



Séance N°7 · Un regard de sociologue et d'actrice du champ de l'autonomie

Les politiques de l'autonomie : Regards croisés sur l'usage d'un vocabulaire et la construction d'un champ de l'action publique en France

Claude Martin

Sociologue, directeur de recherche
émérite, CNRS.



Virginie Hoareau

Responsable au Pôle Appui à la
coordination des acteurs, CNSA.



Compte-rendu de la séance du 05/11/2024

Laure Saincotille, équipe d'animation
scientifique du PPR Autonomie

Séminaire organisé par le PPR
Autonomie, en partenariat avec **l'Institut
de la longévité, des vieillesse et du
vieillessement (ILVV)** et la **Fédération
pour la recherche sur le handicap et
l'autonomie (Fedrha)**

En France, depuis plus de soixante ans, la notion d'« autonomie » fait son chemin dans le vocabulaire de l'action publique. La création de la cinquième branche de la sécurité sociale, la branche « Autonomie », est le témoin majeur le plus récent de la progressive installation de ce terme et des projets socio-politiques dont il est porteur. Il s'agit pourtant d'une notion plurielle, qui reste floue, et dont l'usage est contesté par de nombreux acteurs du champ ainsi que par les personnes dont « l'autonomie » est en question. Cette séance s'intéresse aux processus d'institutionnalisation de cette notion dans le champ de l'action publique française et aux réactions contrastées que celle-ci a engendré.



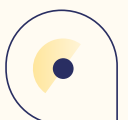
Le séminaire « Autonomie(s), indépendance et dépendances »

Alors que **les projets financés dans le cadre du Programme prioritaire de recherche (PPR) Autonomie visent à interroger la notion d'autonomie (défi 1)**, cette **première année du séminaire** entend accompagner la réflexion des communautés de recherche au travail et être **un espace de dialogue privilégié rassemblant bien au-delà des chercheuses et chercheurs parties prenantes des projets du PPR Autonomie**. En discutant la diversité des définitions et des usages du concept d'autonomie, tant théorique que pratique, ce séminaire se conçoit comme un **lieu d'ouverture, d'échange et de cumulation de savoir sur une notion clé de la vie sociale contemporaine**.

Le séminaire s'intéresse à la notion d'« autonomie » dans sa qualité **d'abstraction, en tant qu'elle est investie de multiples interprétations inspirées par des corpus disciplinaires, des positions normatives ou encore des expériences sociales diversifiées de l'autonomie**. Il est l'occasion d'une exploration et d'un dialogue interdisciplinaire autour de ces diverses interprétations. Les intervenants et intervenantes adoptent donc une logique diachronique, mais aussi et surtout disciplinaire : ils et elles contribuent à la réflexion sur l'autonomie en apportant leur regard d'historien, de philosophe, de sociologue, de politiste ou encore de praticien de santé. Ils et elles **cartographient les enjeux de controverse autour de cette notion, au sein de leur discipline ou de leur champ de recherche**, mais aussi la façon dont les débats publics, au sens plus large, ont été informés et peut-être transformés par ces controverses.

Les contributions de Claude Martin et Virginie Hoareau, portant sur les politiques de l'autonomie, offrent un regard croisé sur l'usage d'un vocabulaire et la construction d'un champ de l'action publique en France.

La **coordination scientifique** de ce séminaire est assurée par **Philippe Martin**, juriste à l'université de Bordeaux, membre du Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC), **Olivier Lipari-Giraud**, politiste au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), membre du Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE) et **Myriam Winance**, sociologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), membre du Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3).



Sommaire

À propos de 4

Claude Martin 4

Virginie Hoareau 4

De la dépendance à l'autonomie, petite généalogie d'un secteur de l'action publique et sociale – Claude Martin 5

L'autonomie comme idéologie : la critique d'une success story 5

Trajectoire de la notion d'autonomie dans le champ de la protection sociale et de l'action sociale 6

L'autonomie comme concept horizon 10

Conclusion 11

La politique de l'autonomie existe-t-elle? – Virginie Hoareau 13

Définir l'autonomie 13

Une politique de l'autonomie, ou des politiques séparées du grand âge et du handicap? 15

La politique de l'autonomie, une ambition sans cesse reportée? 18

Impact de la création de la 5e branche de la sécurité sociale sur la politique de l'autonomie 22

À propos de

Claude Martin

Claude Martin est sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS. Il a été enseignant-chercheur à l'université de Caen puis à l'École nationale de santé publique, avant d'intégrer le CNRS en 1996 et de mener ses travaux au sein de l'UMR Arènes (Université de Rennes). Il a contribué à de nombreuses recherches à l'échelle nationale (ANR, MIRE-DREES, CNAF, IReSP, etc.) et européenne. Il a également été professeur affilié à l'EHESP et professeur invité à l'Institut national de la recherche scientifique de Montréal. Ses domaines de recherche concernent l'État social, la comparaison des systèmes de protection sociale, et plus précisément les politiques publiques en direction de la famille, de l'enfance, mais aussi depuis une trentaine d'années en direction des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ses recherches ont contribué à plusieurs travaux préfigurateurs du champ de l'autonomie. En septembre 2020, il est nommé directeur du PPR Autonomie ; il assure cette fonction jusqu'en septembre 2023. Depuis, il est président du Conseil scientifique du programme.

Virginie Hoareau

Virginie Hoareau est responsable au pôle d'appui à la coordination des acteurs de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Formée en gestion des établissements de santé à l'EHESP, elle a commencé sa carrière dans un établissement de santé spécialisé en santé mentale, expérience qui l'a formée aux enjeux de l'autonomie des personnes fragilisées. Elle a ensuite intégré une fédération nationale de défense des intérêts et des valeurs des hôpitaux publics et des structures médico-sociales relevant de ces établissements de santé. A cette occasion, elle a travaillé avec des représentants de l'Etat et de la CNSA, et a pu observer les fonctionnements institutionnels. Elle a par la suite exercé en cabinet ministériel auprès de Michèle Delaunay (ministre en charge des personnes âgées et de l'autonomie, 2012-2014), puis a travaillé à la conception et l'appui à la mise en œuvre de la politique de l'autonomie au ministère.

De la dépendance à l'autonomie, petite généalogie d'un secteur de l'action publique et sociale – Claude Martin

L'autonomie comme idéologie : la critique d'une success story

La notion d'« autonomie » est très malléable et connaît un incontestable succès dans de nombreux secteurs d'action publique en France. Dans le secteur de **l'éducation**, on parle de « l'autonomie de l'élève », dans celui du **travail** et de **l'emploi**, de « l'autonomie du travailleur », et dans celui des **politiques sociales** de « l'autonomie du jeune », de celle de la personne âgée ou encore de celle de la personne en situation de handicap.

Ce concept est néanmoins **très critiqué**, en ce qu'il semble être avant tout **en phase avec les politiques néolibérales** qui se sont développées depuis les années 1990. L'idéologie néolibérale a notamment pour caractéristique de **nier les conditions sociales et matérielles de l'autonomie**, c'est-à-dire les inégalités d'exercice de l'autonomie. Elle donne par ailleurs un **poinds important aux experts**, qu'elle place en garants des bonnes pratiques de l'autonomie. Ainsi, l'autonomie apparaît comme dépendante d'une **mise en conformité des individus**, qui doivent se soumettre, dans leur identité et leurs comportements, à de nombreuses injonctions. C'est pourquoi elle est parfois perçue comme étant en elle-même une **forme d'injonction qui charge les individus de leurs réussites tout autant que de leurs échecs**.

L'autonomie est également présentée comme étant une forme de mythe. Selon **Martha Albertson Fineman**, la notion d'autonomie participe d'une certaine vision de la société. En posant un **regard critique sur la société américaine**, elle affirme :

« Je suis particulièrement intéressée par le rôle que joue le mythe de l'autonomie dans la rhétorique politique et populaire, de même que dans l'idéologie nationale. Dans ces discours, l'autonomie est comprise en des

termes particulièrement étroits, liée à l'auto-suffisance économique et à une forme de séparation de soi vis-à-vis des autres au sein de la société. »
M. A. Fineman, *The autonomy myth: A theory of dependency* (2005) »

Pour Fineman, au sein de la société américaine, la **défense du privé** (la famille et le marché) **et de l'individu libre et autonome** est conçue comme la **solution pour faire face aux problèmes complexes** auxquels sont confrontées les sociétés. Ce mouvement s'effectue alors **aux dépens d'une autre pensée, qui conçoit comme nécessaire l'amélioration de la responsabilité collective** en matière d'autonomie : c'est une meilleure intégration des individus au sein de la société qui permettra leur autonomie. Ainsi, Fineman propose une **théorie de la dépendance qui insiste sur l'exigence de droits et d'une reconnaissance, par l'Etat et les institutions publiques, du soutien qui devrait être accordé à celles et ceux qui s'occupent d'autrui**. Cette lecture critique de l'autonomie peut, et sans doute même doit être mise au service de la réflexion sur l'autonomie dans le champ de l'action publique en France.

Trajectoire de la notion d'autonomie dans le champ de la protection sociale et de l'action sociale

Comment la **notion d'autonomie** s'est-elle imposée dans le **secteur de l'action sociale et de la protection sociale en France** ?

1970-2000 : centralité de la notion de dépendance

Cette notion d'autonomie n'est pas aussi récente qu'elle peut le paraître. En effet, et on l'oublie souvent, elle a été **mise en avant, sous l'angle de la participation sociale des personnes âgées, dès le rapport Laroque de 1962**. L'autonomie est alors présentée comme **l'ensemble des conditions à mettre en place pour faciliter l'intégration des personnes âgées** dans la société.

Cependant, le concept disparaît rapidement, **remplacé par la notion de « dépendance »**, qui prend le pas dans la discussion des experts dès le début des **années 1970** en se substituant aux catégories d'« invalide » ou encore de « grabataire ». L'idée qui s'impose est celle selon laquelle il faut tout faire pour **soutenir, dans les actes de la vie quotidienne, les personnes avançant en âge ou en situation de handicap**. La notion de « soutien par un tiers » devient également prédominante.

Le développement de l'utilisation de la notion de « dépendance » joue un rôle important dans la **distinction de la politique propre au handicap vis-à-vis de celle menée à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie** (dites « dépendantes »). Cela apparaît notamment dans le **rapport Arreckx de 1979**, comme le note Bernard Ennuyer dans son article « La construction du champ de la dépendance. De la définition du mot au débat sur le 'cinquième risque' » (2013). A cette époque, **des débats émergent autour de la mesure qui entend octroyer aux personnes âgées l'allocation compensatrice pour tierce personne** (ACTP), une allocation qui depuis 1975 devait ne concerner que les personnes en situation de handicap. Ainsi, la notion de « dépendance » émerge comme une manière de préciser la frontière entre les politiques du handicap et celles du grand âge.

Dans les **années 1980, la question des besoins liés au grand âge et à la dépendance est mise à l'agenda en France**. La préoccupation est budgétaire : il s'agit de faire face au **risque d'explosion des dépenses de l'allocation compensatrice pour tierce personne** qui, du fait de l'allongement de l'espérance de vie, risque de devenir économiquement insoutenable pour les collectivités locales. C'est une période de grand inertie et d'indécision publique, lors de laquelle sont produits de nombreux rapports.

En 1990, une première proposition sénatoriale suggère de créer une prestation dédiée, spécifique à la « dépendance ». A défaut de pouvoir prendre une première mesure, c'est en 1994, sous le gouvernement Balladur, qu'est proposée **l'expérimentation d'un dispositif** impliquant les Conseils généraux (devenus les Conseils départementaux) et les Caisses locales de retraite et d'assurance maladie : la **prestation expérimentale dépendance** (PED). La notion de « dépendance » est ainsi actée dans le nom de cette prestation. Certains départements se déclarent volontaires pour cette expérimentation, dans la perspective, courante dans l'action publique, d'une évaluation permettant d'améliorer puis de généraliser un dispositif à l'échelle nationale. Cependant, sans attendre les résultats des évaluations, le calendrier politique conduit à la **création, en 1997, d'une prestation monétaire spécifique dépendance** (PSD) via une loi et une mesure provisoires (en attendant une loi définitive) qui visent à répondre au besoin d'une politique dédiée à la dépendance. Cette prestation provoque immédiatement des **critiques véhémentes et relativement unanimes de la part des professionnels, des représentants des usagers et des scientifiques** qui s'intéressent à ces questions, car elle est **très en deçà des promesses, des attendus et des préconisations des rapports de**

l'époque. Il s'agit en effet d'une prestation à visée assistantielle, qui **ne permet pas de satisfaire les besoins de la population** dont on commençait alors à dessiner le périmètre grâce à la première enquête nationale (HID – handicap, incapacités, dépendance) : seulement 15 à 20% des potentiels bénéficiaires pouvaient recevoir la PSD.

Ces critiques **maintiennent l'usage de la notion de « dépendance »**, et la perspective défendue dans cette notion est celle des **« incapacités »**, **porteuse d'une vision curative.**

A l'époque, déjà, **une hypothèse commence à faire débat** et est explorée à l'occasion du **rapport Schopflin de 1991 : celle du cinquième risque.** Ce rapport **renonce cependant à la préconiser**, car il estime nécessaire de donner la priorité à la gestion par les départements, perçus comme étant plus à même de veiller à la maîtrise des coûts.

Les **années 1990** sont aussi marquées par les **critiques adressées au modèle d'évaluation de la dépendance**, préconisé par les secteurs de la gériatrie et de la gérontologie : la grille d'évaluation Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (AGGIR), qui établit six niveaux de dépendance. Ces critiques portent notamment sur la **trop faible prise en compte de composantes psychiques et cognitives des incapacités.** Dans le champ de la politique à destination des personnes âgées, cette méthode d'évaluation reste la grille de référence, malgré les critiques. **Dans le champ du handicap s'impose un guide d'évaluation multidimensionnel**, issu de la classification du fonctionnement humain de l'Organisation mondiale de la santé (OMS); un modèle plus approprié car tourné vers le droit des personnes. L'avenir dira si cette alternative moins sanitaire parviendra à renouveler le champ de la politique de l'autonomie

2002 : La réforme APA et l'affirmation de la notion d'autonomie

La réforme APA (Allocation personnalisée d'autonomie) de **2002** proposée par un gouvernement socialiste **relance et impose l'usage de la notion d'autonomie**, renvoyant celle de dépendance à une vision stigmatisante de l'avancée en âge.

Thomas Frinault, dans son article « L'hypothèse du 5ème risque » (2003), la présente comme une réforme hybride, **entre aide sociale et universalité**, avec l'idée d'**universalisme proportionné** (tout le monde a le droit à quelque chose selon ses ressources, avec l'idée de ticket modérateur ou de reste à charge)

visé à **dépasser les limites de la PSD**, et supprime un certain nombre de freins. Par exemple, le quatrième niveau de dépendance, qui avait été écarté alors qu'il correspondait à 50% des bénéficiaires potentiels lorsqu'ils résident à domicile, est rétabli. De même, l'idée de récupération des budgets avancés par les départements sur les successions des bénéficiaires est écartée. Cela permet de **mieux atteindre la population identifiée comme susceptible d'avoir besoin d'aide dans la vie quotidienne**, et cette mesure **accroît rapidement le nombre de bénéficiaires**. En outre, un compromis est trouvé pour son financement : le rôle de l'Etat et celui des départements sont mis en regard, avec une **implication croisée des caisses de sécurité sociale et des départements** dans la mise en œuvre.

L'APA fait passer d'une conception déficitaire à une conception capacitaire de la vieillesse : derrière le choix de la notion d'autonomie s'exprime la volonté de se débarrasser d'une vision négative du grand âge, jusqu'alors perçu comme une période de la vie au cours de laquelle l'incapacité et les maladies chroniques ne cessent de croître. Pour autant, **la notion d'autonomie continue de véhiculer un certain nombre de quiproquos et ne fait pas disparaître les risques d'injonction à l'autonomie**.

Le débat sur le cinquième risque

Le débat sur le cinquième risque, déjà envisagé lors du rapport Schopflin en 1991 ainsi que dans d'autres rapports plus anciens, **va dans le sens de l'imposition du recours à cette notion d'autonomie**.

Le **traumatisme de la canicule de l'été 2003** et des 15 000 décès supplémentaires parmi les personnes très âgées **alimente et accélère le débat autour de la création d'un nouveau risque social**. D'importantes décisions sont prises : la **création de la CNSA, de la prestation de compensation du handicap (PCH)** remplaçant l'ACTP, et **des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**. Dans les années qui suivent, le débat sur cette notion de risque s'intensifie, notamment en 2010 et 2011, autour de l'hypothèse de renforcer le recours à l'assurance privée – facultative ou obligatoire – complémentaire à l'assurance publique, ainsi que le rapportent Blanche Le Bihan et Claude Martin dans leur article « Quatre décennies de rapports et de propositions pour dessiner le chemin vers une cinquième branche du système français de protection sociale » (2021).

C'est en **2020** que ces **débats débouchent sur la création d'une nouvelle branche du système de protection sociale français, qui combine**

logique assurantielle et aide sociale, politique nationale universelle et décentralisation, rôle de l'Etat, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale. Denis Piveteau affirme à cet égard qu'« un espace juridique et administratif est en train de s'ouvrir à partir de ce nouveau risque de la protection sociale ».

L'autonomie comme concept horizon

L'autonomie étant une **notion servant de nombreux usages et demeurant à bien des égards ambiguë**, il est important de la considérer comme un **champ de luttes entre des visions qui peuvent se révéler contradictoires**, opposant l'injonction à l'autonomie et la sur-responsabilisation des individus, d'une part et, de l'autre, la défense des droits des personnes. On peut ainsi avancer avec Denis Piveteau (« L'autodétermination : un levier de transformation sociale, au croisement de la psychologie expérimentale et de la théorie du droit » (2024)) que **l'autonomie comme champ d'action publique est potentiellement une promesse de défense de l'autodétermination**, celle-ci constituant le « centre de gravité » des politiques de l'autonomie .

Une autonomie juridique et universelle

En effet, si l'on peut noter l'**existence d'un modèle fonctionnel de l'autonomie**, on peut également observer un **modèle juridique de l'autonomie**, que l'on retrouve dans une série de textes, notamment celui de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (2006). Pour ce modèle juridique, c'est la « liberté de faire ses propres choix » qui importe, ce qui implique une **conception de l'autonomie centrée sur l'effort fait pour garantir aux personnes concernées la possibilité de faire valoir leurs propres choix**. Il s'agit là d'un principe universel et inconditionnel selon lequel il est établi que, dans le cadre d'une politique qui préconise l'autonomie des personnes, il ne faut pas décider pour autrui.

En France, **la CNSA suit cette logique, qui lui permet aussi de défendre les avantages à viser le rapprochement des politiques en direction des personnes en situation de handicap de celles en direction des personnes âgées**. Dans ce contexte, il semble néanmoins que ce soit le secteur des personnes âgées qui tire le plus de bénéfices des avancées de la logique du principe inconditionnel et universel, celui-ci débouchant sur la production et la

défense de concepts comme celui d'« accessibilité universelle » et de « pleine citoyenneté », qui de longue date est défendu dans le champ du handicap.

Une autonomie socialisée

Cette **autonomie comme promesse**, sous la plume de ceux qui la défendent en tant que concept fédérateur pour les politiques de l'autonomie, est une **autonomie socialisée**. A cet égard, Denis Piveteau éclaircit l'usage de la notion :

« Agir en acteur « autodéterminé » ne signifie pas forcément « agir sans être aidé ». [...] Cela signifie que, si l'on doit être accompagné, on le sera par des personnes qui, pour assurer cette fonction d'aider autrui à décider lui-même, agiront dans le respect, la prudence et le professionnalisme que requiert leur position singulière. » D. Piveteau, op.cit.

L'autonomie n'est donc pas celle du seul individu, mais celle qu'offrent ses conditions environnementales. L'important est dès lors de faciliter cette accessibilité universelle, cette pleine citoyenneté. Une telle perspective montre que **tous les secteurs d'action publique sont susceptibles d'être concernés** (l'éducation, l'environnement, l'aménagement et l'urbanisme, et l'ensemble des services publics). Selon ce cadre, il est important de **créer ce qui permet à autrui de décider pour lui-même, et en particulier de rendre capables ceux qui sont le plus en difficulté pour faire valoir leurs choix**, en acceptant que la personne accompagnée soit le guide et la boussole de leurs accompagnants. Ceci a de nombreuses **conséquences sur la définition du rôle de ces tiers assurant le soutien**, qu'ils soient des proches ou des professionnels. Cette autonomie est également socialisée au sens où elle est une **responsabilité collective** : il faut **rendre accessible de nombreux secteurs de la société**, impliquer des politiques qui concernent les dimensions environnementales de l'autodétermination.

Conclusion

Le secteur de l'autonomie en France se structure progressivement, mais avance de manière incrémentale par une lente succession de réformes (B. Le Bihan & C. Martin, op. cit.). Il est donc marqué par cette lenteur qui manifeste aussi des hésitations, voire des oppositions entre **différentes visions de ce qu'il convient de défendre**. Parfois, il est nécessaire de

passer par des **expérimentations**, sans oublier de tenir compte de ce qui a été fait précédemment, et procéder ainsi par ajustements progressifs. Une autre caractéristique de ce processus et de cette politique est sa **dimension partenariale, au sens où elle implique de nombreux acteurs de la protection sociale** – caisses d'assurance, conseils départementaux, Etat -, et ce même après la création d'une nouvelle caisse nationale.

L'autonomie, si on la considère comme un concept horizon, **n'est bâtissable que si l'on se garde de la transformer en injonction**. Ainsi conçue, l'autonomie peut éventuellement s'appuyer sur la discussion sur les politiques du *care* : **les débats sur le *social care* semblent ainsi partager de nombreux points communs avec les débats sur l'autonomie qui ont lieu en France**, comme Claude Martin le relève dans son article « Médico-social : les mots pour le dire à l'échelle internationale » (2024). Cette notion se rapprocherait également du concept d'interdépendance, ou de la conception de la dépendance comme lien social, proposée par Bernard Ennuyer (op. cit.).

Pour continuer d'avancer dans ce processus, il est sans doute nécessaire de **passer de l'idée de « compensation » à celle de « mise en accessibilité », de collectiviser l'enjeu d'autonomie, et de passer de la logique du besoin** (le plus souvent ce à quoi une autorité décide de répondre ou non) **à celle de la demande et des attentes des usagers, dans leur diversité**.

La politique de l'autonomie existe-t-elle ? – Virginie Hoareau

La contribution de Virginie Hoareau se veut être un **éclairage proposé à partir d'une perspective différente du point de vue académique** apporté par Claude Martin. Elle entend montrer, **depuis son expérience professionnelle**, qu'il est rarement fait mention de « politique médico-sociale », mais davantage d'une **politique publique de l'autonomie**, celle-ci étant moins axée sur la déficience ou la dépendance que sur l'**objectif d'autonomie recherchée** et bénéficiant par conséquent d'une approche plus positive.

Cependant, **la notion d'autonomie n'est pas toujours fédératrice des champs des personnes âgées et de celui des personnes en situation de handicap**. Si dans le domaine des politiques de l'âge, le concept d'autonomie revêt bien un caractère positif et constitue un progrès par rapport à la notion de dépendance, la notion est **parfois contestée dans le domaine des politiques du handicap** : certaines associations représentatives des usagers du secteur la reçoivent comme une **injonction faite aux personnes**, quelle que soit leur situation.

Définir l'autonomie

Virginie Hoareau entend définir l'autonomie à partir de ses **deux principales sources d'inspiration** : Paulette Guinchard et Denis Piveteau.

Paulette Guinchard, lors de la création de l'APA, l'évoquait en ces termes :

« Le droit à l'APA, c'est le droit à la dignité des personnes âgées, c'est la reconnaissance des moyens de l'autonomie pour les personnes âgées dites « dépendantes ». Le droit à l'autonomie, c'est par exemple le droit de vivre chez soi le plus longtemps possible. C'est donc la modernisation de l'aide à domicile, la diversification et la coordination des services offerts, la reconnaissance et la revalorisation des métiers de l'aide à domicile, la qualification des personnels, l'accent mis sur le professionnalisme des prestataires de services (...). La reconnaissance de l'autonomie, c'est aussi le droit d'avoir un projet de vie en établissement (...). La reconnaissance de l'autonomie, c'est aussi notre volonté de développer et reconnaître

la gériatrie hospitalière en France, parce que nous croyons qu'un bon travail gériatrique peut faire reculer la dépendance, atténuer la perte d'autonomie ou prévenir son aggravation. [Il s'agit de] renforcer la globalité et la continuité de la prise en charge, en liaison avec les professionnels extérieurs à l'hôpital, améliorer l'accueil aux urgences, sensibiliser les équipes aux objectifs de récupération de l'autonomie. Tous ces dossiers constituent les maillons d'une même chaîne (...). Tous ces projets se tiennent, et expriment différentes facettes d'une même politique, dont la cohérence prend toute sa force au niveau des territoires. » [Projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie - Sénat; Rapport n° 315 (2000-2001), déposé le 10 mai 2001]

Virginie Hoareau retient **quatre points** de cette intervention, qu'elle considère comme **essentiels à la politique de l'autonomie** :

1. Des **moyens** sont nécessaires au soutien de l'autonomie;
2. Le **droit à l'autonomie doit prendre différentes formes**, qui sont propres aux projets des personnes concernées;
3. Les personnes concernées ont le **droit d'avoir un projet de vie** – ou d'avoir des projets dans la vie –, droit qui repose sur leurs choix, leurs préférences, et émergeant dans un contexte qui leur est propre. Pour que cela puisse advenir, **des espaces de liberté qui rendent possibles une diversité de choix doivent exister**, et il faut que l'on ne prenne pas systématiquement les décisions à la place des personnes;
4. Il est nécessaire de continuer à développer une **approche globale des personnes**, qui ne sépare pas les dimensions de soin, d'autonomie et de vie sociale. L'autonomie doit être soutenue dans toutes ses dimensions, et récupérée autant que possible lorsqu'elle a été altérée.

Ces **objectifs de politique publique**, posés ici dans le cadre de la création d'une aide pour les personnes âgées, **ne sont pas pour autant caractéristiques ou spécifiques à l'avancée en âge** et aux répercussions du vieillissement.

Les travaux du conseiller d'Etat et premier directeur de la CNSA **Denis Piveteau** servent quant à eux d'appui pour **définir plus précisément l'autonomie dans le domaine du handicap**. Dans ses différents rapports qui ont fait date (« Zéro sans solution », [2014]; « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » [2022]; « Acteurs, ensemble, pour une société qui change » [2022]),

il **relie toujours fortement l'autonomie au pouvoir d'agir des personnes concernées**, et propose une **approche par le droit à être accompagné dans cette autonomie**. C'est une approche qui dépasse largement la sphère du médico-social et qui mobilise l'ensemble de la société.

Les définitions apportées par Paulette Guinchard et Denis Piveteau **rejoignent les ambitions de la Convention internationale pour le droit des personnes handicapées (CIDPH) de 2006, qui ne pose pas de barrière d'âge aux principes et droits qu'elle soutient**.

Une politique de l'autonomie, ou des politiques séparées du grand âge et du handicap ?

Dès sa création, la CNSA s'est questionnée sur la **spécificité des besoins des publics auxquels elle s'adresse**, ainsi que sur les **conditions d'une convergence des politiques publiques** qui leur sont destinées.

En **2006 et 2007, son conseil**, rassemblant des voix plurielles (associatives, syndicales, politiques, etc.), **a établi des principes qui sont toujours d'actualité**. Il a précisé que :

« l'approche de « convergence » s'oppose radicalement à la confusion des politiques à conduire en direction des différents publics concernés : « convergence » ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge. Parler de « convergence » et vouloir partir exclusivement des besoins particuliers de chaque personne sont une seule et même chose. Et cela s'oppose, par construction, à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations. La démarche de « convergence » n'est donc pas une démarche d'uniformisation qui ne dirait pas son nom. » [[Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie; CNSA, rapport 2007](#)]

Ce principe de « **convergence sans confusion** » souligne l'importance de **différencier**, lorsque cela est nécessaire, **les réponses entre une politique pour les personnes âgées et une politique pour les personnes en situation de handicap, tout en gardant le but commun du soutien de l'autonomie**. Néanmoins, cette **conception n'est pas toujours partagée par l'ensemble des parties prenantes**, et ne trouve pas systématiquement à se réaliser concrètement.

L'exemple de la création de Maisons départementales de l'autonomie (MDA)

La **gestion de la politique de l'autonomie se joue à l'échelon départemental**, qui a été considéré comme permettant d'**agir dans une proximité « de vie »** avec les personnes concernées et d'**assurer la cohérence entre les politiques publiques** à coordonner pour une prise en compte plus globale des situations.

La **disposition législative sur la création des MDA**, portée dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015, contribue à un **rapprochement des politiques à destination des personnes âgées de celles à destination des personnes en situation de handicap** « par la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées ». **Cette disposition a été très discutée, et la portée de son ambition initiale a été réduite dans la loi finalement adoptée.**

Cette ambition était pourtant assez modeste, loin d'un accès universel au « plan personnalisé de compensation » et de la reconnaissance, selon des référentiels et des méthodes harmonisées sans césure d'âge, d'une prestation personnalisée de compensation qui est constitutive du « droit universel à la compensation pour l'autonomie ».

Cependant, ce sont les mêmes parties prenantes qui se sont exprimées pour une convergence sans confusion, et contre une traduction opérationnelle de cette convergence. **Les associations du champ du handicap se sont opposées à la mesure**, mettant en avant que le contrôle des MDPH par les départements serait un recul pour les droits des personnes en situation de handicap. En outre, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a apprécié que le passage des MDPH aux MDA n'ait pas donné lieu à un changement de statut, le législateur ayant confirmé le statut de Groupement d'intérêt public (GIP) à durée indéterminée des MDPH. **La représentation des personnes âgées, historiquement plus faible que celle des personnes en situation de handicap, a été attaquée par les groupes de travail** qui ont suivi l'adoption de la loi, et qui ont alors porté la concertation sur le décret d'application en se montrant particulièrement violents.

Le principe de convergence n'a donc pas prévalu, et le texte de loi n'a pas imposé la création des MDA. Il a cependant inscrit la possibilité d'une labellisation (non-obligatoire) par la CNSA des futures MDA, et le décret

en a précisé le cahier des charges. Depuis lors, une seule MDA a déposé un dossier et a obtenu la labellisation de la CNSA (la MDA de Mayenne). **Il existe néanmoins aujourd'hui plus d'une vingtaine de MDA, qui sont des organisations hétérogènes rapprochant les services départementaux en charge de l'APA et les services de la MDPH, tout en maintenant l'existence du GIP.**

N'ayant pas de caractère prescriptif, **la loi n'a pas permis d'engager les travaux structurant au niveau national qui auraient permis de soutenir ces organisations et leur harmonisation** – par exemple autour des outils d'évaluation multidimensionnelle, de l'écoute et de l'analyse évaluative pour bâtir des plans d'aide soutenant les projets des personnes.

Pour Virginie Hoareau, il s'agit d'une **occasion manquée de faire progresser les pratiques professionnelles autour d'une compréhension fine de ce qu'est le soutien à l'autonomie**. Il aurait été pour elle pertinent de retenir la précaution émise par la Conférence nationale de santé (CNS), qui soulignait alors la nécessité que la création des MDA se fasse « dans une perspective de sauvegarde des acquis, de maintien (et même de renforcement) des droits respectifs des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans l'attente d'un droit universel de compensation de la perte d'autonomie ». Aussi, **les avancées propres aux champ du handicap, en particulier du fait de la prestation de compensation du handicap, ne profitent pas au champ de l'âge, qui a du mal à s'extraire d'une vision « fonctionnelle » de la perte autonomie, et dont les outils peinent à intégrer la dimension de « projets » des personnes.**

Les difficultés d'une politique de l'autonomie à l'échelle ministérielle

L'absence du handicap dans les intitulés des ministères du gouvernement de Michel Barnier lors de sa création a suscité l'inquiétude de certains acteurs de ce secteur. Le Collectif Handicaps, qui regroupe 54 associations, a jugé « titanesque » l'intitulé du Ministère confié à Paul Christophe : « Ministère des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes », en particulier suite au succès des Jeux paralympiques.

Le fait que ce collectif ne revendique pas et ne se reconnaisse pas dans la notion d'« autonomie » est le **signe d'un affaiblissement de la portée de ce concept**. Sophie Cluzel, qui a été secrétaire d'Etat chargée de ce sujet pendant cinq ans (2017-2022), a également interpellé sur les réseaux sociaux le nouveau ministre : « Je compte sur Paul Christophe pour que l'absence d'un ministère

dédié ne soit pas le signe d'un désintérêt à l'issue des Jeux paralympiques si réussis ». Ainsi, **la création d'un Ministère délégué, bonne nouvelle pour les uns, est une nouvelle occasion manquée pour les autres**. Pourtant, précise Virginie Hoareau, dans un contexte de tension budgétaire, les arbitrages ne seront pas plus facilement acquis.

La politique de l'autonomie, une ambition sans cesse reportée ?

Conclure à l'impossibilité d'appliquer concrètement une politique de l'autonomie semble pourtant prématuré. En effet, **il existe, en dépit de ces difficultés, des avancées notables qu'il convient de consolider**, et dont Virginie Hoareau donne deux exemples.

L'exemple des Conseils de la citoyenneté et de l'autonomie

La création des Conseils de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) est susceptible de porter une dynamique positive. **Créés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ils constituent, à l'échelle départementale, l'instance de « démocratie » compétente pour ce qui a trait à la politique de l'autonomie**. Plusieurs collèges composent cette instance : collège représentant les personnes concernées (associations, mais aussi organisations syndicales dans la logique de représentation des assurés de la branche), collège des offreurs, collège des institutions. **On y retrouve ainsi les différents niveaux auxquels il s'agit de donner un « pouvoir d'agir » : les personnes, les professionnels, les organisations**. La cohérence de l'ensemble doit permettre d'éclairer les besoins à l'échelle du territoire concerné, d'orienter et de prioriser les actions. **S'ils fonctionnent bien, les CDCA sont des instances à même de conseiller le conseil départemental, chef de file de la politique de l'autonomie**.

Une logique de coopération a prévalu à la réflexion au moment de l'écriture du texte, mais ses applications n'ont pas totalement permis de soutenir un regard croisé entre les parties prenantes et un travail efficace de ces instances. Les premières années ont été consacrées à leur installation, les modalités et conditions administratives pour désigner les membres étant relativement complexes.

La loi prévoit que les CDCA adressent, tous les deux ans, un rapport sur la politique de l'autonomie dans le département à différentes instances

nationales : la CNSA, le HCFEA, le CNCPPH. Pour rendre cette remontée et le traitement des informations possibles, la CNSA (en lien avec le HCFEA et le CNCPPH), aidée par un groupe de travail réunissant quelques volontaires, a élaboré une trame commune de rapport. Deux synthèses nationales ont été réalisées, et la 3ème est en train d'être préparée. Ce travail permet de **regarder le temps long nécessaire à l'installation d'une instance**. L'enjeu, pour la CNSA, est de se détacher du suivi du fonctionnement des instances, afin de pouvoir se consacrer au cœur du sujet, c'est-à-dire l'évaluation des politiques de l'autonomie dans les départements.

Localement, les CDCA sont avant tout des collectifs de réflexion qu'il s'agit d'activer. Cela implique un important travail pour créer ce collectif, lui permettre d'atteindre une maturité suffisante pour organiser des travaux de groupes, des réflexions et des débats. **Au sein du collège représentant les personnes concernées, deux formations coexistent : une formation des personnes âgées et une formation des personnes en situation de handicap.** Ces deux formations peuvent, si elles le souhaitent, se réunir pour travailler sur des sujets communs, et l'on constate que de plus en plus de sujets « communs » sont menés. Une demande s'exprime aujourd'hui de la part des deux collèges d'être formés, appuyés et outillés ensemble, ce qui témoigne d'une **confiance accrue et d'une mobilisation qui persiste dans la recherche des convergences.**

La CNSA travaille de concert avec le HCFEA et le CNCPPH afin que leurs actions respectives soient complémentaires, et pour offrir à leurs interlocuteurs des cadres d'échange et de travail en commun. Une des premières idées à avoir été proposée lors de récentes réunions est celle d'un court document qui présenterait la notion d'autonomie, afin de faciliter le débat et l'émergence d'une réflexion transverse au sein de ces instances qui sont trop souvent accaparées par des avis à rendre sur des textes relativement techniques.

L'exemple de la création d'un service public départemental de l'autonomie

Le Loi du 8 avril 2024 a inscrit dans le Code de l'action sociale et des familles la reconnaissance d'un **nouveau service public à l'échelon départemental, visant notamment à simplifier l'accès aux droits en lien avec l'autonomie.** Cette démarche est originale en ce qu'elle pose la création d'un service public, mais ne crée pas de nouveau dispositif ou de guichet pour le porter. C'est d'autant plus appréciable que les personnes expriment depuis longtemps se

heurter à la complexité du système : elles éprouvent des difficultés à savoir à qui s'adresser, à disposer d'informations claires sur les droits et les démarches à accomplir lorsqu'elles ne parviennent plus à réaliser seules les actions de la vie courante.

Ce dispositif **s'adresse aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, ainsi qu'à leurs aidants**. Il offre donc un **cadre de convergence sans pour autant remettre en cause les réponses spécifiques**.

Le service public départemental de l'autonomie devra se structurer dès 2025. Pour cela, une phase de préfiguration est en cours : la CNSA pilote le projet ainsi que l'élaboration du cahier des charges national qui posera les attendus de ce service public. En outre, 18 territoires et de nombreux acteurs nationaux participent à ce travail.

Il ne s'agit pas là de créer un service public « médico-social ». En effet, **ses acteurs interviennent dans la vie et tout au long du parcours des personnes concernées, et ce à travers quatre grandes missions :**

- information, orientation et mise en relation ;
- instruction des demandes de droits et prestations, évaluation, ouverture de droits ;
- appui à la mobilisation de solutions concrètes quand il est nécessaire de coordonner plusieurs acteurs professionnels ;
- repérage, aller vers et prévention.

Pour l'ensemble de ces missions, **il s'agit, en partant des droits, des besoins et des attentes exprimées par les personnes, de définir :**

- Des **engagements de service public** : quels objectifs doivent être remplis et quelles activités permettent de concrétiser ces objectifs ?
- Des **attendus en termes de service rendu** : sur quel service rendu les acteurs s'engagent-ils collectivement ?
- Des **indicateurs pour rendre compte et améliorer** en continu la qualité du service.

Ces éléments paraissent relativement simples, mais la démarche est novatrice, et est donc complexe à faire comprendre.

Rien de nouveau n'est créé, mais s'agit :

- **d'organiser l'existant dans un système cohérent et solidaire**, qui fasse passer la complexité du côté des professionnels et des institutions alors qu'elle est aujourd'hui ressentie et vécue par les bénéficiaires potentiels.
- de **responsabiliser des acteurs qui fonctionnent en silo**, les uns à côté des autres, sans regard porté sur le résultat produit collectivement et que l'on peut observer lorsque l'on se place du point de vue des personnes concernées.
- de **rendre solidaires et co-responsables des acteurs institutionnels et professionnels** en garantissant un cadre de confiance tout autant que de transparence.

La première ligne territoriale de ce dispositif est confiée aux **conseils départementaux** qui, en lien étroit avec les **Agences régionales de santé (ARS)**, seront tout autant des « chefs d'orchestre » que des « instrumentistes » importants – il faudra savoir « diriger depuis le piano ». Les enjeux les plus immédiats portent sur une **plus forte articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire, mais ne se limitent toutefois pas à l'accès aux prestations et aux soins**. La protection juridique, l'école, l'emploi, le logement et la mobilité, si importants pour l'autonomie, sont également visés. Il s'agit aussi de faire bouger la frontière entre le droit spécialisé et l'accessibilité universelle.

Cette ambition entend **favoriser l'accès à des droits qui existent, mais qui sont trop peu mis en œuvre** dans toutes leurs potentialités, et ainsi à **soutenir l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes**, notamment par la réduction de la complexité.

La démarche de **création d'un service départemental de l'autonomie** connaît un certain nombre de **freins** :

- Elle **n'est pas revendiquée par les personnes concernées** qui d'ailleurs n'emploie que très rarement le terme d'autonomie
- **Certains acteurs sont réticents au changement**, d'autres sont sceptiques ou encore dans une position attentiste
- Le **contexte budgétaire et financier est défavorable**

Une limite du dispositif est assumée : **la gestion de l'offre médico-sociale ne fait pas partie du périmètre des travaux**. En effet, intégrer cette ambition dans les travaux aurait pu avoir comme conséquence la concentration des

efforts autour de cet enjeu, au détriment des ceux de prévention, d'information, etc. - c'est-à-dire de concentrer l'action sur les institutions plutôt que sur les personnes concernées.

Une étape importante sera sans doute franchie si le cadre que constituera le service départemental de l'autonomie permet de poser un **diagnostic éclairé sur le besoin de soutien à l'autonomie**, afin d'être en mesure d'agir sur le long terme. Enfin, dans le contexte actuel, il paraît important d'**affirmer les valeurs de service public en termes notamment d'accessibilité, de continuité, de neutralité et de gratuité**.

Impact de la création de la 5e branche de la sécurité sociale sur la politique de l'autonomie

Depuis 2021, la CNSA est devenue une nouvelle branche de sécurité sociale : elle est passée du code de l'action sociale et des familles au code de la sécurité sociale. Ses missions sont renforcées, mais elle a toujours pour mission de donner corps au « nouveau risque » qu'est l'autonomie. C'est une **caisse de sécurité jeune et de taille réduite** (200 agents depuis 2024). Elle ne dispose pas de caisses locales, mais s'emploie à **décliner la politique de l'autonomie avec des réseaux « partenaires »** : les conseils départementaux et les agences régionales de santé, qui représentent localement la branche autonomie.

Cette **absence d'autorité hiérarchique**, ainsi que le choix de conforter la **décentralisation**, constituent des spécificités importantes par rapport aux autres branches de la sécurité sociale. Dans la « gestion du risque » qui lui est confiée, cela a des conséquences : il s'agit de **fonctionner en commun avec des acteurs territoriaux qui ne se sentent pas encore totalement garants de la gestion du risque autonomie**.

Pour les personnes concernées, les droits et prestations évoluent à l'occasion de réformes ponctuelles, mais le passage à la branche n'a pas emporté la création d'un droit universel au soutien à l'autonomie, quel que soit l'âge. Pour autant, la **reconnaissance d'un risque** (aux côtés des autres risques comme la maladie, le travail, etc.) **place l'autonomie dans le champ de la solidarité nationale, avec pour principe de ne pas concerner seulement les personnes âgées ou seulement les personnes en situation de handicap**. La **multiplication des projets structurants devrait lui permettre de progresser**, en particulier à travers une **approche qui mette les droits des personnes au cœur de ses actions**.

Nous contacter

- [Notre site internet](#)
- [Notre mail](#)

Nos réseaux sociaux

- [LinkedIn](#)
- [X \(ancien Twitter\)](#)
- [Mastodon](#)



PPR Autonomie
Programme Prioritaire de Recherche

