30)	MDPH-MDA
6	Les CCAS (27)	CCAS-CIAS
7	Préfecture (25)	Services de l'Etat
8	Education nationale (23)	Services de l'Etat

⁹ La centralité de degré considère comme centraux les nœuds qui possèdent les degrés les plus élevés du graphe. En effet, ces nœuds suscitent un grand intérêt, sont très visibles, et ont un potentiel élevé à faire circuler l'information, par leur forte connectivité aux autres éléments du réseau.

9	Services d'aide à domicile (21)	Etablissements/associations
10	Associations (20)	Etablissements/associations

On le voit, parmi les 10 structures les plus centrales figurent une seule collectivité territoriale – il s'agit bien évidemment du Conseil Départemental, accompagnée de la structure concrétisant l'action auprès des personnes handicapées (la Maison de l'Autonomie). Trois structures relevant des services de l'Etat sont présentes : l'ARS, les services de la Préfecture (DDCS, DIRECCTE, etc.) et l'Education nationale.

Dans cette configuration, il est important de noter la place des Instances de coordination de l'Autonomie (ICA), très ancrées sur les territoires, dont l'objectif sera d'articuler, à l'échelon local, les différentes parties prenantes – et donc de jouer elles-mêmes le rôle d'ensemblier, voire d'animateur de réseaux infra-départementaux.

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont très centraux dans le réseau constitué – il faut de ce point de vue rappeler la forte présence des établissements et associations en Corrèze, qui bénéficient de structures têtes de réseaux particulièrement actives : il s'agit notamment des Pupilles de l'Enseignement Public (PEP), de l'ADAPEI et de la Fondation Jacques Chirac.

2.3.2. L'association des collectivités locales *via* les CCAS

Très clairement, les collectivités locales autres que le Département ne sont que très peu identifiées comme des organisations pertinentes pour la mise en œuvre du Schéma : dans le réseau constitué des acteurs opérationnels, les communes et intercommunalités ne figurent qu'en 14^{ème} position, et le Conseil régional en 31^{ème} position.

2.3.2.1. Les communes et intercommunalités, associées mais peu centrales

Les communes (et leurs CCAS) et intercommunalités sont citées, dans le Schéma, comme partenaires associés pour la mise en œuvre des orientations sur un certain nombre d'actions. Elles relèvent de plusieurs types :

- **valoriser les actions de proximité** (A2 : conforter les ICA comme lieux ressources de proximité sur le champ de l'autonomie en « *communiquant sur les missions des ICA : s'appuyer sur les mairies, CCAS, services sociaux* »)
- **agir sur l'environnement social des individus** (A9 : faciliter l'accès à la vie sociale de la personne ; A12 : améliorer l'insertion professionnelle des 16-25 ans en situation de handicap)
- **favoriser les remontées d'informations locales** (A5 : mettre en place un SI-SMS partagé - les CCAS invités à un groupe de travail chargé de rédiger le cahier des charges de l'outil) ;
- **sensibiliser et prévenir** (A4 : prévenir la dépendance et les situations de H chez l'adulte)
- **introduire plus de transversalité dans l'action publique** (A8 : promouvoir une approche globale du logement et de l'habitat) ;

L'identification de ces collectivités (et de leurs CCAS) est donc *fonctionnellement* réelle – leur participation comme partenaires est proposée dans 9 des 26 actions élaborées, soit 1/3 de l'ensemble du programme. Il s'agit, comme l'indique la typologie ci-dessus, notamment de tirer profit de la proximité des communes avec les habitants pour, d'une part mieux territorialiser l'action, et d'autre

part faciliter les remontées d'information. Néanmoins, comme les mesures de centralité le montrent, les communes et intercommunalités ne sont pas un acteur central de l'opérationnalisation du Schéma.

2.3.2.2. Les CCAS, véritables acteurs de proximité pour le Département

Si les collectivités semblent peu identifiées, il apparaît en revanche très clairement que les CCAS sont perçus comme appartenant au noyau dur de la mise en œuvre du Schéma, à l'articulation de nombreux autres acteurs. L'association opérationnelle des collectivités locales semble s'envisager, en grande partie, au travers des CCAS, qui ont l'avantage d'être des structures plus techniques qu'une municipalité, et de fait bien moins soumises aux changements politiques.

Les actions qui peuvent être menées par les CCAS sont variées, et leur approche du handicap consiste généralement à faire en sorte que l'ensemble des services proposés puissent être délivrés à l'ensemble de la population, y compris les personnes en situation de handicap :

« On fait des ateliers cuisine, qui sont prévus pour accueillir des PH. On a aussi des logements avec des chambres accessibles aux PH. On a un service de soins à domicile, avec 4 places réservées aux PH. Egalement un service de petits travaux à domicile, accessibles aux PH. Enfin, quatre logements foyers du CCAS, pour des PA qui peuvent également être des PH. »¹⁰

Un CCAS important tel que celui de Brive identifie ainsi bien les limites de ses compétences, indiquant ne pas se positionner sur l'accompagnement social des personnes handicapées, renvoyant systématiquement les individus vers la Maison de l'Autonomie.

In fine, les CCAS sont perçus, au même titre que les ICA, comme des *relais de proximité* : le Schéma départemental pouvant ainsi « s'appuyer par exemple sur des relais de proximité tels que les CCAS, les ICA pour favoriser l'émergence d'un projet global autour du logement regroupant tous les partenaires du logement et accueillant le public sur l'ensemble du département ». Ce rôle d'articulation des intentions des différentes parties prenantes se vérifie sur le terrain :

« En ce qui concerne les personnes âgées, on travaille avec la Ville sur un système de visites « de convivialité » à domicile pour lutter contre l'isolement ; on le teste d'abord sur les personnes âgées, pour ensuite l'ouvrir aux personnes handicapées. On a réuni au sein de la Ville toutes les associations caritatives (Petits Frères des Pauvres, Secours Catholique, Croix Rouge) qui pouvaient mener des actions, ainsi que le Conseil départemental qui nous suit dans cette action. La coordination va se faire au niveau du CCAS, avec une communication importante via les Mairies de Quartier. Ça va se mettre en place incessamment sous peu, c'est un projet partenarial pour qu'on ait tous les acteurs. L'intercommunalité n'est pas associée, car le CCAS pour l'instant n'est pas intercommunal. »¹¹

Clairement, c'est ici le maillage du territoire opéré par les CCAS, ainsi que leur fonctionnement largement partenarial qui est recherché.

¹⁰ Entretien, CCAS de Brive, septembre 2015.

¹¹ Entretien, CCAS de Brive, septembre 2015.

2.3.3. La Région, associée sur les questions de formation

La Région est également citée dans le Schéma départemental de l'Autonomie, comme partenaire associé, sur une seule action : *sensibiliser les intervenants de l'aide à domicile aux enjeux de la professionnalisation* (A19). Il s'agit d'une action entrant dans le champ de compétences des Conseils régionaux – notamment sous le prisme de la formation.

Très concrètement, il s'agit de mettre en œuvre une action de promotion du « passeport formation » (par le biais d'une convention entre la CNSA et le Conseil général, et d'une convention entre la Région et le Conseil régional) ; d'autre part, il s'agit de travailler avec la Région sur la mise en œuvre d'une gestion territoriale des emplois médico-sociaux : communiquer sur les métiers, mettre en œuvre un pôle départemental sur les formations qualifiantes, mobiliser les personnes en recherche d'emploi vers ce métier et promouvoir la VAE.

3. Coopérations entre collectivités : la proximité comme support du partenariat

3.1. L'échelon communal, entre autonomie et rapprochements

3.1.1. Une certaine défiance des collectivités envers l'action départementale

En Corrèze, les communes et intercommunalités semblent peu présentes sur les problématiques liées au handicap, à l'exception de leurs obligations de mise en accessibilité. En fonction de leurs compétences, elles peuvent agir avant tout sur les questions de loisirs et de transport. Pour les petites communes, faiblement dotées en ressources, à rebours d'une politique volontariste, prendre en charge le handicap apparaît avant tout comme une obligation légale :

« On est une petite commune, donc pas de commission spécialisée, pas d'endroit particulier où on débat spécifiquement de l'accessibilité ; et on a une élue qui a une délégation sur le handicap. Quand on a un projet qui nous arrive – par exemple faire l'Adap parce qu'il y a une obligation – on va plutôt travailler à partir d'obligations, hein. Dans ce cas on va consulter l'avis de cette élue, ça reste un peu informel. Elle a une fille en fauteuil roulant, donc elle a une expertise pragmatique, on va dire. »¹²

Pour ce type de collectivités, l'action envers les personnes en situation de handicap passe, comme dans d'autres départements enquêtés, par une approche « pragmatique » du handicap, peu formalisée et souvent au coup-par-coup.

3.1.1.1. La Ville de Brive, une action transversale

L'action de la Ville de Brive s'inscrit sur deux plans : réaliser des chantiers pour remplir les obligations légales, d'une part, et réaliser des chantiers sur des thèmes non régis par la loi d'autre part¹³. Huit

¹² Entretien, agent de la commune d'Ussac, décembre 2015.

¹³ Ville de Brive, *Commission communale d'accessibilité*, 2014.

thèmes ont ainsi été identifiés, sur lesquels la Ville peut agir en direction des personnes handicapées : l'accessibilité (déplacements, transports), le logement, l'enfance et l'éducation, les sports, la culture et les loisirs, la solidarité, la citoyenneté, la santé, l'information et la communication. Ces huit thèmes se déclinent en 15 chantiers.

Cette volonté d'agir sur l'ensemble des volets de l'action de la commune se matérialise par la présence au sein de l'organigramme d'un chargé de mission handicap, dont le rôle « facilitateur » d'interactions avec d'autres collectivités est reconnu :

« Ça facilite les relations, oui, parce qu'on se connaît. Par contre, à ma connaissance, je ne connais pas ailleurs de personnes qui s'occupent de ça. Il y a peut-être des chargés de mission sur l'urbanisme, mais ils ne sont pas identifiés comme l'est le chargé de mission handicap de la Ville de Brive. Lui il est transversal, il voit avec tous les services parce que c'est une grande ville et qu'il y a beaucoup de problématiques. Après, sur les plus petites villes, ce sera souvent une personne qui sera déjà au service urbanisme ou au service technique, qui va s'occuper un peu de ça. A Ussac, par exemple, c'est avec le service urbanisme ; à Malemort, ce sont les services techniques. Mais ils ne sont pas identifiés comme le chargé de mission de Brive. »¹⁴

On le voit, l'existence d'un chargé de mission transversal contribue à donner une identification à l'action d'une commune en faveur du handicap, voire même à l'incarner – facilitant ainsi les relations bilatérales.

3.1.1.2. La difficulté du Département à s'engager sur des projets locaux

Les communes et EPCI ne peuvent que peu s'appuyer sur le soutien du Département, qui ne souhaite pas s'engager ponctuellement auprès de collectivités pour ne pas privilégier certains territoires par rapport à d'autres :

« Il y a l'écueil du mille-feuilles, et la question de l'équité sur le territoire : l'EPCI qui est dynamique va faire des choses sur son territoire, mais sur les autres parties du territoire, qui va le faire ? Qui va le faire ailleurs ? Si l'EPCI de Tulle par exemple veut avoir une politique très ambitieuse pour les PH de Tulle, qu'il y ait une collaboration avec le Conseil général, que deviennent les autres territoires ? »¹⁵

Ici, c'est bien une vision « universelle » et « républicaine » de l'action départementale qui entrave les possibilités de partenariat entre une commune, ou une intercommunalité, avec le Département. Garant de l'équité territoriale, le Conseil départemental ne s'implique sur des projets infra-départementaux qu'à la condition d'un même niveau de service sur l'ensemble du territoire. :

« Travailler avec les EPCI oui, s'il y a une capacité au niveau départemental de réguler. C'est plus facile de travailler avec les « grosses » intercommunalités qui ont plus de ressources – mais dans ce cas-là, qu'est-ce qu'on fait pour les autres ? La Corrèze est un territoire rural, qui en bénéficie et en souffre : donc le rôle du Département c'est d'atténuer les écarts territoriaux. »¹⁶

¹⁴ Entretien, agent de l'agglomération de Brive.

¹⁵ Entretien, direction de la MDPH.

¹⁶ Entretien, direction de la MDPH.

Un autre frein aux collaborations avec le Département naît des possibilités de collaboration annoncées lors de la conception de Schémas départementaux, qui ne peuvent finalement être mises en œuvre faute de moyens :

« La construction des Schémas, ça fait naître des espoirs, c'est le cas du Schéma de l'autonomie. Mais face à l'absence de moyens, le bilan qui va en être fait risque d'être décevant – et donc d'avoir des effets sur les collaborations futures. »¹⁷

Les Schémas départementaux, conçus comme des outils d'association des partenaires, peuvent ainsi se révéler presque contreproductifs dans les logiques de coopération entre acteurs. Les « petites » communes enquêtées ne reconnaissent pas d'autres collaborations avec le Département que sur la question de l'accessibilité, par exemple pour l'installation d'arrêts de bus qui soient adaptés à la fois aux véhicules de l'agglomération et à ceux du Département.

3.1.1.3. Des rivalités politiques qui freinent les rapprochements

Globalement, les petites et moyennes communes enquêtées – à l'exception de la Ville de Brive donc, dans le cas de la Corrèze – n'entreprennent pas d'actions spécifiques envers les personnes en situation de handicap :

« C'est surtout matériel, d'accessibilité au niveau des bâtiments. En actions « humaines », actuellement on n'intervient pas en tant que CCAS, on n'a pas d'actions. C'est plus ponctuellement d'ordre financier, pour une aide à l'aménagement d'un fourgon pour une PH, par exemple. Ponctuellement, on va plus accorder une aide à une PH, en plus de l'aide à laquelle elle a droit. »¹⁸

« On ne s'en est pas encore beaucoup occupé du handicap. Maintenant tout doit être aux normes, avec les Ad'ap. On ne refait rien maintenant sans prendre en compte l'accessibilité, c'est normal. Mais rien n'était fait avant. On a très peu d'argent. Pour moi c'est une question importante le handicap, mais tout de suite c'est compliqué. »¹⁹

Complexifiant la faiblesse des actions menées par les municipalités, les appartenances politiques semblent jouer un fort rôle dans les possibilités de collaboration entre les communes et le Département de la Corrèze :

« Le maire est vice-président de l'agglomération, et premier Vice-président du Conseil départemental. Ça permet d'élargir le réseau et de demander « hop hop ho » à droite à gauche. Il y a des projets communs avec le Département et l'agglomération (la route départementale, par exemple). Ça devrait commencer mi-2016. Ça tombe bien aussi que le Département ait changé de couleur politique, il faut dire ce qui est – les relations sont plus positives. Ils sont peut-être plus à l'écoute. Et plus en adéquation pour aider les collectivités territoriales. »²⁰

« Pour l'instant, à part des relations très épisodiques avec la MDPH, il n'y a pas de projet commun avec le Département ; cela pouvait jusqu'à présent s'expliquer car la majorité départementale

¹⁷ Entretien, direction de la MDPH.

¹⁸ Entretien, élu de la commune de Saint-Pantaléon de Larche.

¹⁹ Entretien, élue de la commune de Malemort-sur-Corrèze.

²⁰ Entretien, élue de la commune de Malemort-sur-Corrèze.

n'était pas la même que celle de la Ville. Ça a changé, donc peut être que la donne va changer et permettre d'instaurer un nouveau partenariat. »²¹

Ces enjeux politiques se retrouvent également entre les communes et l'intercommunalité :

« Ce qui peut varier, c'est si l'accessibilité est une priorité politique pour une CT, ou non. Ce qui peut être complexe, c'est quand l'agglomération et les communes de l'agglomération ne sont pas du même bord politique. Et là au lieu de faire du 50/50 entre les communes et les EPCI, c'est tout à la charge de l'agglomération. »²²

Les enjeux financiers peuvent ainsi au centre de tensions entre les communes et l'agglomération sur la question, ici, de la mise en accessibilité des transports. Si l'agglomération peut, dans certains cas, négocier avec les élus municipaux une prise en charge partagée du coût des aménagements, certaines communes, et notamment les plus petites, qui ont le moins de ressources financières, n'y sont pas toujours ouvertes.

3.1.2. Les actions des CCAS, motrices du rapprochement entre communes voisines

La reconnaissance forte du rôle des CCAS dans la territorialisation de l'action envers les personnes âgées et handicapées semble favoriser, dans les communes enquêtées, la collaboration entre communes. C'est ainsi que le CCAS de la Ville de Brive a ouvert certaines de ses actions à la population de Malemort-sur-Corrèze, commune limitrophe :

« Le passage du CCAS à l'échelle intercommunale n'est pas à l'ordre du jour. On a des actions avec la Ville de Malemort pour qu'ils puissent participer à l'épicerie sociale et solidaire – accessible aux PH. Ils sont partenaires, car intéressés, et des usagers de leur commune peuvent en bénéficier »

Ici, le facteur facilitant le rapprochement entre les deux communes est nettement identifié : il s'agit de la conduite par la commune de Malemort d'une analyse des besoins sociaux, à laquelle Brive a été associée, et dans laquelle a été identifié un certain nombre de besoins, pour lesquels elle proposait des dispositifs préexistants, pour sa propre population.

Dans le cadre d'analyse fixé par la présente étude – et notamment la focale sur les personnes en situation de handicap – il convient de rappeler que l'appréhension du handicap dans l'ensemble plus global de l'autonomie ne doit pas cacher que, pour certaines communes (et donc pour leurs CCAS), la priorité est clairement la problématique du vieillissement – et spécifiquement dans le département corrézien :

« La Ville de Brive est très exposée aux problématiques de vieillissement, donc la politique sociale est pas mal dirigée pour répondre aux besoins des PA. »

Sur le terrain étudié, la coopération à l'échelle intercommunale ne semble que peu opérante en ce qui concerne le handicap. Pour les petites communes, la Commission Intercommunale aux Personnes Handicapées (CIAPH) ne constitue pas un réel espace d'échanges :

« On n'a pas de retour des débats intercommunaux dans les services. Je ne sais pas, je n'ai pas de retour de mes élus. Pas de visibilité de ce qui se passe à l'échelle intercommunale,

²¹ Entretien, agent de la Ville de Brive.

²² Entretien, agent de l'agglomération de Brive.

non. Si ce qui ressortait de ce qui passe à l'agglomération n'était pas qu'un bilan, je le saurais ; s'il n'y a pas de projet derrière, ça ne revient pas à notre niveau. »²³

La fonction de la CIAPH de l'agglomération de Brive semble davantage relever d'une logique de « rendre des comptes » sur les actions effectuées par chacune des communes, qui adresse une fiche de liaison recensant les actions effectuées durant l'année, notamment sur les travaux de voirie.

3.2. L'échelon départemental : les ICA, relais de proximité

3.2.1. La Maison de l'Autonomie (MDPH-MDA) : une articulation PA/PH difficile

La particularité de la MDPH de la Corrèze est d'être intégrée dans une Maison de l'Autonomie ; son personnel est essentiellement mis à disposition par le Conseil Départemental, confirmant des liens très étroits entre le Conseil Départemental et la MDPH. Selon sa Direction, sa spécificité relève également d'un très bon fonctionnement avec l'Education nationale en Corrèze, ainsi qu'une relation de qualité avec l'ARS du Limousin ; pour la MDPH, « *il faut rappeler le rôle de l'Etat, qui est essentiel* »²⁴.

L'intégration de la MDPH à la MDA ne s'est pas déroulée sans encombre en Corrèze :

« Dans un premier temps, cela a été très douloureux : ça a été un peu imposé aux agents. Il a fallu un temps pour s'approprier cet outil, et aujourd'hui on est encore loin de pouvoir mesurer les apports réels en termes d'efficacité. »

Aujourd'hui, si l'accueil et le secrétariat sont communs à la MDA et la MDPH, l'évaluation et l'instruction des dossiers ne sont pas communes, avec des services encore distincts entre personnes âgées et personnes handicapées. La convergence entre PA et PH, appelée par les textes de loi et revendiquée par de nombreuses collectivités dans leur approche du handicap sous l'angle de l'autonomie, se révèle en réalité complexe à mettre en œuvre :

« On a avancé, mais on est loin d'avoir une MDA comme on pourrait l'imaginer sur un dossier. Les convergences prévues dans les textes n'étant pas là, le frein est plus que technique, il est quasi-philosophique. La convergence a été portée politiquement, mais les changements au sein des Départements font que le regard est un peu... différent. »

De ce point de vue, la CNSA, qui a accompagné l'intégration de la MDPH à la MDA en Corrèze, a pu souligner qu'aux points forts de l'expérimentation corrézienne (gouvernance et pilotage stratégique et opérationnel, accessibilité et territorialisation de l'accueil, rapprochement des équipes et développement d'une culture commune PA/PH) répondent des faiblesses – et notamment un accompagnement à la conduite du changement insuffisant pour les professionnels comme pour les usagers²⁵. Pour autant, la Corrèze bénéficie, avec les Instances de coordination pour l'autonomie, d'un maillage territorial important.

²³ Entretien, agent de la commune d'Ussac.

²⁴ Entretien, direction de la MDPH.

²⁵ CNSA, *Expérimentations MDA*, Commission Aide à la personne du mercredi 23 octobre 2013.

3.2.2. Les ICA, entre offre de services de proximité et mise en réseau d'acteurs locaux

Les Instances de coordination de l'autonomie (ICA), initialement Instances de coordination de gérontologie, ont vu leur périmètre élargi avec la mise en place de la Maison de l'Autonomie (MDA) ; leur répartition territoriale est calée sur les cantons corréziens, appelés à passer de 35 à 19.

Sur le plan juridique, les ICA sont soit portées par des intercommunalités, soit sous forme associative. Financées par des subventions du Conseil départemental, elles sont des relais locaux de la politique sociale du Département en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Encadré 1 : l'offre de services de l'ICA des cantons urbains de Tulle

Présentation des services:

↳ Le Point information:

- Renseignements sur les aides et services existants en faveur des personnes en perte d'autonomie
- Orientation vers les organismes et professionnels compétents
- Mise à disposition de documentations et de dossiers de demande d'aides.
- Visite à domicile si vous ne pouvez pas vous déplacer

↳ L'aide administrative classique:

- Accompagnement au bureau ou à domicile dans les démarches, remplissage de dossiers tels que: demande d'APA, de PCH, d'aide à l'amélioration de l'habitat...

↳ Le service mandataire:

- Evaluation des besoins au bureau ou à domicile (devis gratuit)
- Constitution du dossier de particulier employeur.

- Mise en relation avec une ou des employées de maison qui favorisent le maintien à domicile dans de bonnes conditions en effectuant des tâches diverses: courses, entretien du logement, préparation de repas, accompagnement dans les déplacements extérieurs, garde de jour et de nuit...
- Tâches administratives liées à l'emploi de personnel à domicile: contrat de travail, déclarations sociales, fiches de payes, démarches auprès d'organismes...
- Organisation du remplacement du personnel d'aide à domicile en période de congés payés, d'arrêt maladie...
- Appui et conseil dans les fonctions d'employeur

↳ l'après-midi récréatif:

- Organisation, au mois de décembre, d'une après-midi conviviale avec danses, chants et goûter gratuits et d'une tombola
- Mise à disposition gratuite d'un service de car à cette occasion

Les ICA sont le relais des interactions entre la Maison de l'Autonomie et les CCAS, qui ne sont pas en contact direct, en favorisant une information de proximité. Elles peuvent favoriser l'interconnaissance entre collectivités locales, puisque les vice-présidences sont souvent assurées par des élus locaux.

Elles sont surtout des instances techniques, facilitant la réception du passage MDPH-MDA sur les territoires, grâce à la légitimité des travailleurs sociaux territoriaux pour être relais de proximité pour les usagers, leurs familles et les partenaires. *In fine*, l'appui du déploiement de la Maison de l'Autonomie sur les ICA permet un échange « gagnant-gagnant », bénéficiant à la fois du professionnalisme des équipes PH et de la territorialisation avancée de la coordination gérontologique²⁶. Néanmoins, si le passage des instances gérontologiques aux instances pour l'autonomie a été l'occasion de former les personnels au handicap, les ICA affirmaient, en 2012, être peu sollicitées par des personnes en situation de handicap²⁷.

²⁶ APRILES, *La convergence PA/PH se concrétise en Corrèze*, 2011.

²⁷ Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 en Corrèze.

3.3. Le territoire régional : coopérer par des actions indirectes

Les orientations du Conseil régional du Limousin sont explicitement dirigées sur la notion de « bien-vieillir », avec une approche des personnes handicapées qui est de fait intégrée aux réflexions sur le vieillissement, enjeu démographique fort en Limousin : comme le souligne un enquêté des services régionaux, « *ce qui vaut pour les personnes en perte d'autonomie vaut pour les PH* ».

3.3.1. La Région, faire réseau autour de l'innovation

La Région a pu mettre en œuvre différents outils partenariaux sur la question du handicap. En premier lieu, l'Autonom'Lab, créé en 2010 grâce aux financements du Conseil régional et de l'Union européenne, est devenu un GIP en janvier 2015, co-financé par la Région, l'ARS, la Caisse des dépôts et les trois Conseils départementaux (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne). Défini comme un laboratoire d'innovation avec une approche centrée-usager des besoins des personnes âgées et/ou handicapées, il fait le lien entre les acteurs publics et le milieu économique qui produit par la suite les innovations prototypées.

Parmi les objectifs de l'Autonom'Lab, le développement d'un réseau régional d'acteurs est une ambition clairement exposée. L'intérêt, pour la Région, est d'avoir une vision la plus complète et globale que possible des réponses qui peuvent être délivrées aux usagers, en créant un outil qui est aussi un espace d'échanges entre acteurs publics de différents niveaux (Région, Départements, EPCI, communes) et acteurs privés.

La gouvernance d'une telle structure favorise le rapprochement entre acteurs publics : le GIP est ainsi présidé par le Président du Conseil régional du Limousin, tandis que son Président exécutif est le Président de l'agglomération du Grand-Guéret. En ce qui concerne les relations tissées avec les Départements, l'intérêt de leur participation est, pour la Région, plus en termes d'apports en expertise sur les questions liées au volet social de l'action en matière de handicap, au vécu des personnes handicapées, qu'en termes de contributions financières²⁸.

Un second outil exemplifie la diversité des modes d'action de la Région sur le sujet : il s'agit de *Handicap et dépendance*, appel à projets lancé en 2009 et issu du Contrat de Plan Etat-Région 2007-2013. Initié en collaboration avec l'ARS, le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, les Centres Hospitaliers de Brive et de Guéret, ainsi que les trois Conseils départementaux, il a primé cinq projets innovants en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées. Parmi les lauréats, les projets portaient sur la domotique, la vigilance adaptée à la surveillance de personnes malades ; le CCAS de Limoges a ainsi pu être financé sur l'aménagement innovant pour un foyer recevant ces publics en pertes d'autonomie. Le Conseil départemental de la Creuse a également pu bénéficier d'équipements en domotique.

Un instrument tel que l'appel à projets s'inscrit dans une logique beaucoup plus ponctuelle que l'Autonom'Lab, d'autant plus qu'il n'a pas été réédité. *In fine*, l'approche retenue par la Région pour intervenir sur le handicap s'opère avant tout à travers les notions d'autonomie et de bien-vieillir, englobant les questions de handicap, et *via* une démarche d'association de partenaires autour de

²⁸ « *Les Départements, dans le cadre de leur compétence sociale, mettront à disposition leur expertise et engageront, sur des projets qu'ils auront préalablement validés, des moyens d'expérimentation supplémentaire, voire investiront dans le déploiement de projets* » (GIP Autonom'Lab, *Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2015-2017*)

l'innovation régionale. La légitimité de la Région à intervenir ne provient donc pas tant de ses actions directes sur le handicap, que de la capacité à organiser des espaces de rencontre autour d'actions indirectes, pouvant à terme bénéficier aux populations.

3.3.2. La future grande Région, un chef de file à venir ?

La Région Limousin, dont l'action est pour beaucoup orientée sur les problématiques de vieillissements, a d'ores et déjà opéré des rapprochements avec la Région Poitou-Charentes dans le cadre de la fusion des Régions. Constatant que « *l'interaction entre les différents acteurs n'est pas organisée à l'échelle régionale sur le handicap* »²⁹, elle développe un intérêt fort pour l'Agenda 22 mené par la Région Poitou-Charentes, reconnu comme un instrument puissant d'action sur le territoire régional. Au mois de décembre 2015, il est ainsi envisagé que l'Agenda 22 picto-charentais soit élargi à l'ensemble de la future grande Région, ce qui lui permettrait d'intervenir plus légitimement sur le sujet : « *avec un tel outil, on pourrait prétendre à jouer un rôle dans le chef de filât* »³⁰.

²⁹ Entretien, Région Limousin.

³⁰ Entretien, Région Limousin.

1. La situation des personnes handicapées dans le Nord

Le département du Nord comprenait 2 572 374 habitants au 1^{er} janvier 2010, dont 1 381 079 âgés de 20 à 59 ans.

Le taux de handicap (« reconnu, identifié et ressenti ») est proche de la moyenne nationale (15% de la population, contre 16% en France³¹), ce qui conduit à des nombres très importants en valeur absolue, le Nord étant le département le plus peuplé de France (368 000 personnes en situation de handicap). Près de la moitié (48%) sont des personnes âgées de 60 ans et plus – l'écart observé avec le taux de prévalence national du handicap semble être lié à la jeunesse du département³². 7% de la population du Nord a été repérée en situation de handicap reconnu, 9% en situation de handicap identifié, et 10% en ressenti.

La MDPH du Nord est la première de France en termes d'activités : 126 120 demandes enregistrées en 2010, soit une moyenne de 52 demandes pour 1000 habitants (moyenne nationale : 48).

Les dépenses du Département étaient, en 2012 : 299,2 M€ pour le fonctionnement ; en termes de bénéficiaires, étaient dénombrés 5 921 personnes bénéficiant de la PCH, pour 3 457 de l'ACTP³³. Une augmentation forte du nombre de bénéficiaires de la PCH a eu lieu depuis la création de la MDPH :

Tableau 1 : Nombre de bénéficiaires PCH

Année	Nombre de bénéficiaires PCH
2007	916
2008	2 388
2009	4 313
2010	5 417

A l'inverse, on observe une lente décline de l'ACTP³⁴, le choix entre l'ACTP et la PCH étant très fortement lié à la nature du handicap. Les allocataires ayant une déficience principale motrice sont surreprésentés parmi ceux ayant fait le choix de la PCH ; à l'inverse, ceux ayant une déficience intellectuelle/psychique/visuelle ont davantage tendance à conserver l'ACTP :

³¹ INSEE, *Enquête Handicap, Santé, Ménages 2008*

³² En Nord-Pas-de-Calais, le nombre de personnes de 65 ans et plus progresse à un niveau moins élevé qu'au niveau national : +8% en région entre 1999 et 2012 contre +18% en France. Parallèlement, on observe une forte progression du nombre de personnes de 80 ans et plus concomitante à une baisse des moins de 20 ans. INSEE, « Le vieillissement de la population du Nord-Pas-de-Calais se poursuit », *Pages de profils*, n°138, août 2013.

³³ Budget prévisionnel 2012.

³⁴ La loi de 2005 prévoit pour les bénéficiaires de l'ACTP un droit d'option entre la PCH et l'ACTP. Les titulaires de l'ACTP peuvent en garder le bénéfice tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution. L'ACTP est, bien souvent, plus intéressante : les personnes souffrant de cécité bénéficient automatiquement de l'ACTP à taux plein, le montant de la prestation est alors bien supérieur au forfait cécité octroyé par la PCH.

Tableau 2 : Nombre de bénéficiaires ACTP

Année	Nombre de bénéficiaires PCH
2007	5 016
2008	4 604
2009	4 232
2010	3 872

2. Le Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015

En Nord, trois schémas départementaux ont été construits concomitamment : ils concernent l'enfance, la jeunesse et familles, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, pour la période 2012-2015. Cette élaboration simultanée favorise, selon le Département, les convergences.

Comme tous les schémas d'organisation SMS prévus aux articles L.312-4 et 5 du CASF, ils apprécient : l'évolution des besoins et leur niveau de satisfaction, déterminent les perspectives d'évolution des établissements et services du champ de compétence considéré, tant en création qu'en transformation, ainsi que les modalités d'évaluation des actions.

Fait nouveau, ils précisent le cadre de coopération et de coordination entre les établissements et services du domaine considéré – il apparaît donc que les collaborations précisées par le document portent sur la mise en œuvre concrète des politiques publiques à l'échelon des professionnels, plus que sur les acteurs-concepteurs de l'action publique.

2.1. Orientations et objectifs stratégiques

En termes de compétences, rappelons que le Département exerce sa responsabilité à l'égard des personnes âgées et personnes handicapées au travers : de l'autorisation et la création d'établissements et services, du financement de l'APA et de la PCH, de la tutelle administrative et financière de la MDPH, de la gestion de l'aide sociale générale.

2.1.1. Des objectifs déclinés en engagements

Le Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » propose 3 grandes orientations :

- améliorer la connaissance des besoins et des attentes ;
- favoriser l'accès aux droits ;
- développer des réponses de qualité en matière de compensation de la perte d'autonomie.

Les engagements déclinant les 3 orientations ne permettent pas d'identifier les collectivités locales comme partenaires explicites de leur mise en œuvre sous forme d'actions, bien que le Département affiche une association large de partenaires lors de la conception du Schéma.

2.1.2. Des partenaires avant tout associés à la conception du Schéma

Dans le Nord, les différents schémas départementaux s'inscrivent dans la gouvernance partagée du secteur médico-social avec l'Agence régionale de santé (ARS) – puisque le cadre législatif a évolué avec la loi HPST de 2009 créant les ARS et conduisant à l'adoption du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Le Conseil départemental participe à ce titre aux travaux de liaison entre le SROMS et les Schémas départementaux du Nord et du Pas-de-Calais. Réciproquement, l'ARS a été associée à l'élaboration des Schémas départementaux lors des Comités de suivi ; dans le Nord, il est noté que le travail en collaboration a été facilité par un calendrier de travail comparable, permettant la construction d'un diagnostic partagé.

Le Département a pu associer les partenaires lors des différentes phases de concertation du Schéma :

- **Phase de bilan** : du précédent schéma, lors des Comités de suivi du schéma ;
- **Phase de construction** : concertation en interne au Département (« laboratoire d'idées », regroupant plusieurs dizaine d'agents volontaires) et mise en place de Commissions thématiques PA/PH avec partenaires externes, ainsi que des sollicitations d'experts ;
- **Phase de consultation** : avec les instances représentatives des PA/PH (CODERPA, CDCPH, CDCDS), avis de l'ARS ;
- **Phase de suivi** : lors des instances prévues pour piloter les Schémas 2012-2015.

2.2. Mise en œuvre et organisation partenariale

2.2.1. Une gouvernance à la fois régionale et locale

Le Département du Nord affiche pour ambition, dans le Schéma, « *une gouvernance globale associant les habitants, les partenaires et les collectivités publiques* »³⁵. Elle se concrétise : en approfondissant la démocratie participative (mobilisation d'instances telles que le CDPH), en contractualisant avec les acteurs (conventions d'objectifs avec les têtes de réseaux, conventions-cadres permettant de définir les modes de coopération), et en intégrant progressivement les problématiques PA/PH dans la politique contractuelle d'aménagement et de développement durable des territoires.

Des instances viennent traduire cette ambition, à deux niveaux :

- au niveau régional, avec un dispositif original interdépartemental, le Comité de liaison associant les deux Départements et l'ARS ;
- au niveau départemental, avec des « *instances aux périmètres variables et aux ambitions différentes [rendant] difficile le pilotage des dispositifs pour les personnes en pertes d'autonomie* »³⁶ : réunions inter-CLIC, table stratégique départementale MAIA, comité de suivi départemental des réseaux MDPH, etc.

A l'échelle locale, le Conseil départemental s'appuie sur une organisation territorialisée : il s'agit de 8 directions territoriales disposant notamment de pôles « PA/Personnes en situation de handicap », en lien avec les 44 unités territoriales et un réseau de partenaires locaux conventionnés avec le Département. L'objectif annoncé sur la période 2012-2015 était d'approfondir la structuration des Pôles Autonomie et de développer le conventionnement avec les têtes de réseaux.

³⁵ Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 en Nord.

³⁶ Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 en Nord.

2.2.2. La convergence PA/PH, moteur des interactions

Le Schéma départemental pose une organisation commune aux dynamiques PA/PH, à trois niveaux d'action :

- **au niveau local (communes, EPCI)** : les fonctions d'accueil, d'orientation et d'évaluation sont organisées. C'est le lieu d'intervention des professionnels – dont la complémentarité et la coordination autour des personnes seront construites à travers des protocoles individuels, des projets d'accompagnement des outils communs ;
- **au niveau des acteurs** : la coopération est initiée et impulsée au niveau des bassins d'emploi qui correspondent aux Directions territoriales du Département et aux zones de proximité de l'ARS. Le Département y joue un rôle d'ensemblier, mobilisant un réseau de partenaires (et donc de compétences) pour éviter les ruptures. Le territoire est reconnu comme un lieu d'analyse, de régulation, d'articulation et de projet – il est un levier essentiel des schémas. Pour le consolider, sont travaillées : la structuration des Pôles Autonomie, les conventions de partenariat, les conférences territoriales ;
- **au niveau départemental** : la cohérence est recherchée avec l'ARS. Un comité de liaison a été créé en 2011 pour faciliter les échanges entre l'ARS, le Nord et le Pas-de-Calais, mais il ne permet pas à lui seul de structurer le cadre de travail, d'organiser les priorités et formaliser les projets. *« Aujourd'hui, les articulations ne sont pas satisfaisantes : la CNSA délivre des enveloppes, en cours d'exercice, sans prendre en compte les orientations du Département et son processus décisionnel. Elle sollicite directement les acteurs locaux par le biais des appels à candidature. Ces pratiques nuisent à la cohérence des interventions, affaiblissent le rôle du territoire et ne prennent pas en compte la responsabilité du Département 'chef de file de l'action sociale' [...] La négociation d'une convention Département/ARS pourrait répondre à ce besoin »*³⁷.

Cette convergence permet de formaliser une architecture cohérente car plus globale – elle intéresse notamment des communes qui sont fortement préoccupées par le vieillissement des populations, la problématique « personnes âgées » étant davantage mise à l'agenda que celle relative aux personnes handicapées³⁸.

La convergence PA/PH vers la notion d'autonomie est ainsi vraisemblablement un moteur de plus grandes interactions à venir entre collectivités territoriales. C'est ainsi que la mise en place en 2015 d'une Commission Territoriale Autonomie (CTA)³⁹ en Flandres Intérieures, coordonnée par le Département et l'ARS, envisage « à terme, un élargissement [des partenaires] aux communes, CCAS et EPCI »⁴⁰.

³⁷ Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 en Nord.

³⁸ Entretiens menés auprès des communes enquêtées et du Département.

³⁹ Son objectif est d'aborder l'autonomie de la personne âgée, en y incluant à terme la question du handicap. Il s'agit d'aller vers la construction d'une culture commune permettant de garantir une cohérence territoriale et partenariale consacrée à l'autonomie de la personne âgée.

⁴⁰ Conseil départemental du Nord, *Fiche-projet CTA*, version de juillet 2015.

2.3. L'action départementale, un cadre non-contraignant pour les communes et l'intercommunalité

Le cadre d'action posé par le Département, notamment à travers le Schéma départemental, introduit des conceptions du handicap dans lesquelles les communes et intercommunalités peuvent se retrouver sans peine, notamment au travers l'accessibilité – notion autour de laquelle de nombreux acteurs publics peuvent se positionner, aux frontières de leurs champs de compétences.

2.3.1. **L'action des communes, en complément de celle du Conseil Départemental**

L'enquête de terrain a permis d'analyser les perceptions, actions et ambitions de deux communes : les villes de Lille et Villeneuve d'Ascq.

2.3.1.1. La Ville de Lille : l'ambition de mixité sociale

La Ville de Lille est dotée d'un Service Personnes Handicapées depuis plusieurs années, en charge de quatre missions : la coordination interne des actions liées au handicap, la concertation et les partenariats, l'information et la sensibilisation du grand public, ainsi que la valorisation des actions de la Ville. Elle opère donc à la fois en interne (sensibiliser les agents communaux au handicap, par service) et envers la population – l'objectif étant de rendre ouverts et accessibles à tous les lieux, services et activités municipaux. Un enjeu fort de l'action de la Mairie sur le sujet est d'encourager la mixité des publics.

Le positionnement interne du service s'avère être complexe, même pour ses agents :

« Oui, on est un service Ville qui est dans le CCAS. Notre direction est le CCAS, mais on est dans un pôle Ville. C'est d'une complexité absolue. Parce que le service PH a beaucoup évolué : au départ on était plus dans l'accueil social, et au fur et à mesure de plus en plus un service qui fonctionne en mode projet. »⁴¹

L'évolution du positionnement du service révèle, au-delà de l'introduction de logiques du New Public Management dans l'administration⁴², le changement d'appréhension des questions liées au handicap à la Ville : il s'agit désormais moins d'agir sur les déterminants des conditions de vie des personnes handicapées par une approche d'action sociale que d'opter pour une approche par la mixité beaucoup plus complémentaire de celle du Conseil départemental, qui est perçu comme le dépositaire de l'action sociale.

Sur le plan « concertation et partenariat », la Ville met en place 5 actions :

- l'animation de la Commission « Lille Ouverte à Tous », sous forme de groupes de travail ;
- un rapport annuel d'accessibilité ;
- des liens avec la Métropole Européenne de Lille (MEL) ;
- un appel à projets à direction des associations ;
- l'accompagnement des associations pour l'organisation de leur événementiels.

⁴¹ Entretien avec un agent de la Ville de Lille.

⁴² Le New Public Management est une forme de gestion publique qui se caractérise par une culture du résultat et l'emprunt de pratiques et d'outils issus du privé. Voir, Chappoz, Y., Pupion, J.-C., « New Public Management », *Gestion et Management Public* 2/2012.

Pour la Ville, l'outil financier permet de diffuser sa conception « universaliste » du handicap, et notamment son ambition de faire se rencontrer les publics handicapés et non-handicapés pour faire évoluer le regard sur le handicap ; la municipalité encourage ainsi la mixité des publics dans les événements qu'elle finance.

Les relations avec les communes limitrophes ne sont que peu développées – l'intérêt de Lille est d'abord de rapprocher les Commissions de Lille et de ses communes associées (Lomme et Hellemmes).

2.3.1.2. Villeneuve d'Ascq : le vieillissement, problématique prioritaire

Pour la commune de Villeneuve d'Ascq, la problématique principalement abordée est celle du vieillissement des PH, avec la question du maintien à domicile ; l'angle « action sociale » du CCAS fait également émerger, sur un territoire relativement paupérisé et désindustrialisé, une perception du handicap sous l'angle de la précarité.

A Villeneuve d'Ascq, la priorité est donc d'intervenir essentiellement auprès des personnes âgées, public qui croise les questions de vieillissement et de précarité : les actions menées sont ainsi les aides financières et le conseil en environnement domestique.

Le CCAS collabore avec la MDPH en opérant un accompagnement à l'élaboration et un suivi des dossiers de financement pour les personnes handicapées vers les différents dispositifs, et notamment la MDPH.

Enfin, la commune travaille également sur l'accessibilité des logements aux personnes handicapées, sur un territoire où 50 des logements relèvent du parc social.

2.3.2. **Les EPCI, des acteurs faiblement impliqués sur le handicap**

2.3.2.1. La MEL : un rôle d'espace d'échanges pour les communes volontaires

La MEL a installé en 2009 une Commission Intercommunale pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées (CIAPH), dont l'objectif est de promouvoir un changement de regard et de comportement de la société pour favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap – rejoignant la « doctrine » de la Ville de Lille en matière de handicap.

Elle est principalement orientée vers les questions de transports collectifs, de voirie et d'espaces publics, ainsi qu'aux établissements recevant du public et au logement. Quatre groupes de travail thématiques concrétisent son action, associant une vingtaine des quatre-vingt-cinq communes de la Métropole – ce sont donc environ ¼ des communes qui y participent.

Afin d'articuler les différentes initiatives, la CIAPH participe également aux instances communales (CCAPH) : ses représentants techniques ont ainsi participé, en 2014, à une réunion d'échange à Halluin et aux Commissions communales d'accessibilité de Villeneuve d'Ascq et Ronchin. Les objectifs énoncés de cette participation croisée sont triples :

- assurer la coordination des actions en matière de handicap sur le territoire métropolitain ;
- avoir des objectifs communs ;
- favoriser une information mutuelle.

La volonté de ces interactions est donc minimale : il ne s'agit pas tant d'imaginer de nouveaux projets entre communes que de s'accorder sur l'existant et de favoriser l'interconnaissance des actions.

La MEL a également produit en 2012 un document programmatique, le plan Lille Métropole accessible à Tous (LMACT), reprenant trois objectifs : changer le regard et agir en faveur de l'inclusion, faciliter la mobilité et la continuité du cheminement, valoriser la conception universelle des projets du territoire.

Parmi les actions qui peuvent être menées dans le champ de l'accessibilité par la MEL, citons l'exemple d'un *serious game* destiné à sensibiliser le grand public ainsi que les élus et agents des collectivités territoriales. La rédaction de son cahier des charges associe Lille Métropole et le Conseil départemental⁴³.

2.3.2.2. Des intercommunalités généralement peu investies

A l'échelle départementale, la MEL paraît cependant faire figure d'exception, seules 10 des 51 EPCI du territoire⁴⁴ s'étant saisis de la compétence « personnes handicapées » :

- certaines réalisent des actions de proximité comme le portage de repas à domicile, l'aide ménagère et de petits travaux ;
- certaines ont la charge de créer, entretenir et gérer des hébergements destinés aux personnes handicapées, ou encore des établissements tels que des foyers d'accueil ;
- certaines se sont emparées de la question de l'accessibilité des bâtiments publics de l'intercommunalité ;
- certaines ont mis en place une Commission intercommunale d'accessibilité.

A titre de comparaison, les EPCI du Département ont investi de manière beaucoup plus approfondie la question des personnes âgées, en prenant des compétences plus larges sur le sujet : coordination et mise en place du service de maintien à domicile, actions de proximité, participation au pôle de concertation gérontologique, réflexions à l'articulation des politiques Jeunesse et Personnes âgées, création d'équipements pour les personnes âgées, soutien aux EHPAD, etc.⁴⁵ Comme le souligne un interviewé :

« L'implication des EPCI sur la politique du handicap, il n'y en a pas vraiment. Ce qu'ils investissent, c'est la jeunesse, la petite enfance, mais le handicap non. »⁴⁶

Au final, si la MEL entreprend un nombre conséquent d'actions en faveur des personnes handicapées, elle semble surtout bénéficier de ses capacités financières, de son rôle de moteur économique départemental et régional, ainsi que de l'articulation avec la Ville de Lille, également active sur le sujet dans ses champs de compétences.

⁴³ MEL, *Lille Métropole accessible à tous*, rapport 2013.

⁴⁴ Une fusion d'un certain nombre d'EPCI a eu lieu au 1^{er} janvier 2014, réduisant de fait le nombre d'intercommunalités.

⁴⁵ Conseil départemental, « Tableau des compétences des EPCI au 9 avril 2014 », *Document de travail*, 2015.

⁴⁶ Entretien avec un agent du Conseil départemental.

3. Coopérations entre collectivités : des outils variés

Le cas des départements Nord et Pas-de-Calais permet de formuler une hypothèse : il serait plus aisé, pour les collectivités locales, et sur la question du handicap, de travailler entre niveaux de collectivité équivalents (par exemple deux Départements voisins), plutôt qu'en inter-scalaire, c'est-à-dire avec des niveaux différents (par exemple une EPCI avec une Région).

Plusieurs niveaux d'analyse permettent d'interroger cette hypothèse : l'effet levier des associations locales, le rôle de la MDPH comme acteur *a priori* pivot de l'action en faveur des personnes handicapées, les coopérations originales entre les deux Départements constituant l'entité régionale et l'aspect technique des relations entre le Département et la Région. Enfin, un regard sur les réseaux traversant l'action publique révèle les difficultés des acteurs à penser le handicap comme un champ intersectoriel.

3.1. Les « petites associations », un rôle d'intermédiation

Pour l'INSEE, « *l'Aire métropolitaine de Lille centralise nombre de débats publics régionaux* ». Parmi les six objectifs majeurs du projet de l'Aire métropolitaine figure la volonté de « valoriser et renforcer l'accessibilité interne et externe du territoire ». Les initiatives et débats se concentrent néanmoins avant tout sur les transports, la trame verte et bleue, ainsi que la mise en cohérence des documents d'urbanisme, ou encore le développement économique. Comme le souligne l'INSEE, « *le territoire de l'Aire Métropolitaine de Lille est un espace aujourd'hui identifié par les acteurs régionaux comme l'échelle pertinente pour aborder un certain nombre de sujets* »⁴⁷.

En ce qui concerne la coopération métropolitaine sur le littoral, elle a pour priorités : le développement durable, le développement portuaire, le rayonnement économique, le rayonnement en termes d'images, l'accessibilité en termes de transport et de TIC.

L'action sociale ne fait, ici, pas figure d'espace de coopération attractif pour les différents types de partenaires, et notamment publics, du territoire. La notion d'accessibilité semble, dans ce contexte, un moyen d'aborder les questions liées au handicap, notamment au travers du logement accessible, qui est un réel facteur de coopération.

Dans le Nord, les acteurs se sont appuyés sur des petites associations, porteuses de projet, pour travailler en coopération avec des acteurs tels que les bailleurs sociaux, ou les intercommunalités :

*« Ce sont des projets portés par des petites associations, par rapport aux Papillons Blancs par exemple, mais nous on considère que c'est du levier, ça permet de bien démarrer. De façon artisanale on a donné 35 000 € et la PCH est mutualisée (même si elle ne l'est pas de la même façon pour les 3 projets) – et on a une approche proactive vis-à-vis des bailleurs sociaux. La différence avec l'ancienne Vice-Présidente du Conseil départemental, c'est que la nouvelle va aller ouvrir les portes des EPCI, des bailleurs sociaux, va chercher le relais auprès de son collègue aussi auprès de son collègue chargé de l'habitat. »*⁴⁸

⁴⁷ INSEE, « Les espaces du Nord-Pas-de-Calais », Les dossiers de Profil n°107, 2011.

⁴⁸ Entretien, Conseil départemental du Nord.

Ici, c'est bien l'opportunité de co-financement qui intéresse le Département ; l'idée n'est ainsi pas de porter seul un projet, mais de proposer une contribution financière couplée à une démarche politique d'intéressement au projet des autres acteurs potentiels, et notamment des intercommunalités. Dans ce cadre, les « petits acteurs locaux » ont un rôle d'intermédiaire intéressant pour les institutions publiques, jouant un rôle de levier pour le partenariat.

3.2. La MDPH du Nord, un rôle territorial incertain

Créée en 2006, la MDPH était structurée sur deux sites (Valenciennes, Villeneuve d'Ascq) entre 2007 et 2011. Un troisième site a été plus récemment ouvert à Dunkerque, afin de mieux mailler le territoire. Ses trois sources de financements sont l'Etat, la CNSA et le Département. Afin d'assurer la tutelle administrative et financière de la MDPH et d'optimiser les services rendus aux usagers, il a été établi un protocole organisant la coopération entre le Département et la MDPH.

Si, dans le Département du Nord, seulement une personne handicapée sur dix déclarait en 2008 connaître la MDPH, son rôle de pivot du partenariat semble effectif puisque « *la mise en place de la MDPH en janvier 2006 a permis de créer du lien et de mettre en synergie les différents acteurs afin de mieux appréhender les besoins et attentes des PH* »⁴⁹. Le réseau des points d'accueil constitue de ce point de vue une initiative intéressante car permettant d'associer divers acteurs de proximité à la question du handicap.

3.2.1. Le réseau de points d'accueil

Le service délivré par la MDPH a été territorialisé via un réseau d'accueil de proximité : 316 points de premier niveau (2010), lancement d'un appel à candidatures pour constituer le réseau de 2^{ème} niveau (2010) ; et trois sessions de formation du réseau de points d'accueil MDPH par an depuis 2009.

Les points d'accueil de premier niveau peuvent prendre plusieurs formes :

- associations et organismes : APF, Centres hospitaliers, Centre de gestion de la fonction publique, Point Info Famille, SAMSAH, Mission Handicap d'Université, SNCF ;
- mairies et CCAS ;
- Education nationale : enseignants référents en écoles, collèges, lycées.

Les missions des points d'accueil sont ciblées sur la prise en compte de la demande des individus :

- accueillir et informer le public sur les droits et différentes prestations délivrées par la MDPH ;
- délivrer les informations de base relatives à l'éligibilité aux prestations ;
- délivrer les formulaires de demande(s) et accompagner l'utilisateur dans sa constitution ;
- expliquer la procédure suivie par la demande ;
- offrir une écoute et répondre aux demandes, réorienter celui-ci vers le professionnel ou le dispositif approprié si nécessaire.

Pour les acteurs du Nord, l'intérêt du réseau MDPH de proximité est de répondre à un constat : la complétude du dossier MDPH en amont facilite l'évaluation des besoins de la PH. Par conséquent, un dossier incomplet impacte sur les délais de traitement. La solution proposée est qu'en cas de difficultés

⁴⁹ Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 en Nord.

pour remplir le formulaire de demande(s) auprès de la MDPH, l'utilisateur ou son représentant peut se faire accompagner soit par la MDPH, soit par l'un des points de 1^{er} niveau du réseau de proximité.

Le Département s'interroge néanmoins sur la pertinence de ce réseau de 1^{er} niveau :

« Il y avait la volonté d'avoir un réseau de niveau 1, et un de niveau 2, plus expert. Le niveau 1 a conduit à passer des conventions MDPH-Département avec 300 points d'accueil, pour faciliter l'accès aux droits des PH. Là les conventions sont arrivées à expiration et on s'interroge sur comment on renouvelle ce réseau d'accueil de niveau 1. Là, la CNSA expérience une évolution du questionnaire avec trois MDPH, pour qu'il soit déjà un moyen d'évaluer les besoins de la personne. Et donc le réseau d'accueil aura, avec cette évolution, besoin d'être plus expert qu'il ne l'a été, puisque sa principale mission est d'aider à remplir le questionnaire. Là on est déjà dans autre chose. »⁵⁰

C'est donc la question de l'expertise croissante nécessitée qui remet en cause le premier niveau du réseau. Cette remise en question comporte un risque, identifié par les acteurs, d'une perte de la « petite implication actuelle des collectivités locales envers le handicap, via leur CCAS et au niveau des réseaux d'accueil et d'information de la MDPH »⁵¹.

3.2.2. La Ligne Partenaires

Un second outil développé dans le Nord est intéressant dans la facilitation du partenariat : depuis le 1^{er} janvier 2012, une ligne téléphonique (« ligne Partenaires ») a été mise en place pour les partenaires de la MDPH 59. Les objectifs et son fonctionnement ont été mis au point avec les membres du Comité d'Entente : il s'agit de permettre le contact direct pour les dossiers en cours d'instruction concernant les situations d'urgence (rupture ou changement brutal de situation nécessitant la mise en place d'une procédure d'instruction accélérée) et les situations complexes (dossiers difficiles à expliciter par mail). Elle est accessible le matin de 8h30 à 12h30, les après-midi étant réservés à la recherche d'éléments de réponse et au rappel des partenaires concernés dans un délai d'une semaine. Il s'agit donc d'un outil essentiellement à destination des professionnels au contact des personnes en situation de handicap.

3.2.3. Un acteur local soumis à des contraintes fortes

La MDPH, bien qu'outillée pour opérer plus finement sur les territoires, se révèle être un acteur soumis à des tensions fortes, notamment l'accroissement de fort de son activité ; elle est ainsi considérée par le Département comme un acteur pouvant, paradoxalement, constituer un frein à la territorialisation de l'action collective en faveur des personnes handicapées :

« On avance plus vite sur les personnes âgées parce que sur les personnes handicapées c'est plus compliqué, il y a la MDPH. Et elle est organisée sur 5 territoires, et non pas 8, donc c'est plus difficile. Et comme l'activité de la MDPH ne cesse d'augmenter, elle est dans une logique de réponse aux demandes. Et puis il faut s'articuler, trois acteurs (le Département, l'ARS et la MDPH) c'est plus compliqué que deux (le Département et l'ARS) [...] Pour les personnes handicapées, ce qui complexifie, c'est qu'il y a un acteur pivot, la MDPH, qui est sous pression, et qui ne peut pas participer à un travail collectif avec le Département et l'ARS. »⁵²

⁵⁰ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁵¹ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁵² Entretien, agent du Conseil départemental.

Si la MDPH peut ainsi être vue comme un acteur-pivot du handicap sur les territoires, sa relative lourdeur administrative constitue dans certains cas un frein à des relations partenariales qui peuvent être plus fluides dans d'autres domaines – y compris dans un domaine proche comme celui des personnes âgées :

3.3. Des coopérations interdépartementales poussées

Les départements du Nord et du Pas-de-Calais ont souhaité travailler plus étroitement sur plusieurs sujets à partir de juillet 2013, avec l'organisation de rencontres entre les exécutifs des Conseils généraux. Les coopérations ont pu porter sur la mise en place de lignes de bus interdépartementales, sur un schéma interdépartemental du covoiturage, ou encore sur un accord 59-62-ARS pour mieux articuler le travail en général.

Elles portent aussi sur les deux MDPH, avec pour objectif de réduire de plusieurs mois à 15 jours le délai de transfert d'un dossier.

3.3.1. Le rôle de la « couleur politique » dans la mise en œuvre des coopérations avec les Conseils départementaux

La question de l'importance de la couleur politique dans l'appréhension de l'action sociale en faveur des PH peut se comprendre à deux niveaux :

- Est-ce qu'un changement de majorité produit des effets sur les orientations politiques sur le sujet ?
- Est-ce que deux collectivités dont les majorités sont les mêmes vont plus facilement coopérer sur le sujet ?

Le changement de couleur politique du Conseil départemental du Nord en 2015 semble n'avoir significativement impacté ni les orientations politiques concernant les thématiques liées à l'action sociale et au handicap, ni les modes de fonctionnement administratifs :

« Il y a eu un changement de mandat il y a peu, les orientations sont en définition. On travaille avec une Vice-présidente chargée de l'autonomie, alors qu'avant on avait 2 Vice-présidents, un PA et un PH. C'est significatif. Et le Président a annoncé qu'il souhaitait que le prochain Schéma soit un Schéma de l'Autonomie. Donc il y a une certaine continuité dans les politiques déjà engagées, et un des premiers axes c'est la territorialisation. [...] Donc sur tous ces points, la nouvelle majorité consolide les acquis de la précédente, avec la volonté d'approfondir la territorialisation, pour être plus présents et plus lisibles. »⁵³

Les évolutions semblent davantage s'opérer à deux niveaux : d'un point de vue thématique, avec le rapprochement PA et PH, qui se formalise politiquement par la désignation d'une vice-présidence à l'autonomie ; d'un point de vue opérationnel, avec une démarche approfondie de territorialisation de l'action publique départementale – jusqu'à présent, les politiques dédiées aux PA et PH étaient ainsi essentiellement pilotées « par le central, à Lille », avec une déclinaison de proximité via les grands réseaux associatifs.

⁵³ Entretien, agent du Conseil départemental.

La perception n'est cependant pas la même à l'échelle infra-départementale, où le poids du politique est plus fort. L'enquête a permis de le déceler, quand bien même il est difficile de l'exprimer explicitement pour les communes interrogées :

« Il y a aussi le cas d'une ville de gauche comme la nôtre avec un Département de droite. [Rires, silence].

[Question de l'enquêteur : C'est-à-dire ?]

[Silence, sourire gêné] Je vous laisse découvrir par vous-même. »⁵⁴

Pour une grande ville telle que Lille, politiquement ancrée à gauche avec une figure politique nationale telle que Martine Aubry, l'investissement politique de l'intercommunalité est désormais plus complexe, au fur et à mesure du basculement de certaines communes à droite :

« Après, maintenant que la MEL est plus à droite, je pense que c'est aussi plus compliqué parce qu'on est une ville de gauche avec beaucoup plus de villes de droite. Je pense qu'il y avait plus de rapprochements à l'époque où, au sein de la Communauté urbaine, tout le monde était à gauche. C'était plus simple pour travailler. »⁵⁵

Dans le cas des relations communes – Département, la couleur politique des collectivités locales peut donc clairement jouer sur les possibilités de collaboration.

3.3.2. L'administration, moteur de la coopération

Le terrain d'enquête a pu révéler un second vecteur de coopération entre collectivités : à côté de l'axe politique, les aspects techniques des dossiers ont leur importance, et la collaboration à l'échelon des directions de services ; entre les deux Départements du Nord et du Pas-de-Calais, au-delà des intentions politiques, c'est ce volet « administratif » qui semble être moteur des collaborations :

« Sur le Schéma 2012-2015 : les travaux ont démarré au moment de la mise en place de l'ARS, donc ça a ramé. Et on entendait les inquiétudes des gestionnaires d'établissement, qui sont parfois sous double tutelle [...] Ce n'était pas compliqué dans les valeurs et les objectifs (résorber les inégalités, etc.) mais sur la mise en œuvre. Le travail a d'abord été fait entre techniciens, car il y a une proximité technique entre les professionnels, mais on a réussi à avoir une validation politique. Je ne crois pas que ça se passe souvent ainsi dans les autres Régions ; il se trouve qu'ici il n'y a que deux Départements, après on ne sait pas comment ça va se passer dans la grande Région. »⁵⁶

Dans la configuration du Nord-Pas-de-Calais, cette collaboration entre les deux Départements a pu s'appuyer sur un autre acteur « dépolitisé », en la personne des services de l'Etat :

« Et puis l'ARS a découpé ses niveaux d'intervention sur les découpages que nous on utilise ! Donc ça facilite quand les territoires d'action de deux institutions sont les mêmes. Ça permet une cohérence territoriale. »⁵⁷

Techniquement, la forme de collaboration adoptée se traduit notamment par une répartition du pilotage des dossiers qui intéressent les deux Départements :

⁵⁴ Entretien, Ville de Lille.

⁵⁵ Entretien, Ville de Lille.

⁵⁶ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁵⁷ Entretien, agent du Conseil départemental.

« On essaie de faire des travaux en commun avec le Conseil général du Pas-de-Calais, on se répartit même les dossiers : par exemple nous on est chef de file sur le sujet des PH qui vieillissent ; le Pas-de-Calais est chef de file sur la réflexion des foyers logement. Ce sont des sujets qu'on va travailler au niveau régional, et ça passe par une répartition des tâches : par exemple sur les PH qui vieillissent, on a fait un recensement de l'existant, écrit un cahier des charges, etc. L'ARS et le Conseil départemental Pas-de-Calais contribuent, mais c'est nous qui organisons les réunions, écrivons le cahier des charges. Ce n'est pas facile tous les jours, on n'a pas le même rythme, etc. ; mais on fait des efforts. On a des bilatérales, des trilatérales, ça demande un travail d'information, etc. »⁵⁸

Ainsi, même si les acteurs reconnaissent ne pas avoir du tout les mêmes orientations sur certains sujets (la question des auxiliaires de vie sociale par exemple), l'objectif est d'avoir des plans d'actions régionaux sur certaines thématiques – il en va ainsi de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour, que les deux Conseils départementaux souhaitent développer prochainement.

3.3.3. Une coopération interdépartementale ouvrant des perspectives multi-niveaux

Un effet corollaire du rapprochement entre les deux Départements du Nord et du Pas-de-Calais est d'élargir les possibilités de partenariat avec des collectivités importantes telles que la Métropole Européenne de Lille : le rapprochement des politiques de l'habitat en faveur des personnes âgées ou en situation de handicap conduit les deux Conseils Départementaux à travailler avec l'Association régionale de l'Habitat et la MEL.

Ici, c'est le constat d'une difficulté de la CIAPH à organiser un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées qui conduit l'ensemble des acteurs à ouvrir des perspectives « *afin de travailler sur un projet pour créer un outil permettant d'évaluer la quantité de logements accessibles, tout en précisant le type de logements, leur localisation et pour quelle accessibilité* »⁵⁹. L'enjeu de la production d'une connaissance experte des besoins constitue donc bien un enjeu de rapprochement d'organisations évoluant à des échelles territoriales différentes.

3.4. Les freins techniques à la coopération Département – Région

Le cas des coopérations entre le Département et la Région est intéressant en ce qu'il offre un contrepoint à la « question politique », dans le sens « partisane », dans la mise en œuvre de coopérations. Ici, les freins semblent beaucoup plus techniques que politiques :

« C'est compliqué parce que : on n'arrive pas à comprendre l'organisation de la Région, ils ne travaillent pas avec les mêmes acteurs que nous, et ils sont sur une logique fortement Emploi. Bon, on a travaillé avec la Région sur les questions de diagnostic de territoire, de prospective, mais... c'est un peu déconnecté des politiques départementales. On reste nous, dans nos travaux avec la Région, dans des choses globales. Ce qui plus opérationnel, la déclinaison des politiques

⁵⁸ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁵⁹ MEL, *Lille Métropole accessible à tous*, rapport 2013.

publiques, ça n'est pas... [...] Ce sont deux cultures différentes, et nous on passe toujours pour les gens pragmatiques, le nez dans les chaussures, et la Région dans l'innovation, la recherche.»⁶⁰

Ces enjeux cristallisent des modes de fonctionnement très différents entre une institution perçue comme très ancrée sur le territoire, aux prises avec les besoins quotidiens des habitants (le Département), et une autre dégageant une image de « modernité ».

Tableau 3 : L'état des interactions Département-Région : trois points de tension

Point	Analyse	Verbatim
Une méconnaissance du fonctionnement de l'organisation	Des logiques administratives différentes et peu explicitées, quand bien même les élus souhaitent travailler ensemble.	« C'est compliqué avec la Région. On a une convention sur les services d'aide à la personne, mais moi j'ai du mal à comprendre. J'ai eu plusieurs fonctions au Conseil général, et quelles que soient ces fonctions, je n'arrive pas à comprendre le mode de fonctionnement de la Région. »
Des écosystèmes différents	Chaque acteur a des partenaires différents. Chaque acteur a des modes d'association de ses partenaires différents.	« C'est vraiment compliqué : je pense qu'on vit dans deux mondes différents, avec des partenaires différents, et qu'on n'arrive même pas à se comprendre. J'ai rarement vu ça. [...] Quand elle faisait ces réunions, la Région faisait venir des gens avec qui nous on ne travaille pas : les organismes qui collectent des fonds pour la formation ; et tous ces gens qu'on ne comprend pas, qu'on ne connaît pas, toutes les organisations syndicales représentatives, donc il y a un monde dans ces réunions, c'est effrayant. »
Des logiques politiques qui se percutent	Les acteurs ne prennent pas en compte les répercussions potentielles de leurs actions sur le champ d'action de l'autre.	« A un moment, la Région faisait des réunions en étroite collaboration avec la DIRECCTE, sur la formation. Et la logique de la Région à cette époque était très en phase avec la DIRECCTE, c'était le développement de la formation. Il fallait qualifier les professionnels de l'aide à domicile parce que ça allait développer le service de l'aide à la personne. [...] Donc on a déjà eu un problème de compréhension. Parce que qualifier tout ce monde, le coût de revient augmente : plus les gens sont formés dans les services d'aide à la personne, plus le coût augmente. Et comme l'APA est plafonnée, on arrive que le prix horaire augmentant, les gens renoncent en partie à leurs droits, ou ils ont moins d'interventions. »

3.5. Des réseaux faiblement intégrés

Le territoire départemental du Nord donne à voir plusieurs types de réseaux d'acteurs, très peu articulés entre eux : si la complexité des situations des personnes handicapées et la diversité des compétences des acteurs pourraient *a priori* pousser ceux-ci à davantage coopérer sous cette forme,

⁶⁰ Entretien, agent du Conseil départemental.

force est de constater que la réflexion sur les réseaux comme forme d'action collective, est, dans le champ du handicap, peu aboutie.

3.5.1. Des réseaux locaux qui s'entrecroisent

La Ville de Lille et la Métropole Européenne de Lille présentent la particularité d'avoir une réflexion sur la manière dont les réseaux peuvent démultiplier les actions en matière de handicap ; la commune a ainsi mis en place un Réseau Référents Handicaps, tandis que la MEL s'est dotée d'un réseau intercommunal de référents handicap (une personne dans chaque commune).

L'objectif du réseau lillois, composé d'agents nommés dans les différents services de la Ville est de « *distiller la culture du handicap dans tout ce que fait la Ville* »⁶¹ et ainsi de **consolider l'approche transversale du handicap dans l'action municipale**. L'approche de réseau proposée par Lille est relativement tournée vers l'interne – il s'agit de renforcer l'interconnaissance entre les différents services :

*« On choisit une thématique-phare par an, nous ça nous permet de travailler plus avec un service en particulier, ce qui permet de faire un réseau, de faire en sorte qu'il y ait une petite impulsion dans chaque service. »*⁶²

On le voit avec l'exemple lillois, le réseau est ici mis au service de l'organisation municipale – il s'agit, en quelque sorte de fonctionner en réseau au sein de l'organisation municipale. De manière générale, les différents espaces de coopération habituels semblent être traversés par ce type de réseaux, constitués de manière autonome sur des territoires qui se recoupent pourtant ; un impensé du fonctionnement réticulaire des organisations se révèle ici – la constitution de réseaux à partir de fonctionnements « en silos », soit à partir d'un territoire donné, bien circonscrit et légalement défini (la commune, l'intercommunalité), soit à partir de secteurs d'action publique préexistants.

Les modes d'animation de ces réseaux l'illustrent, la volonté n'est pas ici de constituer une capacité d'action collective parmi les acteurs communaux du territoire métropolitain – comme avec l'exemple du réseau de référents mis en place par la Métropole Européenne de Lille :

*« Avec les autres communes, non, on ne travaille pas spécialement. Même avec le Réseau des Référents Intercommunaux, on peut se retrouver mais au final ça ne se fait pas trop – pour le moment on n'a eu que des réunions en plénière, ça n'appelle pas forcément des discussions entre différentes villes. Après il y a des groupes de travail mais le dernier a eu lieu il y a plus de 18 mois. Si on discute, c'est uniquement avec nos référents de la MEL, mais ça n'ouvre pas sur les autres villes. Et en toute honnêteté, il y a aussi une forme de marketing territorial qui se met en place, et chacun essaie de tirer la couverture – pas que sur le handicap d'ailleurs. »*⁶³

De manière générale, les collaborations entre la Ville et la Métropole sur le handicap vont émerger à partir des échanges de pratiques entre professionnels :

« Nous on fait vraiment du réseautage : on s'appelle beaucoup pour échanger, pour voir ce que font les autres, pour voir comment on pourrait travailler ensemble. Là on a mis en place une réunion à destination des commerçants. On essaie de trouver des points d'intérêt convergents ; parce que pour les gens le territoire n'est pas que celui de la ville, donc on essaie d'organiser une

⁶¹ Entretien, agent de la Ville de Lille.

⁶² Entretien, agent de la Ville de Lille.

⁶³ Entretien, agent de la Ville de Lille.

fluidité. Mais c'est difficile de vous donner une démarche concrète de partenariat, parce que ça se fait vraiment au cas par cas. »⁶⁴

La forme de collaboration observée ici semble relever d'une sorte de *premier niveau de la coopération*, lorsque des professionnels se connaissent, échangent lors de discussions « sans buts précis » et viennent s'inspirer mutuellement, sans qu'il y ait d'animation du réseau. La motivation principale du partenariat est, ici, d'identifier des points d'intérêts convergents, sans forcément mettre en place de procédures communes.

In fine, les réseaux existants sur ce territoire semblent constituer des espaces qui ne font que reproduire les organisations telles qu'elles existent (ici la commune et la métropole) – à travers l'exemple étudié pointe la faible portée de réseaux de professionnels dont l'investissement tout relatif ne lui permet pas de dépasser les logiques de concurrence entre communes.

3.5.2. Des pratiques de réseau amenées à essaimer ?

Le Département s'est doté de réseaux d'acteurs autrement plus structurés que la commune et l'intercommunalité précédemment citées – probablement sous le triple effet d'une tradition forte, d'une ingénierie poussée et d'une expertise reconnue en matière d'action sociale.

Ces *réseaux territoriaux de compétences* sont à l'œuvre notamment dans le champ de la protection de l'enfance, avec la mise en place pour les services déconcentrés de plateformes pour traiter les situations complexes. Animés par les services ASE du Département, ils fédèrent à l'échelle locale des établissements, les acteurs de la justice, de la santé – voire du secteur du handicap si besoin :

« C'est un système qui fonctionne bien, avec une vraie capacité à regarder quelle est la meilleure solution pour le jeune, avec un vrai travail collaboratif pour sortir de la « patate chaude ». Cette capacité à faire, développée par l'ASE, elle est en train d'irriguer, de se diffuser. Et avant même le rapport Piveteau, un travail a été fait au niveau du Département pour aller chercher les institutions, notamment l'ARS et sa capacité à mobiliser le secteur Psychiatrie. »⁶⁵

La réflexion actuelle du Département est de capitaliser sur cette expertise du fonctionnement en réseau autour de situations concrètes, pour l'essaimer dans le champ du handicap. L'exercice est, selon le Département, plus complexe pour le handicap :

« On avance plus vite sur PA parce que PH c'est plus compliqué, il y a la MDPH. Et elle est organisée sur 5 territoires, et non pas 8, donc c'est plus difficile. Et comme l'activité de la MDPH ne cesse d'augmenter, elle est dans une logique de réponse aux demandes. Et puis il faut s'articuler, trois acteurs c'est plus compliqué que deux. Et on n'a pas le même périmètre que la MDPH : nous on pense qu'on peut aller plus loin dans les évaluations que la MDPH. »

Le rôle de la MDPH ne va alors pas sans poser question : supposément pivot des actions en termes de handicap sur le territoire, son action – contrainte par l'accroissement de son activité – ne lui offre pas suffisamment de souplesse pour développer le travail en réseau et « *participer à un travail collectif avec le Département et l'ARS* »⁶⁶. De ce point de vue, la territorialisation de l'action départementale semble, pour les acteurs, un levier puissant :

⁶⁴ Entretien, agent de la Ville de Lille.

⁶⁵ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁶⁶ Entretien, agent du Conseil départemental.

« Il va falloir que les équipes se rencontrent sur les territoires, se comprennent, et à terme pourquoi pas avoir une seule équipe qui évalue l'APA et la PCH. Donc la territorialisation va permettre ça ; elle a le mérite de mettre les gens autour d'une table. »⁶⁷

Enfin, le travail partenarial est confronté à une autre difficulté, avec l'interférence de structures nationales dans un jeu d'acteurs local ; le Département souligne ainsi que les liens forts de la MDPH avec la CNSA, *« qui reçoit quasiment des instructions de la CNSA, parfois contradictoires avec les orientations départementales, avec une tendance à être aspirée par le national »⁶⁸*, complexifient la configuration.

⁶⁷ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁶⁸ Entretien, agent du Conseil départemental.

1. La situation des personnes handicapées en Pas-de-Calais

Le Pas-de-Calais est un département de taille importante (1 453 387 habitants en 2006, soit le 7^{ème} département de France, relativement jeune, mais au dynamisme démographique modéré. Il s'agit également d'un des départements les plus urbanisés et les plus densément peuplés ; la grande majorité des communes ayant une population inférieure à 2000 habitants, le Pas-de-Calais est ainsi le département dénombant le plus de communes.

Il s'agit également d'un département relativement pauvre, avec des taux de chômage et une part d'allocataires du RMI très élevés comparativement aux indicateurs nationaux.

A ces caractéristiques globales s'ajoutent un nombre important de personnes en situation de handicap : l'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM) commandée à l'INSEE en 2008 a mis en évidence que la population du Pas-de-Calais est caractérisée par une prévalence plus forte des trois formes de handicap (reconnu, ressenti et/ou identifié) par rapport aux niveaux moyens en France métropolitaine. L'enquête a également mis en lumière que les personnes handicapées du département sont globalement plus dépendantes que dans les autres départements⁶⁹.

En ce qui concerne les allocations, le département du Pas-de-Calais comptait sur son territoire, en 2012, 2 657 bénéficiaires de la PCH. En termes d'offre, le département se caractérise par une forte dotation en places en institut médico-éducatif (IME), un fort taux d'équipement en foyer d'hébergement et une dotation en foyer de vie proche de la moyenne nationale.

Le travail territorialisé de diagnostic réalisé lors de l'élaboration du Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés 2011-2015 a permis de dresser un diagnostic des 9 territoires infra-départementaux, permettant d'identifier finement les besoins et l'offre. L'exercice présente la particularité intéressante d'interroger, pour certains de ces territoires, le niveau de coordination des acteurs. Force est de constater qu'il ne s'agit pas d'un point fort sur les différents territoires, comme cela est constaté sur le territoire de l'Arrageois : « *il y a peu de coordination d'acteurs, une coordination thématique et géographique devant être mise en place* »⁷⁰. Des préconisations sont néanmoins avancées ; il peut ainsi s'agir de « *favoriser le décroisement et de renforcer la coordination des acteurs par la mise en place d'un réseau des acteurs locaux, le développement d'outils de travail commun et l'installation de groupes d'échanges visant l'analyse de situations pratiques* »⁷¹.

⁶⁹ 6,5% des PH âgées de 25 à 54 ans sont soit confinées au lit ou au fauteuil (non roulant), soit ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, soit ayant besoin d'aide pour sortir du domicile – contre 5,2% en France.

⁷⁰ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

⁷¹ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

2. Le Schéma départemental enfants et adultes handicapés 2011-2015

Le Conseil départemental a élaboré le Schéma départemental en faveur des PH en complément du Schéma départemental en faveur des personnes âgées. Il revendique « *une profonde modernisation de l'approche* »⁷², à deux niveaux :

- avec un engagement d'acteurs tels que l'Etat, l'ARS, la DIRECCTE et l'Education nationale ;
- avec une approche plus globale de la PH, notamment *via* l'inclusion des enfants et des PH en recherche d'emploi parmi les publics-cibles.

Pour l'Etat, l'intérêt d'un Schéma « élargi », avec un champ d'intervention au caractère global, est de prendre en compte des thématiques telles que la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, la vie professionnelle des PH, ainsi que la mise aux normes d'accessibilité.

2.1. Orientations et objectifs stratégiques

En termes de compétences, rappelons que le Département exerce sa responsabilité à l'égard des personnes âgées et personnes handicapées au travers : de l'autorisation et la création d'établissements et services, du financement de l'APA et de la PCH, de la tutelle administrative et financière de la MDPH, de la gestion de l'aide sociale générale.

2.1.1. **Ambitions, orientations et actions**

Le Schéma présente quatre grandes ambitions, regroupant 56 actions :

- ambition 1 : un Schéma partagé au service d'une approche globale de la personne handicapée ;
- ambition 2 : l'individualisation des réponses à apporter aux personnes handicapées ;
- ambition 3 : le territoire, échelle pertinente de mise en œuvre du Schéma ;
- ambition 4 : un Schéma tourné vers la convergence des politiques en faveur de l'autonomie.

Ces quatre ambitions se traduisent, en Pas-de-Calais, par l'adoption de cinq orientations stratégiques départementales :

- orientation 1 : accompagner la personne en situation de handicap et sa famille ;
- orientation 2 : créer les conditions de vie citoyenne pour les personnes en situation de handicap ;
- orientation 3 : favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- orientation 4 : favoriser l'insertion professionnelles des personnes en situation de handicap ;
- orientation 5 : développer une offre de services diversifiée et suffisante à l'échelle des territoires.

Si le précédent Schéma en faveur des adultes handicapés (2003-2008) affichait la volonté de permettre aux PH de vivre au cœur de la cité, le champ d'intervention du Schéma 2011-2015 est plus vaste, affirmant intégrer complètement les principes de la loi du 11 février 2005, agir sur le handicap sous toutes ses formes, couvrir tous les âges de la vie et permettre un accès aux droits fondamentaux de

⁷² Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

tous les citoyens. Il annonce, dès sa rédaction, l'ambition du Schéma suivant (2016-2020), qui visera à aller plus loin en étant un Schéma de l'Autonomie concrétisant la volonté de convergence des actions envers les PA et PH.

2.1.2. Un Schéma élaboré à trois niveaux

L'élaboration du Schéma s'est basée, avant tout, sur « *une collaboration étroite* »⁷³ entre les services du Conseil départemental, de la MDPH, des services de l'Etat et de l'ARS, les autres acteurs ayant été consultés dans le cadre de sa conception.

Dans les faits, trois niveaux de concertation ont été mis en place :

- **le pilotage coordonné** entre la MDPH, la DDASS et le Conseil général, ces trois institutions étant concernées par l'ensemble des thématiques du Schéma : travail en commun sur l'élaboration de la méthodologie, animation de la démarche et écriture ;
- **le « travail serré »** avec des institutions partenaires : Education nationale, DDE, DDTEFP, CAF, CRAM, concernées par certains thèmes abordés dans le Schéma ;
- **la « concertation élargie »** à l'ensemble des acteurs du champ du handicap lors des grandes étapes de la démarche – et notamment durant la phase de réflexion.

On le voit, la distinction entre deux cercles d'acteurs centraux s'est faite en fonction de leur capacité à embrasser transversalement l'ensemble des thématiques couvertes par le Schéma. Il s'agit ici d'un premier niveau d'interprétation des compétences des différents acteurs.

La gouvernance mise en place a dès lors été multiple, présentant notamment la particularité de proposer des instances territoriales :

- le Comité de pilotage, avec un rôle d'instance décisionnelle, et présidée par le Vice-président du Conseil général en charge des personnes handicapées. Le Conseil régional y a été convié et y a participé ;
- le Groupe Projet, généraliste, avec un rôle de maîtrise d'œuvre technique, et co-animé par le Département et l'Etat ;
- les Comités territoriaux du handicap (CTH), désignés comme des lieux de travail et de concertation à l'échelle du territoire, et dont la première mission a été de concevoir un diagnostic partagé du handicap sur leur territoire.

On le voit distinctement, la place des collectivités locales – hors Département et Région – dans l'élaboration de ce Schéma est circonscrite à une éventuelle participation aux CTH ; ceux-ci sont présidés par les Vice-présidents des Commissions locales et des droits et de l'autonomie, et co-pilotés par les représentants de la DDASS, du Département, et des Maisons du Département Solidarité (MDS). Ils réunissent « *les acteurs institutionnels et l'ensemble des directeurs d'établissements et services médico-sociaux* »⁷⁴ de chaque territoire.

⁷³ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

⁷⁴ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

2.2. Organisation partenariale : un Schéma centré sur le Département et l'Etat

Le Schéma l'affirme, « *le Département, en concertation avec l'Etat, est maintenant le pivot de l'action publique en faveur des personnes handicapées* »⁷⁵ - il faut ici noter la nuance lexicale avec le rôle de *chef de file* de l'action sociale ; ce rôle de *pivot* s'articule, notamment, autour de trois fonctions : la *responsabilité* du Schéma départemental, la *présidence* du GIP MDPH, et l'*allocation* de la nouvelle PCH.

Ce rôle doit également se comprendre dans le contexte énoncé auparavant d'un département souffrant de nombreuses problématiques sociales ; dès lors, le handicap n'est pas appréhendé comme un axe transversal, il est une question parmi d'autres au sein d'une collectivité dont le budget d'action sociale est très élevé :

« La question du handicap n'est pas globalement prise en charge par la collectivité. Elle l'est sur 3 secteurs : au niveau ressources humaines, transport, action sociale ; mais elle n'est pas affichée comme une grande priorité départementale. Aussi parce qu'il y a tellement de priorités en Pas-de-Calais. On a tous les indicateurs au rouge, avec une prévalence forte du handicap, beaucoup de bénéficiaires du RSA. 75% du budget est consacré à l'action sociale en Pas-de-Calais – c'est le premier Département de France. »

2.2.1. Une approche territorialisée qui s'appuie sur les MDS et la MDPH

Très clairement, les collectivités locales autres que le Département ne sont pas identifiées comme les relais locaux de la politique Handicap. Pour mettre en œuvre l'objectif de territorialisation, le Département s'appuie ainsi avant tout sur ses propres services.

Les neuf Maisons Département Solidarité (MDS) ont ainsi pour objectif de rapprocher les services publics concernés, étant garantes de la mise en œuvre des politiques à l'échelle de leur territoire. Si elles sont avant tout un outil pour l'action sociale, elles fonctionnent en lien étroit avec les antennes territorialisées de la MDPH : les équipes médico-sociales des MDS réalisent ainsi l'instruction des demandes de PCH.

Ces instances territorialisées articulant action sociale (MDS) et handicap (antennes MDPH) sont supposées, une fois le Schéma adopté, être le pivot de la mise en œuvre de Projets Territoriaux du Handicap (PTH). Ces PTH couvrent quatre domaines : la coordination des projets institutionnels, notamment pour assurer la continuité des prises en charge, la mutualisation de certains moyens (médecins, psychiatres, orthophonistes, etc.), le développement de projets communs (en matière de formation, de prévention, etc.) et le développement d'une fonction d'observatoire.

Les PTH constituent également, pour le Conseil général, une base de négociation avec les intercommunalités dans le cadre de la contractualisation sur le volet PH. On le voit, la

⁷⁵ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015

contractualisation est dans le domaine du handicap la forme de coopération privilégiée du Département avec les autres collectivités locales, et uniquement avec les EPCI⁷⁶.

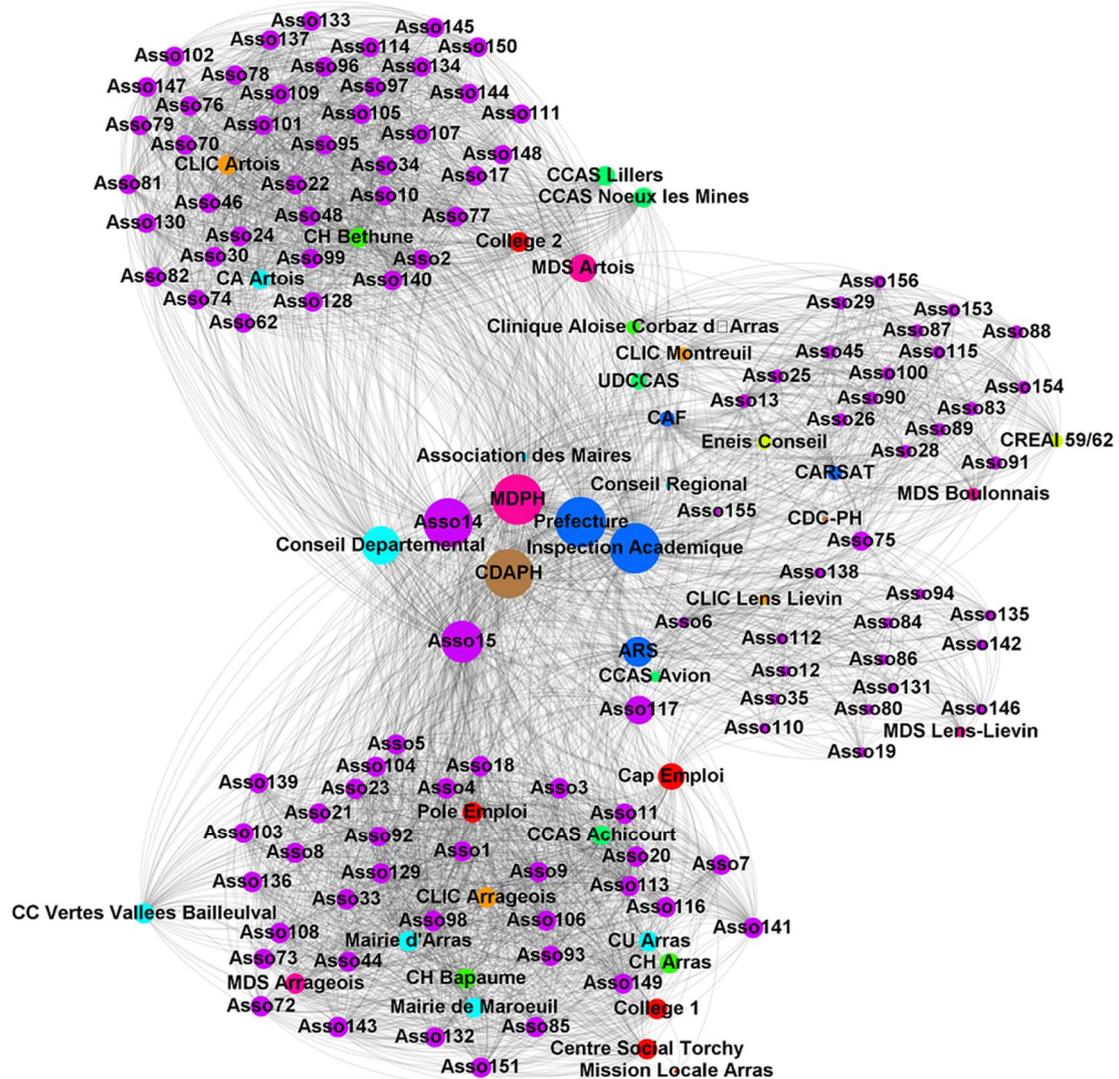
2.2.2. La mobilisation d'un réseau pour l'application du Schéma

La réalisation d'une analyse de réseau d'une partie des structures impliquées dans l'élaboration du Schéma départemental⁷⁷ nous permet de mieux situer la capacité de mobilisation du chef de file – ici le Conseil Départemental :

⁷⁶ Cette contractualisation prend la forme d'un contrat entre le Conseil général et l'EPCI, établi à partir d'un diagnostic et d'un projet de territoire partagé, intégrant les opérations menées par les contractants sur le territoire pour une période de trois ans.

⁷⁷ Nous avons retenu, pour ce corpus, les structures participant : au Comité de pilotage, au groupe-projet, à la CTH de l'Arrageois, à la CTH de l'Artois, à la CTH du CommunAupôle Lens-Liévin.

Grphe 1 : rseau mobilis pour l'laboration du Schma dpartemental



La premire information est que le rseau mobilis dans la concertation est composee de 156 structures, ou types de structures impliquees. La seconde information importante est la diversite des 10 structures les plus centrales l'laboration du Schma :

Table 1 : Les acteurs les plus centraux dans le rseau

Ordre	Centralit de degr ⁷⁸	Catgorie
1	Prfecture	Services de l'Etat
2	Inspection acadmique	Services de l'Etat
3	MDPH	MDPH
4	Association 14	Etablissements/associations

⁷⁸ La centralit de degr considre comme centraux les nuds qui possdent les degrs les plus levés du graphe. En effet, ces nuds suscitent un grand intérêt, sont trs visibles, et ont un potentiel levé à faire circuler l'information, par leur forte connectivit aux autres éléments du rseau.

5	CDAPH	Instance de gouvernance
6	Association 15	Etablissements/associations
7	Conseil départemental	Collectivité locale
8	ARS	Services de l'Etat
9	Association 17	Etablissements/associations
10	Maison Départementale Solidarité (MDS) de l'Artois	Collectivité locale

On le voit, parmi les 10 structures les plus centrales figurent une seule collectivité territoriale – il s'agit bien évidemment du Conseil Départemental, accompagnée de la structure concrétisant l'action auprès des personnes handicapées (la MDPH), ainsi que d'un de ses relais de proximité (MDS de l'Artois). Trois structures relevant des services de l'Etat sont présentes : l'ARS, les services de la Préfecture (DDCS, DIRECCTE, etc.) et l'Education nationale.

Dans cette configuration, il est important de noter la diversité des types de collectivités territoriales impliquées dans l'ensemble du réseau, bien qu'en très faible nombre :

- deux communes (Mairies d'Arras et de Mareuil) ;
- trois intercommunalités (CC des Vertes Vallées Bailleulval, CA de l'Artois, CU d'Arras) ;
- le Conseil régional ;
- une instance représentative (Association des Maires).

Les établissements et associations sont centraux dans le réseau, mais comparativement moins que dans d'autres réseaux étudiés. Notons la centralité de la CDAPH, impliquée à la fois au niveau départemental et à l'échelle locale – elle est transversale et articulée aux différentes communautés territoriales (représentées par les trois pétales : Arras, Lens-Liévin, Artois).

Dans chacune de ces communautés territoriales, la présence d'une Maison Départementale Solidarité affirme l'ancrage local du Département, qui n'est, en tant qu'institution centralisée, que le 7^{ème} acteur le plus central du réseau constitué. En d'autres termes, le Département délègue, sur les territoires, l'animation des réseaux aux MDS.

3. Coopérations entre collectivités : le Département animateur local

3.1. Le binôme MDPH-MDS au cœur des coopérations territoriales

3.1.1. Une MDPH relativement autonome, mais très connectée aux MDS

A la différence d'autres départements étudiés, la MDPH du Pas-de-Calais bénéficie d'une marge de manœuvre assez large – probablement liée à son caractère décentralisé (avec trois antennes) :

« La MDPH est autonome, elle a une véritable autonomie budgétaire, administrative, physique même – on n'est pas sur le site du Département. Par contre elle bénéficie d'un appui fort et constant du Département ; sur le plan financier bien sûr, c'est le financeur principal, et la part de financement du Département augmente. »⁷⁹

La MDPH s'appuie sur les MDS pour augmenter en visibilité auprès des publics : la mission d'accueil et d'information de la MDPH s'exerce ainsi à partir des 9 Maisons Départementales Solidarité du Département, de manière territorialisée. De plus, l'évaluation des demandes de PCH est déléguée aux équipes du Département.

Ce lien fort avec les MDS présente plusieurs avantages :

« La proximité de la réponse au public ; pouvoir déployer une capacité d'expertise réelle – les équipes médico-sociales traitent également les demandes d'APA, il y a également des ergothérapeutes qui interviennent. On a des équipes complètes au plus près des usagers – la seule MDPH aurait du mal à assumer cette expertise et cette proximité de service. »⁸⁰

In fine, le Département regroupe, au travers des MDS, l'exercice de l'ensemble de ses missions sociales : l'insertion, l'aide sociale à l'enfance, la PMI et l'aide aux personnes âgées et personnes handicapées ; l'enquête menée montre que cette organisation à la fois très intégrée et fortement territorialisée ne dispense pas le Département d'établir des relations avec les collectivités locales, et notamment avec les communes – interactions qui sont souvent basées sur la recherche d'une proximité auprès de l'utilisateur que le système de MDS offre déjà.

3.1.2. Des conventionnements à plusieurs niveaux

La relative autonomie de la MDPH se matérialise dans le fait qu'elle conventionne elle-même avec les CCAS du département volontaires ; avec ce système, ce ne sont pas les entités politiques (le Département et les communes) qui contractualisent entre elles, mais bien des entités beaucoup moins politisées, et gestionnaires d'enjeux techniques – la MDPH et les CCAS.

Les enjeux de ce conventionnement tournent principalement autour de la question de l'accueil et de l'information des publics : l'idée est celle d'une collaboration graduée, sur deux niveaux : l'accueil

⁷⁹ Entretien avec la MDPH.

⁸⁰ Entretien avec la MDPH.

simple de premier niveau, pour renvoyer ensuite au sein des MDS et l'accueil « plus expert », avec une formation des agents du CCAS par ceux de la MDPH.

Ce conventionnement représente une réelle plus-value pour l'utilisateur, comme le souligne en creux le représentant d'un CCAS qui n'a pas conventionné avec la MDPH :

« Il n'y a pas de contractualisation car le CCAS, ici, n'a pas la compétence handicap. S'il on l'avait, alors oui les partenariats sur le handicap seraient réels. Ce serait sûrement un plus. On se pencherait sur les problèmes actuels de manière beaucoup plus opérationnelle. »⁸¹

Le conventionnement, on le voit avec cet exemple, repose sur un prérequis : que les communes investissent *a minima* la question des personnes handicapées, ce qui n'est clairement pas le cas sur l'ensemble du territoire :

« Soyons clairs, moi je suis élu, je l'assume : on n'a pas de politique handicap et de politique PA sur notre territoire. On a un accompagnement, mais un accompagnement ne fait pas une politique. Le but c'est qu'on dépasse ça : si on récupérait la compétence handicap et PA, forcément ça libérerait pour signer des conventions car on aurait une politique globale. Ça faciliterait la vie des gens : aujourd'hui, un handicapé à Lens, il n'a pas un fléchage simple, hein ! Il va aller là, on va le renvoyer là, puis là, et là. »⁸²

Apparaît ici nettement la question *politique* : la possibilité d'une collaboration technique accrue entre les CCAS et la MDPH est conditionnée à un investissement politique de la question du handicap par la commune.

3.1.3. Les CTH, lieu de concertation des acteurs

Le rôle attribué aux CTH est annoncé comme étant de « *favoriser une connaissance des différents acteurs, la coopération systématique et permanente entre organismes, structures, professionnels, de façon à utiliser et à adapter au mieux les moyens existants et à permettre des prises en charge individuelles cohérentes* »⁸³. Ces instances n'ont donc pas vocation à traiter des situations individuelles de personnes handicapées, mais bien de favoriser la concertation des acteurs et l'articulation des actions menées sur les territoires en matière de handicap.

Si les CTH sont de véritables espaces d'échanges entre acteurs, au niveau institutionnel, un deuxième niveau d'échanges d'information a lieu de manière beaucoup moins formelle, par exemple entre le Département – et notamment les professionnels des MDS – et la MDPH :

« Ça va bien au-delà de la simple remontée, ça se traduit aussi par la recherche de solutions ad hoc partagées entre la MDPH et les organismes financeurs pour trouver des solutions pour les personnes dans des situations difficiles. Cela se passe sans qu'il y ait d'instances de concertation prévues, cela se fait bilatéralement entre les professionnels de la MDPH et ceux du Département, etc. »⁸⁴

Ces échanges entre professionnels se retrouvent aussi entre les professionnels des CCAS et ses partenaires, parmi lesquels la MDS :

⁸¹ Entretien avec la direction et la présidence d'un CCAS.

⁸² Entretien avec la direction et la présidence d'un CCAS.

⁸³ Schéma départemental en faveur des enfants et adultes handicapés du Pas-de-Calais, 2011-2015.

⁸⁴ Entretien avec la MDPH.

« Le CCAS fait aussi des permanences en décentralisation, et on a regroupé au CCAS des permanences : on a demandé à la CAF d'installer une borne visio, et un agent de la CAF en permanence. Et il y a échange d'informations, complémentarité, entre l'agent du CCAS et l'agent de la CAF. S'il y a une situation à approfondir, il y a un échange. Comme avec la MDS. »⁸⁵

De ce point de vue, si des diagnostics territoriaux – plus ou moins approfondis – ont pu être produits dans le cadre de la CTH pour l'élaboration du Schéma départemental, la conception des politiques publiques départementales se heurte, comme dans beaucoup d'autres territoires, à un outillage statistique défaillant :

« Je ne dirais pas qu'on est bien outillés : un problème c'est la capacité de la MDPH à nous donner des chiffres fiables ; et sa difficulté à nous donner des indicateurs par territoires infra départementaux. On a 9 territoires, et la MDPH fait des rapports d'activité par territoire depuis 2 ans, mais on n'entre pas dans le détail de leur organisation, et ça c'est un vrai frein. »

Ici, la volonté de mettre en œuvre l'action publique à l'échelle locale est impactée par le faible renseignement des acteurs quant aux besoins des individus en situation de handicap, à la réalité du terrain ; si l'organisation est déployée avec les neuf MDS et les antennes territoriales de la MDPH, le circuit d'information restreint ne permet pas d'élaborer une politique départementale assise sur une connaissance précise des réalités locales.

3.2. La coopération autour de projets innovants

Dans le Pas-de-Calais, une des orientations fortes du Conseil départemental est de rééquilibrer les réponses institutionnelles aux demandes des PH, notamment dans le cadre du partenariat avec la MDPH et l'ARS : il s'agit ainsi principalement de soutenir le maintien à domicile, en créant des places supplémentaires en SAMSAH et SAVS, et d'avoir une palette de réponses permettant de construire un parcours pour la PH, y compris à partir du domicile. Dans ce cadre, le Département favorise l'émergence de projets locaux qui s'inscrivent dans la logique du maintien à domicile.

3.2.1. Les résidences adaptées, un projet partenarial

Des projets de logements de droit commun, adaptés à la vie des PH grâce à la domotique et/ou l'aide à la vie sociale ont ainsi été co-portés par le Département, et notamment : une résidence pour les personnes souffrant de trisomie 21, et une pour les personnes avec des handicaps psychiques.

Ce type de projets favorise le rapprochement, notamment avec les acteurs du logement, et spécifiquement les bailleurs sociaux, positionnant le Département dans un rôle de médiateur pour faciliter le dialogue entre des acteurs qui parfois ne se connaissent que peu :

« C'est un besoin de trouver des partenariats un peu plus opérationnels entre le monde du milieu ouvert et le monde des établissements – ce qui n'est pas évident parce qu'ils ne se connaissent pas toujours et n'ont pas les mêmes enjeux/réponses/fonctionnement. Et mettre tout le monde autour de la table ça peut être compliqué : là le Département a un rôle de médiateur, d'assembleur, et ça nous demande de simplifier, de trouver des dérogations à des mesures comme la PCH, et de tricoter un certain nombre de choses ensemble. »⁸⁶

⁸⁵ Entretien avec la direction et la présidence d'un CCAS.

⁸⁶ Entretien, agent du Conseil départemental.

Le Conseil départemental adopte une posture nouvelle avec ce type d'approche : alors qu'il était, dans les précédents Schémas, plus dans une logique descendante, il se place désormais comme une interface dans un jeu partenarial plus élargi :

« On est plus dans la construction de partenariat que dans un cadre directeur où on dirait 'voilà, le Département dit il faut faire comme ça, on va vous donner tant'. »⁸⁷

Cette posture s'inscrit, très clairement, dans une logique de pression budgétaire qui incite le Département à se poser davantage en animateur de réseaux locaux, de facilitateur de projets ; autrement dit, la notion de chef de filât se recompose au sein d'une gouvernance élargie, dans une logique « par projets », fonction des contextes locaux, et donc plus soumis à l'engagement des autres acteurs locaux sur la question du handicap.

3.2.2. Les communes et intercommunalités, un investissement très variable

Si, on le voit, la posture du Département peut évoluer et prendre des formes multiples – conventionnement avec les CCAS via la MDPH, rôle de médiateur avec les acteurs locaux (publics et privés), une réelle difficulté se pose quant aux interactions avec les communes et intercommunalités, dont l'engagement variable sur le handicap ne facilite pas des relations stabilisées. Il en va ainsi de l'agglomération de Lens-Liévin, qui n'investit pas du tout le handicap :

« Avec la CA de Lens-Liévin, on travaille mal ! On a pour toutes les EPCI des Contrats territoriaux de développement durable, et l'agglomération de Lens-Liévin est tournée principalement vers l'emploi, la culture et l'aménagement du territoire (PLUI, SCOT). Sur le champ de l'action sociale, je vous invite à lire le Contrat de développement durable, c'est très pauvre : ils considèrent que l'action sociale c'est l'affaire du Département, ou des communes, mais pas de l'EPCI. Je le sais parce que je suis élue sur cette EPCI. Ils ont fait le choix de l'emploi. »⁸⁸

« Si, il y a un travail mis en place avec l'agglomération, mais ça reste succinct. Au niveau du CCAS, on travaille beaucoup plus avec l'UDCCAS qu'avec l'agglomération. Faut se dire les choses, franchement, avec l'agglomération... Et moi j'ai déjà proposé qu'on ait un CIAS, et je peux vous le dire, c'est pas demain ! Alors que ce serait très pertinent. Je peux vous le dire, là-dessus l'UDCCAS est beaucoup plus efficace que l'agglomération, et j'assume, je suis un élu. A l'agglomération, il y a eu des choses de faites sur les transports – sur le social, en revanche, le travail de l'agglomération est critiquable. »⁸⁹

La diversité des priorités – et donc des compétences – des EPCI n'invite, clairement, pas le Département à en faire un type de partenaire stable ; à l'inverse des communes avec lesquelles il est aisé de collaborer, toutes disposant d'un CCAS.

De ce point de vue, la taille des collectivités locales est un facilitateur de coopération pour le Département, pour lequel il est plus aisé de travailler avec des « grandes collectivités », notamment parce qu'elles disposent de ressources internes :

« On peut avoir des communes intéressées par ces questions-là ; par exemple les communes où il y a de gros CCAS, qui travaillent inévitablement sur le champ des PA-PH : certains ont

⁸⁷ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁸⁸ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁸⁹ Entretien avec la direction et la présidence d'un CCAS.

développé des services d'accompagnement à la vie sociale ou d'aide à domicile, donc on va les retrouver dans les partenariats. La ville d'Arras était très engagée sur ce champ, elle va peut-être l'être moins pour des raisons budgétaires. »⁹⁰

Ainsi, toutes les collectivités ne représentent pas le même intérêt pour le Département, qui engage des collaborations avec certaines d'entre elles, et dont les autres partenaires sont avant tout la MDPH, l'ARS, et les têtes de réseaux associatives. Dans ce contexte, les EPCI sont, de par l'étendue de leur territoire, leurs ressources, des partenaires potentiellement intéressants :

« Mieux articuler les champs, ça se ferait au niveau des EPCI : par exemple avec la résidence Bon Secours qui accueille des personnes trisomiques en ESAT, si on n'avait pas eu un partenariat fort avec le bailleur HLM et la Communauté urbaine d'Arras et la ville d'Arras, ça n'aurait pas marché. Au final le partenariat c'est : Département, Ville, Communauté urbaine, ARS, association porteuse, bailleur. Il faut des partenariats construits. Parce qu'aujourd'hui on construit des établissements, c'est l'affaire de l'ARS et du Département. Mais si demain on construit des logements, on va changer de paradigme : il faut qu'on se rapproche les uns des autres. »⁹¹

Si ces projets multi-acteurs sont longs à mettre en œuvre, ils apparaissent, pour le Département, comme la tendance la plus pertinente en matière de handicap.

⁹⁰ Entretien, agent du Conseil départemental.

⁹¹ Entretien, agent du Conseil départemental.

Monographie Charente-Maritime

1. La situation des personnes handicapées en Charente-Maritime

La population du département de la Charente-Maritime s'élève en 2009 à 616 632 habitants. Il s'agit du département le plus peuplé de la Région Poitou-Charentes (le 38^{ième} département en France Métropolitaine).

La situation démographique est la suivante :

- La population est en forte augmentation de 9,8% par rapport au recensement de 1999 ;
- Le dynamisme démographique est surtout présent dans les communes périurbaines.

Si la Charente-Maritime est un département dont la population croît rapidement, on constate également une population plus « âgée » que la moyenne nationale. La population des personnes de plus de 60 ans représente 182 000 personnes, soit 29% de la population totale.

Les demandes et les dépenses, comme dans d'autres départements ont fortement augmenté depuis 2008 dans le département :

« Les dépenses en matière d'aide sociale aux personnes handicapées en Charente Maritime ont fortement augmenté entre 2008 et 2012, soit une hausse de plus de 25% en quatre ans. Cette évolution importante est notamment due à la mise en place de la PCH en 2006 suite à la loi du 11 février 2005 ».

Le département de la Charente-Maritime se situe dans la classe 3, avec des dépenses de PCH relativement faible ; le taux de de bénéficiaires de la PCH a été Le taux d'équipement en lits et places en établissements et services pour adultes du département est relativement faible (4,8, rang 62) par rapport à d'autres départements comme la Corrèze, et montant des dépenses sociales est jugé important par le Département⁹².

Comme nous allons le voir dans la présente monographie, la politique du département se caractérise par une approche sociale et une approche de l'emploi des PH forte par rapport à d'autres départements.

1. Le schéma départemental du handicap 2013-2017

⁹² Il se situe dans une fourchette moyenne basse entre 435 et 505 euros, DREES, Dépenses d'aide sociale des départements, n°192, Septembre 2014.

La Charente-Maritime a mis en place un premier schéma départemental en faveur des personnes handicapées sur la période 2013-2017 qui se structure autour d'une approche forte dans le champ de l'action et de l'aide sociale⁹³. Un schéma de l'autonomie PA/PH est envisagé après 2017.

1.1. Orientations stratégiques

Le schéma départemental définit les grandes orientations de la politique du Département. Il se décline en plusieurs objectifs et fiches actions.

1.1.1. Objectifs : une forte orientation sur l'action sociale

Le schéma est destiné à améliorer les conditions d'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées (adultes, mais également enfants en situation de PH) selon les priorités suivantes :

- **Objectif 1** : Formaliser les échanges entre le secteur sanitaire et social ;
- **Objectif 2** : Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées ;

Ces deux objectifs se déclinent en cinq axes :

- **Axe 1** : Développer la coordination, favoriser l'information et la protection des personnes handicapées en situation de vulnérabilité ;
- **Axe 2** : Favoriser le parcours des personnes handicapées et l'accompagnement tout au long de la vie en structures sociales et médico-sociales ;
- **Axe 3** : Améliorer l'accompagnement à domicile, l'aide et la formation des aidants ;
- **Axe 4** : Encourager le maintien et l'intégration des personnes handicapées dans la société ;
- **Axe 5** : Organiser le pilotage de la politique départementale en faveur des personnes handicapés ;

La politique du Département présente ici « une ambition modeste »⁹⁴. S'il reprend le terme de « parcours », il demeure peu précis sur la prise en charge et l'accompagnement d'un parcours des PH (des enfants jusqu'aux personnes les plus âgées) et d'un rapprochement des politiques PA et PH, par rapport à l'approche développée en Mayenne.

Le schéma traduit en revanche une ambition forte sur l'aide sociale globale et l'aide sociale aux personnes en situation de handicap, Ainsi, le schéma départemental rappelle que la Charente-Maritime présente un taux de chômage de 11% (supérieur à la moyenne nationale de 9,1% selon les chiffres de 2009), et des dépenses nettes d'aide sociale importantes.

Le schéma a surtout pour ambition de résoudre, fluidifier et coordonner des enjeux techniques plus que des enjeux de convergence PA/PH, comme en témoigne le contenu des fiches actions qui déclinent plusieurs types d'action envers les différents publics (jeunes, adultes, PA) plutôt que la convergence des différentes politiques PA/PH.

⁹³ Les informations ci-dessous sont tirées du schéma départemental des personnes handicapées 2013-2017 de Charente-Maritime.

⁹⁴ Entretien avec un technicien du département.

1.1.2. Les fiches actions du schéma

Le recensement des fiches-actions du schéma départemental de la Charente-Maritime permettent de mieux comprendre les priorités et les partenariats privilégiés sur le plan politique et technique du Département, notamment la place des collectivités territoriales.

Sur 18 fiches actions, l'ARS est citée 14 fois, les CCAS sont cités 8 fois tandis que les communes sont citées 9 fois, tandis que les intercommunalités sont citées explicitement entre 2 et 5 fois⁹⁵ dans les fiches suivantes. :

- **Fiche action n°1-1 : structurer le partage d'informations en matière d'évaluation et de suivis médico-sociaux.** (CCAS et communes cités en partenaires).
- **Fiche action n°1-2 : Améliorer l'information et l'accompagnement des personnes handicapées et des familles pour les aider à mieux définir leurs besoins et leurs demandes d'aide.** (CCAS et mairie citées en partenaires.)
- **Fiche action n°2-1 : Faciliter l'inscription des personnes handicapées en établissements médico-sociaux.** (CCAS cité en partenaire).
- **Fiche action n°2-6 : Renforcer et diversifier les modalités de réponse aux besoins des personnes handicapées vieillissantes** (CCAS cité en partenaire).
- **Fiche action n°3-2 : Développer une démarche de soutien, de prévention et de formation auprès des aidants familiaux.** (mairies et CCAS cités en partenaires).
- **Fiche action n°4-1 : Améliorer l'accès à un logement adapté et la possibilité de réaliser des travaux d'adaptation de son logement.** (Mairies, CCAS et structures intercommunales cités en partenaires).
- **Fiche action n°4-2 : Améliorer et faire connaître les dispositifs existants de transports adaptés aux personnes handicapées** (CCAS, collectivités territoriales, commissions d'accessibilités citées en partenaires).
- **Fiche action n°4-4 : Poursuivre la promotion du label « Tourisme et handicap »** (Collectivités locales, CCAS cités en partenaires).
- **Fiche action n°4-5 : Favoriser l'accessibilité aux lieux et aux équipements culturels, sportifs et touristiques ainsi qu'à leur contenu** (Commissions intercommunales citées en partenaires)
- **Fiche action 4-6 : Contribuer à changer le regard sur les personnes handicapées.** (Partenaires associés (Collectivités locales citées en partenaires).
- **Fiche action 5-1 : Piloter la politique départementale en faveur des personnes handicapées s'appuyant notamment sur le schéma** (Collectivités locales citées en partenaires).

L'analyse de ces fiches montre que le Département envisage un haut niveau de collaboration avec les collectivités communales et les CCAS autour de l'information des publics PH, l'accès de ceux-ci aux services de logement, de transport, et d'équipement culturels, sportifs et touristiques, la formation

⁹⁵ Selon que l'on considère que le terme collectivité locale embrasse seulement les communes, ou les communes et les intercommunalités.

des personnels, ainsi qu'à un autre niveau, le pilotage de la politique du Département. En général, les collectivités sont moins associées sur les fiches du médico-social et du médical.

1.2. Une mise en œuvre partenariale limitée

La construction du schéma départemental a fait l'objet d'une démarche concertée avec les services de l'Etat, l'ARS, ainsi qu'un grand nombre de partenaires. La place des collectivités locales y est importante, par rapport à d'autres départements du terrain d'enquête.

1.2.1. Le schéma : une consultation partenariale

Le schéma départemental en Poitou-Charentes a été organisé autour de trois grandes phases avec une diversité d'acteurs :

- Phase 1 (juillet-décembre 2011) : un état des lieux de la prise en charge des PH en menant des entretiens (au sein du Département, avec l'ARS, la MDPH, la CAF, la MSA, la CARSAT, la DIRRECTE, la DDCS, de l'Education Nationale, des représentants associatifs et des établissements).
- Phase 2 (janvier-mai 2012) : une consultation avec des intervenants dans le champ du handicap, autour de quatre groupes de travail avec des représentants des usagers. Un « groupe » de travail institutionnel s'est réuni en parallèle avec des représentants du Département, de la MDPH et de l'ARS afin de « conforter la collaboration institutionnelle ».
- Phase 3 (juin-décembre 2012) : une enquête sur les besoins qualitatifs et quantitatifs des personnes handicapées orientées par la MDPH.

Ces différentes phases ont permis une forte coopération entre le Département, la MDPH et l'ARS, envisagé comme un partenaire privilégié du pilotage des fiches actions. Le schéma départemental ne propose pas de données sur la nature des acteurs ayant participé à la phase 2 de concertation.

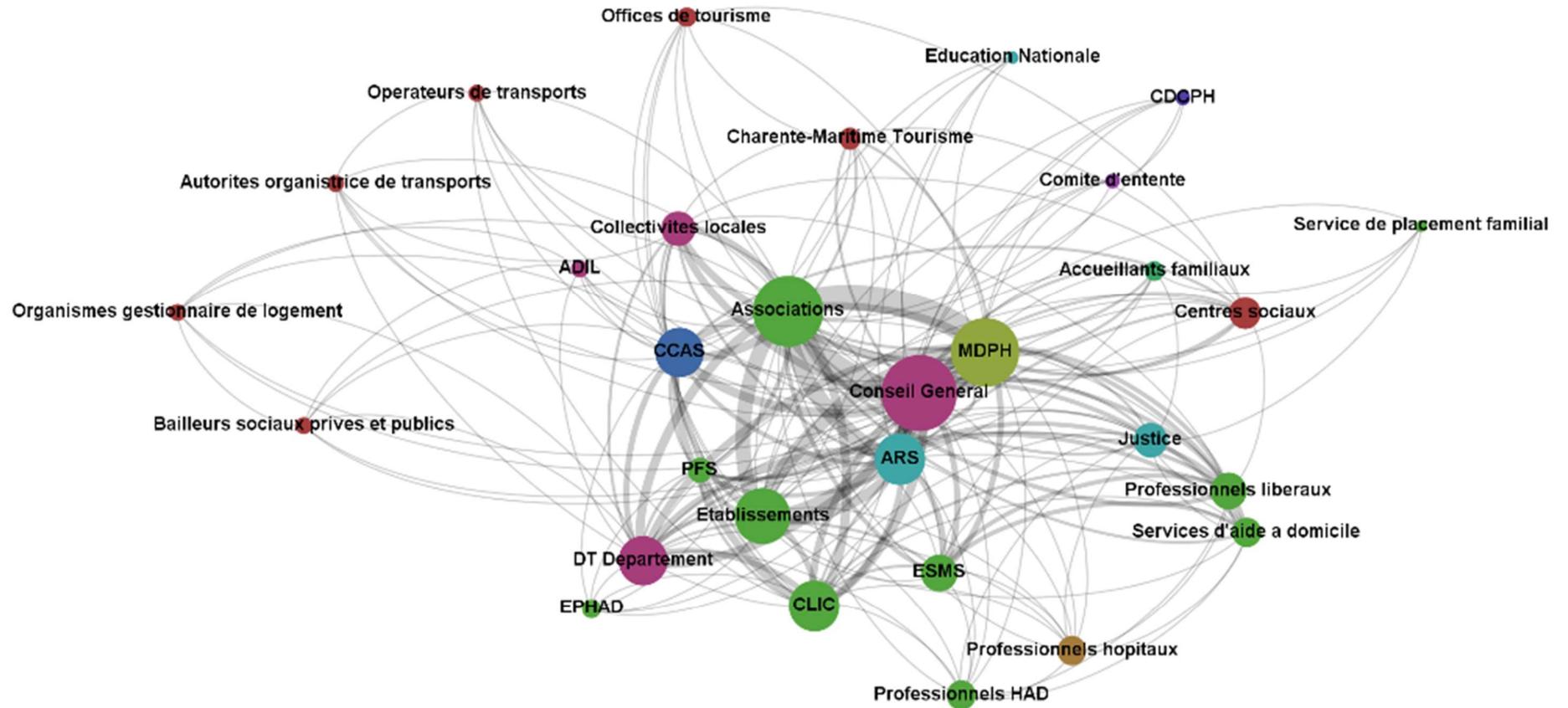
1.2.2. La mobilisation d'un réseau autour du schéma

La cartographie du réseau du schéma départemental du handicap permet de mesurer quelle est le réseau potentiellement identifié et mobilisable au cours du schéma départemental et de préciser quels sont ses principaux sur la question du handicap.

La cartographie a été réalisée à partir du corpus des fiches actions du schéma départemental. Chaque fiche évoque un certain nombre de partenaires (en tant que pilotes ou associés), pouvant être mis en réseau autour de la réalisation de ces fiches.

L'intérêt de mener une cartographie des réseaux du schéma est de donner, à un instant T, une vision d'ensemble des synergies que le Département souhaite mettre en œuvre pour faciliter la construction d'une politique sur le handicap. La cartographie ici représente le réseau voulu par le Département pour mener sa politique sur le handicap. La première information est que le réseau mobilisé autour des actions est composé de 30 structures ou types de structures, pour un total de 457 relations.

Grappe 1 : réseau mobilisable pour la mise en œuvre des actions du Schéma



La seconde information importante est la diversité des 10 structures les plus centrales dans la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire l'opérationnalisation du Schéma :

Tableau 1 : Score de centralité de degré des acteurs du schéma départemental⁹⁶

Rang	Acteurs et centralité de degré	Catégorie
1	Conseil Départemental (31)	Collectivité locale
2	Associations (29)	Etablissement/Association
3	MDPH (28)	MDPH/MDA
4	Etablissements (23)	Etablissement/Association
5	ARS (21)	Service de l'Etat
6	CLIC (21)	Etablissement/Association
7	CCAS (20)	Service de l'Etat
8	Délégations Territoriales du Département (20)	Collectivité locale
9	ESMS (15)	Etablissement/Association
11	Collectivités territoriales (14)	Collectivité locale

On le voit, le Conseil Départemental est évidemment la structure la plus centrale du réseau projeté dans le schéma départemental, accompagnée de la structure concrétisant l'action auprès des personnes handicapées (la Maison de l'Autonomie). Les autres collectivités territoriales occupent cependant une place importante, notamment au travers des CCAS.

On constate d'une part, que le schéma associe beaucoup des établissements et des associations accueillant ou représentant les personnes en situation de handicap. Il faut rappeler ce point de vue la grande place de l'action sociale et de l'aide sociale en Charente-Maritime, qui font partie d'un constat fort de l'action départementale sur le handicap.

On constate d'autre part que, parmi ces établissements, la place donnée aux établissements médico-sociaux et médicaux ESMS (SESSAD, SAAD, SAMSAH, SAVS, SSIAD) est moins importante que dans d'autres départements, tout comme la place donnée à l'ARS, certes importante, mais encore une fois moindre que dans d'autres départements.

Il apparaît alors que, en comparaison des autres départements, et au vu de la place donnée partenariale donnée aux associations, aux collectivités territoriales, et aux CCAS, par rapport aux acteurs du médico-social et du médical, que le modèle d'action et de service de prise en charge et d'accompagnement du Département sur le handicap est plus orienté sur l'action sociale que sur le médico-social et le médical en tant que tels.

⁹⁶ La centralité de degré considère comme centraux les nœuds qui possèdent les degrés les plus élevés du graphe. En effet, ces nœuds suscitent un grand intérêt, sont très visibles, et ont un potentiel élevé à faire circuler l'information, par leur forte connectivité aux autres éléments du réseau.

1.2.3. Une faible implication des collectivités

Un objectif fort du schéma était de clarifier la politique vis-à-vis des associations et de faciliter le travail technique entre les services et les acteurs médicaux-sociaux et médicaux. Pour autant, il faut noter que la place des collectivités reste relativement faible par rapport aux associations.

Pour le Département, le schéma sur le handicap a constitué « *le schéma le plus difficile, le plus compliqué par rapport aux autres schémas que nous avons mené, car c'est un domaine dans lequel les associations ont beaucoup de revendications, elles sont à fleur de peau. Elles demandent beaucoup d'attention et d'énergie à nos services* »⁹⁷.

A l'inverse, les collectivités, bien qu'elles soient fortement citées dans les fiches actions du schéma, ont été très peu associées.

« Cela pourrait se faire pendant le second schéma, nous envisageons de réaliser un schéma commun pour les PA et les PH ».

La principale raison avancée est que le Département considère qu'il existe « beaucoup de portes d'entrées » pour travailler avec les communes, et qu'il était préférable de travailler dans un premier temps sur l'organisation des services médicaux-sociaux et sociaux, plutôt qu'avec un trop grand nombre d'acteurs politiques.

1.3. Une gouvernance régionale et locale

Depuis la loi de 2005, le Département de la Charente-Maritime s'est beaucoup interrogé sur la manière de mettre en œuvre une politique globale et transversale à la fois au sein de ses propres services et à l'échelle des territoires, et la manière de favoriser une convergence des politiques PA et PH.

1.3.1. L'autonomie : vers un redécoupage transversal

Le Département de Charente-Maritime intervient en principe sur l'action sociale en faveur des personnes en situation de handicap autour de deux enjeux : l'attribution de prestations en espèces ou en nature pour les PH remplissant des conditions d'admission, et l'encadrement légal des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur ce public.

Entre 2010, le Département a connu une forte réorganisation des services. Les différentes directions ont été regroupées en quatre pôles (Ressources, Techniques, Ressources Humaines et Services aux Populations), qui rassemble plusieurs directions, le pôle Service aux Populations rassemblant les missions sociales, mais aussi le sport, la culture et l'animation du territoire).

Alors que la direction de la solidarité était alors auparavant l'élément structurant de l'action sociale et de l'autonomie, le schéma départemental a surtout eu pour objectif de renforcer la dimension transversale des différentes directions autour handicap, désormais traité par la direction de l'économie (pour l'habitat et le logement), du transport, et de l'autonomie (APA, PCH).

Le positionnement du schéma sur l'autonomie demeure alors modeste, car la politique du Département demeure encore beaucoup distribuée et gérée par les différentes directions, « *car*

⁹⁷ Entretien avec un technicien du département

pendant longtemps, jusqu'en 2010, l'action sur l'autonomie était principalement définie sous l'angle de l'action sociale de proximité portée par les assistances sociales de secteur»⁹⁸

La MDPH, créée en 2006, est placée sous la tutelle, administrative et financière du Département, et la commission exécutive (COMEX) est présidée par le Président du Conseil Général, ou son représentant. Mais elle garde, en Charente Maritime, son indépendance fonctionnelle vis-à-vis des services du Département.

Pour autant, la MDPH garde une grande autonomie et est considérée par celui-ci comme un acteur avec une capacité d'action propre. Il est possible d'illustrer cette indépendance par le fait que la MDPH est reconnue comme un pilote/responsable de mise en œuvre de plusieurs fiches actions du schéma départemental, ce qui n'est pas le cas dans d'autres départements⁹⁹.

« La MDPH est un GIP qui fonctionne en grande partie avec le financement de la CAF et du CARSSAT. Le président de la MDPH est le président du Département. Pour autant, la MDPH conserve son indépendance et ce n'est pas toujours très simple sur la prise de décision des grandes orientations. On n'est pas allé vers plus de rapprochement car on a des statuts de personnels différents, et puis nous avons une démarche plus territoriale que la MDPH ». ¹⁰⁰

Si la collaboration autour de la politique PA et PH s'est matérialisée par la création d'un Comité d'entente des associations représentatives des personnes en situation de handicap, le CDCPH, « pour défendre les droits de ces personnes », elle prend également forme, comme le souligne l'extrait d'entretien ci-dessus, dans une forte démarche territoriale.

1.3.2. Une animation territoriale décentralisée

A partir de 1997, le Département de Charente-Maritime a fait le choix de déconcentrer une partie de ses missions dans le domaine social en s'appuyant sur des Délégations Territoriales. Ce sont des lieux d'accueil pour tout public, pour écouter, informer, et orienter les PH selon les besoins autour de plusieurs enjeux, notamment l'aide à l'autonomie des PH et des personnes en situation de handicap¹⁰¹.

En 2010, avec la restructuration du Département, les Délégations Territoriales d'Action Sociales (DTAS) sont devenues les Délégations Territoriales (DT). Chaque DT est implanté sur un territoire spécifique (La Rochelle-Ré, Pays Rochefortais, Pays d'Aunis, Vas de Saintonge, Saintonge Romance, Royan-Marennes-Orléans, Haute- Saintonge).

A partir de 2010, de facto, les délégués territoriaux ont été reconsidérés comme des acteurs clés d'une offre de service non plus sur l'action sociale, mais l'autonomie dans un sens plus large, et par conséquent du handicap sur les territoires. Ils sont notamment chargés de faire le lien pour les PH ou les PA vers la MDPH ou les CLICS.

A la différence du département de la Mayenne, les CLICS demeurent pour l'instant des acteurs associatifs autonomes car le département considère qu'il faut leur laisser leur indépendance s'ils

⁹⁸ Il souligne cependant que la question du handicap peut être traitée dans par d'autres directions, Entretien avec un technicien du département.

⁹⁹ Par exemple, dans le schéma départemental de la Mayenne, ou la MDPH est devenue la MDA, elle n'est jamais désignée comme un pilote, seulement comme un acteur référent. Le Conseil Départemental est le seul acteur pilote (avec l'ARS).

¹⁰⁰ Entretien avec un technicien du département.

¹⁰¹ Ainsi que la protection maternelle et infantile, l'aide sociale en faveur de l'enfance et de la famille, la prévention et la lutte contre les exclusions.

« fonctionnent bien » : ce sont des « lieux d'échange privilégiés pour les élus »¹⁰². Ils souhaitent seulement intervenir ou reprendre les CLICS ayant des difficultés.

La collaboration du Département est alors essentiellement tournée vers des associations gérant des établissements. En 2015, le Département a conclu des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH 17), l'association pour le travail, l'accueil, les soins des personnes handicapées et âgées (ATASH), et deux autres associations.

« Notre action sur les territoires dans le champ du handicap est structurée par les Contrats d'objectifs, cela nous permet de redéployer des places en ESAT, en foyers occupationnels, maisons de retraites, ou de renforcer le service d'aide à domicile et de vie sociale »¹⁰³.

Le Département a récemment engagé un processus de concertation avec les intercommunalités pour augmenter le partage des compétences avec ces dernières dans le champ de l'action sociale, la culture et le sport, « bien que le social reste dans nos compétences »¹⁰⁴. Un questionnaire est en cours sur l'élaboration d'un partenariat concernant l'aide à domicile.

1.3.3. Une forte marge de manœuvre des collectivités

Si le schéma départemental associe beaucoup les communes sur le principe, les communes disposent d'une forte marge de manœuvre pour intervenir sur le champ du handicap en fonction de problématiques locales.

1.3.3.1. La ville de La Rochelle

La politique de la ville de La Rochelle sur le handicap a connu une évolution récente. Au sein de la direction de la santé, la mission handicap travaille autour de deux axes : la participation des habitants en situation de handicap à la vie de la ville ; et améliorer l'accessibilité du cadre de vie. Elle « soutient la vie associative, relaie les informations, conduit des actions de sensibilisation et veille à la prise en compte du handicap dans l'ensemble des services municipaux. Elle s'appuie sur un réseau interne de référents handicap.

La politique de la commune de La Rochelle sur le handicap est à la fois sectorielle et transversale. Portée par un chargé de mission, elle est en effet à la fois ancrée dans un pôle spécifique et animée à travers un réseau d'acteurs transversal. Pour autant, comme le souligne les acteurs, il existe « encore aujourd'hui sur un éparpillement de la politique PH, de façon cloisonnée, dans les différents services : un peu sur le transport, un peu sur l'action sociale au CCAS »¹⁰⁵.

La volonté actuelle de la commune est de vouloir structurer la question du handicap comme un service au sein d'une direction de de l'accessibilité pour tous (PA/PH, jeunes mamans, etc.). Pour autant, le technicien chargé de mission de la commune sur le handicap ne dispose pas d'une ligne budgétaire propre (montant inférieur à 5000 euros par an), mais d'une ligne budgétaire dans chaque service, ce qui limite sa capacité d'intervention et de décroisement de la thématique.

La ville de la Rochelle se distingue enfin d'un grand nombre d'autres communes en ce qu'elle est fortement active sur la question du handicap mental. Cette action s'est notamment traduite par la création d'un réseau de santé mentale qui rassemble sur la ville plus de 40 professionnels, provenant

¹⁰² Entretien avec un technicien du département

¹⁰³ Entretien avec un technicien du département

¹⁰⁴ Entretien avec un technicien du département.

¹⁰⁵ Entretien avec une élue d'une grande commune

de différentes associations, d'établissements. Ce réseau a notamment pour vocation de résoudre des « cas complexes » sur les questions de santé mentale qui demeurent difficile à évaluer et solutionner.

« Il y a eu une évolution oui. Il y a 15 ans nous étions beaucoup sur la mobilité réduite, les personnes en situation de handicap moteur, et beaucoup d'aménagement ont été faits. Aujourd'hui, et surtout depuis la loi de 2005, la santé mentale constitue une de nos priorités. Et maintenant la personne handicapée est vue comme un citoyen, donc on peut et doit l'accompagner sur de nouveaux aspects. Maintenant on travaille aussi sur des dossiers de surendettement, ou sur les dossiers de mise en tutelle. Avant pas du tout ! Le handicap est devenu plus complexe. Nous avons beaucoup plus de cas complexes »¹⁰⁶.

La commune travaille également beaucoup sur le financement d'associations, la sensibilisation des élus et des techniciens des autres services, et enfin sur des actions de sensibilisation auprès du grand public. Elle a notamment organisé une campagne de sensibilisation sur l'accessibilité au cadre de vie, et une campagne sur la mise en valeur des actions salariées ou associatives des PH pour la vitalité du territoire.

Pour autant, la commune de La Rochelle coopère peu avec les autres communes sur le handicap :

« Dans les autres communes, ils n'ont pas forcément une forte connaissance et une expertise du handicap. Pour eux, le handicap c'est encore beaucoup la personne en fauteuil roulant ou la PA, ils ne prennent pas beaucoup en compte les autres types de handicap. Ils ne sont pas dans une démarche de prévention santé, et surtout mobilisés sur les questions de transports et de voirie, alors que nous sommes dans une logique de réponse de santé qui est globale et qui prend tous les aspects de la personne du handicap »¹⁰⁷.

Au final, la commune de La Rochelle intervient principalement sur son territoire, et développe peu de relations de collaborations avec les autres communes. Un facteur important de cette absence de collaboration repose sur le fait que les autres plus petites communes adoptent principale une approche sur le handicap moteur et l'accessibilité des transports et de la voirie sur leur propre territoire, de manière déconnecté par rapport à la manière dont ces enjeux sont portés par la ville de La Rochelle.

1.3.3.2. Aytré

L'action de la commune d'Aytré, située dans la première couronne de la commune de La Rochelle, dans le champ du handicap illustre à la fois l'adhésion des élus et techniciens à la nécessité d'agir pour les personnes en situation de PH, et aux grands principes de la loi de 2005 et les limites concrètes et objectives de leur implication dans ce champ.

La commune accueille un public PH peu nombreux, composés de personnes ayant un handicap physique, un handicap auditif ou visuel. La commune accueille également un foyer de personnes paralysées de 30 personnes. Il s'agit « d'un public de long terme, qui a été identifié il y a plusieurs dizaines d'années lorsque la commune a construit de nouvelles résidences »¹⁰⁸.

L'action de la commune est fortement orientée sur les questions de l'action sociale. Le CCAS intervient aussi sur différents aspects : les aides financières (aide sur factures, aide au transport, aide

¹⁰⁶ Entretien avec un technicien d'un CCAS.

¹⁰⁷ Entretien avec un technicien d'une grande commune

¹⁰⁸ Entretien avec un technicien d'une petite commune.

alimentaire), les aides légales (APA, AAH, carte d'invalidité, placement en maison de retraite et en Centre d'Aide par le Travail), les dossiers de surendettement.

La commune a été enfin fortement affectée financièrement la baisse des dotations de l'Etat, mais également par les circonstances de la tempête et catastrophe de Xynthia : avec une perte d'un grand nombre de maisons, de structures touristiques (camping), et d'un attrait de la commune, les revenus de cette dernière ont été fortement impactés.

Par effet de ricochet, la politique sur le handicap a été l'une des premières touchées par une baisse significative de moyens.

« La baisse est très significative, il n'y a plus de politique sur le handicap, plus rien n'est fait pour la voirie. Le budget sur l'accessibilité était de 300 000 euros avant, en 2015 il a été de 30 000 euros, et nous essayons de l'augmenter. A l'heure actuelle, on est incapable de réaliser des actions sur l'accessibilité dans les trois prochaines années à venir sur les bâtiments communaux, comme cela est demandé par la loi » »¹⁰⁹.

Au final, faute d'expertise, de priorisation politique, ou de financements, aucune action n'est spécifiquement mise en place pour les PH, sinon sur le plan de l'accessibilité de la voirie au sein de la direction sur l'urbanisme et le développement durable.

1.3.3.3. Périgny

L'action commune de Périgny, comme celle d'Aytré, porte essentiellement sur le volet de l'accessibilité des PH à la voirie de la commune et s'inscrit dans une approche du « handicap moteur ». Elle n'intervient pratiquement pas dans le champ de l'action sociale pour les PH pour deux raisons :

- Il ne s'agit pas d'une priorité politique, car les missions du CCAS portent surtout sur l'accompagnement de l'enfance/ de la scolarisation et de l'emploi.
- Lorsque le CCAS identifie une personne en situation de handicap, ils orientent la personne vers le CCAS de La Rochelle « en sous-traitance.

Pour autant, certains acteurs d'autres communes nuancent ce constat :

« Cela ne m'étonne pas, tout le monde a peu de PH si on ne cherche pas à savoir combien il y a de PH sur un territoire. C'est vrai que je reçois des personnes des communes aux alentours, venant d'Aytré ou de Périgny, qui me disent que les CCAS de ces villes les orientent vers nous. Mais je ne peux pas accepter. Car si je peux donner des informations, je ne peux pas leur donner des aides de financement, c'est uniquement pour les personnes PH de la rochelle »¹¹⁰

Dans ce cas précis, la collaboration entre les communes autour des publics est très clairement limitée par le facteur territorial. La collaboration entre les CCAS autour des PH provenant d'autres territoires dépasse rarement un service d'information, chaque CCAS ayant pour priorité d'intervenir auprès des PH de son territoire.

¹⁰⁹ Entretien avec un technicien d'une petite commune.

¹¹⁰ Entretien avec un technicien d'un CCAS d'une commune

1.3.3.4. Intercommunalité de La Rochelle

L'action de l'intercommunalité de La Rochelle s'inscrit principalement le contexte d'action de l'accessibilité des PH aux transports et aux bâtiments. Les deux principales directions concernées par l'action sur le handicap sont la Direction des Transports et la Direction du Patrimoine.

La Commission Intercommunale d'Accessibilité aux PH, composée du Président, d'élus communautaires et des communes, a notamment pour but d'élaborer un diagnostic des travaux d'accessibilité à réaliser sur l'intercommunalité et les communes.

« Après la publication de la loi de 2005, c'est la Communauté d'Agglomération qui s'est chargée de faire un compte rendu synthétique de la loi pour les chefs de service et les élus, pour expliquer l'approche, ce sont eux font passer le message. Après, je n'ai pas lu le texte de loi, et je n'ai pas de connaissances sur la loi en tant que telle »¹¹¹.

Plus encore, si ambition pour l'intercommunalité est de prendre en compte tous les handicaps, mais l'accent est fortement mis sur la mobilité des PH pour des raisons de compétences en interne :

« On ne peut pas prendre en compte tous les handicaps, il y a des handicaps pour lesquels c'est difficile. On travaille surtout sur les conditions d'accueil des PH dans nos bâtiments. Par exemple pour les malvoyants. On a essayé de mettre en place un logo plus important à l'accueil, et un fléchage. Mais on ne sait pas comment intervenir sur le handicap mental par exemple »¹¹².

Il apparaît clairement que, dans le cas du département de Charente-Maritime, l'agglomération s'implique à une échelle modeste dans une logique soutenue d'expertise et de bilan de l'action des petites communes, sans pour autant s'inscrire dans une logique de partenariat.

2. Coopérations entre collectivités : un cloisonnement par les dispositifs

Au-delà de la politique spécifique du Département et des différentes communes sur le handicap, la collaboration des collectivités en Charente-Maritime demeure relativement faible. L'action des Délégués Territoriaux est forte dans l'accueil et le suivi des publics PH. Pour autant, le pilotage du Département est plus technique que politique.

2.1. Des formes de collaboration techniques

La loi de 2005 a été perçue par les acteurs comme un formidable levier pour la reconnaissance de tous les handicaps mais également l'objet de nouveaux défis de collaboration questionnant la place et la capacité de collaboration de la MDPH, ainsi que des acteurs tels que l'intercommunalité et la Région.

2.1.1. **Une collaboration de MDPH vers les communes**

La reconnaissance des PH comme des citoyens à part entière s'est traduit par une très forte complexification de la question du handicap. La plupart des PH présentent désormais un enjeu de prise en charge et d'accompagnement présentant plusieurs handicaps, ou plusieurs facettes (social, La

¹¹¹ Entretien avec un technicien d'une petite commune de 9000 habitants.

¹¹² Entretien avec un technicien d'une intercommunalité

collaboration entre la MDPH et les services du Département, d'une part, et les communes, l'intercommunalité et la Région, peut prendre plusieurs formes.

« Je fais plus que ce je devrais. Je peux le dire ? Je fais l'accompagnement des PH pour faire les dossiers, je fais les dossiers, le projet de vie, je vérifie si le dossier est bien fait, la MDPH s'occupe plus de la décision et du versement des compensations financières après examen du dossier. Et il y a un vrai souci de traitement des dossiers. On voit bien qu'ils n'ont pas la capacité de répondre aux demandes. Je travaille beaucoup avec les assistantes sociales, du quartier, de l'hôpital psychiatrique et du Département. Ce sont des interlocuteurs privilégiés pour identifier les besoins de la personne et faire avancer la construction d'un dossier »¹¹³.

Les communes travaillent, dans ce contexte, régulièrement avec la MDPH dans autour d'une logique de guichet lorsque les acteurs orientent des publics vers la MPDH. Les CCAS accueillent en effet beaucoup de public ayant des demandes très diverses, en étroite collaboration avec les assistances sociales de la commune ou du secteur du Département, peuvent orienter alors les demandes et accompagner à la constitution de dossier.

La commune de La Rochelle peut également travailler au coup par coup autour d'une logique de prestation, lorsque les acteurs proposent de prendre en charge des PH. Pour autant, cette logique d'action est souvent déconnectée de l'action de la MDPH, surtout quand la commune intervient sur le volet du financement de matériel pour les PH ou met en place des tarifs de transport adaptés sur la commune.

La Région a également essayé de travailler avec la MPDH de Charente-Maritime autour d'une logique de sensibilisation au handicap du grand public et des professionnels. L'objectif était de travailler sur des préoccupations des usagers, afin de voir comment, la Région pouvait contribuer à la prise en charge des PH en s'appuyant sur l'expertise de la MDPH, et cette collaboration s'est traduite par la mise place un évènementiel autour de la sensibilisation au handicap.

« On sent bien que la MDPH travaille beaucoup plus sur la réponse à la demande de prestation. Le volet d'animation de territoire sur la thématique du handicap, qui est un autre de leurs axes, ils n'ont pas le temps d'aller sur ce champ-là. Ils sont dans une préoccupation de la prise en charge. On sent qu'on est parfois un peu sur une approche divergente même si on veut travailler ensemble »¹¹⁴.

Un grand nombre d'acteurs soulignent également que la MDPH n'est pas en capacité de fournir des informations sur les types de publics PH sur les territoires, ce qui permettrait pourtant aux acteurs de mieux cibler et répondre aux besoins. A cet égard, les acteurs des CCAS et les élus soulignent qu'ils répondent donc principalement à des besoins exprimés par des individus ou des associations, au coup par coup, plutôt qu'à travers une politique informée par des indicateurs quantitatifs.

2.1.2. Une collaboration technique autour de l'agglomération et de la Région

Le travail autour de l'accessibilité a été fortement porté par l'agglomération, le Département et la Région. Il est notamment fait émerger certaines synergies avec les plus petites communes, qui ne

¹¹³ Entretien avec un technicien du CCAS d'une grande commune.

¹¹⁴ Entretien avec un technicien de la Région.

disposent pas des compétences et de l'expertise nécessaire en interne pour se positionner sur le handicap de manière générale, et plus spécifiquement sur cette question de l'accessibilité.

Parmi ces acteurs, l'agglomération joue un rôle important dans la collaboration « de proximité ». Elle intervient sur plusieurs axes :

- Une veille réglementaire ;
- Une information des communes, notamment sur la méthode ;
- Une sensibilisation à l'action, « lors de réunions plénières incitatives »¹¹⁵ ;
- Un travail de médiation et de contrôle ;

Le travail de collaboration de l'agglomération est particulièrement fort sur les questions de l'accessibilité des transports et des bâtiments, qui concernent toutes les communes de l'agglomération. Ce volet n'a cependant pas été pensé en collaboration avec la Région.

Par exemple l'agglomération s'est notamment emparée de l'Ad'AP, lors d'une réunion plénière, pour informer les communes de la nouvelle réglementation, puis elle a organisée plusieurs groupes de rencontres avec les communes pour cibler les besoins, préparer les dossiers et fixer les échéances.

Pour autant, la présence et la contribution du département au travail de l'agglomération sur le handicap n'a pas été suivi d'effet lors des échanges sur l'accessibilité :

« C'est principalement notre service patrimoine qui intervient sur l'accessibilité des bâtiments et de l'urbanisme. Nous ne travaillons pas avec d'autres services, même si nous pouvons avoir l'aide des services généraux sur l'organisation, qui est un moteur technique. On ne se parle pas beaucoup entre nous, c'est vrai. Nous ne travaillons pas non plus directement avec le département, non, il se peut qu'un représentant soit venu aux séances plénières, mais ils travaillent plus avec la direction du transport. Il faut bien se rendre compte après que nos élus font bien acte de présence, au début, pendant 30 minutes, puis après on nous laisse faire »¹¹⁶.

A leur échelle, le Département et la Région ont également travaillé « au coup par coup » avec les communes pour faciliter la mise en place de schémas d'accessibilité qui soient valables dans les transports relevant de ces collectivités, mais également dans les gardes d'accueil.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : un fonctionnement « en dispositif » des collectivités locales au détriment d'un fonctionnement « en réseau », et un manque de pilotage ou de consensus politique entre le Département et l'agglomération.

2.2. Un cloisonnement des dispositifs

La collaboration entre les collectivités locales en Charente-Maritime est également peu développée en raison du mode de fonctionnement des acteurs, beaucoup plus mobilisés sur la mise en place de dispositifs à l'égard des publics que sur la réponse aux besoins des publics par le travail en réseau.

2.2.1. Une priorité interne aux dispositifs

La faiblesse de la collaboration entre les collectivités en Charente-Maritime est liée au fait que les collectivités cherchent d'abord à travailler sur la mise en place de dispositifs pour les publics de

¹¹⁵ Entretien avec un technicien d'une intercommunalité ;

¹¹⁶ Entretien avec un élu d'une intercommunalité

personnes en situation de handicap dans leur propre champ de compétences, avant d'envisager toute possibilité de partenariat avec les autres acteurs du territoire.

« On n'a pas de partenaires, on fait le travail seul et en interne. Nous n'avons pas d'échange avec la Région sur l'agenda 22. Et nous n'avons pas d'échanges avec la ville de la Rochelle. Nous avons envoyé une convocation mais personne ne s'est présenté. Ils ont dû juger qu'ils pouvaient le faire seul et qu'ils n'avaient pas besoin de soutien technique. Alors on ne prend pas le temps, on fonce. Ce n'est pas qu'on a des animosités, mais on n'échange pas »¹¹⁷.

Le travail en transversalité au sein des collectivités constitue une première difficulté pour la construction de collaboration car les collectivités tendent alors à sectoriser également leur intervention sur les territoires. Il est particulièrement difficile pour l'agglomération de travailler de manière collaborative, dans une démarche transversale, avec d'autres acteurs, quand les services de l'agglomération ne s'inscrivent pas non plus dans une telle démarche.

Le travail en transversalité entre les collectivités, cette fois, est alors d'autant plus difficile que les acteurs (élus ou techniciens) sont rarement en capacité d'insister auprès des services des autres collectivités pour aller plus loin sur une collaboration. Ils peuvent alors privilégier le travail autour d'échanges de pratiques avec les autres acteurs chargés de la transversalité – c'est le cas ici pour la chargé de mission de la Région Bretagne qui travaille au sein d'un réseau de plusieurs grandes communes.

Un troisième enjeu porte sur la manière dont les acteurs des collectivités s'inscrivent dans une réflexion, une stratégie sinon une culture politique du travail en réseau sur les territoires, et entre collectivités de différents niveaux. Il est ainsi possible de constater que plus un acteur s'engage sur la réalisation d'un dispositif pour des types de publics, pour gagner en efficacité directe ou en visibilité, moins il peut être apte à envisager ou bien à proposer des temps de collaboration avec d'autres acteurs.

Ainsi, comme le constate un autre acteur :

« Il faut aussi comprendre que les collectivités peuvent avoir des approches de la politique qui sont différentes, en fonction des territoires. Il y a des communes qui sont dans une démarche de réponses à des dispositifs, et des communes qui sont dans une logique d'animation de territoire, un travail de mise en réseau, ce travail de partenariat, qui peut favoriser la prise en charge de la PH mais qui n'a pas d'effet immédiat, c'est est à activer car c'est moins fait »¹¹⁸.

Il s'agit d'un enseignement important car cette logique s'applique à la plupart des acteurs dans le contexte du département de Charente-Maritime (communes, agglomération, département).

2.2.2. Des tensions politiques

Le manque de collaboration entre les communes, l'intercommunalité et le Département en Charente-Maritime s'explique également par la volonté par les communes de maintenir un contrôle fort sur territoire local spécifique, sur l'intervention auprès de certains publics, et donc sur des compétences précises.

¹¹⁷ Entretien avec un technicien d'une intercommunalité

¹¹⁸ Entretien avec un technicien d'une région

La construction d'actions communes autour du handicap peut se heurter à des réticences qui s'expriment à toutes les échelles de collaboration possible.

« Oui bien entendu, et je dirais que même entre les chargés de mission sur le handicap, par exemple entre celui de la Rochelle et celui de la communauté d'agglomération les relations ne sont pas toujours faciles. Il y a aussi des choix politiques »¹¹⁹.

Le raisonnement peut porter sur un enjeu de partage de compétences : les communes peuvent refuser de céder les compétences à la voirie, et ne pas chercher à informer l'agglomération des modifications effectuées.

Mais le raisonnement porte sur le référentiel d'action de l'accessibilité : si l'agglomération a une compétence retenue sur le transport, la commune de La Rochelle ne lui reconnaît pas de compétences sur l'accessibilité.

De fait, les échanges entre les collectivités peuvent être fortement impactés par la manière dont une collectivité, l'intercommunalité, pose un cadre ouvert d'échange et de concertation, ou bien des orientations politiques élaborées en son sein :

« L'agglomération a une compétence sur le transport, mais elle n'a pas de compétence sur l'accessibilité et pas d'écu sur l'accessibilité. La commission intercommunale, qui organise cette réunion, est censée mettre en débat des solutions, mais ne pas apporter des solutions toutes faites, et ici il n'y avait pas de place pour discuter. Pour moi, la communauté d'agglomération, et cette commission intercommunale, avec les représentants de 28 communes, dont en principe la ville de La Rochelle, ce n'est pas un lieu de travail et un lieu dynamique sur la question du handicap. Ce n'est pas un acteur de la politique handicap sur le territoire »¹²⁰.

Il est important de retenir que l'absence de collaboration n'est pas seulement une logique « identitaire » de préservation d'un champ de compétence sur un territoire : elle peut aussi être l'expression de logiques d'affrontements politiques qui expriment des priorités contradictoires sur la dimension sociale ou non du handicap.

2.3. Un rôle technique et politique important de la Région

A cet égard, l'intercommunalité semble jouer un rôle plus important sur le volet technique auprès des collectivités, tandis que la Région joue un rôle plus important sur le volet politique de l'action autour du handicap.

2.3.1. Une démarche globale et transversale portée par l'agenda 22

Suite à la loi de 2005, la Région a cherché à développer une action dans le champ du handicap à la fois sur ses propres compétences, mais également dans une démarche d'animation de réseaux sur le territoire¹²¹. Première Région à adopter un agenda 22 en France en 2008, la Région a eu pour volonté de conduire une politique transversale, pluriannuelle, participative et partenariale », qui fait l'objet d'une actualisation chaque année.

¹¹⁹ Entretien avec une technicienne du Conseil Régional.

¹²⁰ Entretien avec une élue d'une grande commune

¹²¹ Depuis 2004, la Région a fait du handicap l'une de ses priorités, Région Poitou-Charentes, « Politique du Handicap », Sur Mesure : Analyse et évaluation des politiques régionales, n°30, 2014.

La Région a ainsi engagé un certain nombre d'action dans son champ de compétence : éducation (lycées), accompagnement et formation des PH, accès à l'emploi, accès aux transports, aménagement de cadre de vie avec une aide à la réalisation des diagnostics d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et/ou des plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE), et enfin les ressources humaines.

La Région a également engagé d'autres actions dans des champs de compétences sur lesquelles les communes ou le département peuvent également intervenir : la culture, le tourisme, le lien social. Comme le souligne alors un acteur de la Région, ce positionnement peut-être a minima : « *Parfois un dispositif n'est pas identifié PH, mais dans chaque dispositif, il y a un petit plus pour favoriser les PH. Par exemple pour l'emploi dans les entreprises, ou l'emploi associatif, il va y avoir une prime supplémentaire ou de demander deux fois un dispositif, si le recrutement est une PH* »¹²².

Pour réaliser ces actions, elle s'appuie sur une organisation interne autonome autour d'un service Santé-Handicap au sein de la Direction Territoires, Vivre Ensemble : un élu référent, un chargé de mission, et un réseau de 30 référents « handicap » au sein de ses services. La force de la Région repose aussi sur le fait d'avoir alloué une ligne budgétaire propre au niveau du service, au niveau de l'élu référent, au sein de la commission santé handicap¹²³.

Cette action a également été structurée par une démarche de concertation, associant les associations, les communes, intercommunalités et certains départements. Si le département de la Charente-Maritime a pu participer à cette action dans le domaine du transport et de l'économie, certains acteurs départementaux ont pu souligner que le handicap ne faisait « pas partie des compétences de la Région », et le Département s'est gardé de participer sur le volet de l'action sociale.

*« Nous n'avons pas de relations avec la Région sur l'action sociale en direction des PH. Dans les autres champs d'action que sont le transport et l'économie oui, c'est assez fort sur la thématique de l'accessibilité et du transport des enfants PH »*¹²⁴.

Dans ce contexte, la Région a cherché à apporter un soutien technique et stratégique aux acteurs désireux de mener un Agenda 22 : ils ont ainsi également accompagné les territoires dans la mise en place d'agendas 22 locaux (Pays Thouarsais, Bocage Bressuirais, Pays Rochefortais, ainsi que les Agglomérations de Angoulême, Châtelleraut, Poitiers, la Rochelle et la Commune de Buxerolles). Un guide « Agenda 22 local : pour un territoire accessible » a ainsi été élaboré en 2009.

2.3.2. Vers un repli du travail en réseau ?

Le travail de la Région autour de l'Agenda marque une volonté politique de se positionner sur le handicap au sein de la Région comme institution, mais également l'objectif de proposer cette démarche « pour la Région » dans son ensemble et sa diversité. Ce travail dépend fortement cependant des orientations politiques données par les élus.

Il est important, pour comprendre la dynamique de collaboration de la Région dans le champ du handicap, qu'au moment des élections de 2004, la politique de la Région a été considérablement structuré par l'approche programmatique de la « démocratie participative », alors proposée par la

¹²² Entretien avec un technicien de la Région.

¹²³ C'est une ligne qui permet de définir un appel à projet agenda 22, des projets associatifs, qui favorisent la sensibilisation au changement de regard.

¹²⁴ Entretien avec un technicien du Département.

Présidente du Conseil Régional, déclinée sur plusieurs champs de compétence de la Région, sur l'aménagement du territoire, l'économie, ou encore la santé.

Au début de la mise en construction de l'Agenda 22 à la Région, l'élu référent sur le handicap s'est considérablement appuyé sur l'approche programmatique de la « démocratie participative. Les départements ont été ainsi invités au forum.

La Région a également engagé des relations avec les MDPH de deux départements, la MPDH de Charente-Maritime et la MDPH des Deux Sèvres, dans une relation à trois avec le Conseil départemental pour chaque MDPH. La Région se questionnait alors sur la possibilité de mieux accompagner les PH vers les activités culturelles et sportives, alors que les MPDH étaient intéressées par le fait que la Région puisse mieux communiquer sur leur rôle et leurs missions.

Pour autant, ce partenariat n'a pas abouti en raison de tensions sur la définition des champs de compétences des différents acteurs :

« Il y a eu des divergences politiques à un moment qui ont joué. Il faut aussi le dire, à la Région, depuis deux ans ou deux ans et demi, notamment à la mission handicap, nous sommes moins dans l'animation des partenariats, parce que il y a eu une absence de personnel sur le poste, parce que des relations cela s'entretient, parce que je suis sur autre chose. C'est quelque chose qui est à réanimer et j'espère que cela sera possible dans la grande région. Donc en ce moment les relations avec les départements sont assez calmes, il ne se passe plus grand-chose »¹²⁵.

« L'approche régionale a sensiblement changé. Maintenant, l'accent est plus mis sur le fait de mettre en place des dispositifs pour les usagers. Oui, on a une approche globale, transversale, mais dans chaque domaine, on se pose désormais plus la question de quels dispositifs peut-on mettre en place pour faciliter la place des PH, plutôt qu'une approche par les réseaux. Autrement dit, l'approche partenariale n'a pas été beaucoup développée parce qu'on a d'abord cherché à mettre en place des dispositifs pour les usagers. Les réseaux, qui ont des effets indirects, sont beaucoup moins visibles par les usagers »¹²⁶.

La question de la collaboration repose ici, comme en témoignent ces deux extraits d'entretiens, sur des choix politiques de valoriser la mise en place de dispositifs ou le travail en réseau des acteurs. Il apparaît à cet égard, que les relations entre la Région et le Département sont beaucoup plus soumises à des enjeux politiques dans un contexte de montée en compétence des Régions et de remise en cause des Départements.

¹²⁵ Entretien avec un élu de la Région.

¹²⁶ Entretien avec un technicien du Département.

1. La situation des personnes handicapées en Mayenne

1.1. Population et demande

La population du département de la Mayenne s'élève en 2009 à 305 147 habitants, avec une densité proche de 52 habitants/km². Il s'agit d'un département petit en taille, et peu peuplé (le 74^{ème} en France Métropolitaine)

La situation démographique est alors la suivante :

- La population est en augmentation de 20 000 habitants par rapport au recensement de 1999 ;
- Le dynamisme démographique est surtout présent dans les communes périurbaines.
- Le département est très rural, puisque la moitié de la population habite en zone rurale.

Si le département a une population relativement jeune, on constate une augmentation de la population « âgée » de plus de 60 ans, qui représente 23% de la population totale. Il faut également noter que les personnes de plus de 60 ans sont présentes majoritairement dans les zones rurales.

Les services du Département et de la MDPH constatent une hausse de la demande des personnes en situation de handicap:

« . Aujourd'hui c'est la difficulté. On structure, on organise, on optimise, mais on est en tension. Et maintenant avec plus de 20% chez les enfants, les délais se sont beaucoup allongés en 2014, même si on a augmenté la saisie des dossiers de 10% vus par les collègues et décidés par la CDPH, on a pris 28% de dossiers des enfants ».

A cet égard, la hausse de la demande questionne la capacité des acteurs publics à répondre ou bien à collaborer pour répondre à cette demande.

1.2. Les dispositifs

Le département de la Mayenne se situe dans une situation de dépense de PCH contrainte. Cette situation est identifiée par la « classe 1 » dans les études de la DREES. Il existe en effet un fort taux de bénéficiaires de la PCH dans la population, la dépense de PCH par bénéficiaire étant relativement faible, mais la dépense de PCH par habitant étant relativement forte ; le nombre de bénéficiaires de la PCH a augmenté de 470% entre 2007 et 2012.

Dans le département, la thématique de l'enfance est particulièrement mise en avant sur le plan des structures et des services : « C'est un département berceau et expérimentateur des SESSAD, et dans la logique des SESSAD, d'apporter une fonction d'accompagnement des personnes dans leur environnement »¹²⁷.

¹²⁷ Entretien avec un agent du département.

2. Le Schéma départemental du handicap 2010-2014

Le Département de la Mayenne a mis en place un schéma départemental du handicap sur la période 2010-2014. Il s'agit du premier schéma départemental jamais réalisé pour les PH en Mayenne. Dans une logique de convergence de la politique PH et PA, un schéma départemental de l'autonomie est actuellement en cours d'élaboration pour la période 2017-2022¹²⁸.

2.1. Orientations stratégiques

Le Schéma départemental définit les grandes orientations de la politique du département. Il se décline en plusieurs objectifs et fiches actions.

2.1.1. Objectifs : un accent fort sur l'autonomie

Le schéma est destiné à améliorer les conditions d'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées (adultes, mais également enfants en situation de PH) selon les priorités suivantes :

- conforter le rôle de la Maison départementale des personnes handicapées, tout en coordonnant et en soutenant les acteurs et les partenaires du champ du handicap par une mise en réseau et la mise à disposition de sources d'information et de documentation ;
- accompagner et renforcer l'accès et le maintien en milieu ordinaire (scolarisation, insertion professionnelle, transport, culture, loisirs...);
- apporter une réponse spécifique et adaptée à certaines problématiques (jeunes adultes polyhandicapés, handicap psychique, personnes connaissant un trouble envahissant du développement (ex. autisme) ;
- prendre en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap ».

La politique du département fait un lien explicite entre la politique PH et PA autour de la notion de parcours des usagers. Cette approche se retrouve dans la prise en compte des besoins des PH aux différentes étapes de la vie. Le schéma réalise :

- Un état des lieux qui distingue bien l'offre médico-sociale pour les enfants et pour les adultes ;
- Une présentation de l'offre et des dispositifs pour l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des PH de la naissance à l'adolescence/jeune adulte, et de l'âge adulte aux perspectives de vieillissement des PH ;
- Une orientation du schéma autour des enjeux de l'information, de la coordination, de l'évaluation des PH, mais également des « passages » et de l'évolution du handicap.

La réflexion autour de la convergence PA et PH se retrouve également dans le schéma départemental pour les PA. Le schéma fait ainsi référence au fait qu'une personne âgée peut devenir « handicapée ou

¹²⁸ Ce schéma a été réalisé parallèlement à un schéma départemental des personnes âgées sur la période 2013-2017.

dépendante, et le schéma départemental évoque la création d'une « charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance »¹²⁹.

2.1.2. Les fiches-actions

Les fiches-actions du schéma département permettent de mieux comprendre les priorités et les partenariats privilégiés du département.

Sur l'ensemble des 23 fiches actions, qui déclinent l'action du département dans le champ de l'action sociale, l'ARS est ainsi cité 16 fois, la CAF est citée 5 fois, les collectivités sont citées sur trois fiches actions comme des partenaires, les CCAS sont cités deux fois.

Ainsi, les trois fiches actions pour lesquelles les collectivités territoriales sont les suivantes :

- **Fiche 4 : Sensibiliser, former et échanger entre les professionnels.** Etablir un programme annuel de sensibilisation et de formation à destination des professionnels, des bénévoles et/ou des citoyens.
- **Fiche 20 : Développer les modalités d'accès aux loisirs et à la culture.** Favoriser l'accès pour les publics. Sensibiliser, informer, former les personnels des structures et des administrations.
- **Fiche 21 : Elaborer une charte d'accessibilité au transport.** Elaborer une charte d'accessibilité, clarifier les modes de financement concernant le transport.

Les CCAS sont également évoqués sur deux volets sur lesquels ne sont pas citées directement les communes en tant que telles :

- **Fiche 1 : développer les modalités d'accueil et d'information en s'appuyant sur la MDPH.** Développer des réseaux de proximité en appui de la MDPH, Développer les liens de la MDPH avec les structures de proximité. (CCAS)
- **Fiche 6 : Soutenir la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches.** Repérer des personnes ressources pour les parents, accompagner à l'instruction du dossier MPDH, et mettre en place des réunions d'information.

L'étude de l'ensemble des fiches fait apparaître que la collaboration du département avec les autres collectivités est surtout envisagée du point de vue de l'accueil, l'information et le soutien aux PH, ainsi que sur les questions d'accessibilité impliquant des compétences des communes.

A l'inverse, le schéma département est marqué par l'absence de perspectives de collaborations avec les collectivités territoriales plusieurs autres enjeux : les enjeux de circulation d'information (Fiche 3) ; l'insertion sociale et professionnelle des PH (Fiche 10) ; le développement de dispositifs expérimentaux innovants (Fiche 19).

2.2. Une mise en œuvre partenariale limitée

Le schéma département repose sur un travail de partenariat relativement poussé avec les services de l'Etat, l'ARS, et un certain nombre d'acteurs. Il faut alors comprendre que si la consultation autour du

¹²⁹ Ce lien se retrouve dans le schéma départemental des personnes âgées : « Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques ou mentales », Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes âgées, 2013-2017

schéma départemental du handicap a regroupé un grand nombre d'acteurs associatifs, l'implication des autres collectivités est restée faible en raison de plusieurs facteurs.

2.2.1. Le schéma : une consultation partenariale

La construction du Schéma départemental s'est appuyée autour de plusieurs instances de pilotage et de plusieurs temps de concertation avec une grande diversité d'acteurs.

La concertation autour de la construction du schéma départemental a été organisée lors de deux phases d'échange entre avril et juin 2009 : en réunissant des groupes de travail organisés par type de handicap, puis des groupes de travail thématiques.

1^{ière} phase de concertation:

- Groupe « Handicap cognitif et autisme » ;
- Groupe « Handicap sensoriels/handicap rare » ;
- Groupe « Handicap moteur/physique-polyhandicap-plurihandicap » ;
- Groupe « Handicap psychique ».

2^{ième} phase de concertation :

- Groupe « Dépistage – Evaluation – Réévaluation – Suivi des besoins » ; Groupe « Information, Observatoire, Coordination » ;
- Groupe « Accompagnement ou les dispositifs des 'passages' et de l'évolution du handicap » ;
- Groupe « Accessibilité et les adaptations de structures » ;
- Groupe « La diversité d'offre – les innovations – les prises en charge alternatives – les dispositifs expérimentaux » ;
- Groupe « Accompagnement vers le domicile : améliorer la qualité de vie et l'aide à domicile ».

Un grand nombre d'acteurs ont participé à ces groupes de travail : services de l'Etat (Education Nationale, DDASS..), Centres hospitaliers, associations (APF, ADAPEI, ADEI), associations représentatives des PH et de leurs différentes thématiques (jeunes, personnes âgées, activités sportives), associations de services d'aide à domicile, etc.

Cependant, la présence des collectivités territoriales dans les groupes de travail a été très faible. Sur 156 participants recensés, deux acteurs issus des collectivités ont participé : la chargée de mission handicap de la commune Laval et la directrice du CCAS de Mayenne.

2.2.2. La mobilisation d'un réseau autour du schéma

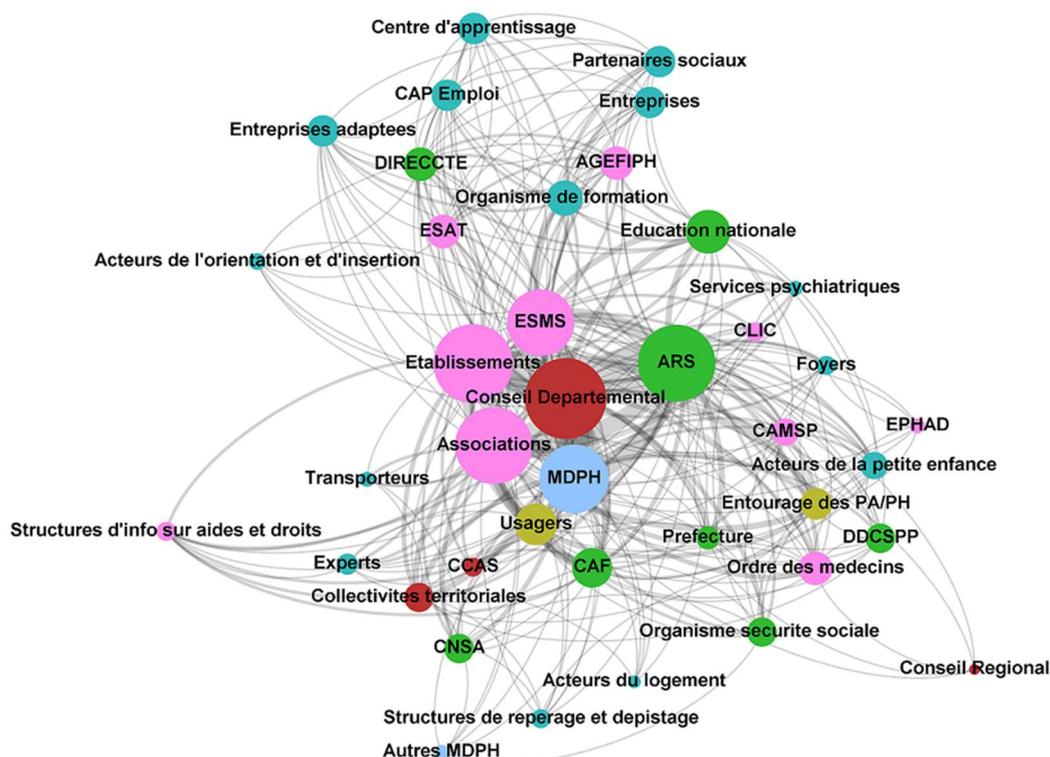
La cartographie du réseau du schéma départemental du handicap permet de mesurer quelle est le réseau mobilisable par le Département pour la réalisation du schéma, et de préciser quels sont ses principaux sur la question du handicap.

La cartographie a été réalisée à partir du corpus des fiches actions du schéma départemental. Chaque fiche évoque un certain nombre de partenaires (en tant que pilotes ou associés), pouvant être mis en réseau autour de la réalisation de ces fiches.

La cartographie ici représente le réseau voulu par le Département pour mener sa politique sur le handicap. Elle permet notamment de considérer dans quelle mesure les collectivités locales sont envisagées comme des partenaires spécifiques.

La première information est que le réseau mobilisé autour des actions est composé de 40 structures ou types de structures, pour un total de 366 relations.

Grphe 1 : réseau mobilisable pour la mise en œuvre des actions du Schéma



La seconde information importante est la diversité des 10 structures les plus centrales dans la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire l'opérationnalisation du Schéma :

Tableau 2 : Score de centralité de degré des acteurs du schéma départemental¹³⁰

Rang	Acteurs et centralité de degré	Catégorie
1	Conseil Départemental (39)	Collectivité locale
2	ARS (36)	Service de l'Etat
3	MDPH/MDA (29)	MDPH/MDA
4	Etablissements (28)	Etablissement/Association
5	Associations (24)	Etablissement/Association
6	ESMS (24)	Etablissement/Association

¹³⁰ La centralité de degré considère comme centraux les nœuds qui possèdent les degrés les plus élevés du graphe. En effet, ces nœuds suscitent un grand intérêt, sont très visibles, et ont un potentiel élevé à faire circuler l'information, par leur forte connectivité aux autres éléments du réseau.

7	Education Nationale (19)	Service de l'Etat
8	DIRECCTE (14)	Service de l'Etat
9	ESAT (12)	Etablissement/Association
15	Collectivités territoriales (8)	Collectivité locale

On le voit, le Conseil Départemental est évidemment la structure la plus centrale du réseau projeté dans le schéma départemental, accompagnée de la structure concrétisant l'action auprès des personnes handicapées (la Maison de l'Autonomie). Les autres collectivités territoriales sont très peu évoquées, en 15^{ième} position, tandis que les CCAS ne font pas partie des 10 premiers partenaires.

On constate d'une part, que le schéma associe beaucoup des établissements et des associations accueillant ou représentant les personnes en situation de handicap. Il faut rappeler ce point de vue la grande place des réseaux sur l'enfance et la petite enfance en Mayenne, qui font partie d'une culture départementale de l'action sur le handicap.

On constate d'autre part que, parmi ces établissements, la place donnée aux établissements médico-sociaux et médicaux ESMS (SESSAD, SAAD, SAMSAH, SAVS, SSIAD) est également très importante. Elle traduit une attention particulière donnée à l'accompagnement médico-social et médical pour les personnes en situation de handicap.

En parallèle, on peut voir que le Département s'appuie encore beaucoup sur trois structures relevant des services de l'Etat: l'ARS, les services de la Préfecture (DIRECCTE, etc.) et l'Education nationale. La place de l'Education Nationale s'explique notamment par l'importance donnée aux enfants en situation de handicap dans le Département.

Il apparaît alors que, en comparaison des autres départements, et au vu de la place donnée partenariale donnée à l'ARS, aux ESMS et de la place lointaine donnée aux collectivités territoriales, le modèle d'action et de service de prise en charge et d'accompagnement du Département sur le handicap est plus orienté sur le médico-social et le médical que l'action sociale en tant que telle.

2.2.3. Une faible implication des collectivités

La très faible place des collectivités dans l'élaboration et la projection de la réalisation du schéma départemental peut s'expliquer par plusieurs facteurs, au premier rang desquels le fait que le Département n'a pas cherché à associer outre mesure les collectivités. La méconnaissance de l'action des communes sur le champ du handicap par les élus et les responsables techniques du Département :

« Nous n'avons pas vraiment sollicité les communes en effet. Nous ne savons pas réellement ce qu'elles font en réalité, à part la ville de Laval. Elles font beaucoup d'actions sur le handicap ? Oui, nous pourrions y penser pour le prochain schéma »¹³¹.

La faible participation des collectivités s'inscrit donc plus dans une logique de méconnaissance des acteurs, à l'exception notable de la ville de Laval, et d'un intérêt plus marqué du Département pour une perspective de coopération avec les intercommunalités, plus que dans une logique de concurrence directe avec les communes.

¹³¹ Entretien avec un technicien du département

Pour autant, la participation au schéma départemental peut avoir des effets positifs pour la reconnaissance du Département comme un acteur central du champ du handicap et l'efficacité participative de sa démarche :

« Cela m'a permis de voir la politique départementale, des orientations ce qui est pas mal, et un guide, et de se rendre compte qu'on n'est pas si mal loti, que sur l'hébergement c'est pas mal, c'était pour moi important, pour faire remonter des besoins plus spécifique, de voir la problématique de l'autre. Nous on est beaucoup sur l'accessibilité, mais il y a des associations plus sur le logement et l'hébergement. Après le schéma et 2014, il y a eu un vide »¹³².

Il apparaît ici clairement que le schéma peut grandement faciliter la valorisation de l'action et des initiatives existantes sur un territoire, la connaissance et l'interconnaissance des acteurs, et la présentation des grandes orientations politiques et techniques du Département.

Pour autant, comme l'indique cet extrait d'entretien, le schéma départemental constitue un temps d'échange à un instant T, qui ne constitue pas pour autant un outil d'animation partenarial sur les territoires.

2.3. Une gouvernance régionale et locale

Depuis 2009, le Département de la Mayenne s'est beaucoup interrogé sur la manière de mettre en œuvre une politique globale et transversale autour de la notion de parcours des PH et des PA autour du référentiel d'action de l'autonomie.

2.3.1. L'autonomie : un nouveau référentiel d'action

Le Département intervient en principe sur l'action sociale en faveur des personnes en situation de handicap autour de deux enjeux : l'attribution de prestations en espèces ou en nature pour les PH remplissant des conditions d'admission, et l'encadrement légal des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur ce public.

La politique du département de la Mayenne se caractérise par une action forte de convergence des politiques PH et PA. L'ensemble des services de la MDPH ont été intégrés aux services du département pour former une Maison de l'Autonomie (MDA), et cette maison départementale de l'autonomie correspond à la direction de l'autonomie sur le plan administratif.

A l'origine, le Département avait pour objectif de rapprocher les services PA et PH du département et les services PH de la MDPH pour faciliter une plus grande cohérence et mutualisation des services et des ressources de l'évaluation des dossiers PA et PH. Puis la réflexion de cette intégration a été étendue aux CLICS pour renforcer le maillage territorial de la MDA.

« En 2009, plusieurs personnes se sont posés des questions sur les modalités de rapprochement, au travers de l'idée d'une agence d'évaluation commune pluridisciplinaire. Parce qu'on est sur les mêmes missions. Tandis que le Conseil Départemental réfléchissait aussi aux CLIC. On a pensé à aller sur un périmètre beaucoup plus large pour faire tomber les barrières, pour mieux coordonner, unifier les services, avec une seule ligne hiérarchique »¹³³.

Il apparaît en effet que, désormais, l'ensemble des services ne fait plus qu'un au sein de l'organigramme du Conseil Départemental : la maison départementale de l'autonomie correspond à

¹³² Entretien avec un technicien d'une commune.

¹³³ Entretien avec un technicien du département

la direction de l'autonomie sur le plan administratif, et l'ensemble des services de la MDPH ont été intégrés aux services du Département, tout comme les CLICS sur le plan territorial.

L'organigramme du Département est organisé en quatre directions : une direction service support, une direction de l'observation et de la prospective (préparant les schémas et animant les dispositifs), une direction de la définition des besoins (service accueil, et antennes sur le territoire), et une direction pour les usagers, renforçant un processus d'accueil, évaluation et accompagnement commun.

Le pilotage de la MDA s'effectue alors à deux niveaux sur le plan légal, la commission exécutive du GIP de la MDPH (COMEXE), et le Conseil Départemental, ce qui suppose une double validation des décisions, bien que dans les faits ces deux instances ont le même président, et il existe donc un lien direct entre la MDA et le Département, avec « un seul chef », le président du conseil général.

A la différence d'autres départements, qui ont pu maintenir une distinction entre la MDPH et les services du Département, il est possible ici de parler d'une véritable fusion entre le Département et la MDPH, notamment à travers la réunion de la MDPH, des services PH et PA du Département, des CLIC depuis le 1^{er} janvier 2014.

2.3.2. Une animation territoriale à plusieurs niveaux

Si la fusion de la MDPH et des services PH et PA du département a structuré autrement le fonctionnement interne de la MDPH, et la relation interne propre à la MDPH et aux départements, elle a également restructuré l'action territoriale du département à plusieurs niveaux :

- Au niveau de la direction de l'observation et de la prospective avec la préparation des schémas départementaux, et animation de dispositifs, et puis l'action de comités territoriaux de l'autonomie, qui réunissent les anciens Conseils d'Administration des CLICS.
- Au niveau de la direction de la définition des besoins »: le service accueil est désormais articulé avec 12 antennes d'accueil physique, sur l'ensemble de la Mayenne, avec une spécificité sur l'enfance handicapée et le travail sur les situations complexes. Les travailleurs sociaux, assistants sociaux de secteurs, ont été formés sur l'autonomie, et interviennent auprès des PA et des PH dès qu'il y a une situation de fragilité, sur les ajustements de plan d'aide, en collaboration avec le service évaluation et le service accueil qui leur adresse les personnes.
- Au niveau de la direction des services : le service offre et accompagnement pilote les réponses institutionnelles, avec des autorisations, pour les familles d'accueil et les établissements.

Selon le Département, ce travail de restructuration de l'animation territoriale a permis d'améliorer l'action du Département sur plusieurs niveaux :

« On a développé beaucoup l'accueil de proximité pour les PH puisque avant la MDPH était à Laval et n'avait pas d'antenne. On s'appuyait sur des antennes de solidarité avec des gens qui n'étaient pas des spécialistes. L'activité a augmenté de 30% par rapport à celle de la MPDH, et un peu moins d'appel téléphonique. On peut expliquer cette hausse de la demande par le fait que la visibilité est meilleure pour l'usager. Et puis le troisième axe fort, c'est la fonction d'accompagnement qu'on a globalisé, amplifié et développé pour tous les publics, puisque ce service travaille aussi à l'organisation de réunions sur les territoires avec une charte pour harmoniser les types de réunion et un large partenariat »¹³⁴.

¹³⁴ Entretien avec un agent du département

Le travail partenarial du Département ne dépend pas alors seulement de ses efforts et de sa capacité de mobilisation vis-à-vis des collectivités territoriales. L'action locale s'inscrit en effet dans un contexte légal souple, qui laisse une large marge de manœuvre aux collectivités locales pour interpréter le champ de leurs compétences et de leur action sur le handicap. L'action du Département dépend également de la capacité de réponses de ces collectivités, notamment du point de vue des approches et des problématiques soulevées, ainsi que des moyens mis en œuvre à l'échelle des communes.

2.3.3. Une forte marge de manœuvre des collectivités

Le cadre d'action du Département est très largement non-contraignant. Ce passage de la MDA à la MDPH a pu avoir des effets sur les publics, mais il n'a pas impacté positivement pour le moment la collaboration avec les communes du département, à l'exception de la commune de Laval qui garde une forte collaboration avec le Département.

2.3.3.1. La ville de Laval

La commune de Laval constitue un acteur essentiel de la politique du handicap en Mayenne, de par sa position centrale en tant que principale commune du département. Elle accueille sur son territoire des publics très divers PH de par le type de handicap (mental, physique, autre) et le statut (enfance, personnes âgées, personnes en situation de précarité).

La politique de la ville est devenue plus globale et transversale à partir des élections de 2008. Cette transformation s'est caractérisée par la désignation d'un élu référent et d'une technicienne chargée de mission sur la question du handicap, travaillant à l'identification des besoins de la commune et au suivi des engagements de prise en charge et d'accompagnement des PH sur la commune.

L'action de la commune de Laval se décline ainsi autour de plusieurs priorités :

- La participation à un fond de compensation : le Département a mis en place préalablement à la création de la MDPH un dispositif permettant de faire une mise en commun de financement pour l'aide extra-légale (mobilité des fauteuils roulants, aides techniques) ;
- Une action forte auprès des enfants PH, sur la question de l'accès à l'école et du temps périscolaire (80% des enfants PH du département seraient dans des établissements classiques), sur la question des AVS autour d'un travail avec le Rectorat ;
- Une action pour les PH au-delà de l'action sociale sur la question de l'accès à la culture, aux loisirs, aux sorties extérieures et aux vacances, bien que les priorités de la ville ont été réorientées plus récemment sur les questions d'accessibilité ;
- Une action sur l'accessibilité des PH : la commune travaille également à favoriser l'accès des personnes aux transports et à ses bâtiments de service public.

La ville a également favorisé la sensibilisation des personnels techniques et de certains élus des services de la ville, afin de faciliter le travail en transversalité de la chargée de mission. Elle a également travaillé sur la mise en place d'une charte d'accueil pour les enfants PH dans tous les services de la ville.

La politique de la ville est donc, à bien des égards, transversale, puisqu'elle cherche à renforcer l'accompagnement du parcours des PH sous l'angle de différents axes de travaux, pour différents publics, et dans une perspective de reconnaissance de leur citoyenneté.

2.3.3.2. Bonchamp-les Laval

La commune de Bonchamp-Lès-Laval est une petite commune de moins de 8000 habitants. Le CCAS accueille surtout un public PH de jeunes couples, avec des enfants en bas âge, alors que les personnes âgées ne constituent qu'un quart du public. Elle accueille alors des personnes essentiellement confrontées un handicap moteur, bien que certaines personnes soient également confrontés à du handicap psychique.

La thématique du handicap est portée par l'élue en charge des affaires sociales. La politique de la commune est alors essentiellement tournée autour de deux axes :

- l'aide sociale ;
- depuis le début de l'année 2014, sur le financement de matériel, c'est nouveau.

La commune travaille beaucoup sur la prévention et la connaissance par les personnes de leurs droits : « la prévention sur l'aménagement du logement, la santé, pour balayer assez large, pour informer les gens sur leurs droits, les aides, les conditions d'accès à l'APAH ». La commune peut également travailler à trouver des solutions de logement.

Le CCAS travaille principalement avec le service social du conseil départemental, et avec les services d'aide à domicile : « *On se rencontre une fois tous les 15 jours* ». Le CCAS a également des relations plus ponctuelles et plus informelles avec les CCAS de Saint Berthevin et d'Evron, suite à une relation nouée lors d'un séminaire de formation sur une autre thématique que le handicap.

2.3.3.3. Changé

La situation de Changé permet d'éclairer la politique autour de l'action du handicap sous un autre angle. La commune est prise en charge par une élue de la direction de la solidarité et de la petite enfance, qui ne dispose pas de technicien sur la question à la commune ou au CCAS. Une seule personne représente les associations à la fois au CCAS et à la CDPH.

La ville de Changé accueille peu de publics PH. Il s'agit d'une commune relativement aisée qui n'a pas les mêmes publics et les mêmes problématiques que Laval ou que les autres communes des alentours. « *Sur Laval il y a des quartiers plus difficiles que sur Changé. Je parle de Saint Berthevin car on a des questionnements qui se rejoignent, avec le même profil d'actions. Mais on n'est pas habitué à travailler ensemble* ».

L'action de la ville de Changé est beaucoup plus structuré autour de l'action sociale vers la petite enfance, les familles en difficultés, et les personnes âgées : ces dispositifs peuvent être adaptés aux PH enfants ou personnes âgées à la marge. Mais aucune politique n'est réellement menée en faveur des PH.

« Oui forcément, mais pour l'instant on n'a pas une politique qui cible spécifiquement cette catégorie de population. C'est plus dans le cadre de la politique vers les PA ou la dépendance, par exemple pour apporter des repas. Mais on n'a pas une politique ciblée. Il y a l'aide au repas, et puis de manière indirecte, on subventionne une association d'aide à domicile. C'est les deux axes essentiels »¹³⁵.

« Au niveau du CCAS, il n'y a pas beaucoup de besoins : c'est surtout sur le plan du partage des repas pour les PH que le CCAS intervient, et aussi un peu de financements. Le CCAS a pu prendre en compte le financement de besoins de PH, mais c'est ponctuel, très rare. Je fais surtout

¹³⁵ Entretien avec une élue d'une petite commune

remonter les besoins quand je suis interpellée par les PH. Je peux faire remonter des idées à la commission, surtout sur des enjeux de voirie et urbanisme. Mais il n’y a pas d’outils »

La politique de Changé peut éventuellement évoluer suite à la décision de lancer un ABS en 2015, autour d’un groupe de travail organisé au CCAS, pour mieux identifier les besoins. L’élue participe cependant à l’UDCCAS depuis deux ans, qui ne s’interroge pas sur la prise en charge et l’accompagnement des PH.

2.3.3.4. Intercommunalité

La politique de l’intercommunalité de Laval dispose d’une mission et d’une commission sur l’accessibilité, qui travaille principalement sur le transport et l’habitat social. Les représentants techniques et élus de l’agglomération ont refusé de mener un entretien, mais des entretiens avec les autres acteurs du territoire ont permis de mieux comprendre la situation et le positionnement de cette intercommunalité.

L’intercommunalité, par le biais de sa chargée de mission sur le handicap, a assuré le suivi et un apport d’expertise auprès des autres communes.

Face à la question de la mobilité des PH, la réflexion porte actuellement sur la pertinence de relancer l’UDCCAS, depuis 2013, et de créer un CCAIS. Pour autant, la politique porte davantage sur l’accompagnement des personnes âgées, notamment sur le plan de leur surendettement, en raison d’une plus grande précarité, que sur les PH.

« La directrice du CCAS de Laval en est la présidente, pour travail à échange de pratiques sur les dispositifs. La coopération avec les autres communes sur l’action sociale cela fonctionne avec les plus petites communes, par exemple pendant les vacances, qui ne peuvent pas assurer la continuité des aides sociales. On est en train de développer cette relation avec les autres CCAS. On voudrait aussi construire un CIAS, mais on pose les bases »¹³⁶.

Cependant, quand la chargée de mission est partie en congé maladie, le poste n’a pas été remplacé et sa mission a été redistribuée entre les différents services, ce qui complique fortement le travail des communes qui ne sont pas nécessairement reconnus comme des interlocuteurs légitimes : *« Je ne peux plus avoir accès aux informations des autres communes, tout prend plus de temps, tout est plus complexe »¹³⁷.*

3. Coopérations entre collectivités : autour des plus grandes communes

A la lumière de la politique du Département et des communes sur le handicap, il apparaît que la collaboration des uns et des autres demeure relativement faible en raison de plusieurs facteurs : le rôle technique territorial incertain de la MDA, le manque de relais politique intermédiaire entre l’action du Département et les réalités locales, notamment entre le Département et les intercommunalités, et enfin une absence de coopération forte entre le Département et la Région.

¹³⁶ Entretien avec une élue d’une petite commune.

¹³⁷ Entretien avec un technicien d’une commune

3.1. Le rôle territorial technique incertain de la MDA

Si le travail partenarial de la MDPH, et donc de la MDA est bien orienté vers les associations et les établissements, et notamment certains établissements (par exemple articulant un EPAD et un foyer de vie, articulant un service aux PA et aux PH), la collaboration avec les communes est beaucoup moins efficace.

3.1.1. Une collaboration technique de premier accueil

Globalement, le terrain d'enquête fait apparaître que la MDA est bien un espace et un acteur ressource reconnu et de premier plan pour l'ensemble des collectivités (Départements, communes, intercommunalités, et Région).

L'ensemble des plus petites communes, via l'action du CCAS, peuvent informer et orienter les demandes des publics vers la MDA, bien que les plus petits CCAS soutiennent les citoyens dans leurs démarches :

« On peut aider à formaliser les dossiers, on avait ces compétences, mais le souhait des élus et du département, c'est de renvoyer vers la MD, qui est à Laval. Mais on n'a pas eu cette demande de la part de la MDA, car le département a une volonté de centraliser cet accompagnement, et d'articuler l'action entre PA et PH. On est en train de développer la communication en direction des PH et des associations, sur l'accompagnement physique et d'avoir une charte qualité pour l'accueil de nos usagers »¹³⁸.

« On contacte alors la MDPH, mais il y a 6 à 10 mois de délais d'attente. On est obligé d'anticiper les demandes pour éviter les ruptures de la prise en charge. Les critères ne sont pas clairs pour les personnes comme pour nous. Alors il faut faire plusieurs demandes, des procédures d'appel, pour qu'ils retiennent son dossier. Mais quelqu'un qui est seul, qui n'a pas les moyens de se battre, il se fait manger. Et je ne parle pas des dossiers perdus. Alors on aide à suivre le dossier »¹³⁹.

La plupart des acteurs des communes soulignent que l'assistance sociale de secteur est, sur le plan technique, leur principal interlocuteur du Département. Il apparaît également que certains CCAS travaillent étroitement avec les publics pour leur faciliter l'accès physique mais également un accès administratif à la MDA.

3.1.2. Une faible capacité d'action de la MDA

Certains acteurs des communes considèrent que la MDA, malgré la transformation des CLICS en antennes territoriales, n'a rien changé du point de vue du partenariat :

« On sent qu'au niveau du Département cela se structure. Et puis il y a un travail autour du schéma départemental, mais il y a eu aussi quelques difficultés de communication autour de l'évaluation des besoins. Par rapport à la nouvelle organisation de la MDA, cela s'est structuré rapidement, mais on a eu l'impression de ne plus pouvoir travailler avec les évaluateurs de l'APA ou la PCH. Pendant quelques années on a eu l'impression d'un retour en arrière. Pour mieux évaluer les besoins. Cela a pu être entendu »¹⁴⁰.

¹³⁸ Entretien avec un technicien d'une commune

¹³⁹ Entretien avec un CCAS d'une petite commune

¹⁴⁰ Entretien avec un technicien d'un CCAS d'une commune.

De plus, les attentes sont grandes sur la connaissance des publics et le ciblage des besoins des PH dans les communes :

« Je renvoie des publics vers eux bien entendu. Quand quelqu'un a besoin de reconnaissance, j'ai un rôle d'information et d'orientation. Après comme je vous le disais, on a peu de contact sur les statistiques, en tant qu'accès à l'information sur le territoire de Laval, j'aimerais bien savoir quels sont les profils des personnes qui ont des handicaps, et combien d'enfants ont un handicap. Ils ne sont pas en mesure de diffuser. Alors je me suis tourné vers la CAF. Mais c'est un exemple. Mais c'est des choses que la MDPH dit dans les textes, mais ils ne le font pas »¹⁴¹.

La situation de la MDA vérifie une hypothèse forte de l'étude : quand un acteur est centré sur la structuration interne de ses services, manque d'efficacité de la structuration interne, ou bien concentre son action sur la réponse à des dispositifs, elle peut avoir tendance à délaissier l'action partenariale.

A bien des égards, il apparaît que le Département est en effet encore par exemple dans une phase « de validation du projet de service sur l'évaluation, sur les critères d'évaluation du handicap, la notion de délégation médicale »¹⁴². Le travail territorial et partenarial de la MDA est également freiné par les réticences des partenaires sur la confusion de la prise en charge des PA et des PH.

3.2. L'absence de relais politiques intermédiaires

A l'échelle du département, il apparaît alors clairement que celui-ci ne dispose pas de partenaires pouvant faire un relais entre l'action départementale et l'action locale. Les comités territoriaux sont pour le moment inopérants sur la question des PH, et les seules relations efficaces sont essentiellement bilatérales lorsque les communes ou intercommunalités ont les moyens de mener des actions spécifiques sur le handicap.

3.2.1. L'inefficacité des comités territoriaux

Alors que les comités territoriaux, ayant pour vocation à remplacer les CLICS en élargissant la perspective aux PA et PH, constituent le principal instrument d'action et de concertation du département, notamment pour décliner des orientations politiques à l'échelle locale, ceux-ci sont pour le moment très peu opérationnels. Ils se sont ainsi réunis une seule fois en un an et demi. Plusieurs facteurs viennent expliquer cette situation.

L'absence de problématiques communes aux acteurs, en raison de la sectorisation de l'action publique, notamment à l'échelle locale. :

« Il faut trouver un sujet. A travers les comités territoriaux de l'autonomie, on est reparti des CLIC pour voir comment on peut décliner la politique départementale et renforcer les liens avec les acteurs locaux, y compris les communes. Pour le moment, on a assez peu travaillé sur la prévention, à part ce qui a été fait sur les CLIC et on attend les orientations de l'assemblée du conseil départemental, cela fait un an et demi qu'elle fonctionne donc c'est une grosse machine. Cela prend du temps. On a eu juste le temps d'avoir une grosse réunion »¹⁴³.

¹⁴¹ Entretien avec un technicien d'un CCAS d'une petite commune.

¹⁴² Entretien avec un technicien du département

¹⁴³ Entretien avec un technicien du département.

Jusqu'à présent, l'intégration des CLICS à l'organigramme un facteur d'inertie qu'un élément de collaboration, puisque dépendant désormais de l'intervention du Département :

« J'ai fait des réunions départementales des CCAS facilitent des échanges et la mise en place de réseaux entre les élus. Il y avait aussi le CLIC de Laval agglomération, mais qui n'existe plus car il a été repris par le département. C'est plutôt un point négatif. Car c'était vraiment un lieu où tous les élus pouvaient échanger sur les PA, les publics vulnérables, et sur les PH. C'était vraiment un dispositif de proximité, chaque CLIC étant autonome »¹⁴⁴.

Malgré la volonté du Département de tisser un maillage plus efficace sur le territoire, en intégrant les CLICS au fonctionnement de la MDA, ces réseaux sont pour le moment très inopérants. Dans les faits, le Département travaille surtout avec certaines communes qui disposent d'un CCAS avec des moyens importants, notamment sur le volet du maintien à domicile.

3.2.2. Des relations principalement bilatérales

La collaboration entre le Département et les collectivités locales s'effectue alors principalement sur un plan bilatéral que collaboratif. Il apparaît que le principal facteur de cette collaboration n'est pas politique, confirmant ainsi l'idée que le handicap serait « peu clivant » sur le territoire¹⁴⁵, mais essentiellement technique, notamment autour du maintien à domicile.

Elle peut recouvrir : une collaboration institutionnelle, avec la commune de Laval, autour d'un engagement financier et une convention sur la prise en charge des enfants ; ou bien des actions plus au cas par cas pour faciliter la prise en charge ou l'accompagnement des différents publics PH (jeunes, adultes)

Les relations du Département sont déterminées par la condition que les communes disposent 'un CCAS travaillant sur le handicap, principalement Laval, mais également Mayenne, Château Gontier et Evron : « cela ne peut se faire que si le CCAS est là, avec un service d'aide à domicile, donc on va les retrouver sur les réunions de concertation qu'on organise ».

Les relations de collaboration du Département sont déterminées par les thématiques locales des acteurs, telles qu'elles sont définies par les contrats locaux de santé (santé mentale à Mayenne ou encore à Evron, service psychiatrique à Château-Gontier) et sont principalement orientée vers la construction de projets ou de réponses individuelles.

Cette logique de coopération se retrouve également entre les plus grands CCAS

« Nous n'avons pas de relations avec les communes des alentours. Pour l'instant non. J'imagine que l'agglomération fait. Pour l'instant on est un groupe de techniciens. En fait, il y a très peu de CCAS constitués en tant que tels sur le handicap. En Mayenne, on a beaucoup de petites communes, et de petits CCAS, et lors de l'UDCCAS, on a beaucoup d'élus. Le souhait de la MDA de délocaliser l'aide. Mais les CCAS ne sont pas tous égaux. Il y a surtout Laval, Château Gonthier et Evron. On a la chance d'avoir une structure pour intervenir auprès de tous les publics, mais cela est assez rare ».

¹⁴⁴ Entretien avec un technicien d'un CCAS d'une petite commune.

¹⁴⁵ Un aspect souligné dans de nombreux entretiens, avec un technicien d'une petite commune, un élu d'une petite commune, un technicien du département.

Dans cette optique, le Département envisage surtout de développer des relations plus étroites avec les intercommunalités :

« Aujourd’hui on va plus aller vers les communautés d’agglomération et les CIAS. La réponse, la réponse, c’est l’intercommunalité, car pour le moment, on ne peut pas travailler avec les communes car elles n’ont pas les moyens et l’ingénierie pour développer ce type d’approche. Ou bien on travaille au coup par coup. Ou bien c’est parce que le maire a été directeur d’un établissement ou qu’il a travaillé là-dessus. La logique ce serait de travailler sur une contractualisation avec les intercommunalités comme le fait depuis longtemps le Pas de Calais dans les années 2000».

La principale difficulté, à cet égard, demeure que toutes les intercommunalités ne se sont pas saisies de compétences sociales ou d’une compétence sur le handicap, sinon sous l’angle de l’accessibilité. L’action des intercommunalités apparaît également très sectorielle, par rapport à l’action globale et transversale du Département et de certaines communes.

3.3. Un rôle principalement technique de la Région

La Région a structuré une action forte dans le champ du handicap, mais davantage sur un plan technique que politique, en intervenant surtout de manière globale et transversale dans son champ de compétences.

3.3.1. Une relation axée sur l’accessibilité

Suite à la loi de 2005, la Région a cherché à développer une action dans le champ du handicap à la fois sur ses propres compétences, mais également dans une démarche d’animation de réseaux sur le territoire. La Région a été l’une des premières à adopter un agenda 22 en France en 2012, avec la volonté de conduire une politique transversale, pluriannuelle, participative et partenariale », qui fait l’objet d’une actualisation chaque année.

La Région a ainsi engagé un certain nombre d’action dans son champ de compétence : éducation (lycées), accompagnement et formation des PH, accès à l’emploi, accès aux transports, aménagement de cadre de vie avec une aide à la réalisation des diagnostics d’accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et/ou des plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE), et enfin les ressources humaines.

Pour réaliser cette politique, elle s’appuie sur une organisation interne autonome autour d’un service Santé-Handicap au sein de la Direction Territoires, Vivre Ensemble : un élu référent, un chargé de mission, et un réseau de 30 référents « handicap » au sein de ses services. La force de la Région repose aussi sur le fait d’avoir alloué une ligne budgétaire propre au niveau du service, au niveau de l’élu référent, au sein de la commission santé handicap¹⁴⁶.

Pour autant, la Région a été très prudente dans son engagement sur le handicap. Les élus ont ainsi mis en débat le fait de savoir si l’Agenda 22 devait être un Agenda de la Région, ou bien un agenda concerté pour la Région, débat à la suite duquel décision a été prise de travailler sur les compétences de la

¹⁴⁶ C’est une ligne qui permet de définir un appel à projet agenda 22, des projets associatifs, qui favorisent la sensibilisation au changement de regard.

Région, avec le souci d'intervenir « dans le champ de ses responsabilités » et de « ne pas faire à la place des autres », avec la perspective « d'ouvrir des portes »¹⁴⁷.

« Quand on a monté l'agenda 22 on a été vu d'un drôle d'œil par les départements qui s'est demandé que vient faire la région sur notre handicap. On avait fait des ateliers dans chaque département. On a invité les associations, les MDPH, il y a eu deux départements où ils se sont déplacés, en Vendée et Sarthe. Ils étaient venus avec méfiance et cela s'est beaucoup mieux passés quand ils ont compris qu'on était pas sur l'empiètement de leurs responsabilités »¹⁴⁸.

« C'est pour informer de la politique de la Région et faire connaître les services de la Région pour faciliter les contacts après. La conférence en tant que telle n'est pas sur le handicap. Après elle permet d'avoir des contacts. En Mayenne, certains acteurs du mouvement associatif ne connaissent pas les techniciens ou les élus. On crée du lien. Après ils vivent leur vie. La Région n'a pas vocation à tout coordonner. C'est la vision de la Région. On est très prudent sur le fait de ne pas empiéter les plates-bandes des autres »¹⁴⁹.

Dans ce contexte, le travail en réseau de la Région a été limité à l'organisation d'une conférence régionale annuelle de la santé, ayant pour objet des thématiques du handicap.

3.3.2. Un travail en réseau au coup-par-coup

La collaboration prend des tournures complexes : ainsi la direction de la Solidarité du Conseil Régional et l'ARS n'ont pas de contacts directs sur le handicap, contrairement à l'ARS et le Département sur d'autres thématiques du handicap. Dans ce contexte, la Région a développé également des relations de collaboration avec le Département et les communes au coup par coup, en fonction de l'intervention dans son propre champ de compétence :

« Après avoir rendu la gare accessible, on a pris contact avec la ville pour les informer qu'on engage ces travaux et qu'on se rend compte que sur la place d'accès à la gare, est-ce qu'on ne peut pas tout faire en même temps ? Parfois la ville a dit oui, parfois les villes ont dit que cela ne faisait pas partie des priorités. On n'a pas eu beaucoup de refus des communes. La différence, c'est en termes de rythme de décision, et puis de capacité de faire. L'argument mis en avant pour le refus, c'est l'argument financier »¹⁵⁰.

La Région a également pu intervenir sur les questions de l'accessibilité sous l'angle de sa compétence sur les transports, l'accès aux trains et aux gares. Elle a pu ainsi solliciter les communes, lorsqu'elle estimait que cela était pertinent, pour demander à ces dernières d'adapter la voirie de manière adéquate pour que les PH puissent accéder aux gares. Lorsque cela était nécessaire, la Région a pu étendre certaines études autour des gares à la voirie des communes, voire apporter un financement complémentaire.

Elle a pu également intervenir sur le soutien à l'innovation en finançant plusieurs projets expérimentaux ou de recherche, comme le soutien à la maison de l'aide automatique à Alençon, accompagner une structure ou les pays sur l'agenda 22 ; et accompagner les associations via le fond

¹⁴⁷ Entretien avec un élu de la Région.

¹⁴⁸ Entretien avec un technicien de la Région.

¹⁴⁹ Entretien avec un élu de la Région

¹⁵⁰ Entretien avec un élu de la Région.

de lutte contre les discriminations, sur toutes, y compris le handicap, ou encore en contribuant à financer le colloque de l'UHPI organisé à Nantes.

A cet égard, les blocages politiques viennent surtout de certains Départements :

« Pas au niveau des communes, elle se pose avec les départements, on a eu de vrais blocages politiques. Dès que l'on monte, la politique prend plus de poids. On a beaucoup travaillé avec la Mayenne et la Loire Atlantique, mais on a eu de vrais blocages avec la Vendée. Ils nous ont dit nous n'avons pas de leçons à recevoir de la Région, on fera comme on veut et quand on veut. Ils ont fait une politique propre, ils n'ont pas voulu travailler avec la Région. On a fait des travaux dans les lycées. Les deux ont été parallèles, cela ne s'est pas rejoint. Après, sur ce dossier là comme d'autres. Ce sujet est global »¹⁵¹.

De manière générale, la Région est intervenue fortement sur le handicap, mais en structurant son action autour d'une lecture de son champ de compétence, en réalisant un Agenda 22 de la Région plutôt que « pour la Région », sans chercher à intervenir de manière transversale sur d'autres thématiques.

¹⁵¹ Entretien avec un élu de la Région.