

La structuration de l'aide par les positions d'âge dans les politiques départementales de l'autonomie : une remise en cause hésitante

The Structuring of Aid Through Age Positions in Departmental Policies on Autonomy: A Hesitant Questioning

Maëlle Moalic-Minnaert

Number 94, 2025

L'aide au prisme des âges de la vie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1119167ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1119167ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Moalic-Minnaert, M. (2025). La structuration de l'aide par les positions d'âge dans les politiques départementales de l'autonomie : une remise en cause hésitante. *Lien social et Politiques*, (94), 175–200.
<https://doi.org/10.7202/1119167ar>

Article abstract

In France, disability policies and policies for the elderly have been two distinct fields of public action since the 1990s. Despite the creation of the fifth branch of Social Security in 2020, questioning the age barrier at the national level appears largely incomplete. Both elderly and disability policies have undergone a process of decentralization, thus it is important to focus on the implementation at the departmental level of a single public service for autonomy. This article explores the hypothesis of the establishment by departmental councils of a new "category of public action" in place of "dependent elderly" and "disabled persons." To shed light on this issue, a documentary analysis was conducted. The organizational charts of French departmental councils were examined, as well as planning tools – autonomy schemes. In addition, a campaign of semi-structured interviews was initiated with executives from one of the departmental councils. Although incomplete, the convergence, at the departmental level, of disability policies and policies for the elderly can be seen in service reorganizations, choice of instruments, through cognitive work of identifying common issues, and in the establishment of common mechanisms. Understanding each layer of this convergence requires its integration into a plurality of dynamics at work in the transformation of public action. Furthermore, the convergence dynamic varies from one department to another.

La structuration de l'aide par les positions d'âge dans les politiques départementales de l'autonomie : une remise en cause hésitante

MAËLLE MOALIC-MINNAERT

Chargée d'étude — Institut national d'études démographiques (UR 9)

Chercheuse associée — Laboratoire ARENES (UMR 6051)

—

Cet article propose d'explorer comment la mise en œuvre des décisions politiques par les échelons administratifs intermédiaires participe d'une reconfiguration de l'accompagnement différencié des publics handicapés selon leurs âges. En France, à partir des années 1990, la prise en charge par les politiques publiques des personnes adultes concernées par un manque d'autonomie est structurée par les positions d'âge (Frinault, 2005 ; Capuano et Weber, 2015). « La barrière d'âge des 60 ans » distingue le système français de systèmes « finalistes » au sein desquels « l'existence d'un besoin prime sur sa cause » (Argoud, Bresson et Jetté, 2022 : 134). Cette logique finaliste qui caractérise le modèle québécois est également repérée en Europe. Le système allemand prévoit ainsi la couverture pour tous, quel que soit l'âge, des besoins d'aide durable pour l'accomplissement des actes habituels et récurrents de la vie quotidienne (Elbaum, 2008). L'Italie tend également à s'en rapprocher ; l'attribution d'une prestation nationale, jusqu'en 1984, réservée aux personnes handicapées, a ainsi été étendue aux personnes âgées en perte d'autonomie (Le Bihan-Youinou, 2013). En France, les politiques de vieillesse et les politiques du handicap constituent deux champs d'action publique distincts. Selon qu'elles ont plus ou moins de 60 ans, les personnes en situation de handicap ne sont pas bénéficiaires des mêmes prestations de compensation (prestation de compensation du handicap [PCH] avant 60 ans et allocation personnalisée d'autonomie [APA] après ce seuil d'âge) (Piveteau, 2022), tout comme elles n'ont pas accès aux mêmes types d'accueil institutionnel (Ramos-Gorand et Rapegno, 2016). Les dispositifs nationaux d'aide

à destination des publics âgés sont globalement considérés comme étant moins favorables (Frinault, 2005 ; Tenand, 2016). Le projet ANR KAPPA¹, auquel je participe, vise à éclairer les origines, les conséquences, les évolutions et le devenir de cette organisation segmentée. Des travaux ont documenté une remise en cause inachevée du cloisonnement entre les secteurs du handicap et du grand âge depuis les années 2000 à l'échelon national. L'émergence dans ces années-là du terme « autonomie » symbolise l'affranchissement d'une vision médicale de la dépendance et permet un rapprochement symbolique des politiques publiques (Giraud, Le Bihan Youinou 2022). La loi de 2005 qui prévoit la remise en cause de la « barrière d'âge à 60 ans » laisse entrevoir la montée en puissance d'une logique finaliste (Argoud, Bresson Jetté, 2022). Si le questionnement de la barrière d'âge dans les principaux dispositifs nationaux apparaît inachevé (Giraud et Le Bihan Youinou, 2022 ; Ferras, 2022), la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)² puis de la cinquième branche de la sécurité sociale (2020) attestent d'une reconnaissance politique et institutionnelle de l'autonomie comme secteur d'action publique unique à l'échelon national. À travers l'exercice de son rôle d'expertise et de soutien (via des appels à projets), la CNSA diffuse – sans pouvoir l'imposer – un modèle unifié de prise en charge du grand âge et du handicap auprès des conseils départementaux (Hudebine, 2020 ; Demontrond, 2021), principales collectivités ayant bénéficié du processus de décentralisation des politiques de vieillesse et des politiques du handicap³ (Argoud, 2007 ; Frinault, 2007 ; Baudot, 2022) (voir encadré 1).

Encadré 1

Missions des départements en matière d'autonomie

Les missions remplies par les conseils départementaux en matière d'autonomie sont fixées et délimitées par la loi. En matière de politiques de vieillesse, les conseils départementaux se sont vu confier en 2001 la gestion de l'APA (loi de juillet 2001), l'autorité de création et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (loi de 2002), la coordination de l'action gériatrique (loi du 13 juillet 2004). Le Département est ainsi décrit comme le « chef de file de la politique gériatrique » (Frinault, 2020). Les politiques du handicap ont été l'objet, comme les politiques de vieillesse, d'un processus de décentralisation vers les départements. La loi du 11 février 2005 prévoit que la gestion des politiques du handicap soit confiée à des

groupements d'intérêt public – les maisons départementales des personnes handicapées [MDPH] – placés sous la tutelle des conseils départementaux. La MDPH assure l'accueil des personnes et l'instruction des demandes, et ce sont les services des *conseils départementaux* qui versent la *PCH* aux personnes en situation de handicap. Les départements assument l'essentiel des charges de fonctionnement et de personnel des MDPH (Baudot, 2022).

L'échelon départemental demeure au cœur des réformes législatives les plus récentes : la loi Bien vieillir (avril 2024) prévoit ainsi la mise en place d'un Service public départemental de l'autonomie (SPDA). Le projet de structuration d'un service public réunissant le champ du handicap et celui du grand âge dans une logique de décloisonnement des interventions invite à interroger la manière dont l'organisation décentralisée participe de l'émergence de politiques de l'autonomie en lieu et place des politiques du handicap et des politiques du grand âge.

En tant que « structure[s] organisationnelle[s] de la mise en œuvre » (Hassenteufel, 2011 : 110), les conseils départementaux interprètent les décisions et les opérationnalisent. Des politiques volontaristes sont également menées. En dépit de l'inscription dans un cadre national légal, il a déjà été fait état d'une « mosaïque de politiques locales » en matière de politiques vieillesse et d'organisation des politiques du handicap différenciée d'un département à l'autre (Baudot, 2022 ; Pouchadon *et al.*, 2017). Dans quelle mesure la latitude dont disposent les conseils départementaux en matière de politiques de l'autonomie se traduit-elle par une convergence des politiques du handicap et des politiques du grand âge ? Thomas Frinault en 2014, puis Philippe Martin et Marie-Laure Pouchadon en 2019 évoquent l'émergence de « politiques de l'autonomie » à l'échelle locale. Leurs travaux récents avancent l'idée d'une dynamique d'unification nuancée des politiques locales. Il apparaît opportun de prolonger la réflexion sur la manière dont les conseils départementaux participent de la perduration d'une structuration par l'âge des politiques de l'autonomie ou au contraire apparaissent comme précurseurs en termes de convergence. La construction de l'action publique relevant de dynamiques protéiformes et pluriactorielles (Hassenteufel, 2011), il est nécessaire de porter le regard sur différents indicateurs. L'organisation interne des services constitue un premier aspect à examiner. Il importe également d'étudier la

formulation de projets départementaux en matière d'autonomie. Enfin, la mise en place de dispositifs d'accompagnement visant un public unique plutôt que dual constitue un troisième aspect susceptible d'incarner un dépassement de la barrière d'âge des 60 ans. Si l'étude des objectifs énoncés à l'échelle départementale vis-à-vis de ces différentes dimensions nous intéresse, il apparaît opportun de saisir le rapprochement des politiques du grand âge et des politiques du handicap par une analyse des instruments susceptibles de l'incarner. Cette perspective apparaît d'autant plus intéressante que l'on considère, à la suite de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, l'instrument comme « un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (2010 : 325). Une approche par les instruments permet en outre « de prendre en compte les modes de résistance aux normes et aux règles spécifiques face à un système politique ou à un secteur d'intervention » (Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014 : 38) ; cette possibilité apparaît intéressante dans le cadre d'une démarche visant notamment à identifier des nuances territoriales.

Le choix est fait de porter le regard sur la mobilisation d'une pluralité d'instruments, de techniques et d'outils⁴. L'étude de 97 organigrammes politiques et 82 organigrammes administratifs des conseils départementaux en vigueur à l'été 2023 permet d'explorer la dimension organisationnelle. Ils ont fait l'objet d'une analyse visant à identifier une éventuelle évolution de la gouvernance et du travail administratif dans le sens d'un rapprochement des personnels des deux champs d'action. Les instruments de diagnostic et de planification des politiques vieillesse et des politiques du handicap des conseils départementaux ont également fait l'objet d'une analyse. Il s'est d'abord agi d'explorer les choix privilégiés en termes d'outils. Les schémas stratégiques⁵ traditionnellement élaborés selon des logiques de publics séparés (ODAS, 2006 ; Frinault, 2014) réunissent des diagnostics permettant de définir des besoins pour formuler des orientations et des plans d'action. L'analyse formelle de 87 « schémas de l'autonomie »⁶, « schémas vieillesse », « schémas du handicap » ou encore « schémas des solidarités », qui sont tant des plans d'action que des outils de communication, vise à identifier les articulations établies et données à voir entre les publics.

L'articulation des politiques du handicap et des politiques de vieillesse dans la mise en œuvre concrète de l'accueil et de l'accompagnement est également examinée à travers le prisme des choix instrumentaux privilégiés.

Cette analyse des dispositifs repose essentiellement sur une analyse des plans d'action contenus dans les schémas. La focale a ensuite été resserrée sur quelques cas départementaux. Dans cette seconde phase de l'enquête, l'analyse documentaire a été approfondie via l'exploration des supports de communication des conseils départementaux (CD) et des MDPH (sites internet, feuillets d'information sur les dispositifs...). Neuf entretiens ont également pu être menés avec des cadres départementaux, des agents des MDPH et des responsables associatifs. Au-delà de sa valeur informative sur les choix des collectivités, la parole recueillie permet également de saisir le point de vue d'acteurs et de le resituer dans des configurations locales.

L'analyse permet de repérer à l'échelon départemental des dynamiques de convergence. Ces démarches apparaissent toutefois très largement inabouties et fortement différenciées d'un département à l'autre. Il s'agira tout d'abord d'explorer en quel sens l'ingénierie instrumentale et cognitive mise en place en interne autour de l'élaboration des politiques de l'autonomie traduit ou non l'ambition d'un dépassement du clivage lié à l'âge (I). En réinsérant l'accompagnement proposé à l'échelon départemental aux personnes en situation de handicap dans un environnement d'action publique élargi, il s'agira d'explorer ensuite les ressorts d'une offre inégalement segmentée selon l'âge (II). La mise en lien des différentes dimensions de l'action publique en matière d'autonomie permettra d'ébaucher une typologie des trajectoires départementales en matière d'articulation des politiques du handicap et des politiques de l'autonomie.

I. La délimitation interne incertaine des publics cibles des politiques de l'autonomie

À travers les compétences dont ils disposent en matière d'autonomie et *via* l'endossement de leur rôle de chef de file en matière médico-sociale – lequel implique notamment l'exercice de missions d'expertise sociale et d'ingénierie sociale (Rouzeau, 2019) –, les conseils départementaux jouent un rôle important en termes de délimitation symbolique des publics des politiques de l'autonomie. L'analyse des mutations des organisations (1) et des démarches de formulation d'orientations (2) permet d'approcher la reconfiguration des groupes de référence des politiques de l'autonomie élaborées.

1. Les personnes âgées et les personnes handicapées : des publics gouvernés et administrés au sein des mêmes instances ?

La prise en compte des personnes en manque d'autonomie dans l'action du conseil départemental se matérialise, tout d'abord, par la place occupée par ce public dans l'organisation politique et administrative. Si la loi impose la réunion au sein d'une même instance consultative – le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) – des représentants des personnes handicapées et des représentants des personnes âgées⁷, les modalités d'organisation des délégations politiques et de l'administration autour des enjeux d'autonomie demeurent quant à elles distinctes d'un département à l'autre. Les choix récemment opérés en la matière traduisent-ils une volonté de conduire une politique commune en direction des publics handicapés et dépendants de part et d'autre du seuil des 60 ans qui structure habituellement les politiques de l'autonomie ?

1.1. La remise en cause d'une structuration par l'âge des délégations politiques autour des enjeux d'autonomie

Des travaux en science politique ont montré combien l'affirmation d'un enjeu au sein d'une collectivité territoriale trouvait d'abord à s'exprimer dans l'octroi d'un positionnement au sein de l'exécutif de la collectivité considérée (Moalic et Parisse, 2020). En quel sens l'observation des délégations de thématiques à des vice-présidences révèle-t-elle une remise en cause de l'approche traditionnellement segmentée par l'âge du public en manque d'autonomie ?

Différentes configurations de délégations au sein de l'exécutif départemental des enjeux en lien avec l'autonomie peuvent être observées. Parmi les 97 organigrammes politiques considérés, on relève 17 cas de délégation segmentée. Les personnes âgées et les personnes handicapées ne relèvent alors pas du périmètre d'une même vice-présidence. On observe toutefois dans la majorité des cas (80 cas sur 97), une délégation des questions PA (relatives aux personnes âgées) et PH (relatives aux personnes handicapées) dans le périmètre d'une même vice-présidence. On trouve ainsi des vice-présidents délégués à « l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » (organigramme du département de l'Aude). Cette situation constitue souvent une évolution vis-à-vis de la mandature précédente. Ainsi dans les Côtes-d'Armor, alors que l'autonomie est depuis 2021 le périmètre unique de la deuxième vice-présidente, on observait dans la mandature précédente une délégation segmentée avec, d'un côté, « l'accompagnement

des personnes âgées», qui revenait à la 4^e vice-présidence, et de l'autre, «l'accompagnement du handicap», confié à la 12^e vice-présidence. Le regroupement au sein d'une même vice-présidence est accueilli favorablement par les équipes administratives en ce qu'il permet une cohérence des orientations : « Pour moi, c'est hyper facilitant [...] parce qu'il y avait souvent des cas où les orientations ne se rejoignaient pas. Autant vous dire que ce n'était pas toujours très, très simple de fonctionner. » (Directeur de l'autonomie, département F) Si la dynamique de rapprochement du travail de définition des orientations politiques concernant les publics âgés et handicapés est avérée, il convient de repérer quelques nuances à travers l'étude des intitulés des délégations unifiées. Certains intitulés font référence à deux publics cibles (la 5^e VP étant « chargée des personnes âgées et des personnes handicapées » [Département de l'Oise]), ce qui laisse entrevoir le maintien d'une représentation bipopulationnelle structurée par l'âge.

La réunion des thématiques relatives au handicap et aux personnes âgées au sein d'une même délégation n'est pas dénuée d'ambivalences. Eu égard à la pluralité des rationalités (respect des équilibres politiques et territoriaux...) participant des démarches de construction des exécutifs départementaux (Procureur et Grégory, 2015), la prudence s'impose à l'heure d'interpréter ces oscillations dans le sens d'une résistance à la construction d'un unique public cible des politiques de l'autonomie.

1.2. Un rapprochement généralisé du travail administratif peu questionné

La tendance globale au rapprochement repérée à travers l'étude de la distribution des délégations exécutives tend à se confirmer au niveau de l'organisation administrative. Si 91 % des départements avaient déjà construit une direction commune pour mettre en œuvre les politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées en 2011 (Frinault, 2014), c'est aujourd'hui la quasi-totalité des conseils départementaux qui disposent d'une direction dédiée à l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de dépendance par-delà leurs âges. Celle-ci est généralement localisée au sein d'une direction générale adjointe des solidarités. Cette configuration ne semble faire l'objet d'aucun questionnement par les agents : « Vous me demandez depuis quand c'est une direction PAPH, alors là... Je suis incapable de vous le dire mais je pense que c'est très vieux ! » (Directeur-trice de l'autonomie, département L) Dans la majorité des cas, l'organisation des services constitutifs de ces directions révèle une organisation du travail administratif

plus sectorielle que populationnelle, ce qui constitue une évolution récente (Pouchadon *et al.*, 2017). Les nuances organisationnelles observées d'un département à l'autre concernent essentiellement les liens établis entre les services du conseil départemental et les services de la MDPH. Dès 2006, l'ODAS identifie trois types de structuration des rapports entre la MDPH et le conseil départemental : une situation de MDPH très intégrée avec une appropriation par le conseil départemental de la MDPH comme un service de la collectivité, une situation intermédiaire avec le maintien de deux institutions distinctes mais avec des liens étroits, et enfin une situation de MDPH très autonomes (ODAS, 2006). Ce dernier modèle semble aujourd'hui quasiment inexistant. Le choix minoritaire de création de maisons de l'autonomie (MDA) réunissant les services de la MDPH et les directions de l'autonomie des conseils départementaux (Demontrond, 2021) semble constituer le prolongement du modèle de « MDPH intégrées ». On identifie dans la majorité des cas des configurations intermédiaires avec le maintien de deux structures toutefois très liées. Ces structures peuvent être dirigées par une même personne – le directeur de l'autonomie est également le directeur de la MDPH. Dans d'autres cas, la MDPH demeure administrée par un directeur distinct, lequel échange de manière continue ou institutionnalisée avec la direction de l'autonomie : « Le directeur MDPH participe à un CODIR sur deux, c'est indispensable » (Chargée de mission au sein de la direction de l'autonomie du département Y). Si les restrictions budgétaires jouent parfois un rôle dans les rapprochements organisationnels opérés, il semble toutefois que ce soit aussi le souci d'une mise en conformité entre un contexte législatif et les attentes de la CNSA – réelles, perçues ou anticipées – qui détermine ce choix : bien que très rarement sollicité, le label MDA proposé par la CNSA est ainsi souvent mis en avant pour justifier le rapprochement des services administratifs. Les projets de rapprochement opérés permettent, en outre, de bénéficier d'un soutien de la CNSA. Les réorganisations ne semblent pas systématiquement associées à l'émergence d'un projet d'accompagnement unifié de part et d'autre de la barrière d'âge des 60 ans. La directrice adjointe d'une MDPH dirigée par le directeur de l'autonomie du CD commente ce rapprochement organisationnel : « Oui, c'est une demande aussi de la CNSA, [...] ce qui a du sens, en fait, parce qu'on ne peut pas avoir d'un côté la MDPH et la DPAPH [Direction des personnes âgées et des personnes handicapées]. Il faut qu'on soit raccord, surtout au niveau de la politique des personnes en situation de handicap. » [Directrice adjointe d'une MDPH, département F] Cette représentation témoigne des objectifs incertains du rapprochement organisationnel. Si la réunion des enjeux PH et

PA au sein d'une même direction de l'autonomie laisse entrevoir la possible émergence d'une politique de l'autonomie, le rapprochement entre les services du département et les services MDPH peut également favoriser la coordination du parcours des personnes en situation de handicap entendu dans le sens restreint des seules personnes de moins de 60 ans. En regard des objectifs pluriels assignés aux rapprochements organisationnels, ceux-ci ne permettent pas, à eux seuls, de présumer d'un dépassement de la barrière d'âge des 60 ans dans l'approche des publics en situation de handicap.

2. De la transformation des outils de planification à la redéfinition des publics ciblés : un lien incertain

Les départements ayant la maîtrise d'œuvre opérationnelle de l'action en direction des personnes âgées et dans une moindre mesure de l'accompagnement des personnes handicapées, ils s'appuient sur des diagnostics permettant de définir des besoins pour formuler des orientations et des plans d'action, lesquels s'incarnent dans les « schémas ». En 2011, seuls 17 départements avaient opté pour un « schéma départemental autonomie » réunissant la question du handicap et celle du grand âge (Frinault, 2014). Dans quelle mesure l'évolution des instruments privilégiés traduit-elle l'intégration du handicap et du grand âge dans une unique catégorie d'action publique ?

2.1. Les schémas de l'autonomie et les schémas uniques des solidarités : vers la réunion des publics en manque d'autonomie dans un même document

Le périmètre thématique et/ou populationnel des schémas explorés varie d'un département à l'autre. Dix départements ont fait le choix de maintenir des schémas départementaux distincts. Ainsi dans l'Indre coexistent un schéma départemental du handicap (2021-2025) et un schéma gérontologique départemental (2023-2028). La formalisation de stratégies dépassant la segmentation par l'âge s'incarne dans l'adoption de deux types de schémas. L'immense majorité des départements (60⁸) disposent en 2023 d'un unique document traitant des enjeux en lien avec le vieillissement et avec le handicap. Ces schémas sont le plus souvent désignés par l'appellation « schémas de l'autonomie ». La transformation du paysage législatif est parfois évoquée dans les éditoriaux pour justifier l'évolution instrumentale. La quête d'une efficience à travers la mise en commun des moyens existants est également soulignée. Le rapprochement est toutefois plus communément justifié par l'identification de besoins communs aux deux publics (« Les personnes âgées qui nécessitent

une aide à l'autonomie et les personnes en situation de handicap ont des problématiques communes» [Schéma autonomie du Val-de-Marne]) et par la nécessité de donner plus de cohérence aux parcours des personnes avec l'évocation des personnes handicapées vieillissantes (PHV).

Enfin, dix-sept départements ont fait le choix d'un schéma unique des solidarités qui prend non seulement en charge les populations âgées et celles en situation de handicap mais également la thématique de l'insertion et/ou de l'enfance et de la famille. Ainsi le conseil départemental F, qui disposait durant la période antérieure d'un «schéma de l'autonomie», adopte en 2023 un «schéma des solidarités humaines» porté par quatre vice-présidentes. Expliquant le passage d'un schéma de l'autonomie à un schéma des solidarités, le directeur de l'autonomie commente :

Il y a eu un vrai souhait entre les directions, entre les différentes thématiques du social, mais aussi surtout d'ouvrir aux compétences, notamment aux compétences facultatives du département, je pense notamment à la culture, le sport, etc. Donc cela a vraiment été quelque chose qui, vraiment, a été porté et sur lequel on arrive à faire des choses [...] je pense, une vraie volonté et un vrai affichage de dire : «On travaille vraiment des choses en commun» [...] La précédente majorité avait plutôt tendance à considérer [que] c'était plutôt de maîtriser le budget qui était plutôt la priorité initiale – et là, il y a quand même un grand intérêt [...], mais on a pu aller beaucoup plus dans des vraies orientations de fond. (Directeur de l'autonomie, département F)

L'adoption d'un schéma des solidarités est donc associée dans les représentations des acteurs parties prenantes à un investissement accru de la collectivité et à un renouvellement des réflexions autour des questions d'autonomie. L'accroissement graduel des compétences départementales relevant de l'action sociale (Lafore, 2004) et l'enjeu d'endossement par les conseils départementaux de leur rôle de chef de file de l'action sociale (Lafore, 2004 ; Rouzeau, 2019 ; Moalic-Minnaert, 2020) tendent à expliquer ces choix de schémas uniques des solidarités. Ce parti pris invite à considérer le projet de mise en cohérence des politiques du handicap et des politiques du grand âge dans un cadre plus large de réorganisation de la coordination de l'action sociale à l'échelon départemental et dans un contexte de valorisation d'une action publique «transversale» (Douillet, Lebrou et Sigalo Santos, 2019). En ce qu'ils entrent en résonance avec des mots d'ordre relevant de la modernisation

de l'action publique et favorisent le dialogue entre un nombre élargi d'acteurs, les schémas de l'autonomie et les schémas des solidarités apparaissent facilement enrôlables dans une rhétorique de positivité. Leur mobilisation semble donc participer d'une logique d'affirmation des conseils départementaux.

2.2. Le travail cognitif de définition des orientations : entre dilution et dualisation des publics

Par-delà les logiques variées qui président aux choix de l'un ou l'autre des instruments unificateurs (schéma autonomie ou schéma des solidarités), il importe d'explorer en quel sens les contenus de ces derniers perpétuent ou remettent en cause une approche segmentée par l'âge.

Il convient tout d'abord de relever combien la restitution des états des lieux de l'offre d'accompagnement apparaît largement structurée en référence à deux publics distincts. Dans moins d'un quart des cas, l'observation des besoins et de l'offre existante est présentée de manière thématique sans référence prégnante à des publics distincts de par leurs âges. Dans près de la moitié des cas étudiés, on observe la juxtaposition de deux diagnostics. Des états des lieux à mi-chemin entre des logiques populationnelles et des logiques thématiques sont repérés ; on distingue alors les efforts visant à identifier des besoins communs entre les publics relevant du handicap et du grand âge.

Cette logique de repérage de points communs est celle qui prévaut à l'heure de définir les orientations en matière de politiques de l'autonomie. Les orientations énoncées dans ces documents de planification concernent systématiquement à la fois les publics en situation de handicap et les personnes âgées. Différents cas de figure peuvent toutefois être repérés. Certains départements formulent des objectifs très larges et évasifs. Les quatre objectifs stratégiques formulés dans le schéma de la Saône-et-Loire sont « Mobiliser et impulser », « Simplifier et fluidifier », « Innover et informer », « Agir en proximité ». Ces schémas sont également ceux au sein desquels les expressions « personnes handicapées » et « personnes âgées » disparaissent au profit de nouvelles expressions. De manière récurrente, ce sont les expressions « personnes accompagnées » ou « les usagers », pour désigner les bénéficiaires du RSA dans les schémas d'insertion, qui sont repérées. En ce sens, la substitution sémantique opérée, qui relève d'un contexte d'évolution du vocabulaire mobilisé dans les secteurs social et médico-social dans une perspective inclusive (Ngatcha-Ribert et Gondonneau, 2021), pourrait davantage participer d'un effacement des réalités spécifiques de la perte

d'autonomie qu'elle ne donnerait corps à un public cible des politiques de l'autonomie. Une telle hypothèse semble confortée par l'émergence dans les schémas des solidarités de fiches actions concernant non seulement les publics en situation de handicap et de dépendance, mais également les publics en situation de fragilité socioéconomique : dans le schéma des solidarités de la Somme, les fiches actions « Favoriser l'accès de tous les publics à la citoyenneté, au sport et à la culture » et « Soutenir les dynamiques de diversification, de transformation et d'adaptation de l'offre [de logements] » concernent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ainsi que les jeunes et enfants « en situation de fragilité » confiés à l'aide sociale à l'enfance (Schéma des solidarités de la Somme). Le recours à un vocabulaire imprécis concerne davantage les « schémas des solidarités » que les « schémas de l'autonomie ». Le périmètre populationnel élargi des schémas des solidarités offre en outre la possibilité de planifier des actions communes pour un public fragile au-delà des seuls publics en situation de handicap ou de dépendance. Toutefois, nulle corrélation systématique ne peut être établie entre le choix de l'un ou l'autre des types d'instruments de planification et l'usage d'un vocabulaire et d'une ingénierie susceptible de participer d'une dilution des spécificités des différents publics. En effet, dans la plupart des « schémas de l'autonomie » comme dans certains « schémas des solidarités », ce sont les expressions « personnes âgées et personnes handicapées », voire la juxtaposition « personnes âgées-personnes handicapées », qui sont privilégiées. La mise en lien des publics âgés et des publics en situation de handicap s'incarne dans la formulation d'orientations stratégiques qui concernent les publics en situation de handicap comme les publics âgés (vie à domicile, vie en établissement, accompagnement des aidants, citoyenneté) ; des spécificités de chacun des publics sont toutefois très largement mises en avant, notamment dans le cadre de fiches actions distinctes qui jouxtent des fiches actions communes. Une certaine forme d'indétermination entre construction d'une nouvelle catégorie d'action publique et juxtaposition des politiques PAPH préexistantes est ainsi repérée.

En ce que les schémas d'organisation s'apparentent à des instruments de coordination – des méta-instruments (Verdier et Vion, 2005) –, le choix de schémas incluant l'ensemble des publics en manque d'autonomie laisse présager l'émergence de l'autonomie comme une nouvelle catégorie d'action publique et les personnes en manque d'autonomie comme le public cible d'orientations renouvelées et unifiées. À l'opposé de ce scénario, le travail de définition d'enjeux communs ne débouche que rarement sur la formulation

d'une politique à destination d'un public unifié constitué des personnes en manque d'autonomie. Les démarches oscillent entre une tendance à la dilution des personnes en manque d'autonomie dans des groupes de population qui dépassent le périmètre des situations de handicap et de dépendance et le maintien d'une certaine dualité structurée par l'âge du public ciblé.

L'étude des instruments d'action publique incarnant le renouvellement d'une ingénierie autour des politiques de l'autonomie donne à voir l'émergence de nouvelles approches pour envisager l'accompagnement des personnes nécessitant une aide à l'autonomie. Les articulations organisationnelles et cognitives effectivement repérées servent une pluralité de projets – visibilité des politiques de la collectivité, économies budgétaires, fluidification des parcours des personnes handicapées de moins de 60 ans – par-delà ou en concurrence avec le dessein d'un dépassement de la barrière d'âge. Il apparaît donc nécessaire d'interroger le dépassement effectif de la barrière d'âge dans les pratiques d'accueil et d'accompagnement.

II. Entre segmentation et intégration : aux origines des oscillations des démarches d'accueil et d'accompagnement

À travers la mise en œuvre de leurs compétences obligatoires et par le développement de démarches volontaristes, les conseils départementaux jouent un rôle central dans l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le défi d'une articulation de la réflexion sur l'accompagnement des publics âgés et l'accompagnement des personnes en situation de handicap est saisi dans la plupart des départements. L'étude des démarches concrètes tend pourtant à montrer combien le dépassement effectif de la barrière d'âge des 60 ans apparaît limité. L'identification de besoins communs à l'ensemble des publics nécessitant une aide à l'autonomie ne s'opérationnalise pas systématiquement à travers la mise en place d'actions visant l'ensemble des publics nécessitant une aide à l'autonomie (1). Comprendre les dispositifs proposant une aide indifférenciée selon l'âge implique de ne pas les considérer comme l'incarnation d'une mise en conformité avec le projet de remise en cause de la barrière d'âge impulsé « par le haut », et de les réinsérer au contraire dans des logiques territoriales (2).

1. Le périmètre restreint de l'accompagnement commun

Dans leur grande majorité, les départements vont simultanément développer des actions s'adressant à l'ensemble des personnes nécessitant une aide à l'autonomie et des dispositifs ne visant qu'une frange de ce public : les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap de moins de 60 ans. Certains domaines d'action publique semblent dès les années 2010 se prêter à l'élaboration de projets communs aux deux publics. Thomas Frinault identifiait l'aide aux aidants, la question de l'isolement, ainsi que les problématiques d'accessibilité et de mobilité comme des thématiques communes fréquemment développées dans les plans d'action en vigueur en 2011. Au terme d'une décennie, observe-t-on un élargissement du spectre des champs thématiques concernés par le dépassement de la barrière d'âge ?

1.1. La mise en œuvre des compétences obligatoires en marge des dynamiques de convergence ?

Certains aspects de l'accompagnement à l'échelon départemental des personnes handicapées et âgées restent très largement en marge d'une dynamique de rapprochement des interventions. C'est notamment le cas des parcours d'accès aux prestations APA et PCH. Le recours à des grilles d'évaluation distinctes – Grille AGGIR pour le grand âge, grille GEVA pour le handicap – comme les pratiques différenciées en matière d'évaluation – présence plus marquée des médecins dans les équipes d'évaluation de la dépendance liée au grand âge ; prise en compte inégale du contexte de vie (Pouchadon *et al.*, 2017) – sont très peu remises en cause dans les plans d'action élaborés au début des années 2020. Seule une poignée de départements (Nord, Pas-de-Calais...) font du « rapprochement des dispositifs d'évaluation » un objectif pour la période à venir. D'autres démarches relevant des compétences obligatoires des conseils départementaux sont davantage adoptées dans le sens d'un rapprochement ; c'est notamment le cas de la politique d'hébergement. Les logiques de rapprochement des établissements PA et PH repérées au milieu des années 2010 (Pouchadon *et al.*, 2017) sont encore d'actualité au début des années 2020. Si des logiques de convergence des établissements traditionnels sont repérées avec notamment la mise en place dans les EHPAD d'unités dédiées aux personnes en situation de handicap, c'est plus souvent encore une convergence des offres relevant de l'habitat intermédiaire qui est en cours de restructuration ou en projet. Le soutien à l'habitat inclusif ou à l'habitat innovant et à des démarches de développement de l'accueil familial montre que la question de l'accueil institutionnel est

également concernée par la convergence des domaines du handicap et du grand âge, et ceci en dépit d'une forte différenciation traditionnelle de l'offre existante (Ramos-Gorand et Rapegno, 2016).

Une convergence par-delà les compétences obligatoires

Des missions plus récemment investies par les conseils départementaux reposent également sur des logiques de convergence. À titre d'exemple, des actions concernant l'ensemble des aidants par-delà l'âge des personnes accompagnées sont proposées dans la quasi-totalité des départements. Dans certains départements, les dispositifs incarnant un dépassement de la barrière d'âge concernent également et/ou essentiellement des domaines tels que les loisirs ou l'accès à la citoyenneté, secteurs jusque-là périphériques dans l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Le dépassement de la barrière d'âge des 60 ans semble donc s'inscrire dans une dynamique de trans-sectorialisation de l'accompagnement à l'autonomie, celle-ci pouvant être décrite comme l'« incorporation dans l'ensemble des domaines d'action publique » (Douillet, Lebrou et Sigalo Santos, 2019) de cet enjeu. Une telle configuration questionnant la segmentation par l'âge à travers des projets relevant de politiques secondaires plutôt que les politiques traditionnellement structurantes des secteurs du grand âge et du handicap – dans un entretien, un directeur de l'autonomie évoque à ce propos des « micro-projets » – n'est pas sans rappeler la construction tâtonnante d'autres catégories d'action publique : les politiques de jeunesse se sont ainsi construites à travers les politiques de loisirs et de citoyenneté (Loncle, 2010). Ces dispositifs communs repérés relèvent en outre d'interventions sectorielles ; ils se distinguent donc de « méta-instruments » qui, en réunissant plusieurs dispositifs, révéleraient une coordination intersectorielle de l'action menée en direction d'un public cible englobant l'ensemble des personnes nécessitant une aide à l'autonomie.

Dans une logique d'identification du plus petit dénominateur commun aux populations nécessitant une aide à l'autonomie, certains projets départementaux axent leur intervention sur la mise en place de dispositifs communs. L'opérationnalisation d'un rapprochement de l'accompagnement des personnes en manque d'autonomie s'incarne également dans d'autres stratégies. L'extension du périmètre du public de certains dispositifs constitue une démarche ponctuellement envisagée. Ainsi, les personnes handicapées et les personnes âgées sont très souvent les destinataires des mêmes actions de

prévention ; celles-ci avaient été initialement pensées par les départements pour les seules personnes âgées en perte d'autonomie (Argoud, 2012). L'énonciation d'objectifs communs en matière d'amélioration de dispositifs préexistants segmentés selon l'âge est communément repérée ; il s'agit alors de proposer une offre de dispositifs qui, tout en étant différenciés selon l'âge, soient de même qualité : « Accompagner les besoins de médicalisation des structures accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ». En dépit de ces logiques multiples participant à rapprocher l'offre d'accompagnement, les parcours d'aide apparaissent distincts ; on relève ainsi dans les plans d'action la juxtaposition de démarches concernant l'ensemble des personnes nécessitant une aide à l'autonomie et d'actions visant selon les cas uniquement les personnes âgées ou les personnes de moins de 60 ans.

2. Guichets intégrés et guichets segmentés par l'âge : produits différenciés d'une construction territorialisée de l'accueil des publics

La grande majorité des départements sont engagés dans des démarches visant la mise en place de dispositifs d'accueil à destination de l'ensemble des personnes nécessitant une aide à l'autonomie. Il s'agit d'organiser l'accueil de la demande, l'analyse de la situation, le repérage des besoins et l'orientation de la personne. « La mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation [...] au profit des personnes âgées et des personnes handicapées⁹ » constitue l'un des aspects de la mise en place de MDA telle que promue au niveau national. La liste des départements dans lesquels des guichets d'accueil de l'ensemble des publics nécessitant une aide à l'autonomie sont instaurés dépasse de loin les seuls départements ayant réuni les services de la MDPH et du conseil départemental au sein d'une même structure MDA.

2.1. Guichets intégrés : ancrage local et dynamiques partenariales

Comprendre les dispositifs d'accueil proposés implique tout d'abord de les réinsérer dans la logique de territorialisation de l'action départementale à l'œuvre depuis la fin des années 1990 (Duran, 2020 ; Pasquier et Rouzeau, 2023). Les logiques de territorialisation de l'action sociale conduisent les conseils départementaux à proposer un accueil de premier niveau des personnes nécessitant une aide à l'autonomie à des échelons infradépartementaux. Ainsi, certains départements ayant conduit à son terme la mise en place d'une MDA structurent en complément des « points d'accueil MDA », lesquels sont localisés dans des « maisons du département », des

« Unités territoriales d'action sociale » ou des « agences départementales », qui sont les portes d'entrée des services du conseil départemental pour les usagers. On retrouve le même type de guichets d'accueil des publics en manque d'autonomie dans des contextes où il n'y a pas eu de structuration d'une MDA. Ainsi, dans de nombreux départements, des équipes autonomie ont été mises en place dans les Maisons du département dans le cadre d'une double démarche d'internalisation et d'extension du dispositif CLIC¹⁰ (Centre local d'information et de coordination gérontologique), initialement dédié aux personnes âgées. Cette logique d'internalisation des dispositifs CLIC, à l'œuvre depuis le début des années 2010 (Williamson, 2012), permet aux conseils départementaux de garder la maîtrise des dispositifs qu'ils financent. Quant à l'extension des CLIC aux personnes en situation de handicap, elle facilite pour celles-ci l'accès à leurs droits. Dans une grande majorité de départements, les CLIC sont désormais des points d'appui de la mise en œuvre d'une politique d'accueil, d'écoute, d'orientation et de prise en charge des personnes âgées et handicapées. Cette extension demeure parfois en cours de construction. Ainsi dans les Côtes-d'Armor, les CLIC ne sont des « relais de la MDPH [que] pour les personnes en situation de handicap de plus de 55 ans ».

Le souci des départements de proposer un accueil commun à l'ensemble des publics nécessitant une aide à l'autonomie s'incarne aussi de manière récurrente dans la mise en place de guichets uniques interinstitutionnels parfois désignés sous l'appellation « guichets intégrés ». Il s'agit alors d'organiser l'accueil et l'information à travers la constitution d'un réseau d'acteurs de proximité. Ainsi le plan d'action de la Nièvre prévoit d'« identifier les guichets de proximité sur le territoire comme étant des vecteurs d'informations de premier niveau (sites d'action médico-sociale, pharmacies, centre sociaux, mairies, Maisons France Services, médiathèques, etc.) »¹¹. Certains conseils départementaux participent dès à présent à la structuration de réseaux d'acteurs. Les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services sociaux des hôpitaux, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ainsi que les établissements d'hébergement sont des acteurs que l'on retrouve communément dans les dispositifs mis en place. Il est attendu que chaque « porte d'entrée » du guichet intégré soit en capacité d'apporter une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des personnes nécessitant une aide à l'autonomie, en les orientant vers les ressources adéquates. La mise en place de tels dispositifs partenariaux est très largement associée par les acteurs à une extension de la méthode MAIA (méthode d'action pour l'intégration des

services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), pensée pour les personnes de plus de 60 ans¹². Cette démarche peut plus largement être comprise à l'aune de la « doxa partenariale » (Morel, 2020), qui s'incarne à l'échelle départementale dans des démarches initiées par le département « chef de file de l'action sociale ». Dans ce contexte, des habitudes de travail en commun, notamment autour de la mise en place d'un accueil inconditionnel de premier niveau¹³ (Moalic-Minnaert, 2020), expliquent l'attrait des conseils départementaux pour cette option partenariale face au défi d'organiser l'accueil des personnes en manque d'autonomie et de leur transmettre l'information nécessaire.

L'implantation quasi généralisée de ces dispositifs d'accueil uniques apparaît étroitement liée à l'impulsion nationale donnée en ce sens par la CNSA. Les formes de mise en œuvre observées (privilège donné à l'échelon infra-départemental et inscription dans des dynamiques partenariales) sont largement influencées par une approche de l'action publique en termes de territorialisation.

2.2. Dépassement de la barrière d'âge et coordination des interventions plurielles et sectorielles : des défis imbriqués ?

Il convient de noter la coexistence de démarches favorisant un accueil des publics en situation de handicap par-delà leur âge avec des dispositifs récemment mis en place qui tendent, paradoxalement, à perpétuer une segmentation par l'âge de l'accueil des personnes en manque d'autonomie. C'est notamment le cas du dispositif « Communauté 360 ». La création de ce dispositif a été annoncée par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap le 11 février 2020. Il s'agissait « d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs familles [...] en complémentarité du rôle dévolu aux MDPH¹⁴ ». Les descriptifs officiels ne permettent pas d'identifier en quel sens les communautés 360 seraient susceptibles de perpétuer une segmentation par l'âge des personnes en situation de handicap ou, au contraire, d'y mettre fin. L'étude des appropriations locales de ce dispositif tend à montrer qu'il est saisi comme un outil permettant une meilleure orientation des personnes en situation de handicap de moins 60 ans. Le dispositif, financé par l'Agence régionale de santé, repose sur un numéro vert permettant aux personnes handicapées de solliciter une aide auprès d'une équipe localisée sur le territoire départemental responsable de la mise en place de « solutions ». La coordination du dispositif à l'échelon départemental

est dans la plupart des cas confiée à des associations relevant du champ du handicap ou fait l'objet d'un co-portage MDPH-association du handicap. Une expertise en matière d'accompagnement gérontologique n'est jamais recherchée dans la constitution des équipes de « conseillers de parcours ». Dans les départements explorés, les outils de communication élaborés localement ne mentionnent pas les « personnes âgées » comme public cible des communautés 360. Interrogés sur l'inclusion des personnes de plus de 60 ans, les acteurs responsables du dispositif tendent à en faire un public soit marginal (« c'est vrai qu'on n'y pense pas, mais il se pourrait que des gens âgés appellent pour demander une aide ; dans ce cas-là on les renverrait vers les dispositifs dépendance » [Responsable du dispositif Communauté 360, département L]), soit totalement en dehors du champ du dispositif :

Enquêtrice : j'imagine qu'il y a aussi des personnes âgées dépendantes qui sont en quête de renseignements, en termes de...

Oui, et les charcutiers-bouchers aussi.

[Directeur d'une association qui co-porte le dispositif Communautés 360 dans le département F.]

Loin d'inclure tacitement l'ensemble des personnes en situation de handicap par-delà leur âge, l'expression « en situation de handicap » reportée sur les documents de communication autour des communautés 360 est finalement révélatrice de la reconduction d'une approche segmentée du handicap.

La prise en charge contemporaine du handicap est caractérisée par une segmentation liée à l'âge des accompagnements, mais également par la fragmentation sectorielle des interventions. Les dispositifs récents visant un renouvellement des modalités d'accueil oscillent entre des démarches telles les communautés 360, permettant une meilleure coordination des interventions sectorielles pour un groupe d'âge donné, et des dispositifs répondant au défi de dépassement de la barrière d'âge (CLIC élargis à l'ensemble des personnes en situation de handicap).



En résonance avec la représentation prédominante d'un public qui formerait un tout unifié de par la similarité des problèmes rencontrés, mais serait dual par la persistance d'enjeux propres à certains segments du groupe, le panier d'offres proposé aux personnes en situation de manque d'autonomie de part

et d'autre de la barrière d'âge des 60 ans demeure différencié. On relève toutefois un rapprochement. Celui-ci se donne à voir dans l'extension du périmètre des secteurs d'intervention concernés par des convergences de dispositifs. Il est également perceptible dans la mise en place d'un accès à des dispositifs intégrés d'accueil des personnes. Le mouvement de rapprochement n'est toutefois ni continu, ni exclusif.

Conclusion : vers une typologie temporaire des trajectoires de convergence avant le SPDA

L'analyse des instruments et des dispositifs d'action publique ne permet pas de conclure à un effacement, à l'échelon départemental, de la barrière d'âge en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap. On repère toutefois une « convergence cognitive » (Hassenteufel, 2011) autour de l'idée d'une réflexion nécessaire sur les limites d'un système dual. L'unification de l'accompagnement constitue un pis-aller considéré par les élus départementaux et par les équipes administratives. Bien qu'inaboutie, la convergence, à l'échelon départemental, des politiques du handicap et des politiques du grand âge se donne ainsi à voir dans les processus de réorganisation des services administratifs, dans les choix d'instruments et d'outils d'action publique, à travers le travail cognitif d'identification d'enjeux communs et dans la participation à la mise en place de dispositifs à destination de l'ensemble des personnes nécessitant une aide à l'autonomie. La compréhension de chacune des strates de cette convergence amorcée nécessite son insertion dans une pluralité de dynamiques et de logiques d'action publique. Au terme de l'analyse, il apparaît opportun d'ébaucher une typologie de l'articulation des politiques du handicap et des politiques du grand âge à l'échelon départemental.

Dans une minorité de cas, on observe **une résistance à un questionnement de la barrière d'âge**. L'organisation des services demeure étroitement segmentée par l'âge des publics considérés. L'énonciation de stratégies autour des questions d'autonomie dans des documents distincts atteste d'une représentation des populations segmentée. Le spectre sectoriel des dispositifs communs à l'ensemble des publics nécessitant une aide à l'autonomie demeure réduit. Cette situation de segmentation ne fait pas l'objet de discours et ne s'inscrit pas dans une logique revendicative. Les discours institutionnels indiquent tout au plus la nécessité de « préserv[er] la spécialisation des réponses apportées à chaque public » (Schéma départemental des personnes du bel âge 2018-2022).

Cette absence de convergence est moins la conséquence d'un positionnement politique spécifique – les alternances politiques ne déterminent que peu les logiques de rapprochement – que le résultat d'un héritage organisationnel. Dans ces territoires, les réseaux partenariaux ayant trait d'une part aux enjeux du handicap et d'autre part aux enjeux du grand âge sont souvent de construction récente. Leur dépassement apparaît prématuré.

Une autre configuration observée est celle d'une convergence ébauchée.

La logique intégrative qui caractérise l'organisation des services constituerait davantage une mise en conformité avec un modèle dominant qu'elle ne serait le signe d'une véritable conversion en termes de conception des politiques de l'autonomie. Dans un contexte de réduction des ressources et notamment de contrainte financière, les réorganisations de service dans le sens d'un rapprochement permettent à ces départements de dégager des marges de manœuvre sans remettre en cause le principe d'un accueil et d'un accompagnement spécifique selon les âges considérés.

Le cas de figure le plus commun est celui d'un rapprochement inabouti dans lequel une attention est portée au respect des spécificités des deux publics.

Celui-ci s'incarne alors d'un point de vue formel par un rapprochement organisationnel – protéiforme – et par l'adoption d'instruments de planification incarnant une vision globale des publics. Leur investissement en faveur de la construction de dispositifs communs concerne un spectre élargi de secteurs d'intervention en regard de la période antérieure sans toutefois les englober tous. L'effacement – relatif – de l'âge dans les dispositifs d'accompagnement relevant de l'échelon départemental ne concerne qu'un champ thématique restreint. Les dynamiques de rapprochement semblent infléchies par des configurations d'échanges locales. Dans les cas qui se rapprochent de ce modèle, les conseils départementaux ont depuis la mise en place des MDPH joué la carte d'une construction respectueuse des partenaires. Le maintien d'une semi-autonomie de la MDPH vis-à-vis du conseil départemental semble avoir favorisé l'émergence d'un réseau partenarial affermi (MDPH et associations) autour de la question du handicap. Dans ce contexte, la MDPH joue à première vue un rôle d'intermédiaire. Les acteurs du handicap liés à la MDPH n'opposent pas de résistance aux velléités de rapprochement des politiques initiées par le département, notamment quand elles favorisent la coordination des interventions sectorielles autour des enjeux de handicap. En contrepartie, le CD demeure attentif au point de vue des associations de personnes handicapées quant aux limites d'une fusion des politiques de l'autonomie.

Enfin, dans de rares cas, **un rapprochement avancé susceptible de participer d'une dilution des spécificités des publics** peut être repéré avec une convergence des services administratifs et la mise en place d'une MDA¹⁵. Celle-ci réunit alors les services administratifs du CD relevant de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées et les services de la MDPH ; elle est également le point d'entrée unique pour des demandes d'aide à l'autonomie. La segmentation des dispositifs nationaux constitue le principal obstacle à une convergence aboutie.

Dans ces départements, la relation établie par le conseil départemental avec la MDPH est dès l'origine celle d'une logique d'absorption plutôt que d'une coopération. La visibilisation des démarches de rapprochement des politiques de l'autonomie participe avant tout d'une logique d'affirmation institutionnelle de la collectivité départementale.

Cette ébauche de typologie des configurations départementales de questionnement de la barrière d'âge des 60 ans dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap est-elle sur le point d'être obsolète ? En projetant la mise en place d'un service public départemental de l'autonomie, la loi Bien vieillir d'avril 2024 propose une refonte, à l'échelon départemental, des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap de part et d'autre de la barrière d'âge des 60 ans¹⁶. Si un renforcement de la transversalité et de l'intersectorialité semble être une ligne directrice du projet qui propose de « mettre en cohérence les différents acteurs de terrain, en dépassant notamment les clivages entre les secteurs médico-social, social et sanitaire, pour apporter aux personnes une réponse globale et coordonnée », les formes d'articulation du champ du handicap et de celui du grand âge – et les instruments d'action publique mobilisés pour ce faire – restent à définir. Si l'hypothèse d'un dialogue accru des dispositifs sous l'effet de la mise en place de ce SPDA peut être posée, celle d'un alignement des accompagnements par-delà les âges du public considéré ne sera envisageable que dans le contexte d'une réforme des principales prestations de compensation (APA et PCH), laquelle n'est pas à l'ordre du jour.

Bibliographie

Argoud, Dominique. 2007. « La décentralisation de la politique vieillesse : Vers une accentuation des inégalités ? », *Gérontologie et société*, 30, 123 : 201-212.

Argoud, Dominique. 2012. «La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement?», *Gérontologie et société*, 35, 5 : 93-100.

Argoud, Dominique, Maryse Bresson et Christian Jetté. 2022. «De l'âge à de nouvelles formes de catégorisation des personnes âgées», *Revue française des affaires sociales*, 3 : 129-146.

Baudot, Pierre-Yves. 2022. «Les politiques du handicap», dans Olivier Giraud et Gwenaëlle Perrier (dir.). *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte : 97-114.

Capuano, Christophe et Florence Weber (dir.). 2015. «Handicap et dépendance. Perspectives historiennes» [dossier], *Revue d'histoire de la protection sociale*, 8.

Demontrond, Nicolas. 2021. «Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) : nouvelle étape de l'affirmation des départements-providence.» *Droit et société*, 108, 2, 425-441. <<https://doi.org/10.3917/drs1.108.0425>>.

Douillet, Anne-Cécile, Vincent Lebrou et Luc Sigalo Santos. 2019. «Transversalité», dans Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.). *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po : 658-666.

Dupont, Olivier. 2012. «De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement», *Gérontologie et société*, 35, 5 [HS 1] : 179-184. <<https://doi.org/10.3917/gs.hs01.0179>>.

Duran, Patrice. 2020. «Territorialisation», dans Romain Pasquier, Sébastien Guigner et Alistair Cole (dir.). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris, Presses de Sciences Po : 529-537.

Elbaum, Mireille. 2008. «Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de "cinquième risque"?», *Droit social*, 11 : 1091-1102.

Ferras, Benjamin. 2022. «La cinquième branche : mythe, réalité, objectif? Une analyse, deux ans après...», *Les Tribunes de la santé*, 74 : 47-58.

Frinault, Thomas. 2005. «La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap», *Politix*, 72, 4 : 11-31.

Frinault, Thomas. 2007. «La réforme de l'allocation dépendance : enjeux idéologiques et clivages politiques autour de la gestion départementale», dans Lionel Arnaud, Christian Le Bart et Romain Pasquier (dir.). *Idéologies et action publique territoriale. La politique change-t-elle encore les politiques?* Rennes, Presses universitaires de Rennes : 119-140.

Frinault, Thomas. 2014. «Handicap et dépendance : entre différenciation du droit social et unification des politiques locales», dans Philippe Martin (dir.). *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*. Pessac, Presses universitaires de Bordeaux : 73-101.

Frinault, Thomas. 2020. «Personnes âgées», dans Romain Pasquier, Sébastien Guigner et Alistair Cole (dir.). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris, Presses de Sciences Po : 437-442.

Giraud, Olivier et Blanche Le Bihan-Youinou. 2022. «Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants», dans Olivier Giraud et Gwenaëlle Perrier (dir.). *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte : 115-133.

Halpern, Charlotte, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès. 2014. «L'instrumentation et ses effets débats et mises en perspective théoriques», dans Charlotte Halpern, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (dir.). *L'instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Paris, Presses de Sciences Po : 15-62.

Hassenteufel, Patrick. 2011. *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, Armand Colin.

Hudebine, Hervé. 2020. «Une analyse typologique de la gouvernance multiniveaux des politiques médico-sociales», dans Thomas Aguilera et Marc Rouzeau (dir.). *Le gouvernement des solidarités. Enjeux socio-politiques et territoires d'action*. Boulogne-Billancourt, Berger-Levrault : 95-110.

Lafore, Robert. 2004. «La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, 244 : 17-34. <<https://doi.org/10.3917/rfas.044.0017>>.

Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2005. «L'action publique saisie par ses instruments», dans Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po : 11-44.

Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2010. «Instrument», dans Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.). *Dictionnaire des politiques publiques*, 3^e édition actualisée et augmentée. Paris, Presses de Sciences Po : 325-335.

Le Bihan-Youinou, Blanche. 2013. «La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples», *Gérontologie et société*, 36, 2 : 13-24.

Loncle, Patricia. 2010. *Politiques de jeunesse. Les défis majeurs de l'intégration*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Martin, Philippe et Marie-Laure Pouchadon. 2019. «L'émergence de "politiques de l'autonomie" à l'échelle locale : entre innovations et prégnance des filières d'action sociale », *Revue française des affaires sociales*, HS 1 : 63-86.

Moalic, Maëlle et Jordan Parisse. 2020. «Les politiques de jeunesse des conseils régionaux. Entre recomposition des compétences et affirmation inégale d'un rôle de coordination », *INJEP, analyses & synthèses*, 37. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2020/08/IAS37_politiques-de-jeunesse-des-CR.pdf>. Page consultée le 18 avril 2025.

Moalic-Minnaert, Maëlle. 2020. «Les configurations locales du "chef de filât" de l'action sociale. Une animation des dynamiques partenariales par le Conseil départemental de Loire Atlantique à Nantes dans un contexte de gouvernance locale compétitive», dans Thomas Aguilera et Marc Rouzeau (dir.). *Le gouvernement des solidarités : enjeux socio-politiques et territoires d'action*. Boulogne-Billancourt, Berger-Levrault : 121-138.

Morel, Stanislas. 2020. «Pourquoi et comment enquêter sur l'action publique "partenariale" ? », dans Sylvain Bordie et Adrien Sonnet, *Action publique et partenariat(s). Enquêtes dans les territoires de l'éducation, de la santé et du social*, Nîmes, Champ social : 18-33.

Muller, Pierre. 2000. «L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie de l'action publique », *Revue française de science politique*, 50, 2 : 189-208.

Ngatcha-Ribert, Laëtitia et Arielle Gondonneau. 2021. «Changements sémantiques en gérontologie : avancée ou nouvelle langue de bois ? », *Le Sociographe*, 74, 2 : 91-103. <<https://doi.org/10.3917/graph.074.0091>>.

ODAS (Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale). 2006. *Maisons Départementales des Personnes Handicapées : une réforme bien engagée*. Rapport.

Pasquier, Romain et Marc Rouzeau. 2023. «S'implanter pour durer : les politiques de territorialisation départementale comme stratégies de résistance », *Politiques & management public*, 40, 3 : 323-338.

Piveteau, Denis. 2022. «APA et PCH : le rapprochement est-il possible ? », *Les Tribunes de la santé*, 74, 4 : 59-68.

Pouchadon, Marie-Laure, Mélina Eloi, Claire Magord et Philippe Martin. 2017. *Les politiques locales en direction des personnes en perte d'autonomie : appropriations du cadre légal et diversité des pratiques dans le champ médico-social*. Rapport de recherche. DREES-Mire, CNAF.

Procureur, Thomas et Marie-Ange Grégory. 2015. « La construction des exécutifs départementaux : retour sur le "troisième tour" des élections départementales », *Revue française d'administration publique*, 154, 2 : 407-421.

Ramos-Gorand, Mélina et Noémie Rapegno. 2016. « L'accueil institutionnel du handicap et de la dépendance : différenciations, conséquences territoriales et parcours résidentiels », *Revue française des affaires sociales*, 4 : 225-247.

Rouzeau, Marc. 2019. « La gouvernance territoriale des solidarités : localisation, territorialisation et chef de filât », *Pouvoirs locaux*, 114 : 66-75.

Tenand, Marianne. 2016. « La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapée et dépendante ? », *Revue française des affaires sociales*, 4 : 129-155.

Verdier, Éric et Antoine Vion. 2005. « Mix of Contracts or Contractual Mix-up? The Coordination of Public Intervention on Access to Work in France », *International Journal of Public Policy*, 1-2, 1 : 162-184.

Williamson, Richard-Pierre. 2012. « Les CLIC : une réponse de proximité pour personnes âgées », *Pour*, 214 : 99-106.

Notes

¹ Ce travail a bénéficié d'une aide de l'État gérée par l'Agence nationale de la recherche au titre de France 2030 portant la référence ANR-22-PAVH-0004.

² Créée en 2005, la CNSA est l'institution responsable du financement des prestations individuelles (PCH et APA). La CNSA est également l'agence de répartition des crédits pour les établissements de services sociaux et médicosociaux qui accueillent des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées.

³ Les régions, les départements et les communes sont les trois niveaux de collectivités territoriales en France. Depuis le premier acte de la décentralisation qui a débuté en 1982, des blocs de compétences sont confiés à ces trois niveaux de collectivités. En matière de politiques sociale, la prééminence du département a été consacrée au nom de la « *solidarité de proximité* » compte tenu à la fois de l'ancienneté et de l'importance des attributions de celui-ci en matière sanitaire et sociale.

⁴ Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès distinguent les instruments, les techniques et les outils : « L'instrument est un type d'institution sociale [...] ; la technique est un dispositif concret opérationnalisant l'instrument ; enfin, l'outil est un microdispositif au sein d'une technique [...] » (2005 : 14-15).

⁵ Dans certains départements, les schémas stratégiques – notamment les schémas gérontologiques – ont émergé dès les lois de décentralisation. Il faut attendre la loi du 2 janvier 2002 qui précise les missions de ces schémas d'organisation sociale et médico-sociale pour que ces schémas soient rendus obligatoires.

⁶ Les dates de validité de ces schémas sont variables (2022-2026 ; 2023-2027...).

⁷ La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a prévu la mise en place du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) le 28 décembre 2015.

Le CDCA résulte de la fusion du CODERPA (Comité départemental des retraités et personnes âgées) et du CDCPH (Conseil départemental consultatif des personnes handicapées). Il est chargé dans le département de participer à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie et à la citoyenneté. Marion Scheider-Yilmaz a consacré sa thèse de doctorat à l'exploration de la participation des personnes handicapées et des personnes âgées dans les CDCA : Marion Scheider-Yilmaz, *Le cas de la participation des personnes handicapées et des personnes âgées dans les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie*, thèse en sociologie sous la direction de Jean-Philippe Viriot-Durandal, Université de Lorraine, 2022.

⁸ Les schémas de 87 départements ont pu être explorés ; la France métropolitaine compte 96 départements.

⁹ Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie

¹⁰ Sur le sujet des CLIC, voir Williamson, 2012.

¹¹ Extrait du document *Stratégie départementale pour l'autonomie des adultes âgés et des personnes en situation de handicap Pour une Nièvre bienveillante et respectueuse des projets de vie de chacun*, produit par le département de la Nièvre. <https://nievre.fr/wp-content/uploads/2021/02/STRATEGIE-DEPARTEMENTALE-AUTONOMIE-2_compressed.pdf>. Page consultée le 6 mai 2025.

¹² « Maia est une méthode pour conduire des porteurs identifiés de la coordination (réseaux de santé, Clic, conseils généraux...) vers une dynamique d'intégration. Ce processus guide les porteurs de projet vers la construction d'un partenariat intégré des services d'aide de soins et d'accompagnement. La population cible des dispositifs Maia est celle des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle du fait des pathologies liées à l'âge notamment la maladie d'Alzheimer. » (Dupont, 2012 : 180)

¹³ Le premier accueil social inconditionnel garantit que toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social bénéficie d'une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations. Le département, chef de file de l'action sociale, est chargé de sa mise en place ; il s'appuie sur un réseau d'acteurs ressource.

¹⁴ Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <<https://handicap.gouv.fr/communautes-360-structuration-dun-reseau-de-professionnels-soutenant-les-parcours-de-vie-des>>. Page consultée le 6 mai 2025.

¹⁵ Il convient de souligner que tous les départements dans lesquels une « maison de l'autonomie » a été mise en place ne relèvent pas de ce modèle.

¹⁶ « Le service public départemental de l'autonomie vise à mettre en cohérence les différents acteurs de terrain, en dépassant notamment les clivages entre les secteurs médico-social, social et sanitaire, pour apporter aux personnes une réponse globale et coordonnée, garantir la continuité des parcours et faciliter l'accès concret et rapide aux offres, qu'elles aient pour objet l'inclusion, l'adaptation de l'habitat, les services de santé ou l'accompagnement social ». CNSA. <<https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/service-public-departemental-de-lautonomie>>. Page consultée le 22 avril 2025.