



HAL
open science

Réguler l'action publique multisituée, entre logiques bureaucratiques et logiques de care : Une ethnographie de la mise en oeuvre de la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie

Bénédicte Rivet

► **To cite this version:**

Bénédicte Rivet. Réguler l'action publique multisituée, entre logiques bureaucratiques et logiques de care : Une ethnographie de la mise en oeuvre de la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie. Sociologie. Université Lumière Lyon 2, 2023. Français. NNT : 2023LYO20110 . tel-04740019

HAL Id: tel-04740019

<https://theses.hal.science/tel-04740019v1>

Submitted on 16 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : 2023LYO20110

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 483

Sciences sociales

Discipline : Socio Anthropologie

Soutenue publiquement le 6 décembre 2023 par :

Bénédicte RIVET

Réguler l'action publique multisituée, entre logiques bureaucratiques et logiques de care.

*Une ethnographie de la mise en œuvre de la loi relative à
l'allocation personnalisée d'autonomie.*

Devant le jury composé de :

Agnès GRAMAIN, Professeure des Universités, Université de Lorraine, Présidente

Claude MARTIN, Directeur de recherche, CNRS, Rapporteur

Bernard ENNUYER, Chercheur Associé HDR, Université Paris Descartes, Rapporteur

Catherine GUCHER, Maître de conférences HDR, Université Grenoble Alpes, Examineur

Bertrand RAVON, Professeur des Universités, Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Université Lumière Lyon 2

UFR **Anthropologie, Sociologie et Science Politique**

École doctorale **ScSo Sciences Sociales - n° 483**

Spécialité **Anthropologie Sociologie**

Centre Max Weber – UMR 5283

**Réguler l'action publique multisituée, entre logiques
bureaucratiques et logiques de care.**

***Une ethnographie de la mise en œuvre de la loi relative à
l'allocation personnalisée d'autonomie***

Bénédicte RIVET

Thèse de doctorat réalisée sous la direction de Bertrand RAVON

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 06 décembre 2023

Devant le jury composé de :

Bernard Ennuyer, Sociologue HDR, Rapporteur

Agnès Gramain, Professeur en sciences économiques, Université de Lorraine

Catherine Gucher, Maîtresse de conférences HDR en sociologie, Université Grenoble Alpes

Claude Martin, Directeur de recherche au CNRS, Rapporteur

Bertrand Ravon, Professeur de sociologie, Université Lyon 2, Directeur de thèse

RESUME

Cette thèse a pour objet la mise en œuvre de la prestation d'action sociale créée par la loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette loi distingue deux modalités très différentes de mise en œuvre selon le lieu de vie des bénéficiaires, aussi limiterons-nous cette recherche aux personnes vivant à domicile.

Issue de l'expérience d'une travailleuse sociale impliquée dans cette mise en application, cette thèse interroge plus particulièrement les pratiques d'instruction des demandes et leurs conséquences, à partir des modalités réglementaires et institutionnelles définies d'abord par la loi elle-même et la réglementation qui l'accompagne, puis par les collectivités départementales désignées compétentes pour cette mise en œuvre. Autrement dit, nous proposons une analyse de la traduction en actes des règles de procédure prévues, et de ce qu'elles font faire aux opérateurs et aux destinataires de cette politique sociale.

J'ai d'abord cherché à comprendre le contexte dans lequel se déroulent ces opérations, en suivant les différentes échelles de cette mise en œuvre : d'une part, le niveau national, correspondant à la construction de la loi elle-même, à partir de l'étude des publications juridiques, parlementaires, et scientifiques ; d'autre part au niveau des départements, en menant des entretiens non directifs auprès de responsables de six services départementaux d'aide sociale. Puis, au niveau des équipes médico-sociales nommées pour instruire les demandes, j'ai réalisé une enquête ethnographique en deux phases : l'une en tant que travailleuse sociale observant sa pratique et celles de ses collègues directes ; l'autre auprès de quatre équipes du même département, dix-huit mois plus tard. Au cours de cette enquête ethnographique, je me suis intéressée au travail de chaque agent mobilisé pour instruire une demande d'APA, quels que soient l'étape et le lieu de l'instruction, depuis les locaux départementaux jusqu'au domicile des personnes candidates.

L'exploration des deux niveaux institutionnels de décision, national et départemental, permet de (re)préciser deux éléments de contexte importants : d'une part, la diversité dans les adaptations départementales des règles nationales, aussi bien dans les modalités d'attribution que dans l'organisation des services et des équipes. D'autre part, la rigueur des règles auxquelles les opérateurs de contact sont soumis pour instruire toute demande d'APA. L'enquête ethnographique relative à la mise en actes de ces décisions montre comment les agents départementaux composent avec ces règles administratives. Souvent en concertation avec des tierces personnes facilitatrices, ils développent des compétences relationnelles et administratives pour que la demande puisse être instruite et les aides mises en place, quelles que soient les (in)capacités administratives des personnes candidates. Ce sont ces pratiques de régulation visant à adapter la procédure bureaucratique aux situations singulières que nous proposons d'identifier comme une forme de « *care* bureaucratique ».

SUMMARY

REGULATING MULTI-SITUATED PUBLIC ACTION, BETWEEN BUREAUCRATIC LOGICS AND CARE LOGICS.

An ethnography of the implementation of the law on personalised autonomy allowance

The purpose of this thesis is to examine the implementation of the social action benefit created by Act 2001-647 on the provision of care for the loss of autonomy of the elderly and the personalised autonomy allowance (APA).

As this law distinguishes between two very different implementation methods depending on where the beneficiaries live, we are limiting this research to people living at home.

Based on the experience of a social worker involved in the implementation of the law, this thesis looks more specifically at the practices used to investigate applications and their consequences, based on the regulatory and institutional arrangements defined firstly by the law itself and the accompanying regulations, and then by the departmental authorities designated as responsible for implementation. In other words, we are proposing an analysis of how the procedural rules laid down are translated into action, and what they mean for the operators and recipients of this social policy.

I began by seeking to understand the context in which these operations take place, by following the different levels of implementation : firstly, the national level, corresponding to the construction of the law itself, on the basis of a study of legal, parliamentary and scientific publications; secondly, at departmental level, by conducting non-directive interviews with the heads of six departmental social assistance services. Then, at the level of the medico-social teams appointed to examine applications, I carried out a two-phase ethnographic survey: one as a social worker observing her own practice and those of her direct colleagues; the other with four teams in the same department, eighteen months later. In the course of this ethnographic study, I took an interest in the work of each member of staff involved in investigating an APA application, whatever the stage and place of the investigation, from the departmental premises to the applicant's home.

Exploring the two institutional levels of decision-making, national and departmental, makes it possible to (re)clarify two important elements of the context: on the one hand, the diversity of departmental adaptations of national rules, both in terms of allocation procedures and in the organisation of services and teams. Secondly, the rigour of the rules to which contact operators are subject when examining any application for APA. The ethnographic study of the implementation of these decisions shows how departmental staff deal with these administrative rules. Often working in conjunction with third-party facilitators, they develop interpersonal and administrative skills to ensure that the application can be processed and assistance put in place, regardless of the administrative (in)abilities of the applicants. It is these regulatory practices aimed at adapting the bureaucratic procedure to individual situations that we propose to identify as a form of "bureaucratic care".

*Je dédie ce travail à mon père, à ma mère,
qui ont su cultiver et transmettre le goût d'apprendre,
et ont encouragé la persévérance*

*En hommage à Léa,
à Martine,
présentes et encourageantes jusqu'au bout de leur vie*

L'expérience (...) consiste à « passer à travers » une épreuve et à en « sortir » pour en tirer les leçons. Elle offre donc un intermédiaire entre le savoir et l'ignorance. Elle se définit, non par la connaissance dont on dispose au départ, mais par la qualité de la *trajectoire d'apprentissage* qui a permis de passer à travers une épreuve et d'en savoir un peu plus.

L'expérience, tout chercheur digne de ce nom le sait bien, est difficile, incertaine, risquée, et ne permet jamais de recourir à des témoins fiables disponibles en quelque sorte sur catalogue. Elle peut rater ; elle est difficile à reproduire ; elle dépend des instruments. Une mauvaise expérience n'est pas celle qui échoue, mais celle dont on n'a tiré nulle leçon pour préparer l'expérience suivante. Une bonne expérience n'est pas celle qui offre un savoir définitif, mais celle qui a permis de dessiner le *chemin d'épreuves* par lequel il va falloir passer de façon à ce que l'itération suivante ne s'accomplisse pas en vain.

(Bruno Latour, 2004)

REMERCIEMENTS

A l'issue de cette expérience si particulière que représente un parcours doctoral, je souhaite remercier les personnes qui ont facilité ce cheminement.

En premier lieu, je remercie Bertrand Ravon qui a su écouter mes questionnements de travailleuse sociale, et a accepté d'accompagner ma recherche de compréhension. Je souhaite le remercier particulièrement pour sa patience au long cours, conjuguant exigence et bienveillance, et me permettant ainsi de mener ce travail à terme, quels que furent les égarements. Je lui suis reconnaissante de son engagement auprès des professionnels « de terrain » qui, comme moi, bousculent leurs « savoirs d'expériences », les soumettent aux questionnements de la recherche académique pour les transformer en « savoirs scientifiques ».

Je souhaite également remercier Bernard Ennuyer, Agnès Gramain, Catherine Gucher, et Claude Martin, qui me font l'honneur de lire et de discuter mon travail en participant au jury de soutenance.

Je remercie la Fondation Médéric Alzheimer d'avoir financé une partie de cette recherche par l'octroi d'une bourse doctorale à deux reprises.

Je tiens à remercier mes collègues dans ce nouvel univers professionnel de la recherche académique, les membres du centre Max Weber et de l'université – et en particulier Alexia, Benjamin, Christelle, Christiane, Élisabeth, Mélina, Priyanka, Rachid, Valérie, pour leur soutien à la recherche -, mais aussi les initiateurs, initiatrices, et participant-e-s aux séminaires de l'équipe « Politiques de la connaissance », « Ethnographie du trouble dans la relation d'aide », aux ateliers doctoraux « Analyse des pratiques de recherche de terrain », « Écriture ethnographique », et au séminaire doctoral avec Bertrand Ravon. J'ai pu apprécier également l'accueil et l'efficacité des agents des bibliothèques universitaires – et ceux du service de reprographie.

J'adresse aussi mes remerciements et toute ma reconnaissance aux relecteur et relectrices qui ont accepté de commenter ce travail tout au long de son élaboration, et en particulier Denis, Domitille, Simone, Catherine, et Elisabeth.

Je remercie également toutes les personnes grâce auxquelles j'ai démarré une recherche, et celles qui m'ont facilité le déroulement de l'enquête, en acceptant ma présence et mes nombreuses questions. Parmi celles-ci, je remercie particulièrement mes ancien-ne-s collègues, Aucine, Betty, Cécile, Élise, Jacqueline, Marie-Christine, Nihad, Saïda, Suzanne, qui m'ont

guidée, accompagnée, et supportée, dans cette mission de « Travailleuse sociale spécialisée PA PH », dans cet univers de l'action sociale bureaucratique ; celles qui m'ont ouvert la porte de l'institution où mener l'enquête, Betty, à nouveau, et Catherine ; et les divers professionnels, agents départementaux surtout mais pas seulement, qui ont accepté de me consacrer un peu ou beaucoup de leur temps pourtant déjà bien rempli.

Et puis, cette recherche doit beaucoup aux nombreuses personnes rencontrées au cours de ma pratique de travailleuse sociale, collègues ou destinataires de mes activités professionnelles, dont les personnes dites âgées et leurs proches, qui m'ont si souvent accueillie avec générosité et reconnaissance, mais aussi désaccords ou revendications.

Enfin, je remercie celles et ceux qui ont partagé un peu ou beaucoup de leur temps, qui m'ont accompagnée pour quelques pas ou plus dans cette aventure, parfois même sans le savoir ou le vouloir.

L'écriture n'est pas seulement une entreprise solitaire, surtout lorsqu'elle se déploie dans la durée. Mon parcours a croisé beaucoup d'autres itinéraires, et j'ai contracté de multiples dettes. Je ne saurais les nommer toutes. (...) je dois beaucoup aux témoignages de ceux qui affrontent au jour le jour la misère du monde.

(Robert CASTEL, 1995)

SOMMAIRE

Table des matières

Résumé	3
Summary.....	4
Remerciements	7
Sommaire.....	9
Conventions d'écriture	13
Du « je » au « nous ».....	13
Masculin – Féminin.....	13
Citation des sources.....	14
Sigles utilisés.....	16
Prologue	20
Avant-propos Aux origines de la recherche.....	29
À l'épreuve d'une pratique professionnelle.....	29
De l'apprentissage d'une nouvelle mission aux étonnements critiques	30
Des notes professionnelles aux chemins de la recherche académique	31
Introduction générale	34
Une bureaucratie à l'épreuve du domicile	38
Une bureaucratie mouvante	38
Des régulations situées et renouvelées	43
Le travail de <i>care</i> pour soutenir l'action	47
Construire une recherche à partir d'une pratique.....	52
Les prémices.....	52
L'enquête ethnographique : une immersion bien encadrée.....	54
La subjectivité dans la recherche : une posture vigilante	56
De l'éthique dans la recherche.....	59
Des matériaux pour l'analyse : la constitution du corpus	60
Annonce du plan.....	66
Première Partie Le problème public des diminutions de capacités et du vieillissement.....	67

Chapitre 1. - Genèse, structuration, et paradoxes d'une politique publique d'action sociale.....	69
a) De la sphère privée à l'action publique	70
b) Répondre au problème public en limitant les dépenses publiques. Fabrication et transformations d'une loi	74
c) Délimiter le public destinataire en mesurant la « perte d'autonomie ».....	81
d) L'APA, une offre publique adaptée au public destinataire ?.....	95
Conclusion Chapitre 1	98
Chapitre 2. - Les personnes destinataires de l'APA : hétérogénéité et instabilité des situations, dans des environnements déterminants	101
a) Les critères d'une catégorisation	102
b) Des incapacités multidimensionnelles.....	105
c) Des situations instables	119
d) L'importance du contexte de vie.....	126
Conclusion Chapitre 2	136
Chapitre 3. – Instruire une demande à domicile : une adaptation des pratiques professionnelles.....	139
a) Aller à la rencontre d'un public âgé : une expérience sensible	141
b) Réajuster la distance relationnelle	146
c) (Re)Considérer les objectifs de l'aide.....	152
d) Repenser le rapport au temps.....	155
Conclusion Chapitre 3	158
Conclusion de la première Partie.....	160
Deuxième Partie Les configurations de l'action et ses lieux d'exercice, de l'assemblée départementale au domicile.....	163
Chapitre 4. - Les sites départementaux de traduction des textes juridiques.....	165
a) Le conseil départemental, « chef de file » de l'action sociale	165
b) L'Hôtel du département, centre de décisions des politiques départementales.....	167
c) Les maisons du département, une déconcentration « au plus près des besoins de la population ».....	171
d) Au contact du public, divers opérateurs : spécialisés, localisés, sectorisés.....	176

Conclusion Chapitre 4	196
Chapitre 5. - Les modalités départementales de traduction en actes de la loi.....	198
a) Des instruments de référence pour guider l'action publique.....	198
b) L'activité de contrôle et de régulation prudentielle	210
c) Aménager localement les règles d'attribution	219
Conclusion Chapitre 5	239
Chapitre 6. - Le domicile et ses interfaces, entre vie privée et action publique.....	241
a) Les statuts du domicile	241
b) Construire une relation d'aide à domicile	248
c) Le domicile, un lieu de rencontre.....	256
d) Acteurs auxiliaires et sites intermédiaires.....	266
Conclusion Chapitre 6	287
Conclusion de la deuxième Partie.....	289
Troisième Partie Scènes ordinaires de la bureaucratie de contact : parcours et arts de faire	291
Chapitre 7. - Acte 1 : La demande d'APA. Un parcours bureaucratique qui demande beaucoup d'attentions	295
a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir ».....	295
b) La transformation bureaucratique d'une demande d'aide en dossier	303
c) Prendre en considération la demande : un travail d'équipe	310
Conclusion Chapitre 7	317
Chapitre 8. – Acte 2 : La visite à domicile. Un site essentiel de régulation	320
a) Derrière la porte, l'inconnu d'une intimité	320
b) Bureaucratie et ajustements conversationnels.....	331
c) Inquiétudes et recherche de coopération.....	343
Conclusion Chapitre 8	356
Chapitre 9. – Acte 3 : La commission de validation. Epreuves d'ajustements	360
a) Des validations bureaucratiques négociées en équipe	360
b) « Et après, y a encore plein d'autres opérations à faire... ! ».....	368
Conclusion Chapitre 9	377
Conclusion de la troisième Partie	379

Conclusion générale.....	382
La réorientation de l'enquête et de l'analyse.....	382
Les différentes échelles de l'action publique	383
Traductions départementales et réorganisation des services : les régulations de l'institution.....	385
Développer des compétences de <i>care</i> bureaucratique.....	386
Les limites et les possibles d'une recherche.....	388
Annexes	392
Annexe 1. Synthèse des observations d'enquête. Matériaux collectés	393
Annexe 2. Fondation Médéric Alzheimer, Bourses doctorales 2013. Cadre éthique de la recherche.....	396
Annexe 3. Dossier médico-social. Conseil général F, juin 2011	399
Annexe 4. Demande d'APA – Dossier administratif et dossier médical. Conseil général F, mai 2013.....	403
Bibliographie.....	408
Table des Encadrés.....	432
Table des Tableaux	433

CONVENTIONS D'ÉCRITURE

Du « je » au « nous »

Dans le travail présenté ci-après, l'usage des pronoms varie selon la nature du propos. J'utilise le pronom « je » pour relater des phases de pratique professionnelle ou d'enquête, pour mentionner des considérations personnelles ou réflexives. J'emploie le pronom « nous » pour l'analyse des données ou pour des réflexions d'ordre plus général.

Masculin – Féminin

Les métiers du soin et du travail social ne sont pas réservés à un genre plutôt qu'à un autre. Pourtant, les professionnels de ces secteurs restent en très grande majorité des femmes : pendant les trois années et demie de pratique professionnelle à ce poste, les hommes côtoyés étaient des chefs de service ou des agents administratifs ; au cours de l'enquête, je n'ai rencontré que trois hommes : un agent d'accueil, un médecin, un directeur de service¹.

Aussi ai-je fait le choix de privilégier l'emploi du féminin pour désigner globalement les personnes exerçant ces professions du travail social et médico-social, et de respecter les règles en vigueur pour désigner des professionnels d'autres secteurs professionnels.

En ce qui concerne la terminologie utilisée pour nommer les personnes, j'utilise prioritairement les formulations suivantes :

- L'expression « personne candidate » ou « personne bénéficiaire » sous-entend « personne candidate à l'allocation personnalisée d'autonomie » ou « personne bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie » ;
- Le terme d'« aide à domicile » est utilisé de façon générique pour désigner l'ensemble des professions d'aide ou d'assistance à domicile qui ne relève pas des professions médicales ou paramédicales. Selon les textes ou les usages, ces professionnels peuvent être appelés auxiliaire de vie, femme de ménage, assistante de vie, travailleuse sociale ou familiale, etc. – qu'ils soient ou non titulaires d'un diplôme ;

¹ Ce constat empirique confirme les données relatives aux professionnels de l'action sociale : « Le travail social est très féminisé avec 9 femmes pour 10 professionnels » (DREES, 2022 : 2).

- Enfin, le terme « professionnel », abondamment utilisé dans ce travail, désigne toute personne rémunérée pour faire ce pour quoi elle est présente, quel que soit son employeur, son titre, sa formation, ou son (absence de) diplôme.

Citation des sources

L'ensemble des personnes et des institutions¹ citées dans ce texte sont anonymisées.

Les observations et les paroles ethnographiques sont citées avec une typographie en retrait du corps de texte et une taille de police plus petite, et sont identifiées par la fonction de l'orateur ou un nom anonymisé, le lieu ou la mention de l'institution et de l'équipe où il exerce quand il y a lieu, et par la date de l'observation collectée, comme dans l'exemple ci-après :

Vieillir... C'est quand on s'aperçoit qu'on ne peut plus faire ce qu'on veut, qu'on a descendu une marche, ... Et que, quand on commence à s'y habituer, on s'aperçoit qu'on en a encore descendu une autre !

(Notes de praticienne, Madame Maire, 96 ans, Jeudi 29 août 2013)

Dans la troisième partie, construite à partir de récits, j'ai utilisé la même police de caractère, mais avec un retrait de paragraphe moins important et des interlignes plus espacés, comme ci-après :

Madame Adena habite dans le vieux quartier de la ville. Beaucoup de logements y sont anciens, avec des escaliers étroits, aux marches usées, irrégulières, des équipements sanitaires minimum, des logements limite insalubres. « Il faut avoir l'occasion d'aller chez les gens pour se rendre compte dans quelles conditions ils vivent ! » m'avertit Carole. (...)

Les citations d'auteurs sont également transcrites en retrait du corps de texte, mais avec une autre police de caractère :

Le Japon a fait le choix de la mobilité : il a indiqué qu'il voulait qu'il y ait des bancs partout, tous les 100 mètres, y a un banc, et puis tous les 200 mètres vous avez des toilettes propres accessibles. Donc, quand vous êtes vieux, vous pouvez bouger, vous êtes mobile ; si vous êtes mobile vous allez mieux, donc vous avez moins besoin d'une assistance individuelle. Là, y a des choix qui n'ont pas été faits.

(Joël, 2014).

Et puis, cette recherche s'intéressant à la traduction en actes d'une loi, le recours aux textes juridiques est incontournable. Lorsqu'un extrait est cité, il l'est avec une typographie encore différente, *cf.* :

¹ Le terme *institution* utilisé ici et dans l'ensemble du propos désigne une « structure politique ou sociale établie par la loi ou la coutume », qui participe de la gestion de l'État (CNRTL, 2020).

L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil départemental et servie par le département sur proposition de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6. (CASF¹, article L232-12).

De plus, la législation n'étant pas figée, elle évolue en fonction des priorités politiques. Aussi, certaines dispositions juridiques intéressant cette recherche ont été modifiées entre le début de l'enquête et la version finale de ce texte. Pour respecter les temporalités relatives à l'utilisation des matériaux collectés sans trop alourdir la lecture, la citation des sources se réfère implicitement à la version en vigueur au moment du recueil des matériaux, soit entre octobre 2009 et décembre 2014 ; lorsque j'utilise des versions antérieures ou postérieures à cette période, je précise la date de la version de la référence juridique utilisée - notamment lorsqu'un changement significatif est intervenu.

Par ailleurs, la liste des sigles et de leur signification est mentionnée ci-après.

¹ CASF : Code de l'action sociale et des familles.

SIGLES UTILISES

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne - *Prestation remplacée par la Prestation compensatrice de handicap avec la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais maintenue pour les personnes qui en étaient bénéficiaires avant 2005 et qui peuvent donc la renouveler tant qu'ils remplissent les conditions (article 95 de ladite loi) -*

ADF : Assemblée des départements de France

AGGIR : Autonomie gérontologie groupe iso-ressources

AMS : Agent d'accueil médico-social

ANIS : Approche nouvelle de l'information sociale - *Logiciel de gestion de l'action sociale : voir IODAS -*

AR : Accusé de réception

AS : Assistant / Assistante de service social

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASH : Aide sociale à l'hébergement

ASM = Aide sociale aide-ménagère

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – *A succédé à la CRAM en juillet 2010 -*

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CD : Conseil départemental – Terminologie utilisée depuis mars 2015 –

CESF : Conseillère en économie sociale et familiale

CESU : Chèque emploi service universel

CG : Conseil général - Devenu Conseil départemental en mars 2015 -

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIAS : Centre intercommunal d'action sociale

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CM : Certificat médical

CMP : Centre médico-psychologique

CMS : Centre médico-social

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie – *Remplacée par la CARSAT depuis juillet 2010* -

DAS : Direction de l'action sociale

DDAS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DG : Direction générale

DMS : Dossier médico-social

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

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées – *anciennement logement-foyer et rebaptisé « Résidence autonomie » par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement* -

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Équipe mobile gériatrie

EMS : Équipe médico-sociale

EMSA : Équipe médico-sociale et administrative

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

GIR : Groupe iso-ressources

GIRAGE : Action de girer

GIRER : Calculer le GIR

HDD : Hôtel du département

IDE : Infirmière diplômée d'État

IODAS : « Ensemble d'outils progiciels qui gère tout système d'information ayant vocation à instruire, décider, exécuter, suivre et piloter toute action de nature sociale, à destination d'individus, de groupes ou de familles » (<https://gfi.world/fr-fr/edition-de-logiciels/offre-logiciel/82-gfi-iodas>, Consulté le 29 mai 2018)

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – *La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 a modifié le sens de cet acronyme qui devient « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (CASF, article L113-3) -*

MDD : Maison du département

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

ODAS : Observatoire national De l'Action Sociale

PA : Personne âgée

PCG : Président du conseil général

PCH : Prestation de compensation des conséquences du handicap

PED : Prestation expérimentale dépendance

PH : Personnes handicapées

PMI : Protection maternelle et infantile

PSD : Prestation spécifique dépendance

RDAS : Règlement départemental d'action sociale

Résidence autonomie : *Terminologie créée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour renommer les logements-foyers*

RSA : Revenu de solidarité active

SAàD : Service d'aide à domicile

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SNGC : Syndicat national de gérontologie clinique

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USLD : Unité de soins de longue durée

VaD : Visite à domicile

PROLOGUE

À la rencontre d'un nouveau public : découverte d'une bureaucratie à domicile

Matinée d'hiver, dans un quartier ancien de la ville. Après quelques déambulations dans les rues pavées, nous arrivons devant l'adresse recherchée. L'interphone remplit le double service demandé : nous annoncer et demander l'ouverture de la porte. Couloir, boîte aux lettres, sur lesquelles l'infirmière recherche à quel étage nous devons nous rendre. Nous grimpons les deux étages à pied, puisqu'il n'y a pas d'ascenseur. « Entre les marches, la taille du trottoir, les pavés dans les rues, ... ils doivent pas souvent mettre le nez dehors ces deux-là ! » indique-t-elle, aussi bien à mon intention que pour elle-même : dans un même mouvement d'observation attentive, l'infirmière que j'accompagne repère son chemin pour se rendre au domicile des personnes avec lesquelles nous avons rendez-vous, et relève – oralement ou non – des éléments de leur cadre de vie susceptibles de leur faire obstacle pour une vie quotidienne « autonome » : les étages et l'absence d'ascenseur ; l'allée encombrée de bacs roulants et de poussettes ; le trottoir étroit, le flux incessant de voitures, l'éloignement des commerces, ... Sortir de chez soi pour faire quelques courses ou effectuer la moindre démarche peut rapidement devenir un exercice acrobatique, épuisant, ou tout simplement infaisable.

Arrivées à l'étage, nous sonnons. La femme alerte qui vient nous ouvrir se présente rapidement comme « la fille de madame Lucchesi », et nous guide à l'intérieur de l'appartement jusqu'au salon. Là, un homme nettement plus âgé se lève pour nous accueillir et se présente « Bonjour, je suis monsieur Gillot », pendant qu'un autre homme, plus jeune, se lève à son tour et se présente comme le « fils de monsieur Gillot ». La femme plus âgée, madame Lucchesi, est installée bien droite sur une chaise face à une robuste table carrée, et nous salue en s'excusant de ne pas pouvoir se lever. Les salutations faites, nous retirons nos manteaux et prenons place autour de la table où chacun se rassoit. Nous voici tous les six installés dans ce petit salon confortable avec vue sur le fleuve et la colline en face qui le surplombe.

J'admire intérieurement ce panorama sur la ville que je ne connaissais pas.

Quant à l'infirmière, elle attrape son cartable pour en sortir dossiers, papiers et stylo, tout en nous présentant et en expliquant les raisons de notre présence : d'abord, vérifier qu'ils ont bien reçu le courrier annonçant notre présence – ce qui est le cas ; puis, rappeler qu'ils ont chacun adressé une demande d'allocation personnalisée d'autonomie à la Maison du département, et qu'ils ont dû recevoir un « Accusé de réception » de leur demande – ce qui n'est pas le cas :

« Ah oui, je crois qu'il manquait une pièce, je vais regarder », répond rapidement l'infirmière en continuant à sortir des documents de son cartable ; enfin, indiquer l'objectif de la visite de ce jour : étudier avec eux cette demande, voir quelles sont leurs difficultés et les aides dont chacun d'eux aurait besoin.

Sans plus attendre, chacune des personnes présentes prend la parole, tour à tour ou simultanément, pour objecter, questionner, répondre, préciser, ... Madame Lucchesi ou monsieur Gillot, la fille de l'une ou le fils de l'autre, leurs propos mélangent questions et affirmations, négations et informations, dans le désordre. L'infirmière participe activement à ces échanges, répondant à l'un, questionnant l'autre, alternant sans cesse entre ces quatre interlocuteurs, soucieuse de parler en articulant parfois exagérément, en particulier pour se faire comprendre de monsieur Gillot qui nous a indiqué avec insistance qu'il entend « très, très mal », tout en essayant régulièrement de réorienter la discussion en se rapportant aux papiers qu'elle a étalés sur la table. Sur ces papiers, différentes informations qu'elle va énoncer à voix haute, en cherchant à différencier la demande de madame Lucchesi et celle de monsieur Gillot. Car même s'ils confirment vivre ensemble depuis plusieurs années, et que certains besoins du quotidien peuvent se recouper, chaque personne est reconnue séparément pour l'administration que nous représentons – et je comprendrai beaucoup plus tard l'importance et l'intérêt de cette nuance.

Car dans l'instant de ces échanges à cinq voix, j'observe et j'essaie de comprendre ce qui se passe : je suis là pour apprendre, puisque dans quelques jours je dois prendre le relais d'une collègue assistante sociale quittant le service. Récemment arrivée sur ce poste, ma présence ce matin vise à découvrir en situation en quoi consiste cette mission de « prise en charge et d'accompagnement social des personnes âgées et de participation à la mise en place de la politique départementale en leur faveur »¹. Je tente donc de me concentrer sur le déroulé de cette « visite à domicile »², qui semble parfois ressembler plutôt à une « visite de courtoisie », tant les échanges sont cordiaux, avec des prises de paroles apparemment spontanées, et alternant des contenus sans logique apparente.

Mais l'infirmière veille aux objectifs de notre présence chez ces personnes. Se replongeant dans les documents qu'elle a apportés, elle vérifie d'abord les informations d'état-civil transcrites sur une *Fiche de préparation de visite à domicile*, puis demande les documents qui

¹ Tel que libellé dans la Fiche emploi remise lors de mon affectation à ce poste, en novembre 2009.

² Le terme de « visite à domicile », souvent raccourci en « V&D », est le terme le plus fréquemment utilisé par les services et établissements sociaux et médico-sociaux pour désigner un entretien réalisé par un professionnel de l'action sociale ou médico-sociale (aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, accompagnement à la vie sociale, etc.), et qui se déroule au domicile de la personne destinataire de l'intervention sociale.

manquaient pour compléter le dossier de demande - en l'occurrence deux relevés d'identité bancaire pour chacun des demandeurs. « Pourquoi deux ? », demande monsieur Gillot ; l'infirmière ne sait pas répondre à cette question, mais elle se plie à l'exigence administrative. Puis elle explique, en s'adressant à tous deux et en prenant soin de hausser le ton de manière presque exagérée pour bien se faire entendre de monsieur Gillot, en quoi consiste cette « allocation personnalisée d'autonomie » et les opérations qui suivront cet entretien à domicile. Elle reprend peu à peu les informations déjà énoncées, les relie à des informations inscrites sur les papiers qu'elle a sous les yeux, puis, s'adressant à madame Lucchesi, elle enchaîne avec quelques questions relativement précises quant à ses capacités pour faire sa toilette, pour s'habiller, se déshabiller, pour s'alimenter, se déplacer, etc. À chaque fois que madame Lucchesi évoque une difficulté, l'infirmière cherche à faire préciser ce qu'il en est, questionnant madame ou sa fille, écoutant aussi monsieur Gillot lorsqu'il émet de temps à autre son point de vue sur la question posée – indiquant ainsi involontairement ses propres capacités, quand il explique comment il vient en aide à sa conjointe. Au fur et à mesure des questions soulevées, l'infirmière évoque des solutions possibles pour résoudre telle ou telle difficulté, induisant alors une discussion, parfois vive, entre les personnes présentes : non, madame ne veut pas être aidée pour la toilette, sauf pour les pieds, d'ailleurs elle fait déjà appel à une pédicure qui vient à domicile une fois par mois ; bien sûr, elle n'est pas très bien installée pour faire sa toilette et pourrait chuter, alors peut-être que des travaux dans la salle de bains pourraient rendre la tâche plus facile, mais ils sont en location, ça risque donc d'être bien compliqué... Alors tant pis, elle ne prend plus de douche et se débrouille ; pour s'habiller et se déshabiller aussi, d'ailleurs ; oui, elle utilise déjà le service de portage de repas, et ça ne se passe pas trop mal ; et puis, elle peut encore cuisiner des choses simples, et oui, des voisins ou sa fille leur font régulièrement des courses pour plusieurs jours ; oui, elle a quelques fuites urinaires et utilise des protections adaptées, mais non, elle ne veut pas de financement pour les acheter ; oui, les transferts et les déplacements lui sont extrêmement difficiles et douloureux, mais non elle n'utilise pas de canne ou de déambulateur : elle prend appui sur les meubles, « Il y en a bien assez dans l'appartement ! » ; ah oui, peut-être qu'un appui de type « main courante » pourrait être utile dans le couloir, et une poignée dans les WC aussi - d'ailleurs, ils y ont déjà installé un rehausseur, et elle s'appuie sur l'escabeau pour se relever ; oui, ils ont déjà une femme de ménage, deux heures par semaine, mais non, elle n'est pas déclarée... Et non, ils ne souhaitent pas vraiment quelqu'un d'autre, ni plus souvent...

Soudain, un téléphone sonne : c'est le portable de l'infirmière qui s'excuse et disparaît dans le couloir pour y répondre, me laissant seule avec ce couple et leur enfant respectif. J'entretiens la conversation, sans chercher à prendre le relais du déroulé de l'entretien : je suis loin d'en

avoir compris les finalités et les subtilités... Néanmoins, cet entretien imprévu me donne une occasion de découvrir *in situ* les conditions de vie quotidienne de deux personnes « âgées et en perte d'autonomie »¹, à partir d'un échange à bâtons rompus sur leur vie actuelle et passée. Lorsque l'infirmière revient dans le salon après plusieurs appels téléphoniques, c'est pour nous annoncer qu'elle va devoir partir immédiatement pour une urgence, le directeur territorial - notre responsable hiérarchique à toutes deux - lui ayant indiqué que je pourrais « assurer seule cet entretien », précise-t-elle en se tournant vers moi. Sur ce, elle remballa ses affaires personnelles, laisse les dossiers et papiers étalés sur la table, nous salue et part rapidement, me laissant seule dans ce domicile.

L'ambiance est conviviale, mais je me sens tout de même bien embarrassée... Que dois-je faire, avec ces papiers, ces dossiers à remplir ? Tout cela m'apparaît bien complexe... Je comprends mal le contenu des documents laissés par l'infirmière – et pour cause : d'une part j'étais venue en observatrice, et d'autre part, je n'ai pas encore compris que la « prise en charge et l'accompagnement social des personnes âgées » se base essentiellement sur des grilles à remplir, des cases à cocher, des formulaires à compléter, des calculs à effectuer... Alors tant pis, j'improvise. Je tente de mener l'entretien en fonction de ce qui se présente, je m'inspire de la façon dont ma collègue a commencé l'entretien, j'utilise des compétences issues d'expériences professionnelles antérieures, bref, j'essaye de répondre à ce que j'imagine être attendu de moi : étudier la demande d'aide des personnes chez lesquelles je suis installée.

Heureusement, mes hôtes sont charmants. L'un comme l'autre raconte facilement sa vie actuelle et sa vie passée, ils relatent volontiers les difficultés rencontrées au quotidien et les organisations trouvées pour y remédier : « Je suis ses oreilles et il est mes jambes » résume madame Lucchesi dans un sourire. Sans même que je ne pose de questions, elle m'explique les raisons de sa mobilité très réduite : sa prothèse de hanche est ancienne maintenant, mais elle ne peut pas envisager une nouvelle opération chirurgicale pour cause d'antécédents d'embolie pulmonaire et d'insuffisances veineuses. Je n'ai pas de formation médicale, alors ces informations ne sont pas très significatives pour moi - mais je comprends quand même que ladite prothèse ne remplit plus le rôle souhaité, que madame souffre beaucoup, et qu'elle en est très handicapée pour se déplacer. Elle est même tombée la nuit dernière : elle a alors alerté son conjoint, lequel dort dans un fauteuil pour cause d'assistance respiratoire, il est allé chercher les voisins qui sont venus la relever... Elle évoque également son inquiétude et sa fatigue du fait d'une vigilance permanente à l'égard de son conjoint. Je suppose que c'est à

¹ Ainsi désignées depuis le vote de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

cause de l'insuffisance respiratoire, mais je ne questionne pas pour vérifier : savoir qu'elle est épuisée et anxieuse me semble suffisant pour avoir un aperçu de ses difficultés quotidiennes. Et je prends note de tout cela - en vrac et de façon très synthétique pour éviter de me concentrer sur des feuilles de papier, et rester ainsi dans la relation avec ces quatre personnes présentes...

Monsieur Gillot s'exprime tout aussi facilement pour raconter ses difficultés à entendre malgré l'appareillage, et les conséquences de son insuffisance respiratoire qui lui impose de respirer avec des bouteilles d'oxygène treize heures par jour. Il dort dans le fauteuil électrique, et « y dort bien ». Et puis, il peut se déplacer dans l'appartement, en s'appuyant sur les meubles ou en utilisant le déambulateur quand il doit transporter quelque chose : il me montre comment son installation d'une cagette en guise de plateau lui permet de transporter tout objet ou plateaux-repas, puisqu'ils prennent tous deux leurs repas dans cette pièce qui fait office de salon, de salle à manger, de chambre pour monsieur, et de bureau provisoire pour l'agent institutionnel accueillie. Il me raconte être lui aussi tombé récemment, en se déshabillant, ce qui lui a valu une hospitalisation, suivie de plusieurs semaines en centre de rééducation. J'apprends ainsi que c'est justement l'équipe de ce centre de rééducation qui lui a conseillé de faire une demande d'APA, et qui l'a même aidé à constituer le dossier, pour lui permettre de rentrer chez lui. D'ailleurs, et comme l'avait relevé l'infirmière, le certificat médical accompagnant la demande d'APA de monsieur Gillot avait été rédigé par ledit centre de rééducation.

Pendant ce temps des récits, à la fois spontanés et évocateurs, les deux enfants présents parlent peu - si ce n'est pour compléter ou préciser le propos. Et j'en suis presque rassurée, parce que je n'aurais sans doute pas su répondre à leurs questions... Alors j'écris tout ce que je peux, sur quelques feuilles éparses, comme si ces notes en vrac pouvaient me permettre de mieux comprendre ce que je fais, ce que nous faisons là, tous assis autour de cette table encombrée. La travailleuse sociale que je suis, alors incompétente dans cette mission et inexpérimentée auprès de ce public, est surtout préoccupée par ce qu'elle doit comprendre de ce qu'elle doit faire... Remplir des grilles, un dossier, et puis... ? Tournant les pages de ce fameux dossier de papier, je découvre peu à peu ce qui est attendu de cette « visite à domicile », et j'essaie d'y répondre comme je peux. Et puisqu'il faut compléter les deux dossiers laissés par ma collègue, et en particulier cette fameuse grille d'évaluation de la perte d'autonomie dont le langage et la logique me semblent encore bien mystérieux, je m'y aventure en essayant de cocher scrupuleusement les cases prévues, et de renseigner les diverses informations demandées : quelles sont les aides déjà existantes ? Qui, quoi, quelle fréquence ? Pour monsieur ? Pour madame ? Chacun d'eux a fait une demande d'APA, il me faut donc distinguer précisément

leur situation respective – autant que possible. À défaut de connaître encore les tenants et les aboutissants de cette procédure, je tente d'effectuer simultanément ces deux opérations : rester dans la relation avec les personnes qui m'accueillent, et remplir ces documents.

À cet instant, je ne saurais affirmer qu'il s'agit véritablement d'un entretien médico-social - mais ça viendra. Pour l'heure, je mobilise ce que j'ai appris à faire : écouter ; reformuler pour vérifier ma compréhension ; tenter d'identifier la demande, les besoins ; et comme je suis encore incompétente pour proposer une quelconque solution, j'écris toutes ces informations, toutes ces questions, en vue de revenir vers eux avec des éléments de réponse. J'apprendrai plus tard que, malgré ma méconnaissance pour répondre le jour même à la plupart de leurs questions posées et liées à l'APA, ce que j'ai su faire ce jour-là a tout de même permis de modifier quelques éléments dans l'organisation de vie de madame Lucchesi, de monsieur Gillot, et de leur enfant respectif.

J'avance donc pas à pas dans la découverte et le décodage de cette procédure - en différant les réponses aux multiples questions posées, en laissant de côté tout ce qui me semble incompréhensible : « GIR », « montant maximum du plan d'aide », « taux de participation du demandeur », ... ?! Et, progressivement, je commence à comprendre ce que peut vouloir dire « être âgé et vivre à domicile » ... même si je ne comprends pas – en tout cas pas encore – les détails médicaux dont ils ne sont pas avares, l'un comme l'autre.

Avant de partir, l'infirmière avait déjà bien commencé l'investigation auprès de madame Lucchesi, je tente donc de poursuivre en questionnant son conjoint. Et pour vous, monsieur Gillot, comment se passe la toilette ? Pas trop de difficultés dans la salle de bains ? Monsieur Gillot m'invite à venir voir comment il s'organise, me donnant ainsi l'occasion de visiter l'appartement, et de repérer les installations existantes, lesquelles m'apparaissent parfois peu adaptées à des personnes ayant du mal à se déplacer. J'évoque des travaux d'aménagement, qui sont très vite refusés. Je comprendrai plus tard, au fil de mes rencontres avec des personnes dans ces situations, les raisons de ces réticences : bien souvent, les inconvénients semblent tout simplement bien supérieurs aux avantages imaginés. Ici, monsieur Gillot avait déjà envisagé l'installation d'un avertisseur lumineux pour compléter la sonnette et pouvoir ainsi réagir plus rapidement quand quelqu'un se présente à l'interphone : l'APA pourrait-elle le financer ? Évidemment, je l'ignore... alors je m'engage à me renseigner. Et je poursuis l'enquête suggérée par les formulaires : et comment se passent pour vous l'habillage, le déshabillage ? Monsieur évoque l'aide de l'auxiliaire de vie pour l'habillage du matin, et précise se déshabiller seul le soir – m'informant ainsi qu'une personne vient l'aider à effectuer ces opérations. Je questionne alors un peu plus précisément sur les interventions de cette aide à domicile : quand vient-elle, à quelle fréquence, que lui demandez-vous ? Et d'où vient-elle, est-

ce une aide-soignante, une personne que vous embauchez directement, une employée d'un service d'aide à domicile, ... ? Et pour les repas ? Comme madame Lucchesi, monsieur Gillot utilise le service de portage de repas. Et il précise de lui-même qu'une infirmière vient un jour sur deux pour la surveillance de l'oxygène, et un kinésithérapeute deux fois par semaine pour lui faire travailler les déplacements.

Nous avons fini le petit tour dans l'appartement et nous revenons dans le salon. Retrouvant papiers et stylo, je m'empresse de noter rapidement toutes les informations qui m'ont été données. Je ne sais pas encore pourquoi je pose toutes ces questions, ni pourquoi je demande toutes ces précisions – si ce n'est qu'elles sont inscrites dans le formulaire, et j'ai bien compris qu'il faut pouvoir le compléter. De retour dans le salon, l'entretien se poursuit, à trois, quatre, ou cinq voix selon les thématiques, questions et réponses émanant des différents interlocuteurs présents. Les enfants restent relativement discrets, mais la fille de madame Lucchesi est plusieurs fois citée par monsieur Gillot, qui la qualifie d'« ange-gardien », signifiant ainsi sa reconnaissance à l'égard de la fille de sa compagne, manifestement très présente pour résoudre les tracas quotidiens de sa mère et de son compagnon. C'est d'ailleurs elle qui effectuera les différentes démarches qui devront suivre l'attribution de cette allocation, avec ou à la place du couple.

Pour l'heure, estimant avoir recueilli suffisamment d'informations, je vérifie rapidement à voix haute les aides existantes et celles envisagées, sans savoir encore lesquelles pourraient être financées ou non par l'APA, ni comment. Un grand nombre de leurs questions reste en suspens : je les griffonne consciencieusement, les assurant de rechercher les réponses – ce qui me donnera aussi l'occasion d'en apprendre un peu plus sur cette étrange procédure.

Par chance, pour cette première visite à domicile que je réalise dans le cadre d'une demande d'APA, ces personnes se montrent très disertes et coopératives, me facilitant ainsi ce travail d'enquêtrice de l'intime, que je découvre. Peut-être que des éléments de notre conversation désordonnée ont favorisé une convivialité dans cet entretien - nous avons même découvert des points communs dans nos parcours professionnels respectifs, ce qui semble avoir créé une certaine forme de proximité : dans nos échanges ultérieurs, l'un ou l'autre pouvait m'appeler par mon prénom, ce qui n'est pas une pratique courante dans ce champ professionnel. Je me suis donc sentie moins gênée de les informer de mes méconnaissances sur le dispositif et ses particularités – qui m'apparaissent parfois très techniques, avec ces questions précises et parfois dérangeantes. L'heure du rendez-vous suivant m'incite à mettre fin à cet entretien. Sans pouvoir être très précise, je leur signale qu'il y aura une suite, puisque d'une part l'instruction de leurs demandes n'est pas terminée, et que d'autre part nombre de leurs questions restent en suspens et appellent, autant que possible, une réponse de ma part.

Salutations d'usage, descente des escaliers, vérification de l'adresse du rendez-vous suivant où je dois rejoindre ma collègue infirmière. Par chance, c'est un quartier de la ville que je connais suffisamment pour ne pas perdre trop de temps à chercher le chemin, le trajet en est facilité. Arrivée devant l'immeuble, j'y retrouve l'infirmière pour ce nouvel entretien d'apprentissage : cette fois-ci, c'est bien elle qui mène l'entretien, je reprends une position d'observatrice - à peine moins ignorante après ma première expérience en « semi-autonomie ». À l'issue de ces différents déplacements et entretiens à domicile, c'est elle aussi qui me guide pour mener à son terme l'instruction de chacune de ces demandes.

Car la procédure prévue ne consiste pas seulement à déambuler d'un bout à l'autre du territoire et à mener des entretiens au domicile des demandeurs. Sans tarder, il faut récapituler les informations recueillies, les enregistrer dans le formulaire dédié, le *Dossier médico-social* (DMS), calculer le GIR¹, préciser des éléments qui ne sont pas prévus dans cette grille d'évaluation, vérifier le montant et les détails du plan d'aide envisagé, ... Bref, préparer un compte-rendu synthétique de cette *situation*² pour la présenter à la prochaine réunion d'*équipe médico-sociale*³, laquelle doit statuer sur les conclusions de l'entretien et les propositions énoncées : valider le GIR, vérifier la cohérence du plan d'aide avec les éléments collectés, le modifier peut-être, et étudier éventuellement toute autre question. Après cette réunion, une collègue gestionnaire administrative prend le relais pour effectuer les tâches administratives correspondant à la suite de l'instruction : enregistrer la décision de l'équipe, l'adresser à la personne candidate devenue bénéficiaire de l'APA, attendre sa réponse, la transmettre *au Central*⁴, attendre la validation par la commission dédiée, réceptionner l'arrêté départemental, le transmettre à la personne destinataire, déclencher le paiement, enregistrer ces décisions, jusqu'au rangement du dossier physique dans la classothèque. Des opérations que je mets plusieurs mois à comprendre, au gré des diverses visites à domicile, au fil de mes erreurs, et de mes questionnements parfois critiques, voire exaspérés, devant tant de procédures bureaucratiques.

D'autant plus que cet enchaînement de gestes et d'actions n'est pas toujours aussi fluide et rapide que les textes le prévoient, comme j'ai pu le constater dès cette première instruction d'une demande d'APA : à l'issue de l'entretien avec madame Lucchesi et monsieur Gillot, et

¹ GIR : Groupe iso-ressources. Correspond à une mesure du niveau de perte d'autonomie, nous y reviendrons plus loin.

² Dans cet écrit, la notion de *situation* désigne à la fois la personne demandeuse d'une aide, et tout l'environnement dans lequel elle évolue, tant sur le plan humain que matériel : « l'ensemble des conditions matérielles ou morales dans lesquelles se trouve une personne à un moment donné » (CNRTL), et selon un point de vue médico-social.

³ Nous reviendrons plus loin sur ce terme, défini spécifiquement par le code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁴ Le *Central* est le terme utilisé par les professionnels des équipes pour nommer les services centraux, habituellement proches de la direction générale, en opposition aux services déconcentrés du conseil général (nous reviendrons plus loin sur cette organisation des services, qui peut varier d'un département à l'autre).

malgré le temps passé auprès d'eux, leurs besoins restaient à préciser et les aides envisagées à chiffrer. C'est ainsi que l'entretien d'instruction de la demande impacte directement les personnes demandeuses, qui deviennent bénéficiaires de l'aide sociale, et l'agent départemental qui devient l'interlocuteur privilégié de cet ensemble familial dans ses relations avec le service départemental d'aide sociale : à plusieurs reprises, au fil des mois et des années qui suivront, l'un ou l'autre ne manquera pas de me solliciter pour des questions pas toujours directement liées à l'attribution de cette prestation. Une rencontre très procédurière qui se poursuit alors sous la forme d'une relation d'aide.

AVANT-PROPOS

AUX ORIGINES DE LA RECHERCHE

À l'épreuve d'une pratique professionnelle

Les lignes qui précèdent sont issues d'une expérience de praticienne du travail social. Elles ont été réécrites à l'occasion de ce travail de recherche, avec toutes les imperfections liées aux aléas de la mémoire, du temps qui passe et la transforme. Cette transcription d'une de mes premières expériences de rencontre professionnelle avec des personnes dites « âgées et en perte d'autonomie » prend appui sur des notes initialement écrites dans le cadre de cette pratique de travailleuse sociale : des dates, des chiffres, des acronymes et autres signes cabalistiques... Des traces écrites pour aider ma mémoire à retenir ce que je considère alors d'essentiel pour la suite du travail avec ces personnes - en particulier les tâches à réaliser à l'issue d'un entretien. Ces notes ont donc d'abord une visée pratique de mémorisation pour exercer ces missions dites d'intervention ou d'accompagnement social.

Je suis alors professionnelle de ce que l'on nomme « le travail social », fonctionnaire territoriale depuis une douzaine d'années, et à l'issue d'une disponibilité pour études et recherches, j'arrive sur un nouveau poste dans un service départemental d'aide sociale pour y exercer une mission¹ jusque-là inconnue : « Assurer la prise en charge et l'accompagnement social des personnes âgées et participer à la mise en place de la politique départementale en leur faveur » (Conseil général² F, 2007, *Fiche emploi*). Avec une formation initiale d'éducatrice spécialisée, je n'ai alors jamais travaillé auprès de personnes dites âgées, je ne connais pas particulièrement le type de difficultés que ces personnes peuvent rencontrer, ni les politiques d'action sociale destinées à cette catégorie de public, pas plus que l'éventail des aides existantes pouvant leur être proposées. Néophyte dans ce service d'aide sociale, je dois y apprendre les caractéristiques de ce public, de nouvelles règles institutionnelles et de nouvelles pratiques professionnelles, celles prévues pour cette mission.

¹ En tant que fonctionnaires, nous exerçons des missions de service public définies et codifiées par des textes législatifs et réglementaires.

² Pour mémoire, l'appellation « conseil départemental » est créée par la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral. Cette loi prévoit une mise en application à « compter du prochain renouvellement général des conseils généraux suivant la promulgation de la présente loi ». Ces élections ont eu lieu en mars 2015, soit après les différentes phases d'enquête. Aussi, j'utilise dans ce texte le terme *conseil général* ou *conseil départemental*, selon la période à laquelle se réfère le propos.

De l'apprentissage d'une nouvelle mission aux étonnements critiques

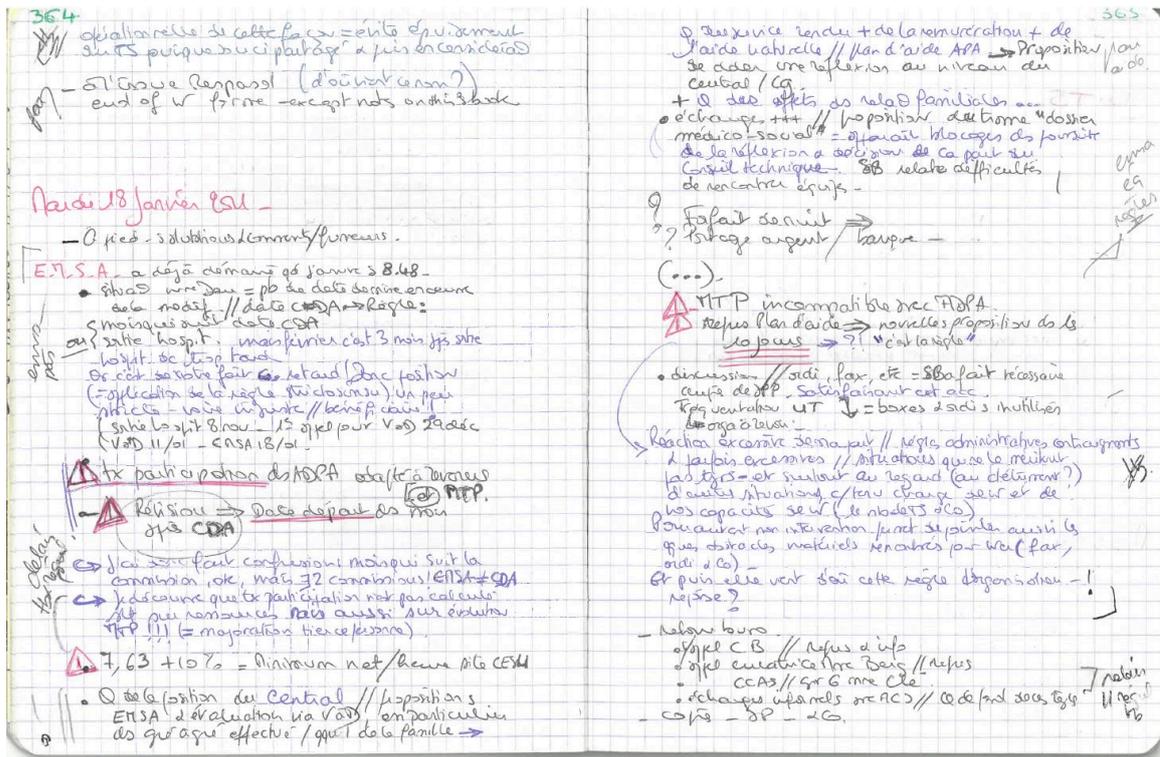
Pendant cette période d'apprentissage, je découvre un autre langage, d'autres acteurs, et je questionne régulièrement : qui fait quoi ? Comment ? Pourquoi ? Et après ? ... ? Je note les questions. Les réponses. Les questions suivantes. Pendant les réunions. Pendant les entretiens, ou après. À toute occasion. Ce réflexe est sans doute dû aux deux années que je viens de consacrer à l'étude de l'anthropologie, et dès les premières heures de mon arrivée sur ce poste, je me sens comme sur un nouveau terrain à découvrir¹. À l'instar de mes collègues travailleuses sociales², j'utilise un cahier pour y inscrire des informations quotidiennes, générales, concernant le service, l'institution, le dispositif, les services partenaires, des dates prévues ou à prévoir, des tâches à faire, et toute autre information nécessaire à l'exercice de ces nouvelles fonctions - à la façon d'un aide-mémoire. Souvent, j'y consigne également quelques remarques, questionnements, descriptions, divers commentaires liés à ces découvertes, des « notes d'étonnement » (Lenzi, 2016), en quelque sorte, transformant presque à mon insu ces cahiers de praticienne en carnets de terrain ethnographique. Actrice du travail social à temps plein et observatrice-ethnographe non déclarée à temps volés, je remplis des cahiers, dans lesquels j'enregistre et je questionne le travail en train de se faire. Je remplis et numérote des pages, je remplis et numérote des carnets.

Écrire ces lignes me met dans une position anthropologique qui permet de se décaler, non ? ! Observer et chercher à comprendre, au lieu d'être dans une réaction "basique" ?
- Parce que parfois, c'est quand même bien difficile de rester zen... !!!
(Notes de praticienne, Lundi 07 décembre 2009).

¹ Cette reprise d'études avait été déclenchée par la succession de deux expériences professionnelles qui m'ont beaucoup interrogée : après six années d'exercice comme éducatrice en prévention spécialisée, j'ai effectué une mission de solidarité internationale auprès d'une population vivant une situation de post-conflit armé. A cette occasion, j'ai été frappée par une certaine analogie dans les formes d'intervention (politique, policière, ou civile), malgré des contextes sociaux, culturels, et géopolitiques très différents. Cette observation, favorisée par une situation de décentrement, a provoqué des troubles et des questionnements non seulement dans ma pratique professionnelle, mais aussi dans mon regard sur les politiques publiques et leur mise en œuvre. De ce trouble est apparue une évidence : « Il faudra un jour que j'essaie de comprendre comment tout cela fonctionne et s'organise... » (*Chroniques du Kosovo. Carnet de bord*, Lundi 17 mai 2004). Il avait fallu ce changement d'environnement, à la fois géographique et culturel, social et politique, pour provoquer ce mouvement de curiosité citoyenne et intellectuelle, qui m'incite depuis à questionner régulièrement le cadre d'exercice de mes activités professionnelles dans le champ du travail social, et à le mettre en perspective avec d'autres pratiques et d'autres formes de savoirs.

² À la période où je travaillais dans ce service, tous les agents sociaux et médico-sociaux étaient des femmes.

Extrait du Carnet T6, pages 364-365, Mardi 18 janvier 2011



Des notes professionnelles aux chemins de la recherche académique

À ce moment-là, je ne sais pas encore très bien pourquoi je prends note de tout ce que je fais, de ce qui m'étonne et me questionne, au-delà du nécessaire pour exercer ma mission. Rétrospectivement, il semble que beaucoup de ces écritures sont provoquées par une émotion : agacement, incompréhension, satisfaction, surprise, colère, apaisement, ironie... Une façon de réguler en quelque sorte, comme pour penser et vivre autrement ce qui se déroule. Ces carnets sont d'abord des outils de travail, et ils deviennent des objets, supports de traces qui s'accumulent. Une discussion fortuite avec un ancien collègue étudiant en anthropologie en modifie progressivement le statut et l'utilisation. Alors que je lui raconte mes nouvelles aventures professionnelles, il me questionne : « Et alors, tu laisses tomber l'anthropologie ? ». J'évoque alors ces carnets, dans lesquels j'écris « de tout et de n'importe quoi, en vrac », et je constate dans la discussion qui suit que l'anthropologie a laissé son empreinte : je ne prends plus des notes de la même manière, je suis devenue travailleuse sociale-ethnographe en quelque sorte. Je commence à prendre conscience de l'intérêt potentiel de ces notes. Et comme il me le suggère, je m'efforce dès lors à écrire quelques lignes ou quelques pages sur ces carnets au moins chaque jour travaillé, et parfois au-delà.

Parallèlement, je continue à m'intéresser à l'actualité scientifique, en assistant à quelques séminaires, journées d'étude ou congrès. Après plus de deux années de travail à ce rythme, j'envisage d'utiliser ces observations et réflexions de travailleuse sociale pour les transformer¹. J'imagine une nouvelle reprise d'études, je contacte et rencontre des enseignantes et des enseignants, des chercheuses et des chercheurs, et des échanges stimulants avec le Professeur Bertrand Ravon m'encourageant à m'engager dans une recherche doctorale.

Ce sont donc les étonnements et les questions apparus dans l'apprentissage et la pratique d'une nouvelle mission qui m'orientent dans cette démarche universitaire, en quête de compréhension. Ces étonnements sont d'autant plus nombreux que ma formation initiale et mes précédentes expériences d'éducatrice spécialisée ne m'avaient pas préparée à exercer dans un cadre aussi précis que celui défini par la *loi n° 2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)* et ses décrets d'application². Ces exigences bureaucratiques m'intriguent : pourquoi des personnes qui ne peuvent plus effectuer des actes basiques de la vie quotidienne, du fait de la diminution de leurs capacités, doivent-elles subir autant de contraintes administratives pour avoir droit à un peu d'aide publique ? Et ces questions surgissent avec d'autant plus d'inquiétude quand je constate que la priorité est parfois donnée à une application textuelle de ces règles, au détriment des objectifs qui les font exister, c'est-à-dire venir en aide à des personnes en difficultés. Parfois, j'observe que la stricte mise en œuvre de ces règles peut même sembler contreproductive, en devenant source de complications pour les bénéficiaires et/ou pour les opérateurs institutionnels. Cette attitude est-elle due à une obéissance au règlement et à la hiérarchie³, à une forme d'absence de discernement entre la finalité de l'action et les moyens pour la réaliser, ou plus simplement à une forme de lassitude... ? Mais par ailleurs, comment et pourquoi avoir imaginé de telles procédures, aussi compliquées et couteuses en temps, pour des montants d'aide somme toute pas très élevés, à l'échelle de chaque bénéficiaire ? Ces

¹ J'avais alors rempli, paginé, et numéroté une quinzaine de cahiers, de type « Brouillon », comportant entre 80 et 95 pages d'écriture chacun. En quittant le service quelques mois plus tard, j'avais accumulé vingt-et-un cahiers de ces notes diverses.

² J'y étais d'autant moins préparée que la pratique de prévention spécialisée, que j'ai longtemps exercée, est une modalité de la mission d'aide sociale à l'enfance dans laquelle il n'y a aucune procédure bureaucratique : on peut y accompagner une personne sans même connaître son état-civil...

³ Selon l'article L.121-10 du Code général de la fonction publique, un « agent public doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique », quel que soit son rang dans la hiérarchie, ce qui implique également le respect des différentes sources de légalité (Constitution, lois, règlements, notes de services, ...). (<https://www.deontologue-alsace-belfort.fr/infos-et-documents-utiles/fiches-pratiques/le-devoir-d-obeissance-et-le-devoir-de-desobeissance/>, Consulté le 07 juillet 2023).

questions interrogent le sens même de l'action du fonctionnaire chargé de mettre en œuvre une politique publique.

Faire un pas de côté me semble alors une possibilité pour questionner le travail, pour le regarder et le penser différemment, à l'aide d'autres outils, et pour envisager d'exercer le métier autrement. Voilà ce qui anime cette démarche de recherche. S'arrêter d'agir, de courir, d'obéir, et regarder, questionner, prendre le temps de penser. Au nom de quoi faire ce que nous faisons ? « Aider », ou « prendre en charge », qu'est-ce que ça veut dire ? Et qu'est-ce que ça produit ? Quelles contradictions fondamentales bousculent la professionnalité, et comment en sortir ? Comment rendre acceptable ce qui pourrait parfois ressembler à de la simple exécution de procédure, parfois à des manipulations ?

INTRODUCTION GENERALE

La loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) crée une prestation d'action sociale destinée aux « personnes âgées » qui ont des diminutions ou des pertes de capacités les empêchant d'accomplir en toute sécurité des actes indispensables à la vie quotidienne. Cette allocation vise à participer au financement des aides nécessaires pour compenser ces incapacités et faire face à leurs conséquences. Dans cette loi, le législateur prévoit une procédure assez détaillée pour instruire les demandes et attribuer éventuellement la prestation. Nous pouvons ainsi repérer la définition de plusieurs niveaux pour la mise en œuvre.

Au niveau national, les parlementaires définissent les principes et les objectifs de cette prestation, en laissant le soin au gouvernement de décider certains détails de procédure. Ils ont par exemple distingué dès l'origine différentes modalités d'attribution de la prestation en fonction du lieu de vie des personnes – dans un domicile ou un établissement. Transcrites dans le code de l'action sociale et des familles (CASF)¹, ces conditions sont applicables de façon identique sur l'ensemble du territoire français, à toute personne candidate à cette prestation. Mais en confiant la mise en application de cette loi aux collectivités départementales, le législateur définit un deuxième niveau de mise en œuvre et ouvre la possibilité à des adaptations locales, puisque chacune de ces collectivités dispose d'une marge de manœuvre. C'est pourquoi les deux autres niveaux d'action définis par le législateur, l'équipe médico-sociale et la visite à domicile, peuvent également faire l'objet d'adaptations locales, selon les choix effectués par les collectivités départementales au sein desquelles les agents interviennent.

C'est donc au sein de cet ensemble que se déroulent les opérations de mise en actes de la loi, et que pourront être prises en considération les demandes d'aide concernant une personne candidate à la prestation, ou susceptible de l'être. Aussi, s'intéresser aux façons dont sont reçues et examinées les demandes relatives à cette prestation, implique de tenir compte de ce système et des diverses possibilités de traduction des règles à chaque niveau de la mise en œuvre. Car la façon dont les administrations départementales ont intégré cette nouvelle mission, et adapté la réglementation qui l'accompagne, détermine la façon dont les acteurs de ces administrations, élus départementaux, encadrants et agents d'exécution appliquent ces

¹ Dans les articles L232-1 et suivants pour la partie législative, et R232-1 et suivants pour la partie réglementaire - en janvier 2023.

consignes. Depuis l'assemblée départementale jusqu'au domicile de la personne candidate, des agents doivent exécuter des décisions prises par d'autres personnes, agents ou élus, dans d'autres services et d'autres lieux.

En démarrant cette recherche, mon intention était de produire une connaissance globale de cette politique d'action sociale et de sa mise en application, en me limitant toutefois aux situations de personnes vivant dans un domicile. Je souhaitais élargir mon champ de connaissances en amont et en aval de mes savoirs d'expérience, en interrogeant les différents niveaux de décisions et d'actions, depuis la conception des textes juridiques jusqu'aux applications les plus personnalisées, et en effectuant une comparaison entre plusieurs services départementaux. J'ai dû me rendre à l'évidence que c'était un projet très ambitieux et peu réaliste à l'échelle d'une thèse de doctorat. La nécessité d'un recentrage offrait plusieurs approches possibles, et mes premières investigations m'incitaient à réorienter mon travail d'enquête au niveau de la rencontre entre les opérateurs institutionnels et les personnes destinataires de cette politique publique d'action sociale. Des échanges avec Florence Weber¹, puis avec Agnès Gramain², qui venaient de publier un rapport de recherche portant sur certains aspects de cette mise en œuvre³, m'ont convaincue de l'intérêt de limiter mon travail sur les activités déployées au sein d'un seul service départemental. Ce choix s'inscrit dans la continuité de leur recherche en facilitant la prise en considération de l'ensemble des acteurs concernés sur un même territoire, qu'ils soient ou non professionnels. En s'intéressant aux protagonistes à travers leurs activités plutôt que comme catégorie typologisée (Becker, 2002 : 86), cette approche permet notamment d'interroger comment cette politique sociale se fait à cette échelle (Autant-Dorier, 2020)⁴.

Le travail doctoral présenté ci-après revient donc plus précisément sur les manières de faire au sein d'une même organisation départementale, en les comparant au besoin à des données recueillies dans d'autres départements. Je propose une lecture de la mise en actes d'une politique publique d'action sociale en centrant l'analyse sur le travail des agents qui sont en contact, direct ou indirect, avec les personnes candidates à cette prestation : les professionnels

¹ Rendez-vous le 30 janvier 2014.

² Entretien téléphonique le 25 juillet 2014.

³ Gramain et Weber (Responsables scientifiques), 2013, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*, 2013, Convention DREES-CNRS 52346. Dans cette recherche, les auteurs examinent les « marges de manœuvre réelles dont disposent les conseils généraux en matière de politique de la dépendance » et la façon dont ceux-ci organisent « leur action et leurs priorités politiques dans le cadre fixé par la loi » (Gramain et *alii*, 2013 : 1).

⁴ Cette option pourra ainsi compléter les travaux relatifs à la construction de cette politique sociale, par exemple ceux de Bernard Ennuyer (2001, 2002, 2013) ; Thomas Frinault (2005, 2009, 2014) ; Claude Martin (1998) ; etc.

identifiés comme les *Street level bureaucrats* par Michael Lipsky (1969), comme « agents de proximité » par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2012), « agents de base » (2012 : 4) ou « agents d'exécution » par Vincent Dubois (2012 : 3), ou « agents de contact » par Jean-Marc Weller (2021). Selon Jean-Pierre Olivier de Sardan, il s'agit de

l'échelle qui correspond au niveau stratégique du "point d'impact" de cette politique sur les populations concernées, celle qui permet « d'avoir un "point de vue" plus proche des destinataires finaux et des utilisateurs réels ou potentiels, qui prenne en compte leurs réactions aux actions [...] mises sur pied à leur intention.
(Olivier de Sardan, 1993 : § 4).

Nous chercherons ainsi à comprendre ce qui est fait et ce qui est produit quand une politique publique est mise en œuvre, comme nous y invite Jean-Pierre Olivier de Sardan : « Comment des propositions de changement induites de l'extérieur se confrontent-elles à des dynamiques locales ? » (1995 : 22). Autrement dit, comment les règles de procédure prévues par le législateur pour mettre en œuvre la loi relative à l'APA peuvent-elles être traduites aux différentes échelles de la mise en actes, selon le contexte ? Ces règles peuvent-elles être complétées, modifiées peut-être, par qui et comment ? L'organisation institutionnelle et les pratiques des agents peuvent-elles alors permettre un ajustement des réponses en fonction de la situation des personnes demandant de l'aide - par exemple quand elles sont en difficultés pour demander de l'aide, ou au contraire qu'elles refusent toute aide extérieure ?

La description des activités professionnelles permettra d'observer comment les agents se saisissent des consignes et développent des arts de faire (de Certeau, 1990) pour adapter les règles à la diversité des situations humaines et à la multiplicité des protagonistes, aux différents niveaux d'opérations. En documentant les opérations déclenchées par une demande adressée au service départemental, nous pourrions examiner comment la mise en œuvre de cette loi agit sur les principaux protagonistes – non seulement la personne candidate à cette allocation et son entourage, mais aussi les opérateurs institutionnels, et divers acteurs auxiliaires. Nous pourrions également repérer comment ces procédures peuvent produire des effets secondaires pas toujours prévus. Il ne s'agit donc pas de faire une évaluation de la loi, mais plutôt de comprendre et de rendre visibles les divers mouvements auxquels des acteurs se livrent pour l'appliquer et/ou pour en tirer profit. Observer leurs pratiques devrait permettre de repérer comment ils utilisent les marges de manœuvre laissées par les textes réglementaires et par la double injonction de respecter la procédure APA et de venir en aide à une personne en difficulté.

Par ailleurs, l'analyse des données pourra éclairer la façon dont l'activité des opérateurs facilite ou non le recours effectif à l'APA, complétant ainsi, en partie, les analyses effectuées par

l'équipe de recherche dirigée par Catherine Gucher (2011, 2017) ou l'étude menée par Mélina Ramos-Gorand (2015, 2016) pour comprendre le non-recours à cette prestation :

(...) le fonctionnement du dispositif d'aide peut constituer un frein à son adhésion. Les démarches administratives et le reste à charge, variable selon les situations, peuvent décourager les bénéficiaires potentiels »

(Ramos-Gorand, 2016 : 1).

Issue d'une pratique de terrain professionnel, cette recherche est construite selon une méthode inductive. À l'instar de la théorie ancrée décrite par Barney Glaser et Anselm Strauss (1967), les premiers matériaux collectés ont nourri les premières réflexions et donné une direction à l'enquête. Et c'est l'ensemble des matériaux collectés qui a permis de construire l'analyse à partir des outils théoriques présentés ci-après.

UNE BUREAUCRATIE A L'ÉPREUVE DU DOMICILE

Le récit du prologue révèle deux dimensions essentielles de la mise en actes de cette politique sociale, au moment où l'agent institutionnel rencontre la personne candidate à cette aide : être à la fois dans la rigueur exigée par la procédure bureaucratique, et dans la souplesse nécessaire à toute relation humaine, particulièrement quand il y a une demande d'aide. Nous verrons comment les agents se retrouvent à « l'interface entre le monde réglementaire et le quotidien » (Ion et Ravon, 2012 : 75), cherchant à articuler des contradictions telles que les contraintes de temps, de mobilité, de pluriprofessionnalité, de réseaux interinstitutionnels, etc., avec les questions et les demandes des personnes demandeuses et/ou de leurs proches, et dans l'intimité du domicile. Nous interrogerons la tension « entre le conformisme institutionnel et l'engagement personnel » (Dubois, 2010a : 90). Décrire le travail des opérateurs permettra alors de montrer comment ils effectuent sans cesse des adaptations, des ajustements, autant entre les textes et les situations humaines et sociales, qu'entre les protagonistes de la mise en œuvre eux-mêmes.

Vincent Dubois (2010a, 2010b, 2012) et Jean-Marc Weller (1999, 2018) ont tous deux montré ce double mouvement opéré par des agents administratifs aux guichets d'organismes de prestations sociales¹. Si leurs observations et leurs analyses constituent une référence importante dans le travail présenté ici, nous verrons que les particularités des procédures prévues pour instruire une demande d'APA modifient sensiblement le travail des agents et leurs relations avec le public. Nous observerons en quoi sortir des locaux institutionnels et se rendre au domicile de la personne demandeuse d'une aide publique transforment notablement le lieu d'exercice du mandat², et entraînent les opérateurs dans des environnements toujours renouvelés. Pour comprendre comment ces acteurs, opérateurs institutionnels et destinataires de l'action publique, conjuguent les aspects administratifs avec les situations humaines pour mettre en actes cette loi, trois outils conceptuels guideront l'analyse des données empiriques.

Une bureaucratie mouvante³

Dans la configuration étudiée, centrée sur la rencontre entre la personne candidate à cette prestation d'action sociale et l'agent départemental, nous verrons qu'il ne suffit pas d'aller à la

¹ Ceux d'une Caisse d'allocations familiales (Vincent Dubois), et d'une Caisse de retraite (Jean-Marc Weller).

² Le terme de « mandat » est utilisé dans le sens du pouvoir donné par une personne (en l'occurrence, le président du conseil général) à une autre (l'agent départemental) pour faire quelque chose en son nom.

³ Qualificatif inspiré des travaux de Mariella Pandolfi sur les *souverainetés mouvantes*, terme avec lequel elle désigne la tendance observée lors des interventions internationales : « J'ai ainsi été conduite à formuler l'hypothèse suivante : les

rencontre des personnes demandant de l'aide, de les écouter, de tenter de comprendre leurs demandes et leur situation, pour déterminer quelle(s) réponse(s) leur proposer. Dans ces rencontres réalisées dans le cadre d'une demande d'APA, les outils de la bureaucratie prennent beaucoup de place, et leur utilisation demande diverses compétences que nous mettrons en lumière. En effet, la réception d'une demande d'APA par le service départemental d'aide sociale déclenche la réalisation de toutes sortes d'opérations, au cours desquelles les agents institutionnels transforment ce courrier de demande d'aide en double dossier administratif d'aide sociale, numérisé, cartonné, et codifié (Weller, 2018). À ce stade, la personne candidate à une allocation personnalisée d'autonomie devient usagère de l'administration départementale. Car à partir de cette transformation par des enregistrements institutionnels, la demande existe sous forme de dossier administratif, et elle va pouvoir faire l'objet de vérifications, de questions, d'attentions, de suivis, de contrôles divers. Des agents administratifs, médico-sociaux, ou sociaux, se saisissent successivement du dossier et lui appliquent les règles définies par le législateur, l'assemblée départementale, la direction générale et les services centraux, voire les cadres territoriaux. Ils utilisent les multiples outils administratifs prévus à cet effet - formulaires, dossiers cartonnés, dossiers numériques, dossiers médico-sociaux, courriers simple, arrêtés départementaux, etc. -, selon les modes d'emploi conçus pour utiliser correctement ces outils : règlements, référentiels, guides de procédures, fiches techniques, et autres, qui précisent, orientent, et incitent, en vue d'homogénéiser les pratiques et de limiter les erreurs. Ces règles, juridiques et institutionnelles, constituent une sorte de bureaucratie, dans le sens donné par Max Weber à cette notion : une forme d'organisation du travail dont l'action est encadrée par le droit, caractérisée par des règles et des procédures. Des règles qui sont censées être appliquées de façon impersonnelle et neutre, pour rendre l'action efficace et pour favoriser l'intérêt général, dans un souci de neutralité et d'équité. Nous pourrions la qualifier de **bureaucratie mouvante**, dans la mesure où elle s'exerce selon plusieurs combinaisons et plusieurs modalités : contrairement à d'autres politiques sociales¹, ces mêmes règles doivent être mises en œuvre dans différents lieux (publics et privés) et par différents agents publics, lesquels agissent tantôt seuls, tantôt ensemble, avant de pouvoir donner une réponse à la personne candidate à cette prestation.

organismes internationaux et transnationaux agissent sur les territoires de l'ingérence et de l'urgence humanitaires comme des "souverainetés mouvantes" qui se déplacent de par le monde en légitimant sous la bannière des droits humains l'imposition de leurs règles et de leur temporalité. » (2002 : 35). De même, les règles définies dans la procédure d'instruction d'une demande d'APA sont censées s'appliquer de façon codifiée et identique quelles que soient les situations des personnes concernées (modalités d'évaluation, réponses possibles, délais, etc.).

¹ Citons pour mémoire les travaux de Delphine Serre dans *Les coulisses de l'État social* (2009), de Vincent Dubois analysant *La vie au guichet* des Caisses d'allocations familiales (2010), de Jean-Marc Weller dans les bureaux des Caisses de retraite (et dans d'autres lieux où *Fabriquer des actes d'État*, 2018), etc.

Il y a d'abord cette **bureaucratie pratique** (Dubois, 2012 ; Guionnet, 2000), exercée par l'agent institutionnel qui manipule courriers et dossiers en appliquant les instructions institutionnelles. Ces opérations se déroulent habituellement dans un bureau équipé *a minima* d'un ordinateur, d'un téléphone, d'armoires de classement, et elles peuvent faire l'objet de doutes et de questionnements comme l'a montré Jean-Marc Weller (1998, 1999, 2018). Pour les résoudre, l'agent administratif peut utiliser diverses ressources, dont l'un des outils formalisés par la loi instaurant l'APA : l'équipe médico-sociale. Même si la composition et le fonctionnement de ces équipes varient selon les départements et les territoires¹, le législateur a conçu ces équipes comme une forme de **bureaucratie collégiale**, puisque c'est cette entité qui doit instruire la demande, c'est-à-dire : « évaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur », « consulter le cas échéant le médecin désigné par le demandeur », effectuer la visite au domicile du demandeur, et élaborer la réponse sous forme de plan d'aide (CASF, articles L232-3, L232-14, et R232-7). La version initiale de la loi, en vigueur au moment de l'enquête, prévoyait aussi une collégialité pour préparer la décision d'attribution de l'APA, sous forme d'une commission² chargée de proposer « les montants d'APA correspondant aux besoins des personnes (...) » au président du conseil général, autorité habilitée à prendre la décision. La loi de décembre 2015 a supprimé cette étape³, et désormais,

L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil départemental et servie par le département sur proposition de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6.
(CASF, article L232-12)

Ces exigences réglementaires révèlent **une bureaucratie plurielle** : l'équipe médico-sociale doit comprendre « au moins un médecin et un travailleur social » (CASF, article R232-7). Et cette équipe est toujours complétée par des agents administratifs, dont le rôle, comme nous l'observerons, se révèle essentiel dans les activités bureaucratiques inhérentes à la mise en œuvre de cette loi - même s'ils ne sont pas explicitement cités par le législateur. L'ensemble de ces professionnels exercent cette mission en tant qu'agents de la fonction publique

¹ Voir *Infra*, Deuxième Partie - Les configurations de l'action et ses lieux d'exercice, de l'assemblée départementale au domicile.

² Cette commission était alors composée de « six membres désignés par le président du conseil général : Trois membres représentant le département ; Deux membres représentant les organismes de sécurité sociale ; Un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant conclu avec le département la convention prévue au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 ou, à défaut, un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires ». Ladite commission comprenait également « cinq représentants des usagers nommés par le président du conseil général, dont deux personnalités qualifiées désignées sur proposition du comité départemental des retraités et personnes âgées ». (CASF, articles D232-25 et D232-26, abrogés par le décret n°2016-210 du 26 février 2016, article 2).

³ Avant même cette suppression, il est apparu au cours de l'enquête que la moitié seulement des départements avaient maintenu ou même mis en place cette commission dans les formes prévues par le législateur (départements C, D, E).

territoriale¹ : issus de formations initiales différentes, ils sont recrutés et nommés dans des filières de métiers distinctes (administrative, médicale ou médico-sociale), ce qui peut renforcer l'effet de pluralités des logiques liées à la culture professionnelle². D'autant plus que chaque filière ayant souvent sa propre organisation hiérarchique, les agents d'une même équipe ont alors des responsables hiérarchiques différents.

Par ailleurs, ces opérateurs institutionnels organisent leur travail à partir de plusieurs lieux selon l'activité à réaliser : les agents administratifs restent la plupart du temps au sein des locaux institutionnels, à l'intérieur desquels ils vont souvent changer de pièce, passant de la solitude (souvent relative) du bureau qui leur est attribué à celle de la classothèque, ou à la salle de réunion pour les temps formalisés de travail en équipe, et allant jusqu'à « l'espace d'accueil », site neutre et impersonnel théoriquement réservé à la réception du public, en circulant dans l'un des espaces communs propices à des échanges informels (couloirs, salle de repos, local équipé de la photocopieuse, etc.). Les travailleurs sociaux et médico-sociaux quant à eux, effectuent des mouvements similaires à l'intérieur des locaux départementaux, mais sont aussi fréquemment à l'extérieur de ces locaux pour exercer leur mission : le plus souvent au domicile des personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA, et plus occasionnellement dans des réunions ou rendez-vous avec des partenaires participant de la même mission. Nous pourrions alors nommer **bureaucratie mobile et multisite**, cette organisation qui impose aux opérateurs d'appliquer cet ensemble de règles et de procédures dans des endroits aussi divers, en transportant avec eux, et de façon intériorisée, le cadre institutionnel.

Enfin, nous l'avons dit, ce travail étant axé autour de la phase de rencontre entre les opérateurs institutionnels et les personnes destinataires de l'action publique, ces interactions particulières peuvent être qualifiées de **bureaucratie de contact**. Celle-ci présente trois éléments qui la distinguent de celles étudiées par Vincent Dubois et par Jean-Marc Weller. D'une part, cette rencontre entre l'administration départementale et le public se déroule essentiellement au domicile des personnes destinataires de l'action publique. Si elle peut aussi s'exercer à distance, par des échanges téléphoniques, par courrier postal ou électronique, elle est toujours liée à des échanges qui ont eu lieu, ou vont avoir lieu, au domicile. D'autre part, la pluridisciplinarité des équipes multiplie les interlocuteurs potentiels pour une même personne, et exclut des prises de décisions isolées pour l'attribution ou le rejet de l'APA. Enfin, les agents institutionnels mobilisés pour ces rencontres sont majoritairement des professionnels qui ont choisi d'exercer

¹ Ou éventuellement d'agents détachés de la fonction publique d'État ou hospitalière.

² Nous y reviendrons dans le *Chapitre IV - Les sites départementaux de traduction des textes juridiques*.

un métier relevant de la relation d'aide¹, qui ont suivi une formation initiale les y préparant, et cette particularité donne une tonalité spécifique à la rencontre.

Cette pluralité d'opérateurs, de lieux et de modalités multiplie les points de vue tout au long du processus de fabrication de l'acte officiel que constitue l'arrêté départemental d'attribution de l'APA. Chaque opérateur peut interpréter les règles à partir de ses propres références, de son cadre d'action, ou encore de l'étape de l'instruction. Et cette coexistence de différentes logiques risque de produire une multiplication des normes, avec lesquelles il faudra composer. Aux normes institutionnelles, fabriquées par les politiques et les organisateurs institutionnels, se confrontent celles des opérateurs de terrain, et celles des autres protagonistes : les personnes destinataires, leur entourage, les acteurs auxiliaires². La précision et la rigueur des règles, définies pour répondre à des exigences de gestion et de contrôle de l'action publique, s'appliquent ici jusque dans l'intimité des modes de vie des personnes candidates ou bénéficiaires. Le cadre défini par l'ensemble des textes juridiques et réglementaires se retrouve alors sans cesse questionné par la réalité à laquelle il se confronte, comme l'indique Jean-Pierre Olivier de Sardan dans ses analyses des actions de développement :

les discours publics, les politiques proclamées, les structures administratives ou juridiques, ne coïncident pas avec les pratiques effectives, dans le développement comme dans les autres aspects de la vie sociale.
(Olivier de Sardan, 1993 : §4).

Nous examinerons alors avec attention comment l'agent départemental applique ce qui est recommandé dans les textes officiels et les guides pratiques, comment ses pratiques coïncident avec ce qui est annoncé. Ou si, au contraire, une sorte de « logique de situation » (Dubois, 2012) l'incite à effectuer diverses opérations pour tenter de dépasser les difficultés rencontrées, d'aménager les normes, et de concilier les logiques contradictoires, car

Le travail de ceux qu'on appelle les agents d'exécution se réduit rarement à une simple et stricte application de règles et d'instructions au demeurant jamais suffisamment univoques pour empêcher la possibilité de réinterprétations ni suffisamment complètes pour dispenser d'adaptations aux cas singuliers. La possibilité du jeu avec les règles (Bourdieu, 1990) constitue sans doute un invariant des « dynamiques de la bureaucratie » (Blau, 1955) comme l'ont amplement montré les travaux de sociologie des organisations sur les administrations

¹ La notion de relation d'aide est à comprendre dans le sens que lui donne Carl Rogers : « J'entends, par ce terme de relation d'aide, des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie » (Rogers, 1966, *Le Développement de la personne* : 27). Pour cet auteur, la relation d'aide est basée sur l'adoption par l'accompagnant de quatre attitudes non directives : l'empathie, l'écoute active, la congruence et le non jugement.

² J'utilise le terme d'« auxiliaire » pour désigner toute personne « qui aide, qui apporte son concours direct ou indirect, d'une manière temporaire ou permanente. (...) Ceux qui n'accomplissent pas directement une fonction, mais concourent à l'accomplir (...) » (CNRTL.fr, Consulté le 10 juin 2022). Nous y reviendrons plus loin, dans le *Chapitre 6. – Le domicile et les autres lieux auxiliaires et informels de l'action publique*.

françaises (Dupuy, Thoenig, 1985). Même dans les systèmes donnés comme les plus hiérarchiquement contrôlés, des « jeux bureaucratiques » permettent l'aménagement et l'usage de marges de manœuvres (Sociétés contemporaines, 2005). (Dubois, 2012 : 3-4).

Ainsi, ces agents départementaux « de première ligne », travailleurs sociaux, infirmières, gestionnaires ou médecins, tâtonnent, bricolent et, par approximations successives (Métis, 2018 ; Soulet, 2016), recherchent comment accorder le cadre institutionnel et le cadre singulier de la personne pour que celle-ci puisse bénéficier d'une aide malgré les difficultés et paradoxes soulignés. Et c'est en grande partie parce que les « bureaucrates de contact », les *street level bureaucrats* identifiés par Michael Lipsky (1969), développent et utilisent des stratégies suffisamment souples, inventives et engagées, que cette prestation peut être attribuée aux personnes éligibles. Ces opérations et ces marges de manœuvre peuvent alors être observées et analysées à partir du concept de régulation développé par Jean-Daniel Reynaud (1979 ; 1988 ; 1991 ; 2003 ; 2007) : cette notion permettra en effet d'examiner comment les dynamiques politiques et bureaucratiques se confrontent aux dynamiques des individus jusque dans leur domicile (Olivier de Sardan, 1995).

Des régulations situées et renouvelées

Comment « les intervenants eux-mêmes se débrouillent, en pratique et en réflexion, avec les ambivalences de ce qu'ils font » ?
(Cefai et Gardella, 2011 : 27) -

Chaque étape de la procédure d'instruction des demandes d'APA peut être l'occasion de tensions entre les protagonistes, entre la réglementation de l'action publique et les personnes qui en font usage, ou encore entre les contraintes bureaucratiques et le vécu des personnes destinataires. Ce faisant, elles peuvent faire apparaître des désaccords entre les acteurs institutionnels, soulignant les différentes logiques et/ou valeurs de chacun (Dourlens et Vidal-Naquet, 2016). Elles peuvent aussi révéler, ou réactiver, des oppositions entre la personne candidate et ses proches. Elles entraînent alors diverses activités de régulation, d'intensité et de formes variables en fonction des configurations.

Le terme de régulation désigne le « fait de rendre régulier, normal, le fonctionnement de quelque chose (...), notamment pour l'adapter aux conditions extérieures ou au résultat à obtenir » (CNRTL, 2016). À partir de travaux dans le champ de la sociologie du travail et des relations professionnelles, Jean-Daniel Reynaud développe une théorie de la régulation sociale qui éclaire la façon dont l'action collective peut s'élaborer et évoluer, par une réinvention continue des règles. Cette activité de « création, maintien ou transformation des règles » (1989 :

270) permet la constitution d'« une communauté autour d'un projet créateur de sens » (280). Dans cette perspective, la régulation sociale peut être définie comme un ensemble de mécanismes d'ajustement mis en œuvre par les membres d'une organisation pour s'adapter, maintenir un équilibre, et anticiper l'évolution de son environnement (Donnadieu et Layole, 1995). Parmi ces mécanismes d'ajustement, Jean-Daniel Reynaud souligne la coexistence de deux types d'activités de régulation observables dans les organisations : la **régulation de contrôle**, qui descend « du sommet vers la base », et « s'exerce de l'extérieur » sur les groupes d'exécutants - un mode de régulation souvent utilisé par les dirigeants, mais pas exclusivement ; et la **régulation autonome**, qui est produite « par les groupes d'exécutants eux-mêmes » (1988), et qui traduit « un mécanisme « d'auto-organisation » des « unités concrètes de travail » » (Donnadieu et Layole, 1995 : 2). Bien que différents, ces deux mécanismes sont étroitement liés, et s'influencent réciproquement dans des mouvements d'oppositions et de négociations. Car pour que l'organisation fonctionne,

la régulation de contrôle de la direction doit tenir compte des régulations autonomes des salariés ; pour atteindre leurs objectifs autonomes, les salariés dépendent de la régulation de contrôle de la direction.
(Dubar, 1990 : 648).

Jean-Daniel Reynaud parle alors de « **régulation conjointe** » pour désigner ce « résultat d'un compromis entre les deux parties » (1979 : 374). Rappelant la distinction entre « travail prescrit (les consignes données par l'encadrement) et [du] travail réel (celui qu'exécute vraiment l'opérateur) » (1988 : 15), il en souligne l'intérêt « ne serait-ce que pour identifier les problèmes réels que doit résoudre le travailleur, souvent bien différents du schéma simplificateur que se transmettent concepteurs et cadres » (1988 : 15). Mais aussi pour confirmer « l'importance de la régulation autonome » (1988 : 15), puisque celle-ci « repose sur des informations pertinentes que le travailleur détient (et souvent détient seul) » (1988 : 15). Il suggère alors de considérer le travail réel comme un « compromis entre les deux sources de régulation » (1988 : 15). Cette activité de régulation peut concerner *a priori* beaucoup d'objets, et prendre différentes formes, de l'arrangement au contournement, de la négociation au compromis, de la médiation à la transaction, selon les tensions, les logiques, les valeurs et les enjeux pour chacun. Nous pourrions l'observer dans la mise en œuvre de politiques sociales par les collectivités territoriales - même si celles-ci ne fonctionnent pas vraiment comme une entreprise. Car il existe là aussi des règles et des hiérarchies susceptibles de provoquer des tensions, en particulier lors des traductions en actes des consignes, habituellement écrites, émanant des différents niveaux de décision. Les formes de régulation décrites par Jean-Daniel Reynaud s'y

déclinent alors dans des équilibres variables selon les échelles et les étapes de la mise en œuvre, successivement ou par croisements.

Concernant la mise en application de la loi relative à l'APA, nous pourrions observer comment chaque collectivité départementale décide d'adapter localement une loi d'application nationale, en fonction des spécificités du territoire (caractéristiques de la population, de la géographie, de l'économie, etc.¹), et de l'organisation déjà existante dans ses services - en cohérence avec les choix politiques affichés et officialisés dans le schéma départemental². Nous pourrions alors nommer **régulation institutionnelle** les opérations aboutissant à la détermination des règles locales, celles définies par le conseil départemental ou son administration centrale. Certaines des règles ainsi produites par cette régulation institutionnelle impactent directement la procédure d'instruction et peuvent produire des effets inattendus. Nous observerons comment ces choix induisent à leur tour des régulations aux différentes échelles de l'action (institution, équipe, domicile), et des mouvements entre ces différents niveaux. Ainsi, ces équipes travaillent dans des locaux institutionnels dont la configuration, habituellement imposée par l'autorité administrative, influence toujours l'activité des agents, comme l'ont montré Vincent Dubois et Jean-Marc Weller. De la même façon, la disposition des locaux peut faciliter les **régulations interpersonnelles**, ou au contraire attiser les tensions entre les agents. Car le travail en équipe génère une intense activité de régulation, souvent observable dans les missions d'action sociale. Elle se caractérise ici par la présence significative de l'agent administratif. Nous verrons l'importance de son rôle, et dans quelle mesure il pourrait exercer lui-même une forme de **régulation de contrôle** au cours de la procédure d'instruction et d'attribution de l'APA. Il peut y avoir alors concurrence entre les régulations et, parfois, des négociations s'engagent alors entre ces différents points de vue, dans un processus de **régulation conjointe** visant à concilier les règles avec les besoins identifiés pour la situation étudiée³. Cette pluridisciplinarité de l'équipe peut aussi produire une **régulation coopérative**, en particulier lorsque la situation de la personne candidate à l'APA suscite des interrogations :

¹ Comme le prévoient les lois de décentralisation, lesquelles visent justement à confier aux collectivités locales l'adaptation des décisions nationales aux spécificités de leur territoire.

² La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et les articles L 312-4 et L. 312-5 du CASF impose aux départements d'établir tous les cinq ans un document d'orientation et de planification. Fréquemment intitulé *Schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale*, celui-ci doit fixer les objectifs stratégiques et le programme d'action de la politique départementale en faveur des publics de l'action sociale. Les départements établissent souvent un schéma départemental par catégorie de public (par exemple « les personnes âgées »), ou par catégorisation du problème public (« Schéma Départemental Handicap et Dépendance à tous les âges de la vie », dans le département D ; « Schéma départemental de l'autonomie » dans le département E).

³ Ce fonctionnement est particulièrement visible dans les départements où les équipes délibèrent collectivement, ce qui n'est pas le cas dans tous les départements, comme nous le verrons dans le *Chapitre 4. – Les sites départementaux de traduction des textes juridiques*.

Les **instances de coopération** dont nous parlons convoquent, valorisent et promeuvent l'expérience, la subjectivité et le « savoir expérientiel » (Jouet, Flora & Las Vergnas, 2010) pour aborder et traiter les problèmes qui émergent dans les situations complexes. (Dourlens et Vidal-Naquet, 2016 : § 26).

Tenter de définir ce qui pourrait être fait pour s'accorder sur une (ou des) réponse(s) à proposer peut s'apparenter à une **régulation collective** du pouvoir discrétionnaire (Weill, 2015), ce

pouvoir reconnu de l'administration d'agir en se fondant sur sa propre appréciation, au-delà donc d'une simple application des règles mais en restant néanmoins dans un cadre légal. (Dubois, 2012 : 4).

L'enjeu serait alors pour chaque professionnel de

trouver dans l'environnement de son travail de nouvelles pistes lui permettant a minima de maintenir l'action possible et au mieux d'identifier de nouvelles prises permettant d'agir autrement. (Ravon, 2016 : §11).

Enfin, un autre niveau de traduction a lieu lors de la rencontre entre l'administration et la personne candidate à l'APA. Celle-ci se déroule systématiquement au domicile de la personne demandeuse, et l'agent départemental doit s'adapter aux conditions dans lesquelles il est accueilli. Nous observerons dans quelle mesure ce contexte particulier pourrait l'inciter à réinterpréter les règles bureaucratiques, avec la liberté permettant de réaliser et d'organiser le travail demandé, dans une forme de **régulation autonome** (Reynaud, 1979).

Cette traduction circonstanciée des règles semble inévitable au vu des configurations dans lesquelles évoluent ces agents, dans et hors des locaux institutionnels, auprès de collègues professionnels, de la personne candidate à l'APA et souvent de ses proches – parfois eux-mêmes multiples. Les agents départementaux se confrontent alors à une pluralité de normes, de règles et de valeurs selon les lieux et les interlocuteurs. Pour le bureaucrate de contact, ces opérations de régulation apparaissent alors doublement situées : d'une part, localisées géographiquement, dans les locaux institutionnels, à domicile, et entre les deux ; d'autre part, adaptées et engagées dans la situation de la personne auprès de laquelle intervient l'opérateur - dans ce qu'elle vit et dans son environnement.

Ces premiers éléments nous indiquent comment la mise en œuvre de la loi relative à l'APA se compose d'une succession d'adaptations des règles et des logiques bureaucratiques, d'interprétations effectuées à différentes étapes et dans différentes configurations, par les agents de l'administration départementale. Ces arrangements divers se croisent et se recomposent, dans des mouvements de régulations à la fois plurielles et multisituées - au profit

de l'institution départementale et/ou au bénéfice de la personne demandeuse de l'APA, souvent aussi de celui de son entourage.

Pour autant, les professionnels n'opèrent pas dans un vide normatif et les arbitrages qu'ils effectuent sont loin d'être purement situationnels. Ils agissent au contraire dans un environnement saturé par des normes plurielles que tantôt ils respectent, tantôt ils subissent ou ignorent, transgressent ou même produisent. En effet, en l'absence de cadre unifié structurant les pratiques, se développent toutes sortes de dispositifs, de textes et de protocoles dont l'objectif affiché est de doter les professionnels de référentiels pour l'action et donc de réguler leurs pratiques.

(Dourlens et Vidal-Naquet, 2016 : § 8).

Si cet examen des manières de faire des opérateurs peut nous éclairer sur les moyens mobilisés pour appliquer la loi, il convient aussi d'interroger les comportements de ces opérateurs : pourquoi agissent-ils ainsi ? Quelles intentions, quelles valeurs, pourraient donner sens à ces conduites ? L'enquête menée principalement auprès des opérateurs de contacts pourra donner quelques éléments de réponse à ces questions. Elle pourra notamment indiquer dans quelle mesure la philosophie du *care*, telle qu'elle a été théorisée par Carol Gilligan d'abord (1982), et surtout par Joan Tronto (1993), pourraient éclairer ces comportements.

Le travail de *care* pour soutenir l'action

Joan Tronto et sa collègue Berenice Fischer proposent une définition assez large de la notion de *care* :

“Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde » en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie” [Fischer et Tronto, 1991, p. 40].

(Tronto, 2008 : 244) -

A partir de cette proposition, Joan Tronto définit ce qu'elle nomme une « grammaire éthique du processus de *care* », dont elle distingue plusieurs étapes nécessaires à son déroulement :

Nous avons noté qu'en tant que processus actif, le *care* comporte quatre phases, analytiquement distinctes mais intimement liées. Ce sont les suivantes : se soucier de, se charger de, accorder des soins et recevoir des soins. Décrivons, l'une après l'autre, chacune de ces quatre phases.

(Tronto, 2008 : 248).

En suivant cette proposition, nous pouvons examiner comment chaque niveau de mise en œuvre de l'APA pourrait être compris à l'aune de cette grammaire, reflétant peut-être une ou plusieurs des phases de ce processus. Il s'agirait donc d'abord de savoir repérer l'existence d'un besoin :

Le *care* implique en premier lieu la reconnaissance de sa nécessité. Il implique donc de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse.
(Tronto, 2008 : 248).

Nous pourrions alors considérer que l'inscription à l'agenda politique de la nécessité d'une loi « *relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées* » manifeste une préoccupation pour ce problème public (Dewey, 2010). Car comme Joan Tronto le suggère,

« Se soucier de » implique fréquemment d'assumer la position d'une autre personne ou d'un autre groupe pour identifier le besoin. (...). Aux États-Unis, nous pensons fréquemment « se soucier de » en des termes fondamentalement individualistes : plusieurs universitaires ont soutenu que ce dont nous nous soucions définit ce que nous sommes en tant que personnes et en tant qu'individus singuliers¹. Néanmoins, nous pouvons également décrire « se soucier de » à un niveau social et politique et décrire l'approche adoptée par la société à l'égard des sans-abri, par exemple, en termes de *care*.
(Tronto, 2008 : 248)

D'un point de vue politique et social, l'élaboration et le vote de la loi participent à la deuxième phase du *care* énoncée par Joan Tronto, celle qui

implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter. Au lieu de se contenter de se centrer sur les besoins d'une autre personne, « se charger de » implique de reconnaître que l'on peut agir pour traiter ces besoins non satisfaits. Si l'on pense que rien ne peut être fait relativement à un problème, alors il n'est pas de manière appropriée de « se charger de ». (...). « Se charger de » implique certaines conceptions de l'agir et de la responsabilité dans le processus du soin. (...).
(Tronto, 2008 : 248-249)

Ainsi, nous pourrions examiner comment cette reconnaissance d'un pouvoir d'action est traduite dans le contenu de la loi et des textes qui l'accompagnent. Nous pourrions également observer comment l'attribution aux conseils départementaux de la mise en application de la loi leur confère une partie de cette responsabilité, et comment ceux-ci s'en saisissent pour concevoir les moyens à mettre œuvre et pour organiser leur fonctionnement afin de rendre la loi effective. Ces collectivités territoriales pourraient alors exercer une forme de régulation autonome à l'égard des règles nationales, par exemple pour faire valoir leurs propres « conceptions » de la mise en œuvre à leur échelle.

Pour se conformer aux dispositions prévues par le législateur, ces administrations doivent ainsi constituer des équipes médico-sociales pour traiter les demandes et concevoir les réponses. A ce titre, celles-ci partageraient donc aussi une part de responsabilité dans ce processus de *care*. Nous pourrions donc observer comment elles développent leur activité pour rendre effective

¹ « Cf. M. Mayerhoff [1971], J. Blustein [1991]. P. Benner et J. Wrubel [1989] soulignent, dans une certaine mesure, de quelle manière le soin affecte les professionnels de santé en tant que personnes. »

cette prise en charge, selon la façon dont elles reçoivent et considèrent les demandes d'aide ou de conseils qui leur parviennent.

Et puis à ce stade et à cette échelle, les agents opérateurs se confrontent à la nécessité d'apporter les soins nécessaires, troisième étape du processus décrit par Joan Tronto :

Accorder des soins suppose la rencontre directe des besoins de *care*. Ce qui implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui donnent des soins qu'ils viennent au contact des objets du *care*. (...) (Tronto, 2008 : 249).

Or, s'il est bien prévu que des agents départementaux se déplacent au domicile des personnes candidates, ce n'est pas avec l'objectif de leur apporter directement les soins reconnus comme nécessaires. En effet, dans la conception de la loi, cette tâche est plutôt déléguée à des exécutants, comme les services d'aide à domicile, les fournisseurs de service ou de matériels. Et pour Joan Tronto, le don d'argent lui-même ne peut pas être considéré comme un apport de soins, étant donné que

L'argent n'apporte pas de solution aux besoins humains, même s'il procure les ressources grâce auxquelles ils peuvent être satisfaits. (Tronto, 2008 : 250).

Aussi, nous observerons comment les opérateurs s'impliquent aussi dans cette responsabilité, comment leur présence jusqu'au domicile des personnes destinataires du *care* peut contribuer à la détermination d'un *care* approprié et à son effectivité. Parce que, comme le souligne Joan Tronto,

Souvent, dans les bureaucraties, ceux qui déterminent de quelle manière il sera pourvu aux besoins sont très éloignés des conditions effectives de distribution et de réception du soin et, en conséquence, ils peuvent ne pas proposer des soins de qualité. (Tronto, 2008 : 252).

Dans le processus de *care* décrit par Joan Tronto, la quatrième phase correspond à la nécessité de s'assurer comment le soin est reçu par le destinataire :

Il est important d'inclure la réception du soin parmi les éléments du processus parce que c'est la seule manière de savoir si une réponse au besoin de soin a été apportée. Jusqu'à ce point de notre description, nous avons supposé que la définition du besoin de soin, postulée dans la première phase du *care* par celui ou ceux qui « se soucient » d'un besoin, était juste. Mais les perceptions des besoins peuvent être fausses. Même si la perception d'un besoin est correcte, la manière dont les dispensateurs de soin choisissent de le satisfaire peut-être à l'origine de nouveaux problèmes. (...) Faute de s'assurer que l'objet dont il a été pris soin réagit à la sollicitude dont il a bénéficié, nous pouvons rester dans l'ignorance de ces dilemmes et perdre la capacité d'évaluer l'adéquation du soin proposé. (Tronto, 2008 : 250).

Cette phase permettrait de regarder, de vérifier en quelque sorte, comment l'aide, le soutien apporté, répond aux besoins de la personne aidée. Cette étape semble d'autant plus importante que

Les récepteurs peuvent souhaiter orienter les soins qu'ils reçoivent plutôt que d'en être les simples récepteurs passifs.

(Tronto, 2008 : 252).

Nous verrons comment cette question est prise en compte par les professionnels des équipes médico-sociales, comment ils essaient de définir ces plans d'aide en tenant compte des personnes concernées. Car pour apporter un soin aussi adapté que possible, encore faut-il savoir ce que signifie le « vivre aussi bien que possible » pour la personne destinataire. Les singularités individuelles rendent impossible une définition unique, d'autant plus que les points de vue de chacun sont souvent contradictoires et peuvent rendre les décisions difficiles. La définition de ce qu'est le bien vivre pour autrui pourrait alors être à l'origine d'abus de pouvoir, voire de maltraitance, quand une personne aidante tend à imposer son point de vue sans respecter suffisamment celui de la personne aidée.

Ainsi, le rôle de l'attention est bien d'identifier non seulement les besoins mais encore les capacités (...). Prendre soin ne se résume pas à donner, mais cherche à solliciter la participation, le choix, et finalement l'action d'autrui. Autrement dit, le *care* est une relation entre deux acteurs – et non entre un sujet actif et un sujet passif (un patient), ce à quoi le réduisent ses détracteurs. L'autonomie est à la fois présumée (la personne sait ce dont elle a besoin, son avis est sollicité et visé (réduire les dépendances).

(Zielinski, 2010 : 640-641) -

Et l'attention à ce que dit la personne aidée pourrait alors réorienter l'entretien à domicile et inciter la professionnelle à adapter l'objectif de sa présence et ses pratiques en fonction de ses observations et de sa compréhension de la situation. Et cette recherche d'ajustement pourrait également faciliter l'adhésion de la personne destinataire à l'intervention proposée, condition importante comme le rappelle Catherine Gucher :

L'adhésion des destinataires à l'intervention sociale d'aide a été signifiée comme condition de sa réussite. Selon le Conseil supérieur de travail social¹, la recherche de l'adhésion dans l'intervention sociale d'aide à la personne s'appuie sur le respect des valeurs, des habitudes de vie, du projet du bénéficiaire et s'oppose à des pratiques d'injonction, de prescription ou de distribution de dispositifs ou d'aides.

(Gucher, 2017 : 65).

Nous serions alors dans des situations bien différentes de celles observées par Vincent Dubois aux guichets des Caisses d'allocations familiales, dans lesquelles il soulignait

¹ Conseil supérieur du travail social, *Intervention sociale d'aide à la personne*, Paris, Éditions de l'ENSP, 1996.

l'asymétrie de cette relation, qui met aux prises un guichetier, investi de l'autorité de l'institution qui le mandate, et un visiteur en position de demandeur et le plus souvent dépourvu des ressources qui lui permettraient de traiter d'égal à égal avec lui.

(Dubois, 2010a : 26)

Nous pourrions également regarder dans quelle mesure ce souci de la réception du soin pourrait aussi être facilité par le travail de l'équipe médico-sociale.

Ce travail de *care* semble lui-même nourri du métissage que décrit Paul Fustier (2000 ; 2008 ; 2012) à propos du lien d'accompagnement dans les pratiques de travail social, considérant qu'il est « l'effet d'un métissage entre ces deux éléments antagoniques que sont le contrat (élément d'équilibre) et l'échange par le don (déséquilibré et porteur de violence) » (Fustier, 2012 : 98). Il nomme « socialité primaire », celle qui relève de « l'échange par le don », et « socialité secondaire », celle qui relève de l'échange marchand » (Fustier, 2008 : 321). Pour Alain Caillé (1991b), la socialité primaire, qui relève de « l'échange par le don » (Marcel Mauss), concerne des relations de personne à personne, quelles qu'elles soient, alors que la socialité secondaire, qui relève de l'échange marchand, concerne des relations liées au statut et aux appartenances (institutionnelles, économiques, politiques, ...) (Caillé, 1991b). Cette double composante dans la relation entre le professionnel salarié et la personne usagère du service public peut concerner *a priori* l'ensemble des agents acteurs d'une intervention sociale d'aide, qu'ils soient de formation médicale, sociale, ou administrative.

CONSTRUIRE UNE RECHERCHE A PARTIR D'UNE PRATIQUE

Les prémices

Cette recherche a d'abord démarré discrètement, par la prise de notes d'informations et de remarques diverses pendant l'apprentissage d'une nouvelle mission de travailleuse sociale¹. Cette phase d'observations aléatoires peut être qualifiée de prélude à la recherche : elle a existé avant la formalisation d'un projet de recherche, et elle en est à l'origine. Elle en constitue une fondation incontournable, tant par le contenu des notes collectées que par l'émergence des réflexions suscitées. Toutefois, ces éléments ne pouvaient suffire pour construire une recherche. Je souhaitais enrichir ces données en élargissant le terrain d'enquête, et pouvoir non seulement observer mais aussi questionner l'action publique en train de se faire : d'une part, les pratiques professionnelles de mise en application de la loi ; d'autre part les interactions entre les différents protagonistes mobilisés par une demande d'APA - la personne âgée et son entourage, les agents du service instructeur, les partenaires éventuels. Il me fallait donc pouvoir enquêter de façon officielle, pour pouvoir interroger plus facilement les personnes concernées, depuis une place de chercheuse.

J'essaye alors d'officialiser ce projet au sein de la collectivité départementale dans laquelle j'exerce, avec l'intention de pouvoir y effectuer une enquête ethnographique articulée à ma pratique professionnelle, dans une approche d'observation participante interne (Boumard, 1989 – cité par Lapassade, 2013), et dans la continuité des premières observations collectées. Cette option aurait permis de produire des connaissances pour l'administration départementale, sur l'une des missions dont elle exerce la compétence. Mais ce rapprochement n'a pu aboutir, probablement pour des raisons autant circonstancielles que stratégiques. Aussi, je décide de me mettre en retrait de mon administration d'origine par une « mise en disponibilité pour effectuer des études ou recherches présentant un caractère d'intérêt général »². Cette option m'apparaît la plus adaptée pour mener cette recherche en toute transparence – au risque d'avoir à l'autofinancer. Ce faisant, je quitte ostensiblement un statut pour un autre, et j'aborde cette recherche doctorale depuis une place frontière, entre les « savoirs pratiques », les « savoirs d'expérience », et les « savoirs scientifiques ». Cette position labile entre plusieurs formes de connaissance, a donné une orientation particulière à l'enquête,

¹ Voir *Supra*, Avant-propos. Aux origines de la recherche.

² Tel que le prévoit le décret n° 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale, article 8. (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F544> - Consulté le 08 octobre 2019).

m'incitant à la fois à rechercher prioritairement ce que je ne connaissais pas ou peu, tout en cherchant à vérifier ce que je connaissais *d'une certaine façon*, à tenter de faire abstraction de ce connu pour faire place à l'inattendu, tout en utilisant ces bases pour aller plus loin dans l'exploration du méconnu.

Pour mener l'enquête, j'envisage d'abord de changer complètement de place, de point de vue, pour me rapprocher des personnes destinataires de la loi et pouvoir saisir leur perception. Ainsi, j'expérimente la place d'auxiliaire de vie auprès de personnes âgées de plus de soixante ans et ayant perdu des capacités, avec à nouveau une posture de participation observante. Mais j'en conclus rapidement que cette place n'est pas appropriée pour étudier les questions par lesquelles il me semble nécessaire de commencer, celles qui concernent la mise en œuvre de la loi par l'opérateur institutionnel désigné, le service départemental¹. Je réoriente alors l'enquête vers les services départementaux d'aide sociale, en vue de pouvoir ethnographier l'instruction et le suivi des demandes d'APA, en tenant compte « des groupes en présence et de leurs relations » (Avril, Cartier, Serre, 2010 : 89-90). Dans un premier temps, je contacte les responsables de service d'aide sociale dans des départements autres que celui où j'ai exercé, avec deux intentions : interroger les traductions départementales de la loi dans l'organisation des services et des équipes chargés d'instruire les demandes d'APA, pour esquisser un panorama des applications locales de dispositions nationales ; et d'autre part, sonder la possibilité de réaliser éventuellement une enquête de nature ethnographique au sein de la collectivité où ces responsables exercent. Ces entretiens exploratoires me permettent de recueillir des données intéressantes, comme nous le verrons dans la deuxième partie, mais aucun responsable ne confirme l'accès à un terrain d'enquête avant qu'une information me donne l'occasion d'examiner une autre possibilité. En effet, j'apprends que la collectivité départementale dans laquelle j'avais exercé et dont je m'étais éloignée depuis plus d'un an, venait de réaliser une étude pour tenter d'expliquer l'augmentation sensible du nombre de nouveaux bénéficiaires de l'APA². Les résultats de cette étude venaient d'être transmis aux équipes y ayant participé, et suscitaient de nombreuses autres questions. Par le biais « d'introducteurs » (Weber, 2009), je prends connaissance des détails de l'étude et de ses

¹ En effet, pour instructive qu'elle soit, cette fonction d'aide à domicile, visant à faciliter la vie à leur domicile de personnes dont les facultés sont altérées, apparaît finalement bien éloignée des questions administratives, sociales et médicales qui se posent lors d'une demande d'APA – et ce, même si l'aide à domicile peut effectivement être payée, au moins en partie, par ladite allocation. Et puis la présence de l'aide à domicile lors de la procédure de demande et d'instruction de l'APA n'est pas très fréquente, même si elle peut parfois aider à la constitution du dossier voire, plus fréquemment, être sollicitée dans le cadre de l'évaluation – comme nous le verrons dans la troisième partie.

² Intitulée « Le profil des nouveaux bénéficiaires ADPA en GIR 4 », cette étude a été réalisée en interne, par une étudiante en stage, entre septembre 2013 et mars 2014 sur l'ensemble du territoire de ce département.

résultats, et cette lecture m'incite à faire une nouvelle proposition, en articulant certaines des questions soulevées dans cette étude avec mes questions de recherche. Cette proposition est validée par la direction générale de cette collectivité, à la condition de formaliser ma présence dans le service par une *Convention d'accueil tripartite*¹, laquelle me donne un statut équivalent à celui d'une étudiante en stage pendant toute la période au cours de laquelle je serai présente dans les locaux institutionnels.

L'enquête ethnographique : une immersion bien encadrée

Je suis alors accueillie au sein de la Direction de l'autonomie à domicile, encadrée par des agents départementaux de ce service. Situé à proximité géographique de la Direction générale, ce service centralisé rassemble les agents travaillant sur les textes, les directives, et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette mission². La *Convention d'accueil* nous a donné l'occasion de discuter des conditions et des limites de faisabilité de cette enquête, et en particulier les points suivants :

- Une durée limitée dans le temps, déterminée par le calendrier de l'institution et des modifications qui y sont annoncées³. Une éventuelle prolongation au-delà de la période définie n'était donc pas envisageable.
- Une durée également limitée en termes de temps de présence dans les locaux, pour éviter d'avoir à me verser une indemnité de stage.
- Un encadrement par des rencontres régulières avec deux cadres de la *Direction autonomie à domicile*, un binôme constitué de la directrice adjointe et du médecin conseiller technique de ce service.
- La possibilité de pouvoir rencontrer tous les professionnels de plusieurs équipes, à partir d'un choix préalable, réalisé en concertation avec la *Direction de l'autonomie* et la *Direction des territoires*, et en accord avec les responsables territoriaux concernés.

¹ Le conseil départemental, représenté par la *Direction de la formation et développement des compétences*, l'Université Lyon 2, et moi-même.

² Les agents des équipes territorialisées ont coutume de nommer ce service le « *Central* » - terminologie réutilisée dans la suite de ce travail.

³ Nous sommes en 2014 et, comme d'autres, cette collectivité se prépare à mettre en application la *loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles* (dite « loi MAPAM » ou « loi MAPTAM »), laquelle modifie les compétences départementales et de ce fait, impose des transformations dans l'organisation institutionnelle dès janvier 2015.

- Le respect des hiérarchies institutionnelles pour contacter les différents agents¹.
- Et enfin, des conditions matérielles d'accueil opérationnelles, avec la mise à disposition d'un bureau équipé, comprenant un accès à Internet et à l'Intranet, et une autorisation pour utiliser les véhicules de service.

Les limites d'accès à certaines données ne sont pas définies d'emblée, mais toute demande d'informations non directement accessibles *via* l'Intranet² fera l'objet de négociations, sans toujours aboutir. De même, je n'ai pas pu accéder à certaines instances de délibérations ou de décisions, telles que la *Commission départementale* chargée d'arbitrer les litiges, ni la *Commission des affaires sociales*³. Par souci d'ajustement aux contraintes du terrain tel qu'il m'était accessible, et en particulier par « respect des hiérarchies et des valeurs locales » (Copans, 1999 : 26), j'ai choisi de m'adapter aux orientations de l'investigation telles qu'elles ont été définies en amont, tant en ce qui concerne le choix des territoires que les actions prioritaires à documenter, à savoir le travail des professionnels au sein de l'équipe médico-sociale et lors des visites au domicile des personnes demandeuses. Après confirmation par les cadres de la direction générale, j'ai donc déroulé l'enquête en tenant compte du cadre institutionnel et des disponibilités des professionnels. L'installation dans le bâtiment et à l'étage du service centralisé de l'aide sociale me décalait physiquement de la place occupée auparavant dans une *Maison du département*, et me permettait d'accéder à d'autres types d'informations. Car à cet étage, tous les agents travaillent pour la même mission, le public concerné n'y est pas accueilli physiquement et très peu par téléphone, et le travail réalisé concerne à la fois l'amont et l'aval des demandes d'APA et des procédures d'instruction. Et puis la proximité de la direction générale et de l'hôtel du département, où siège l'assemblée départementale et où sont installés les bureaux des conseillers généraux, donne une ambiance particulière à ces lieux. C'est donc à partir de cette position centralisée que j'ai mené l'enquête ethnographique, tant auprès des agents travaillant à cet étage du *Central* qu'auprès de ceux des quatre équipes territorialisées⁴ définies. Avec celles-ci, j'ai pu participer aux réunions d'équipe, partager des temps individuels

¹ C'est-à-dire ne contacter les responsables territoriaux qu'après confirmation par la direction générale, puis rencontrer les agents des équipes territoriales, individuellement ou collectivement, selon une procédure à préciser avec leurs responsables.

² Sur ce réseau de communication interne, tout agent a des accès limités et définis selon son poste d'affectation.

³ La Commission spécialisée affaires sociales est « chargée d'étudier et de donner un avis sur les rapports que lui transmet le président avant de les soumettre à l'Assemblée départementale. Chaque commission étudie toute question relevant de son domaine de compétence, et peut donner des orientations à l'exécutif pour la rédaction de rapports dont il lui aurait soumis le projet. Elles n'ont ni pouvoir de décision, ni pouvoir de gestion. » (Extranet du département, consulté le 22 août 2014).

⁴ Voir les détails relatifs aux lieux de l'enquête dans l'*Annexe 1. Synthèse des observations d'enquête. Matériaux collectés*.

avec chacun des agents affectés à cette mission, et accompagner certains d'entre eux lors des visites à domicile.

Cette organisation a présenté le double intérêt de travailler simultanément avec des équipes différentes, et de faciliter l'anonymisation des données. Cette possibilité n'est pas négligeable : les attentes exprimées ou implicites de la *Direction de l'autonomie* étaient nombreuses, et ma présence au sein des équipes a pu éveiller quelques soupçons à l'égard des intentions de la direction : « Qui est-ce qui vous a demandé de faire cette étude ? C'est la direction, ou bien... ? » réagit une travailleuse sociale alors que je viens juste de présenter les raisons de ma présence et les objectifs de ma recherche au cours d'une réunion d'équipe (Conseil général F, Équipe T, Jeudi 02 octobre 2014), tandis que d'autres éluderont toute demande de rendez-vous (Conseil général F, Équipe A, Lundi 03 novembre 2014). En revanche, le fait d'enquêter auprès de plusieurs équipes, et la limite temporelle imposée à cette phase de l'enquête, présentaient l'inconvénient d'avoir moins de temps à partager avec chacune des équipes. Ma connaissance antérieure de la mission et de la structure a peut-être permis de compenser en partie ce désavantage. D'autant plus qu'en ayant des liens de familiarité avec les lieux et avec l'objet d'étude (Weber, 2009), j'ai pu parfois saisir l'opportunité de relations existantes antérieurement à la recherche, pour glaner quelques informations, parfois même sans les avoir cherchées. Faisant alors l'expérience subjective de transformer une pratique professionnelle rodée en objet de recherche, j'ai tenté sans cesse d'articuler méthode, terrain, et réflexivité (Faya, 2013 : 30). Dans une posture d'*observation participante périphérique* (Adler et Adler, 1987 – cité par Lapassade, 2013), j'ai cherché à prendre en considération cette subjectivité particulière.

La subjectivité dans la recherche : une posture vigilante

Aborder le terrain d'enquête par une mise à distance du terrain professionnel d'origine ne supprime pas pour autant la part subjective de la chercheuse. En effet, il ne suffit pas de changer de place et de casquette pour être « seulement » chercheuse et oublier que l'on est aussi travailleuse sociale ou citoyenne. Et ce d'autant plus que

(...) la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale jouent un grand rôle.

De toutes les sciences sociales, l'anthropologie (ou la sociologie de terrain) est celle où le rôle méthodologique de la personne même du chercheur (son observation, son écoute, ses relations personnelles, son intuition, etc...) est le plus important, *au niveau particulier de la production des données*. La subjectivité de l'anthropologue est un point de passage obligé du travail anthropologique de terrain, c'est une caractéristique en quelque sorte « professionnelle » centrale.

(Olivier de Sardan, 2000 : 425).

Aussi, changer de point de vue autour du même objet ne va pas sans quelques doutes et tiraillements, car l'apprentie chercheuse ne peut pas effacer toute trace mémorisée par la praticienne du travail social, et au contraire, les savoirs pratiques viennent souvent nourrir la production des savoirs scientifiques. Et effectuer une recherche avec ces bagages, constitués de connaissances pratiques et intériorisées du fait étudié, apporte un élément supplémentaire à la subjectivité inhérente à toute recherche¹, d'autant plus quand elle s'appuie sur une enquête ethnographique. Nous pouvons examiner comment cette position d'*insider*² a pu agir sur ce travail, selon les phases de la recherche.

Pour mener cette enquête, j'arpente à nouveau les couloirs et les coulisses de l'administration départementale dans laquelle j'ai travaillé plus de douze années en tant qu'assistante territoriale socio-éducative. Cette expérience antérieure a sans doute facilité mes premiers pas d'enquêtrice sur ce terrain : je connaissais déjà l'organisation générale, les organigrammes, quelques agents, certaines logiques, et, surtout, j'étais familière avec la plupart des codes institutionnels (tels que le langage ou les modes de relations entre les agents, par exemple). Ayant déjà expérimenté la plupart des règles de fonctionnements horizontaux (entre services) et verticaux (entre les agents de grades hiérarchiques différents), je ne ressentais pas d'appréhensions particulières, et je crois avoir retrouvé assez facilement le « rythme local ». Mais cette fois, j'étais là en tant qu'apprentie chercheuse, et ce nouveau rôle sur un même terrain pouvait aussi comporter quelques écueils, comme celui de ne pas voir ce qui semble tellement évident, ou de ne pas y trouver d'intérêt, ou encore de ne pas prendre le temps de redécouvrir ce qui est tellement connu. Je pouvais aussi être tentée de prendre part aux interactions, de m'immiscer dans l'action, au risque de provoquer une confusion entre la chercheuse et la travailleuse sociale. Et puis, alors que l'ethnologue aborde souvent le terrain d'enquête à partir d'une connaissance *a priori* restreinte et intellectualisée de ce qui s'y vit, alors qu'il s'y immerge longuement pour mieux le percevoir et le comprendre, je me retrouvais dans une situation inverse : je devais mettre à distance, au moins provisoirement, mes connaissances du terrain, des groupes et des pratiques, pour approcher différemment ce qui se présenterait.

¹ Dans ce même article paru dans la *Revue française de sociologie* en 2000, Jean-Pierre Olivier de Sardan considère que « la question de la subjectivité du chercheur de terrain peut se décomposer en trois modes d'interventions du "facteur personnel" » : les éléments subjectifs présents dans tout processus de recherche (les intérêts, les affects, les préjugés, etc.) ; la spécificité des sciences sociales (du fait de l'absence d'expérimentations, de l'utilisation du langage « naturel », des pressions des idéologies, etc.) ; et la particularité de l'enquête de terrain, de nature qualitative, au cours de laquelle « les interactions, souvent prolongées, du chercheur avec des membres des groupes auprès de qui il enquête jouent un rôle central dans la production même des données (...) » (2000 : 425-426).

² Olivier de Sardan nomme ainsi le professionnel, par exemple opérateur d'actions de développement, qui « de surcroît fait de la recherche », et qui occupe « l'un des rôles qui se confrontent dans l'arène d'une opération de développement ou d'un "projet" » (2000 : 431).

Je devais pouvoir me décaler pour « me laisser approcher par l'inattendu et l'imprévu » (Affergan, 1987), pour voir ce que je n'aurais pu imaginer (Laplantine, 2005). Issue du groupe social observé, il s'agissait donc de quitter ma posture de travailleuse sociale pour me situer à l'extérieur du phénomène étudié (Laplantine, 2005), tout en utilisant les éléments de connaissance pour orienter l'enquête (Glaser et Strauss, 2010). Après avoir saisi de l'intérieur le fait étudié, je cherchais à me décentrer pour détecter et interroger les implicites, et tenter ainsi de saisir du dehors les fondements et la globalité des enjeux. Pour faciliter ce déplacement et limiter les risques d'aveuglement, j'ai utilisé pour mener l'enquête deux outils méthodologiques : l'observation de type ethnographique, et une approche inductive en interrogeant le « comment » plutôt que le « pourquoi », sans chercher à vérifier une hypothèse prédéfinie. Ma démarche visait à rester réceptive aux phénomènes tels qu'ils apparaissent à un moment donné.

Par ailleurs, j'étais sensible à la façon dont pourrait être perçue la présence d'une chercheuse venue enquêter sur une pratique à laquelle elle avait elle-même participé. Aussi, je suis restée vigilante à la façon de présenter simultanément l'objet de ma recherche et mes antécédents professionnels dans ce domaine, comme pour dessiner

une sorte de zone de communication commune qui permette à l'interlocuteur de se reconnaître dans l'intervieweur. C'est donc (...) une question d'approche, capable de créer et de maintenir une certaine confiance (...). Tout dépend de la capacité de l'enquêteur à susciter la confiance. (Baré, 2001 : 111-113).

En effet, je craignais que ce changement de statut soit difficile à équilibrer et à assumer, et j'avais conscience que

La phase d'installation fait déjà partie de l'enquête ethnologique. Il s'agit d'une série de comportements et de choix qui vont définir *pour les autres* les raisons de la présence, le statut social, voire l'essence culturelle d'un personnage par ailleurs ethnologue. (Copans, 1999 : 38),

Finalement, cette antériorité semble avoir été sans importance aux yeux de mes interlocuteurs, qui s'efforçaient toujours de m'expliquer dans le détail ce qu'ils faisaient, pourquoi, avec quelles questions et dans quelles limites, comme si j'ignorais tout de ce sujet. Reconnaissons que dans cette démarche, le statut d'étudiant présente des avantages (Beaud et Weber, 2003 : 99)¹. Et puis, mon personnage social a probablement aussi agi dans mes interactions avec les personnes auprès desquelles s'est déroulée l'enquête. Car la démarche ethnographique constitue un « mode de connaissance où l'on s'engage en personne » (Weber, 2009), à la fois par sa

¹ *A posteriori*, je me demande si je n'étais pas considérée alors comme une étudiante en travail social, qui venait apprendre le métier.

personnalité et son savoir-faire. Cet engagement crée la possibilité d'établir des relations de forme et de qualité diverses avec les personnes auprès desquelles nous enquêtons. Des relations qui sont toujours prises dans un certain nombre de rapports sociaux – de genre, de classe, d'ethnicité, ... – dont il est difficile de s'extraire (Beaud, 1996). Et en cela, le fait d'être une femme, qui plus est d'un âge inhabituel pour une étudiante et qui renvoie plutôt l'image de quelqu'un ayant une certaine expérience de la vie, voire même qui a aussi une expérience personnelle du vieillissement, a probablement pu faciliter une relation de confiance. J'avais parfois pu constater combien ces caractéristiques semblaient rassurer mes interlocuteurs, en particulier les personnes âgées et leurs proches.

De l'éthique dans la recherche

La dimension éthique de cette recherche est directement liée à l'objet d'étude lui-même. En effet, s'intéresser aux effets produits par une politique publique engage à prendre en compte les effets produits par la recherche elle-même auprès des personnes sollicitées pour l'enquête. Cette préoccupation est à la fois à l'origine de cette recherche et son objet. La question des conséquences d'une intervention auprès des « supposés bénéficiaires » (Atlani-Duault, 2005) est d'ailleurs une préoccupation depuis les premières années de ma formation d'éducatrice spécialisée, et l'est restée au cours des différentes missions exercées - au-delà même des règles de droit. C'est aussi une dimension importante de l'action publique dans le travail social et médico-social, notamment à travers différentes législations¹ encadrant les relations entre les professionnels et les personnes avec lesquelles elles travaillent. Deux autres raisons notables ont renforcé cette nécessité d'une vigilance éthique, et ont imposé la nécessité de considérer cette dimension pour construire et mener l'enquête². D'une part, j'ai bénéficié d'une bourse doctorale décernée par la Fondation Médéric Alzheimer, et l'attribution de cette bourse est conditionnée à la définition d'un cadre éthique, inclus dans le dossier de candidature adressé à la Fondation³. D'autre part, en enquêtant au sein d'une administration de service public, je savais que j'aurai accès à des informations à caractère secret concernant la vie privée d'utilisateurs

¹ À titre d'exemple, nous pouvons mentionner les législations relatives aux *droits des usagers du secteur social et médico-social* (articles L311-3 à L311-9 du CASF, version 2023), au secret professionnel (articles 226-13 et 226-14 du code pénal), au partage d'informations (articles D226-2-5 et Annexe 3-0 du CASF, version 2023), etc.

² Pour mémoire, les différentes phases de l'enquête ont toutes été réalisées avant la publication de l'*arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat*, lequel impose aux doctorants de suivre « une formation à l'éthique de la recherche et à l'intégrité scientifique » (article 3, alinéa 3).

³ Voir *Annexe 2. Fondation Médéric Alzheimer, Bourses doctorales 2013. Cadre éthique de la recherche*.

de ces services, et que j'allais aussi rencontrer, observer et interroger, des fonctionnaires soumis à l'obligation d'obéissance hiérarchique¹.

Pour prendre en compte ces éléments de cadrage, j'ai abordé l'enquête ethnographique avec la préoccupation des conséquences de ma présence et de mon travail d'enquête auprès des personnes concernées. Cette attention impliquait de laisser la possibilité à chaque personne sollicitée de participer ou non à la recherche, et de la laisser mesurer sa participation, en fonction de son intérêt ou de sa disponibilité : accepter ou non mes demandes d'entretien, ma présence dans leur travail quotidien, etc. Et cette posture m'incitait aussi à prendre en compte les effets de l'enquête au-delà de ma présence et de mon enquête, c'est-à-dire de penser la façon dont les acteurs sociaux poursuivront leur tâche au-delà de la présence de la chercheuse. Ce choix m'est apparu indissociable de la recherche elle-même, parce qu'il ne me semble pas pertinent d'essayer d'obtenir des informations de façon relativement contrainte, et parce qu'il n'est pas anodin de supporter la présence d'une chercheuse qui observe et questionne sans cesse, y compris sur les angles morts des pratiques. Cette modalité d'enquête s'appuyait aussi sur un souci de cohérence avec l'objet de la recherche elle-même, avec une posture éthique proche de celle adoptée dans de nombreuses pratiques du travail social, y compris dans l'utilisation des données recueillies.

Ainsi, les observations et les entretiens réalisés auprès des professionnels ont toujours fait l'objet d'une information présentant le contexte, l'objet, et les conditions de réalisation de ma recherche, information effectuée par moi-même et par une responsable institutionnelle si besoin. Pour les observations effectuées lors des entretiens avec les usagers du service départemental d'aide sociale, l'information était toujours donnée par l'agent départemental, lequel s'assurait ensuite oralement d'un accord – ou non - pour ma présence. La plupart des entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, avec l'accord de la personne interviewée, et parfois interrompu à sa demande.

Des matériaux pour l'analyse : la constitution du corpus

Tout au long du travail de terrain, l'observateur participant, tout en prenant part à la vie collective de ceux qu'il observe, s'occupe essentiellement de regarder, d'écouter et de converser avec les gens, de collecter et de réunir des informations.

Il se laisse porter par la situation.

¹ Conformément à l'article 28 de la *loi n°83.634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*.

« Bref, par participation, il faut entendre le mode de présence du chercheur au sein du milieu observé » (Peretz, 1998).
(Lapassade, 2013 : 392).

Le corpus utilisé dans cette recherche rassemble des données issues pour l'essentiel d'observations directes, visuelles et auditives, de l'activité des professionnels, d'échanges et d'entretiens informels, non structurés, ou d'entretiens formalisés, menés de façon non directive, essentiellement avec des agents de services départementaux¹. Ces données comportent aussi des descriptions de lieux, d'entretiens, des transcriptions de réunions, et divers commentaires consignés dans un journal de bord du parcours de recherche. Selon leur nature, ces observations ont été enregistrées dans des cahiers de praticienne du travail social, des carnets de terrain d'enquête, ou parfois dans un enregistreur audio. Elles sont toujours contextualisées avec une identification du lieu et de la date. Ces données ont été collectées au cours de plusieurs phases d'enquête, lesquelles peuvent être identifiées par la façon dont je me suis approchée, puis engagée, et enfin impliquée dans cette recherche, créant à chaque fois des conditions particulières pour l'enquête.

Les saisons de la collecte

Comme nous l'avons vu dans l'Avant-propos, les premiers matériaux sont constitués de notes recueillies alors que j'exerce comme travailleuse sociale au sein d'un service départemental d'aide sociale. À ce moment-là, l'idée d'une recherche n'existe pas. Je prends des notes pour apprendre et retenir les spécificités de ce nouveau poste, ce que je dois savoir et ce que je dois faire, et je les complète au fil de l'eau avec des questions, des étonnements, des descriptions, des états d'âme suscités par ce que je découvre. Pendant plus de deux ans², j'enregistre des notes de façon rapide et synthétique, chronologique, désordonnée et incomplète : elles peuvent concerner autant mes pratiques et mes découvertes, que les lieux ou les relations relatifs à mon quotidien professionnel. Pendant cette première période, je suis donc une praticienne qui apprend, qui observe, et qui enregistre ses observations dans un but opératoire. Et qui enregistre aussi des commentaires autour de cette pratique, sans filtre, et avec une certaine régularité dans la prise de notes, un peu comme pour un journal. Je me positionne ainsi, presque malgré moi, en posture de « participante observante » (Beaud et Weber, 2003 : 52). Effectuées spontanément et discrètement, ces transcriptions constituent une collecte de

¹ Voir le récapitulatif de ces collectes dans l'Annexe 1. Synthèse des observations d'enquête & matériaux collectés.

² De novembre 2009 à février 2012.

savoirs pratiques, et de leur contexte d'exercice. Je remplis ainsi une douzaine de cahiers, qui deviennent *a posteriori* une base de données importantes pour la recherche.

Progressivement, et du fait même de l'existence de ces cahiers remplis d'informations diverses, je décide de m'engager dans une recherche doctorale. Je mets « à profit l'occasion d'enquêter du dedans – une opportunité qui [m'] est donnée par [mon] statut déjà acquis dans la situation » (Lapassade, 2013 : 396). Ce faisant, je considère différemment cette prise de notes. Avant même de savoir si mon projet de recherche sera accepté par l'école doctorale, et alors que mon statut professionnel reste inchangé, je complète ma pratique de travailleuse sociale par des prises de notes de nature ethnographique. Elles ne sont plus seulement destinées à l'exercice de ma mission, elles visent aussi la production de connaissances. Avec ce deuxième objectif, je deviens plus méthodique dans ces transcriptions : je recentre les observations autour du sujet prévu pour la recherche, et je diminue les informations techniques – d'ailleurs devenues moins nécessaires ; j'affine les descriptions, je précise les questionnements, je détaille les explications. Je complète ces observations d'éléments contextuels (tels que l'enregistrement des tâches effectuées, les heures et les durées des changements d'activité, les lieux, etc.), sans chercher à trier *a priori*. J'adapte mon organisation, car cette méthode est chronophage, et mon activité de travailleuse sociale reste prioritaire : au fil de la journée, celle-ci prévaut, et j'utilise quelques codages pour repérer des faits qui me semblent intéressants à retenir : dès que je peux - en général en fin de journée, quand la journée de travailleuse sociale est terminée -, je reprends systématiquement ces repères pour les « décoder », c'est-à-dire déplier et décrire ces moments d'actions et d'interactions.

À partir de cette période, chaque moment passé auprès d'acteurs de la mise en œuvre territoriale de cette politique sociale fait l'objet de prises de notes, écrites et/ou orales, en direct ou en différé – au maximum dans les vingt-quatre heures. Elles sont prises de façon dissimulée, « clandestine » (Lapassade, 2013) : je n'ai pas changé de statut à l'égard de mes collègues, des personnes accompagnées ou des partenaires. Le changement vécu concerne surtout l'intention et la qualité dans les prises de notes. Cette étape de participation observante dure environ une année¹, au cours de laquelle je remplis neuf cahiers – soit une collecte nettement plus productive qu'au cours de la première période.

Puis je deviens doctorante, et je me place en disponibilité de la collectivité territoriale dans laquelle j'exerce alors². Cet éloignement acte le changement de statut et m'engage plus

¹ De février 2012 à janvier 2013.

² Voir *Supra* : *Construire une recherche à partir d'une pratique. Les premiers pas.*

concrètement dans le parcours de recherche doctorale. Je démarre une nouvelle phase d'enquête, cette fois en tant qu'« observatrice participante externe » :

- *l'observateur participant externe* vient du dehors, et c'est la condition habituelle du chercheur : il sollicite le droit d'entrer sur le terrain qu'il fréquentera jusqu'au moment où il le quittera pour rédiger un ouvrage, un mémoire ou un rapport ;
(Lapassade, 2013 : 397).

Après quelques tâtonnements et recherches de financement, je commence donc par une investigation auprès de services d'aide sociale de différents départements. Je choisis les départements de façon à la fois stratégique et intuitive : en fonction des informations déjà recueillies, au cours de lectures ou d'entretiens précédents, en fonction de leur accessibilité, ou des possibilités supposées d'y mener une enquête ethnographique. Je rencontre principalement des responsables de service ou de territoire, avec lesquels je mène des entretiens¹ non-directifs, à partir d'une grille d'entretien basée essentiellement sur le déroulement du traitement d'une demande d'APA et l'organisation afférente, lesquels traduisent les choix de la collectivité et peuvent faire apparaître d'éventuelles spécificités. Dans certains départements, la responsable me propose de visiter le service et de rencontrer des agents – sur un temps toutefois relativement limité.

J'ai ainsi recueilli des informations concernant six départements, informations collectées à la fois dans des cahiers d'ethnologue, dans des enregistrements audio, et dans des fichiers numériques, souvent complétés par la littérature grise produite par ces départements.

Dernière étape de l'enquête, l'ethnographie réalisée au sein du département² dans lequel j'exerçais. J'y suis accueillie dans les conditions décrites précédemment³, installée dans un bureau situé dans les locaux de la *Direction de l'autonomie*. À partir de cette place centrale, j'organise les rendez-vous avec les membres de l'une des quatre équipes retenues pour effectuer mon enquête. Ces rendez-vous sont d'abord réalisés selon un protocole défini avec le binôme qui encadre ma présence : un premier entretien avec les responsables territoriales pour leur exposer l'objectif de la recherche et les modalités envisagées, suivi d'une participation à une réunion de l'équipe pour une nouvelle présentation à l'ensemble des professionnels la composant. Une fois ces premiers contacts établis, j'organise la suite de l'enquête en fonction des disponibilités de chacun.

¹ Répartis et parfois renouvelés au cours des années 2013 et 2014.

² Construite et réalisée de façon discontinue entre avril et décembre 2014, avec une phase plus intense entre août et décembre.

³ Cf. *Supra* : *L'enquête ethnographique : une immersion bien encadrée*.

Mes observations se déroulent pendant mes temps de présence officielle¹ dans les locaux institutionnels du département, ou en accompagnant des agents lors de leurs déplacements. Elles portent sur des temps de travail individuel, sur des temps de réunions d'équipe, parfois avec des partenaires, sur des entretiens dans les locaux départementaux ou au domicile de personnes candidates à l'APA, et lors des trajets afférents. Ces observations sont enrichies d'interviews formalisées et de discussions informelles avec les agents départementaux participant à cette mission, quel que soit leur niveau d'implication : ces échanges ont permis de comprendre le sens qu'ils donnent à leur propre rôle et à leurs actions pour répondre aux demandes (que celles-ci émanent du public, de l'institution, ou de partenaires), d'approcher leur compréhension et leur interprétation des consignes liées à la mise en œuvre de cette loi². J'ai cherché à pouvoir assister aux différentes phases du processus d'attribution de l'APA, mais sans choisir *a priori* les séquences de travail : l'option méthodologique est de porter attention à tout ce qui peut concerner la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, sans présélection de ma part. De plus, j'ai assisté à quelques réunions publiques (Assemblée départementale, Conseils de gérontologie, réunions municipales) pour appréhender le contexte politique et citoyen dans lequel se déroule la mise en œuvre de cette loi. Par contre, je n'ai pas mené d'entretiens spécifiques auprès de personnes âgées ou de leurs proches - ce qui n'a pas exclu pour autant quelques échanges informels avec ces dernières³. Ce travail de terrain aura permis d'effectuer des observations directes dans les lieux et les moments où ont lieu les interactions et les transactions à l'œuvre dans l'attribution de l'APA. A l'issue de ces deux dernières phases d'enquête, neuf cahiers d'enquête rassemblent l'ensemble des observations.

Les temps informels de l'enquête

Au regard de l'objet de recherche et du dispositif engagé, l'enquête ethnographique démarre dès l'entrée dans les locaux départementaux, et se poursuit pendant tout le temps de ma présence auprès des agents départementaux. Au cours de ces mouvements, certains agents savent qui je suis et la raison de ma présence, d'autres non. Pour autant, l'enquêtrice que j'incarne dans ces instants reste en permanence attentive, regarde et entend des informations de toute nature. De même, les échanges avec les personnes auprès desquelles se déroule

¹ Ces temps de présence officielle sont planifiés selon un calendrier défini lors de la signature de la convention, et validé à la fois par la cheffe de la *Direction de l'autonomie* et par la cheffe du *Service de la formation*.

² À cette occasion, j'ai constaté qu'en dehors des agents diplômés du travail social et médico-social, toutes les personnes sollicitées ont manifesté de l'étonnement à être sollicitée pour un entretien – comme si elles considéraient n'avoir rien à dire.

³ Rares pendant cette période d'enquête, mais fréquents pendant la période initiale de praticienne.

l'enquête ne s'effectuent pas toujours dans les moments formels des entretiens ou des réunions d'équipe : les trajets, les accompagnements, sont souvent l'occasion de discussions, liées ou non à l'objet de recherche. J'ai essayé alors de retranscrire aussi ces éléments recueillis lors de ces échanges informels, le plus souvent dans l'après-coup, de mémoire ou d'après quelques notes prises pendant la conversation. En outre, l'enquête a permis de collecter également bon nombre des documents utilisés ou utilisables par les professionnels des équipes départementales, qu'il s'agisse de guides, référentiels et consignes établis par l'institution, de documents de présentations des services partenaires, ou de documents autoproduits par les équipes locales, voire par certains professionnels pour leur propre usage, plus ou moins partageable et partagé – des documents constitutifs d'une littérature grise. La plupart sont des écrits produits par les administrations départementales, pour un usage interne par les agents – ou, pour certains d'entre eux, à destination du public (informations et formulaires spécifiques, mais aussi communication externe). De nombreux autres documents sont aussi produits par des organismes officiels (CNSA, services des ministères, les différents codes, ...), et accessibles sur internet.

Par ailleurs, à cette enquête formelle, sont venus s'agréger des éléments de la vie quotidienne, entourant la recherche académique : le recueil d'informations concerne aussi parfois des faits recueillis « hors terrain d'enquête », dans la mesure où ce sujet de la perte de capacités due à l'âge peut concerner toutes personnes, y compris celles de mon entourage, direct ou indirect.

Ainsi constitué, le corpus se compose de matériaux recueillis dans des moments très différents et complémentaires. Et cette recherche est construite à partir de cette diversité de matériaux : ceux que l'on peut qualifier de « savoirs d'expérience », collectés pendant une période d'activité de travailleuse sociale¹ ; et ceux destinés à produire des « savoirs à visée scientifique », collectés de façon plus méthodique. Ces deux origines sont liées, et le travail présenté ci-après combine ces différentes formes de savoirs, éprouvés ou/et intellectualisés.

¹ Laquelle n'est d'ailleurs pas limitée à l'exercice de cette mission auprès des personnes vieillissantes : mes expériences antérieures dans le champ du travail social ont nourri mes observations, alimenté ou répondu à certaines de mes questions.

ANNONCE DU PLAN

Cette thèse est construite en trois parties.

Dans une première partie, nous aborderons ce qui pose le cadre de ce travail : la loi étudiée dans ce travail, le public désigné destinataire des dispositions de cette loi, les professionnels intervenant auprès de ce public. Le chapitre 1 présente la *loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*, en revenant sur son origine dans le cadre des politiques sociales. Nous y précisons les objectifs et les principes de cette prestation sociale, et en interrogerons les caractéristiques. Le chapitre 2 propose une présentation du public concerné par cette loi et cette prestation, les « personnes âgées en perte d'autonomie ». Il ne s'agit pas de faire une présentation exhaustive des caractéristiques de ces personnes, mais plutôt d'identifier celles qui agissent directement dans la mise en œuvre de la loi. Et dans le chapitre 3, nous regarderons en quoi cette nouvelle catégorie de personnes présente des spécificités qui influencent le travail des agents départementaux qui interviennent auprès d'elles.

Dans la deuxième partie, nous examinerons le cadre institutionnel dans lequel évoluent les agents opérateurs de la mise en actes de cette loi. Le chapitre 4 présente les différents niveaux départementaux de mise en œuvre de la loi. Nous pourrions y observer les variables possibles et existantes dans l'organisation des services et des équipes de six départements. Le chapitre 5 présente une autre diversité départementale, celle des instruments de l'action publique choisis par ces six collectivités départementales pour mettre en application les règles de contrôle d'éligibilité et de modalités d'attribution. Le chapitre 6 présente le domicile en tant que lieu d'exercice de l'action publique pour mettre en œuvre cette loi. Nous soulignerons les éléments significatifs de ce lieu d'exercice pour les agents départementaux.

La troisième partie présente de façon plus précise les actions réalisées pour instruire les demandes d'APA, depuis la formulation d'une demande jusqu'à la notification de la décision – voire au-delà. Cette partie est construite autour de récits reconstitués, suivis d'une proposition d'analyse dans la continuité des chapitres précédents.

La conclusion générale permettra de revenir sur les principaux points mis en évidence dans cette recherche.

PREMIERE PARTIE

LE PROBLEME PUBLIC DES DIMINUTIONS DE CAPACITES¹ ET DU VIEILLISSEMENT²

Cette recherche vise à comprendre les traductions en actes d'une loi créée à l'attention d'un public fragilisé par certaines conséquences du vieillissement et des handicaps qu'elles peuvent produire. Dans cette première partie, nous regarderons les premiers éléments constitutifs de cette recherche, à savoir la loi elle-même et les personnes auxquelles elle s'adresse. À partir d'un bref rappel historique, nous verrons dans le premier chapitre comment des évolutions de société font apparaître un problème public appelant une réponse politique. Ainsi, les facteurs conjugués de l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes concernées font apparaître de façon plus visible les conséquences invalidantes du vieillissement. Simultanément, les modifications importantes des modes de vie affectent les possibilités de réponses traditionnelles auprès des personnes devenant plus vulnérables. Si certaines d'entre elles savent utiliser une allocation justement conçue pour « tout handicapé » dont « l'état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence » (loi n°75-534, article 39³), la conscientisation progressive de ces questions et de leurs conséquences activent et orientent l'intervention du pouvoir politique. La nécessité d'une disposition particulière finit par s'imposer. La loi créant l'APA en juillet 2001 est issue de ces évolutions. Dans ce premier chapitre, nous observerons également que la conception de cette politique tente de concilier deux exigences : répondre aux besoins des personnes et limiter les dépenses publiques. Et si le principe du versement d'une allocation pour financer des aides compensatrices d'incapacités⁴ n'est pas nouvelle, la procédure d'attribution imaginée est relativement innovante en matière d'action sociale. Ainsi, elle prévoit de circonscrire le public destinataire de la prestation en évaluant leur éligibilité par la mesure des pertes de capacités selon une grille codifiée. Et elle permet aussi de contenir les dépenses en déterminant le

¹ Le terme de capacité est utilisé dans ce travail dans le sens d'aptitude, de faculté, de force : de pouvoir faire quelque chose (Petit Robert, 1984).

² La notion de *vieillesse* est utilisée ici essentiellement dans le sens biologique et physiologique du terme : « Processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique. » (CNRTL.fr, Consulté le 26 avril 2023).

³ Article abrogé par l'*Ordonnance n°2000-1249 du 21 décembre 2000, article 4*.

⁴ La notion d'« incapacité » est utilisée ici dans le sens défini par la *Classification internationale des handicaps* : « une incapacité correspond à toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » (OMS, 1980).

montant de l'allocation au cas par cas, à partir d'une individualisation des aides financées – sous forme d'un « plan d'aide » personnalisé - et des ressources de la personne bénéficiaire. Une nouvelle catégorie de personnes destinataires de l'action publique est ainsi définie, catégorie dont les principales caractéristiques sont présentées dans le chapitre 2, à travers quelques portraits. Ceux-ci montrent que les incapacités observées chez les personnes candidates à l'APA sont à la fois très diverses et sensibles à l'environnement de vie de la personne. Présence humaine, aménagement du logement, équipements du quartier, ... autant de paramètres agissant sur les possibilités d'atténuer ou d'accentuer les conséquences des incapacités subies par la personne candidate à l'APA. De plus, les situations peuvent évoluer très rapidement, et toujours (ou presque) vers une aggravation de la situation. Cette caractérisation, réalisée à travers le prisme de cette procédure, révèle une tension importante entre l'existence de besoins d'aide et la difficulté ou l'impossibilité d'y accéder du fait de règles de procédure très bureaucratiques. Autrement dit, des personnes éligibles à cette prestation du fait de pertes ou de diminutions importantes de leurs capacités pourraient ne pas en bénéficier parce que ces mêmes incapacités les empêchent de satisfaire les conditions d'attribution de la prestation.

Dans le troisième chapitre, nous identifierons quelques particularités du travail auprès de ce public et dans le cadre de cette loi, pour les opérateurs que l'on peut qualifier de « bureaucrates de contact ». La procédure d'instruction les oblige à se déplacer au domicile des personnes candidates à l'APA et à adapter leurs pratiques professionnelles en conséquence. Là, ces agents départementaux rencontrent des personnes qui sont dans des situations sociales ou familiales très différentes, dont certaines peuvent aussi être dans des situations finalement assez proches d'eux-mêmes. Et surtout, des personnes pour lesquelles l'aide adaptée se démarque des demandes les plus fréquentes dans les services sociaux : pour elles, pas de projet d'insertion ni d'autonomisation, juste une facilitation de la vie quotidienne dans cette dernière période de la vie.

CHAPITRE 1. - GENESE, STRUCTURATION, ET PARADOXES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE D'ACTION SOCIALE

Traduisant une volonté politique, une loi est construite à partir d'un ensemble de facteurs qui, à la fois en définissent l'intérêt, l'utilité ou la nécessité, et orientent les contours de la réponse envisagée, à partir de différents intérêts en jeu. Ainsi, la loi *relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie* étudiée dans ce travail est issue essentiellement des évolutions démographiques, sanitaires et sociétales. Allongement de la durée de vie et conséquences parfois invalidantes des phénomènes de vieillissement, augmentation du nombre de personnes affectées par une diminution de capacités due à leur âge, modifications des structures familiales et sociales, ... autant d'éléments qui font apparaître un nouveau problème public, et qui justifient l'inscription de cette question à l'agenda politique. Entre constats, prises de conscience, et décision d'agir, le pouvoir politique s'oriente alors vers la création d'une loi spécifique, pour tenter de répondre à ces nouveaux besoins.

Nous observerons dans ce chapitre quelle réponse politique est alors construite, en suivant les étapes et en repérant les tensions qui apparaissent selon les choix effectués : proposer une allocation pour financer des aides compensatrices de pertes de capacités et limiter la dépense publique constituent deux exigences qui impactent l'ambition annoncée. La définition du public destinataire de cette nouvelle prestation sociale devient alors un enjeu important. Pour maîtriser les frais, le législateur définit des critères d'éligibilité et une procédure de mise en œuvre : qui peut en bénéficier et comment vérifier ces conditions, sont les questions auxquelles répond un ensemble de règles inscrites dans le CASF – et présentées ci-après. Parmi les critères d'éligibilité, le point délicat est celui de l'identification de « la perte d'autonomie ». Pour l'évaluer, les parlementaires décident de l'utilisation d'une grille de mesure, et le choix effectué par décret est celui d'utiliser une grille alors en usage dans certains services hospitaliers pour connaître les capacités et incapacités d'une personne hospitalisée. Un descriptif du fonctionnement et du mode d'emploi de cet outil nous permettra d'en comprendre les principes et les règles, de repérer l'intérêt et aussi les limites de son utilisation dans ce cadre. Car l'évaluation de la perte d'autonomie telle qu'elle est conçue dans cette grille permet non seulement de décider de l'éligibilité à la prestation de façon presque mathématique, mais aussi de graduer le montant de l'aide publique en fonction de l'importance des difficultés constatées : deux moyens de limiter les frais. Mais par ailleurs, ce même outil paraît insatisfaisant pour répondre aux besoins des personnes bénéficiaires parce qu'il ne permet pas, à lui seul, de définir les aides nécessaires, et parce qu'il ne prend pas en considération des incapacités pourtant invalidantes dans certaines situations de vie à domicile.

Enfin, nous pourrions constater que la procédure définie par les parlementaires pour vérifier les conditions d'éligibilité et d'attribution de cette prestation prévoit des règles précises et rigoureuses, que doivent respecter et faire respecter les opérateurs. Si les agents publics exercent leur mission dans des conditions qui leur permettent de s'approprier cette réglementation, sa complexité paraît difficilement accessible à des personnes qui sont déjà en difficultés dans leur vie quotidienne, dont les capacités diminuent, mais qui doivent pouvoir les mobiliser pour bénéficier d'aides appropriées.

a) De la sphère privée à l'action publique

Vieillir en privé, chez soi, vieillir sur son bien, parmi les siens, est la situation naturelle pour la plupart des Français, tant que la vieillesse n'est l'objet d'aucune approche collective, publique, que ce soit sous la forme d'assistance, de prévoyance ou d'assurance organisée. La famille et le patrimoine sont les deux piliers dont dépend cette vieillesse privée. La solidarité villageoise, l'entraide mutualiste, parfois la charité privée ou la bienfaisance publique, si elles sont ponctuelles et locales, ne remettent pas en question fondamentalement le maintien de la vieillesse dans la sphère du privé.

(Feller, 2005 : 144) -

Le vécu des personnes vieillissantes est longtemps resté une question d'ordre privé, tant que la famille ou un voisinage était présent et en capacité de s'occuper des personnes devenues âgées. La collectivité, religieuse d'abord, puis étatique, ne s'intéresse alors à ces personnes que dans les cas d'indigence, comme le montre Élise Feller dans son ouvrage *Histoire de la vieillesse en France. 1900-1960. Du vieillard au retraité* : « Une première figure institutionnalisée de la vieillesse : le vieillard indigent » (2005 : 171). Elle y analyse comment la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables,

en vigueur sur tout le territoire pendant un demi-siècle, va modeler des comportements administratifs, familiaux et individuels durables, imprégner fortement l'image de la vieillesse que se fait l'ensemble de la société.

(Feller, 2005 : 183).

Destinée aux « vieillards de 70 ans et plus, dépourvus de ressources suffisantes » (Feller, 2005 : 113), cette loi vise à limiter le dénuement de ces personnes qui ne sont plus en capacité de travailler pour assurer leurs besoins. Les situations d'infirmités sont alors prises en charge par l'entourage familial et social quand il existe. Et puis les évolutions sociétales modifient progressivement les structures professionnelles et familiales, entraînant un changement de regard sur ces populations affaiblies par l'âge. L'industrialisation modifie le rapport au travail, en encourageant le travail salarié plutôt que le travail indépendant, et modifie les structures familiales en incitant à une vie citadine plutôt que rurale. Cette organisation sociétale tend à mettre à l'écart les personnes perdant des capacités, et, parallèlement, incite à la construction

progressive de systèmes de retraite, forme de solidarité collective (Feller, 2005 ; Dumont et Pollet, 1994). On peut alors parler de « vieillissement social », quand

des pans de plus en plus larges de la population active quittent l'économie familiale où les rôles évoluent avec l'âge, pour rejoindre les rangs d'un salariat qui n'a pas d'emploi pour le travailleur usé. Sortant de la sphère privée, la vieillesse relève alors d'un traitement collectif, et, au-delà du souci charitable, fait l'objet d'un encadrement législatif, économique et social dont le degré et les formes varient selon les pays.

(Feller, 2005 : 135)

Par ailleurs, les combats de la *Grande guerre* produisent de nombreux blessés, devenus invalides au travail, ce qui oblige l'État à prendre diverses dispositions pour leur venir en aide. Plus tard, dans la deuxième moitié du vingtième siècle, l'allongement significatif de la durée de vie accroît le nombre de personnes vieillissantes, tout en augmentant aussi les risques de maladies invalidantes ou de diminution des capacités. Les changements sociétaux se poursuivent, quand une partie importante de la population féminine va travailler en-dehors du cercle familial, quand des projets d'étude ou d'activités professionnelles favorisent les migrations géographiques et entraînent de nombreuses séparations familiales. Cet ensemble de facteurs tend à augmenter les risques d'isolement des personnes âgées, surtout quand elles perdent des capacités et peuvent difficilement se déplacer. Ce qui pose la question de la qualité de vie de ces personnes vieillissantes, en particulier quand la diminution des capacités physiques ou mentales entraîne des difficultés ou des risques à effectuer certains actes de la vie quotidienne. Jusque dans les années 1970 un même regard est porté sur les vieux, les infirmes, et les pauvres (Capuano, 2020), mais l'augmentation significative du nombre de personnes ayant à subir ces handicaps entraîne une distinction de plusieurs problèmes publics (Dewey, 2010). Pour John Dewey, les politiques publiques doivent veiller aux conséquences issues d'actes humains, des conséquences « si importantes qu'elles nécessitent un contrôle » (Dewey, 2010 : 94-95), parce qu'elles dépassent la sphère privée du fait qu'elles « affectent d'autres [personnes] au-delà de celles qui sont immédiatement concernées » (Dewey, 2010 : 91-92). Répondant alors à un problème concernant un nombre important d'individus de la société concernée, et agissant dans « l'intérêt général », ces politiques doivent réglementer et proposer des projets en vue d'améliorer ou de dynamiser la vie de la société. Elles peuvent consister en des actions de régulation, de développement, d'aménagement, et modifient le tissu social au sein duquel elles sont mises en œuvre. Instaurer une politique publique, ce n'est donc pas seulement identifier un problème public et proposer une solution, mais aussi élaborer cette réponse de façon adaptée et cohérente avec la vision du monde des auteurs et décideurs de cette politique, telle qu'ils s'imaginent que le monde doit être. Ainsi, progressivement, chacun de ces problèmes -

pauvreté, infirmités, vieillesse - a donné lieu à des politiques sociales spécifiques, différentes selon le type de population ciblée et les modalités de mise en œuvre.

Identifier un problème et catégoriser le public

J'attire votre attention sur le fait qu'aujourd'hui, il y a des dénombrements nombreux relatifs au vieillissement. On compte les vieux, on compte les dépendants, on compte les places en maisons de retraite, on compte les aidants familiaux, on compte les services à domicile, ... Et comme il faut que chacun ait fait sa citation philosophique - même si je ne suis que dans la catégorie des économistes -, c'est Bachelard qui disait « ce qui compte se compte ».

Quand on commence à compter, ça veut dire qu'il y a un problème, et qu'il y a eu un début de perception sociale du fait qu'il y a un problème.

(Joël, 2014)

Et comme ces comptages mettent en évidence l'existence d'une situation partagée par un nombre suffisamment important de personnes, ils attirent l'attention. Et ils créent de nouvelles catégories, qui souvent, s'appuient sur des repères quantifiables. Ainsi,

Depuis quelque trois cents ans, la société française, civile et politique a fait de cette division par âges un régulateur de la distribution des individus et le principe majeur de réglementation des activités de toute nature.

(Rémond, 1991 : 5 - cité par Ennuyer, 2011 : 138).

Ce que précise Annick Percheron :

Au travers des politiques de la famille, de l'éducation, de la protection sociale et de la santé, au travers de la mise en œuvre des systèmes de retraites et de préretraites, les pouvoirs publics ont régi peu à peu – quand ils ne les ont pas inventés – la prime enfance, la jeunesse, le troisième, le quatrième âge, bref tous les âges de la vie, sauf l'âge adulte.

(Percheron, 1991 : 111 - cité par Ennuyer, 2011 : 139).

Pourtant, si les personnes visées par la loi relative à l'APA sont celles qui sont « âgées et en perte d'autonomie », le législateur n'a pas donné de définitions précises de ces deux catégories, laissant aux gouvernements le soin d'en définir les limites par décret. Peut-être parce que cette décision ne peut être qu'arbitraire, comme l'indique l'INSEE dès 1990 :

En termes sociaux aussi bien qu'en termes physiologiques, l'expression « personnes âgées », d'usage courant ne correspond à aucune définition précise. On ne peut déterminer en effet avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées.

Ici dans toute la mesure du possible, on a assimilé les personnes âgées et celles de 60 ans et plus, définition arbitraire mais commode : la plupart des données statistiques disponibles mentionnent la coupure à 60 ans ou bien on peut l'obtenir aisément (...).

Les séries statistiques dont on dispose ne sont pas homogènes de ce point de vue. Les coupures quinquennales ou décennales se font un peu au petit bonheur : 65, 70, 75, 80 ou 85 ans selon les cas et les logiques des domaines explorés ».

(Marc, 1990 : 4 - cité par Ennuyer, 2011 : 132).

Nous verrons dans la suite de ce travail les incidences de cette catégorisation, tant pour les personnes concernées que pour les services et les professionnels opérateurs de la mise en œuvre de cette loi. Car comme le souligne Bernard Ennuyer,

l'augmentation de l'espérance de vie et les évolutions sociales ont amené des bouleversements dans l'échelle et dans la perception des âges et donc de nouveaux découpages de l'âge en catégories et en classements divers.
(Ennuyer, 2011 : 133).

Ce que rappelle cette médecin :

Mais nous, infectiologues, nous médecins, on s'est habitué à l'idée que, avoir 65 ans pour la médecine, c'est jeune.
(Crémieux, 2020).

Quoiqu'il en soit, pour les auteurs de la loi relative à l'APA, l'âge officiel de la vieillesse s'appuie sur l'état-civil¹. Pourtant, le problème public auquel prétend répondre cette politique d'action sociale n'est pas identifié d'abord et seulement par ces divisions artificielles des étapes de la vie, délimitées par des bornes chronologiques. Ce qui est apparu comme un problème nécessitant une prise en compte par le pouvoir politique, ce sont certaines conséquences liées à cette période de vie. Des dispositions juridiques spécifiques à ce public existent depuis les années 1990, des politiques sociales destinées aux personnes handicapées existent depuis 1975², et les problématiques liées au vieillissement de la population sont apparues dès le tournant du XX^{ème} siècle, lorsque

les États-Nations européens avaient besoin, pour s'affirmer, d'une démographie dynamique, et le vieillissement de certains d'entre eux, notamment la France, a suscité la mise en place de politiques familiales visant à encourager la natalité (...).
(Grand, 2016 : 15).

À cette même période, des dispositifs de protection sociale apparaissent et commencent à diffuser en Europe, se développent et se généralisent dans les années d'après-guerre, au cours de la période dite des Trente Glorieuses (Fourastié, 1979). Au cours de cette première partie du 20^{ème} siècle, les préoccupations sociales et politiques à l'égard de ceux que l'on nomme encore « les vieux » portent surtout sur leur état de santé et les conditions matérielles et financières d'existence qui en découlent : des accidents ou pathologies diverses peuvent entraîner des incapacités à travailler, et donc de la pauvreté. Les systèmes de retraites visent

¹ Cette limite d'un âge minimum de soixante ans pour percevoir l'APA est attribué dès l'origine de la loi en 2001. Pourtant, d'autres décisions politiques ou sociétales prennent en compte des limites d'âge différentes pour considérer une personne comme « âgée » : voir par exemple les remises en question récurrente de l'âge de la retraite, ou l'âge minimum de 65 ans requis pour percevoir l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), mais aussi les différentes propositions commerciales réservées aux « seniors ». Soulignant combien cet âge de la vieillesse est incertain, cette absence de consensus révèle également les évolutions des représentations de la vieillesse.

² Avec le vote de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

précisément à « la prise en charge des individus vieillissants » (Alvarez, 2016 : 4), pour répondre à des

difficultés économiques et sociales que connaissent les ouvriers vieillissants, qui face à des incapacités physiques se trouvaient relégués au rang des indigents : sans travail, jusqu'alors, aucune intervention publique ou patronale ne permettait de vivre décemment. (Alvarez, 2016 : 36).

b) Répondre au problème public en limitant les dépenses publiques.

Fabrication et transformations d'une loi¹

De nombreux auteurs identifient le point de départ des politiques publiques de la vieillesse en cours dans la France contemporaine avec la publication en 1962 du *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, rapport plus connu sous le nom de *Rapport Laroque* (Barreyre, 2006 ; Ennuyer, 2002 ; Feller, 2005 ; Frinault, 2009 ; Guillemard, 1980, 1986 ; etc.). Ce travail marque un nouvel intérêt de la puissance publique pour la population vieillissante : c'est en effet le premier ministre de l'époque, Michel Debré, qui a missionné cette « commission d'étude des problèmes de la vieillesse » pour « proposer au Gouvernement les solutions à donner à ces problèmes, dans le cadre d'une politique d'ensemble, compte tenu de l'évolution démographique prévisible au cours des années à venir »².

Pour Anne-Marie Guillemard (1986), ce rapport définit les principes d'un nouveau mode de gestion de la vieillesse : il définit un objectif de prévention pour retarder les dépendances résultant du vieillissement, et il prévoit différentes logiques d'assistance, qui s'inscrivent dans le long terme. Selon cette auteure, le travail fourni par cette commission induit une transformation des représentations liées à la vieillesse, et une sensibilisation de la population aux conditions de vie des personnes âgées. Des éléments de ce rapport préfigurent les prestations à venir, tels que la préconisation de « maintien à domicile avec des services adaptés » (Guillemard, 1986 : 133), et l'objectif d'une politique de prévention qui s'adresse à tous, pas seulement aux plus nécessiteux comme c'était le cas des politiques précédentes. Toutefois, souligne-t-elle, les conclusions de ce rapport restent à l'état d'intention pendant une

¹ La présentation ci-après résume les différentes étapes ayant précédé, puis suivi, le vote de la loi étudiée, sans détailler les particularités de chacune de ces étapes. De nombreux travaux peuvent compléter cette présentation synthétique, par exemple ceux de Stéphane Alvarez, 2016 ; Dominique Argoud et Marion Villez, 2021 ; Celia Broussard, 2020 ; Christophe Capuano, 2018 ; Vincent Caradec, 2008, 2020 ; Élise Feller, 2005 ; Thomas Frinault, 2005a, 2005b, 2005c, 2009, 2013 ; Jean-Claude Henrard, 1998, 2002, 2003, 2012 ; Francis Kessler, 1995 ; Claude Martin, 1998 ; etc.

² Cf. Décret n° 60-332 du 8 avril 1960 instituant la commission d'étude des problèmes de la vieillesse.

dizaine d'années, jusqu'au *VI^e Plan de développement économique et social pour la période 1971-1975*¹, lequel prévoit pour les personnes âgées de « permettre leur maintien ou leur insertion dans un cadre de vie normal, par une politique de logements et d'équipements adaptés, par le développement de services appropriés, notamment à domicile » (1971 : 28) ; il prévoit également la possibilité pour « certains travailleurs de prendre leur retraite avant l'âge de soixante-cinq ans », et d'améliorer les revenus des personnes âgées (1971 : 28). Le *VII^e Plan*, voté en juillet 1976, confirme cette orientation politique dans son programme n°15 : « Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées » (pp 128 à 130).

À cette même période, les parlementaires votent la *loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées*, laquelle prévoit, entre autres dispositions, une allocation compensatrice pour toute personne handicapée dont l'« état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence » (article 39)², à condition d'un taux d'incapacité reconnu par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) d'au moins 80%. Cette prestation est destinée aux adultes handicapés quel que soit leur âge. Elle peut donc bénéficier aux personnes dont les capacités diminuent du fait de leur vieillissement, pour financer les aides dont elles ont besoin, *a priori* sans limites.

Mais cet usage pose de nouveaux problèmes aux gouvernants. D'une part, l'utilisation des sommes attribuées n'est pas contrôlable, et il est reproché aux bénéficiaires d'utiliser cette allocation comme complément de revenus, voire de « thésauriser ces montants sur des livrets de caisse d'épargne, plutôt que les utiliser pour financer les services nécessaires à leur vie quotidienne » (Martin, 1998 : 75). Cette pratique semble facilitée par « la lenteur avec laquelle elle [*l'allocation*] est attribuée du fait du fonctionnement administratif des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) où siègent des représentants de l'État, et de l'imperfection des critères d'attribution » (Martin, 1998 : 74-75). D'autre part, l'évolution démographique et l'allongement de la durée de vie font craindre une augmentation croissante de personnes âgées y ayant recours, avec un impact important sur les finances publiques.

L'idée est donc de concevoir une prestation spécifique qui puisse être distribuée rapidement, qui soit au minimum égale à l'ACTP, soumise à conditions de ressources et modulable en

¹ Approuvé par la *loi n° 71-567 du 15 juillet 1971 portant approbation du VI^e Plan de développement économique et social*.

² L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) permet de financer les frais occasionnés par l'emploi d'une tierce personne pour aider la personne handicapée dans les actes de la vie quotidienne. Cette allocation a été remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH) suite au vote de la *loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

fonction du niveau de dépendance (ce qui suppose le choix d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance).
(Martin, 1998 : 75).

L'élaboration de cette prestation s'est effectuée par étapes.

Dans un premier temps, le vote de la *loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale* permet de mettre en œuvre des « dispositifs expérimentaux d'aide aux personnes âgées dépendantes » (article 38). À partir de janvier 1995, une douzaine de départements métropolitains¹ expérimentent une *prestation expérimentale dépendance* (PED). Cette prestation vise à remplacer le recours à l'ACTP par les personnes vieillissantes. Elle constitue donc une première réponse politique aux conclusions du rapport Laroque et de ceux qui ont suivi. Ces expérimentations ont fait l'objet de plusieurs analyses (Frinault, 2005c, 2009 ; Jourdain et al., 1996, 1998 ; Martin, 1998 ; Simon, 1997 ; etc.). Dans une évaluation réalisée pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Marie-Odile Simon résume :

Bien que les dispositifs expérimentaux soient complexes et entraînent des lourdeurs administratives, il apparaît clairement que l'objectif principal est atteint : permettre à des personnes âgées devenues dépendantes de rester à leur domicile dans de bonnes conditions.
(Simon, 1997 : 1).

Ces expérimentations paraissent suffisamment probantes pour conduire, deux ans plus tard, au vote de la *loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*. Cette prestation, identifiée par l'acronyme PSD, représente donc en 1997 la première mesure concrète proposée spécifiquement à toute personne dite âgée et en perte d'autonomie sur l'ensemble du territoire français. Ce faisant, cette loi exclut les personnes âgées de plus de soixante ans du recours à l'ACTP², et crée ainsi une distinction entre personne âgée et personne handicapée³. Les modalités d'attribution de la PSD s'appuient sur les expérimentations de la PED : faire instruire les demandes par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins effectue une visite à domicile de la personne demandeuse ; et évaluer la perte d'autonomie par l'utilisation d'une grille de référence. Si le travail en équipe pluridisciplinaire et les visites à domicile sont des pratiques

¹ L'Ain, la Charente, la Haute-Garonne, la Haute-Loire, la Haute-Vienne, l'Ille-et-Vilaine, l'Indre, la Moselle, l'Oise, la Savoie, le Val d'Oise et l'Yonne.

² Mais la loi autorise les personnes déjà bénéficiaires de l'ACTP à continuer à la percevoir et à en demander le renouvellement.

³ Selon une étude de Catherine Borrel publiée par la DREES, « Le champ des bénéficiaires potentiels de la PSD est plus restreints que celui de l'ACTP (...). Le calcul des ressources prises en compte peut également rendre le versement de la PSD plus restrictif que celui de l'ACTP (...). Enfin, les PSD versées sont susceptibles d'un recours sur succession au-delà d'un montant de 3000 000 F. » (1999 : 4).

courantes pour les travailleurs sociaux et médico-sociaux¹, ce qui ne l'est pas c'est, d'une part leur caractère systématique et obligatoire, et d'autre part l'étude d'une demande d'aide par l'emploi d'une grille d'évaluation. Ces modalités vont entraîner diverses adaptations - d'autant plus qu'elles sont confirmées par la loi instaurant l'APA quatre ans plus tard². Par contre, si loi n°94-637 prévoyait la mobilisation des organismes de sécurité sociale, des collectivités territoriales et des différents organismes de retraite pour mener les expérimentations mentionnées, la loi n°97-60 quant à elle, nomme « le département où le bénéficiaire possède son domicile de secours » (article 3) seule institution pour servir et gérer cette prestation. Chacune des collectivités départementales devient donc responsable de la mise en œuvre de cette prestation d'aide sociale.

En 2001, après deux années d'expérimentation avec la prestation expérimentale dépendance (1995-1996), et quatre années de mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance (depuis 1997), les parlementaires votent la *loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Cette loi vient donc remplacer la loi n°97-60, qui avait créé la PSD de façon provisoire. La nouvelle prestation ainsi créée, l'APA,

définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
(Article 1^{er})³.

Cette allocation peut être attribuée à toute personne remplissant les conditions, qu'elle vive dans un domicile personnel ou dans un établissement, mais le travail présenté ici ne concerne que les personnes vivant dans un domicile personnel, et non dans un établissement médicalisé ou spécialisé pour l'accueil de personnes dépendantes tel qu'un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, les règles d'instruction et d'attribution de l'APA diffèrent selon le lieu de vie de la personne demandeuse : dans un établissement de cette nature, l'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par l'établissement d'accueil, et le

¹ À titre d'exemple, les services départementaux d'aide sociale à l'enfance pratiquent depuis longtemps la pluridisciplinarité des compétences pour des réunions de synthèse, et peuvent intervenir au domicile des familles pour évaluer une situation, réaliser des entretiens avec la famille, ou pour y effectuer un accompagnement plus soutenu, par exemple avec une *travailleuse de l'intervention sociale et familiales* (TISF). Mais en 2001, l'obligation pour un service social d'effectuer une visite à domicile n'existait alors que pour instruire des demandes d'agrément (par exemple pour exercer la profession d'accueillant familial, d'assistant maternel, d'assistant familial, ou pour accueillir un enfant en vue d'adoption).

² Par contre, la loi relative à l'APA modifie deux autres modalités importantes (le non recours sur la succession, et le niveau de « perte d'autonomie »), qui ont toutes deux des effets sur le nombre de bénéficiaires potentiels, mais n'impactent pas directement les pratiques de mise en œuvre.

³ Transcrit dans l'article L 232-1 du CASF.

montant de l'APA accordée y finance alors tout ou partie du tarif dépendance fixé par l'établissement.

Cette loi affiche une « forte ambition sociale », puisqu'elle propose de « soutenir au quotidien les personnes âgées dans leur projet de vieillir à leur domicile en les accompagnant dans les actes essentiels de la vie quotidienne à la hauteur de leurs besoins » (Galtier & Wierink, 2012 : 189). Elle serait donc « une réponse à de réels besoins de soutien » (Mantovani & *al.*, 2011 : 20), puisque d'une part elle « permet et participe [donc] au maintien à domicile de personnes âgées en situation de forte dépendance » (Mantovani & *al.*, 2011 : 21), et d'autre part elle permet d'apporter « au moins partiellement un soutien nécessaire à des personnes et des familles dont les ressources, considérées au sens pécuniaire comme au sens du potentiel d'aide, seraient autrement insuffisantes (...) » (Mantovani & *al.*, 2011 : 21). De plus, cette loi constituerait également « une réponse à de réels besoins de préservation de l'autonomie » (Mantovani & *al.*, 2011 : 22), en particulier pour les bénéficiaires vivant seuls, isolés, en jouant « un rôle irremplaçable de sauvegarde de l'intégrité des personnes, de limitation des risques, de maintien de la dignité des personnes et de leur insertion sociale. » (Mantovani, 2011 : 22).

Cette loi est mise en œuvre à partir de janvier 2002. Dès 2003, les parlementaires décident d'en modifier les règles d'attribution par le vote de la *loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Cette nouvelle loi « vise clairement à modérer la demande et les dépenses » (Mantovani & *al.*, 2011 : 13), à limiter les dépenses publiques entraînées par l'attribution de cette nouvelle prestation. Les conditions d'éligibilité (âge et niveau de perte d'autonomie) restent inchangées, mais les parlementaires modifient la date d'ouverture des droits¹, et redéfinissent les règles de calcul du montant de l'allocation elle-même, de façon à diminuer les montants à attribuer². Selon Jean Mantovani,

¹ Dans sa première version, applicable du 1er janvier 2002 au 1er avril 2003, les droits à l'APA étaient ouverts « à compter de la date du dépôt d'un dossier de demande complet » (CASF, article L232-14 – *version 2002*). À partir du 1er avril 2003, « les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date de la notification de la décision du président du conseil général (...) » (CASF, article L232-14).

² Comme nous le verrons plus loin, le montant de l'APA attribuée à une personne bénéficiaire tient compte à la fois de l'importance de ses pertes d'autonomie, des aides à financer (qui ne doivent pas dépasser un plafond défini par le niveau de perte d'autonomie), et des ressources de la personne bénéficiaire. La loi de 2003 a modifié la façon de prendre en compte ces ressources. Ainsi, à situation de perte d'autonomie équivalente, et pour un ensemble d'aides similaires, « jusqu'à la fin du premier trimestre 2003 aucun "ticket modérateur" n'est appliqué aux personnes aidées en deçà de 949 € de ressources, et le maximum de participation est fixé à 80% jusqu'à 3162 € de revenus. [Après le vote de la loi n°2003-289] Le plancher est alors réduit de plus de 34%, le plafond de plus de 21% (623 € et 2483 €. Voir DREES, *Études et résultats* N°283. Ce rapport s'est maintenu jusqu'en 2009 en argent constant : 689 €, 2747 €), et le maximum de participation passe de 80 à 90%. (...) les personnes et ménages les plus pauvres, au plus près des minimas sociaux, peuvent compter sur une « prise en charge » dans le registre de l'assistance publique ; à l'opposé, les personnes et ménages qui disposent de revenus nettement supérieurs à la moyenne sont fortement incités à ne faire appel qu'à leurs ressources propres. Entre les deux, les seuils de participation pèsent plus vite sur les revenus moyens et se montrent donc plus dissuasifs, même si les proportions dans lesquelles la réforme a joué restent difficiles à mesurer (Voir source DREES 2003, *Études et Résultats*, n°281) » (Mantovani & *al.*, 2011 : 13).

Ces dispositions n'ont pas fait baisser significativement le nombre des bénéficiaires de l'APA, mais ont contribué à ralentir le rythme d'accroissement du nombre de demandeurs. (Mantovani & *al.*, 2011 : 29).

L'année suivante, la *loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* prévoit deux dispositions qui vont encourager les interventions des agents territoriaux auprès de ces publics. D'une part, la mise en place, dans chaque département, d'« un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels » (article 1). Plus couramment nommé « plan canicule »¹, ce plan est conçu pour « organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence est mis en œuvre », y compris auprès de personnes qui peuvent être répertoriées sans être déjà connues par le service. D'autre part, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont la mission est alors « de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire » (article 8). Dans les années qui suivent, les missions de cet organisme sont élargies à des rôles d'informations auprès du public, de formation et d'harmonisation des pratiques auprès des professionnels - par exemple dans l'instruction et les réponses à donner aux demandes d'APA² -, de collecte de données, de recherches, etc.

En 2005, la *loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* apporte des modifications significatives à la *loi n° 75-534*. Elle remplace l'ACTP par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais elle maintient une limite d'âge inférieur et supérieur pour en bénéficier. Toutefois, elle prévoit la suppression de cette « distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap » dans un délai maximum de cinq ans (article 13). Mais près de vingt années plus tard, cette distinction persiste entre une « personne handicapée » et une « personne âgée en perte d'autonomie ».

Enfin, la *loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement* (dite loi ASV) confirme l'intention politique de prendre en considération les besoins des populations dont la perte d'autonomie s'accroît avec l'âge, en s'appuyant sur la solidarité

¹ Car ce dispositif fait suite à une période de canicule en août 2003, « une vague de chaleur d'une intensité, d'une durée et d'une étendue géographique exceptionnelles (...) à l'origine d'une forte surmortalité (...) [estimée à] environ 15 000 décès supplémentaires par rapport à la mortalité habituelle de cette période de l'année » (Hémon et Jouglu, 2004 : 9).

² Dès les premières années d'utilisation de la grille AGGIR, des auteurs ont montré les disparités dans l'utilisation et dans les résultats des évaluations effectuées - cf. les travaux de Coutton, 2000, 2001 ; Lafont et coll., 1999 ; Olm et Simon, 1997 ; Simon et Martin, 1996 ; etc.

nationale. Elle annonce « trois grands enjeux » : mobiliser toute la société ; accompagner les parcours des personnes âgées ; respecter les droits et libertés des personnes âgées (Secrétariat d'État des chargés de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, 2016, Dossier de presse). En ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées, cette loi ne modifie pas fondamentalement les objectifs ni les modalités de mise en œuvre de la loi relative à l'APA, elle propose surtout une revalorisation des montants attribuables (par une augmentation des plafonds et une diminution des niveaux de participation financière des bénéficiaires selon les revenus)¹ ; et elle reconnaît l'existence de personnes qualifiées de « proches aidants », qu'elle définit², parce qu'elles sont susceptibles de bénéficier, elles aussi, d'aides finançables par l'APA.

Vingt ans après sa création, l'APA demeure le dispositif principal des politiques de vieillesse en France (Alvarez, 2016 : 40). Toutefois, cette distinction entre « handicap » et « perte d'autonomie due à l'âge » par une limite arbitraire d'état-civil reste critiquée par de nombreux auteurs (Ennuyer, 1997³, 2013 ; Henrard, 2002 ; Frinault, 2005a, 2005b, 2013 ; Weber, 2011 ; Capuano et Weber, 2015 ; etc.). Elle semble correspondre à une recherche d'équilibre entre répondre aux besoins d'une catégorie de population de plus en plus importante, et maîtriser les dépenses publiques.

Pourtant, pour Marie-Ève Joël, économiste,

Dire que le financement est le principal problème de la perte d'autonomie est une contre-vérité. Ça, c'est complètement faux, parce que s'il s'agit de trouver un demi-point ou un point de PIB, et bien il suffit de le décider. D'autres pays l'ont fait. Y a toute une dramaturgie financière, qui est un moyen de masquer des choix politiques qui n'arrivent pas à se faire. Si vous regardez d'ailleurs dans la succession des ministères entre madame Bachelot et madame Delaunay : madame Delaunay a dit qu'elle est tout à fait d'accord avec les scénarios financiers qui avaient été faits par madame Bachelot, qu'on pouvait les aménager, mais que... On a regardé, on a fait le tour de qui doit payer : les solutions financières, on a une certaine idée, mais on n'arbitre pas : ça c'est un autre problème.
(Joël, 2014).

D'ailleurs, souligne-t-elle, la dépendance ne concerne pas tout le monde :

¹ Rappelons que les matériaux utilisés pour cette recherche ont été collectés entre 2009 et 2014, soit avant le vote de cette loi. Aussi, l'analyse présentée ci-après s'appuie sur les règles en vigueur au moment de l'enquête - sauf mention contraire.

² « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (CASF, article L.113-1-3 du CASF – *version 2016*).

³ « Pour la première fois, en France, 35 ans après le rapport Laroque, une loi vient officiellement ségréger les personnes de 60 ans et plus, leur réservant le qualificatif de « personnes âgées dépendantes », alors que les moins de 60 ans restent des adultes « handicapés » » (Ennuyer, 1997 : 10).

(...) les personnes lourdement dépendantes c'est moins de 12 % des plus de 75 ans. Alors c'est beaucoup, certes, mais y en a quand même 88% qui ne le seront pas, c'est à dire que la plupart de nos concitoyens âgés vieilliront plutôt en bonne santé et mourront d'une dernière maladie qui sera vraisemblablement brève. Donc la perte d'autonomie, c'est un petit nombre de personnes, qui peut mériter une solidarité sans faille, mais tout le monde ne passe pas par la case dépendance, alors que... on a tendance à dire des choses inverses.
(Joël, 2014).

Cette question du niveau de besoins à partir duquel peut ou doit s'exercer la solidarité publique est au cœur du dispositif créé par la loi relative à l'APA.

c) Délimiter le public destinataire en mesurant la « perte d'autonomie »

En créant cette nouvelle prestation d'action sociale, le législateur en précise les contours par la définition des personnes destinataires :

Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

(CASF, article L. 232-1).

Dans cette formulation, la notion d'autonomie remplace celle de dépendance utilisée dans la précédente loi, avec une sorte d'opposition entre les deux termes laissant supposer qu'une personne devenue dépendante pour cause d'incapacités à réaliser tel ou tel acte ne pourrait plus être autonome, c'est-à-dire décider pour elle-même des orientations de sa vie. Nous verrons qu'il n'en est rien et que, justement, les opérateurs de la mise en œuvre de cette loi doivent aussi tenir compte des capacités de la personne candidate ou bénéficiaire, en particulier pour décider des aides qu'elle souhaite pour elle-même. D'ailleurs, c'est aussi une exigence politique, particulièrement affirmée depuis le vote de la *loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, laquelle garantit « l'exercice des droits et libertés individuels (...) à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (article 7). C'est dans cette double injonction que peuvent apparaître des tensions, avec lesquelles les opérateurs de la mise en œuvre de la loi doivent composer. Pour autant, cette définition législative est très large, et elle ne suffit pas pour définir précisément les personnes qui peuvent bénéficier de cette prestation. En effet, comment déterminer le « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie », comment définir « l'état [qui]

nécessite une surveillance régulière » ? Examinons ci-après comment le législateur a prévu d'identifier les personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de cette prestation à partir du critère « se trouver dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ».

Le choix d'un outil : le « GIR », unité de mesure de la perte d'autonomie

Dès les expérimentations de la PED en 1995, le principe de l'utilisation d'une grille pour évaluer l'éligibilité à la prestation a été mis en œuvre, et c'est le modèle de la grille *Autonomie gérontologie groupes iso ressources* (AGGIR) qui a été retenu, pour la PSD d'abord, pour l'APA ensuite, comme l'indiquent les articles L232-3 et R232-3 du CASF¹. Le modèle AGGIR vise à classer les individus dans des groupes iso-ressources (GIR) selon l'importance de leurs besoins d'aide et/ou de surveillance (Loi n°97-60, article 15). Les personnes classées dans le même groupe peuvent être dans des situations différentes, mais elles sont supposées avoir des besoins d'aide équivalents (Colin et Coutton, 2000 ; Coutton, 2001), lesquels sont répertoriés dans l'un des six groupes définis par ce modèle :

- *Groupe 1* : personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale imposant une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- *Groupe 2 (comporte deux sous-groupes essentiels)* : les grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et les déments déambulant ou détériorés mentaux graves. La surveillance est permanente et les actions d'aides répétitives ;
- *Groupe 3* : personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, n'assurant pas majoritairement leur hygiène de l'élimination et qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- *Groupe 4 (comporte deux sous-groupes essentiels)* : ceux qui n'assument pas seuls les transferts, mais qui peuvent se déplacer, ou qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qui doivent être aidés ou stimulés pour les activités corporelles ;
- *Groupe 5* : personnes nécessitant une surveillance et des aides ponctuelles, ayant besoin pour l'essentiel d'aides ménagères ;
- *Groupe 6* : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie courante.
(Coutton, 2001 : 121-122).

Depuis l'instauration de l'APA en 2001, les personnes éligibles à cette prestation sont celles pouvant être « classées dans l'un des groupes 1 à 4 de la grille nationale » (CASF, article R232-4)². Ce classement s'effectue en deux temps : d'abord remplir la grille du modèle AGGIR, en fonction des capacités de la personne à effectuer les activités qui y sont listées ; puis enregistrer

¹ Plusieurs auteurs ont travaillé sur la construction de ce choix et ses conséquences, tels que : Coutton, 2000, 2001 ; Ennuyer 1997, 2001, 2002, 2014 ; Frinault, 2005b, 2005c, 2009 ; Martin, 1998 ; Sueur, 2000 ; etc.

² Décision actée par le décret 2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, alors qu'auparavant la PSD ne pouvait bénéficier qu'aux personnes dont l'évaluation les classaient dans un GIR entre 1 et 3.

ces données dans un logiciel, pour qu'un algorithme calcule le GIR à partir des cases cochées¹. La grille comprend dix-sept variables à évaluer, mais une dizaine seulement sont prises en compte dans le calcul du GIR : elles sont dites « discriminantes » (voir grille page suivante). Pour le législateur, ce sont donc ces activités recensées dans le modèle AGGIR qui sont considérées comme suffisamment essentielles pour que la solidarité publique finance leur réalisation. Les sept autres variables sont dites « illustratives » : elles complètent la connaissance de la situation et « apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide » (Vasselle, 2008 : 89).

« Girer »² : une mise en case des (in)capacités

Évaluer l'éligibilité d'une personne à l'APA consiste donc à « girer », autrement dit à effectuer les opérations permettant d'établir un niveau de GIR. L'évaluateur est censé alors questionner la personne sur sa capacité à effectuer seule chacune des activités listées dans la grille AGGIR, et en fonction des informations recueillies, il coche la case correspondante selon le système de notation suivant :

- **A** : la personne peut faire seule l'activité mesurée, à son initiative et aussi souvent que nécessaire, de façon satisfaisante, sans qu'il soit nécessaire de l'aider ou de refaire ;
- **B** : la personne peut faire seule, mais pas toujours spontanément (S), ou pas totalement (T), ou pas correctement (C), ou pas habituellement (H) ;
- **C** : la personne ne fait pas seule l'activité mesurée, quelles que soient les circonstances.

La capacité à « faire seule » est entendue ici spontanément et sans l'aide de quiconque, mais éventuellement avec une aide technique adaptée (barre d'appui, canne, déambulateur, fauteuil roulant, lit adapté, lunettes, rehausseur, etc.). Par exemple, dans la situation de madame Lucchesi présentée dans le prologue, les informations collectées sont enregistrées dans la grille de la façon suivante :

¹ Les opérations effectuées par cet algorithme sont détaillées dans l'Annexe 2-2 du CASF.

² Terminologie utilisée par les opérateurs.

Formulaire de la grille AGGIR - remplie pour madame Lucchesi, janvier 2010.

Activités réalisées par la personne seule	Ne fait pas	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies = NON - S = Spontanément T = Totalement C = Correctement H = Habituellement					Code final	Commentaires
		S	T	C	H			
1-Transfert				X	X		B	<i>Souffre de la hanche > Limite les mouvements + Besoin d'appuis</i>
2-Déplacements à l'intérieur			X		X		B	<i>Douleurs + Risques de chutes</i>
3-Toilette			X	X			B	<i>Risques de chutes Installation inadaptée</i>
4-Élimination				X			B	<i>Protections</i>
5-Habillage			X				B	<i>Difficulté à se pencher pour le bas</i>
6-Cuisine							A	<i>Peut préparer les repas en complément du portage</i>
7-Alimentation							A	
8-Suivi du traitement								
9-Ménage	X						C	
10-Alerter							A	<i>OK - Mais ne porte pas toujours le médaillon de téléassistance</i>
11-Déplacement à l'extérieur	X						C	<i>Ne sort plus de l'appartement depuis plusieurs années</i>
12-Transports	X						C	
13-Activités du temps libre								<i>Ne sort plus du domicile</i>
14-Achats								
15-Gestion			X					
16-Orientation							A	
17-Cohérence							A	

La couleur grisée de la trame de fond indique les activités « illustratives », c'est-à-dire les variables non prises en compte pour calculer le GIR.

Chacune des croix est ensuite reportée dans le logiciel AGGIR pour calculer le GIR : l'évaluateur peut alors éditer la *Fiche individuelle d'évaluation des activités réalisées par la personne seule*, se présentant comme celle de madame Lucchesi ci-après :

Fiche individuelle de girage pour madame Lucchesi

MODELE AGGIR Fiche individuelle

Evaluation des activités réalisées par la personnes seule

1/ Activités corporelles et mentales

	Ne fait pas	Adverbes				Code
		S	T	C	H	
1. Cohérence : communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Cohérence A
Cohérence : comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Orientation A
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Toilette du haut B
Toilette du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Habillage du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habillage du haut A
Habillage moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
5. Alimentation : se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation : manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Alimentation : se servir A
6. Elimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Elimination urinaire A
7. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Transferts B
9. Déplacements à l'extérieur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Déplacements intérieurs B
						9. Déplacements extérieurs C
						10. Alerter A

2/ Activités domestiques et sociales GIR 4

	Ne fait pas	Adverbes				Code
		S	T	C	H	
11. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Gestion B
12. Cuisine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Ménage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Cuisine C
14. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Ménage C
16. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Transports A
						15. Achats A
						16. Suivi du traitement A
						17. Activités du temps libre A

Ne fait pas : Il faut faire à la place, ou "faire faire", ou tout refaire
 La case est noire (cochée) si la personne ne fait jamais seule, même partiellement, même difficilement

Fait même difficilement S- Spontanément T- Totalement C- Correctement H- Habituellement
 La case est noire (cochée) quand les conditions ne sont pas remplies pour l'adverbe

(...) Et si le GIR se situe de 1 à 4, ça veut dire qu'y a une dépendance. GIR 4 étant la première perte d'autonomie, c'est le premier degré de dépendance. C'est une variable qu'est pas... Une ou deux variables qu'est plus faite parmi toutes les variables qui sont évaluées dans un certificat médical. Voilà.

Et donc, quand on passe à 3, c'est de plus en plus dépendant...

2... 2 c'est : la personne n'a plus sa tête, ou la personne n'a plus son corps. En gros, c'est pour schématiser.

Et GIR 1, c'est une personne grabataire : elle n'a plus ni la tête, ni le corps... _ Voilà. En gros.

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

Le GIR ainsi calculé atteste non seulement de l'éligibilité ou non à l'APA, mais aussi de l'importance de l'aide à prévoir, parce que le législateur a prévu des montants d'aide plafonnés selon le GIR : plus les pertes de capacité sont importantes, plus l'allocation pourra être élevée. Le girage représente donc un enjeu important, tant pour l'institution départementale, que pour la personne candidate et ses proches. Et ce d'autant plus que même s'il existe des possibilités d'aide par les organismes de retraite quand le GIR est évalué au niveau 5 ou 6, celles-ci n'ont pas de caractère obligatoire.

Atouts et limites de l'outil

Monsieur Henri, 88 ans, vit seul désormais, dans un appartement qu'il occupe depuis plus de 40 ans. Cet appartement est situé au troisième étage d'un immeuble ancien, sans ascenseur. Monsieur Henri se montre en bonne santé, suffisamment actif et mobile pour assurer les tâches ménagères du quotidien, et peut même parfois effectuer des petits travaux de bricolage. Mais monsieur Henri n'a plus la force suffisante pour descendre seul les trois étages. Il dépend donc en permanence de quelqu'un, ne serait-ce que pour aller faire des courses alimentaires ou de santé.

Pourtant, d'un point de vue administratif, il ne peut pas être considéré « en perte d'autonomie » selon les critères de la grille AGGIR, et ne pourrait donc pas bénéficier de l'APA.

Tant pis pour lui ?

Depuis les premières expérimentations de ce modèle AGGIR comme instrument de cette politique d'action sociale (Lascombes et Le Galès, 2005), utilisateurs et analystes¹ ont rapidement souligné les atouts et les limites de cet outil. Sans revenir dans le détail sur ces divers travaux, retenons quelques caractéristiques impactant la mise en œuvre de cette prestation. D'une part, pour les services départementaux, l'emploi d'un tel outil impose de repenser l'organisation et le financement de la logistique nécessaire : installation des logiciels numériques indispensables, intégration dans les systèmes informatisés existants, formation des utilisateurs, etc.

D'autre part, cette grille est très rapidement reconnue comme un outil imparfait : « la grille AGGIR paraît trop large et trop imprécise » (Jourdain, 2001 : 259). De fait, elle est initialement créée pour repérer les capacités d'une personne hospitalisée ou accueillie en établissement médicalisé (Coutton, 2001 ; Ennuyer, 2001 ; Frinault, 2005b, 2009), et la notion d'autonomie ne peut se penser de la même façon pour des personnes vivant dans leur domicile. Par exemple, pour l'alimentation, le modèle AGGIR considère une personne comme autonome si elle peut « se servir et manger les aliments préparés » seule, ce qui peut effectivement être

¹ Voir par exemple les travaux de Coutton, 2000, 2001 ; David & al., 2006, 2008 ; Dreyer, 2007 ; Ennuyer, 1997, 2002 ; Jourdain, 2001 ; Olm et Simon, 1997 ; Sénat, 2003, 2008 ; Simon et Martin, 1996 ; etc.

considéré comme suffisant en établissement ; mais à domicile, la personne doit aussi pouvoir faire des achats et cuisiner les repas pour pouvoir se nourrir, or ces deux activités ne sont pas considérées comme des variables discriminantes et ne sont donc pas prises en compte dans le calcul du GIR. De même, la capacité à respecter seul un traitement médical peut être accessoire en établissement puisque des professionnels sont présents pour y veiller ; mais à domicile, cette incapacité peut être préjudiciable, voire vitale, alors que cet *item* est considéré seulement comme une variable « illustrative » dans le modèle AGGIR. Celui-ci ne peut donc pas être reconnu suffisant pour définir l'autonomie - ce que de nombreux observateurs ont déjà souligné :

La grille AGGIR, elle n'est pas toujours le bon outil pour évaluer la perte d'autonomie... La discussion peut parfois faire basculer le GIR ! Parce que la visite à domicile, elle dure une heure, une heure et demie, et puis elles [*les évaluatrices*] s'en vont. Et puis la grille AGGIR, elle ne dit pas tout des difficultés de la personne, ... Les éléments ne sont parfois pas du tout perçus, il arrive que les réalités soient beaucoup masquées, notamment lorsque le conjoint est à domicile...

Mais bon, les travailleuses sociales sont professionnelles, alors elles vont chercher les renseignements plus loin que ce qu'elles voient -

D'ailleurs, même les médecins traitants parfois ne voient pas tout... Ou alors ils n'indiquent rien dans le certificat médical ? Et puis, il y en a certains qui ne savent toujours pas remplir la grille AGIR, alors...

(Responsable territoriale Social Autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013).

Pourtant, après un temps de rodage inhérent à toute modification d'importance, cette méthode d'évaluation présente au moins l'intérêt de constituer une même référence pour l'ensemble des professionnels et des services départementaux, voire au-delà. Comme l'indique Alain Jourdain,

Au début des années 1990, la politique en faveur des personnes âgées dépendantes se caractérisait par l'absence de vision partagée entre les acteurs. (...)

(Jourdain, 2001 : 255).

Quelques-uns de nos interlocuteurs ont évoqué les apports liés à l'usage d'une grille commune d'évaluation de la dépendance. Ces vertus sont généralement complétées par toute une série de critiques sur l'outil lui-même. Mais il a tout de même, aux dires de nos interlocuteurs, l'avantage de permettre d'harmoniser les évaluations. Le mérite de l'outil est de constituer, pour la première fois en France, un langage commun, ce qui n'est pas le cas de tous les pays aujourd'hui. Il est donc, par prolongement, un réducteur de différences en permettant une meilleure communication entre les différents acteurs du champ gérontologique.

(Jourdain, 2001 : 262).

Cette harmonisation des évaluations peut aussi « permettre une meilleure distribution financière des aides » (Broussard, 2020 : 41), ce qui est précisément l'un des objectifs de ce système de classification (Coutton, 2001¹ ; Ennuyer, 2001). De plus, cette modalité

¹ « Confrontés à ces masses financières croissantes, les acteurs politiques du système de santé ont développé une conviction : dans l'intérêt des patients et des acteurs sanitaires, il est indispensable d'utiliser au mieux les ressources,

d'évaluation permet une évaluation personnalisée des besoins de la personne, ce qui « représente sans conteste un des points les plus positifs de la PED » (Jourdain, 2001 : 259), notamment parce qu'elle s'appuie sur ce que peut en dire la personne, et que cette évaluation centrée sur la personne destinataire constitue la base des aides à envisager. Cet usage a d'autant plus d'importance que classer des individus selon « l'importance de leurs besoins » (Barreyre, 2002) dépend de la conception que l'on a du besoin : nous verrons comment les opérateurs de ce classement utilisent la grille comme référentiel aussi avec les personnes concernées.

L'identification de ces atouts et de ces limites ont rapidement donné lieu à quelques ajustements. Le législateur de 2001 avait d'ailleurs prévu une « évaluation quantitative et qualitative de l'application de la présente loi » à présenter « au Parlement, au plus tard le 30 juin 2003 », soit dix-huit mois après sa mise en application (Loi n°2001-647, article 15). Cette évaluation devait s'appuyer, entre autres, sur le rapport du comité scientifique créé par la même loi, et « dont la mission est d'adapter des outils d'évaluation de l'autonomie » (Loi n°2001-647, article 17). Or, à l'issue de ses travaux, ledit comité conclut que la grille AGGIR seule ne représente pas la démarche d'évaluation, qu'elle doit être considérée comme un indicateur :

En attribuant à chaque personne une position sur une échelle de six niveaux (GIR), AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe GIR ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle, même si elle impose de recueillir des informations qui couvrent une partie de ce qui doit être considéré dans une évaluation complète. D'autres dimensions doivent être ajoutées comme les activités élaborées, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat, etc., qui seules permettront d'élaborer ce qui est la finalité de l'évaluation : un plan d'aide.

Dans ce cadre d'une évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'un instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide (cf. recommandations 1 et 2).

(Colvez, 2003 : 22).

À l'issue de ses travaux et de ses critiques, ce *Comité scientifique* confirme les avantages à « conserver AGGIR comme instrument d'éligibilité à l'APA » (page 22), tout en accompagnant cette utilisation de recommandations :

limitées par définition, en développant de nouveaux instruments de gestion. Dans cette perspective de rationalisation, les "Case-Mix Classification Systems" (CMCS) naissent dans l'optique de regrouper à l'aide d'un système de classification les patients dans des groupes homogènes d'individus, qui nécessitent des ressources ou qui génèrent des coûts similaires, que l'on appelle Groupes Iso-Ressources (GIR) (Coutton, 2000) » (Coutton, 2001 : 113).

Encadré n°1. Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie (Colvez, 2003 : 25)

Recommandation 1 : une personne doit pouvoir bénéficier d'une procédure d'évaluation multidimensionnelle, débouchant sur une proposition de plan d'aide, antérieurement à l'examen de ses droits.

Recommandation 2 : l'établissement du plan d'aide et l'ouverture du droit à l'APA doivent s'appuyer sur deux outils différents. D'une façon générale, il est souhaitable que l'instrument d'éligibilité à l'APA s'intègre à l'intérieur d'un instrument d'évaluation multidimensionnelle permettant d'élaborer le plan d'aide.

(...)

Recommandation 4 : en pesant les critiques faites à l'outil AGGIR et les avantages existants, notamment liés à une large utilisation, il est recommandé de conserver AGGIR comme outil d'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). AGGIR doit être inclus dans l'instrument d'évaluation multidimensionnelle et en aucun cas utilisé isolément.

Malgré ces réserves, la grille AGGIR reste l'outil de mesure officiel pour apprécier la condition de perte d'autonomie déterminant l'éligibilité à l'APA (CASF, articles L232-2 et R232-3 ; annexes 2-1 et 2-2). Les pouvoirs publics ont donc « imposé l'outil AGGIR comme outil de mesure de la dépendance » (Dreyer, 2007c : 217). Ce que confirment les sénateurs membres de la *mission commune d'information sur la prise en charge de la **dépendance** et la **création du cinquième risque***¹ :

Ces problèmes sont connus de longue date. (...)

En définitive, l'outil Aggir a été conservé, faute de mieux, car il s'agit d'un instrument facile d'utilisation et bien connu des travailleurs sociaux. Toutefois, les principaux défauts de cet instrument - absence de reproductibilité entre les utilisateurs, frontières floues entre les Gir, mauvaise prise en compte des démences - constituent toujours de sérieux problèmes. En outre, un utilisateur averti peut aisément faire basculer une personne d'un Gir à un autre selon la façon dont il remplit la grille.

(Vasselle, 2008 : 90-91).

Pour autant, l'utilisation de cette grille n'est pas intuitive, et l'hétérogénéité des évaluations a été mise en évidence, autant entre les départements qu'entre les professionnels eux-mêmes, y compris au sein d'un même département. Évaluer l'éligibilité à une prestation d'aide sociale avec une grille telle que celle du modèle AGGIR, n'a pas été une évidence pour l'ensemble des opérateurs nommés pour le faire. Cette difficulté est accentuée par l'isolement du professionnel, qui effectue l'évaluation seul, au domicile de la personne candidate, à distance

¹ En italique et en gras dans le texte.

des collègues d'équipe et de l'institution. Il a donc fallu apprendre à utiliser cette invention classificatoire de « girage ».

Des usages de la grille AGGIR et de l'évaluation des situations

Un premier *Guide d'utilisation du modèle AGGIR* est édité par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS¹) en 2007, pour « tenter de répondre aux critiques » et « de réduire l'incertitude des évaluateurs lors du codage » (Sénat, 2008 : 91). Actualisé et réédité en 2008, dans une version validée par la direction générale de l'action sociale, ce guide précise « les observations nécessaires pour une correcte évaluation » (1^{ère} de couverture). L'enjeu est de faciliter des évaluations fiables et équitables sur l'ensemble du territoire. Alors pour chaque variable de la grille, le document indique comment recueillir les éléments permettant de décrire la situation des personnes, et propose le type de questions à poser - en interrogeant les aides déjà existantes ou celles envisageables pour compenser ces difficultés ; il définit comment déterminer la case à cocher, selon les réponses à chacune des quatre dimensions mesurées par la grille - ce qu'il faut ou non prendre en compte, évaluer par une autre variable, ou décomposer en sous-variables. L'encadré n°2 ci-après en donne un exemple pour l'*item* « Habillage ». Et pour faciliter une utilisation cohérente et équivalente de ce guide sur l'ensemble du territoire, les services départementaux organisent des formations pour les opérateurs :

« Et encore, il a fallu réclamer pour faire la formation au guide barème ! Parce qu'au départ, y avait que les médicaux qui ont eu droit de faire des formations : les infirmières, les médecins, ... Alors que, quand même, nous aussi on fait beaucoup de visites à domicile ! On les a eues quand ils ont introduit les adverbes “correctement”, “spontanément”, etc. Là, le département a proposé les formations à l'ensemble des travailleurs sociaux, et c'était génial ! Et puis c'est important, ça nous permet d'aller chercher les détails... »

(Entretien CESF², Conseil général F, Équipe N, Vendredi 10 octobre 2014).

¹ CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

² CESF : Conseillère en économie sociale et familiale.

5. Habillage

Cette variable porte sur l'habillage, le déshabillage et la présentation.

PRÉCISIONS

Le choix des vêtements, leur préparation (les chercher dans le lieu de rangement), leur mise à disposition et la décision de change font partie de l'activité d'habillage. La pose de bas de contention ayant fait l'objet d'une prescription médicale est exclue de l'évaluation de cette variable.

La tenue des vêtements (lavage, repassage, travaux de couture) n'entre pas dans le champ de cette activité mais est évaluée par la variable *Ménage*. Rappelons que le coup de peigne relève de la variable *Toilette*.

L'habillage se décompose en trois sous-variables sollicitant la motricité de manière variable, ces trois activités nécessitant des capacités motrices et fonctionnelles sensiblement différentes :

- ◆ **Habillage du haut**
 C'est le fait de passer, d'enfiler, les vêtements par la tête et/ou les bras (en excluant les chapeaux éventuels non indispensables sous nos climats).
- ◆ **Habillage moyen**
 C'est le fait de fermer un vêtement (boutons, fermeture éclair, pressions, velcro) et de mettre une ceinture, des bretelles, un soutien gorge...
- ◆ **Habillage du bas**
 C'est le fait de passer, d'enfiler, les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes et les chaussures (en excluant donc les bas de contentions ayant fait l'objet d'une prescription médicale).

CODAGE FINAL

Si les modalités des trois sous-variables *Habillage du haut*, *Habillage moyen* et *Habillage du bas* sont A, la modalité de *Habillage* est A, si elles sont C, la modalité de *Habillage* est C, dans tous les autres cas, la modalité de *Habillage* est B.

C'est-à-dire :
 AAA = A
 CCC = C
 Autres = B

Les questions sont identiques pour chacune des trois sous-variables :

LA PERSONNE NE S'HABILLE PAS	Oui	Non
Elle ne le fait jamais seule, même partiellement et même difficilement. Il faut faire à la place, ou faire faire, ou refaire, en totalité et à chaque fois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une réponse positive à « Ne fait pas » correspond au codage C et une réponse négative impose de documenter les adverbess ci-dessous.		
LA PERSONNE S'HABILLE SEULE	Oui	Non
sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spontanément		
Totalement		
en effectuant la totalité des actes nécessaires : choisir et préparer les vêtements, les mettre et les enlever (habillage et déshabillage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement		
conformément aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté aux conditions météorologiques, au moment de la journée, aux activités à réaliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement		
régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une réponse positive à tous les adverbess correspond au code A et une réponse négative à certains adverbess (de un à trois) au code B.		
5.1. Habillage du haut	<input type="checkbox"/>	Code
5.2. Habillage moyen	<input type="checkbox"/>	Code
5.3. Habillage du bas	<input type="checkbox"/>	Code

Les formations et les échanges entre pairs permettent aussi de se familiariser avec l'outil, en s'accordant sur le sens du vocabulaire utilisé et sur la compréhension de la logique de l'outil, parce que par exemple :

« Quand la personne qui est aux toilettes ne peut pas en sortir parce qu'elle ne peut pas se relever, c'est pas "Élimination" qu'il faut cocher, c'est "Transfert"! C'est pas pareil ! (...) Et puis, pour les « Déplacements à l'intérieur », on considère qu'il faut qu'elle puisse aller jusqu'à la porte de la rue, c'est-à-dire qu'elle doit pouvoir aller relever son courrier, vider sa poubelle, etc. Si non, si elle n'y va pas, c'est "Pas Totalelement"... »
(Formation interne, Conseil général F, Jeudi 25 mars 2010).

Il importe effectivement que les agents opérateurs soient sensibilisés à ces nuances, puisque chacune des variables dites discriminantes de la grille AGGIR est affectée d'un coefficient spécifique dans l'algorithme qui calcule le GIR, et que le résultat de ce calcul impacte directement l'attribution d'une aide et donc les finances publiques... Ces espaces de formations leur donnent aussi l'occasion d'échanger sur leurs pratiques, sur les situations non prévues dans la grille, et sur la façon dont ils peuvent prendre en considération des informations importantes pour l'évaluation globale (par exemple l'accessibilité, l'isolement, l'environnement, etc.). Il s'agit, *in fine*, de limiter les disparités dans les pratiques d'évaluation à l'éligibilité avec cet outil, quelles que soient les situations singulières rencontrées par les agents. Nous verrons comment les opérateurs s'approprient ce modèle d'évaluation et en font usage, souvent comme un guide aide-mémoire, plutôt que comme un cadre réglementaire rigide. D'ailleurs, comme l'ont souligné les sénateurs, même s'il ne connaît pas précisément l'algorithme qui calcule le GIR, le professionnel qui utilise fréquemment cette grille d'évaluation finit par en comprendre les mécanismes, et peut « deviner » le résultat du calcul du GIR en fonction des activités de la grille non effectuées, c'est-à-dire selon les cases qu'il coche :

Calculer le GIR ? Oui, les infirmières le calculent de tête – mais les travailleurs sociaux n'y arrivent pas en général
(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 8 décembre 2014)

Ce que dément une de ses collègues assistante sociale :

« On sait bien que si y a un B en toilette, ça peut faire basculer le GIR ! »
(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe M, Lundi 27 octobre 2014).

À l'usage, le « GIR » est devenu une unité de mesure de la perte d'autonomie : utilisé depuis maintenant plus de vingt ans, ce terme est rentré dans le langage courant pour quiconque est concerné par des situations de diminution de capacités d'une personne âgée de plus de soixante ans. La classification par le GIR est devenue un repère, comme une façon de se représenter la situation des personnes :

« - Et comment va votre père ? » demande une dame à sa voisine de file d'attente -
« - Ah, mais vous ne savez pas ? Il est passé en GIR 3 ! ... », répond sa voisine -
« - Oh, le pauvre... », compatit la première.
(Conversation observée sur un marché urbain, Samedi 05 décembre 2015).

Le modèle AGGIR est aussi repris par certains organismes, comme les établissements d'hébergement pour personne âgées, pour évaluer les possibilités d'accueil d'une personne, ou des sociétés d'assurance pour évaluer le risque dépendance dans le cadre d'un contrat d'« assurance dépendance »¹ : « AGGIR est aussi, pour certains, un outil de connaissances, utilisé bien au-delà de la PSD (associations d'aide à domicile, SSIAD², maisons de retraite...) » (Jourdain, 2001 : 262). Et pourtant,

Les instruments utilisés pour l'évaluation de la personne âgée ne peuvent pas servir à tout et à n'importe quoi.

Le risque est de se servir "d'instruments" dans un autre contexte que celui pour lequel ils ont été construits, d'oublier les problèmes méthodologiques inhérents à leur élaboration et méconnaître qu'ils sont porteurs de pratiques sociales et de représentation de la vieillesse et du vieillissement

(Cassou, 1998 : Introduction).

Ce que rappelle et confirme Vincent Coutton, dans son article présentant et interrogeant ce mode d'évaluation de la dépendance :

Le remplissage de la grille d'évaluation doit impérativement être réalisé par un personnel formé à respecter scrupuleusement les nombreuses recommandations données par les concepteurs (SNGC³, 1994 ; DAS⁴, 1999).

(Coutton, 2001 : 121).

Par ailleurs, comme l'ont mentionné les membres du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, et les sénateurs de la *mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, si la grille AGGIR reste l'outil de référence pour déterminer le niveau de perte d'autonomie, et donc pour circonscrire l'éligibilité à l'APA, elle « ne permet pas de décrire la complexité de la situation de la personne dans son environnement » (Colvez, 2003 : 35). Elle ne constitue donc pas le seul instrument pour évaluer la situation de la personne candidate. Le législateur a conçu un *Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie* (CASF, Annexe 2-1), qui doit permettre d'effectuer une évaluation plus complète pour déterminer le niveau et le type de besoins d'aides, en prenant en compte les différents éléments de l'environnement de la personne : aides existantes,

¹ Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, 2018, *Fiche pratique Assurance dépendance*.

² SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

³ SNGC : Syndicat national de gérontologie clinique.

⁴ DAS : Direction de l'action sociale.

entourage humain présent, cadre de vie, aides proposées, observations de l'équipe médico-sociale, ... Dans l'ensemble des départements enquêtés, ces indications ont donné lieu à la constitution d'un outil de type *Dossier médico-social*, pour collecter dans un même support l'ensemble des éléments ayant permis d'établir un diagnostic médico-social, en incluant l'évaluation effectuée avec la grille AGGIR, et le plan d'aide proposé¹. Depuis, cette pratique a été généralisée et imposée par la *loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, laquelle confie à la CNSA, entre autres, le rôle :

D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants (...).
(Article 70).

Ce que cet organisme concrétise en 2016, avec la publication du Support pour l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, accompagné d'un Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, tous deux élaborés avec la participation de quarante-six départements volontaires². Et avec l'arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles³, ce référentiel devient l'outil réglementaire d'évaluation pour les équipes médico-sociales en charge de l'éligibilité à l'APA.

L'ensemble de ces documents, formulaires, guides, textes juridiques et réglementaires déterminent une procédure précise et rigoureuse pour l'attribution de l'APA. Ils balisent également les possibilités de réponses de façon standardisée – contrairement aux autres missions d'aide sociale, telles qu'elles existaient en 2001⁴.

La grille AGGIR fait également l'objet de critiques au sens où, comme le souligne Bernard Ennuyer (...), « elle est trop souvent le seul élément d'évaluation de l'incapacité et du besoin d'aide. Or, si cette grille, qui est un outil médical, est adaptée à la mesure de "l'incapacité à faire", elle ne l'est absolument pas lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin d'aide, celui-ci étant

¹ Pour mémoire, certaines expérimentations réalisées en 1995 avaient déjà donné lieu à l'utilisation d'un dossier administratif « comportant une centaine d'informations différentes (...) » (Jourdain et al., 1998 : 89).

² Des départements volontaires pour la phase d'élaboration et/ou pour la phase de test.

³ Entre-temps, la quantité d'éléments collectés s'est étoffée : en 2007, la trame du *Dossier médico-social* utilisé dans le département F comporte deux pages ; en 2016, le *Support pour l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants*, édité par la CNSA en 2016 en comporte huit pour les éléments contextuels, plus deux pages pour la grille AGGIR et deux pages pour détailler le plan d'aide. De plus, ce formulaire peut être utilisé en version papier ou numérique.

⁴ Par exemple, en ce qui concerne l'aide sociale à l'enfance, les textes nationaux définissent des objectifs et un cadre général, en laissant une grande latitude aux conseils départementaux, aux équipes territoriales, et *in fine*, aux professionnels, quant à la mise en œuvre concrètes des décisions prises, tant que les modalités restent cohérentes avec les objectifs inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.

essentiellement subjectif, d'ordre affectif ou psychologique » (Journal de l'action sociale, 1997).
(Jourdain et al., 1998 : 88).

d) L'APA, une offre publique adaptée au public destinataire ?

En reprenant des fonctions de travailleuse sociale auprès d'un public défini comme âgé et en perte d'autonomie, je constate assez rapidement que pour bénéficier de cette prestation, il ne suffit pas de la connaître et d'être éligible, comme le souligne Mélina Ramos-Gorand dans son étude pour la DREES (2016) : il faut aussi savoir manier les documents administratifs, être familier avec le langage de ces documents, pouvoir respecter un calendrier de démarches, avoir la capacité de les effectuer, etc. Ce qui n'est, *a priori*, justement pas le cas des personnes qui sont directement concernées par cette politique sociale, puisque si elles doivent faire une demande, c'est précisément parce qu'elles sont en difficulté pour effectuer des actes courants de la vie quotidienne. Or, comme le rappelle Joan Tronto,

les économistes féministes l'ont depuis longtemps noté, une charge de travail importante est nécessaire pour convertir un chèque, ou toute autre forme de ressource monétaire, en satisfaction des besoins humains.
(Tronto, 2008 : 249-250).

Aussi, alors que j'évolue depuis une douzaine d'années dans le travail social et dans les couloirs d'une institution départementale, j'éprouve une perplexité face à certaines particularités de cette procédure, et je m'inquiète pour ces personnes destinataires de cette politique : comment font-elles ? Comment « une machinerie aussi compliquée » (Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 03 décembre 2014) peut-elle vraiment rendre service à des personnes qui perdent des capacités et qui sont bien incapables, pour la plupart, de naviguer dans ce dédale de procédures administratives ? Comment a-t-on pu imaginer un dispositif pareil ? Au-delà des premières questions liées à l'apprentissage de cette nouvelle mission, au-delà des questions posées par les personnes candidates à l'allocation comme monsieur Gillot, madame Lucchesi ou leurs proches¹, je suis souvent étonnée de ne pas pouvoir répondre facilement à des questions qui m'apparaissent à la fois basiques et très techniques : « L'APA peut-elle financer une alerte lumineuse ? » ; « À quel moment sera versé l'argent ? » ; « Pourquoi je dois payer plus cher cette année ? » ; « Pourquoi le taux de participation a changé ? » ; etc. Tout en considérant l'importance de ces questions pour qui les pose, je suis souvent déconcertée, voire troublée, par ce que les règles liées à cette prestation

¹ Cf. Prologue.

imposent et font faire, aux opérateurs¹ de terrain que nous sommes, mais aussi - et surtout - à ces personnes en demande d'aide. Car les possibilités de réponse à une demande d'APA sont à la fois limitées et fléchées, et cette prestation ne répond parfois qu'en partie, parfois de façon indirecte, aux besoins identifiés chez les personnes concernées. Ces inadaptations ou décalages semblent dus davantage aux textes réglementaires² de cadrage, plutôt qu'à des manques de moyens financiers ou matériels, comme j'avais pu le constater dans d'autres secteurs du travail social et médico-social. Ces textes prévoient des règles nombreuses et rigoureuses, depuis la procédure d'instruction des demandes jusqu'aux modalités concrètes d'attribution de la prestation, qui interrogent à la fois la nature et le sens des décisions, les effets qu'elles peuvent produire, et surtout la capacité de chacun à se les approprier et à les utiliser conformément à ce qui est prévu. Pour pouvoir explorer ces questions, examinons d'abord ce que prévoient ladite loi et les textes qui l'accompagnent.

L'APA, Une prestation sous conditions

L'APA est une prestation d'aide financière créée par la loi n°2001-647, qui a pour objectif la « prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées »³. Nous avons vu que pour en bénéficier, il faut remplir des conditions d'éligibilités, définies par l'âge, le domicile, et le niveau de perte d'autonomie. Mais pour percevoir l'APA, la personne bénéficiaire qui vit à domicile ne doit pas seulement être éligible, elle doit aussi en accepter les conditions d'attribution, résumées dans l'encadré ci-après :

Encadré n°3. L'APA : des conditions d'attribution

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Accepter le « plan d'aide » proposé par l'équipe médico-sociale, c'est-à-dire une liste quantifiée des aides financées par l'allocation, dont le montant total ne peut pas dépasser un plafond déterminé par le niveau de GIR évalué- Accepter de financer une partie de ce plan d'aide, en « participation à la charge de celui-ci », calculée « en fonction de ses ressources »- S'engager à respecter l'utilisation de l'APA pour mettre en place ce plan d'aide, et pouvoir le justifier |
|--|

¹ Dans ce travail, le terme « opérateur » désigne le professionnel participant à la mise en œuvre d'une politique sociale sur le terrain, c'est-à-dire auprès du public concerné, directement ou indirectement. Cet opérateur est donc un professionnel qui met en acte des lois, des consignes, des directives, auprès de personnes destinataires de la décision politique. Il traduit des textes, des écrits, dans une réalité sociale, humaine. Il est membre d'une organisation et missionné pour une tâche précise.

² Précisons que l'emploi du terme « *texte réglementaire* » désigne ici tous les textes de cadrage, produits par une institution politique de gouvernance, et qui s'imposent aux acteurs : depuis les textes nationaux, qu'ils soient législatifs ou réglementaires, jusqu'aux décisions départementales, schémas départementaux, arrêtés départementaux, etc.

³ Soulignons que cette loi ne propose pas d'autres modalités de « prise en charge de la perte d'autonomie » que la création de cette allocation.

- Déclarer, dans le mois qui suit la notification de l'attribution de l'APA, le nom des services ou personnes intervenant au domicile que l'APA finance
- S'engager à signaler tout changement dans sa situation
- Enfin, l'APA ne peut être versé qu'à la condition que son montant soit supérieur « à trois fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance », déduction faite de la participation financière de la personne bénéficiaire (CASF, articles L232-2 à L.232-7, R232-1 à R232-6, et D232-31)

Une personne bénéficiaire de l'APA ne peut donc pas utiliser cette allocation pour un usage autre que celui défini dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale, et accepté par la personne elle-même. Si elle souhaite en modifier ne serait-ce qu'une ligne, quelle qu'elle soit, elle doit demander une révision de ce plan : à défaut, elle pourrait être pénalisée, soit en payant totalement des aides qui n'auraient pas été prévues dans le plan d'aide, soit en ayant à rembourser la somme qui n'aurait pas été utilisée conformément au plan d'aide. Cette demande de changement comporte à nouveau des démarches administratives, et implique les délais inhérents à leur réalisation.

Les paradoxes d'une aide sociale sur mesure

L'énoncé de ces règles permet de repérer quelques-uns des paradoxes jalonnant la mise en œuvre de cette loi, tels que le nombre et la nature des actions demandées à une personne, qui est pourtant dans l'incapacité d'effectuer des actes de base de la vie quotidienne. Avant même de se savoir éligible, la personne candidate doit respecter une procédure d'instruction qui l'engage à effectuer plusieurs démarches : compléter et transmettre le dossier de demande, accepter la visite à son domicile de l'agent départemental chargé de l'évaluation, compléter la proposition de plan d'aide et la retourner au service instructeur dans un délai de dix jours, etc. Soit une succession d'opérations à réaliser, dans un aller-retour chronologique entre la personne candidate et le service départemental, en respectant les règles et les délais imposés : là aussi, la diminution des capacités, à faire ou à penser, peut ralentir ou entraver leur réalisation. De plus, une fois l'éligibilité attestée, il revient à la personne devenue bénéficiaire de contacter elle-même les services prestataires et les fournisseurs susceptibles d'apporter les aides prévues dans le plan d'aide défini. Une obligation qui entraîne là aussi nombre de démarches difficilement envisageables pour une personne dont les capacités ont diminué : chercher et choisir une personne ou un service d'aide à domicile, en informer le service départemental, choisir et installer le matériel adapté, etc.

Une autre contradiction apparaît entre l'intention affichée de permettre « une prise en charge adaptée à ses besoins », et la double obligation de limiter cette prise en charge à une somme plafonnée, et de définir les aides financées de façon quelque peu figée, alors que la situation

des personnes bénéficiaires peut changer très rapidement. Enfin, le principe de la participation financière à ce « plan d'aide » par le bénéficiaire lui-même, s'il apparaît globalement bien compris et accepté par les personnes candidates et/ou leurs proches, peut tout de même constituer un frein pour recourir à cette prestation, comme l'ont montré entre autres Chauveaud et *al.* (2011), Ramos-Gorand (2016), Arnault et Roy (2020). Et cette limite, associée ou non à celle du plafonnement de l'allocation, vient aussi parfois s'opposer aux besoins d'aide manifeste et souvent reconnus par chacun.

La conception de cette loi apparaît donc paradoxale à l'épreuve de son application : la procédure inhérente à l'attribution de cette allocation comporte nombre d'obstacles pour des personnes qualifiées « en perte d'autonomie » parce qu'elles ont des difficultés à effectuer des actes courants de la vie quotidienne... Et pourtant, en décembre 2019, environ 785 320 personnes vivant à domicile bénéficient de cette prestation (DREES, 2020). Et même s'il existe des disparités entre les départements¹, un rapport de recherche sur la qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile publié en 2011 atteste d'un « bon niveau de satisfaction » (Mantovani & *al.*). Toutefois, selon les travaux de Philippe Warin (2010b) et d'Axel Renoux (2014), les personnes âgées vivant à domicile qui pourraient être éligibles à l'APA mais n'en sont pas bénéficiaires représenteraient 20% à 28% à l'échelle nationale (cités par Ramos-Gorand, 2016)².

Conclusion Chapitre 1

La situation des personnes qui subissent une diminution ou une perte de leurs capacités en raison de leur âge est progressivement devenue un problème public. Dès le début du XX^{ème} siècle, le constat d'un nombre croissant de personnes ne pouvant plus subvenir à leurs besoins parce qu'elles deviennent inaptes au travail, donne lieu à des politiques publiques d'assistance. Puis l'allongement de la durée de vie entraîne une augmentation des diminutions et des pertes de capacités, et favorise l'apparition de pathologies invalidantes. De plus, l'évolution des modes de vie modifie les organisations familiales et sociales, lesquelles ne permettent plus à l'environnement proche de compenser ou d'atténuer ces difficultés. Un nombre croissant de personnes se retrouve alors dans l'impossibilité d'effectuer facilement et en sécurité les diverses tâches nécessaires à la vie quotidienne. Au début des années 1960, le pouvoir politique

¹ D'après une étude de la DREES, en « France métropolitaine, le taux moyen de bénéficiaires de l'APA à domicile tous GIR confondus, parmi les personnes de 60 ans ou plus, est de 4,9 %. Ce taux oscille entre 2,6 % (Yvelines) et 9,4 % (Haute-Corse) » (2019 : 9). Ces chiffres portent sur les données de 2015.

² « Ce taux est proche de celui annoncé pour le non-recours à la CMU-C par le Défenseur des Droits (2014). » (Ramos-Gorand, 2016 : 9).

se saisit de cette question et fait établir un diagnostic, lequel propose diverses recommandations en direction de cette population pour remédier ou atténuer ces effets indésirables. Mais ce rapport n'est pas directement suivi d'actions. En 1975, la *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*¹ crée une allocation compensatrice pour financer « l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence » (article 39), accordée sans condition d'âge maximum. Aussi est-elle attribuée aux personnes handicapées par l'apparition progressive d'incapacités du fait du vieillissement. Mais l'augmentation démographique des personnes potentiellement bénéficiaires de cette prestation suscite des craintes pour les finances publiques. Le problème public des déficiences² et de leurs conséquences est alors considéré aussi sous l'angle de l'âge de la vieillesse, et une nouvelle prestation est envisagée pour cette nouvelle catégorie de public.

Après plusieurs étapes, d'expérimentation et de transition, la loi instituant l'APA est votée en juillet 2001. En réponse au problème des dépenses publiques, cette loi circonscrit les bénéficiaires potentiels par deux critères principaux : l'âge et l'importance de la perte d'autonomie. Pour vérifier cette condition, le législateur prévoit une méthode originale et inhabituelle dans le champ de l'action sociale, en décidant d'utiliser une grille censée mesurer les diminutions et les pertes de capacités. Bien que faisant l'objet de critiques, l'usage de cette grille est validé et confirmé – par défaut, et par habitude : les professionnels qui doivent l'utiliser ont appris à faire avec. Depuis sa mise en œuvre en janvier 2002, les principes régissant cette loi sont relativement stables. Les principales modifications ont concerné la date d'ouverture des droits et les modalités de calcul du montant de l'allocation en fonction des ressources de la personne candidate (2003), et la nécessité de prendre en compte la présence et les besoins éventuels des proches aidants dans l'évaluation globale et dans la proposition de réponse (2015). Par ailleurs, la *loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* vient renforcer les possibilités d'intervention auprès de ce public, par l'instauration des « plans canicules » et par la création de la CNSA (2004). Mais ni la loi de 2005 concernant les personnes handicapées, ni la loi de 2015, dite d'adaptation de la société au vieillissement, n'affectent les conditions d'éligibilité et d'attribution de l'APA. Elles ne modifient pas non plus le principe de discrimination par l'âge entre une personne « handicapée » et une personne « âgée en perte d'autonomie ».

¹ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

² Comme la notion d'*incapacité*, la notion de *déficiences* est utilisée en référence à la définition donnée par la *Classification internationale des handicaps* : « une déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » (OMS, 1980).

Ce chapitre présente les conditions d'éligibilité et d'attribution de cette nouvelle prestation, pour des personnes vivant à domicile. Ces conditions permettent de proposer une réponse construite *a priori* au plus près des besoins de la personne candidate, mais avec un outil d'évaluation des situations peu satisfaisant, parce qu'à la fois très normatif et pas adapté aux conditions de vie des dites personnes. Toutefois, cet outil présente l'avantage d'harmoniser les pratiques des professionnelles, lesquelles ont appris à l'utiliser avec ses défauts, et à composer avec la marge de manœuvre dont elles disposent. Et puis, tel qu'il est utilisé dans le cadre de cette prestation, cet outil présente un double avantage pour les finances publiques : il permet à la fois de délimiter le nombre de personnes pouvant devenir bénéficiaires, et de limiter le montant maximum de l'allocation qui pourra être attribuée.

Ces dispositions traduisent une volonté politique ambitieuse, complexe, mais limitée. Les conditions posées pour percevoir l'APA interrogent les possibilités d'y accéder par les personnes concernées si elles ne sont pas aidées pour le faire. Elles questionnent aussi les possibilités de pouvoir répondre aux besoins identifiés, exprimés ou supposés, des personnes destinataires. Car les exigences de la procédure semblent difficilement compatibles avec les fragilités des personnes censées en bénéficier. Aussi, des décalages entre ces exigences et les (in)capacités des personnes candidates ou bénéficiaires apparaissent de façon récurrente, presque omniprésente, tout au long de l'instruction d'une demande et au-delà. Or, si cette prestation est en principe accordée sans limitation de durée, le président du conseil départemental peut en décider la suspension si les engagements définis dans l'arrêté d'attribution ne sont pas respectés. Et le législateur a balisé les conditions d'attribution de cette prestation, non seulement en plafonnant le montant de l'allocation, mais aussi en imposant que celle-ci soit utilisée exclusivement pour payer des aides précisément définies par une équipe médico-sociale – et non par le bénéficiaire lui-même, ni même par le seul professionnel ayant réalisé l'entretien et l'évaluation auprès de la personne candidate.

Ces éléments révèlent un premier niveau de régulation pour l'action publique : redéfinir les règles d'attribution d'une aide sociale en tenant compte de différents critères dont les objectifs paraissent contradictoires. Pour autant, la pérennité du dispositif, et surtout l'augmentation régulière des demandes et des bénéficiaires attestent de l'intérêt de cette prestation pour les personnes concernées. Des régulations semblent donc à l'œuvre pour atténuer ces décalages. Avant de les analyser, examinons dans le chapitre suivant comment peuvent se manifester ces fragilités chez les personnes définies comme destinataires de cette politique publique d'action sociale.

CHAPITRE 2. - LES PERSONNES DESTINATAIRES DE L'APA : HETEROGENEITE ET INSTABILITE DES SITUATIONS, DANS DES ENVIRONNEMENTS¹ DETERMINANTS

« Mais je ne sais pas à partir de quand on est vieux. Madame Le Camus, ma chef de service, dit que c'est à partir du moment où on ne peut plus s'occuper de sa maison tout seul. Que ça commence quand il faut laisser la voiture dans le garage parce qu'on devient un danger public et que ça finit quand on se casse le col du fémur. Moi je pense que ça commence avec la solitude. Quand l'autre est parti. Pour le ciel ou pour quelqu'un.

« Ma collègue Jo dit qu'on devient vieux quand on commence à radoter et que c'est une maladie qui peut s'attraper très jeune. Maria, mon autre collègue, que ça vient avec la sourde oreille et les clés qu'on cherche dix fois par jour. »

(Perrin, 2015 : 16)

Cette narratrice et ses collègues proposent une définition de l'état de « vieux » à partir de leur place de salariées dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : là, elles côtoient quotidiennement des personnes qui vivent cette période de vie particulière. Des personnes qui perdent des capacités et qui sont âgées, elles en côtoient jour et nuit. Malgré cette expérience, elles ne s'accordent pas sur une définition commune. Car comme les autres périodes de la vie, l'état de « personne âgée » ou de « vieux » n'est pas défini par une étape particulière, précisément marquée, du développement biologique ou physiologique de l'être humain. D'ailleurs, l'état de « vieux » est bien souvent fixé arbitrairement, par exemple :

Dans le dernier tiers du XIX^e siècle et au XX^e siècle, la présentation des résultats des recensements utilise le plus fréquemment trois classes d'âge : les « jeunes », qui ont entre 0 et 19 ans, les « adultes », entre 20 et 59 ans, les « vieillards » qui ont 60 ans et plus (...).

(Feller, 2005 : 25)

Car vieillir est en réalité un processus qui commence dès la naissance : le vieillissement est défini comme une « altération, dégradation physique ou psychique (d'un organe, d'une partie du corps, d'une faculté) due aux atteintes de l'âge » (CNRTL, 2022). On pourrait également le définir à partir d'un point de vue anthropologique, économique, médical, psychologique, sociologique, etc. Mais ce qui nous importe ici, c'est surtout la définition qu'en donne le législateur pour identifier le public concerné par cette loi, et la façon dont cette définition détermine à la fois les caractéristiques des personnes rencontrées par les agents départementaux pour cette mission, et les impacts de ces caractéristiques dans ces rencontres.

¹ La notion d'environnement est à comprendre dans ce travail comme l'« ensemble des conditions matérielles et des personnes qui environnent un être humain, qui se trouvent autour de lui. » (CNRTL.fr, Consulté le 18 avril 2023) ; comme l'« ensemble des conditions naturelles (physique, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines » (Petit Robert, 1984).

Nous verrons dans ce chapitre que ce critère de l'âge, comme celui de la « perte d'autonomie », concerne une grande variété de situations. Ces situations ne diffèrent pas seulement par la façon dont chaque personne vieillit, dans la mesure où les diminutions et les pertes de capacités ne se manifestent ni sous la même forme, ni au même rythme. Elles diffèrent aussi par la façon dont le cadre de vie de la personne lui permet ou non de s'adapter à ces évolutions. Ses conditions de vie constituent en effet un facteur important face aux diminutions de capacités, qu'il s'agisse des caractéristiques du lieu de vie ou des disponibilités de personnes de l'entourage. Enfin, ces situations diffèrent par la façon dont est vécue cette évolution, autant par la personne elle-même que par celles qui sont autour d'elles. Cette diversité se manifeste aussi dans les regards portés sur les capacités, réelles ou supposées, de la personne désignée comme destinataire potentielle de l'APA, et nous pourrions observer comment des tensions peuvent survenir entre différentes conceptions de l'autonomie – celle de la personne qui perd des capacités, celle de son entourage proche, ou celle du professionnel chargé de remplir la grille AGGIR.

a) Les critères d'une catégorisation

Le premier point commun entre ces personnes, c'est un état que les auteurs de la *loi n° 2001-647* ont qualifié de « perte d'autonomie », et qui correspond ici à une diminution ou à une perte de capacités entraînant des difficultés à réaliser des actes nécessaires à la satisfaction de besoins quotidiens¹. Nous avons vu² comment le législateur a décidé de mesurer cette « perte d'autonomie » à l'aide de la grille AGGIR, et comment les opérateurs de la mise en actes de cette loi sont tenus d'effectuer cette évaluation à partir des critères prévus par cette grille, avec la personne elle-même et dans son lieu de vie. Si ce mode d'évaluation donne des indications quant aux capacités réelles ou supposées de la personne candidate à l'APA, les besoins d'aide ne se mesurent pas seulement à l'aide de grilles, de cases à cocher et de calculs algorithmiques, comme plusieurs auteurs l'ont montré depuis que l'emploi de cette grille a été généralisé³, et comme nous pourrions l'observer dans la suite de ce travail. Et ce d'autant plus que ces difficultés peuvent prendre de multiples formes et évoluer dans le temps ou selon le contexte. Par ailleurs, rappelons que, quelles que soient les diminutions ou pertes de capacités identifiées,

¹ Sur les notions « d'autonomie » et de « dépendance », voire les travaux de Jean-Yves Barreyre *et al.*, 1995 ; Christophe Capuano et Florence Weber, 2015 ; Caradec, 2020 ; Bernard Ennuyer, 2002, 2004, 2006 ; Thomas Frinault, 2005a, 2009, 2014 ; Jean-Claude Henrard, 2012 ; Pierre Vidal-Naquet, 2013 ; etc.

² Voir *Chapitre 1 - c) Mesurer la perte d'autonomie pour délimiter le public destinataire de la loi*.

³ Voir par exemple les travaux de Louis Arnaud (2020) ; Catherine Borrel (1999) ; Arnaud Campéon et Blanche Le Bihan (direction, 2013) ; Bernard Ennuyer (2001) ; Mantovani & *alii*, 2011 ; FMA, 2019 ; etc.

tout individu candidat à l'APA est majeur, et, à ce titre, considéré *a priori* « capable d'exercer les droits dont il a la jouissance » (Code civil, article 414). Les personnes âgées de plus de soixante ans ne bénéficient généralement pas d'une mesure de protection juridique exercée par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (Cruzet et Lebaudy, 2016), même si le constat d'un état de vulnérabilité importante peut inciter à suggérer ou à envisager la demande d'une mesure de protection juridique¹. Ce critère de catégorisation par la « perte d'autonomie » montre donc une palette de situations très diverses, tant par la nature que par l'ampleur ou par l'importance des difficultés identifiables, lesquelles peuvent d'ailleurs être accentuées ou atténuées selon le contexte dans lequel vit la personne concernée.

Le deuxième point commun entre ces personnes est leur âge : elles doivent avoir au moins soixante ans au moment de la demande (CASF, article R232-1)². La catégorie ainsi créée révèle des situations également très hétérogènes, puisqu'il n'est pas rare de rencontrer aussi des personnes âgées de cent ans, comme le montrent les enquêtes DREES³/INSEE⁴ qui recensent les données suivantes parmi les bénéficiaires vivant à domicile :

Tableau n°1. Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile, en décembre 2019 (DREES, 2020)

Âge des bénéficiaires	de 60 à 65 ans	de 65 à 69 ans	de 70 à 74 ans	de 75 à 79 ans	de 80 à 84 ans	de 85 à 89 ans	de 90 à 94 ans	95 ans et plus	Total
Pourcentage de bénéficiaires	2%	5%	8%	11%	20%	27%	19%	7%	100%
Population totale des personnes de plus de 60 ans	23%	22%	19%	12%	10%	8%	4%	1%	100%

Ces chiffres résonnent avec des propos d'agents départementaux qualifiant de « personne jeune » toute personne sexa- ou septuagénaire : près des trois-quarts des bénéficiaires de l'APA ont quatre-vingts ans ou plus. Vincent Caradec le soulignait déjà en 2007 :

1 Voir par exemple les situations de madame Franques, *Chapitre 2 – b*) ; madame Mallet, *Chapitre 6 – d*) ; madame Barbier, *Chapitre 8 – c*).

2 Article créé par le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Rappelons qu'une personne qui subit des pertes de capacités durables en étant âgée de moins de soixante ans peut être reconnue handicapée, et peut bénéficier à ce titre des aides prévues dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes. Ce peut être également possible pour une personne âgée de moins de soixante-quinze ans, sous conditions.

3 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

4 Institut national de la statistique et des études économiques.

Le « grand âge » est bien sûr une catégorie fort imprécise. (...) Mais on sait que l'âge chronologique n'est qu'un indicateur très grossier, et qu'il existe une grande variabilité interindividuelle aux âges élevés. Pour n'en prendre qu'un seul indicateur, les incapacités augmentent fortement après 80 ans sans pour autant concerner l'ensemble des personnes très âgées (par exemple, 43% des octogénaires et 76 % des 90 ans et plus ont besoin d'aide pour sortir de leur domicile), tandis qu'une frange de personnes plus jeunes rencontre le même type de difficultés (6% des sexagénaires et 15 % des septuagénaires) (Colin, 2001).

(Caradec, 2007 : 13, en note de bas de page).

Cette catégorisation par l'âge concerne donc des personnes âgées de 60 ans à plus de cent ans, soit un intervalle aussi important que celui de la période de vie professionnelle – ce qui peut correspondre, là aussi, une grande diversité dans les situations. « Le sens commun perçoit bien qu'entre le tout jeune sexagénaire et le nonagénaire affaibli, il n'y a guère de choses en commun, il y a donc plusieurs âges dans "le troisième âge" (...) » (Ennuyer, 2011 : 132).

Cette diversité au sein d'une même catégorie de public concernée par cette loi produit plusieurs effets pour les opérateurs de sa mise en œuvre : non seulement l'adaptation nécessaire à chacun d'entre eux, mais aussi la prise en compte de l'évolution possible, voire probable, des diminutions de capacités observées, en importance et en intensité. De plus, cette question de l'âge impacte aussi la présence et la disponibilité des personnes de l'entourage, en particulier celles que l'on nomme les « proches aidants », et dont les compétences se révèlent souvent précieuses dans la mise en œuvre de l'APA.

Aussi pouvons-nous esquisser une typologie de ces personnes âgées de plus de soixante ans et dont les capacités diminuent¹, telles qu'elles se présentent aux opérateurs départementaux à la suite d'une demande d'aide. Nous pourrions ainsi repérer la variété des situations que les agents metteurs en œuvre de l'APA rencontrent en fonction des interlocuteurs, de leur âge, et surtout de leurs limites ou de leurs incapacités, et examiner comment ces professionnels interagissent dans cette diversité. Cette typologisation ne vise pas à dresser une liste exhaustive des caractéristiques de cette population en général, mais à mentionner celles qui peuvent impacter de façon significative les possibilités de vivre à domicile, et/ou d'effectuer facilement les démarches administratives liées à une demande d'aide telle que l'APA. Elle s'appuie essentiellement sur les données recueillies au cours de la pratique observante et de l'enquête ethnographique, données éclairées par les travaux relatifs à cette période de la vieillesse, quand la diminution de capacités devient handicapante.

¹ Dans la suite de ce travail, l'expression « personne âgée » peut être utilisée pour faciliter la lecture, mais elle désigne bien des « personnes âgées de plus de 60 ans et dont les incapacités deviennent invalidantes ».

b) Des incapacités multidimensionnelles

Rappelons que la personne, avec l'avancée en âge, est susceptible de présenter une diminution de ses activités domestiques et sociales imposant un accompagnement et des aides sociales, une diminution de ses activités corporelles et mentales à l'origine de soins de base ou nursing et une poly-pathologie nécessitant des soins de santé ou soins médico-techniques. (...) Rappelons également qu'à un moment donné, une personne peut présenter une affection évolutive sans handicaps, présenter une affection évolutive et un handicap, être handicapée sans pathologie évolutive, ou le plus souvent sans affection évolutive et sans handicaps. (CNAMTS, 2008¹ : 3)

Les rédacteurs de ce guide d'utilisation de la grille AGGIR, destiné aux professionnels évaluateurs de la perte d'autonomie d'une personne candidate à l'APA, résumant ici différentes formes que peut prendre la diminution de capacités. Nous avons commencé à percevoir cette diversité dans la situation présentée en prologue, lorsque monsieur Gillot et madame Lucchesi expliquent comment les capacités de l'une compensent les incapacités de l'autre : « Je suis ses oreilles et il est mes jambes ».

Mais les diminutions de capacités ne concernent pas seulement la mobilité, et les « changements anatomiques, physiologiques et psychologiques qui apparaissent avec le passage du temps » dans le processus de vieillissement (Inpes, 2006 : 15, cité par Broussard, 2020 : 27) peuvent affecter d'autres fonctions. Et dans leur double mission d'évaluer l'éligibilité à la prestation et de proposer des aides adaptées à la situation, les agents départementaux apprennent à distinguer les capacités à faire et les capacités à décider de faire.

Incapacités à faire et capacités à décider

Madame Lucchesi, dont la situation est présentée dans le prologue, demande de l'aide à cause des douleurs qui l'empêchent de bouger autant qu'elle le voudrait, et elle est suffisamment consciente que l'aide apportée par son entourage devient malaisée ou risquée - par exemple pour son conjoint. Elle n'est pas en difficultés pour relater ces limites et ses incapacités, expliquer leurs conséquences dans sa vie quotidienne, exprimer les aides qui lui rendraient service pour atténuer ces difficultés : si ses capacités physiques diminuent, elle reste tout à fait capable de le reconnaître et de décider ce qu'elle souhaite ou non pour y remédier. Rechercher une réponse adaptée à ses besoins et à ses souhaits peut donc paraître simple *a priori* - dans la limite des compatibilités avec le cadre défini pour l'APA : il suffit d'en parler avec elle, et de

¹ Ce guide est construit à partir du « guide pratique antérieurement publié au Journal officiel en 2001 (...). Il a pour seul but de mieux préciser les observations nécessaires pour une correcte évaluation. Ces précisions ont fait l'objet d'une validation quantitative et qualitative qui a démontré leur utilité » (CNAMTS, janvier 2008 : 1).

l'écouter. Madame Quarrant, 87 ans, vit seule et a, elle aussi, des difficultés de mobilité. C'est à ce titre qu'elle bénéficie de l'APA depuis plusieurs années, pour être aidée à faire des courses, assurer les repas ou entretenir son logement. Comme elle comprend bien le dispositif, elle n'hésite pas à demander une aide supplémentaire pour pouvoir continuer à se rendre dans une maison de famille où elle a coutume de séjourner plusieurs fois dans l'année pour changer d'air, retrouver des amies de longue date, et s'adonner à quelques activités adaptées dans son jardin. Quand elle est là-bas, explique-t-elle, elle n'a pas besoin d'une aide professionnelle pour le quotidien, car elle s'arrange facilement avec son voisinage. Mais comme elle ne se sent plus capable de prendre la route seule sans danger, elle souhaite que l'APA puisse l'aider à payer quelqu'un pour l'y conduire. Comme madame Lucchesi, elle est consciente de ses limites et elle sait ce qu'elle souhaite pour y remédier : en l'occurrence, elle affirme avoir besoin de ces séjours alternés pour garder un équilibre de vie satisfaisant. Sa demande paraît cohérente avec un soutien à l'autonomie, mais elle est inhabituelle, et surtout non prévue dans le tableau des aides départementales financées par l'APA de façon forfaitaire¹. Sa demande devra donc être étudiée de façon spécifique par l'équipe médico-sociale. Monsieur Loisy expose aussi aisément ses difficultés quotidiennes et ses besoins. Âgé de 65 ans, il souffre d'une insuffisance respiratoire qui lui impose d'être en permanence sous assistance d'oxygène. Habitant au premier étage d'un vieil immeuble sans ascenseur, il ne peut plus sortir de chez lui depuis plusieurs années, et il explique facilement comment il s'organise :

« C'est pas compliqué, j'me débrouille. D'abord, j'ai une nièce pas trop loin qui vient parfois et qui peut m'faire les courses importantes. Et si j'ai besoin de quelque chose qu'est pas prévu, j'me mets à la fenêtre, et y a toujours quelqu'un que j'connais qui passe dans la rue, je l'appelle, j'lui demande, et y a pas de problème. C'est facile : j'vis dans le quartier depuis 40 ans, j'en connais du monde !
Mais j'aurais besoin d'aide pour le ménage : je n'y arrive plus, et j'ai besoin que ce soit très propre ».

(Notes de praticienne suite à visite à domicile avec assistante sociale, Conseil général F, Équipe S, Lundi 21 décembre 2009).

Monsieur Loisy sait aussi refuser, puis résister, et finalement accepter une des propositions de l'assistante sociale. Au vu de ses ressources, celle-ci lui propose d'utiliser le système de paiement direct qui permet au département de verser l'APA directement au service d'aide à domicile, ce qui lui éviterait de faire l'avance des frais ; mais ce système impose d'avoir une ligne de téléphone fixe, et monsieur Loisy ne veut pas payer pour une installation téléphonique. Et d'ailleurs, dit-il, il n'en a pas les moyens : il a de très faibles revenus et d'ailleurs il reçoit

¹ Voir *Infra*, Chapitre 5. – c) *Aménager localement les règles d'attribution*.

l'ASPA¹, il a un dossier de surendettement en cours, alors il ne peut pas payer l'installation ni l'abonnement mensuel du téléphone fixe. L'assistante sociale sait que cette installation ne fait pas partie des financements forfaitaires du département, mais elle considère que ce serait pourtant plus simple pour monsieur Loisy et la gestion de son budget. Et puis la ligne téléphonique permettrait aussi d'installer une téléassistance, insiste-t-elle, même si monsieur Loisy ne la demande pas, ni ne la souhaite, au contraire :

« Si j'en ai besoin, c'est que j'suis en danger de mort !?! Et alors ? J'aime autant que ce soit fait ! Vous croyez vraiment que j'souhaite vivre longtemps comme ça ? J'en ai bien profité : si ça doit s'arrêter maintenant, tant mieux ! »

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Conseil général F, Équipe S, Lundi 21 décembre 2009).

Il arrive finalement à se laisser convaincre d'installer une ligne téléphonique pour pouvoir bénéficier du paiement direct auprès du service d'aide à domicile : « à la condition que ça ne me coûte *rien* ! » insiste-t-il. Au vu des capacités de monsieur Loisy à exprimer ce dont il a besoin, ce qu'il souhaite, et ce qu'il refuse, l'assistante sociale peut facilement effectuer l'évaluation, rédiger une proposition de plan d'aide, et exposer son analyse de la situation à l'équipe médico-sociale, tenant compte de la position de monsieur Loisy lui-même.

Parfois, l'entretien peut se révéler plus délicat, par exemple quand la personne montre toutes capacités à décider pour elle-même, et semble être victime d'abus. C'est ce que je constate lors de ma première visite auprès de madame Franques, 89 ans, qui vit seule. Après les premières explications, j'aborde assez rapidement la demande d'enquête sociale que le procureur a transmise au président du conseil général, et madame Franques m'expose très facilement les circonstances de cet abus, que je résume ainsi dans le rapport d'évaluation :

Madame Franques signale avoir eu des problèmes de santé qui l'ont beaucoup affaibli et l'ont rendue dépendante. Il y a près de 2 ans, elle a eu un malaise, a fait une chute, et a été hospitalisée 3 mois (...). Elle apprécie d'avoir pu rentrer chez elle avec toutes les aides nécessaires, même si elle reconnaît avoir traversé une période difficile, avec parfois des étourdissements l'empêchant de se lever.

Elle indique que c'est dans ce contexte-là que l'aide-ménagère qui venait alors à domicile a abusé d'elle l'été dernier. (...)

Madame Franques a longtemps géré seule ses affaires, sans difficultés particulières. Mais elle reconnaît en avoir perdu l'intérêt et la capacité suite à sa maladie. Toutefois, elle ne souhaite pas avoir l'aide de quelqu'un pour l'aider à gérer ses biens.

Madame reconnaît ne pas avoir été vigilante, parce qu'elle n'était alors guère en bonne santé pour être attentive à ces questions-là. Elle précise aussi qu'elle est de toute façon peu méfiante, et constate donc que, même sans la maladie, elle n'aurait sans doute pas eu l'idée de soupçonner de vol des personnes venues l'aider. Elle indique avoir une nature confiante.

¹ ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées. Cette allocation vise à assurer un revenu minimum à toute personne âgée de plus de 65 ans (ou avant selon l'année de naissance). En 2021, son montant est de 906,81 € maximum par mois (articles L815-1 & suivants du Code de la sécurité sociale).

(...) Consciente du préjudice qu'elle a subi, et de la responsabilité inadmissible de son auteure, elle dit n'avoir pas voulu porter plainte contre cette femme, pour ne pas la mettre en difficulté parce qu'elle sait que celle-ci est mère d'un enfant.

En conclusion, Madame Franques semble être une femme de nature confiante, plutôt généreuse, sachant apprécier les aspects positifs de sa vie et relativiser les phases négatives.

Elle admet ne pas être assez vigilante dans ses comptes, mais dit aller suffisamment mieux aujourd'hui pour pouvoir maintenant « gérer sa maison » elle-même. Aussi une mesure de protection ne lui semble pas nécessaire.

Cependant, soulignant que son vieillissement ne va pas améliorer son autonomie, elle accepte volontiers la proposition de rester en contact avec le service pour envisager un soutien ou un accompagnement plus soutenu si nécessaire.

(*Rapport d'évaluation sociale en vue d'une mesure de protection juridique*, Mercredi 28 avril 2010).

La lucidité que donne à voir madame Franques tend à rassurer sur sa capacité à être plus vigilante à l'avenir, d'autant plus qu'elle exprime une conscience de sa vulnérabilité et accepte de garder un lien avec le service en vue d'éventuels besoins à venir. Et puis, la présence régulière et fréquente de professionnels auprès d'elle incite aussi à ne pas s'immiscer plus qu'elle ne le souhaite dans sa vie quotidienne : elle indique voir une infirmière tous les jours, une aide à domicile d'un service professionnel cinq jours par semaine pendant deux heures, une femme de ménage les dimanches, et son médecin toutes les quatre semaines. Madame Mourguet, en revanche, a résisté plus longtemps aux alertes de son banquier, pourtant venu la voir jusqu'à l'hôpital pour l'informer des mouvements d'argent importants et inhabituels sur ses comptes. Inquiète, et avec l'accord de madame Mourguet, l'assistante sociale de l'hôpital me contacte. Je connais alors madame Mourguet depuis bientôt deux ans : je suis allée la voir chez elle à plusieurs reprises, et nous avons parfois eu des discussions au-delà de ma mission première de travailleuse sociale. Nous avons déjà tissé ce que l'on peut appeler une relation de confiance : elle m'appelle quand elle a besoin d'une aide que je pourrais peut-être apporter, quand elle s'inquiète pour son voisin, elle me raconte divers épisodes de sa vie, elle me confie parfois des documents personnels pour tenter de régler un litige avec une administration... Et elle avait demandé à m'informer de cette hospitalisation. Lorsque je vais la voir à l'hôpital, elle m'explique tranquillement :

« Oui je sais, madame Rivet, je sais ce que vous allez me dire. Oui, j'ai donné les codes de ma carte de paiement à ma voisine, parce que comme vous le savez, ça fait un moment qu'elle fait toutes les courses pour moi. Elle vient me voir ici, elle s'occupe du chat... Alors je lui avais dit de s'offrir un cadeau. Bon, elle s'est offert un beau cadeau sûrement, en tout cas un peu cher. Et puis, d'après ce que dit le banquier, elle a recommencé. Je sais bien, je reçois les relevés, et je sais encore les lire - même si ça m'intéresse pas beaucoup. Et alors ? Qu'est-ce que vous voulez qu'en fasse, de cet argent ? J'vais pas l'emmener avec moi dans la tombe !?!?... ».

(Notes de praticienne suite à visite à l'hôpital, Jeudi 27 octobre 2011).

Madame Mourguet a alors 89 ans, et a pour toute famille une fille handicapée qui vit en établissement spécialisé, bénéficie d'une protection juridique, et qu'elle voit très peu depuis

qu'elle ne peut plus sortir seule de chez elle - un appartement au cinquième étage d'un immeuble sans ascenseur. Lors d'une première hospitalisation, en urgence, quelques mois plus tôt, une de ses voisines, madame Badot, était venue la voir à l'hôpital, lui avait apporté des livres, magazines ou vêtements, et elle avait continué à prendre soin de madame Mourguet après son retour à domicile, en assurant les courses. J'avais eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois madame Badot, et j'avais pu constater qu'au-delà des services rendus pour les courses, elle préparait aussi souvent des plats pour madame Mourguet, alors que celle-ci n'avait plus beaucoup le courage de cuisiner :

« Vous savez, je cuisine pour moi et les enfants, prévoir une part de plus, c'est rien ! Et puis, ça me donne l'occasion de venir voir madame Mourguet, je crois qu'elle apprécie, et on s'amuse bien toutes les deux ! ».

Effectivement, madame Mourguet semblait apprécier les visites de sa voisine, des moments que j'avais souvent vus joyeux et stimulants. Et, malgré mes incitations, elle n'avait pas sollicité le service d'aide à domicile à sa sortie d'hôpital, se satisfaisant des services de sa voisine. Quels que soient ses soucis de santé, son impossibilité à sortir seule de chez elle, et son mode de vie rudimentaire¹, madame Mourguet ne montre pas de diminution des capacités cognitives. Et si j'ai pu m'inquiéter parfois de sa situation et de ses choix, je n'ai jamais vraiment douté qu'elle les décidait en toute conscience, quels qu'ils soient². Elle me l'a d'ailleurs démontré jusqu'à notre dernière rencontre, après laquelle je notais dans mon carnet :

« Visite à domicile chez mme JM. À nouveau, elle me raconte des histoires de sa vie. Et aussi des anecdotes prouvant qu'elle n'est pas dupe de ce qui se passe autour d'elle ! Mais aujourd'hui, après son rendez-vous avec le banquier l'informant de l'état de ses comptes et des opérations effectuées, elle semble (enfin !) décidée à mettre un terme aux dérapages de sa voisine : elle ne doute pas que les retraits d'argent ont été faits par madame Badot, puisqu'elle sait lui avoir confié sa carte bancaire et le code. Bien consciente de ces abus, elle considère toujours logique d'avoir confié sa carte à sa voisine, et l'avoir autorisée à s'en servir pour se dédommager de l'aide et de la présence apportées. Elle n'imaginait pas que celle-ci puisse l'abuser à ce point, qu'elle effectuerait des opérations [*des virements de compte à compte*] sans l'en informer. Même si elle avait pu constater par ailleurs que cette dame "est bizarre", et que "c'est une menteuse" - elle me relate plusieurs anecdotes pour expliquer ces qualificatifs. Elle considère toujours que cette dame l'a beaucoup aidée pendant et après l'hospitalisation, à "venir la voir tous les jours" à l'hôpital et "trois fois par jour et pendant trois mois !" après son retour à domicile. Elle ne semble pas prête à porter plainte : sa priorité est d'empêcher que ça continue ; elle voudrait éviter la

¹ Rudimentaire au regard de nos critères actuels de confort : son appartement ne comporte pas de salle de bains ni de salle d'eau, et elle n'avait pas jugé nécessaire de remplacer le chauffe-eau lorsque celui-ci est tombé en panne. Comme beaucoup de personnes de sa génération, surtout dans ce quartier ancien de la ville, elle disait se contenter de ces équipements, peu différents de ce qu'elle avait connu dans sa jeunesse.

² Elle avait par exemple longtemps refusé de se faire opérer malgré les alertes des médecins, en sachant argumenter son refus.

confrontation, et elle imagine mal mettre madame Badot en difficultés. Je lui ai suggéré de contacter la tutrice de sa fille, et d'envisager un mandat de protection future. »
(Notes de praticienne suite à visite à domicile madame Mourguet, Mardi 29 janvier 2013).

Le rapide portrait de ces situations confirme que l'incapacité à réaliser l'ensemble des activités nécessaires à la vie quotidienne n'impacte pas systématiquement la capacité à comprendre, réfléchir, décider. Ces personnes ont besoin d'aide faute de pouvoir effectuer certains gestes, à cause de douleurs, de fatigues, de lenteurs, de limitations des mouvements, de faiblesses musculaires, voire de risques importants de chutes. Elles se retrouvent handicapées physiquement, elles ont une mobilité réduite et se retrouvent souvent dans l'incapacité, ou en grandes difficultés, pour quitter seules leur logement, et doivent « fournir beaucoup d'efforts pour un résultat... qui n'est pas à la hauteur de nos attentes... » (madame Maire, 96 ans). Ces personnes sont dépendantes, dans le sens défini par Marie-Ève Joël : « la dépendance, c'est la nécessité de recourir à l'aide d'un tiers pour effectuer les actes de la vie quotidienne » (2014). Pour autant, elles restent actrices et responsables de leurs choix, comme le rappellent Serge Clément et Jean Mantovani :

« Il est des manières de se définir en tant que vieille personne “dépendante” qui rentrent dans une stratégie d'obtention d'aide, dans laquelle la personne ne cède pas véritablement de son autonomie d'acteur : on peut "ne rien faire" au nom d'un handicap, tout en organisant, dirigeant, contrôlant l'aide dont on bénéficie. »
(Clément et Mantovani, 1999 : 103-104).

Elles sont donc encore autonomes, c'est-à-dire capables de prendre seules les décisions relatives à leur propre existence (Joël, 2014). Ce qui n'est pas tout à fait le cas d'autres personnes candidates à l'APA.

Difficultés à décider et/ou à mettre en œuvre les décisions

Tout en continuant à prendre les décisions qui les concernent, certaines personnes ne peuvent plus, ou ne souhaitent plus, s'occuper de la réalisation de ces décisions. C'est un peu le cas de madame Lucchesi, qui compte beaucoup sur sa fille pour assurer le bon déroulement de la procédure APA, entre souci des courriers administratifs et contact du service d'aide à domicile ou de l'association de téléassistance. Alors que monsieur Gillot, son conjoint, essaye de gérer lui-même toutes ces démarches, et n'hésite pas à contacter directement les prestataires ou le service départemental pour toute demande d'explication.

Cette tendance à compter sur des proches pour effectuer diverses démarches administratives est une posture fréquemment observée chez les personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA. Elle peut être due à du désintérêt, une forme de déprise (Barthe, Clément,

Drulhe, 1988 ; Clément, Mantovani, Membrado, 1996 ; Caradec, 2001 ; 2018 ; etc.), comme le donne à voir madame Tissot, qui vit dans un studio de foyer logement¹. Âgée de 101 ans, en surpoids, elle a beaucoup de mal à se lever et à se déplacer seule, même avec le déambulateur. Une infirmière vient tous les jours pour l'aider à faire sa toilette, à s'habiller, à prendre ses traitements, et une aide à domicile vient deux fois par semaine. Madame Tissot a trois filles qui se rendent disponibles pour venir la voir très régulièrement, mais comme elles ont aussi d'autres préoccupations familiales, elles souhaitent augmenter les rythmes de présence de l'aide à domicile auprès de leur mère. Au cours de l'entretien réalisé en présence de l'une de ses filles, madame Tissot se montre très vive, très réactive aux propos de sa fille ou de l'assistante sociale, n'hésitant pas à illustrer les propos de sa fille par des anecdotes ou des histoires de sa vie. Elle s'exprime facilement sur les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, et sur les aides déjà en place, très consciente de la présence régulière de ses filles ou petits-enfants. Et quand la discussion concerne les aides à modifier pour augmenter les venues de l'aide à domicile, elle manifeste rapidement son désaccord : « C'est bien assez, deux fois par semaine ! Pourquoi veux-tu qu'elle vienne plus souvent ? » demande-t-elle vivement à sa fille. Alors que l'assistante sociale tente de la rassurer, de lui expliquer que ses filles viendront toujours la voir, et qu'elles pourront faire autre chose avec elle, madame Tissot regarde les photos accrochées au mur, et tente de détourner la conversation, de parler d'autre chose, en racontant comment son dernier petit-fils « fabrique toujours l'enveloppe lui-même quand il m'écrit ! ». Comme si elle ne voulait pas entendre parler de modifications dans son organisation de vie. Ou bien, qu'elle ne voudrait pas donner son accord pour une organisation qu'elle n'a pas décidée, et qu'elle ne souhaite pas. Jusqu'au moment où elle semble lâcher, et comme pour sortir de cette conversation, elle s'adresse directement à moi et questionne ma présence, en laissant sa fille et l'assistante sociale continuer leurs échanges, manifestant une sorte de désintérêt à ce qu'elles pourraient décider. Madame Tissot ne refuse pas franchement les aides qui sont discutées là. Elle semble plutôt ne pas vouloir modifier l'existant : elle est satisfaite de ce qui existe et ne voit pas l'intérêt d'y changer quoi que ce soit. Que la situation de ses enfants change lui est d'autant plus difficile à entendre que ceux-ci ont décidé de ne pas tout lui dire « pour ne pas l'inquiéter », confie en aparté la fille à l'assistante sociale. Et puis, de toute évidence, ces questions matérielles n'intéressent plus madame Tissot :

¹Appellation déjà obsolète au moment de cet entretien à domicile, mais toujours utilisée, le « Foyer logement » est un établissement médico-social accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans, seules ou en couple, et suffisamment autonomes pour vivre dans un logement indépendant. Ces établissements sont devenus « Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) », puis « Résidence autonomie » avec la loi de décembre 2015.-

« Qu'est-ce que vous voulez, moi, j'suis pas mal ici (...) Et quand mes enfants viennent, on peut aller faire un tour dans le parc, parfois ils m'invitent chez eux pour un anniversaire... Que voulez-vous que j'demande de plus ? (...) J'sais pas ce qu'on fait sur la terre à cet âge-là, mais puisque j'y suis, j'vais pas me compliquer la vie ! ».
(Visite à domicile avec l'assistante sociale, Conseil général F, Équipe N, Vendredi 10 octobre 2014).

Et ne pas se compliquer la vie, pour elle, ce serait de conserver les aides comme elle s'y est habituée puisqu'elle en est satisfaite. Devant l'insistance de sa fille, elle va finalement accepter ce que celle-ci propose et va mettre en place : un troisième passage hebdomadaire de l'aide à domicile, et un remboursement partiel des protections. Dans ses paroles et ses attitudes, madame Tissot donne l'image d'une personne consciente des incapacités qui l'empêchent de faire ce qu'elle aimait, et qui à la fois s'en lasse et s'en arrange. Consciente et satisfaite de la présence de ses enfants, auprès desquels elle manifeste à son tour une réelle attention, elle sait s'appuyer sur eux pour effectuer les tâches qu'elle désinvestit peu à peu. Une attitude qui correspond au phénomène de déprise tel que le définit Vincent Caradec,

[Un] processus de "réaménagement de la vie" qui se produit lorsque les personnes vieillissent et se trouvent confrontées à une fatigue plus prégnante, à des problèmes de santé accrus, à des difficultés physiques croissantes ou encore à une diminution de leurs opportunités d'engagement. Elles sont alors amenées à abandonner certaines activités, qu'elles peuvent chercher à remplacer par d'autres qui leur sont plus accessibles, tout en s'efforçant de conserver les activités à leurs yeux les plus significatives.
(Caradec, 2003a : 59).

Ce réaménagement de la vie peut consister non seulement à délaisser des activités pour en maintenir d'autres (Barthe et *al.*, 1988 ; Clément et *al.*, 1996 ; Clément, Mantovani, 1999 ; Caradec, 2004, 2007a, 2007b ; Clément et *al.*, 2018), mais aussi à économiser des forces pour « centrer ses efforts sur les relations qui "comptent" le plus, ou sur les déplacements et les activités qui ont le plus de sens pour la personne » (Clément, 2003 : 15). Et l'on comprend alors que madame Tissot renonce finalement à l'organisation des aides pour prioriser les relations avec ses enfants et petits-enfants. Mais ce réaménagement, cette réorganisation peut aussi consister à aménager une « routinisation », celle-ci se manifestant par « une polarisation de la pensée sur un petit nombre de contenus ou d'activités » et par « l'installation d'un ordre fixe et rigide dans tout ce qui fait partie de l'univers proche et familial » (Bouisson, 2007). Pour cet auteur, la routinisation serait une « réponse fréquemment observée dans les situations extrêmes » face à un « sentiment de vulnérabilité »¹ (Cordeiro, 1993, cité par Bouisson, 2007 :

¹ « L'émergence du sentiment de vulnérabilité intervient dans un contexte particulier de perte des repères les plus familiers, perte pouvant se situer tout autant dans l'environnement externe (décès de proches, du conjoint, perte de rôles sociaux, etc.) qu'interne (altération de l'état de santé, atteintes organiques, déficits cognitifs, etc.) et se traduisant généralement par un ébranlement identitaire plus ou moins grave et une chute de l'estime de soi. Dans l'impossibilité, désormais, d'utiliser ses moyens et son expérience antérieure pour faire face à sa nouvelle réalité, une profonde tension

108). De même, le désaccord de madame Tissot quant aux modifications envisagées par sa fille peut aussi être compris comme un « refus de toute nouveauté et de l'imprévu, dans un univers le plus stable possible, un rétrécissement du champ des intérêts accompagné d'une polarisation de la pensée sur les préoccupations personnelles du sujet... » (Bouisson, 2007 : 114), lequel peut correspondre à un besoin de sécurisation plus important. Il importera alors d'être attentif à ces attitudes de priorisation, de routinisation, à « l'aspect essentiel et vital que peuvent avoir les routines chez certaines personnes âgées » (Bouisson, 2007 : p 121), car comme l'écrit Pasqualina Perrig-Chiello :

« ... plus la personne avance en âge, plus elle attache une importance à un déroulement rythmé des journées, des semaines et des années. Grâce à ce rythme qui scande les diverses activités temporelles de sa vie, la personne âgée cherche à rendre sa vie plus prévisible et donc mieux contrôlable. (...) »

(Perrig-Chiello, 1997 : 41, cité par Bouisson, 2007 : 121).

Ces adaptations aux conséquences du vieillissement se retrouvent d'une certaine manière, mais de façon très différente, dans les comportements de monsieur et madame Achard. Le couple vit avec leur deux fils, âgés d'une vingtaine d'années, dans un immeuble ancien. Leur fille vit dans la même commune, et s'organise pour être toujours présente lorsque nous venons voir ses parents. Monsieur Achard est très malade, et ne quitte plus beaucoup son lit depuis son retour d'hôpital : il ne se lève et ne se déplace qu'avec le soutien de ses proches ou de l'infirmier, lequel vient quotidiennement pour des soins et une aide à la toilette. Éligible à l'APA, monsieur Achard pourrait bénéficier d'aides humaines et techniques pour faciliter ses déplacements et le soutenir dans les actes de la vie courante. Mais le choix de ces aides est difficile à définir, car le logement est encombré de toutes sortes d'objets que madame Achard récupère et stocke, pour les envoyer dans la maison qu'ils ont fait construire dans leur village d'origine, dit-elle : la pièce de séjour, les chambres, une partie de la cuisine, sont remplies jusqu'au plafond¹ ; deux passages relativement dégagés permettent à monsieur Achard de circuler depuis son lit jusqu'à la salle de bains ou les toilettes. Et il y a toujours une ou deux chaises débarrassées et accessibles quand j'annonce ma venue. Madame Achard dit facilement être d'accord pour faire ce que nous lui demandons : fournir un document, signer un papier, accepter une aide à domicile, etc. Et, surtout, faire de la place pour que les professionnels puissent intervenir efficacement auprès de son mari, et ainsi rendre le logement plus salubre - car le ménage est évidemment limité aux parties accessibles, laissant place à une faune

apparaît au sein du moi, en relation avec une anxiété d'autant plus élevée que ses ressources propres ne suffisent plus à garantir sa sécurité de base ou que, redoutant de nouvelles pertes, il en vient à se sentir de plus en plus fragilisé dans sa sécurité interne. » (Bouisson, 2007 : page 110).

¹ Madame Achard exprimerait là des symptômes du syndrome dit « de Diogène ».

indésirable¹ dans les endroits moins visibles. À l'occasion d'un entretien dans l'appartement, accompagnée de la responsable d'un service d'aide à domicile, celle-ci lui propose de mettre à disposition une personne et un véhicule pour l'aider au nettoyage du logement. Mais d'une visite à l'autre, le logement continue à se remplir plus vite qu'il n'est vidé et assaini. Monsieur Achard se dit bien trop affaibli et fatigué pour canaliser les obsessions de sa femme. Les enfants se montrent très volontaires pour mettre de l'ordre dans ce logement, mais ils ne veulent pas, ou ne peuvent pas, s'opposer à leur mère. C'est finalement une injonction du service d'hygiène de la commune, adressée par courrier recommandé et suivie d'une visite des lieux par la cheffe dudit service, qui va donner des arguments aux enfants pour passer outre les résistances de leur mère - et ainsi permettre de mettre en place les aides dont leur père a besoin. Dans cette situation, monsieur Achard reconnaît ses besoins d'être aidé du fait d'incapacités importantes, il souhaite et accepte les aides qui lui sont proposées, mais il n'est pas en capacité de les mettre en œuvre lui-même. Il lâche prise sur toute une organisation matérielle qui pourrait pourtant lui faciliter la vie quotidienne, et ne peut contrarier « le besoin de ranger, de classer chaque chose à une place attitrée, de ne plus rien changer à l'intérieur de la chambre et de la maison, de se cramponner aux biens matériels, (...) » (Bouisson, 2007 : 114), tel que l'exprime son épouse. En ce qui le concerne, les mêmes incapacités justifient son éligibilité à l'APA et l'empêchent d'en bénéficier. C'est une situation qui se produit fréquemment, et pour tenter de résoudre ce paradoxe, les agents départementaux sollicitent fréquemment la famille proche, comme nous le verrons plus loin. Mais cette sollicitation ne suffit pas toujours pour apporter des réponses concrètement efficaces, comme le révèle la situation de monsieur Achard : des comportements parfois incompréhensibles, des pathologies, ou des relations familiales spécifiques (absence, éloignements, conflits, ...) peuvent présenter des caractéristiques qu'il faudra alors chercher à démêler.

Incapacités ou désintérêts à décider ou à faire

Et puis il y a des personnes qui ne semblent plus être en capacités de décider ou de mettre en application des décisions les concernant. Ou dont les choix et décisions paraissent inadaptés, irréalistes, voire dangereux. Des personnes qui sont en situation de « perte d'autonomie », selon la définition qu'en donne Marie-Ève Joël : « La perte d'autonomie, c'est la réduction de la capacité à se gouverner soi-même et à prendre seul les décisions relatives à sa propre existence. » (2014). Les causes peuvent être diverses et parfois se cumulent : des incapacités

¹ Une aide à domicile ou moi-même avons eu l'occasion de voir circuler cafards, rat, ou souris, entre les piles d'objets.

physiques, une faiblesse musculaire importante, une fatigue morale ou psychique, comme le donne à voir monsieur Achard. Il apparaît conscient de ses déficiences, de ses besoins d'être aidé, mais pour autant, il n'exprime pas de souhaits particuliers, ni de résistances, et semble accepter sans les commenter les organisations envisagées par sa femme, par ses enfants, ou par des personnes extérieures à la famille tels que les professionnels médico-sociaux. Il est même assez coopératif avec eux, et semble se contenter de ce qui est. C'est un peu le cas aussi de madame Paulet, laquelle montre toutefois beaucoup plus de résistances aux changements proposés. Âgée de 87 ans lors de notre première rencontre, madame Paulet vit dans le même logement depuis une soixante d'années, depuis qu'elle avait ouvert un commerce avec son mari en pas-de-porte du même immeuble. Son appartement est situé au premier étage, et sa fille logeait au 3^{ème} étage du même immeuble, avec son conjoint. Depuis le décès de cette fille unique, son gendre prenait soin d'elle avec attention. Lorsque celui-ci est soudainement hospitalisé avec un retour au domicile peu probable à court ou moyen terme, madame Paulet se retrouve seule. Conscients de cette situation, ses voisins assurent l'urgence et signalent sa situation d'isolement aux services sociaux. Dès ma première visite, madame Paulet m'ouvre facilement sa porte et répond à mes questions sans résistances. Je comprends assez vite alors que son gendre assurait toutes les tâches lui permettant de rester chez elle dans de bonnes conditions : lui rendre visite plusieurs fois par jour, lui faire des courses, lui préparer des repas, le partager avec elle parfois, effectuer les démarches administratives et assurer les paiements nécessaires, l'accompagner faire des soins si besoin, etc. L'état de l'appartement, qu'elle propose de me faire visiter, laisse supposer qu'elle sait le tenir propre et relativement rangé : des pièces non encombrées, hormis quelques piles de documents administratifs sur la table du séjour, documents que son gendre avait l'habitude de consulter, me dit-elle. Elle ne semble pas en difficulté financière, puisque lorsque je lui demande comment elle fait ses courses, elle me montre sans hésiter la réserve de billets empilés dans une boîte en fer blanc rangée dans un placard de la cuisine¹... L'urgence me semble donc être d'assurer l'intendance pour qu'elle puisse se nourrir correctement, et de prévoir des visites régulières - car lorsqu'elle me demande d'aller voir s'il y a du courrier dans la boîte à lettres, j'en déduis qu'elle ne sort plus de chez elle et ne voit donc plus grand-monde. Sa façon de me parler d'Henri, son gendre, m'indique sa difficulté à comprendre la réalité : je l'ai informée de son hospitalisation, pour une durée indéterminée, du fait qu'il ne pourra pas revenir la voir avant plusieurs semaines, mais elle ne

¹ Un geste qui m'alerte sur sa vulnérabilité : il y avait là une somme d'argent importante, plusieurs billets de 50 et 20 euros, dont elle me dévoilait l'existence sans aucune réserve alors que j'étais chez elle depuis seulement quelques minutes.

cesse de me demander, avec insistance et parfois énervement : « Mais pourquoi il ne vient pas me voir ? Il est où, Henri ? Quand est-ce qu'il vient me voir ? »... Ces questions reviennent comme une rengaine à la fois triste et inquiète, parfois coléreuse. Et ponctuent chacune de ses réponses à ma proposition questionnée :

« Madame Paulet, comme Henri ne va pas pouvoir venir vous voir dans les prochains jours, il faudrait demander à quelqu'un de venir faire vos courses pendant ce temps-là : qu'en pensez-vous ? ».

Elle ne veut pas en entendre parler : elle veut voir Henri. Par moments, elle refuse, s'emporte, semble perdre un peu la tête, puis s'adoucit, se plaint, s'excuse presque... en devient touchante. Madame Paulet est consciente qu'elle a besoin d'aide, elle sait ce qu'elle veut et elle sait l'exprimer : voir Henri, retrouver son quotidien ponctué par les visites de son gendre. Mais ce qu'elle exprime n'est plus réalisable au regard de la situation dans laquelle elle se trouve désormais. Et elle semble ne pas vouloir ou ne pas pouvoir le comprendre. Elle mettra plusieurs mois à reconnaître le fait que son gendre est à l'hôpital et qu'il ne peut plus venir la voir. Et tant qu'elle en mesure mal les conséquences pour l'organisation de sa vie quotidienne, il faudra rechercher comment répondre à ses besoins autrement qu'elle ne le désire, tout en respectant ses propres limites. Car

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond (Amyot et Villez, 2001 - cité par Ramos-Gorand, 2016 : 38-39).

Avec ce souci d'équilibre entre la « liberté de choisir » et le « prix d'un certain risque », la recherche d'une solution adaptée est permanente pour ces personnes dont les « capacités cognitives » sont incertaines, entre confusions, oublis, pertes de repères, et ce d'autant plus, peut-être, quand elles sont isolées. Ce n'est pas le cas de monsieur Ariba, qui vit avec son épouse : installé quotidiennement dans un fauteuil roulant manuel par les infirmières du SSIAD¹, il n'est plus en capacité de s'exprimer, et ne répond plus ou guère aux sollicitations, si ce n'est quelques rares réactions quand sa femme ou les infirmières lui font faire quelques mouvements. C'est donc sa femme qui effectue toutes les démarches et prend toutes les décisions le concernant. Elle fait tout ce qu'elle peut pour que son mari puisse continuer à vivre avec elle, dans l'appartement familial : elle lui donne à manger, aide les infirmières aux transferts et à la toilette, veille sur lui presque en permanence. C'est donc avec elle que sont

¹ SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

réfléchies et décidées les aides à envisager. Et malgré les douleurs physiques qui soulignent ses 78 ans, madame Ariba ne veut absolument pas se séparer de son époux :

« Je me suis occupée de ma mère, de ma belle-mère, j'ai tout fait pour elles jusqu'au bout, et vous voudriez que j'ne m'occupe pas de mon mari ?! Jamais ! Il restera avec moi jusqu'au bout ! »

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mercredi 02 novembre 2010).

Enfin, certaines personnes ne se reconnaissent aucune difficulté ni incapacités : elles ne peuvent donc pas demander une aide quelconque. Ce sont alors les proches, souvent conseillés par des professionnels, ou parfois des professionnels eux-mêmes, qui sollicitent ou interpellent le service d'aide sociale pour de l'aide ou des conseils. C'est ainsi que l'infirmière se rend au domicile de monsieur Lamu, où je l'accompagne. Nous y sommes accueillies par madame Lamu, et prenons place autour de la table dans leur séjour, où monsieur Lamu nous rejoint. Il ne montre aucune incapacité physique, et semble en capacités de converser. Quand l'infirmière l'interroge sur les raisons et les résultats de son hospitalisation récente, dont elle a eu connaissance dans le dossier de demande, nous ressentons rapidement des tensions entre lui et son épouse, laquelle reprend et corrige sans cesse les propos de son mari, provoquant ainsi de vives réactions de la part de monsieur Lamu. Lui-même n'hésite pas à relater dans le détail les nombreux troubles dont il se dit atteint, mais dès que l'infirmière le questionne sur les conséquences de ces troubles dans sa vie quotidienne, il répond seulement que tout va bien et qu'il n'a besoin d'aucune aide. Les réactions de madame Lamu, verbalisées ou non, signalent que le quotidien n'est pas si simple, et pendant que nous visitons le logement, elle se rapproche de l'infirmière pour lui signifier qu'elle n'en peut plus, qu'elle est épuisée par son comportement, et qu'elle n'ose plus sortir de peur de le laisser seul, qu'elle a besoin de souffler... De retour autour de la table dans le séjour, l'infirmière tente de reformuler les propos de madame Lamu en propositions d'aides diverses - que monsieur Lamu refuse catégoriquement en critiquant sa femme :

« Pourquoi voulez-vous que quelqu'un vienne l'aider ? Elle en a pas besoin ! Elle a tout ce qu'il faut ! (...) Mais moi non plus, j'ai pas besoin d'aide ! J'attends les résultats des médecins, c'est tout ! ».

(Visite à domicile avec l'infirmière, Conseil général F, Lundi 27 octobre 2014).

À l'issue de cet entretien, l'infirmière m'explique avoir lu dans le dossier de demande d'APA qu'au cours de l'hospitalisation « pour de soi-disant problèmes digestifs : ils n'ont rien trouvé. De ce côté-là, il n'a rien, ce monsieur ! ». Mais l'équipe médicale a repéré des troubles cognitifs et psychiatriques, avec agressivité, et a préconisé une hospitalisation dans un service spécialisé pour confirmer et affiner le diagnostic. Ces éléments lui permettent de comprendre le comportement de monsieur Lamu, mais elle ne parvient pas pour autant à ce qu'il accepte une

aide. Monsieur Lamu semble incapable de reconnaître qu'il a des troubles du comportement, lesquels entraînent des difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne, ne serait-ce que pour assurer sa sécurité. Il ne peut pas voir non plus les conséquences pour son épouse. Dans ce type de situation, la connaissance d'un diagnostic, voire d'un suivi médical, est un élément important pour éclairer l'agent départemental sur les possibilités de compréhension et de décision de la personne rencontrée. En l'occurrence, l'infirmière recherche ici les moyens d'aider madame Lamu à faire face en attendant les résultats des investigations médicales et les préconisations qui en suivront. Lorsque ces explications médicales sont absentes ou inconnues, la professionnelle doit mobiliser d'autres ressources pour proposer l'aide nécessaire et acceptable par la personne concernée.

Car ces refus de toute proposition d'aide, ces affirmations d'absence de besoins pour une aide extérieure à leur univers habituel sont fréquentes, même sans troubles cognitifs ou psychiatriques. Elles font même souvent partie des propos exprimés dès les premiers échanges lors de l'entretien à domicile. Or, comme l'évoquent les situations présentées, ces affirmations peuvent s'exprimer et évoluer différemment selon la nature des incapacités : qu'elles soient de nature physiques ou sensorielles, psychiques, ou intellectuelles, leurs effets n'auront pas la même incidence. La question du risque de mise en danger peut alors se poser avec plus ou moins d'évidence et d'intensité. Dans les situations relatées, les risques concernent surtout les personnes elles-mêmes, voire leur proche dans la situation de monsieur et madame Lamu, ou de monsieur Ariba. Mais le risque de danger peut aussi concerner l'environnement de la personne candidate à l'APA, comme je le découvre lors de l'appel téléphonique d'un bailleur :

Appel de madame Roman, CESF chez un bailleur social, à propos d'une de leurs locataires, madame Gaberelle.
Plusieurs voisins l'ont appelée, très inquiets du comportement de madame G :
- elle tient des propos incohérents
- elle n'a aucune notion de l'heure, et peut venir les alerter en pleine nuit - par exemple quand elle n'arrive pas à rentrer chez elle
- elle répond tout le temps à l'interphone, et laisse entrer tout le monde, des jeunes, des passants,¹ ...
- elle laisse la porte d'entrée ouverte jour et nuit, quelle que soit l'heure
- ils s'inquiètent pour le gaz et pour les bougies qu'elle peut laisser allumées dans l'appartement
- ils se demandent aussi comment elle mange, car elle vient souvent leur réclamer quelque chose, alors que ses enfants viennent la voir régulièrement et font les courses pour elle
- la situation se dégrade +++
- madame G peut errer dans le quartier, en tenue négligée, comme en errance
De plus, elle a une dette de loyer importante.

¹ L'immeuble est situé dans un quartier très touristique.

Elle ne peut plus vivre de façon autonome.

(Notes de praticienne à la maison du département, Lundi 14 juin 2010).

Nous ne connaissons pas son état de santé, mais ces propos laissent supposer que madame Gaberelle n'est plus en capacités de prendre des décisions adaptées et sécurisantes pour elle-même comme pour son entourage. Aussi, avant d'aller la rencontrer, je cherche à compléter ces informations pour mieux évaluer la situation, en contactant d'une part l'assistant social du CCAS¹, et l'assistante sociale de polyvalence qui l'ont connue précédemment, et d'autre part deux des enfants de madame Gaberelle dont nous avons les coordonnées. Ces échanges, et la visite à domicile effectuée ensuite avec madame Roman et l'un des fils de madame Gaberelle, confirment l'insouciance de cette dernière, et son inconscience des dangers que peut provoquer son comportement - pour elle-même comme pour autrui. Encore alerte physiquement, elle vaque à diverses déambulations, ne voit pas qu'un feu de la gazinière reste allumé alors que la casserole posée dessus est vide, ni qu'un trou est apparu dans le plafond d'une pièce sans qu'elle puisse en donner l'origine. Elle nous assure que tout va bien et qu'elle arrive très bien à se débrouiller, qu'elle n'a besoin d'aucune aide.

Ce type de situation place l'agent départemental dans une position délicate, entre respect de la liberté et protection des personnes, deux postures qui peuvent se contredire (Hennion et *al.*, 2012). Et cette recherche d'équilibre entre des intérêts contradictoires peut concerner toutes sortes de risques liés au maintien à domicile d'une personne dont les capacités sont insuffisantes pour y vivre sans danger, pour elle-même et/ou pour les autres : relations familiales, perturbations sociales, importance des soins, nécessité de stimulation, etc. Et ce d'autant plus que les situations peuvent rapidement évoluer.

c) Des situations instables

Vieillir... C'est quand on s'aperçoit qu'on ne peut plus faire ce qu'on veut, qu'on a descendu une marche, ... Et que, quand on commence à s'y habituer, on s'aperçoit qu'on en a encore descendu une autre !

(Notes de praticienne, Madame Maire, 96 ans, Jeudi 29 août 2013)

Quelles que soient les difficultés rencontrées par ces personnes, la position de refus d'aide est rarement figée, et les changements d'avis peuvent même être fréquents, comme nous l'a fait vivre monsieur Gillot et, dans une moindre mesure, sa compagne madame Lucchesi. Lors de la première visite à domicile, tous deux étaient informés de notre venue, à la fois par le courrier

¹ CCAS : Centre communal d'action sociale.

leur annonçant officiellement, et par la présence de leur enfant respectif. Aussi se sont-ils préparés à cette venue d'agents départementaux à leur domicile, et ils nous reçoivent avec attention et courtoisie. Et même s'ils disent ne pas très bien comprendre pourquoi nous sommes là, même s'ils semblent douter de ce que nous pouvons faire pour eux, ils ont accepté en conscience le principe de notre présence, et semblent même contents de nous accueillir. Une fois les explications données par l'infirmière, ils expriment assez facilement les difficultés rencontrées au quotidien du fait de leur état de santé respectif, s'amusant presque de leur complémentarité - l'un ou l'autre rappelant à plusieurs reprises qui « a des jambes » et qui « a des oreilles ». Pour autant, ils se montrent d'abord peu demandeurs d'une aide quelconque, estimant qu'avec la présence de la femme de ménage, l'attention des voisins, et la proximité de la fille de madame Lucchesi, qui habite dans le même quartier, ils arrivent à pourvoir à leurs principaux besoins. Aussi refusent-ils rapidement plusieurs propositions d'aides supplémentaires. Et puis, au fil de la discussion, monsieur Gillot en vient à formuler des demandes spécifiques pour compenser le handicap de sa mauvaise audition. Et finalement, l'un comme l'autre accepte facilement des propositions d'installations ou de service visant à limiter les chutes ou leurs conséquences : barres d'appuis dans le couloir, siège adapté pour la baignoire, téléassistance. Mais tous deux refusent fermement l'aide d'une autre personne qui viendrait plus fréquemment dans la semaine. Ce refus ne semble pas convenir à leurs enfants, puisque ceux-ci nous adressent un courriel un mois après cette première visite :

« Nous avons convaincu nos parents pour la femme de ménage. La personne qu'ils emploient refusant catégoriquement les chèques emploi service, nous avons décidé d'inscrire au dossier 4 heures par semaine pour chacun d'eux, le travail étant réalisé par l'entreprise *Aidomicile* qui s'occupe déjà de la toilette de mon père. « Si vous voulez bien compléter les dossiers avec ces éléments, je pense que tout sera en ordre.

« Vous pouvez m'adresser des mails sans difficulté. Idem pour la fille de madame Lucchesi.

« Bien cordialement »

(Notes de praticienne, courriel de monsieur Gillot fils, Lundi 15 février 2010).

Cette demande est prise en compte comme énoncé lors de la réunion d'équipe médico-sociale du lendemain, et une proposition de plan d'aide leur est donc adressée avec les éléments suivants :

- aide à la personne : 16 heures par mois par un service prestataire
- téléalarme : installation et abonnement mensuel
- siège pivotant de baignoire
- pose de barres d'appui

Mardi 23 février, la fille de madame Lucchesi me contacte par téléphone pour demander des explications, et m'informer que sa mère et monsieur Gillot « ne veulent plus entendre parler

du siège de la baignoire ». Soit. Nous modifions cette proposition. Six mois plus tard, le fils de monsieur Gillot nous écrit à nouveau :

« Je vous contacte à propos du dossier engagé pour mon père, monsieur Gillot.
« J'ai de grosses difficultés pour mettre en œuvre ce que nous avons décidé. Les repas et la rampe sont installés, cela ne pose pas problème.
« En revanche, il y a un refus de porter les bracelets de sécurité [*téléassistance*], alors que mon père est encore retombé. Les flashes installés pour la sonnette de la porte d'entrée et de l'interphone ont été débranchés alors que mon père est sourd ainsi que je l'avais signalé. »
« Par ailleurs, il refuse toujours une femme de ménage "officielle". (...) »
« Mon père me dit qu'il va essayer de vous joindre car le conseil général doit faire ce qu'il veut !!! (...) »
(Notes de praticienne, courriel de monsieur Gillot fils, Lundi 9 août 2010).

Au cours de ces semaines, les échanges avec monsieur Gillot ou madame Lucchesi, avec le fils de l'un ou avec la fille de l'autre, se succèdent ainsi par téléphone ou par courriel, parfois suivis de déplacements à domicile, pour demander des modifications ou des explications, ces dernières pouvant entraîner de nouvelles modifications. Tous deux ont effectivement des diminutions et des pertes de capacités physiques (mobilité, souplesse ou force dans les mouvements, audition, ...), et ils en ont conscience. Mais ils manifestent toute capacité à décider, et savent exprimer clairement accord, désaccord, ou souhait - même si la présence de leur enfant respectif est précieuse pour décoder certains aspects administratifs de cette procédure, et/ou mettre en actes les décisions prises. Après avoir exprimé quelques résistances dans un premier temps, ils acceptent assez rapidement le principe d'aides financées par le conseil général. Mais le choix des aides est fluctuant, et ce qui peut être discuté et accepté oralement à un instant T, peut être contesté ou/et incompris quelques jours plus tard à la réception du courrier récapitulant ces décisions par le service départemental. Ces hésitations, ces ambivalences dans les choix, peuvent être une façon d'affirmer une capacité à décider pour soi-même, malgré la nécessité d'abandonner certaines activités :

Au final, il apparaît que l'épreuve du grand âge consiste à faire face aux contraintes croissantes qui surgissent au fil du temps afin d'abord de conserver aussi longtemps que possible des activités qui font sens, ensuite de préserver le sentiment de sa propre valeur et enfin de maintenir des espaces de familiarité avec le monde.
(Caradec, 2007a : 6).

Cette versatilité dans les décisions manifesterait alors une tentative de

faire face à l'emprise institutionnelle, aux normes et aux valeurs qui l'animent, à l'avènement de la maladie et/ou à la disqualification sociale qui leur est infligée, en développant de la résistance visant à sauvegarder leur sentiment d'identité et leur autonomie. En ce sens, la reprise devient le signe d'un certain contrôle que chacun exerce sur sa vie (Drulhe et al., 2007).
(Meidani et Cavalli, 2018 : 11).

Ces changements de points de vue peuvent aussi être liés aux appréhensions face à cette nouvelle étape de vie souvent mal connue, et peu ou pas préparée, comme je le découvre lors d'un entretien :

Visite à madame Gras. Pas de demande particulière. Elle voulait surtout faire connaissance avec moi. Madame est "angoissée", me dit-elle, et elle préfère savoir à qui elle parle.

Je réalise à quel point ces personnes peuvent être vulnérables

Inquiètes... Notre présence, nos visites, même ponctuelles et brèves semblent pour elles des instants de répit, de paroles - de soulagement ?

(Visite à domicile, Jeudi 08 avril 2010) -

Mais ces décisions fluctuantes peuvent aussi être liées aux difficultés à comprendre les règles et subtilités de la procédure liée à l'APA, parce que la procédure est réellement complexe quand il s'agit de la traduire en actes, comme le souligne par exemple les auteurs du rapport de recherche réalisé pour la DREES-MiRe-CNSA en 2011 :

Le dispositif APA apparaît souvent complexe, de compréhension difficile pour les plus vieux, leur famille (et différents professionnels).

(Mantovani & *al.*, 2011 : 5).

Et effectivement, quand la loi instaurant l'APA est mise en œuvre en janvier 2002, les services et les agents départementaux ne sont pas encore habitués aux règles et aux logiques de cette nouvelle prestation, ce qui a pu provoquer des erreurs parfois aux dépens des bénéficiaires, comme m'expliquait une collègue en amont d'un rendez-vous avec une famille qui avait justement fait les frais de cette méconnaissance :

Tu comprends, au début, on comprenait pas bien comment ça marchait l'APA, alors on faisait l'évaluation, le plan d'aide, et on suivait pas trop c'qui s'passait... On n'y comprenait pas grand-chose à ces grilles, ces GIR, ces plans d'aide... Alors on pouvait pas expliquer correctement aux gens !

On en a fait des boulettes... et on n'a pas toujours pu rattraper ! »

(Assistante sociale, Conseil général F, Équipe S, Mardi 27 septembre 2011).

Complexité que je découvre à mon tour dans les premiers mois d'exercice de cette mission :

Appel de fille madame Lucchesi. Souhaite savoir où en est le dossier, et m'indique les changements dans la demande de sa mère et celle de monsieur.

=> Je recherche vérification auprès de l'infirmière, elle manifeste un agacement quant à un nouveau changement de décisions "*Ils n'ont qu'à savoir ce qu'ils veulent !*" ... Énervée, jugeante, elle est rodée, elle en oublie l'aspect tordu de ces dossiers... Alors que c'est quand même un peu prise de tête ces questions administratives & de procédure... Compliqué pour moi... J'imagine pour ces personnes âgées !!! Bref.

Je rappelle la fille, lui explique tant bien que mal ce que j'ai moi-même du mal à comprendre à peine. Son implication à la région me/nous semble faciliter la

compréhension et un respect réciproque¹. Elle souligne combien toutes ces questions, ça prend des proportions énormes pour sa maman.

Moi-même, pour y voir clair et pouvoir répondre à ces quelques questions, il m'a fallu :

- rechercher les dossiers que j'ai constitués avec mes notes, fait, à faire, etc. +
- rechercher le dossier officiel, numéroté et rangé à un endroit spécifique – mais où ?

Dans la classothèque, mais c'est codifié comment ?! +

- y comprendre quelque chose... +

- solliciter la gestionnaire du dossier + l'infirmière + le contrôleur d'effectivité + ... !

Je m'y perds dans toutes ces questions administratives...

(Notes de praticienne à la maison du département, Mercredi 24 février 2010).

Dans cette situation, la présence active et soutenante d'une enfant permet d'accompagner les questions et les indécisions. À défaut de cette présence, les aidants professionnels cherchent à ajuster ces changements d'avis aux contraintes du dispositif, comme lorsque madame Robert, responsable d'un service d'aide à domicile m'appelle ce lundi matin pour me signaler que madame Marzouk, « a viré l'aide à domicile vendredi, avec pertes et fracas ! » (Lundi 28 janvier 2012). Madame Marzouk, 83 ans, vit seule et ne peut pas lire ni écrire le français. Bénéficiaire de l'ASPA, elle a des ressources très faibles. Sa famille proche ne vit pas dans la même région et ne peut l'aider dans ses démarches administratives. Suite à une chute dans un bus, elle avait besoin d'une aide urgente, et je l'avais rencontrée à plusieurs reprises la semaine précédente pour lui expliquer comment bénéficier rapidement d'une aide à domicile. Pour ne pas la mettre en difficulté trop longtemps, j'avais contacté directement un service d'aide à domicile pratiquant les tarifs du département² et susceptible de lui affecter une aide à domicile rapidement. Madame Robert avait pu « relever ce défi », et elle avait même accepté de compléter le dossier de demande d'APA et le faire signer à madame Marzouk, dès sa première visite chez cette dernière - toujours pour répondre au plus vite à ce besoin d'aide... Après cette information, je téléphone à madame Marzouk, lui annonçant ma visite à la première heure le lendemain. À l'heure dite, elle me guette par la fenêtre et m'accueille avec fébrilité. Sur la table de la cuisine, elle a étalé des factures, et divers papiers. Elle tente de m'expliquer en vrac pourquoi ces factures sur la table, pourquoi ses inquiétudes, et, *in fine*, pourquoi elle a demandé à l'aide à domicile de repartir. En prenant le temps de l'écouter et de la questionner, je finis par comprendre son inquiétude pour payer ces factures et pour sa fille très malade qu'elle voudrait aller voir à 800 km de là. Et finalement, je comprends qu'elle avait imaginé que l'argent de l'APA pourrait payer ses factures, et ainsi elle pourrait aller voir sa fille... Alors quand elle a vu arriver l'aide à domicile, elle a eu peur de ne pas pouvoir payer. Ce malentendu

¹ Elle travaillait alors dans un service administratif du conseil régional, et pratiquait donc elle-même une certaine bureaucratie.

² Certains services prestataires peuvent appliquer les tarifs forfaitaires fixés par le conseil général dans certaines conditions - comme nous le verrons plus en détail dans le *Chapitre 5. – c) Aménager localement les règles d'attribution* ».

dissipé, je lui propose de contacter l'assistant social avec lequel elle est déjà en lien au CCAS pour le paiement de ces factures, et, en définitive, elle accepte toutes ces propositions - et m'offre une tasse de café pour me remercier. Mes explications de ce mardi 29 ne diffèrent guère de celles données la semaine précédente. Mais, toute à ses inquiétudes, madame Marzouk n'avait sans doute pas pu entendre mes propos, et elle avait accepté une aide qui ne correspondait pas à celle proposée par l'APA. En ce qui la concerne, cette confusion est sans doute due autant à la complexité de la procédure qu'à ses inquiétudes financières, familiales, à son état de santé, ou à son incapacité à effectuer seule toute démarche administrative. Quelles que soient les causes réelles et l'importance de chacune d'elles, elles sont à chaque fois sources de tensions potentielles, dans le déroulement de la procédure d'instruction ou dans les relations - en particulier avec les proches. C'est ce qu'indique explicitement monsieur Gillot fils dans son courriel du 09 août :

« (...) Je n'ai donc, dans ces conditions, pas présenté au conseil général les éléments nécessaires au paiement, ne voulant pas m'inscrire en faux face à l'institution et recevoir un règlement pour des choses qui ne servent à rien. Dans mon esprit cela reviendrait à faire un faux et je m'y refuse.

« Pour ce qui me concerne, vous comprendrez qu'il m'est de plus en plus difficile d'être le référent de mon père.

« Je suis à l'étranger jusqu'au 10 septembre, mais je pense qu'il serait souhaitable que nous puissions nous rencontrer après cette date. (...) »

(Notes de praticienne, Courriel de monsieur Gillot fils, Lundi 09 août 2010).

Des personnes éligibles à l'APA peuvent donc reconnaître assez facilement des difficultés rencontrées au quotidien pour faire tout ce qu'elles souhaitent, souvent du fait de problèmes de santé, et peuvent même relater avec humour cette situation : « Qu'est-ce que vous voulez, c'est la vieillesse ! On ne peut pas être et avoir été ! ». Pour autant, elles ne sont pas souvent demandeuses d'une aide extérieure, surtout si elles bénéficient de l'aide régulière de leurs proches. Ou bien elles peuvent envisager une aide extérieure, mais celles envisageables dans le cadre de l'APA ne correspondent pas à leurs besoins. Elles expriment alors facilement un refus d'aide, ou plutôt le refus d'une aide formalisée, financiarisée, professionnelle, sous ordonnance, prescrite. Elles semblent confrontées à une ambiguïté récurrente de vouloir rester autonome en continuant à décider leur choix de vie et leur organisation quotidienne, alors qu'elles peuvent constater un besoin d'aides suite à des pertes de capacités - qu'elles ne reconnaissent pas toujours complètement. Ces refus et ces hésitations, souvent argumentés, confirment alors leur capacité à décider pour elles-mêmes - même si ces décisions ne semblent pas raisonnables ou satisfaisantes pour leurs proches ou pour l'agent départemental :

Visite à domicile madame Rosas. Tout à coup elle m'épuise.... Je ne comprends plus ce qu'elle veut et je suis déstabilisée !

Elle est passée d'une « demande à être prise en charge à 100% dans un établissement spécialisé », à celle de « rester dans ce logement, tout reprendre, même si ça coûte plus de 3000€ ! »... ?

Et elle veut arrêter l'aide-ménagère... ?

Je suis paumée___ (...)

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Lundi 28 février 2011).

Une instabilité qui sème la confusion aussi chez le visiteur !

L'instabilité des situations peut également être causée par un état de fragilité, « typique de la majorité des personnes qui parviennent à un âge avancé » (Bickel, 2007 : 86). Pour cet auteur, l'état de fragilité correspond à un seuil du processus de fragilisation, « endogène à l'individu, d'affaiblissement progressif et inévitable des réserves physiologiques et sensori-motrices », qui se manifeste par un affaiblissement, une perte, ou des troubles des capacités physiques et cognitives, parfois avec des problèmes de santé associés, et a pour conséquences directes pour la personne d'entraîner des « réaménagements ou adaptations dans la vie quotidienne » (Bickel, 2007 : 86). L'évolution parfois rapide de cette fragilisation peut alors bousculer le rythme d'instruction des demandes d'APA, comme l'illustre la situation de madame Andelle, âgée de 91 ans au moment où parvient sa demande d'APA au service départemental, le 17 juin 2012 :

20 juin 2012 : reçu la « Fiche de préparation de la visite à domicile »¹ madame Andelle + Synthèse par Infirmière :

« - GIR médecin traitant : 3. Baisse de l'état général.

« - Pas d'aide existante connue.

« - Veuve. Une fille. La fille demande de l'aide pour rechercher un établissement médicalisé. »

Étude de la demande prévue à réunion d'équipe du 03 juillet.

25 juin : Appel tél à la fille, indiquée personne référente dans le dossier, pour organiser la visite à domicile : une infirmière passe tous les jours en fin de matinée + la fille y va tous les jours. Sera absente à partir du 08 juillet et recherche un accueil temporaire pour sa mère pendant cette période. OK pour visite à domicile mercredi 4 juillet, 16h.

> Info à secrétaire pour confirmation par courrier.

03 juillet : Appel tél de la fille : madame est hospitalisée en urgence ce jour.

Mercredi 04 juillet - Appel tél de l'AS² de l'hôpital : oui, madame Andelle entrée hier. Devrait rester 3-4 semaines. Altération de l'état général + plaie au pied. Préparera le retour à domicile - ou orientation. Je lui donne contact de l'infirmière libérale.

Mardi 10 juillet - Réunion d'équipe : toujours hospitalisée.

Lundi 13 août - Mèl de la gestionnaire : madame est entrée en EHPAD le 09 août.

(Notes de praticienne, Dossier médico-social, 2012, Notes de suivi).

Son accueil en EHPAD implique une procédure différente pour bénéficier de l'APA : je n'aurai pas eu le temps de connaître madame Andelle. En l'espace d'une quinzaine de jours, son état a évolué au point d'entraîner une hospitalisation et une installation en établissement.

¹ Voir *Infra*, Chapitre 7. - b) Transformer une demande d'aide : la fabrique minutieuse des dossiers.

² AS : Assistant de service social.

Souvent, ce processus de fragilisation peut être accéléré ou exagéré à la suite d'une pathologie entraînant des soins importants, ou plus fréquemment, d'une chute susceptible d'entraîner des conséquences plus ou moins invalidantes. Les aléas de la vie sont relativement fréquents chez ces personnes,

Alors tu mets des heures à caler le plan d'aide avec la personne, avec sa famille, avec le service prestataire, avec les infirmiers, etc... Finalement, tout le monde est d'accord, tu crois que c'est fini, et hop ! À peine tu sors de la réunion d'EMS¹ qui a validé, et tu apprends que la mamie est tombée, qu'elle est à l'hôpital, et qu'il va falloir tout recommencer...

(Notes de praticienne, dans le bureau de l'assistance sociale, Conseil général F, Équipe S, Mardi 25 octobre 2011).

Et même quand cette évolution est pressentie, il est souvent difficile de l'éviter : la personne reste libre et responsable de ses choix. Les situations paraissent d'autant plus inquiétantes quand un conjoint assure l'essentiel de l'aide et des démarches, alors que lui aussi perd des capacités au fil des années. C'est par exemple le cas de monsieur Bernot, dont l'épouse est de plus en plus handicapée physiquement, du fait d'une maladie dégénérative. Elle bénéficie de soins et d'aides à domicile depuis plusieurs années, et son mari effectue de nombreuses tâches domestiques au quotidien. Au fil des entretiens et des visites à domicile, je le vois devenir de plus en plus fatigué, voire déprimé, au point de ne plus savoir ce qu'il fait : « Il descend les poubelles... et puis il les remonte ! » me relate sa femme, excédée. Dans ces situations aggravées, toutes les démarches administratives deviennent alors compliquées, inaccessibles, ou négligées, y compris celles liées à l'APA pour obtenir de l'aide – alors même que le besoin d'aide devient plus important.

d) L'importance du contexte de vie

Les personnes destinataires de cette politique sociale sont donc des personnes dont la diminution de capacités impacte de façon invalidante leur vie quotidienne, et parfois aussi leurs facultés à demander de l'aide et/ou à assurer les conséquences liées à cette aide. Mais l'enquête montre que la nature intrinsèque de ces incapacités ne suffit pas à expliquer les difficultés de la personne : des éléments du contexte dans lequel elle vit sont à prendre en considération pour comprendre et évaluer sa situation. En effet, tout environnement possède des caractéristiques qui peuvent faciliter, ou au contraire compliquer, la réalisation des tâches de la vie quotidienne - en particulier quand les capacités diminuent.

¹ EMS : Équipe médico-sociale.

C'est pourquoi, lors de notre visite auprès de madame Lucchesi et monsieur Gillot¹, j'entends ma collègue infirmière faire autant de remarques sur ce qu'elle observe, détaillant des éléments du cadre de vie avant même d'être parvenue à la porte du logement : les rues pavées et l'éloignement des commerces ; les trottoirs étroits et le flux important de circulation ; l'encombrement du hall d'entrée ; les étages et l'absence d'ascenseur, ... Tout un ensemble d'éléments susceptibles de faire obstacle à une vie quotidienne facile et sécurisée pour des personnes ayant du mal à se déplacer. Le logement lui-même ne semble *a priori* pas très bien adapté à leurs difficultés, mais leurs propos montrent qu'ils ont su « s'en débrouiller », que ce soit pour faire la toilette ou pour se déplacer en s'appuyant sur un escabeau ou sur des meubles, « bien assez nombreux ! » pour le faire de façon suffisamment correcte à leurs yeux. Les éléments matériels ne sont d'ailleurs pas les seuls éléments de contexte notables, identifiés lors de cette visite à domicile. La présence de leurs enfants respectifs se révèle très importante pour faciliter leur vie quotidienne : non seulement parce que la qualification « d'ange gardien » de la fille de madame Lucchesi atteste d'une présence attentive et efficace auprès de ce couple, mais aussi parce que c'est surtout elle qui a assuré le bon déroulement de toutes les démarches nécessaires à la mise en place, et aux modifications qui en ont suivi, des aides auprès de sa mère et de son compagnon. De même, leurs propos informent de l'existence de voisins aidants, prêts à se lever la nuit pour intervenir si besoin.

Particularités du quartier, caractéristiques du logement, environnement humain : des spécificités propres à chaque situation, observables à chaque visite à domicile, et qui reviennent sans cesse dans les comptes-rendus de visite. Des éléments distincts et extérieurs à la personne elle-même, mais qui sont liés à son histoire de vie, et sont constitutifs de son contexte de vie. Des éléments qui constituent un ensemble d'informations importantes pour comprendre et mesurer les difficultés que rencontre la personne au quotidien, et pour imaginer quelles aides pourraient compenser ou contourner ces difficultés. Et des éléments d'autant plus appréciables que le visiteur évaluateur peut les percevoir par son engagement physique, corporel, lors de ses nombreux déplacements, dans des domiciles divers et des quartiers variés. En complétant la typologisation précédente avec ces paramètres, nous pouvons repérer comment ils peuvent agir sur la situation de la personne qui perd des capacités, et comment le visiteur et l'équipe médico-sociale peuvent prendre en considération les particularités de chaque contexte. Car

(...) la demande d'aide formulée par les gens à domicile est fonction de leurs incapacités, mais surtout de leur personnalité, de leur caractère, de leurs habitudes de vie passées et présentes,

¹ Voir *Prologue*.

de leur habitat et de leur environnement géographique (urbain, rural), ainsi que de leur soutien familial et de voisinage, ainsi que de leurs ressources pécuniaires et intellectuelles, etc. Or un outil capable d'enregistrer tous ces paramètres, et bien d'autres, n'existe pas. (Ennuyer, 2001 : 230) -

Le domicile, obstacle ou soutien à la vie quotidienne

Les caractéristiques du logement, sa conception, son équipement, son aménagement, peuvent constituer autant de ressources que d'obstacles. Lorsque madame Lucchesi nous raconte comment elle s'appuie sur les meubles pour se déplacer dans le logement, elle nous indique ses capacités à utiliser les caractéristiques de l'appartement pour compenser ses limitations de mouvement¹. Toutefois, l'équipement de la salle de bains l'a contrainte à renoncer à la douche. Et la situation de son logement au deuxième étage sans ascenseur l'empêche de sortir de chez elle depuis plusieurs années. Contrairement à madame Santos, qui habite une maison de plain-pied et peut continuer à profiter de son jardin, entretenant ainsi ses capacités à bouger et à se déplacer.

Les personnes demandeuses de l'APA à domicile sont majoritairement habitantes de logements privés, qu'elles occupent souvent depuis très longtemps - à l'instar de madame Paulet, qui dit y être installée depuis une soixantaine d'années. Et même quand l'installation est plus récente, le lieu représente souvent plus qu'un simple espace de vie, car comme l'indique Isabelle Nony,

Nous transformons l'espace dans lequel nous vivons en l'investissant de significations et de souvenirs liés à d'autres lieux dans lesquels nous avons vécu, ou que nous continuons à fréquenter. Le domicile est traversé par notre imaginaire, en lien avec les maisons de l'enfance qui fondent notre rapport à l'espace. Cette articulation entre symbolique, imaginaire et inconscient fait que les manières de s'installer, d'aménager, d'envisager l'ordre et le désordre, l'intime et le présentable, n'obéissent pas au seul déterminisme sociologique mais aussi à la personnalité d'un individu ou à la singularité d'un groupe familial. (Nony, 2012 : 23).

Et chaque « manière de s'installer » permet à l'occupant de s'approprier le lieu, de le rendre habitable selon ses propres besoins et ses propres critères. Avec le temps, il y développe ses habitudes, y crée ses propres repères, et finalement peut y développer une forme d'attachement au lieu auquel sont associées toutes sortes de souvenirs, des traces d'histoires

¹ Ces capacités ont été identifiées par des psychologues, dans un « modèle baptisé "optimisation sélective avec compensation", résumant la stratégie qui permet de surmonter ou de maîtriser le vieillissement : "La sélection signifie la diminution volontaire ou involontaire du nombre d'objectifs et d'activités de vie. [...] L'optimisation décrit l'effort, souvent couronné de succès, de puiser dans ses réserves pour y trouver des moyens d'action et d'amélioration. [...] Enfin la compensation désigne les différentes façons de « gérer » les pertes, notamment en utilisant des aides extérieures (des appareils auditifs, de soins, ou des techniques de circulation) ou en développant des stratégies compensatoires alternatives" (Baltes, 1997). » (Clément, 2003 : 14-15).

vécues et d'affects ressentis. Cette personnalisation du lieu participe à la création d'un cadre de vie sécurisant, sur le plan matériel et affectif, faisant du domicile un lieu protecteur. Ainsi,

Cet attachement au domicile est signifié par un constant travail d'adaptation et d'appropriation. La personne a su mettre en œuvre des stratégies pour compenser les limitations causées par l'âge ou par d'éventuels handicaps. Les habitudes, les automatismes, mais aussi une meilleure « exploitation » des réseaux de sociabilité, permettent de maîtriser son espace de vie en dépensant le moins d'énergie physique possible, en opérant le moins d'efforts cognitifs possibles dans un climat de relative sécurité.

(Djaoui, 2011a : 88).

Tant que ce travail d'adaptation est opérant, la personne peut continuer à réaménager ses activités en fonction de ses capacités et de ses ressources. Mais il peut arriver qu'un processus de déprise

qui, dans un premier temps, se présente comme un simple réaménagement des pratiques sociales, devient par la suite un renoncement plus net à un monde auquel on se sent de plus en plus étranger. Arrive un moment où la personne est confrontée à un défi que la sociologue Simone Pennec (2006) exprime dans cette formule heureuse : « *Tenir à son domicile mais ne plus le tenir* ». Dans ce cas, cet attachement au domicile n'est plus lien choisi mais plutôt confinement, enfermement chez soi.

(Djaoui, 2011a : 88).

La situation devient alors plus fragile, dans le sens où elle peut se dégrader très rapidement, parfois soudainement - par exemple à l'occasion d'une chute et de ses conséquences. Et là aussi, les signes que le professionnel observe lors de sa venue au domicile peut lui donner des informations sur l'état de la personne (odeurs, propreté, rangements, ...) et les risques possibles. C'est souvent pour éviter cet enfermement, tout en recherchant un cadre de vie sécurisant, que certaines de ces personnes font le choix d'aller vivre dans des établissements adaptés, de type *Résidence autonomie*¹ ou *Résidence services*². Ces établissements sont considérés comme des logements semi-privatifs, dans la mesure où le locataire dispose d'un logement privé au sein d'une structure collective, laquelle propose aussi une palette de services conçus pour des personnes retraitées. Dans ce type de résidence, la diminution de certaines capacités apparaît moins handicapante, puisque les logements sont prévus pour compenser la plupart des incapacités physiques³. D'autre part, la présence permanente de professionnels qui peuvent

¹ Les Résidences autonomie (nommées logements-foyers jusqu'en 2015) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées d'au moins 60 ans, à la retraite et suffisamment autonomes pour effectuer les actes de la vie quotidienne. Elles proposent des logements individuels (de type F1, F1-bis, ou F2 - à meubler par l'occupant), avec des espaces et des services collectifs, par exemple : professionnels médico-sociaux ; médecins coordinateurs ; cadre de vie sécurisé ; salle de restaurant ; salon ; espace TV ; espaces verts, ... ; propositions d'ateliers et d'animations ; etc. Elles ont une vocation sociale, et peuvent proposer des accueils habilités à l'aide sociale.

² Les Résidences services pour seniors proposent le même type d'accueil, mais elles ne relèvent pas de la législation médico-sociale, et sont généralement des structures privées à but lucratif.

³ Avec par exemple l'installation de barres d'appui, de douches sans marche, de larges ouvertures de portes pour le passage d'un fauteuil ou d'un déambulateur, etc.

proposer un soutien, des conseils, intervenir ou alerter rapidement les services compétents si nécessaire, sécurise bon nombre de résidents. C'est le choix que madame Tissot a fait en déménageant dans un foyer-logement après le décès de son mari, quelques années avant notre rencontre : elle a su depuis s'adapter à ce nouveau cadre de vie et y recréer son intimité, dans un studio aménagé. Les personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA peuvent aussi vivre au domicile d'un enfant, auquel cas la question de l'environnement se pose différemment, puisqu'elles sont alors entourées de façon quasi continue.

L'entourage humain

Or la qualité des présences humaines est aussi un élément déterminant dans la vie d'une personne dont les capacités diminuent. Ainsi, madame Paulet a pu rester vivre chez elle tant que sa fille, puis son gendre, pouvaient être présents auprès d'elle. Et lorsque ce dernier a été hospitalisé¹, celle-ci a pu recevoir les aides les plus urgentes grâce à la mobilisation d'un entourage vigilant : sans attendre, une voisine lui apporte des parts de repas pour se nourrir ; un voisin inquiet appelle le service départemental pour informer de la situation ; et « la nièce de son gendre » contacte la mairie, le CCAS, et enfin le service départemental d'aide sociale, pour « signaler l'isolement soudain et important de cette dame » (Mercredi 21 décembre 2011). Après ma première visite à madame Paulet, c'est à nouveau la voisine qui accepte de m'ouvrir sa porte pour répondre à mes interrogations, compléter mes informations, et répondre à mes inquiétudes - tout en s'excusant de ne pas pouvoir faire plus, ayant déjà le souci de deux personnes malades dans son entourage proche. Et c'est finalement la sœur de son gendre qui me contacte à son tour et se déplace à plusieurs reprises pour m'aider à effectuer les premières démarches² permettant de mettre rapidement en place des aides professionnelles - tout en tenant compte du comportement de madame Paulet (résistances ou refus, colères ou agressivité, etc.). Car depuis le décès de sa fille, elle s'en remettait complètement à son gendre pour toute démarche administrative, pour les courses, et même pour les soins, puisqu'elle ne pouvait plus sortir seule. Pour madame Paulet, la présence et la disponibilité efficace de ses voisins et de personnes proches de sa famille se sont révélées vitales. Et ces voisins ont pu et su l'aider, précisément parce qu'ils la connaissaient de longue date. Ce sont aussi leurs savoirs

Rappelons qu'il existe aussi des possibilités d'accueil chez des Accueillants familiaux, dans des conditions définies par les articles L441-1 et suivants du CASF.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. - b) *Des incapacités multidimensionnelles, Incapacités ou désintérets à décider ou à faire*.

² Par exemple retrouver les documents administratifs de banque, effectuer une demande de protection juridique, etc.

sur sa situation qui nous¹ ont permis de l'aider de façon la plus adaptée possible. Par exemple, lorsque je m'inquiète de sa plainte récurrente - « Oh là, là ! Qu'est-ce que j'ai mal à la tête !!! » - auprès de sa voisine, celle-ci me rassure rapidement : « Oh, il ne faut pas vous inquiéter ! Ça fait 40 ans que j'la connais, ça fait 40 ans qu'elle se plaint d'avoir mal à la tête ! ». Cette connaissance m'évite d'appeler en urgence un médecin - qu'elle aurait d'ailleurs probablement mis dehors, vu qu'elle refusait toute médecine dite conventionnelle. Pour d'autres personnes, comme madame Mourguet, ce n'est pas tant la présence d'une aide pour faire les courses ou les repas qu'elle appréciait chez sa voisine madame Badot, mais surtout la possibilité pour celle-ci de venir la voir souvent et facilement, ne serait-ce que pour bavarder et rire un moment - sans avoir à tenir compte des contraintes horaires qui encadrent le travail des aides professionnelles. Parfois, la demande d'aide elle-même peut être inexistante : madame Paulet comme madame Mourguet, par exemple, peinent à effectuer cette démarche ; l'une parce qu'elle ne saurait pas respecter la procédure, l'autre parce que ça ne l'intéresse plus. Et c'est bien la présence de personnes suffisamment proches d'elles pour agir ou alerter qui permet d'intervenir pour subvenir à leurs besoins. Aussi doit-on considérer que la diminution ou la perte de capacités à effectuer des actes de la vie quotidienne augmente la nécessité d'être entouré non seulement pour pallier ces incapacités, mais aussi pour stimuler, pour

faire face aux contraintes croissantes qui surgissent au fil du temps afin d'abord de conserver aussi longtemps que possible des activités qui font sens, ensuite de préserver le sentiment de sa propre valeur, et enfin de maintenir des espaces de familiarité avec le monde.

(Caradec, 2007b : 14)

Le plus souvent, cette présence humaine est assurée par un ou des membres de la famille proche (conjoint ou enfant(s)), ou de la famille moins proche (frère ou sœur, cousin, gendre, belle-fille, ...). Mais parfois, bien que ce conjoint ou ces enfants existent, ils ne sont pas disponibles, ou sont trop éloignées géographiquement, pour mesurer les besoins de leur parent et pouvoir y répondre facilement. Ou bien, le parent lui-même ne veut pas les solliciter, comme monsieur et madame Bernot, l'un dépressif et l'autre très handicapée physiquement², qui refusent catégoriquement d'en informer leur fille, laquelle vit à cinq cents kilomètres de chez eux, parce qu'elle-même « est très malade, et nous ne voulons pas l'inquiéter »... (Visite à domicile, Mardi 04 décembre 2012). Quant à madame Roussot, dont la diminution importante des capacités physiques et psychiques compromet la poursuite de son accueil dans l'EHPA où

¹ Le « nous » indique ici l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'elle, directement ou indirectement : si je suis alors la seule du service à la contacter et la rencontrer, mon action est soutenue par les échanges avec les membres de l'équipe.

² Voir *Supra*, Chapitre 2. - c) *Des situations instables*.

elle habite depuis près de neuf ans, elle m'invective et m'accuse à chaque fois que j'évoque la nécessité d'en informer ses fils : elle veut éviter d'envenimer des relations déjà compliquées et conflictuelles avec eux, et pour pouvoir continuer à les voir, elle ne veut surtout pas qu'ils soient obligés de payer quoique ce soit - ce qui pourrait être le cas si elle partait vivre en EHPAD¹. (Visite à domicile, Mercredi 08 septembre 2010). Par ailleurs, même quand ils sont présents et disponibles, le conjoint ou les enfants peuvent se trouver eux-mêmes en difficultés pour aider leur conjoint ou parent : souvent, ils ne sont que peu, voire pas, préparés à cette évolution de la situation et aux conséquences sur les relations familiales², et l'inversion des rôles peut être difficile à assumer. C'est d'ailleurs ce qui amène deux des filles de monsieur et madame Oumar à signaler la situation de leur père au service social.

Monsieur Oumar, 87 ans, vit avec son épouse et deux de leurs fils, majeurs et célibataires, tous deux sans emploi fixe. Monsieur Oumar est très handicapé. Il est installé seul dans une chambre, sur un lit médicalisé, dont il peut difficilement se lever seul ; mais il essaye parfois, en particulier quand il a besoin d'aller aux toilettes – ce qui lui arrive souvent. Alors que je suis venue évaluer sa situation, il tente de me faire la démonstration de sa technique, mais je l'interromps avant qu'il ne s'écroule... Au quotidien, seul l'un des fils présents au domicile peut l'aider à se relever. Ce jeune homme m'explique que parfois quand il arrive dans la chambre, c'est trop tard : leur père a fait sur lui... Il se retrouve donc aussi obligé de nettoyer son père, et éventuellement les salissures autour. Ils ont essayé de lui faire porter des protections, mais sans efficacité. Au cours de ces explications, le fils exprime facilement ses limites dans l'aide qu'il apporte à son père, et le père s'emporte fréquemment pour m'expliquer que son fils ne sait pas faire, qu'il ne vient pas assez rapidement, que parfois il le fait exprès... La tension monte vite entre eux – et madame Oumar préfère alors quitter la pièce.

Une infirmière vient chaque jour, ce qui permet au moins une toilette efficace et sans tension familiale. Mais ce n'est pas suffisant. Monsieur Oumar aurait besoin d'une aide de professionnels beaucoup plus soutenue, mais il refuse toute aide extérieure. Il exige presque que ses enfants effectuent le travail - au détriment de leur propre vie sociale et professionnelle. Et au risque de relations familiales devenant réciproquement maltraitantes. Et invivables pour tous. Madame Oumar, âgée de plus de 80 ans, est inquiète pour elle-même, pour sa santé, elle aspire à vivre tranquille ; lorsque je lui demande son avis et ses souhaits, elle me répond rapidement : « Moi ? Je voudrais avoir une chambre toute seule, sans personne, et voilà tout ».

Les filles s'inquiètent des maltraitances qu'elles ont pu observer lors de leurs venues au domicile familial. L'une ou l'autre ne peut intervenir que ponctuellement, car elles vivent chacune à environ 200 kilomètres du domicile de leurs parents. Et puis elles sont aussi accusées par leur mère et leurs frères de n'être présentes que pour les critiques, et d'avoir la vie facile puisqu'elles sont parties.

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Jeudi 13 septembre 2012).

¹ Du fait de l'obligation qui s'impose entre ascendants et descendants, telle qu'elle est définie dans l'article 205 du code civil.

² Même si la médiatisation et la prise en compte dans les politiques publiques de cette réalité devient de plus en plus significative - voir par exemple les rencontres scientifiques de la CNSA en 2014, « Être proche aidant aujourd'hui », et l'article 51 de la *loi n°2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, qui crée le statut de « proche aidant » (voir *Supra*, Chapitre 1. – b) *Répondre au problème public en limitant les dépenses publiques. Fabrication et transformations d'une loi*).

Monsieur Oumar donne donc à voir une situation paradoxale : ses pertes de capacités créent une dépendance importante pour accomplir de nombreux actes de la vie quotidienne ; sa femme et ses enfants sont présents et cherchent à l'aider ; son discours et son comportement laissent supposer qu'il est en capacités de décider pour lui-même, mais ses décisions mettent ses proches en difficulté. Il devient maltraitant envers ses fils qui l'aident au quotidien - et qui le bousculent à leur tour. Il devient alors difficile de démêler « aide bénéfique » et « aide maltraitante ».

Heureusement, les proches familiaux peuvent aussi être capables de se coordonner pour apporter le soutien nécessaire à leur parent - comme les filles de madame Tissot qui s'organisent pour rendre la vie de leur mère la plus confortable possible malgré leurs propres contraintes. Ou pour rechercher une solution permettant de débloquer la situation - comme les enfants de madame Gaberelle¹ : alors qu'une hospitalisation à la demande d'un tiers est envisagée pour contenir et soigner ses comportements à risques, les enfants arrivent finalement à se coordonner et à se mobiliser pour organiser le départ de leur mère vers un EHPAD - alors que certains d'entre eux ne se parlaient plus depuis plusieurs années. Quand il n'existe pas de famille proche (ni conjoint, ni enfant présent), il est fréquent de rencontrer des cousins, des nièces, des neveux, qui se préoccupent d'apporter ou de mettre en place les aides nécessaires à leur proche. Plus rarement des frères ou sœurs, probablement parce qu'ils sont de la même génération et peuvent être eux-mêmes en situation de perte de capacités - tout comme peut l'être d'ailleurs l'enfant d'une personne âgée de 80 ans et plus. Et comme nous l'avons vu chez madame Paulet ou madame Mourguet, l'entourage humain, ce peut aussi être des voisins, des amis. Et puis, il peut n'y avoir ni famille connue, ni proche aidant. Pour ces personnes, ce sont toujours des professionnels qui vont signaler le besoin d'aide à un service social : le médecin, le service d'aide à domicile, le service hospitalier, l'infirmière, ... Leur rôle se limite à ce signalement, ou bien peut être beaucoup plus accompagnant dans le temps, selon leur fonction et les besoins de la personne, comme cette ancienne aide à domicile, qui m'explique pourquoi et comment elle vient toujours voir monsieur Dujour, 97 ans :

Ses enfants le délaissent. Sur les quatre, y en a trois dépressifs. Et la quatrième habite trop loin pour s'occuper vraiment de son père. Et puis ils ne s'entendent pas. Alors je viens tous les jours le voir, faire le ménage, le repas, les courses, ... Je suis comme une dame de compagnie. Je l'aide à sortir aussi parfois. Les enfants sont au courant. Mais je suis âgée aussi, maintenant. Et puis j'habite chez ma fille, cela me fait loin. Il faudrait que quelqu'un prenne mon relais... J'en ai informé les enfants (...)

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mercredi 12 octobre 2011).

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. – b) *Des incapacités multidimensionnelles*.

L'aide à domicile intervenant auprès de madame Barbier s'arrangeait toujours pour être présent lors de mes venues au domicile, et nous avons convenu avec son responsable de pouvoir nous contacter directement selon les événements et les besoins. Car dans ces situations d'isolement familial, dès que le contact est pris à la suite d'une demande d'APA ou d'un signalement de mise en danger, le professionnel du service départemental continue souvent à accompagner et à coordonner les interventions nécessaires¹ - dans la mesure du possible, et comme nous le verrons plus précisément plus loin. En effet,

(...) la dynamique de la déprise qui caractérise le processus individuel de vieillissement, ne peut pas se réduire à son versant pragmatique, matérialisé à travers un réajustement des activités, des objets, des temporalités et des espaces. Les stratégies adaptatives qui travaillent les pratiques individuelles doivent aussi se comprendre dans les relations à autrui, qui participent à l'expérience individuelle du vieillissement et orientent les avatars identitaires. Les négociations du vieillir s'accomplissent en lien avec les autres (proches familiaux, voisins, amis, professionnels, etc.), montrant bien que les choix des personnes vieillissantes quant aux formes que prendra leur propre vieillissement (Clément et *al.*, 1998) se réalisent dans un vaste réseau d'interdépendances (Clément, 2006).
(Meidani et Cavalli, 2018 : 13).

La personne qui perd des capacités peut donc voir ses difficultés atténuées, ou au contraire accentuées, selon la présence ou non d'un entourage attentif et actif. Et cette présence se révèle précieuse à divers moments et divers niveaux, c'est-à-dire non seulement pour la personne elle-même, mais aussi pour les professionnels supposés lui venir en aide. De plus, ses difficultés peuvent se révéler d'autant plus invalidantes lorsque son environnement de vie n'est pas ou peu adapté à ces nouvelles contraintes.

Autour du domicile

En effet, une vie « autonome » suppose d'avoir un accès facile aux différentes commodités que représentent les commerces, les services publics, les services de santé, les artisans, etc. Ce qui implique qu'ils existent à proximité, et qu'ils puissent être facilement accessibles. Leur absence, ou leurs difficultés d'accès, contraignent la personne perdant des capacités à limiter ses déplacements, et finalement à rester enfermée chez elle, accentuant de fait ses difficultés de mobilité. C'est ce qu'explique madame Quarrant : le quartier où elle habite est dépourvu de tout commerce, et en plus, les trottoirs y sont très étroits et les rues pavées, lui rendant toute marche dangereuse ; alors depuis que la navette de transports en commun a été supprimée par

¹ Indépendamment des services départementaux, les professionnels des CCAS sont aussi souvent très présents auprès des personnes isolées, ils le sont historiquement, depuis la création des bureaux d'aide sociale – Voir *Infra*, Chapitre 6. – d) Acteurs auxiliaires et sites intermédiaires, Des acteurs périphériques – en Note de bas de page.

la municipalité, elle se retrouve cloîtrée chez elle. Et monsieur Perrin se plaint lui de l'état des trottoirs qui limite son accès aux soignants du quartier :

« Vous ne vous rendez pas compte ! J'ai besoin d'une personne pour aller chez le kiné, juste parce que les trottoirs sont pleins de trous, de pentes, à chaque parking, le trottoir monte, descend, y a des poteaux et pleins d'autres encombrements, des fois il faut même marcher sur la chaussée - qui n'est pas en bon état non plus ! -... C'est plein de pièges juste pour faire ces 200 mètres ! »

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Lundi 17 janvier 2011).

D'autres mentionnent des chutes causées dans des bus, lorsque « le chauffeur n'a pas attendu que je sois assise pour redémarrer ! J'ai été surprise, j'avais pas eu l temps de m'accrocher, alors j'suis tombée... », m'explique madame Marzouk pour justifier son besoin d'aide (Mardi 22 janvier 2013). Or ces difficultés à circuler dans l'espace public relèvent essentiellement d'un arbitrage politique, comme le mentionnait Marie-Ève Joël lors d'une communication à l'espace éthique d'Ile de France :

Le Japon a fait le choix de la mobilité : il a indiqué qu'il voulait qu'il y ait des bancs partout, tous les 100 mètres, y a un banc, et puis tous les 200 mètres vous avez des toilettes propres accessibles. Donc, quand vous êtes vieux, vous pouvez bouger, vous êtes mobile ; si vous êtes mobile vous allez mieux, donc vous avez moins besoin d'une assistance individuelle. Là, y a des choix qui n'ont pas été faits.

(Joël, 2014).

Et faciliter la mobilité peut permettre aussi l'accès aux commerces, aux équipements culturels ou de loisirs lorsqu'ils existent, à un

environnement social et culturel qui non seulement peut contribuer à leur [les *personnes très âgées*] assurer des conditions d'existence plus favorables, mais peut aussi les aider à donner du sens à ce qu'elles vivent.

(Caradec, 2007a : 5)

Cet environnement devient alors un « possible allié » (Caradec, 2007a) de ces personnes face à la dégradation de leurs ressources biologiques. Ce que confirme madame Tissot, 101 ans, qui se réjouit de bénéficier d'un balcon, où elle peut s'installer par beau temps, et observer tous les passages dans le parc et sur la place qu'elle domine : « Je suis bien installée ici, vous voyez : je m'installe sur mon fauteuil, face à la fenêtre, je peux tout voir et commenter, je suis une vraie pipelette ! » raconte-t-elle (Visite à domicile, Vendredi 10 octobre 2014). Madame Tissot ne peut plus sortir seule de chez elle, mais de toute évidence, elle sait tirer profit de son installation pour maintenir une forme de vie sociale qui lui convient. Tout comme monsieur Loisy, lui aussi empêché de sortir de chez lui, mais qui, en cas de besoin, sait solliciter une connaissance du quartier, dans lequel il vit depuis une quarantaine d'années, en se mettant simplement à sa fenêtre. *A contrario*, madame Evert est désormais totalement dépendante de sa fille pour toute activité : elle habite une maison à étage dans un quartier très résidentiel et

verdoyant, éloigné du moindre commerce ; or madame Evert ne peut plus conduire depuis un incident de santé ayant entraîné une hospitalisation ; elle se retrouve un peu coincée dans une maison où elle « ne pourrait pas rester sans la présence de [sa] fille » ; celle-ci s'est d'ailleurs installée dans un studio au rez-de-chaussée de la maison. Mais cette présence bienvenue ne suffit pas : madame Evert s'ennuie, particulièrement les après-midi. (Visite à domicile, Mercredi 29 octobre 2014). Ainsi,

(...) un individu peut avoir des polypathologies, (...) mais en fonction de l'environnement qui est plus ou moins adapté, et des relations sociales qui sont plus ou moins développées, ces polypathologies sont à l'origine d'une perte d'autonomie plus ou moins grande. Donc on parlera de perte d'autonomie ou de personnes en situation de handicap.

Le handicap ne renvoyant pas seulement à des caractéristiques individuelles, mais également à l'environnement, architectural, et également l'environnement familial. Voilà.
(Joël, 2014) -

Et la situation de handicap peut aussi être accentuée par l'environnement social, par exemple lorsque les équipements sont rares,

Parce que, ici, y a pas beaucoup le choix pour les services d'aide à domicile, et tout le reste ... Autant les personnes vivant en ville sont souvent bien pourvues, autant ici, les personnes vivant en zone rurale ou dans les petites villes ont là aussi plus de difficultés ... On rame un peu, parfois.

(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 03 décembre 2014).

Ainsi, pour la personne destinataire de l'action publique, comme pour les opérateurs chargés de la mettre en œuvre, de nombreux facteurs peuvent déterminer à la fois l'ampleur et les conséquences de la perte d'autonomie et les possibilités de les atténuer.

Conclusion Chapitre 2

Vieillir, c'est la perte progressive des capacités du corps ; on évoque parfois la sénescence pour parler de l'affaiblissement des potentiels d'une personne. C'est aussi la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de la personne.

(Jeanguiot, 2012)

Ce chapitre donne un aperçu de la diversité des personnes rencontrées par les agents départementaux dans le cadre des demandes d'APA. Il permet de constater combien la catégorie de « personne âgée et en perte d'autonomie » créée par le législateur correspond à des situations variées, à des états incertains et évolutifs. Car le processus de vieillissement et les diminutions ou pertes de capacités qu'il provoque peuvent être très différents selon les individus et selon leur environnement. Les vieillesse sont plurielles, elles s'expriment et se vivent de façon variable.

Au cours de ce processus, les dimensions sociales et matérielles du contexte de vie ont un rôle déterminant dans les conséquences de ces incapacités. Elles peuvent faciliter l'accès à des

ressources pour compenser ces incapacités et contourner les difficultés qui apparaissent – ou au contraire les renforcer et constituer un obstacle, au point de devoir faire appel à une aide extérieure, souvent professionnelle. Inversement, le processus de vieillissement peut être affecté par le mode de vie et le cadre de vie des personnes, lesquelles peuvent voir leur situation évoluer parfois très rapidement¹.

Par ailleurs, nous avons vu que les personnes identifiées par cette définition juridique ont une conscience variable de leurs difficultés, dues à des diminutions ou à des pertes de leurs capacités, entre reconnaissance, volonté de les résoudre, indifférence, ou ignorance. Ce paramètre impacte non seulement leurs capacités à subvenir à leurs besoins, mais aussi leurs capacités à demander de l'aide pour les satisfaire, et à mettre en place et/ou à accepter ces aides. D'autant plus qu'elles n'ont parfois plus vraiment les capacités de décider et/ou de faire ce qu'elles ont décidé, ou bien elles manifestent une forme d'« impuissance administrative », un manque de force ou d'intérêt qui les empêche de réaliser tout ou partie des démarches administratives, ponctuellement ou plus durablement. Ces éléments impactent directement la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, autant dans la phase d'instruction que dans la phase d'attribution de la prestation, puisque celle-ci implique de pouvoir mettre en œuvre le plan d'aide et de pouvoir le justifier. Ces limites et cette instabilité impliquent donc une vigilance particulière pour repérer ces difficultés, qui ne sont pas prises en considération pour évaluer le GIR² mais qui pourtant imposent l'intervention d'une personne facilitatrice pour effectuer les démarches inhérentes au bénéfice de l'APA³. Les agents départementaux cherchent alors à discerner comment l'environnement de la personne pourrait faciliter l'accès à des aides effectives et efficaces : comme l'indique Joan Tronto dans sa description d'une « grammaire éthique du processus de care »⁴, ils agissent pour que les aides puissent réellement parvenir à la personne qui en a besoin. Cette activité de *care* semble particulièrement importante lorsque la personne n'est pas en capacité de décider ou d'effectuer les démarches inhérentes, ou quand elle affirme ne pas en ressentir le besoin, ne pas la souhaiter - du fait même de ses incapacités. Et puis, en sollicitant une aide publique, ces personnes deviennent potentiellement bénéficiaires de l'action publique, et sont catégorisées « usagères du service public ». Pour

¹ Une évolution souvent constatée dans le sens d'une dégradation, mais potentiellement aussi vers une amélioration, comme en atteste le reportage *En vadrouille à 101 ans*, qui relate l'évolution d'une femme de 100 ans à partir du moment où sa petite-fille « décide de s'en occuper » (France culture, *Grand Reportage*, Podcast diffusé le Vendredi 02 juin 2023).

² La grille AGGIR comporte un *item* « Gestion », mais qui n'est qu'une variable illustrative non prise en compte dans le calcul du GIR.

³ Soulignons que ces *impuissances administratives* ne concernent pas seulement l'APA, mais potentiellement toutes les démarches de la vie quotidienne.

⁴ Voir *Supra*, Introduction générale - Une bureaucratie à l'épreuve du domicile – Le travail de care pour soutenir l'action.

autant, leurs relations avec l'administration ressemblent rarement à celles que peuvent avoir d'autres usagers qui savent avoir besoin d'aide et savent la demander, comme par exemple ceux observés par Vincent Dubois (2010a, 2012) ou Jean-Marc Weller (1999, 2018)¹. Aussi, les agents départementaux doivent-ils apprendre à reconnaître et à comprendre la diversité de ces particularités et leurs conséquences, pour tenter d'y répondre de façon aussi adaptée que possible, malgré l'existence éventuelle de troubles cognitifs. En se rendant au domicile de la personne candidate, ils peuvent repérer plus facilement les éléments de leur cadre de vie pouvant aider, ou au contraire gêner, leur vie quotidienne, tout en palliant les difficultés de déplacement.

Nous verrons dans les chapitres suivants comment ces éléments sont pris en compte dans l'évaluation des situations pour instruire leur demande. Mais auparavant, examinons comment ces spécificités influencent le travail des agents départementaux auprès de ces personnes, comment elles peuvent donner une tonalité particulière aux entretiens, et orienter la nature de la relation d'aide auprès de ce public.

¹ Voir *Supra*, Introduction générale - bureaucratie à l'épreuve du domicile – Une bureaucratie mouvante.

CHAPITRE 3. – INSTRUIRE UNE DEMANDE A DOMICILE : UNE ADAPTATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

En confiant la mise en œuvre de cette loi aux conseils généraux, le législateur désigne les agents départementaux comme opérateurs de la traduction en actes de cette politique sociale. Il précise aussi la compétence professionnelle de ceux auxquels il donne mission d'instruire la demande, et de rencontrer la personne candidate à son domicile (CASF, articles L232-2, L232-14 et R232-7). Ces choix ont entraîné des réorganisations au sein des conseils généraux, avec le recrutement de professionnels issus des filières administrative, médicale, et sociale, comme nous le verrons dans la deuxième partie. Mais auparavant, nous étudierons dans ce chapitre comment ces dispositions ont aussi impacté les pratiques professionnelles de ces agents. Comme nous le venons de le voir dans le chapitre précédent, les personnes candidates à l'APA présentent des caractéristiques qui influencent la relation à autrui, dont l'agent institutionnel. Travailler auprès de ce public implique donc d'apprendre à connaître et à reconnaître ces particularités pour pouvoir s'y adapter. Cette forme d'apprentissage semblait d'autant plus nécessaire que lors des premières années de mise en application de la loi, les agents départementaux ne connaissaient alors pas ou peu ce public âgé, ils l'ont découvert à l'occasion de cette nouvelle mission, comme le relate l'un d'entre eux :

Quand l'APA est arrivée, j'étais AS de secteur¹. Depuis 1995. Et à l'époque, il n'y avait pas d'APA. Il n'y avait rien de spécifique pour les personnes âgées : c'était un public inconnu. C'est un public qui ne venait pas en maison du département, sauf ponctuellement pour des dépannages financiers, des situations de précarité financière, donc on les voyait peu (...). Alors, y a d'abord eu la prestation spécifique dépendance, d'abord en expérimentation : ça a été le démarrage de ces accompagnements - avec une généralisation en 98-99. Avant, les personnes âgées n'étaient pas un public pour le service social. En tout cas, pas pour le maintien à domicile. C'était très rare. Et c'était seulement pour des questions sociales - budget, factures - etc.

Les personnes âgées sollicitent peu le service social.

Alors avec l'arrivée de l'APA, il a fallu aller vers ce public non connu, qui avait des problématiques non connues... Il a fallu créer des pratiques, et apprendre à gérer un dispositif avec tout ce que ça impliquait. (...) Les travailleurs sociaux ont dû faire évoluer leurs pratiques, parce que y a des sous-thématiques qui sont apparues : les pathologies, les réseaux d'acteurs de proximité, ... Tout ça c'est nouveau pour la polyvalence.

(Assistant de service social, Conseil départemental F, Mardi 03 mai 2016).

¹ AS : Assistant de service social. Dans les collectivités départementales, l'assistant de service social dit « de secteur » est affecté dans une maison du département où il exerce une mission de « polyvalence de secteur », c'est-à-dire qu'il y reçoit tous les habitants domiciliés sur le secteur géographique concernant cette maison du département, quelle que soit la nature de leur(s) demande(s).

Pour compléter le propos de cet assistant social, précisons que jusqu'à la création de cette politique sociale destinée aux personnes âgées, ce public s'adressait plutôt aux services sociaux municipaux, les CCAS.

Une dizaine d'années plus tard, lorsque je démarre mes fonctions à ce poste pour exercer cette nouvelle mission, je constate effectivement la discrétion de ces personnes, qui sollicitent toujours assez peu les services sociaux. Pour la plupart, elles ne les ont d'ailleurs jamais contactés, et n'en connaissent pas toujours l'existence. De fait, les demandes d'APA sont souvent effectuées à l'initiative d'autres personnes, issues de l'environnement social ou familial, mais aussi sur les conseils, voire l'injonction de divers professionnels¹. J'observe que si les personnes candidates sont censées être auteures de la demande, puisqu'elles doivent avoir au moins signé le formulaire (même si elles ne l'ont pas forcément rempli elles-mêmes), elles l'ont souvent oublié quand l'agent départemental se présente à leur domicile. Et même après lui avoir expliqué les objectifs et les contenus de cette prestation, la personne reste souvent peu demandeuse - comme le montrent les propos de madame Lucchesi ou de monsieur Gillot lors de la première visite d'évaluation². Il faut souvent du temps, de la patience, et parfois même de la persévérance, pour faire accepter une aide extérieure à l'environnement familial, une aide qui pourrait faciliter la vie quotidienne à

des personnes d'ailleurs peu intéressées par les plans d'aide... Ça ressemblait plutôt à des visites conviviales... (...) Elles paraissaient vraiment peu intéressées par ces propositions, par l'administratif...

(Assistant de service social, Conseil départemental F, Mardi 03 mai 2016).

Cette absence d'intérêt pour l'aide proposée et ses conditions d'utilisation pourra ensuite se manifester par une absence de mise en œuvre du plan d'aide pourtant accepté et signé. Aussi, face à ces personnes qui peuvent exprimer ou manifester des difficultés, des désintérêts, ou des incapacités à faire, à décider, ou à décider de faire, les professionnels sont conduits à ajuster leur posture. Certes, le travail avec des personnes en difficultés présente des similitudes, quelles que soient la nature et le contexte des difficultés, comme m'indiquait, dès mon arrivée dans le service, un collègue avec lequel j'avais travaillé comme éducatrice spécialisée auprès d'adolescents et de familles en difficultés quelques années auparavant :

¹ Une étude interne réalisée dans le département F a montré que « Dans la moitié des cas environ la demande émane de l'entourage. (...) Lors d'une demande d'APA, l'hospitalisation constitue 1 fois sur 2 l'évènement déclencheur de la demande d'entrée dans le dispositif APA. » (Conseil général F, 2014, *Le profil des nouveaux bénéficiaires APA en GIR 4 dans le département aujourd'hui. Étude réalisée de Novembre 2013 à Février 2014*).

Une hospitalisation est d'autant plus souvent à l'origine d'une demande d'APA, que non seulement la personne peut être effectivement affaiblie par cet événement, mais aussi (voire surtout) parce que quand un patient hospitalisé exprime le souhait de rentrer chez lui, et que l'équipe médicale estime la situation « fragile », trop risquée, elle peut conditionner le retour à domicile à la mise en place d'aides et à une demande d'APA – comme nous l'avions vu pour monsieur Gillot (voir *Prologue*). Dans certains services hospitaliers, il existe même une « équipe mobile gériatrie », qui peut se rendre au domicile de la personne hospitalisée pour anticiper le retour en prévoyant des aides circonstanciées - c'est par exemple suite à une visite de cette équipe que nous avons eu connaissance de la situation de monsieur et madame Achard (voir *Supra*, Chapitre 2-b) *Difficultés à décider et/ou à mettre en œuvre*).

² Voir *Supra*, *Prologue*.

« Tu verras, le travail avec les personnes âgées, c'est comme le travail avec les enfants, mais à l'inverse : c'est les parents qui vont pas bien, t'as les enfants qui essaient de les aider mais savent pas toujours comment faire, y a les conflits pas réglés qui ressortent, tout ça... Bref, tu devrais savoir faire ! »

(Notes de praticienne à la maison du département, Vendredi 27 novembre 2009).

La situation présentée en prologue atteste effectivement qu'au moment d'assurer sur-le-champ le remplacement imprévu de ma collègue, malgré mon ignorance de la mission et ma méconnaissance de ce public, mes interlocuteurs semblaient tout de même satisfaits à l'issue de notre entretien. Cette première mise en situation a sans doute pu se dérouler correctement du fait de formations et d'expériences antérieures. Mais aussi parce que les personnes qui m'accueillaient étaient en capacité de s'intéresser à ce que je racontais, et de comprendre les limites de mes compétences pour répondre à leurs questions. Mais comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ce n'est *a priori* pas le cas de l'ensemble des personnes candidates à l'APA. Les difficultés ou incapacités que celles-ci rencontrent sont à prendre en considération, parce qu'elles s'imposent dans la relation et dans les interactions avec les agents départementaux, surtout dans les conditions particulières des entretiens à leur domicile. Et aussi – voire surtout -, parce qu'elles peuvent donner des éléments de compréhension de la situation à évaluer, et des indications importantes pour proposer une aide adaptée. D'autant plus que, comme nous l'avons souligné, certaines incapacités qui sont à l'origine de la demande d'aide peuvent facilement enrayer les aspects bureaucratiques de la mise en œuvre de cette loi. Aussi, même si les situations et le vécu des personnes destinataires de cette loi sont différentes et évolutives, l'agent départemental doit pouvoir en tenir compte pour intervenir avec discernement auprès de cette population « potentiellement vulnérable, confrontée au risque d'incapacité physique ou mentale » (Bocquet & *al.*, 2001 : 208). Nous pouvons identifier ci-après comment ces spécificités peuvent se manifester et orienter le travail des agents départementaux auprès de ce public.

a) Aller à la rencontre d'un public âgé : une expérience sensible

Travailler auprès de personnes âgées implique d'aller vers elles, chez elles, dans leur lieu de vie. C'est une particularité majeure de cette mission. D'une part parce que c'est ce que prévoient la loi et ses décrets. D'autre part parce que, comme nous venons de l'évoquer, ces personnes demandent peu d'aide spontanément, et même quand elles en demandent, elles ne sont habituellement pas en capacité de se déplacer elles-mêmes vers les locaux départementaux. Cette modalité de « visite à domicile » systématique a de nombreuses conséquences pour le professionnel visiteur, tant organisationnelles que symboliques, sur lesquelles nous

reviendrons en détail plus loin¹. Elle agit sur les pratiques du professionnel, en particulier dans la façon d'aborder cette rencontre. Parce que la diversité des publics concernés l'entraîne dans des déplacements de toute nature, dans toutes sortes de lieux, des centres urbains aux campagnes isolées, des villas avec jardin aux logements sociaux, des taudis aux logements très confortables, voire luxueux :

Ah oui, l'APA, ça fait découvrir des coins... parfois inhabituels pour nous ! Et parfois, on tourne beaucoup avant d'arriver - même le GPS n'est pas toujours suffisant pour trouver le chemin ! Alors on demande la route, on regarde les noms sur les boîtes à lettres... Heureusement que maintenant on a le téléphone portable pour appeler les gens quand on trouve vraiment pas ! ... Ça permet aussi d'annoncer notre retard quand on est perdue... !

(CESF, Conseil général F, Équipe M, Mercredi 29 octobre 2014, au cours d'un trajet)

Et les péripéties de trajet peuvent constituer une entrée en relation qui dédramatise la venue de ces visiteurs, comme l'illustre mon arrivée tardive au domicile de monsieur Dujour :

Je suis très en retard, je suis désolée, mais j'ai eu du mal à trouver l'entrée du bâtiment... Et en plus je suis montée trop haut : je suis allée jusqu'au sixième étage, il a fallu que je redescende pour arriver chez vous ! Je suis idiote d'être montée si haut pour redescendre !!!

Toutes mes excuses pour ce retard...

Cette introduction provoque rires et moquerie de la part de monsieur Dujour à mon égard, ce qui entraîne cette remarque de l'aide-ménagère, présente pour ce premier rendez-vous :

Ah, c'est bien, vous l'avez détendu !...

Parce qu'il était inquiet de votre venue ! C'est pour ça qu'il m'a demandé de venir, il voulait absolument que je sois là...

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Conseil général F, Équipe S, Mercredi 12 octobre 2011).

Comme si ces petites erreurs et ces retards qui jalonnent les déplacements du visiteur institutionnel, en le mettant en défaut, modifiaient les représentations que peut avoir la personne visitée à l'égard du visiteur. Mais un retard peut aussi être très mal perçu, au risque de perturber les premiers instants de la rencontre. Surtout que la personne qui reçoit ce visiteur institutionnel dans son environnement familial et social peut se montrer réservée, voire méfiante. Elle peut le percevoir comme un intrus, voire un agent de contrôle - peut-être ce que craignait monsieur Dujour. *A contrario*, un visiteur institutionnel qui se déplace au domicile de la personne demandant une aide peut témoigner d'une attention, et être perçu de façon positive. Il peut alors se sentir bien accueilli, parce que considéré comme quelqu'un qui a le

¹ Voir *Infra*, Chapitre 6. – Le domicile et les autres lieux auxiliaires et informels de l'action publique, et Chapitre 8. – La visite à domicile. Un site essentiel de régulation.

souci des autres (Tronto, 2008), quelqu'un qui pourrait « apporter une réponse concrète aux besoins des autres » (Molinier, Laugier et Paperman, 2009 : 11).

Travailler pour un public âgé, c'est également rencontrer des personnes de tout milieu social, y compris celles qui sont socialement et matériellement favorisées, lesquelles ne représentent pas le public le plus fréquemment reçu dans les services d'aide sociale¹. Comme l'APA est avant tout une aide financière, ce constat d'avoir à aider aussi des personnes qui ont des ressources financières importantes suscite régulièrement des commentaires critiques. Pourtant, les opérateurs eux-mêmes défendent l'intérêt d'aller rencontrer tout le monde :

Avant, pour les personnes âgées... Ben, y avait les prises en charge d'aide-ménagère à l'aide sociale, mais ça touche que les personnes âgées qui ont vraiment des ressources minimales... L'aide sociale, c'est vraiment hyper bas, donc... Les personnes âgées qui avaient juste au-dessus de l'aide sociale, ou légèrement plus, elles pouvaient pas forcément se payer un maintien à domicile, hein...

Donc c'est une aide financière qui aide, indéniablement,

Oui ! Et puis même... Moi par exemple, souvent j'ai des collègues qui disaient, quand elles voyaient les taux de participation, elles disaient : « 90% ! Qu'est-ce qu'on va foutre chez ces gens qui ont 90% de taux de participation... ?! » À la limite faudrait pas y aller... D'une part, elles estiment que c'est pas normal que l'APA intervienne - ceci dit l'APA finance très peu dans ces cas-là - et ensuite elles disent : « Pourquoi on va “chez les riches”, y'z'ont qu'à s'débrouiller tout seuls... » (*Rires*)

Donc, y a des réactions comme ça, des fois, qu'on entend, et moi j'estime que c'est pas parce qu'ils ont 90% de taux de participation qu'on n'a pas un rôle à avoir pour des conseils... Et puis pour des gens qui des fois sont totalement démunis face à leur problématique de maintien à domicile et à leur dépendance - Alors moi j'veux dire, c'est... Voilà !

En plus, c'est des fois, c'est du public qui connaît pas ! Qui souvent n'a jamais eu affaire à..., qui connaît souvent pas les services d'aides, qui savent pas que telle et telle structure existe, qui ont jamais eu à passer par là... Alors j'trouve que notre job, c'est... – Alors c'est vrai que, on y part un p'tit peu en s'disant qu'on va très peu financer, mais y a quand même des gens qui nous remercient, des familles qui nous remercient, sur les conseils qu'on peut donner, sur les coordonnées d'un service, sur les explications qu'on peut donner sur tout ce qui existe, notamment dans les troubles cognitifs, etc. Et y a des familles qui... ben, si on n'était pas venues pour ça, elles s'raient restées un peu démunies dans ces situations... Qui, quand on leur dit, on leur explique aussi que “y a des consultations mémoires à l'hôpital”, que y a telle et telle prise en charge possible, elles apprécient, quoi ! Et on peut pas, on peut pas considérer que parce que y a des ressources, elles connaissent tout... Y a pas forcément un lien ! Entre « J'ai des ressources » et « Je sais comment gérer ce qui me tombe sur la tête... » - parce que du coup, il leur tombe sur la tête des choses, et y sont comme tout le monde, quoi ! À part qu'y's'auront p'tête plus de facilités pour financer plus de choses que d'autres, parce que justement y a les moyens, mais au niveau des conseils et des informations qu'on leur donne, j'pense que c'est essentiel, quoi... Et ça, voilà. On peut pas faire une visite, moi j'fais pas une visite à toute vitesse chez des gens comme ça ! J'veux dire : je prends autant de temps qu'il faut,

¹ En particulier pour toutes les problématiques liées au logement, à l'insertion ou aux finances - car les questions de handicap ou de protection de l'enfance peuvent aussi concerner toutes les catégories de population.

comme pour tout le monde, et j'essaie de faire les choses qui sont adaptées à la situation, et de donner des conseils comme pour les autres, comme tout un chacun...
(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 03 décembre 2014).

Il s'agit donc pour le visiteur de savoir s'adapter à cette diversité de situations pour pouvoir répondre au mieux à des demandes et des besoins de toute nature, comme je le notais en sortant d'un entretien :

Visite à domicile madame Lapière. Quartier que je connais mal, excentré. Très résidentiel, pavillons, jardins, verdure, tranquille. Ça sent le confort matériel top niveau. Dame encore jeune, mais déjà handicapée +++ par la maladie. Au sortir de chez elle, une pensée fuse : belle maison, beau jardin, mais quelle souffrance ! Impressionnant. Comme quoi... Gardons-nous de tout jugement... Ça rend humble ces rencontres -
(Notes de praticienne, Jeudi 29 septembre 2011).

Les phénomènes de sénescence, de diminution, ou de perte de capacités peuvent concerner quiconque *a priori*, sans discrimination, et l'agent départemental se confronte ainsi sans cesse à l'universalité du vieillissement et de ses conséquences, de ses variations selon les situations sociales et familiales :

Le vieillissement, la dépendance, la mort... Pendant les entretiens avec les personnes âgées, on est tout le temps en relation avec ces notions difficiles. Certaines personnes âgées sont très angoissées en parlant de cela, d'autres au contraire sont très apaisées et très conscientes que petit à petit elles vont vers la fin de la vie.
Cela renvoie à notre propre finitude.
(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, 2009, *Accompagner des Personnes âgées dans le cadre d'un poste spécialisé PA*).

La condition commune de nos vulnérabilités (Tronto, 2009 ; Garrau et Le Goff, 2010 ; Zielinski, 2010 ; Ennuyer, 2017b) constitue souvent un élément important dans la rencontre et dans l'attention portées par l'agent institutionnel à la personne en demande d'aide, et dans la façon dont celle-ci la perçoit. Parce que « la vieillesse, c'est la dernière partie de la vie de l'homme : c'est après l'âge mûr, et ça se termine par le décès » (Joël, 2014). Et c'est aussi à cette éventualité que se confronte l'agent départemental qui travaille auprès de personnes candidates à l'APA, comme je le réalise assez rapidement :

À la demande de son médecin, je me présente chez madame Renard, avec laquelle j'ai pris rendez-vous la veille. Premiers coups de sonnette, personne ne répond, je patiente. Me reviennent les paroles d'une de mes collègues : « Il faut savoir attendre quand on arrive chez eux : ils ne courent pas pour venir nous ouvrir ! Pis des fois, ils n'entendent pas, tout simplement... ». Soit. Je patiente. Après quelques minutes d'attente, je sonne à nouveau. Je colle l'oreille à la porte, tente d'y déceler un bruit. Sans succès. J'appelle en frappant à nouveau la porte. Toujours aucun bruit de l'autre côté de cette porte. Au bout d'un moment d'attente sans succès, je décide d'aller voir ledit médecin, dont le cabinet se trouve au rez-de-chaussée. Le médecin n'est pas là, mais la secrétaire accepte d'appeler madame Renard par téléphone ; elle n'obtient pas plus de réponse. Elle m'indique que madame Renard a un caractère parfois difficile, elle pourrait ne pas répondre. Et puis il

lui arrive de sortir seule, malgré sa difficulté à descendre les étages. Bref, nous convenons d'un autre rendez-vous pour la semaine suivante.

Le lendemain, le médecin me téléphone : « C'est vous qui êtes passée hier ? Elle ne vous a pas répondu ... Et on l'a retrouvée ce matin, décédée... Je ne sais pas quoi vous dire. Elle ne voulait pas d'aide... »

(Notes de praticienne, Mardi 09 et Mercredi 10 février 2010).

Je suis alors en fonction sur ce poste depuis à peine quelques semaines quand je plonge dans cette réalité : la mort soudaine d'une personne que j'aurais dû rencontrer pour l'aider. Une réalité que me confirme la collègue à laquelle je relate cet épisode :

« Ah oui, ça arrive... À leur âge, c'est bien normal !

« Ça m'est arrivé une fois, j'étais en rendez-vous chez un monsieur, il m'est tombé dans les bras, raide mort... ! »

(Notes de praticienne suite à échange avec assistante sociale, Conseil général F, Équipe S, Vendredi 12 février 2010).

Et comme l'indiquent ces infirmières ou travailleuses sociales, les personnes rencontrées sont elles-mêmes souvent conscientes de ces réalités. Ainsi, dans l'analyse de récits d'enquêtes, réalisées en 1993 et 1999 et portant essentiellement sur « l'expérience de la vieillesse dans ses aspects les plus quotidiens », Serge Clément (2007) relève comment ces « vieilles gens » s'expriment sur leur rapport à la mort. Aussi bien la mort des autres, celle des personnes de leur génération ou des membres de leur famille, que de leur propre « expérience que constitue le sentiment d'arriver au terme de sa vie » (Caradec, 2007 : 7). Des propos exprimés de façon spontanée, parfois sous forme de lapsus, ou plus directement. De même, lors des entretiens d'évaluation à domicile, ces propos peuvent être facilement exprimés en réponse à une question presque rituelle, qui vise à recueillir leurs souhaits pour déterminer les aides à financer :

- *Et de quoi auriez-vous besoin ?*

La réponse parfois fuse sans hésitation :

- J'aurais besoin que tout ça s'arrête rapidement ! Y a plus qu'à attendre la mort...

Ou bien :

- Juste d'en finir... ça suffit comme ça, j'ai (bien) assez vécu !

Il faut parfois un peu de temps à l'agent départemental pour ajuster tranquillement sa posture à des propos de cette nature. Car plus encore que dans beaucoup d'autres accompagnements médico-sociaux, cette réalité peut toucher le professionnel, voire le troubler, par la résonance des situations rencontrées avec sa propre vie. En effet, « comme un miroir tendu sur nos vies, la question du vieillissement nous confronte à notre finitude et cristallise les peurs sociales » (Van der Velde, 2017 : 115). Et les professionnels peuvent aussi être concernés par certaines conséquences du vieillissement, de la fin de vie et de l'approche de la mort, pour des personnes

de leur entourage comme pour eux-mêmes. Certains d'ailleurs reconnaissent qu'ils ne pourraient pas travailler avec des personnes âgées, qu'ils auraient du mal à faire ces accompagnements, et à aborder ces questions (aussi) dans leur vie professionnelle. Marie Garrau et Alice Le Goff mentionnent combien

les limites auxquelles se heurtent la capacité d'agir de ces individus [*l'enfant, la personne âgée, ou malade, qui sont vulnérables*], leur difficulté relative à maîtriser ce qui les entoure et à s'en défendre, ne doivent pas être comprises comme exceptionnelles : elles renvoient bien plutôt à la condition partagée d'être dont l'existence est temporelle, incarnée et relationnelle de part en part.

(Garrau et Le Goff, 2010 : 8).

Ainsi, les agents départementaux peuvent aussi être personnellement préoccupés et affectés par des situations de pertes de capacités dues au vieillissement, de mort inéluctable, et par les tensions ou conflits familiaux qui peuvent y être liés. Et cette proximité dans l'état de vulnérabilité semble plus facilement perceptible par le cadre du domicile, car comme le souligne Pascal Fugier,

Nous intéressant aux interventions socio-éducatives menées au domicile, nous avons pu constater que c'est autant l'intimité du travailleur social que celle de l'utilisateur qui y sont mises en jeu.

(Fugier, 2014 : 101).

Ce partage d'intimité, et l'universalité des questions pour lesquelles le professionnel se déplace au domicile d'une personne, créent effectivement des conditions particulières pour la relation qui s'instaure alors.

b) Réajuster la distance relationnelle

Dans son étude sur les caisses d'allocations familiales, Vincent Dubois (2010a) souligne

l'asymétrie de cette relation, qui met aux prises un guichetier, investi de l'autorité de l'institution qui le mandate, et un visiteur en position de demandeur et le plus souvent dépourvu des ressources qui lui permettraient de traiter d'égal à égal avec lui.

(Dubois, 2010a : 26).

Se référant à Didier Demazière¹, il considère la rencontre bureaucratique « structurellement asymétrique » (2010a : 53). Mais cette asymétrie ne s'observe pas de la même manière au cours des entretiens réalisés au domicile d'une personne candidate à l'APA. Cette dernière semble bien souvent « garder la main » sur ce qui se passe, et montre rarement une attitude de

¹ Didier Demazière, 1996, « Des réponses langagières à l'exclusion. Les interactions entre chômeurs de longue durée et agents de l'ANPE », *Mots*, 46. Page 7.

soumission ou de résignation à l'égard du visiteur. D'ailleurs, elle est chez elle, c'est elle qui reçoit l'agent institutionnel en visiteur, et cette inversion des places ne donne sans doute pas le même pouvoir à chacun, en comparaison des rencontres « au guichet » : le domicile n'est pas l'institution¹. D'autre part, comme nous venons de le voir, les différences sociales ne sont pas toujours marquées de la même manière entre l'agent départemental et la personne candidate ou bénéficiaire de l'APA. La distance sociale (Dubois, 2010a), si elle existe aussi, n'est pas toujours tenue par l'agent institutionnel : elle peut l'être aussi par la personne elle-même ou par ses proches, manifestant même, parfois, une attitude de condescendance à l'égard du visiteur institutionnel, comme l'exprime madame Caze, qui tient à m'informer de sa correspondance privée avec le premier ministre :

Je lui ai écrit, parce que c'est un très bon ami, alors il fallait bien que je lui dise que ça sert à rien de faire des beaux discours pour aider les vieux, qu'on attend toujours et encore des actes !... Et je vous l'dis, parce que vous savez comment ils sont : vous risquez d'avoir des retombées ! » souligne-t-elle dans un sourire

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mardi 11 janvier 2011).

Cette anecdote illustre les écarts avec les publics des CAF. Les personnes visitées sont majoritairement dans une situation sociale satisfaisante, c'est-à-dire à l'abri dans un logement qu'elles peuvent payer, avec des ressources financières suffisantes pour satisfaire leurs besoins alimentaires et de soins, et ne connaissent guère la réalité, voire l'existence, des services sociaux. Souvent aussi, elles disposent de ressources intellectuelles et culturelles qui peuvent orienter l'entretien vers des conversations variées, à l'instar du premier entretien avec madame Lucchesi et monsieur Gillot au cours duquel ils ont eu plaisir à me raconter leurs parcours professionnels dans le secteur médico-social. Madame Mourguet, quant à elle, prenait plaisir à me raconter - en anglais, parce qu'elle disait aimer parler cette langue et en avoir rarement l'occasion - comment les nombreux bals qui ont fleuri à la Libération lui ont donné l'occasion de rencontrer ce soldat américain avec lequel elle était partie vivre aux États-Unis. Faisant fi des conventions dans les services administratifs, ces usagers n'hésitent pas à engager des discussions avec leur interlocuteur institutionnel, y compris en l'interrogeant sur des questions d'ordre privé. Ces échanges peuvent alors créer une certaine proximité, de parcours de vie ou de centres d'intérêts, qui tend à abolir la frontière symbolique entre « l'agent institutionnel » et « l'utilisateur » : l'un d'eux m'a par exemple invitée à venir fêter ses 95 ans, d'autres offrent des cadeaux, etc.

¹ Nous y reviendrons plus en détail dans le *Chapitre 6*.

De plus, comme ces rencontres se déroulent au domicile de la personne usagère du service public, c'est elle qui fixe le cadre de l'entretien et les règles de l'accueil, que l'agent départemental s'efforce de respecter. Entretien très formel parfois, mais dans un lieu de vie toujours plus convivial qu'un bureau administratif institutionnel. Surtout quand les règles de l'hospitalité incitent la personne visitée à offrir café, thé, et parfois gâteaux, pour accueillir le visiteur.

Ces quelques exemples montrent combien ces personnes se comportent bien différemment de « l'allocataire docile, qui se plie à la norme avec courtoisie » et investit un « rôle d'usager » tel qu'a pu l'observer Vincent Dubois (2010a : 50). Les échanges, entre le visiteur départemental et la personne postulante à l'aide sociale qui le reçoit, ne semblent pas non plus sous-tendus d'une intention de ne pas dire, de « vouloir ne pas parler pour préserver ce qui peut encore l'être de son intimité » (*idem* : 170). Ils peuvent plutôt exprimer des désarrois, des craintes - perdre des capacités, devoir quitter son logement -, ou être badins, raconter des blagues ou des histoires de vie comme madame Tissot aimait relater avec sourires. Et les silences analysés comme un possible « moyen de limiter l'empiètement administratif sur la vie privée » (*ibid.* : 168) semblent ici plutôt traduire une plongée dans les souvenirs, dans les pensées proches ou plus lointaines. En-dehors des situations où une pathologie crée des troubles cognitifs ou comportementaux, les personnes visitées se montrent plutôt bavardes pour livrer des éléments de leur vie, et coopératives pour répondre avec simplicité aux questions posées – même si elles semblent indiscrètes. Le plus souvent, elles savent aussi très bien exprimer leurs souhaits, et n'hésitent pas à se référer à leur âge et à leur expérience de vie pour les affirmer, conscientes ou non de leurs difficultés, comme me répond madame Paulet¹ avec agitation :

« Pourquoi voulez-vous que j'demande à quelqu'un de venir chez moi ?
J'n'en ai jamais eu besoin jusqu'à présent ! J'me suis toujours débrouillée !
Regardez le ménage : c'est propre ! Chaque jour, je fais une pièce, j'ai toujours fait comme ça, j'vois pas pourquoi je changerais !?! »
Visite compliquée. Ne veut rien entendre - Ne peut pas ? - J'abrège.
(Notes de praticienne suite à visite à domicile madame Paulet, Jeudi 22 décembre 2011).

Madame Paulet était sans doute alors dans un « déni de réalité, incapable de reconnaître sa perte d'autonomie », comme l'ont suggéré mes collègues à la réunion d'équipe qui a suivi cette visite. Il n'empêche qu'au cours de ce premier entretien, j'ai dû respecter son refus, rester à

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. – b) Des incapacités multidimensionnelles.

son écoute, et conserver pour moi mes propositions et mes inquiétudes à son sujet, avec cette question récurrente :

Comment aider des personnes qui ne le veulent pas, parce qu'elles ne peuvent pas mesurer leurs difficultés et leur perte d'autonomie ?

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mardi 02 janvier 2012).

Car c'est un autre élément déterminant de la relation qui prévaut : la personne visitée est adulte, majeure, et donc *a priori* capable, d'un point de vue juridique, de prendre des décisions la concernant, et d'en assumer la responsabilité. Le visiteur départemental doit donc composer avec ce qu'elle exprime. Et si celle-ci refuse toute aide, il ne peut pas vraiment l'imposer. D'autant plus qu'il sait que si la personne bénéficiaire de l'APA n'adhère pas aux propositions énoncées dans le plan d'aide, elle ne les mettra pas en place - ce qui risque d'entraîner des complications financières¹. Mais s'il constate un risque de danger réel et sérieux, pour la personne elle-même ou pour son entourage (par exemple, une utilisation inadéquate du gaz), il a alors la responsabilité d'intervenir. D'ailleurs, quand la personne visitée bénéficie d'une mesure de protection juridique, le mandataire judiciaire est systématiquement contacté par le service départemental pour être présent lors de la visite, et il peut contribuer à la prise de décision².

Finalement, les relations entre la personne visitée et le visiteur institutionnel semblent souvent s'équilibrer au cours de l'échange. Des rapports de domination systématiques ne sont guère perceptibles. Bien sûr, la décision d'attribution de l'allocation appartient à l'institution, mais les personnes candidates semblent plutôt reconnaissantes quand elles peuvent en bénéficier que revendicatrices quand ce n'est pas le cas. Et cette reconnaissance n'est pas seulement perceptible, elle est souvent exprimée, sous forme de remerciements fréquemment adressés au visiteur, ou même à la collectivité, ce qu'apprécie cette professionnelle :

Le travail avec les personnes âgées, c'est vraiment très différent aussi [*de la polyvalence de secteur*], parce que souvent, les gens sont vraiment très gentils. Quand tu arrives chez les gens, neuf fois sur dix au moins, tu es bien reçue.

Tu es bien reçue, par des gens qui sont contents de te voir, même s'ils ne comprennent pas toujours très bien pourquoi tu es là...

(Conseillère en économie sociale et familiale, Entretien, Mercredi 29 octobre 2014).

Ou cette autre, qui raconte comment madame Doumergue la salue alors qu'elle s'apprête à quitter le domicile :

¹ Avec des demandes de remboursement des sommes versées et non utilisées - comme nous le verrons plus loin.

² Toutefois, si le mandataire judiciaire peut alors prendre des décisions dans le cadre de son mandat, il doit tout de même associer la personne protégée aux prises de décision qui la concernent.

Au moment de partir, je ramasse mes affaires, et j'entends me dire : « Merci beaucoup d'être venue me voir, c'est un miracle que vous ayez pu répondre à ma demande... » !!
Ça m'a fait tout drôle... Alors je lui ai rappelé que c'est elle qui l'avait demandé, que j'avais simplement fait mon travail...

Mais c'est bizarre quand même d'être prise pour un miracle, non ?

(Notes de praticienne suite à échange avec assistante sociale, Mercredi 05 mai 2010).

Dans certaines situations, le renouvellement des visites et entretiens peut même créer un lien, comme une certaine forme d'attachement pour la personne, surtout si celle-ci paraît peu entourée - comme madame Paulet, cette dame devenue soudainement isolée et qui sait si bien refuser ce qui ne lui convient pas. Compte tenu de son isolement et de sa fragilité, j'essayais dans les premiers mois de rester suffisamment en lien avec elle pour mesurer l'évolution de sa situation, pour voir comment elle acceptait l'auxiliaire de vie, pour imaginer comment limiter cet isolement. Ce qui m'amenait à lui rendre visite régulièrement :

9h15 ce matin quand j'arrive chez madame P. Pas en forme. Elle est en train de préparer son repas., j'ai le sentiment de la déranger. « Non, non, vous ne me dérangez pas, ça m'fait plaisir de vous voir » - Pourtant, elle reste assez énervée, y compris à l'égard de l'aide-ménagère, style : « Elle est arrivée, et ça ne va pas du tout ! »

Mais pourtant, elle vous rend service, elle est gentille ?

« Oui, oui, elle est gentille, mais quand même... ! »

Elle se plaint d'un mal de tête - encore une fois. Tendance dépressive ?

S'enflamme à certaines de mes propositions - par exemple avoir la visite des Petits frères des pauvres¹ pour être moins isolée : « Ah non ! Laissez les p'tits frères des pauvres où ils sont ! ... Aux pauvres ! »

Pourtant, elle sait me remercier pour le gâteau que je lui ai apporté, et est en mesure de se rappeler que l'ai appelée samedi ! (...)

Coup de sonnette. C'est l'aide-ménagère de retour des courses. C'est la première fois que nous nous rencontrons : présentations réciproques. Nous sommes contentes de nous rencontrer. Elle me fait part de ses inquiétudes (draps, frigo, ...). Me donne quelques nouvelles de madame et ses impressions. Et puis retourne à son travail, ménage, rangements, etc.

Je m'assois sur la banquette. Madame P. vient s'asseoir à côté de moi, comme complice, amie ? Elle commente mes sandales d'été : « C'est dangereux ces nu-pieds ! » - « Oui, vous avez raison... ». Elle se plaint à peine. Je la relance pour des visites de bénévoles. Elle semble entendre. Elle renouvelle sa demande en se tournant vers moi : « Vous n'me laissez pas tomber ?! » - Je perçois une inquiétude, comme un sentiment d'isolement, d'abandon, qui lui fait quelquefois « perdre la tête » en quelque sorte.

J'en ressors touchée, une fois encore.

Et l'aide-ménagère aussi - je crois ?

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Lundi 25 juin 2012).

Bien sûr, la situation d'isolement de madame Paulet appelle une vigilance particulière, mais cette forme de relation professionnelle qui se teinte d'affection, parfois réciproque, n'est pas

¹ Association « apolitique et non confessionnelle qui accompagne des personnes - en priorité de plus de 50 ans - souffrant de solitude, de pauvreté, d'exclusion, de maladies graves » (Dépliant d'informations, 2015).

unique¹. Et surtout, des gestes ou des paroles de reconnaissance, de gratitude, sont fréquemment entendus. Beaucoup plus souvent que des reproches ou des manifestations de colère - qui sont d'ailleurs extrêmement rares. Cette forme de proximité, doublée d'une confiance *a priori*, présente le triple avantage de faciliter le déroulement des entretiens, d'être gratifiante pour le professionnel, et, surtout, de permettre l'ajustement de l'aide apportée, de

reconnaître la manière dont celui qui le reçoit réagit au soin. (...) et, le cas échéant, de se rendre compte que le besoin a été mal évalué, que la perception initiale était fausse.
(Zielinski, 2010 : 635).

Cette qualité de relation peut aussi favoriser l'expression de désaccords, par exemple sur la nature de l'aide, sur le taux de participation, ou sur les modalités de mise en place de l'aide. Il peut arriver, par exemple, que la personne à aider critique ou rejette ouvertement la présence de l'aide à domicile pour des raisons de couleur de peau, pour des accusations d'infractions à son domicile (vol, non respect du lieu, agression, etc.), ou bien qu'elle la considère comme une domestique à son service². Que ces propos et comportements traduisent une façon de « reprendre la main » (Zielinski, 2010) face à une situation de dépendance difficile, ou un réel rejet de ces personnes, ils peuvent compliquer la mise en place de ces aides. Mais c'est aussi

à force d'erreurs ou d'inadéquations corrigées, de mots ou de gestes maladroits que l'on nous aura fait remarquer... que la réponse s'affine. C'est bien celui qui reçoit le *care* qui guide, évalue, reste le maître du soin donné. (...) Se laisser instruire par celui à qui est prodigué le soin. La compréhension s'affine, la compétence s'ajuste au contact de celui qui, d'objet, devient sujet du soin.
(Zielinski, 2010 : 639)

Et c'est bien l'une des caractéristiques de ces personnes que d'être, pour la majorité de celles vivant à domicile, en capacité d'évaluer et d'exprimer la qualité du soin reçu, à un agent institutionnel auquel elles ne considèrent pas devoir obéir docilement. Or,

Prendre soin ne se résume pas à donner, mais cherche à solliciter la participation, le choix, et finalement l'action d'autrui.
(Zielinski, 2010 : 640-641).

Mais le respect de son autonomie à décider peut contredire la nécessité de lui venir en aide ou de la protéger – comme j'ai pu l'expérimenter avec madame Mourguet³. Il s'agira alors de

¹ Dans une « enquête réalisée en 2006 sur le territoire national auprès de personnes de plus 60 ans, 18% des 5000 personnes consultées passent des journées entières à ne rien dire à personne » (Conseil général de la Loire, Schéma départemental 2008-2012 en faveur des personnes âgées : 42).

² Ces propos peuvent heurter le professionnel, surtout quand ils sont manifestement interdits par la loi. Toutefois, il est toujours difficile de contester ou dénoncer ces propos, étant donné qu'ils sont prononcés par des personnes en situation de vulnérabilité, et à leur domicile.

³ Voir *Supra*, Chapitre 2, b) *Incapacités à faire et capacités à décider*.

rechercher un terrain d'entente, un accord satisfaisant entre des avis divergents. Nous verrons dans la troisième partie¹ comment la dimension relationnelle de l'entretien d'évaluation oriente cette forme de négociation. Car, comme nous y invite Agata Zielinski, nous pouvons : « [faire] ici l'hypothèse que, loin d'être uniquement une source d'inquiétude, la vulnérabilité permet la relation » (2018 : 300). Par ailleurs, le vieillissement est un processus qui ne donne guère d'espoirs en une amélioration des capacités. Au mieux, elles restent stables. Plus souvent, elles diminuent progressivement. Ou plus rapidement, par exemple après une chute. Et cette évolution guère évitable invite à repenser l'intervention professionnelle, les pratiques, la relation, et les réponses envisageables.

c) (Re)Considérer les objectifs de l'aide

Monsieur Mary m'a expressément demandé de venir le voir - « dès que possible » - sans plus de précisions. Je ne le connais pas, je ne vois pas de dossier à son nom. Comme il habite en foyer-logement, j'imagine qu'il souhaite demander l'APA, et je prépare les dossiers dans cette intention avant de m'y rendre. À l'issue de ce premier entretien, je prends quelques notes :

Visite à domicile monsieur Mary – EHPA *Le sorbier*.

Monsieur se livre beaucoup. Me résume sa vie. Du deuil difficile à faire du décès de sa mère il y a 3 ans. Du chemin à parcourir. De son état dépressif, bipolaire. De ses relations à l'institution - maison de retraite, CG, etc. - Conflictuelles. De sa sociabilité. Il constate à voix haute qu'il se livre en toute confiance alors qu'il me voit pour la première fois : « Le courant passe bien ! Merci, ça booste de parler avec des gens comme vous ! Ça donne envie d'se bouger ! ... »

Finalement, il n'a pas vraiment besoin d'aide concrète. Mais plutôt d'écoute, de temps, de présence, de respect, de conseils -

Guère « rentable » cette visite à domicile : près de 2 heures à écouter quelqu'un parler ! - avec des demandes techniques, concrètes, quasi inexistantes.

C'est d'attention dont il a besoin... !

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mardi 23 février 2010).

Après cet entretien et de nombreux autres qui ont suivi, il devenait de plus en plus évident que l'essentiel pour ces personnes n'est pas toujours d'organiser la mise en place d'une aide matérielle. Ou pas seulement. Ou pas tout de suite. Leurs problématiques ne portent pas non plus sur l'intégration sociale ou professionnelle, sur des questions de logement ou de finances, si fréquentes dans le travail social. Pas non plus de « parcours » ou de « projet de vie » à imaginer, contrairement à ce que commande la plupart des politiques sociales aux personnes sollicitant une aide publique. Il n'est pas non plus question de soigner, au sens médical du

¹ Voir *Infra*, Chapitre 8. – *Le domicile et les autres lieux auxiliaires et informels de l'action publique*.

terme. Comme l'entretien avec monsieur Mary le révèle, la présence et l'écoute « centrée sur la personne » (Rogers, 2005, 2010) que peut proposer le visiteur paraît souvent plus importante aux yeux des personnes visitées que les aides matérielles et financières qui peuvent être proposées :

Encore faut-il être là, actif et passif, dans une attention flottante mais ouverte à l'étonnement, tous les sens en éveil.
(Ravon, 2019 : §13).

Cette disponibilité attentive peut permettre de rencontrer la personne visitée là où elle en est, là où se révèle « ce qui compte pour elle », comme a fini par me l'expliquer madame Girod, qui devait être hospitalisée mais s'interdisait de quitter son domicile parce que :

Je viens de récupérer un cochon d'inde, je ne peux tout de même pas le laisser tout seul !
Qui va s'en occuper si je pars ?
(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mardi 23 août 2011).

Ce besoin prioritaire de prendre soin du cochon d'Inde n'a pu s'exprimer qu'après moult palabres, entre protection contre la canicule qui sévissait alors, aménagement de la maison pour faciliter les déplacements, récits des relations conflictuelles avec son fils, état de santé, vérification du frigo... Autant de détours nécessaires pour que la relation s'installe de façon suffisamment sécurisante¹. En fait, les personnes visitées ne demandent pas grand-chose : ce sont plus souvent les personnes de leur entourage qui leur conseillent, leur proposent, ou tentent de leur imposer, des aides. Ce qui représente une autre caractéristique de ces entretiens et de ces évaluations auprès de personnes vieillissant avec des pertes de capacités invalidantes : la présence importante de personnes proches de leur entourage familial ou social. Comme le souligne cette professionnelle en m'expliquant son travail :

Le public « personne âgée » est très particulier, parce que souvent on a affaire à deux générations au moins, parfois plus !... C'est qui n'est pas le cas en polyvalence !
(CESF, Conseil général F, Équipe M, Mercredi 29 octobre 2014).

Cette présence de « proches aidants »², impacte l'intervention des agents départementaux de plusieurs façons, et à plusieurs moments : parce que ce sont souvent eux qui contactent initialement le service pour avoir des renseignements, des conseils, et qui formulent ou aident à la formulation de la demande d'APA, donnant ainsi moult informations sur la situation avant même de rencontrer la personne directement concernée. Parce qu'ils facilitent souvent l'organisation de la visite à domicile, au cours de laquelle ils sont d'ailleurs souvent présents,

¹ Nous verrons dans le *Chapitre 8* comment cette qualité relationnelle permet de dérouler un entretien d'évaluation de l'éligibilité sur un mode conversationnel.

² Ainsi qualifiés par le CASF, article L113-1-3. Voir *Infra, Chapitre 6. - c) Le domicile, un lieu de rencontre*.

permettant, là aussi, de recueillir d'autres sortes d'informations, et, surtout, donnant une dynamique à cet entretien qui oblige le professionnel visiteur à entendre et à composer avec différentes logiques. Et enfin, parce qu'en étant présent et actif tout au long de la procédure d'instruction et d'attribution de l'APA, ils en facilitent considérablement le déroulement - comme nous le verrons plus loin. Ce que traduit leur présence, et qui se manifeste à chaque étape, c'est non seulement leur préoccupation pour leur proche âgé, mais souvent aussi des besoins d'aide pour eux-mêmes, pour comprendre, faire face, et accompagner l'évolution de leur proche vieillissant. Pour le professionnel, les difficultés traversées par ces personnes aidantes sont parfois plus prégnantes que celles vécues ou exprimées par la personne aidée. Il s'agira alors de savoir aussi les écouter, les informer, les conseiller.

Aussi, ces accompagnements se construisent en fonction des personnes et de la façon dont elles vivent cette étape de la vieillesse, quand elles perdent des capacités et de l'autonomie. Car contrairement à ce qui est habituellement visé dans les actions relevant du domaine médical et/ou social, ce n'est ni la guérison ni le retour à l'autonomie qui peuvent être envisagés pour ces personnes - au contraire. Il s'agit plutôt de faciliter l'acceptation des pertes, de proposer des compensations pour y faire face, de soutenir au mieux cette période, et de prévenir autant que possible les dégradations, pour continuer à vivre au mieux, en tenant compte de l'échéance dont chacun connaît la fin : « La naissance se prépare, pourquoi pas la mort ? », questionne une assistance sociale (Conseil général F, Équipe N, Mardi 30 décembre 2014). Par conséquent, si « la finalité de la relation de soin est bien que (...) [les] besoins soient satisfaits », la plupart du temps, il n'est pas réaliste ici de considérer que ces besoins pourront disparaître, et que le travail de *care* pourra « mettre fin à une situation de dépendance » (Zielinski, 2010 : 640). Il s'agirait plutôt d'accompagner au mieux vers la dernière étape, d'autant plus qu'envisager une amélioration n'est souvent pas réaliste, et qu'au contraire, les pertes d'autonomie risquent d'augmenter. Tout au plus peut-on chercher à ralentir la vitesse et l'intensité de ces pertes - et à faciliter leur acceptation et leur compensation. Cette redéfinition des objectifs demande un travail d'adaptation aux professionnels eux-mêmes. Il leur faut accepter d'accompagner des personnes dont la situation ne peut que stagner ou s'aggraver, apprendre à ne pas se laisser déborder par ses propres émotions, pour permettre à ces personnes de vivre au mieux ce qui leur reste à vivre, aussi longtemps que nécessaire :

- Elle [*La prise en charge gérontologique*] s'installe généralement dans la durée : la situation évolue en même temps que les conséquences du vieillissement apparaissent ; l'aide requise peut changer dans sa nature mais aussi dans son intensité : sur plusieurs années on peut assister à une évolution du réseau d'aide autour de la personne ou à des transferts de la personne âgée entre son domicile et des structures de soin ou d'hébergement.

- Elle n'a pas un objectif précisément défini mais plutôt des objectifs intermédiaires en fonction de chaque situation et de chaque intervenant. Il n'y a pas de norme *a priori* mais plutôt des grands principes fondamentaux qui s'attachent à pallier les effets du vieillissement en respectant les désirs de la personne, en la maintenant dans une continuité de vie, en tenant compte de ses ressources environnementales et des souhaits de sa famille.
- Elle peut avoir une dimension palliative et intervenir « en aval » en suivant l'installation de la dépendance, en répondant aux demandes et en mettant en place un réseau d'aide, mais elle peut aussi se situer plus en amont et avoir une ambition préventive : elle comporte alors une attitude active de recherche des besoins (véritable dépistage des pathologies, des déficits ou de leurs facteurs de risque) et la mise en place d'actions de correction. (...)
(Bocquet et al., 2001 : 211-212).

Et dans ce résumé d'une prise en charge gérontologique apparaît un autre aspect caractéristique de ces interventions, celui des temporalités.

d) Repenser le rapport au temps

Notre travail s'inscrit dans un rapport au temps qui est spécifique au grand âge. Bien sûr, il y a l'urgence des sorties d'hospitalisation ou lors des demandes de révision de plan d'aide quand il y a une dégradation de la situation, mais dans ce poste spécifique d'accompagnement auprès des personnes âgées nous devons savoir prendre le temps, le temps des entretiens longs au domicile, où la personne âgée va parler de toute sa vie, de son histoire.

Ce temps suspendu, ralenti, peut être en contradiction avec notre propre rythme de travail, accentué par les dossiers en retard, et par les délais de procédure à respecter.

Le temps de la personne âgée est souvent aussi malmené, avec celui des enfants qui sont pressés que le plan d'aide se mette en place, qui vont vouloir précipiter les procédures et rouspéter contre le Conseil Général à cause des délais de réponse. Certains enfants, sans doute angoissés par le vieillissement qui s'accélère de leurs parents, ne veulent plus perdre de temps.

Alors les entretiens au domicile sont en général plus longs, il peut être difficile d'y mettre un terme (...).

(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, 2009, *Accompagner des Personnes âgées dans le cadre d'un poste spécialisé PA*).

L'entretien réalisé avec monsieur Mary à son domicile avait duré près de deux heures¹. En portant attention à son besoin d'être écouté, j'avais bien conscience de ne pas respecter une règle tacite de l'institution, mais au vu de ses propos et de ses émotions, je n'avais pas voulu ou pas su l'interrompre. J'exerçais cette mission depuis quelques semaines, et je commençais à découvrir ce qui est devenu ensuite une évidence : les personnes âgées ont le temps. Et souvent, les discussions avec elles sont suffisamment agréables et intéressantes, pour les laisser se prolonger, voire même y prendre un certain plaisir parfois. Et puis, c'est bien dans l'échange

¹ Voir *Supra*, Chapitre 3 - c) (Re)Considérer les objectifs de l'aide.

que se crée la relation, que peut se construire une confiance, au-delà de tous les aspects de procédure, comme le rappelle Bertrand Ravon en citant Nicolas Dodier :

« Être là au bon moment », saisir le « bon timing » : le travail avec autrui fait partie de ces actions qui demandent à agir dans plusieurs mondes, à travers une « série de séquences où les personnes, engagées dans des moments successifs, doivent mobiliser en elles des compétences diverses pour réaliser, au fur et à mesure des rencontres avec les circonstances, une adéquation à la situation présente » (Dodier, 1991 : 427).

En l'occurrence, « être présent au présent » suppose une coordination subtile de l'action, faite de disponibilité, d'attention, d'attente et de veille. On retrouve ici les piliers du travail de *care* modélisés par Joan Tronto (2009) et que reprend Marc Bessin (2012) sous le terme de « présence sociale » : assurer une présence, se soucier de, s'engager dans une réponse ajustée, s'assurer que le soin consenti est bien reçu.

(Ravon, 2019 : § 13-14).

Mais cette dilatation du temps n'est guère compatible avec l'injonction institutionnelle : « Oui, les personnes âgées sont souvent contentes de nos visites, mais il va falloir que tu apprennes à gérer ton temps : tu ne peux pas rester deux heures à chaque fois ! », me répond le chef auprès duquel je partage mon étonnement devant ce besoin de parler, entraînant des entretiens à domicile de longueur variable et imprévue. Cette élasticité du temps n'est guère compatible non plus avec la prise en compte des autres personnes, celles qui attendent notre venue... Mes carnets de praticienne abondent de ces tentatives d'ajustements temporels, comme celle-ci :

Me voilà encore en retard +++

Mais je ne veux pas courir.

J'appelle pour prévenir. Et je m'excuse *x* fois quand j'arrive - puis en repartant.

Et madame m'absout gentiment : « Mais ce n'est pas grave, puisque vous m'avez prévenue ! ... »

(Notes de praticienne, Retour de visite à domicile, Lundi 22 mars 2010)

Cette remarque le signale : certes, les personnes âgées ont le temps, mais elles organisent souvent leurs journées selon un emploi du temps rythmé, cadré, et n'apprécient guère les rendez-vous qui ne sont pas respectés à l'heure dite. Il peut d'ailleurs arriver qu'elles refusent une aide à domicile, précisément pour ne pas être dérangées dans leur rythme journalier, ou qu'elles renvoient la personne qui ne sait pas respecter leur cadre horaire.

« Prendre le temps » ; « passer du temps ensemble » : ces expressions nous invitent à reconsidérer le temps présent, autrement que sous les traits de l'urgence, du provisoire, de l'immédiateté, du « juste à temps », etc. Le temps présent de la présence, qu'une lecture évaluative ou rationnelle de la situation perçoit comme un temps « compté » possède une dynamique qui lui est propre.

(Ravon, 2019 : § 15)

L'entretien à domicile avec des personnes âgées, parfois très âgées, dilate le temps. Elles sont souvent contentes d'avoir de la visite, même si ces visites peuvent les fatiguer. Elles sont chez elles, habituellement bien installées. Elles ont beaucoup vécu, et ont donc beaucoup de choses

à dire, à partager. Le professionnel, quant à lui, est bien accueilli et n'est pas sous la pression institutionnelle, il peut donc facilement répondre à ce besoin d'échanges - au risque de ne plus voir défilier le temps consacré au travail « productif ». Alors, pour limiter ces tendances à oublier le temps qui passe, et pour m'éviter d'avoir à choisir ensuite entre courir ou être en retard, j'avais finalement adopté une stratégie technologique, en transformant le téléphone portable en réveil : à l'heure programmée, il sonnait pour me rappeler de « commencer à partir » ... Car

Vieillir est plus ralentir que perdre. Alors même qu'il faudrait plus de temps pour accompagner les personnes âgées pour qu'elles puissent comprendre ce qu'on leur dit, pour qu'elles puissent exprimer leur avis, on constate l'inadéquation avec les services hospitaliers par exemple, et particulièrement avec les services d'urgences vers lesquels confluent nombre de ces personnes. On n'explique plus, et surtout on n'écoute plus les personnes âgées ; le temps des soignants qui s'accélère dans une visée de performance croise de moins en moins le temps des personnes âgées qui, lui, se ralentit.
(Aubry, 2020 : 36).

Pour les agents départementaux affectés auprès de ce public, une autre particularité modifie le rapport au temps dans le travail. Celui-ci est souvent bousculé par des charges de travail importantes et des imprévus qui perturbent le déroulement prévu, comme le départ soudain de l'infirmière vécu au cours de ma visite à domicile d'initiation¹. Pour les personnes âgées, les situations d'urgence sont moins fréquentes, ou plutôt, elles surgissent différemment. D'abord parce que, compte tenu de la façon dont sont organisées les institutions de soins, quand il s'agit d'une urgence vitale, le service départemental d'aide sociale ne peut pas réellement agir autrement qu'en donnant l'alerte, ce sont ensuite les services d'urgence (pompiers, hôpitaux, médecine de ville) qui peuvent intervenir. Les autres situations d'urgence peuvent concerner la recherche d'une solution d'hébergement - par exemple quand l'aidant principal se retrouve soudainement en incapacité d'assurer ce rôle, ou que la situation de fragilité s'aggrave brutalement pour la personne elle-même. Mais ces risques sont souvent prévisibles - du moins quand la personne est connue par le service. Et surtout, même si l'accompagnement de situations d'urgence est souvent très chronophage, il ne concerne qu'une petite partie de l'activité des agents - voire aucune selon l'organisation départementale².

¹ Voir *Prologue*.

² Contrairement par exemple aux missions d'aide sociale à l'enfance, pour lesquelles les professionnels sont sollicités par des situations de danger ou risques de danger qu'ils doivent résoudre souvent dans l'urgence.

Conclusion Chapitre 3

Ce chapitre expose comment l'intervention auprès d'une population âgée modifie sensiblement, et par plusieurs aspects, les pratiques professionnelles des agents de l'action sociale et médico-sociale départementale. Et même si cette population n'est pas homogène, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, elle constitue un public particulier, identifiable par quelques points significatifs. En effet, ce sont des personnes qui, généralement, se montrent assez discrètes, ne sortent pas ou peu de chez elles, et demandent peu d'aide. Pour les rencontrer, le professionnel doit donc se déplacer jusqu'à leur domicile. C'est alors à lui de s'adapter aux conditions d'accueil qui lui sont proposées, et non l'inverse. Ces déplacements systématiques sont souvent facilités par un accueil avenant, voire convivial, par des personnes qui semblent apprécier ces visites – une fois dissipées les appréhensions éventuelles. Ce sont des personnes qui ont la particularité d'être d'origine culturelle diverse et de milieu social très varié. Elles ne se montrent pas particulièrement dociles ni soumises au visiteur institutionnel, et acceptent facilement la rencontre et l'échange avec celui-ci. Souvent, elles se considèrent à peine en position de demander quelque chose. Ces caractéristiques imposent au professionnel de pouvoir adapter sa posture et ses pratiques, ne serait-ce que pour entendre et accepter les refus de son interlocuteur – quelle que soit son inquiétude, mais dans certaines limites. Ce professionnel doit également considérer son intervention auprès de la personne non pas comme un accompagnement vers l'insertion et l'autonomie, mais plutôt comme un accompagnement vers des conditions aussi bonnes que possible de la dernière étape de la vie. L'exercice de cette mission conduit les professionnels à rencontrer des situations de vulnérabilité qui peuvent facilement faire écho à leur histoire personnelle, et bousculer leur sensibilité par des questions existentielles. Parmi celles-ci, des tensions apparaissent dans le rapport au temps et aux temporalités, lesquelles ne sont pas toujours simples à réguler pour l'agent institutionnel. D'autant plus que les besoins sont importants, pour les personnes âgées comme pour leurs proches, de pouvoir parler, parfois longuement, de leur situation, de leurs difficultés, de leurs inquiétudes. Or, cette pratique d'écoute, qui donne l'occasion de mieux comprendre la situation de la personne à aider, demande beaucoup de temps et de disponibilité, des conditions rarement compatibles avec les attentes institutionnelles.

Nous voyons là une tension entre différentes logiques. Le « bureaucrate de contact » se rend auprès de la personne candidate à une aide publique, à son domicile, avec la mission institutionnelle d'évaluer son éligibilité à une prestation d'aide sociale. Là, il rencontre une personne, éventuellement avec ses proches, qui l'accueille et conversationne, mais ne répond pas automatiquement aux logiques institutionnelles. Une personne qui souvent ne demande

rien ou pas grand-chose, même si elle rencontre effectivement des difficultés pour effectuer tout ce qu'elle pourrait souhaiter dans sa vie quotidienne, et qui accepte volontiers l'attention d'un visiteur, fut-il institutionnel, pour un échange pouvant constituer aussi une proposition d'aide. Dans un souci de prendre en considération ces deux attentes, le professionnel tente de s'adapter à ce que propose et donne à voir la personne qui l'accueille. Il ajuste sa posture et son propos à ce qu'il observe et comprend de la situation, dans une forme de régulation autonome et située, au domicile de la personne à laquelle il reconnaît effectivement des difficultés suffisantes pour justifier une aide publique. Une régulation qui peut être facilitée, ou non, dans la mesure où peut exister une sorte de proximité de vulnérabilité, dans une forme de relation relativement équilibrée. L'entretien peut alors se dérouler dans un échange plutôt que dans l'imposition d'une solution.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Dans cette première partie, nous avons examiné les éléments établissant le contexte de cette recherche : les origines et les événements conduisant à une décision politique d'action sociale, les objectifs de la loi étudiée, le public auquel elle s'adresse, et les caractéristiques du travail auprès de ce public pour les opérateurs chargés de traduire la loi en actes dans ce cadre.

Nous avons d'abord retracé dans le premier chapitre les mouvements socio-historiques ayant motivé les premières lois destinées à une nouvelle catégorie de personnes, que le législateur définit comme étant des « personnes âgées et en perte d'autonomie ». Ainsi, la loi créant l'APA en juillet 2001 est issue d'évolutions importantes en matière de santé, de démographie, et de modifications des structures sociales et familiales. Ce chapitre en retrace les origines et décrit la genèse du vote de cette loi. Il rappelle les principes qui ont orienté les choix effectués : maintenir le principe d'une allocation pour financer les aides nécessaires à la compensation des pertes ou diminutions de capacités, et contenir les dépenses publiques en créant une allocation destinée spécifiquement aux personnes dont les incapacités sont dues à leur vieillissement. Ces principes ont conduit à définir des règles singulières pour identifier les bénéficiaires potentiels, limiter leur nombre et maîtriser le montant des aides accordées. En effet, si le principe du versement d'une allocation de cette nature n'est pas nouveau, la procédure d'attribution imaginée est relativement innovante en matière d'action sociale. Ainsi est-il décidé d'utiliser une grille codifiée pour mesurer les pertes de capacités des activités listées dans cette grille, et leur importance au regard des critères que définit ladite grille. L'évaluation ainsi réalisée doit permettre de déterminer l'éligibilité à la prestation et le montant maximum de l'aide accordée. Puis le montant de l'allocation est calculé de façon individualisée, prenant en compte à la fois la nature des aides financées – récapitulées sous forme d'un « plan d'aide » - et les ressources de la personne bénéficiaire.

Ce chapitre montre donc une forme d'élaboration de l'action publique, par une transformation de règles existantes, complétée par la création d'autres règles. Celles-ci s'imposent à la fois aux institutions et acteurs de leur mise en œuvre, et aux personnes destinataires de cette action publique. Ce faisant, elles définissent les normes avec lesquelles peut s'exercer l'action publique. Nous pouvons donc identifier ici une forme de régulation de contrôle (Reynaud, 1988), qui s'exerce au niveau national, par des décideurs à l'égard des groupes d'exécutants.

Le deuxième chapitre propose une présentation des personnes désignées destinataires de cette prestation, les « supposés bénéficiaires » de cette politique publique d'action sociale. Nous constatons que malgré des critères assez précis pour définir cette nouvelle catégorie de public, celle-ci réunit une grande diversité de situations. En effet, elle inclut des personnes dont les

âges s'échelonnent sur une quarantaine d'années, et, surtout, qui doivent faire face à des incapacités de nature et d'intensité variables, avec des conséquences inégales dans leur vie quotidienne. Ces difficultés ne sont pas seulement liées à la situation intrinsèque de chaque personne, car son environnement de vie peut jouer un rôle important pour faciliter, ou au contraire aggraver sa situation, la faisant évoluer parfois très rapidement. Ces caractéristiques soulignent un paradoxe important, quand les incapacités vécues par ces personnes les rendent à la fois éligibles à la prestation et incapables d'y recourir.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous avons regardé comment le travail et les pratiques professionnelles des opérateurs de cette loi sont impactés d'une part par sa traduction en actes, et d'autre part par les spécificités observées auprès de cette population. La procédure d'instruction oblige ces « bureaucrates de contact » à se déplacer au domicile des personnes candidates à l'APA, des personnes dont la situation peut parfois résonner avec leur histoire personnelle. Sur place, la relation entre le visiteur institutionnel et la personne visitée paraît souvent moins déséquilibrée que celle pouvant se dérouler dans des locaux d'une administration : le cadre est posé par la personne « à aider », puisque c'est elle qui reçoit et fixe les règles de cet accueil. Et puis elle ne demande souvent pas grand-chose et se considère rarement en position de demande ou de soumission. Cette attitude conduit le professionnel visiteur à adapter ses pratiques et à développer de nouvelles compétences. D'autant plus qu'en intervenant auprès de personnes vivant la dernière étape avant « la fin de la vie » (Maurize, 2023), il est incité à revoir les objectifs de sa proposition d'accompagnement, à oublier tout projet d'insertion ou d'autonomisation, et à rechercher plutôt une facilitation de la vie quotidienne.

À travers ces chapitres, nous identifions différents niveaux de décisions et d'actions pour la mise en œuvre de cette loi. Nous distinguons ainsi les principaux éléments de contexte dans lequel elle est traduite en actes : ses objectifs, sa logique bureaucratique et ses contraintes de procédure, les situations particulières des personnes destinataires, et les conséquences dans les pratiques professionnelles des agents départementaux intervenant auprès de ces personnes. Nous pouvons constater que si la conception de cette loi articule effectivement les deux exigences initialement définies, répondre aux besoins des personnes et limiter les dépenses publiques, sa construction paraît peu adaptée aux personnes auxquelles elle s'adresse, c'est-à-dire des personnes fragilisées par les conséquences du vieillissement physiologique. Cette difficulté fait apparaître un nouveau besoin, celui de pouvoir accéder à l'aide prévue pour compenser les incapacités dues au vieillissement. Nous verrons comment s'effectue cette régulation entre des exigences administratives et des impossibilités d'y répondre, par

l'implication d'une tierce personne assurant une nouvelle fonction : celle de faciliter l'accès à une prestation sociale.

Par ailleurs, nous pouvons observer comment les opérateurs institutionnels se retrouvent eux-mêmes à l'interface entre ces deux logiques. Nous étudierons dans la troisième partie comment le travail relationnel déployé, en particulier au cours des entretiens à domicile, permet de réguler cette tension et de modifier les lignes normatives. Et puis, la loi et les règlements qui l'accompagnent prévoient une procédure d'instruction des demandes qui peut paraître lourde et contraignante également pour les collectivités départementales qui ont la responsabilité de les mettre en œuvre. Nous pouvons étudier dans la partie suivante comment ces institutions déroulent cette mise en œuvre, comment elles organisent les services, choisissent les opérateurs et les lieux dans lesquels ils interviennent.

DEUXIEME PARTIE

LES CONFIGURATIONS¹ DE L'ACTION ET SES LIEUX D'EXERCICE, DE L'ASSEMBLEE DEPARTEMENTALE AU DOMICILE

Comme de nombreuses politiques publiques, notamment en matière d'action sociale, la loi relative à l'APA est mise en œuvre à partir de différents niveaux de décision et d'action : à l'échelle nationale, le parlement et le gouvernement définissent les orientations de la réponse politique et sociale au problème public identifié, par le vote de la loi et la publication de décrets qui en précisent les contours. À l'échelle départementale, l'assemblée des conseillers départementaux précisent et organisent la mise en application de cette loi et des décrets qui l'accompagnent, à partir des propositions de la commission des affaires sociales et des travaux des services de la direction générale. Et à l'échelle locale et individuelle, des agents de l'administration départementale appliquent ces décisions par une traduction en actes réalisée pour et auprès des personnes nommées destinataires de cette politique publique. Cette organisation des différents niveaux de décision et d'action est caractéristique des politiques dites décentralisées, et en particulier des politiques sociales qui relèvent des compétences départementales², comme la loi instituant l'APA. À ce titre, il revient aux collectivités départementales de réaliser la mise en œuvre de cette loi, d'organiser leurs services pour traduire en actes cette décision politique. Plusieurs aspects peuvent alors être interrogés.

Dans leur étude sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile, Agnès Gramain et Florence Weber (2012 ; 2013) ont privilégié certains d'entre eux³. Méлина Ramos-Gorand (2015 ; 2016) l'a abordé d'un point de vue géographique⁴. Comme indiqué précédemment, le travail présenté ci-après cherche plutôt à comprendre comment s'opère la rencontre entre les opérateurs institutionnels et les personnes destinataires de cette politique publique, et en interroge les effets produits. Cette rencontre s'effectue au sein de collectivités territoriales déjà très structurées, qui doivent traduire de façon concrète les décisions et les

¹La notion de « configuration » est utilisée ici dans le sens de la théorie élaborée par Norbert Elias, selon lequel « La configuration désigne (...) la figure globale que forme l'ensemble de ces individus pris dans ces systèmes de relations réciproques (...) » (Encyclopaedia Universalis, avril 2023).

²Pour mémoire : la protection maternelle et infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE) et le soutien aux familles, les personnes handicapées et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les personnes âgées, la lutte contre la pauvreté et les exclusions et la gestion du revenu de solidarité active (RSA).

³Leur analyse est centrée sur « l'organisation des services en charge des personnes âgées dépendantes », « le contrôle de l'éligibilité (...) et le contenu du plan d'aide », « leur solvabilisation », et la « tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés » (Gramain et *al.*, 2012 : 2).

⁴En étudiant « la territorialisation de l'accompagnement des personnes âgées » (2015 : Résumé), et le « non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain » (2016 :1).

instructions inscrites dans le CASF. Et comme le législateur accorde aux assemblées départementales une marge de manœuvre pour mettre en application des politiques décidées au niveau national quand elles relèvent de leur compétence, nous pouvons en interroger deux conséquences. D'une part, quelles adaptations des textes juridiques effectuent ces institutions pour respecter les instructions décrites et accompagnant cette loi et les articuler avec ce qui existe déjà dans leur administration ? D'autre part, et compte tenu de ces possibilités d'adaptation de la loi aux caractéristiques locales, la rigueur de la procédure prévue pour l'attribution de cette prestation se retrouve-t-elle traduite de façon similaire dans les différents départements ? Ou bien, au contraire, existe-t-il des nuances, voire de fortes différences, dans l'application des règles bureaucratiques ?

Pour étudier ces questions, nous préciserons dans cette deuxième partie le cadre institutionnel à partir duquel s'effectue cette rencontre. Dans le chapitre 4, nous regarderons les choix effectués par les départements enquêtés pour mettre cette loi en application. Nous observerons que cette mise en place s'insère à chaque fois dans une organisation déjà existante, composée de plusieurs niveaux institutionnels de décisions et d'actions, et structurée à partir de plusieurs sites. Et nous constaterons que le choix des opérateurs de contact et de leur mode de fonctionnement manifeste différentes formes de régulation de la loi. Dans le chapitre 5, nous étudierons les modalités de travail définies par ces administrations pour traduire la loi en actes. Nous verrons combien cette mission implique l'utilisation de divers référentiels pour guider le travail des opérateurs et faciliter le traitement des demandes. Nous remarquerons également comment certaines spécificités de cette loi ont entraîné la création de nouvelles tâches pour les opérateurs. Nous distinguerons là aussi des traductions locales des règles de procédure, en particulier dans les modalités d'attribution de l'APA, lesquelles peuvent entraîner une forme d'iniquité entre les départements. Enfin, dans le chapitre 6, nous porterons attention au site particulier du domicile, là où s'exerce une partie essentielle de l'instruction médico-sociale de toute demande d'APA. Nous verrons comment cette modalité transforme ce lieu de vie en lieu d'exercice de l'action publique, et les incidences de cette modalité pour la ou les personnes occupantes, et dans les pratiques professionnelles des agents départementaux.

Cet exposé des configurations permettra d'examiner dans la partie suivante comment ces choix politiques d'organisation institutionnelle agissent sur l'activité des agents départementaux, comment ils opèrent avec ces recommandations, et avec quels outils en fonction des différents lieux d'action.

CHAPITRE 4. - LES SITES DEPARTEMENTAUX DE TRADUCTION DES TEXTES JURIDIQUES

Dans ce chapitre, nous examinerons comment les collectivités territoriales désignées pour mettre en œuvre cette loi en traduisent le contenu et réorganisent leurs services pour y inclure cette mission¹. Les élus départementaux adaptent les textes nationaux en fonction de choix politiques concernant l'ensemble du territoire administré. Pour rendre ces décisions opérationnelles, la direction générale doit les articuler avec ce qui existe déjà au sein de la collectivité, en terme de moyens humains, financiers, techniques. Elle définit une organisation théorique des services et des relations entre les services – souvent affichée sous forme d'organigrammes, de diagrammes des relations fonctionnelles et/ou hiérarchiques, de guides de procédures, etc. Ce faisant, elle effectue à son tour des choix, lesquels consistent parfois à effectuer quelques interprétations de la loi et des décrets l'accompagnant. C'est à partir de ce cadre institutionnel que les opérateurs doivent exercer leur mission. Aussi, tout leur travail est impacté par ces choix et interprétations, qui se répercutent aussi dans le service rendu au public. Et ce d'autant plus que ces décisions prises par la direction générale et/ou l'assemblée départementale attribuent des contenus et des contours différents à la mission de ces bureaucrates de contact.

Nous soulignerons donc les disparités observées dans ces traductions selon les départements enquêtés, avant de présenter dans une troisième partie la façon dont ces agents se saisissent de ces consignes dans leurs pratiques professionnelles. En nous attardant ainsi sur l'agencement des acteurs départementaux, nous pourrions repérer comment les élus et les agents des services départementaux régulent leurs décisions et leurs pratiques.

a) Le conseil départemental, « chef de file » de l'action sociale

Depuis 1983 et les lois dites de décentralisation², les départements exercent de nombreuses compétences en matière de politique sociale. Ces compétences sont accrues et renforcées en

¹ Le contenu de ce chapitre et du suivant est recentré sur les choix qui ont des conséquences pratiques directes pour les agents départementaux dans la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, en vigueur au moment de l'enquête ethnographique, et sans analyser ces choix. Par ailleurs, il existe d'autres aspects dans les politiques départementales qui impactent l'effectivité de cette loi, mais qui ne sont pas explorés dans cette recherche - à titre d'exemple : les relations avec les autres organismes d'action sociale (caisses de retraite, CCAS, CLIC, CPAM, MDPH, Aides au logement, ...), les relations avec les services d'aide à domicile (agrément, conventionnement, ...), avec lesquels le département peut signer des conventions – comme le prévoient les articles L113-2 et L232-13 du CASF.

² Depuis le vote de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, complété par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, et par la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

2004, soit deux ans après la mise en application de la loi instaurant l'APA, avec le vote de la *loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales*, laquelle confirme, précise et complète les obligations des conseils généraux en ce qui concerne l'action sociale en faveur des personnes âgées : définir un schéma départemental et mettre en œuvre l'action sociale, coordonner les actions menées par les différents intervenants, etc.¹ Ces obligations sont réaffirmées dans la loi du 27 janvier 2014, dite *loi MAPTAM*², qui nomme explicitement les départements *chef de file* de l'action sociale³. Quelques mois plus tard, la *loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République* (dite *loi NOTRe*), introduit une nouvelle clause de compétence sociale pour les départements :

Le conseil départemental est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge.

(Code général des collectivités territoriales, article L3211-1).

Ces décisions font des collectivités départementales un acteur majeur et incontournable dans différents domaines de l'action sociale, dont l'aide aux personnes âgées depuis 1997. En tant que « chef de file », elles doivent assumer la double responsabilité de mettre en œuvre des politiques publiques d'action sociale, décidées au niveau national ou départemental, et de coordonner l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans ce domaine, sur le territoire qu'elles administrent (Commission des affaires sociales du Sénat, 2014). Pour l'exercer, elles sont tenues d'élaborer deux documents de cadrage : d'une part le Schéma départemental d'action sociale⁴, contenant un diagnostic des besoins, des ressources existantes, et des éléments de réponses aux besoins recensés ; d'autre part le règlement départemental d'aide sociale (RDAS), lequel définit, entre autres, « les règles selon lesquelles sont accordées les

¹ En particulier dans l'article 56 de la loi, transcrit dans l'article L.113-2 du CASF.

² La *loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles* charge les départements d'organiser les modalités de l'action commune des collectivités pour l'exercice des compétences relatives à l'action sociale, en qualité de « chef de file » (<https://www.departements.fr/missions-des-departements/>, consulté le 08 septembre 2017).

³ La notion de *chef de file* est issue de la *loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République*, qui prévoit qu'« Aucune collectivité territoriale ne peut exercer une tutelle sur une autre. Cependant, lorsque l'exercice d'une compétence nécessite le concours de plusieurs collectivités territoriales, la loi peut autoriser l'une d'entre elles ou un de leurs groupements à organiser les modalités de leur action commune » (article 5). Dans le champ de l'action sociale, la loi n°2004-809 en précise les contours : « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux autres organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent » (article 49, transcrit dans l'article L.121-1 du CASF). Ce que confirme la loi MAPTAM, transcrite dans l'article L.1111-9 du Code Général des Collectivités Territoriales.

⁴ Dont les objectifs et les modalités d'élaboration sont définis dans les articles L312-4 et suivants du CASF. Dans certains départements, ce schéma peut être commun pour les personnes considérées en « perte d'autonomie », du fait de l'âge ou d'un handicap reconnu.

prestations d'aide sociale relevant du département » (CASF, article L.121-3). Ces obligations sont complétées par la possibilité pour la collectivité départementale de « décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L.121-1 », à condition toutefois de pouvoir assurer « la charge financière de ces décisions » (CASF, article L.121-4). Celle-ci s'ajoute alors aux « dépenses résultant de l'application des articles L.121-1, L.121-3, L.121-4 et L.123-1 », lesquelles « ont un caractère obligatoire » (CASF, article L.121-5). Ces dépenses concernent non seulement les allocations versées aux bénéficiaires, mais également tous les frais liés à la structure nécessaire pour instruire les demandes et assurer le suivi des réponses. Bien qu'importants, ces aspects budgétaires ne seront pas étudiés dans ce travail, mais nous verrons comment ils peuvent aussi impacter la mise en œuvre de la loi.

Les administrations territoriales doivent donc mettre en œuvre la loi créant l'APA à partir de ce cadrage juridique. Chaque conseil départemental adapte alors les règles nationales de la loi au contexte local, démographique, économique, géographique, politique ou social, et ces variantes départementales entraînent alors quelques disparités dans les réponses apportées aux personnes sollicitant l'APA¹. Par ailleurs, chacune de ces collectivités doit intégrer cette nouvelle mission dans des organisations déjà opérationnelles pour les autres missions d'action sociale. Ainsi, l'ensemble des départements enquêtés met en œuvre une politique sociale à partir de trois échelles d'action et de décision - soit autant d'occasions d'adaptations des règles bureaucratiques.

b) L'Hôtel du département, centre de décisions des politiques départementales

L'assemblée départementale débat et décide des diverses politiques départementales, mais le contenu des débats et des décisions est habituellement préparé en amont, par la commission permanente et les commissions spécialisées, chargées d'examiner les dossiers et de donner un avis dans leur domaine². Les membres des commissions eux-mêmes travaillent ces dossiers avec les services de la direction générale, lesquels sont donc souvent installés à proximité :

¹ Toutefois, l'existence de différentes instances comme l'Assemblée des départements de France (ADF), l'Observatoire national De l'Action Sociale (ODAS), le réseau IdealCO, permettent à ces collectivités d'échanger et de réguler leurs pratiques. Depuis 2005, et plus encore depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, la CNSA participe aussi à cette régulation, du fait de ses missions d'information, de contribution à l'égalité de traitement, et de soutien à la recherche.

² Ces commissions sont habituellement définies en fonction des domaines de compétence départementale. Leur composition et leur intitulé varient selon les départements.

l'Hôtel du département (HDD) abrite les conseillers élus, les équipes administratives, les diverses instances de fonctionnement, et les directions générales. Élus et cadres de la direction générale peuvent ainsi se concerter plus facilement, par exemple pour analyser les textes officiels et les traduire en actions à financer et en tâches à effectuer¹.

C'est donc à partir de ce site, central et hiérarchiquement décisionnel, que sont conçus les organigrammes, les fonctionnements des services et les circuits de communication entre eux, que sont formalisés et précisés le cadre institutionnel et les missions des opérateurs : nombre et profil de poste des agents, choix des instruments, circulation des informations et des documents, financements et contrôles, ... Autant de questions à étudier et à arbitrer par la direction générale et par les services dits « centraux », installés eux aussi à proximité de la direction générale. Car chaque collectivité départementale a une latitude pour décider de l'organisation de la mise en œuvre d'une loi, à partir des objectifs et des règles définis au niveau national. Elle s'appuie alors sur une organisation des services et des équipes déjà existantes au sein de la collectivité, sur une connaissance des besoins de la population ciblée et des ressources existantes sur les territoires, et sur les choix politiques et les arbitrages financiers à effectuer. Les élus et les cadres dirigeant cherchent à agencer l'ensemble de ces éléments pour adapter les règles nationales en fonction des caractéristiques du département administré et des orientations de l'assemblée départementale. Ils tentent ensuite de rendre les textes législatifs et réglementaires intelligibles et opérationnels pour leur mise en œuvre par les agents départementaux. Ce faisant, la collectivité territoriale juxtapose ses propres orientations aux normes fabriquées par les politiques nationales. Et les résultats de ces arbitrages, de ces définitions de priorités, de choix d'organisations internes et de modes de relations avec le public destinataire, diffèrent selon les départements, et impactent directement le travail des agents de contact et leurs réponses aux usagers².

¹ Dans les différents choix de traductions départementales qui sont présentés ci-après, il est difficile de distinguer quels sont ceux qui relèvent essentiellement d'une proposition de la direction générale, de la commission des affaires sociales, de l'assemblée départementale, ou d'un mixte de ces trois niveaux institutionnels de décision. L'enquête étant restée centrée sur les opérateurs « de contact », le propos est construit à partir de ce que les agents en disent. Les travaux de Marc Abélès (2000), Thomas Frinault (2005b, 2005c, 2009), Jérôme Minonzio (2014), Sylvain Bertschy (2015), Bibia Pavard (2015), peuvent le compléter et donner une compréhension de la façon dont se construisent ce type de décision politique.

² Cette recherche est centrée sur les services d'aide sociale et leurs particularités, mais rappelons qu'en arrière-plan, d'autres services départementaux sont actifs dans la mise en œuvre des politiques publiques, mobilisant des agents pouvant agir depuis une place très éloignée des destinataires - par exemple les services informatiques, dont le rôle est considérable dans le travail quotidien de l'ensemble des agents et des élus.

Des services centralisés pour piloter les opérations

Quand l'APA est arrivée, j'étais l'chef de service à l'époque (...).

Le raisonnement à l'époque, ça a été... Donc, avec la directrice de l'époque, on s'était dit : « Mais on va avoir à faire face à..., à un afflux de demandes **énorme** [*Ton appuyé*] ! D'emblée, faut pas qu'on s' fasse déborder tout d'suite, parce qu'autrement ça va être ingérable ! »

(Directeur Général adjoint en charge des Solidarités, Conseil général B, Mardi 06 mai 2014)¹.

Les adaptations nécessaires sont habituellement anticipées en amont du vote de la loi, dès que les discussions parlementaires concernant un projet ou une proposition de loi sont assez avancées pour en repérer les éléments qui concerneront la collectivité départementale, directement ou indirectement. Ainsi, dans le département F, les services départementaux examinent les incidences prévisibles du projet de la *loi d'adaptation de la société au vieillissement* dès sa présentation en Conseil des ministres au printemps 2014, alors que la loi n'a finalement été votée qu'en décembre 2015. Les agents de la *Direction de l'autonomie à domicile* ont préparé une vingtaine de fiches synthétiques à l'attention du Président de l'assemblée : des fiches d'une à trois pages indiquent les modifications à envisager au regard de l'existant, les enjeux pour l'institution en termes de finances, de recrutements à prévoir, de nouvelles instances à créer, etc. Elles visent à prévoir l'impact des nouvelles dispositions dans le travail et dans le budget de la collectivité départementale, comme l'indique celle concernant l'APA, collée ci-après dans l'encadré n°4. Cette pratique donne un aperçu des anticipations nécessaires à la mise en application d'une loi impliquant une organisation administrative et des financements importants. La traduction en actes des textes réglementaires oblige à des adaptations pour tenter de concilier plusieurs logiques, et tous les départements ne prennent pas les mêmes décisions : divers agencements sont possibles pour définir à la fois les différentes opérations à effectuer, l'organisation, et les moyens pour les réaliser. Les décisions des élus et des cadres de la direction générale orientent donc les moyens à mettre en œuvre, sur les plans financier, humain et technique, moyens qui vont impacter plusieurs aspects de la mise en œuvre des lois. Ces choix se traduisent de manière significative dans les organigrammes, les recrutements et l'implantation des services², comme l'indiquent les organisations territorialisées adoptées dans de nombreux départements.

¹ De fait, en décembre 1998, 86 000 personnes bénéficiaient de la PSD, et 156 000 en décembre 2001, à la veille de son remplacement par l'APA. Dès la première année, l'APA est attribuée à 596 900 bénéficiaires en décembre 2002, et quatre ans plus tard, à 938 000 bénéficiaires de l'APA fin décembre 2005. (Borrel, 1999, 2000 ; Perben, 2006 ; DREES, 2020).

² Comme le soulignent Agnès Gramain et Florence Weber, en constatant que « quatre sur six départements enquêtés ont modifié leur organisation des services PA depuis 2001. Cette plasticité des organigrammes s'avère informative à plusieurs titres. D'une part, elle révèle l'ampleur de l'évolution des missions confiées aux conseils généraux, depuis

Encadré n°4. Anticiper la mise en application d'une loi d'action sociale en projet

L'impact financier de cette évaluation annuelle des ressources est incertain dans la mesure où elle permettra de prendre en compte aussi bien une hausse qu'une baisse de ces dernières. En revanche, elle supposera une charge de travail supplémentaire pour les Maisons du Département pour qui la révision des ressources s'effectue actuellement tous les quatre ans.

3. La création d'un module « droit au répit » pour les aidants :

Ce module, sous forme d'enveloppes individuelle et annuelle (« droit de tirage » de 500 €, qui peut permettre d'aller au-delà du plafond du plan d'aide) a vocation à permettre le financement d'heures d'aide à domicile supplémentaires, d'une entrée en hébergement temporaire, mais également de diversifier l'offre de répit existante via notamment le développement des plateformes de répit ou le baluchonnage. Ce module est enfin complété par un dispositif d'urgence afin de pallier à l'hospitalisation de l'aidant.

Autres dispositions :

Il est prévu que soit désormais effectuée une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée, afin de prendre en compte d'une part la perte d'autonomie mais également l'environnement et l'habitat. Il s'agit d'effectuer une appréciation globale de la situation de l'usager afin de répondre à ses besoins et à ceux des aidants.

Il est proposé la suppression de la Commission APA, qui avait compétence pour proposer l'attribution de l'APA au Président du Conseil général. Désormais, les plans d'aide seront validés par l'équipe médico-sociale qui a évalué la situation du bénéficiaire et élaboré son plan d'aide. Cette suppression répond à une exigence de rapidité de traitement des dossiers et de logique dans la mesure où l'équipe médico-sociale est la plus à même de valider le plan d'aide travaillé avec l'usager. Dans les faits, compte tenu du nombre de dossiers devant faire l'objet de décision tous les mois, le Département comme la plupart des autres Départements, ne réunissait plus la Commission APA pour l'analyse de dossiers individuels.

Afin de simplifier la gestion financière de la prestation pour les bénéficiaires, il est proposé de développer le paiement de la prestation via les chèques emploi service universel, ainsi que de généraliser le paiement direct de la prestation aux services d'aide à domicile ainsi qu'aux fournisseurs intervenant pour les aides techniques ou aménagements de logements.

Cette réforme, prévue pour être adoptée à l'automne, doit normalement entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015, ce qui est un délai extrêmement court compte tenu des changements de procédures et de paramètres informatiques qui seront nécessaires.

En outre, le Département disposera d'un délai d'un an à compter de la publication des décrets d'application pour réexaminer les dossiers des bénéficiaires dont le plan d'aide est proche de la saturation (afin qu'ils puissent bénéficier de plans d'aide réévalués sur la base des nouveaux plafonds). Ce même délai s'appliquera par ailleurs à la révision de la situation des personnes dont le plan d'aide n'est pas « saturé », notamment afin d'examiner si une aide pour les aidants sera nécessaire. Ce sont donc la totalité des plans d'aide qui devront être revus en un an, ce qui entraînera une charge de travail importante, aussi bien dans les Maisons du Département que dans les services centraux.

Direction PA-PH / DVAD

2

Avril 2014

NOTE A L'ATTENTION DE MONSIEUR LE PRESIDENT

PROJET DE LOI RELATIF A L'ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLESSEMENT

FICHE N° 7 - REFORME DE L'APA

Parmi les mesures prévues dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, la réforme de l'APA à domicile (annoncée comme un « acte II » de l'APA) est centrale. En effet, si cette prestation, créée en 2001, apparaît aujourd'hui comme nécessaire et universelle, elle souffre de critiques en raison de la rapide saturation des plans d'aide et des restes à charge particulièrement élevés pour les personnes les plus dépendantes. La population vieillissante, l'APA apparaît désormais comme une prestation inadaptée à la réalité des besoins et le contenu de cette réforme était particulièrement attendu.

Axes principaux de la réforme de l'APA à domicile :

1. La revalorisation du plafond des plans d'aide de l'ensemble des bénéficiaires, et notamment ceux des usagers les plus dépendants :

GIR 1 : de 1 305 € à plus de 1 700 € (soit + 400 €)

GIR 2 : de 1 118 € à 1 380 € (soit + 250 €)

GIR 3 : de 838 € à près de 1 000 € (soit + 150 €)

GIR 4 : de 560 € à 665 € (soit + 100 €)

L'objectif est de permettre à la fois l'augmentation du temps d'accompagnement à domicile et l'élargissement de la palette de services mobilisables. Ces plafonds seront, en outre, réévalués tous les ans au 1^{er} janvier.

Une simulation informatique est nécessaire afin d'évaluer le surcoût pour le Département.

2. La diminution du reste à charge pour les personnes âgées :

Actuellement, le calcul de la participation est uniquement fondé sur les ressources de l'usager et la formule de calcul entraîne un ticket modérateur relativement important pour des personnes à faibles ressources et / ou très dépendantes. Il est donc prévu que la participation tienne désormais compte de l'importance du plan d'aide, avec un mécanisme déterminant 3 « tranches » de plan d'aide (inférieur à 350 €, compris entre 350 et 550 € et supérieur à 550 €). Par ailleurs, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) seront exonérés du ticket modérateur.

Cette mesure, visant à une diminution du reste à charge pour les usagers, augmentera de fait la part de financement du Département, entraînant une hausse des dépenses.

De même, il est envisagé que les ressources prises en compte pour le calcul de la participation soient revues annuellement afin d'être au plus juste de la réalité financière des usagers. Cette actualisation est annoncée comme devant être facilitée par la systématisation des échanges informatiques entre les administrations fiscales et le Département (hors cette disposition existait déjà et n'a pas fait l'objet de mises en œuvre).

Direction PA-PH / DVAD

1

Avril 2014

2001, et l'ampleur des adaptations induites pour ces derniers. D'autre part, elle témoigne aussi de l'existence de choix propres à chaque conseil général, en particulier dans l'organisation du travail qui leur incombe. » (2013 : 20).

c) Les maisons du département¹, une déconcentration « au plus près des besoins de la population »²

Suite au transfert des compétences de l'action sociale aux départements, ces administrations territoriales ont hérité de l'organisation mise en place par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), alors compétentes pour mettre en œuvre « les actions définies par les directives du Gouvernement et par les autorités locales compétentes » dans « les domaines de la santé, la sécurité sociale, la mutualité, la famille, l'action et l'aide sociale » (Décret n° 77-429, article 1^{er})³. Ces services déconcentrés fonctionnaient à partir de bureaux centralisés dans la ville préfecture, et de Centres médico-sociaux (CMS), répartis dans des circonscriptions d'action sociale, pour y recevoir les publics. Progressivement, les administrations départementales ont réorganisé leurs services, et beaucoup ont territorialisé tout ou partie des missions d'action sociale dans des Maisons du département (MDD)⁴, situées habituellement dans les chefs-lieux de canton. Ces implantations constituent des « relais de l'action départementale » pour les personnes domiciliées sur ce canton, et visent à « renforcer la présence du département sur les territoires, et [à] proposer un service de proximité plus efficace, pour faciliter les démarches de chacun », comme l'indique le département B sur son site Internet (28 mai 2014). Pour le département A,

L'action sociale (...) est déployée sur le territoire et décentralisée au niveau des Maisons départementales de la solidarité (...), pour une réponse au plus près des besoins de la population : familles et enfants, personnes en difficulté, adultes handicapés et personnes âgées. Chacune des huit Maisons départementales de la Solidarité (...) assurent des missions d'accueil, d'écoute, de conseil, d'orientation, d'instruction de dossiers de demande d'aide, d'accompagnement et de suivi des personnes âgées et des familles. »
(Conseil Général A, 2013 : 31).

¹ Le contenu de cette section s'appuie essentiellement sur les éléments recueillis dans quatre des départements enquêtés (A, C, E et F). Dans le département B, je n'ai eu accès qu'au bureau du directeur départemental, situé à l'hôtel du département. Dans le département D, le service « personnes âgées » n'est pas territorialisé, et les bureaux de l'équipe médico-sociale sont situés dans le même bâtiment que la *Direction générale adjointe en charge des Solidarités et de la Santé*, avec les services centraux de l'action sociale. Par ailleurs, de nombreuses observations proviennent de la phase de participation observante au cours de ma pratique et/ou de l'enquête ethnographique (département F).

² Conseil Général A, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2013-2018*.

³ *Décret n° 77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales*, abrogé par Décret n°86-565 du 14 mars 1986.

⁴ Selon les départements, ces locaux déconcentrés peuvent porter le nom de Maison des Solidarités, Maison de la Solidarité, Maison départementale de la solidarité, Maison départementale des solidarités, Maisons des Solidarités départementales, etc. Ces appellations indiquent que la territorialisation ne concerne que l'action sociale, alors que la formulation « Maison du département » suppose que la territorialisation concerne d'autres politiques publiques départementales (par exemple les services techniques, les ressources humaines, la culture, les agents des collèges, etc.). Pour faciliter la lecture, j'utilise dans ce texte le seul terme de « maison du département » pour désigner ces bâtiments, quels que le soient le département dont il est question et le choix des politiques déconcentrées.

Une maison du département, ce n'est donc pas seulement un lieu de travail pour les agents exerçant ces missions, c'est aussi un bâtiment conçu et aménagé pour permettre à tout public de rencontrer des agents départementaux. Un bâtiment dont l'aménagement se ressemble d'un département à l'autre, surtout quand il est de construction récente : une porte d'entrée souvent filtrée par un interphone et parfois doublée d'une caméra ; un hall comportant *a minima* un comptoir d'accueil derrière lequel sont installés un ou des agents d'accueil ; et une salle d'attente plus ou moins proche du comptoir d'accueil. L'agent départemental d'accueil représente le premier contact entre l'institution et la personne qui vient chercher une aide ou un conseil. Que ce soit par un appel téléphonique ou par un accueil physique, il est le premier écoutant, et il doit pouvoir orienter vers le service et le professionnel compétent, à partir de sa compréhension de la demande. Parfois, il s'agit de remettre à l'utilisateur un formulaire avec quelques explications (une demande d'APA, de revenu de solidarité active, de reconnaissance du handicap, etc.). Quand la demande est moins explicite, l'agent d'accueil tente de l'éclaircir en questionnant les critères bureaucratiques définis par les politiques sociales : âge et domicile de la personne concernée, nature des difficultés rencontrées, etc. Et si un flou persiste, il peut aussi solliciter ses collègues ou un responsable hiérarchique.

Les agents départementaux, quant à eux, peuvent entrer dans la maison du département sans filtre, à l'aide d'un sésame qui ouvre la porte des locaux, indépendamment de la présence d'un agent d'accueil. Au-delà du hall d'accueil, ils ont accès à un espace dont les pièces sont définies par leur usage : bureau d'entretien, prévu pour y accueillir le public dans un espace réservé¹ ; bureau nominatif, parfois partagé avec un ou plusieurs autres collègues, où chacun s'installe pour effectuer l'essentiel des tâches administratives qui lui revient ; salle(s) de réunions ; pièce abritant la bureautique (imprimante, photocopieuse, papeteries, etc.) ; classothes où sont stockés et ordonnés les dossiers individuels cartonnés « actifs »² ; « espace de convivialité »³, pour des pauses café ou repas. Dans ces espaces communs de travail, les agents côtoient leurs collègues affectés sur les différentes missions d'action sociale départementale⁴ et, selon les choix opérés par la collectivité, les professionnels de services techniques, bâtiments, voirie, parfois aussi collègues, culture, etc. Ces espaces partagés favorisent les croisements et les échanges, et facilitent ainsi l'interconnaissance des agents entre eux, sur des registres aussi bien

¹ Quand les locaux le permettent ; à défaut, les entretiens peuvent se dérouler dans la salle de réunion ou dans le bureau de l'agent départemental.

² C'est-à-dire dont le bénéfice d'une prestation sociale est encore en cours ou terminé depuis moins de deux ans.

³ Terminologie utilisée dans le département F, 2011.

⁴ C'est-à-dire non seulement les équipes dédiées à la mise en œuvre de l'APA, mais aussi les équipes territoriales de l'Aide sociale, fréquemment nommée *polyvalence de secteur* ou *service social départemental*, de l'Aide sociale à l'enfance, de la Protection maternelle et infantile, et, selon les départements, celles affectées aux situations de handicap.

professionnels que privés. Cette facilité de mise en relation entre les professionnels peut se révéler particulièrement précieuse lors de difficultés ou de questionnements. Qu'il s'agisse de questions institutionnelles ou de situations particulières d'accompagnement, pour des recherches de solutions ou pour partager des émotions envahissantes, comme me l'exprime vigoureusement une collègue infirmière, alors que j'arrive tout juste dans les locaux un lundi matin :

Salutations à l'infirmière croisée dans le couloir. Elle m'agresse presque pour me parler de la situation de monsieur et madame Barbot - parce qu'elle fait l'accompagnement auprès de madame, et moi avec monsieur : « Mauvaise nouvelle ! L'EHPAD qui devait accueillir madame a changé d'avis ! Comment on va faire ?! Ça va mal se terminer c't'affaire ! T'as pu voir monsieur ? Il est conscient de la façon dont il traite sa femme ? » - Suivent de longs blablas pour écouter sa colère et ses inquiétudes... - auxquelles, dans l'immédiat, je ne peux rien faire !?! Ce « débriefing sauvage » suffira-t-elle à la calmer de si bon matin, et en début de semaine ?

J'arrive enfin dans le bureau que je partage avec ma collègue AS, j'évoque avec elle l'énerverment et la virulence de l'infirmière, et mon étonnement retenu face à cet énerverment... Elle me confirme : « Les [*professionnels*] médicaux ne sont pas habitués... ! Alors que nous, sociaux, on est malheureusement rodés à ces désillusions, ces portes qui se ferment, ces refus quelles que soient les raisons, tout ça... »

Du coup, j'ai du mal à compatir au désarroi et à l'énerverment de ma collègue infirmière qui semble découvrir les « contraintes institutionnelles » : nous ne pouvons pas toujours mettre en place les solutions adéquates, faute de « moyens politiques » ... !

(Notes de praticienne à la maison du département, Lundi 31 janvier 2011).

Ce jour-là, en quelques minutes, la disposition des lieux et le partage de références communes ont permis à des collègues exerçant une même mission de s'échanger des informations, de partager des émotions, et de tenter de les apaiser. Mes carnets de praticienne abondent de notes témoignant de ces croisements permanents, de ces échanges informels, qui permettent d'exprimer ou d'entendre toutes sortes de propos, qu'ils concernent des situations d'accompagnement¹, le fonctionnement institutionnel, les relations avec des collègues ou des responsables hiérarchiques, des projets professionnels ou plus personnels. Ces échanges sont aussi l'occasion pour chaque agent de mieux connaître ses collègues, directs ou indirects, voire de mieux comprendre les missions de chacun et les fonctionnements institutionnels. Ils peuvent alors se révéler soutien - souvent indispensable -, ou au contraire être source de tensions, voire de conflits. Vincent Dubois mentionne comment dans l'un des centres de permanence de la caisse d'allocations familiales, les agents avaient formalisé en quelque sorte ces temps d'échanges :

Chaque soir ou presque, des petites séances de “débriefing” (...), au cours desquelles les agents évoquent les problèmes de la journée et échangent des propos anodins concernant leur

¹ Et ce, malgré les règles régissant la « révélation des informations à caractère secret » (Code pénal, article 226-13) ou le partage des « informations à caractère secret » (CASF, article L121-6-2).

vie personnelle. Agnès Coubertin explique ainsi : « A la fin de l'accueil, on ferme et on s'accorde cinq ou dix minutes. Ça, c'est pour faire le ménage dans notre tête, avant de repartir chez nous. »

(Dubois, 2010a : 140).

Il nomme « tactiques de protection » ces pratiques collectives de sourires, de regards, et de petits commentaires « échangés entre collègues (...) [qui] permettent la “décompression” et la mise à distance » (2010 : 140). Ces pratiques d'échanges informels se révèlent particulièrement intéressantes entre agents qui n'ont pas la même formation initiale, n'exercent pas la même mission, ou n'ont pas la même présence dans les locaux.

Car dans leur travail quotidien, les agents exerçant en maison du département peuvent être identifiés selon leur mobilité : les travailleurs sociaux, médico-sociaux, techniciens ou responsables¹, sont souvent amenés à se déplacer, et donc à s'absenter de la maison du département plusieurs fois par semaine ou par jour, pour se rendre au domicile des personnes accompagnées, dans des lieux tiers pour des réunions ou des accompagnements spécifiques (CCAS, Service d'aide à domicile, EHPA, ...), ou sur site pour les techniciens. Cette particularité entraîne des difficultés à joindre ces agents « mobiles » par les publics et les institutions partenaires. Alors que les agents administratifs, quelle que soit leur mission, sont basés en permanence dans la maison du département, où ils exercent leur activité quotidienne – leur mission les conduit rarement hors de ces murs. Cette stabilité de présence des agents d'accueil, des secrétaires, des gestionnaires, les place en première ligne pour répondre aux sollicitations, recevoir les messages, évaluer l'urgence des demandes, et rechercher l'interlocuteur ou assurer le relais. Cette sédentarité leur donne aussi une large connaissance des situations et des partenaires, à travers les échanges téléphoniques, les courriels, ce qu'en disent leurs collègues plus mobiles, etc. De fait, quel que soit le domaine pour lequel ils sont missionnés, et même s'ils ne rencontrent pas toujours physiquement leurs interlocuteurs, ils sont eux aussi des opérateurs de contact, et nous verrons comment cette place est essentielle dans la mise en œuvre de la loi relative à l'APA. Mais ces diverses façons d'exercer peuvent être source de malentendus, voire de tensions, entre le fonctionnaire de bureau « rivié derrière son ordinateur, à l'abri de toute relation physique avec le public »² et celui « pris dans un jeu d'interaction avec l'utilisateur, auprès duquel l'action qu'il accomplit charrie plus volontiers une charge émotionnelle » (Weller, 2018 : 258). Pour atténuer ce décalage, une responsable

¹ Dans le département ethnographié, les responsables territoriaux sont aussi amenés à beaucoup circuler d'une maison du département à l'autre, suite à une réorganisation des services ayant redéfini leur territoire de responsabilité en regroupant plusieurs cantons et donc plusieurs maisons du département.

² Cette absence de « relation physique avec le public » est parfois relative pour les gestionnaires de l'APA, comme nous le verrons plus loin. Et les agents d'accueil sont au contraire en contact avec le public tout au long de leur journée.

explique avoir imposé à chaque gestionnaire d'accompagner au moins une fois le travailleur social au domicile d'une personne âgée ou handicapée pour mieux se rendre compte de ces réalités (Responsable territoriale, Conseil général F, Mercredi 21 octobre 2015). Car les agents départementaux exerçant depuis une maison du département sont toujours encadrés sur place par des responsables territoriaux. Selon l'organisation départementale, l'importance du territoire, du nombre d'habitants, et donc de l'ampleur du travail, chacun d'eux peut exercer la responsabilité d'une ou plusieurs des missions territorialisées. Leur rôle est au minimum d'assurer les liens et les relais entre l'administration centrale et les opérateurs de contact, à l'égard desquels ils ont une autorité hiérarchique. Ils peuvent aussi avoir des délégations de pouvoir plus ou moins étendues pour prendre les décisions que nécessite ladite mission¹. En effet, si les intentions affichées par les départements se ressemblent, la concrétisation de ces choix organisationnels diffère sensiblement entre ces collectivités. Pour une même mission, la territorialisation peut concerner tout ou partie des agents et des pouvoirs de décision, comme le montre l'organisation propre à chaque département enquêté : ainsi, pour la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, cinq d'entre eux ont territorialisé une partie des opérations à effectuer, et ont affecté les agents concernés dans une maison du département, mais pas tous de la même manière.

Les maisons du département représentent donc un lieu institutionnel où sont mis en actes les choix effectués par les décideurs - nationaux et départementaux, élus et cadres de la direction générale. À ce titre, elles sont un lieu d'exercice de la bureaucratie, à l'échelle où s'effectue l'accueil du public, là où celui-ci rencontre les opérateurs institutionnels, les « bureaucrates du niveau de la rue » (Lipsky, 1969). Dans ces locaux répartis sur l'ensemble du territoire départemental, par nature à distance des services centraux, les agents départementaux disposent d'une marge de manœuvre relative pour exercer leur mission (Baudot et Ould-Ferhat, 2012 ; Dubois, 2012 ; Lipsky, 2002), et adapter les consignes départementales aux réalités du territoire ou de l'équipe. Toutes les collectivités départementales n'ont pas adopté cette organisation territorialisée, et celles qui l'ont mise en place ne l'ont pas toutes fait selon les mêmes modalités : choix des missions territorialisées, composition et implantation des équipes, amplitude des responsabilités et des pouvoirs de décisions attribués aux cadres territoriaux, ... autant de paramètres qui varient sensiblement entre les départements - et peuvent aussi varier dans le temps au sein d'un même département. Ces choix ont évidemment un impact dans le travail des agents pour traduire la loi en actes (Weller, 2018).

¹ Que ce soit en matière d'aide financière, d'aide éducative, d'attribution d'une prestation, etc.

d) Au contact du public, divers opérateurs : spécialisés, localisés, sectorisés

Avant d'examiner la diversité des organisations et de répartition des pouvoirs, rappelons qui sont les professionnels nommés pour exercer cette mission, et observons comment, là aussi, les choix diffèrent selon les départements.

Des « équipes médico-sociales » de toutes compositions

Pour instruire une demande d'APA et y apporter une réponse, la législation impose la composition d'une équipe médico-sociale avec « au moins un médecin et un travailleur social » (CASF, article R232-7). À partir de cette contrainte, les services départementaux ont construit différents formats d'équipe : la pluridisciplinarité préconisée est globalement respectée, mais de diverses manières. Ainsi, dans les départements enquêtés, la présence d'un médecin se révèle aléatoire. Il peut être prévu, mais absent et non remplacé depuis plusieurs mois (département C). Il peut être institutionnellement remplacé par une ou des infirmières (département B). Il peut être officiellement présent, mais concrètement accaparé par d'autres missions, et peu disponible pour les situations de personnes âgées (département D). Il peut être prévu et réellement présent, mais à distance et de façon exclusivement administrative pour l'étude des dossiers de demande d'APA, sans échange direct avec les autres membres de l'équipe (département A). Il peut être présent comme chef de service (département E). Ou bien, il peut être réellement présent, dans les mêmes locaux que l'équipe, parfois avec une infirmière - mais éventuellement de façon irrégulière lorsqu'il doit être présent dans plusieurs équipes territoriales (département F). Ces professionnels ont pourtant été recrutés en nombre lors de la mise en œuvre de la loi, comme l'indique la publication de Martine M. Bellanger et Blanche le Bihan-Youinou pour la DREES (2003), mais leur présence a sensiblement diminué au fil des années. D'une part parce que, dans certains départements, ils ont vu leur mission s'élargir à la suite du vote de la *loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* : héritant d'une nouvelle mission, les services départementaux ont réorganisé le service d'aide sociale en créant des équipes chargées d'instruire toute demande de prestation liée à la perte d'autonomie (les équipes dites PA/PH, pour personne âgée/personne handicapée). Dans cette configuration, les médecins se retrouvent accaparés par les demandes liées au handicap (départements D, E, F), voire pour des situations relevant de la protection maternelle et infantile (département F). D'autre part, de nombreux postes restent non pourvus, parce que les départements ont du mal à recruter des médecins. Aussi, même quand un médecin est présent dans l'équipe, il effectue rarement les visites à domicile, si ce n'est pour des situations particulières, et souvent alors en binôme

avec un travailleur social. Au mieux, il participe à l'instruction des demandes d'APA par sa présence aux réunions de l'équipe (départements D et F), parfois en tant que chef de service (département E). Ou bien en amont, depuis le service central où il analyse les certificats médicaux et le dossier de demande à la réception pour en transmettre une synthèse aux équipes territoriales (département A¹). Il peut aussi être désigné pour effectuer une deuxième visite à domicile en cas de contestation du GIR formulée par un recours gracieux.

Ce sont donc plus souvent des infirmières qui apportent « l'éclairage santé » (Profil de poste, 2017, Conseil départemental F) : elles étudient le dossier de demande, éditent une fiche synthétique et calculent un GIR d'après le certificat médical (quand il existe) pour préparer la visite à domicile, puis valident le GIR calculé à partir de l'évaluation au domicile. Selon les organisations locales, elles peuvent aussi effectuer tout ou partie des visites à domicile :

Je suis là depuis neuf ans, dans la même maison du département, et sur un poste à 100% personnes âgées. J'y effectue à peu près 80% des visites à domicile pour les demandes d'APA. Les autres visites à domicile, elles sont faites par les assistantes sociales de polyvalence, selon leur secteur. Mon travail, c'est à peu près un tiers de visites à domicile, un tiers de liens avec les familles, les partenaires, etc., et un tiers de travail administratif, des formations, etc. (...)

Ici, c'était vraiment un choix politique d'avoir des infirmières sur les territoires : tout est décentralisé, y a beaucoup d'infirmières, et c'est vraiment un plus, côté santé. Mais je sais que c'est pas partout pareil : dans le département d'à côté, y a pas d'infirmières, le médecin il est en service central, et il fait que des GIR administratifs²...

(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Cette infirmière regrette l'absence de médecin dans l'équipe,

parce qu'il a d'autres ressources, et il a un rôle de conseil important pour certaines situations... Et puis parfois, quand on appelle le médecin traitant pour avoir plus de précisions sur la situation de la personne âgée³, il préfère parler à un médecin plutôt qu'à une infirmière - même si nous sommes nous aussi soumises au secret médical...

(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Pour compléter cette approche médicale, certains départements recrutent également des ergothérapeutes (départements C, D, F), dont les compétences s'adressent autant aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées, et qui ont pour mission :

D'« accompagner les membres de l'équipe pour les questions d'adaptations diverses dans la vie à domicile, afin de préserver les capacités des personnes âgées vivant à domicile. Et aussi, ils accompagnent les accueillants familiaux⁴ pour l'aménagement de leur logement

¹ Dans ce département, le certificat médical est rendu obligatoire pour toute demande d'APA, et la consultation médicale nécessaire à son établissement est payée par la collectivité.

² Le « GIR administratif » désigne un GIR calculé à partir des éléments contenus dans le certificat médical.

³ Le formulaire de demande d'APA prévoit souvent d'indiquer les coordonnées du médecin traitant, sans obligation.

⁴ Les accueillants familiaux accueillent à leur domicile une personne âgée ou handicapée contre rémunération, à condition d'avoir un agrément délivré par les services du département (service-public.fr, janvier 2020).

en vue de l'accueil. Elle devra aussi effectuer des formations auprès de l'équipe et des familles : comment aménager le logement pour préserver et soulager. »
(Responsable adjointe Ressource Autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014).

Dans le département C, un psychologue peut être présent dans certaines équipes. Mais cette compétence ne semble guère présente dans ces services départementaux d'aide sociale exerçant auprès de personnes âgées, contrairement aux services d'aide sociale à l'enfance où leur présence est désormais systématique. Cependant, plusieurs équipes mentionnent travailler ponctuellement ou régulièrement avec les services publics de psychiatrie adulte, parfois même de gérontopsychiatrie (départements A, C, F).

Par contre, la présence d'un travailleur social est effective dans les équipes de tous les départements enquêtés. Il est issu en majorité d'une formation d'assistant de service social (ASS), mais aussi de conseiller en économie sociale et familiale (CESF) ou d'éducateur spécialisé (ES)¹, et peut alors être nommé « référent médico-social », « intervenant médico-social », « évaluateur », voire « assistante sociale ». Les responsables reconnaissent dans ces différents parcours de formation des « compétences complémentaires, qui sont des ressources les unes pour les autres » (Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014), ce qui les incite à « rester vigilante pour maintenir un équilibre entre ces différentes compétences ». (Responsable territoriale social autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013). Selon les départements et l'organisation de l'équipe, ce professionnel effectue tout ou partie des évaluations médico-sociales à domicile. Il peut aussi rencontrer la personne en difficultés et/ou ses proches en amont de la demande d'APA, et plus souvent en aval pour accompagner la mise en œuvre du plan d'aide et l'évolution de la situation - comme nous le verrons plus loin. Rappelons toutefois que dans le département B, où les évaluations à domicile sont confiées à des contrôleurs de l'aide sociale, le travailleur social est présent seulement pendant les réunions de l'équipe dite technique.

Par ailleurs, cette configuration de base, réglementaire, est toujours élargie à deux catégories d'agents départementaux : des agents administratifs et des agents d'encadrement. Ni l'un ni l'autre n'est cité dans le CASF, peut-être parce que leur présence n'est pas spécifique à cette mission : leur existence semble systématique et incontournable dans ces institutions bureaucratiques. L'agent administratif, identifié comme adjointe ou assistante de gestion, gestionnaire, instructrice de dossiers, rédactrice, ou référente administrative, suivant le grade

¹ Selon une étude de la DREES (2013) portant sur l'organisation des conseils généraux pour gérer l'APA et l'ASH (aide sociale à l'hébergement), l'assistante sociale représente la profession la plus représentée dans 54 des 82 départements ayant répondu.

et les appellations locales¹, effectue l'essentiel des opérations administratives liées à cette prestation, c'est-à-dire toutes les tâches nécessaires à la transformation d'un courrier de demande d'APA en dossier à instruire (Weller, 2018), jusqu'à la transmission officielle de la réponse à la personne demandeuse – puis, en dossier à classer et à archiver. Il peut aussi être chargé de contrôler l'effectivité de l'allocation attribuée. Recruté pour ses compétences techniques administratives, il n'a pas nécessairement de formation ou d'expériences dans le champ du social ou du médico-social, ce qui peut entraîner quelques déconvenues, comme le relate cette gestionnaire :

Aujourd'hui, j'vous cache pas que... Je pense que j'me suis trompée de domaine...

Ab oui ?

Ah, oui ! J'suis pas du tout à l'aise... - C'est pas... c'est pas mon profil -
Ça me correspond pas à moi, et je suis pas à l'aise dans, dans ces connotations sociales...
Ça m'va pas... On voit des situations qui sont pas très... faciles ! La vieillesse, la solitude,
les difficultés, c'est... Voilà... Mais bon !...

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe N, Vendredi 24 octobre 2014).

Cette réticence n'est pas généralisée, et la diversité des parcours antérieurs n'empêche pas un réel intérêt pour cette mission, comme l'exprime cette autre gestionnaire :

Moi j'ai fait longtemps polyvalence et PMI... Et j'ai découvert le monde de la personne âgée à travers la polyvalence - Et j'me suis aperçue que j'avais... Par les retours, des renvois de quelqu'un d'apaisant, de... Voilà.

Et c'est vrai que j'avais une vision aussi, pas négative de la personne âgée, et que donc, c'est un domaine qui m'a beaucoup intéressée, à travers le relationnel qu'on pouvait avoir. Avec la personne âgée.

Et, la PSD, l'APA, permettaient d'avoir un poste administratif, où le relationnel était encore bien présent - C'qu'on peut pas trouver toujours, dans des postes administratifs. Donc, moi j'aime bien un poste administratif avec le contact, et je ne..., la personne âgée m'a...

J'y trouve du sens, à mon poste administratif avec les personnes âgées. Ne serait-ce qu'à travers une écoute. Alors on peut dire qu'ça peut être... - C'est parfois gratifiant. Voilà. Dans le sens où parfois j'ai des retours sur des choses etc., et où j'peux dire « Ben, là j'ai été utile », et voilà, c'est pas pour rien, voilà. Ça a du sens, encore, c'qu'on peut faire.

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe M, Entretien, Jeudi 02 octobre 2014)

Si ces différences d'attrait pour la fonction n'affectent pas nécessairement la qualité du travail fourni, elles peuvent induire des postures et des dynamiques différentes de la part des agents et dans l'équipe. D'autant plus que le statut de ces agents peut varier entre adjoint administratif territorial et rédacteur territorial, c'est-à-dire agent de catégorie C ou de catégorie B des grilles

¹ Par souci de simplicité, j'utilise de préférence dans ce texte le terme de *gestionnaire* pour nommer les agents affectés à l'exécution des tâches administratives liées à la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, quelle que soit l'appellation locale et le grade statutaire.

statutaires de la fonction publique territoriale¹. Cette catégorisation institutionnelle a des incidences non seulement dans les relations hiérarchiques, mais potentiellement aussi dans les relations fonctionnelles et interpersonnelles. La dynamique relationnelle peut aussi être affectée par les conditions de recrutement, par exemple entre agents titulaires et agents contractuels. Or, le rôle des agents administratifs est particulièrement conséquent dans la mise en œuvre de la loi relative à l'APA² - comme nous le verrons plus explicitement dans la troisième partie.

Quant au cadre, il a un rôle de responsable et supérieur hiérarchique, relais entre la direction générale et les agents « de terrain », entre ceux qui décident au niveau institutionnel et ceux qui exécutent les décisions : les agents territoriaux travaillent toujours sous la responsabilité d'un chef, lui-même garant du cadre technique et hiérarchique³. Nommé « attaché territorial », « conseiller territorial », « chef de service » ou « responsable territorial », le chef peut avoir une formation initiale administrative, juridique, médicale ou sociale, et cette diversité d'origine se révèle souvent dans sa lecture des situations⁴. Sa mission peut recouvrir diverses fonctions, identifiables à travers les profils de postes ouverts au recrutement diffusés par les départements :

- Élaborer, mettre en œuvre, et assurer le suivi de la politique de l'autonomie⁵ en cohérence avec l'orientation départementale
- Agir par délégation du directeur de service, voire du président du conseil général
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de l'APA
- Encadrer et manager les équipes médico-sociale et administrative du territoire dont il est le responsable hiérarchique
- Apporter un soutien technique aux équipes médico-sociales

¹ Pour mémoire, en intégrant la fonction publique, tout professionnel s'inscrit dans un cadre d'emploi défini par les statuts de ladite fonction publique, ici territoriale. Ces statuts distinguent plusieurs filières professionnelles, correspondant aux principaux domaines d'intervention de ces collectivités (administrative, animation, culturelle, sanitaire, sociale, technique, etc.) ; et pour chacune de ces filières sont définies des catégories, des grades, des échelons, et des conditions de travail liées aux particularités de la mission. Les agents de catégorie C sont recrutés à partir du niveau brevet, et exercent des fonctions d'exécution ; les agents de catégorie B sont recrutés à partir du niveau baccalauréat, et exercent des fonctions d'application ; et les agents de catégorie A sont recrutés à partir du niveau licence, pour exercer des fonctions de conception, d'encadrement ou de direction (CNFPT, 2014). Cette classification des professionnels induit des règles de rémunération, d'avancement de carrière, de relations hiérarchiques ; elle a des incidences visibles dans le niveau de compétences attendu pour chaque agent.

² Comme l'indique l'observation du nombre d'agents selon leur filière au sein d'une même équipe pour cette mission : au moment de l'enquête, dans le département F, l'une des équipes affectées à la mission « PA PH » comportait quatre à cinq agents administratifs, un médecin, une infirmière, et deux travailleurs sociaux ; à la même période, l'équipe de la mission d'aide sociale à l'enfance comportait deux agents administratifs et quatre à cinq travailleurs sociaux.

³ Pour mémoire : « Tout fonctionnaire (...) doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public » (*Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*, article 28).

⁴ Ce chef est habituellement un agent de catégorie A de la fonction publique territoriale, ou un agent de catégorie B « faisant fonction » de cadre, quand les candidatures d'agents de catégorie A font défaut pour pourvoir le poste.

⁵ Dans bon nombre de département, cette « Autonomie » concerne autant les personnes dites âgées que les personnes handicapées.

- Proposer une expertise technique afin de soutenir les agents dans leurs pratiques professionnelles
 - Assurer l'autorité à l'égard du respect des procédures
 - Être le référent sur le territoire des questions liées à cette mission.
- (Centres de gestion de la fonction publique territoriale, 2014 à 2018¹)

Ces tâches peuvent être assurées par un ou plusieurs cadres, en fonction de la taille démographique du territoire administré, donc du public potentiel et de l'importance de l'équipe, voire par plusieurs chefs selon la filière d'emploi des agents composant l'équipe². Parfois, un même chef peut se voir confier d'autres missions (insertion, logement, enfance, etc.). Quelles que soient ces spécificités, le chef de service agit lui aussi sous l'autorité d'une direction, avec laquelle il participe à l'orientation des politiques départementales sur cette thématique.

Ce tableau des professionnalités composant les équipes d'opérateurs en contact avec le public destinataire met en évidence un élément important, qui distingue de façon significative les relations et interactions s'exerçant ici de celles observées par Vincent Dubois (2010a) : la majorité des agents départementaux composant ces équipes ont choisi d'exercer une profession médicale ou sociale, une activité professionnelle qui a pour objectif d'aider d'autres personnes. Faisant ce choix, ils ont suivi la ou les formations *ad hoc* jusqu'à l'obtention du diplôme correspondant³, ce qui confirme leur intérêt et les prépare à différents aspects de cette mission, tant techniques que relationnelles. Ce n'est pas toujours le cas des agents administratifs, même si certains peuvent avoir suivi des formations médico-sociales. Leur activité pourrait alors être plus proche de celle analysée par Vincent Dubois, mais le principe d'un travail en équipe marque là aussi une différence avec l'activité des agents de la CAF, ou avec celle des agents des administrations étudiées par Jean-Marc Weller. Car même si les départements enquêtés définissent des modalités différentes pour instruire les demandes d'APA, la procédure comprend toujours plusieurs niveaux d'évaluation et de décision. Un agent est donc rarement seul pour arbitrer une décision bureaucratique et décider de la suite à donner à une quelconque demande. Et puis, ces choix institutionnels concernant la composition des équipes médico-sociales sont souvent contrariés par d'autres choix institutionnels relatifs au budget, et rares sont les équipes dont la composition réelle au

¹ Extraits de profils de poste diffusés par différents Centres de gestion de la fonction publique territoriale, entre 2014 et 2018. Offres regroupées désormais dans un site web : www.emploi-territorial.fr.

² Ainsi, dans une équipe médico-sociale et administrative, chaque catégorie d'agent peut avoir un responsable hiérarchique différent.

³ Pour mémoire, il n'est pas possible d'exercer dans la fonction publique les professions du travail social et médico-social sans être titulaire du diplôme correspondant - hormis dans le cadre d'un stage ou d'un apprentissage.

moment de l'enquête correspond à la composition affichée dans les organigrammes du service. Vacance de poste, absence pour congé, ou arrêt de travail, sont fréquents et obligent les agents présents à se réorganiser sans cesse. Ainsi, dans l'une des équipes du département F, l'infirmière est en arrêt sans avoir été remplacée depuis deux ans, le médecin est monopolisé par les demandes relatives au handicap, et l'assistante sociale « spécialisée »¹ se retrouve seule pour évaluer toutes les demandes d'APA du territoire de la maison du département - ou ponctuellement épaulée par une collègue de la polyvalence de secteur quand le nombre de dossiers en attente s'accumule... Les échanges pluridisciplinaires se retrouvent donc restreints. Cette défaillance est ici compensée en partie par une forte implication de la gestionnaire, une présence plus attentive de la cheffe de service, et la participation régulière du médecin aux réunions au cours desquelles doivent se prendre les décisions. Dans une autre équipe, ce sont les travailleurs sociaux qui sont en sous-effectif, le médecin là aussi débordé ; l'infirmière effectue alors près de 80% des demandes d'APA du territoire, avec le renfort ponctuel de travailleurs sociaux pour limiter les retards. Et lorsque la gestionnaire se retrouve seule à connaître les procédures APA, administratives mais surtout informatiques, toute absence de sa part peut bloquer le traitement des demandes dès leur réception : l'accès aux logiciels de gestion est strictement encadré, et les opérations sont limitées aux seuls agents autorisés.

Par ailleurs, au-delà du choix des professionnels imposés et choisis pour exercer cette mission, les services départementaux ont également adapté le contenu de chaque poste et l'articulation de ces fonctions entre elles. Au moment de l'enquête, tous les départements avaient organisé leur service d'aide sociale en spécialisant les professionnels au sein d'équipes dédiées à la mise en œuvre de l'APA.

La spécialisation, une organisation pour optimiser le déroulement des procédures

Dans l'organisation des services départementaux, la spécialisation consiste à constituer des équipes dont les agents se consacrent exclusivement à la mise en œuvre d'une mission déterminée, en se formant aux problématiques du public visé, aux dispositifs spécifiques existants, et aux règles bureaucratiques inhérentes - comme les services consacrés à la mission de l'aide sociale à l'enfance, qui existent de longue date. En ce qui concerne l'APA, cette spécialisation a d'abord concerné les médecins, recrutés pour satisfaire les exigences de la procédure et pour leurs compétences en gériatrie, et les agents administratifs, qui ont dû

¹ Voir ci-après.

se former simultanément aux exigences de la procédure d'instruction et à l'utilisation de l'outil informatique¹. La spécialisation des travailleurs sociaux s'est effectuée progressivement et diversement selon les départements, avec parfois d'importantes résistances de la part des agents, comme dans le département F, où ils ont contesté et manifesté quand la direction générale a voulu imposer des spécialisations de l'action sociale selon les publics et les dispositifs ; finalement, chaque équipe territoriale a pu s'organiser en fonction de ses ressources et du territoire, quitte à laisser s'installer des organisations hétérogènes dans le temps ou dans l'espace, comme le relate cette travailleuse sociale :

Alors dans l'équipe... On était à l'époque, de mémoire... Y avait 12 assistantes sociales et CESH, qui faisaient toutes de la polyvalence de secteur, et on faisait toutes de l'APA. C'est-à-dire qu'on allait toutes à domicile, et on se répartissait les situations sur l'ensemble du territoire, et du coup, grosso modo, on faisait peut-être deux visites APA par mois ? Ou 3 ? Enfin, c'était variable selon les périodes, mais chacune, on faisait toutes des visites, mais peu. Voilà.

Et y a toujours eu, y avait une infirmière PA, donc personnes âgées, qui, ou bien elle faisait les visites seules en complément, ou bien elle nous accompagnait dans les visites - Donc ça, c'était l'organisation, avant... Avant la spécialisation. Voilà.

Et on a fait le choix de se spécialiser, puisque c'était l'époque, au niveau du département, ils s'étaient lancés dans l'idée de spécialiser plein de domaines, c'est-à-dire... Y avait eu à cette époque-là, donc avant 2011 - parce que nous on l'a fait, mais assez tardivement -, y avait eu le choix de s'organiser en pôle et de dire : ben maintenant il faut, pour les assistantes sociales, il ne faut plus faire de la polyvalence tout le temps, il faut qu'y ait des assistantes sociales spécialisées personnes âgées personnes handicapées, il faut qu'y ait des assistantes sociales qui soient spécialisées enfance et famille, notamment, qui fassent toutes les évaluations des informations préoccupantes en amont des mesures de protection, il faut qu'y ait des assistantes sociales spécialisées insertion, avec la gestion des dispositifs RSA et logement, ... Enfin voilà.

Donc y a eu des territoires où tous les travailleurs sociaux se sont spécialisés dans un domaine, et après, le problème, c'est qu'il fallait savoir... quand les gens du public arrivaient, c'est pas marqué sur leur front quel est leur problème, quoi... ?! Alors, ils étaient obligés de s'organiser pour faire des permanences « accueil » qui permettaient de dire : alors, cette situation, on va plutôt l'orienter vers ça, ou vers ça, etc.

Nous, dans l'équipe, on avait trouvé ça pas très opérant, et personne n'avait envie d'aller dans ce sens-là. Par contre, beaucoup de collègues avaient envie que le domaine personnes âgées personnes handicapées, notamment, surtout personnes âgées, soit spécialisé... voilà.

Donc y avait eu cette demande, et puis y avait eu, au niveau du service, l'infirmière et les gens qui géraient le dispositif, l'intérêt d'une spécialisation [*des travailleurs sociaux*] pour être dans des actions plus complètes qu'une simple demande APA, on fait le plan d'aide, et hop, on ne revoit plus jamais la personne... Voilà. Et puis, on trouvait que c'était plus évident de se spécialiser dans le domaine PA, parce que pour le coup, c'est un public bien identifiable - donc on avait identifié que la porte d'entrée c'était la demande APA, ou la problématique de maintien à domicile, hors APA

(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 3 décembre 2014).

¹ L'informatisation des services départementaux d'action sociale a commencé au tournant des années 2000.

Cette disparité d'organisation, qui apparaît ici au sein d'un même département, se traduit aussi dans les contenus : chaque département définit les limites de la territorialisation, au risque d'hétérogénéité entre les départements, dans les pratiques et dans les effets produits¹. Par exemple, dans le département F, le contenu de la spécialisation diffère selon les catégories d'agents : les gestionnaires traitent prioritairement les demandes d'APA, mais doivent aussi instruire les demandes concernant les personnes handicapées et les demandes d'aide sociale (à l'hébergement ou aux services ménagers²) ; les infirmières instruisent uniquement les demandes d'APA, et peuvent accompagner dans la durée les personnes (et leurs proches) pour lesquelles elles ont réalisé l'évaluation à domicile ; et les travailleurs sociaux doivent répondre à toute demande d'aide concernant une personne âgée de plus de soixante ans, avec ou sans demande d'APA. Il s'agit là d'une vision large de la spécialisation, puisque ces agents effectuent non seulement l'instruction des demandes d'APA et le suivi de son attribution, mais ils peuvent également recevoir et considérer toute demande de conseils, d'orientation, de problème de logement, d'aide administrative ou financière, etc. C'est une organisation qui considère qu'à partir de soixante ans, les mêmes questions peuvent entraîner d'autres réponses que celles existant au cours de la période de vie dite active³. Cette forme de spécialisation n'exclut pas pour autant de solliciter d'autres collègues, par exemple si la situation de la personne nécessite des compétences spécifiques - comme lorsque j'ai sollicité une collègue CESF pour aider monsieur Durand à apurer ses dettes et à mieux gérer son budget. Dans le département A, agents administratifs et travailleurs sociaux travaillent ensemble, au sein d'équipes spécialisées intervenant uniquement auprès de personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA, et avec des possibilités d'accompagnement limités :

Depuis 2010, les demandes sont instruites par une équipe spécialisée, constituée de sept personnes⁴ : quatre instructeurs, qui sont des agents administratifs, et trois travailleuses sociales « spécialisées personnes âgées ». Elles ont une formation d'assistante sociale, pour l'une d'entre elles, ou de CESF, pour deux d'entre elles. (...) Les travailleuses sociales spécialisées personnes âgées sont affectées chacune sur plusieurs territoires définis par le découpage cantonal : un canton de ville, et des cantons ruraux. Ces spécialisées effectuent les visites à domicile pour établir un plan d'aide. Elles peuvent faire de l'accompagnement social si la situation de la personne âgée dépendante le nécessite. Elles ne connaissent pas la personne avant de recevoir le dossier pour une première demande, et elles n'ont pas beaucoup de temps pour faire de l'accompagnement au-delà

¹ Précisons qu'au moment de l'enquête, certains départements n'avaient pas encore stabilisé ces organisations.

² Dispositions prévues dans le CASF, articles L231-1 à L231-6.

³ En référence à la période au cours de laquelle une personne majeure est censée avoir une activité professionnelle rémunérée lui permettant de subvenir à ses besoins - voir à ce sujet les travaux de Vincent Caradec et Anne-Marie Guillemard par exemple.

⁴ Pour le territoire administré par la locutrice. Dans ce département, le médecin est situé dans les services centraux, à distance des équipes territorialisées, et il examine toutes les demandes d'APA ou de compensation du handicap reçues par le département, quel que soit l'âge et le domicile des personnes candidates.

de l'instruction de la demande : elles voient environ 80 personnes par mois, et doivent également rédiger les rapports, participer à des synthèses autour de situations complexes. Alors on a organisé le travail entre les spécialisées personnes âgées et les assistantes sociales de secteur :

- si la personne est connue de la polyvalence, c'est l'AS de secteur qui continue l'accompagnement ;
 - si elle est connue [*seulement*] pour l'APA, c'est la professionnelle spécialisée qui effectuera l'accompagnement ;
 - et si elle est connue des deux services, les professionnelles se mettent en lien. Avec le logiciel IODAS¹, on a la possibilité de savoir qui connaît qui, qui travaille avec qui.
- (Responsable territoriale Ressources autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014).

Dans ce département, les gestionnaires et les travailleuses sociales peuvent éventuellement prolonger l'accompagnement, évitant ainsi de multiplier les interlocuteurs, mais ce n'est pas la priorité. Elles travaillent à partir des maisons du département territorialisées, et ont peu de relations directes avec le médecin installé au service central. Dans le département B, la spécialisation ne concerne que les gestionnaires et les évaluateurs à domicile, concentrés sur l'instruction des demandes d'APA, alors que les infirmières et les travailleurs sociaux ne sont mobilisés que pour participer aux réunions de l'équipe technique qui doit valider l'évaluation du GIR et la proposition de plan d'aide élaborée suite à la visite à domicile. Et dans le département C, la spécialisation des travailleurs sociaux est strictement limitée à l'instruction des demandes d'APA :

Elles ne voient que des demandes d'APA... Elles ne sont pas en première ligne ! Elles répondent aux demandes. Mais elles ne font pas de suivi. L'instruction reste centrée sur la demande des personnes - parce que c'est pas possible autrement !
Mais elles peuvent aider les gens à décider, quel choix serait une bonne décision pour eux... Elles leur donnent beaucoup d'infos.
(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014)².

Dans ce cas, ce qui se passe avant ou après la demande d'APA relève de l'action d'autres services :

Toutes les questions liées au logement, au budget, restent de la compétence des professionnels de la polyvalence : ce sont eux qui sont alors référents de

¹ IODAS « est un ensemble d'outils progiciels qui gère tout système d'information ayant vocation à instruire, décider, exécuter, suivre et piloter toute action de nature sociale, à destination d'individus, de groupes ou de familles » (gfi.world/fr, 29 juillet 2020). Cet outil est répandu dans les collectivités départementales enquêtées, mais il en existe d'autres.

² À cette période, cette absence d'accompagnement dans ce département semble due au manque de temps, du fait de la diminution du nombre de postes, comme l'indiquait cette responsable territoriale dans un entretien précédent : « Elles [*les travailleuses sociales spécialisées*] ne font pas d'accompagnement : elles en sont à 417 dossiers par professionnel ! Vous imaginez ? 417 par ETP ! Des postes ont été supprimés. On a des problèmes de temps de travail. Y a eu des grèves. C'est très mal foutu. » (Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 19 mars 2014). Plus tard, au cours d'un autre entretien, elle justifie « Je suis assez pragmatique : je préfère avoir des objectifs moins ambitieux, mais atteignables - de façon à ce que dans le travail, on soit bien ! Qu'au moins, on sait que ce qu'on a fait, on l'a bien fait - parce que sinon, ça met dans une situation d'insatisfaction permanente, on a l'impression qu'on fait pas de boulot ! C'est quand même dommage ! » (Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

l'accompagnement de cette personne, même si le service Autonomie peut apporter une expertise technique pour des situations relatives à des personnes âgées. Et les liens fonctionnent bien entre ces services.

(Responsable territoriale social autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013).

Enfin, la spécialisation des équipes peut aussi contenir d'autres missions concernant ce public, comme l'instruction des demandes d'agrément et le soutien aux accueillants familiaux (départements D et E), ou les enquêtes d'évaluation faisant suite à des signalements de personnes vulnérables ou en (risque de) danger¹ (département F). Et, si l'institution gestionnaire souhaite la spécialisation des professionnels pour articuler à la fois le respect des règles de procédure – en particulier le respect des délais – et les besoins de limiter les coûts de la mise en œuvre de cette politique publique, les agents spécialisés « personnes âgées » peuvent se voir confier d'autres missions. Dans les départements C, D, E, et F, par exemple, la spécialisation est vue sous l'angle de la perte d'autonomie, et concerne donc également toutes les demandes et accompagnements concernant des personnes majeures en situation de handicap. Les équipes deviennent alors des équipes « PA/PH » (personne âgée/personne handicapée) - alors que les problématiques et la logique des dispositifs diffèrent sensiblement. Selon les besoins du territoire concerné et la taille de l'équipe, les médecins et/ou les infirmières peuvent aussi être affectés sur des missions de PMI (département F), voire d'insertion (département B), les travailleurs sociaux sur des missions de polyvalence de secteur ou d'aide sociale à l'enfance². Ils sont aussi souvent incités à participer à des projets plus larges, tels que des actions dites collectives en partenariat avec des associations ou d'autres services publics (CCAS, Réseau de transports publics, Services de santé, etc.) (départements E et F).

Quelles que soient les modalités de fonctionnement issues de la spécialisation des agents, cette organisation favorise une professionnalisation particulière de ces professionnels, qu'exprime avec admiration une responsable territoriale quelques mois après sa prise de fonction à ce poste :

Quand j'suis arrivée dans l'service, c'était quand même, ... - Moi, j'avais l'habitude de faire des visites à domicile dans un autre cadre³, donc pour moi c'était important d'aller voir avec elles comment ça se passait (...), et j'ai vu des professionnelles... très... trop chouettes, quoi ! Vraiment, elles font un travail de grande qualité ! (...) Elles sont... Elles

¹ Ces signalements peuvent être effectués par des proches, comme dans le cas de madame Paulet (*cf. Chapitre 1*), ou par des services de police ; les évaluations sociales sont habituellement demandées par les services du parquet, comme dans le cas de madame Franques (*cf. Chapitre 1*).

² Ainsi, le poste qui m'a été proposé à l'automne 2009 prévoyait une répartition de mon temps de travail à 80% auprès des personnes âgées et/ou handicapées, et à 20% pour l'aide sociale à l'enfance (ASE). Cette organisation, spécifique à ce territoire, correspondait alors à une surcharge importante de travail pour l'équipe ASE au regard du nombre de professionnels en fonction.

³ En tant qu'infirmière-puéricultrice.

ont un œil extrêmement avisé - **très** avisé ! Très, très avisé ! Vraiment ! C'est une équipe qu'a quand même une certaine ancienneté, pis elles sont très... Moi, j'les trouve extrêmement pointues. Extrêmement pointues. Elles posent les bonnes questions, elles sont bien formées ... Moi, elles m'épatent ! J'ai une bonne équipe, hein ! (...) Et puis quand elles racontent leur visite, comment elles font avec les gens... (*Sourires d'admiration*) (Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Selon elle, l'expérience renforce ces compétences :

Mais j'pense que c'est des professionnelles qui ont... Elles ont une certaine forme d'ancienneté, c'est pas des jeunes professionnelles, dans le travail social en général - La plus jeune, elle a 33 ans, un truc comme ça - donc ça fait quand même déjà... bientôt 10 ans qu'elle travaille - mais elles ont toutes au moins 5-6 ans d'ancienneté, la plus jeune doit avoir... 7 ans d'ancienneté ? ... Nathalie, Christelle, ... elles ont 20 ans de travail derrière elles ! C'est des filles, elles ont de la bouteille ! C'est pas des toutes nouvelles ! Ça, c'est clair !

(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Cette expérience clinique des situations de pertes de capacités liées à l'avancée en âge, enrichie par la répétition des rencontres, complète les compétences des agents dans l'accompagnement de ces personnes : capacités d'observation et d'interprétation, repérage des besoins, connaissance des évolutions éventuelles, des possibilités de réponses existantes, des particularités sociales et psychologiques, de l'impact des histoires familiales, etc. Et au fil du renouvellement des instructions, les professionnelles se familiarisent également avec les règles de la procédure APA, avec le remplissage de la grille AGGIR et de ses conséquences, et nous verrons comment ces atouts facilitent l'accompagnement de ces publics et créent, aussi, une compétence de « référent personnes âgées » auprès de divers interlocuteurs, y compris en interne. Nous verrons comment celle-ci peut d'ailleurs être renforcée selon les modalités de fonctionnement de ladite équipe médico-sociale, en particulier selon l'implantation géographique des membres de l'équipe et les modalités de prise de décision.

Localisation et sectorisation des agents

Les équipes chargées d'instruire les demandes d'APA sont donc composées non seulement de travailleurs sociaux et de médecins et/ou infirmières, comme le commande le CASF, mais aussi de gestionnaires administratifs et de responsables hiérarchiques. L'implantation géographique de ces agents varie selon les départements, donnant des contours différents à la notion d'« équipe médico-sociale ». Le tableau ci-après récapitule les différentes configurations observées :

Tableau n°2. Mise en œuvre de la loi relative à l'APA : implantation des agents composant l'équipe médico-sociale¹ en fonction des départements

Enquête 2014	Localisation des agents de l'équipe médico-sociale		
	Département	Agent administratif	Agent médico-social
A	Maison du département	Service central	Maison du département
B	Service central	Service central	Territorialisation en cours
C	Maison du département	Maison du département	Maison du département
D	Service central	Service central	Service central
E	Maison du département	Maison du département	Maison du département
F	Maison du département	Maison du département	Maison du département

Les responsables hiérarchiques ne sont pas représentés dans ce tableau : en principe, ils sont toujours présents là où travaillent des agents d'exécution subalternes, et sont habituellement aussi nombreux qu'il existe de filières représentées - soit un chef pour les agents administratifs ; un autre pour les médecins, infirmières, et éventuellement ergonomes ; un autre encore pour les travailleurs sociaux. Dans le département F, l'un d'eux est nommé « responsable des dispositifs d'aide à la personne » (DAP) : il lui revient de coordonner et de garantir le bon déroulement de la mise en œuvre de la loi relative à l'APA², et de la politique départementale en direction de ce public ; mais au moment de l'enquête, ces responsables étaient affectés sur plusieurs maisons du département, ce qui finalement les éloigne de chaque équipe. En effet, cette organisation a pour effets directs de les faire beaucoup circuler d'un canton à l'autre, limitant ainsi leur temps de présence et leur capacité de travail dans chaque lieu. L'une de ces responsables le déplorait :

Ça nous fait passer beaucoup de temps en voiture et arriver dans des maisons du département où attendent des piles de parapheurs à signer... Ça laisse pas beaucoup d'temps pour faire des choses plus intéressantes !
 (Responsable territoriale, Conseil général F, Équipe M, Mardi 21 octobre 2014).

Dans quatre départements (C, D, E, F), les agents des trois filières (administratif, médicale et sociale) travaillent dans les mêmes locaux, ce qui leur permet de se rencontrer régulièrement, de croiser aussi des collègues d'autres services. Ils peuvent donc plus facilement se connaître

¹ Dans ce tableau, le terme « *Maison du département* » désigne d'une façon générique le lieu d'exercice des agents départementaux territorialisés, en opposition au « service central », habituellement situé dans la ville préfectorale.

² Et aussi des lois relatives au RSA, au Fonds de solidarité logement (FSL), etc.

et comprendre les rôles et les tâches de chacun d'entre eux dans l'instruction des demandes. Ils peuvent aussi croiser leurs points de vue et solliciter d'autres avis, y compris en-dehors des temps institutionnalisés de réunion. Dans les deux autres départements (A et B), les demandes d'APA sont bien étudiées par des professionnels des deux filières, médicales et sociales, mais avec des échanges limités entre eux : les tâches et la responsabilité des décisions sont réparties entre les agents territorialisés et ceux du service central, selon des circuits et des modalités définis par la direction générale. Ces agencements induisent des dynamiques différentes dans le travail quotidien des équipes médico-sociales, pour l'instruction comme pour les réponses à apporter aux demandes d'APA. Par exemple dans le département A, le médecin est basé au service central, et c'est depuis cette place qu'il étudie les dossiers de demande d'APA, en synthétise le contenu, et transmet les informations qu'il juge utiles à l'équipe de travailleurs sociaux et de gestionnaires de l'une des huit *maisons de la solidarité* territorialisées. Procédant ainsi, les règles de procédure sont conformes aux textes juridiques, mais de façon clivée, puisque les échanges entre l'équipe sociale et le médecin sont indirects et réduits au minimum. Dans le département B, le clivage entre les professionnels existe d'une autre manière : les agents évaluateurs sont affectés dans les maisons du département implantées dans les cantons, et les agents administratifs restent au service central. Le directeur de ce service considère que cette option permet aux instructeurs administratifs de ne pas se retrouver isolés dans des territoires où le nombre de demandes ne justifie pas la présence d'une équipe administrative conséquente. Mais pour une gestionnaire administrative du département F, qui travaille dans une maison du département, le risque c'est plutôt le manque de relais pendant ses absences :

Pendant 3 ans, j'avais une collègue qui instruisait les dossiers d'aide sociale, j'avais plus qu'à contrôler. Elle est partie. Et n'a pas été remplacée. En ce moment je suis toute seule à gérer l'aide sociale¹, et j'ai une collègue à 60% pour l'APA.

A l'époque où j'avais une collègue qui aidait pour l'APA et pour l'aide sociale, c'était royal. On pouvait partir en congé, je rentrais, tout était presque à jour... Là, aujourd'hui, je rentre, j'ai des pochettes partout qui débordent...

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

Et même si ce département a constitué des équipes dites « de renfort », précisément pour venir en relais lors d'absence d'agents, ou en soutien lors de surcharge de travail, leurs effectifs semblent insuffisants. Or, cette configuration dans laquelle une seule personne connaît les subtilités de l'instruction administrative et sait utiliser les logiciels afférents, impacte les personnes candidates à l'allocation, puisqu'une absence de la gestionnaire va rapidement retarder le traitement des demandes. Elle impacte également les agents médico-sociaux qui

¹ Dans son propos, « l'aide sociale » concerne à la fois les demandes d'APA, mais aussi les demandes d'aide sociale à l'hébergement ou au ménage, et les contrôles d'effectivité.

doivent eux aussi s'adapter aux rythmes successifs d'absence de dossiers suivis d'une accumulation quand la gestionnaire est de retour. Et la gestionnaire elle-même explique comment cette organisation affecte non seulement son travail quotidien, pour faire face aux accumulations de dossiers non traités, mais aussi sa vie personnelle, puisque c'est elle qui, chaque mois, doit déclencher le paiement des allocations : comme cette opération doit se faire à date fixe, elle essaye de ne pas prendre ses congés à ce moment-là pour ne pas pénaliser les personnes bénéficiaires

Alors pour les paiements, ils se font toujours en début de mois, le 3 ou 4 du mois. Et l'arrêté permet de déclencher les paiements. Donc je reçois l'arrêté, et je fais le déclenchement des paiements par une manipulation sur ANIS¹ : il faut mettre « oui »². Et la semaine d'avant le paiement, si j'étais en congé, ben j'peux pas faire la manip' sur Anis, et après les paiements sont partis, validés, donc on peut plus rien faire, et... et ben du coup _ j'ai tous mes arrêtés qui sont entre mes mains le 04 décembre, mais j'ai beau mettre le « Oui », mais... ça va pas déclencher le paiement avant le mois suivant ! Alors c'est vrai que je regarde : « est-ce que je vais être rentrée avant les paiements ou pas », parce que, quand on arrive en fin de mois, oui, j'ai à cœur, si je reçois une pile d'arrêtés, j'ai à cœur de les traiter _ Parce que si j'ai pas le temps de les traiter, et que je laisse passer le, le, voilà, le 4 du mois qui suit - on va dire..., et ben ça va attendre un mois !! Et pour les familles, ça paraît super long !!... - (Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

Et elle explique que depuis qu'elle est la seule gestionnaire APA dans cette maison du département, elle évite systématiquement de partir en congé à une période administrativement importante pour les personnes bénéficiaires de l'allocation³.

Dans le département D, la localisation au service central de tous les agents du service permet une plus grande cohérence d'action et de pratiques pour ces professionnels. Par contre, elle oblige les agents évaluateurs à effectuer de plus longs trajets pour effectuer les visites à domicile depuis la ville préfectorale. Même si, comme dans les autres départements enquêtés, ces déplacements sont organisés à partir d'une sectorisation du territoire - du moins pour les travailleurs sociaux :

On a fait un découpage territorial pour effectuer les visites à domicile : chacune d'entre elles [*travailleuses sociales*] intervient sur un secteur qui correspond à un ou plusieurs cantons. Compte tenu de l'organisation territoriale, et de la taille du département, elles organisent les visites à domicile par journée entière sur le secteur concerné.

¹ « ANIS » (pour : *Approche nouvelle de l'information sociale*) désigne le logiciel de gestion de l'action sociale utilisé dans ce département.

² Le *Guide pratique des procédures APA* de ce département mentionne : « À la réception d'un arrêté signé [*par le président du conseil général*], il convient de rajouter, dans ANIS, dans les modalités de la décision principale "signature de l'arrêté/PCG" - "OUI". Cette modalité permet le déclenchement des paiements qui s'effectueront grâce aux traitements lancés par le service informatique » (Conseil général F, 2013, Fiche *La mise en paiement - 1^{ère} demande* »).

³ Notons comment cette posture traduit le soin accordé par cette gestionnaire au public auprès duquel elle exerce.

En faisant comme ça, chacune connaît bien son secteur d'intervention, le territoire, les équipements, et aussi les médecins traitants, les services d'aide à domicile, etc.
(Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014).

Ce principe de répartition des demandes en fonction du domicile des personnes est fréquent dans les services sociaux départementaux, en particulier pour les missions d'aide sociale polyvalente et de protection maternelle et infantile. Il vise à équilibrer le travail entre les agents, et à optimiser les trajets. Dans les cantons ruraux, où les trajets peuvent obliger à parcourir de longues distances, ce choix semble particulièrement pertinent. Il a aussi pour effet de mieux connaître les équipements publics et associatifs existants dans l'environnement des personnes (structures d'accueil, de loisirs, de soins, etc.). Toutefois, en ce qui concerne les demandes d'APA, ce principe peut être contrarié quand la charge de travail ne permet plus de respecter les délais d'instruction obligatoires - en particulier quand les équipes sont incomplètes, ou insuffisamment pourvues au regard de l'ampleur du travail. Et cette délimitation géographique du secteur d'intervention n'a pas été observée pour les professionnels médico-sociaux : les infirmières, quand elles sont présentes dans l'équipe, effectuent prioritairement l'instruction pour des personnes qui ont des problématiques médicales identifiées ; quant aux médecins, ils vont rarement au domicile, et ne s'y déplacent habituellement que pour des situations particulières¹.

Ces choix institutionnels concernant la composition des équipes médico-sociales et l'affectation géographique de leurs agents, constituent le cadre dans lequel s'effectuent la réception et l'instruction des demandes d'APA. Ils posent les conditions dans lesquelles s'organisent l'étude des demandes et se construisent les décisions qui en résultent. Les options retenues par chaque département peuvent donc avoir des conséquences différentes. Cette départementalisation des règles nationales traduit une forme de régulation institutionnelle, dans la mesure où chacune de ces collectivités réinterprète et ajuste les consignes décrites dans le CASF pour produire de nouvelles instructions. De plus, ces adaptations locales s'observent aussi dans les modalités définies par chaque collectivité départementale pour réaliser ces opérations.

¹ Dans certains départements (E et F), le médecin est désigné de façon systématique pour refaire l'évaluation à domicile en cas de contestation et de recours.

Organiser les prises de décisions : réponse « d'équipe » versus réponse « de l'équipe »

Les règles de procédure prévues par le législateur peuvent être regroupées selon quatre étapes chronologiquement distinctes : vérifier la recevabilité de la demande ; vérifier l'éligibilité à la prestation ; définir et proposer une réponse ; et, quand il y a lieu, vérifier le respect du contrat lié à l'attribution de l'APA¹. Chacune de ces étapes fait l'objet de décisions engageantes, tant pour la personne candidate et ses proches que pour la collectivité départementale. La façon dont l'institution organise ces prises de décision n'est donc pas neutre : elle participe de la régulation entre des intérêts facilement contradictoires. L'enquête montre comment les départements traduisent concrètement ces injonctions textuelles, faisant apparaître un fonctionnement plutôt collégial, plutôt hiérarchique et vertical, ou à la fois collégial et hiérarchique selon les étapes - et au sein d'institutions départementales traditionnellement très hiérarchisées. Ces variations permettent de repérer comment une réponse « d'équipe » peut se distinguer d'une réponse « de l'équipe », selon qu'il y ait ou non concertation et décision entre les membres de l'équipe, ou questionnement et validation par le seul chef de service.

La première étape est organisée de façon similaire dans les six départements enquêtés : une gestionnaire réceptionne et vérifie la recevabilité des dossiers de demande d'APA. Elle a la responsabilité de reconnaître le dossier complet², d'en accuser réception³ auprès de la personne candidate, et de le transmettre pour la suite de l'instruction. En cas de doute sur une information ou la validité d'une pièce justificative, elle peut solliciter une collègue ou la supérieure hiérarchique. À partir de la deuxième étape, les opérations se déroulent différemment selon les départements. Dans les départements E et F, l'équipe médico-sociale organise cette phase d'instruction et de proposition de réponse de façon concertée :

Avant toute visite à domicile, un travail pluridisciplinaire de concertation doit être engagé entre le référent administratif, le médecin, l'infirmière et le travailleur social, soit par un temps de coordination identifié, soit à l'aide d'une fiche de liaison.
(Conseil général F, 2011, *APA. Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales* : 4).

Ce travail de concertation vise à partager les informations connues, qu'elles soient contenues dans le dossier de demande ou échangées avec des personnes concernées (proches, professionnels, etc.) : « Il est important, avant la visite, de recueillir un maximum de données

¹ Il s'agit ici des étapes nécessaires à toute première demande. Les modalités sont légèrement différentes pour une demande de révision.

² C'est-à-dire un dossier correctement rempli, signé par une personne remplissant les conditions d'âge et de domicile, et accompagné des pièces demandées.

³ Cet accusé de réception fait office de date de départ des délais à respecter pour la suite de la procédure (CASF, article R232-23).

pour arriver au domicile de la personne avec des repères (...)», précise ce même *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales* (Conseil général F, 2011 : 5). Dans les équipes constituées d'infirmières et de travailleurs sociaux, ces temps de concertation permettent aussi de déterminer le professionnel qui se rendra au domicile pour évaluer l'éligibilité et les besoins de la personne candidate :

Le choix du visiteur se décide en réunion d'équipe médico-sociale, et en fonction du certificat médical : en général, l'infirmière fait les visites si y a pas de CM. Et quand il y en a un avec lequel on peut calculer le GIR : s'il est important, si y a des troubles cognitifs non bilantés, une absence de traitements, etc., c'est plutôt l'infirmière qui y va - parce qu'on a aussi un rôle de conseils.

(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Dans le département E,

« Si des éléments du dossier font apparaître la nécessité d'une évaluation à deux, c'est la RSA [*Responsable social autonomie*] qui accompagne le travailleur social »

(Responsable territoriale social autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013).

Dans ces deux départements, ces temps d'échanges formalisés et pluridisciplinaires reprennent après la visite à domicile :

L'équipe médico-sociale se réunit une fois par semaine, le jeudi. Elle rassemble au minimum le chef de service médecin, la RSA [*Responsable social autonomie*], et tous les travailleurs sociaux de l'équipe.

Dans cette réunion, toutes les questions relatives aux personnes âgées sont abordées, que ce soit l'étrangeté d'un comportement ou des différences de GIR entre la visite à domicile et l'évaluation médicale [*du certificat médical*], dans l'échange entre collègues et avec le médecin et la RSA. La responsable administrative est présente en début de réunion pour répondre à toutes les questions de sa compétence, qui intéressent tout le monde *a priori*, mais elle ne reste pas au-delà de ces questions d'ordre administratif.

Pendant cette réunion, le travailleur social établit les « bons de commande » destinés aux structures (...) en fonction des besoins repérés et mentionnés sur le plan d'aide. Il peut aussi orienter ou questionner la MAIA¹, ou bien la « cellule de protection des personnes vulnérables »².

(Responsable territoriale social autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013).

Dans le département F, les gestionnaires assistent systématiquement à ces réunions de l'équipe médico-sociale, d'ailleurs renommée « équipe médico-sociale et administrative » (EMSA). Ils peuvent ainsi rappeler ou vérifier les règles de procédure établies au fur et à mesure des questions soulevées. Ces mêmes réunions, hebdomadaires ou bihebdomadaires selon le

¹ MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (CASF, article L113-3 - *version 2010*. La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 modifie cet article et le sens de cet acronyme qui devient « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie »).

² Dans ce département, cette « cellule » spécifique recueille et évalue les informations préoccupantes, qu'elles concernent un enfant ou un adulte en danger ou en risque de l'être.

nombre de demandes sur le territoire considéré, sont habituellement conçues en trois temps : les demandes d'APA à instruire ; les retours d'évaluation à domicile ; et toutes les questions relatives aux personnes âgées (situation particulière, actualités du département, des partenaires, etc.). Ce mode de fonctionnement d'équipe permet à chaque professionnel d'apporter sa compétence, ses connaissances, et de croiser son point de vue avec celui de ses collègues, que ce soit pour questionner le GIR, discuter le plan d'aide envisagé, ou proposer d'autres pistes de réponses. Dans cette lecture pluridisciplinaire des situations, toutes les logiques se rencontrent autour de la table, s'y confrontent parfois, et donnent lieu à des réponses réellement prises de façon collégiale¹. Il s'agit donc bien d'une « réponse d'équipe », construite, élaborée, à partir des différentes compétences qui composent l'équipe. Alors que dans les autres départements, l'instruction médico-sociale enchaîne les opérations les unes après les autres, selon un ordre hiérarchique établi :

Quand le dossier est complet, la liaison est faite par les instructeurs auprès du médecin et de l'intervenante médico-sociale du secteur géographique concerné, à l'aide d'un formulaire qui reprend diverses informations, dont les coordonnées du référent quand elles sont mentionnées.

Le médecin territorial voit tous les dossiers de demandes, et fait pour chacun une synthèse médicale pour l'équipe, indiquant éventuellement l'intérêt ou la nécessité de prévoir une visite à domicile en binôme. Elle peut également contacter le médecin traitant si nécessaire.

Après la visite à domicile, l'intervenante médico-sociale complète la grille AGGIR et le formulaire d'« évaluation des besoins » ; si besoin, elle recherche les informations nécessaires pour pouvoir confronter, avec le médecin territorial, les éléments de la visite à domicile avec le contenu du dossier médicosocial rempli pour la demande. Après confrontation des données recueillies [*pendant visite à domicile*], le GIR est validé par le médecin territorial.

Les propositions de GIR et de plan d'aide sont ensuite toutes étudiées et validées par la cheffe de mission médico-sociale, qui peut demander des explications, puis les signe.

Ainsi, toutes les demandes sont confrontées à au moins deux points de vue, plus celui de la cheffe de mission. L'absence de réunion pour étudier ces demandes permet une fluidité dans l'instruction des demandes.

(Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014).

Ici, le médecin décide seul de la poursuite de l'instruction selon le contenu du certificat médical, puis valide le GIR évalué à domicile. Dans le département A, c'est également le médecin seul, depuis les services centraux, qui transmet ou non la demande aux équipes territoriales pour la suite de l'instruction. Et au retour de la visite à domicile, les éléments recueillis ne sont pas soumis à discussion avec le médecin ou l'équipe médico-sociale : la

¹ Nous y reviendrons plus en détail dans la troisième partie.

responsable territoriale seule souligne les points à discuter à la commission départementale¹, commission qu'elle organise localement en tant que cadre du conseil général, et c'est elle qui « a la décision finale » (Adjointe ressources autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014). Dans le département B, les tâches sont également structurées depuis des lieux différents, mais ce sont les gestionnaires qui sont basés dans les services centraux, où ils reçoivent toutes les demandes et conservent les dossiers ; ils transmettent les demandes par une fiche de liaison aux évaluateurs territoriaux dans les maisons du département ; après l'évaluation à domicile, une équipe technique examine tous les dossiers du territoire, et renvoie au siège les décisions prises pour chaque demande. Il y a donc bien une discussion collégiale là aussi, mais sans les agents administratifs, et avec des agents sociaux ou médicosociaux d'origine variée (polyvalence de secteur, insertion, CLIC² et organismes de retraite). Et aucun d'entre eux n'a connaissance du contenu du dossier de demande, conservé au siège : celui-ci n'est consulté qu'en cas de questionnements spécifiques « pour arbitrage » (Directeur départemental, Conseil général B, Mardi 06 mai 2014).

Dans le mode de fonctionnement de ces départements, il n'y a donc pas d'échanges formalisés et systématiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Certes, la proposition de réponse est bien étudiée par « un médecin et un travailleur social », mais par des lectures et validations successives des dossiers, avec des échanges réduits entre les différents lecteurs, et limités à quelques situations particulières. Et au final, c'est toujours le responsable hiérarchique qui valide ou questionne le compte-rendu de l'évaluateur, dans une forme de « régulation hiérarchique ». Il prononce une « réponse de l'équipe », qui n'est pas élaborée de façon collective entre les différents membres de cette équipe. Si l'absence de concertation en équipe peut permettre de gagner du temps dans cette procédure d'instruction, elle restreint, de fait, les échanges entre les membres de l'équipe médico-sociale, échanges qui peuvent pourtant avoir des effets d'homogénéisation des pratiques et de formations réciproques, améliorant d'autant les compétences des agents.

Deux des principales étapes de l'instruction des demandes d'APA (vérifier l'éligibilité d'une demande et formuler une réponse) sont donc réalisées selon des modalités propres à chaque département. Nous verrons plus en détail comment se déroule ce processus de prise de décision dans le département F, dans lequel les professionnels composant une même équipe

¹ Il s'agit de la commission qui était prévue par l'article L232-12 du CASF (dans les versions en vigueur du 1^{er} janvier 2002 au 22 mars 2015) pour proposer une réponse au président du conseil général, commission supprimée par la loi de décembre 2015 (*cf. Introduction générale – Une bureaucratie mouvante*).

² Centre local d'information et de coordination.

médico-sociale travaillent depuis une même maison du département. Par ailleurs, rappelons qu'au moment de l'enquête, il existait, selon les textes officiels, un troisième niveau de décision après celui de l'évaluation à domicile et celui de l'équipe médico-sociale : celui d'une « commission d'attribution ». Composée de représentants institutionnels, elle pouvait aussi être située au siège (départements C, D, E, F) ou en maison du département (départements A, B). Officiellement chargée de faire une proposition avant décision d'attribution par le président du conseil général (CASF, article L232-12), elle établissait une distinction importante entre « ceux qui possèdent les informations et ceux qui prennent les décisions » (Gramain et al., 2013 : 26). Depuis la loi de décembre 2015 qui la supprime¹, c'est désormais la « proposition de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6 » (CASF, article L232-12 - *version en vigueur depuis le 30 décembre 2015*) qui permet la décision d'attribution par le président du conseil départemental. Avec cette simplification des niveaux de décision, les équipes médico-sociales et les responsables territoriaux deviennent garants des décisions et des arbitrages. Cette modalité se rapproche de celles qui étaient déjà à l'œuvre dans d'autres champs de l'action sociale, que ce soit l'attribution de l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées (hébergement ou ménage), de mesures d'aide sociale à l'enfance, d'aide à l'insertion ou au logement². Enfin, l'étape consistant à vérifier le respect du contrat lié à l'attribution de l'APA par des contrôles d'effectivité est également organisée différemment dans les départements enquêtés, en service central ou en maison du département. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant, pour examiner ensuite comment cette opération peut aussi influencer en amont l'élaboration des réponses.

Conclusion Chapitre 4

Ce panorama illustre les différentes façons qu'ont les collectivités territoriales de

prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon.

Dans les conditions prévues par la loi, ces collectivités s'administrent librement par des conseils élus et disposent d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences.

(Constitution, article 72).

¹ Cette suppression législative entérine les pratiques départementales : dès 2003, Martine Bellanger et Blanche Le Bihan-Youinou mentionnaient dans une étude de la DREES que ces commissions d'attribution « semblent plutôt exercer un rôle d'approbation et d'enregistrement. » (2003 : 1). Et de fait, lors de l'enquête en 2014, cette commission existait de façon très aléatoire dans les départements enquêtés.

² Même s'il existe pour certains de ces dispositifs des commissions interinstitutionnelles.

Utilisant ce pouvoir, élus et services départementaux adaptent la mise en application de la loi en redéfinissant des manières d'organiser et d'exécuter localement les opérations successives d'instruction, de prises de décision et de contrôle. Nous pouvons observer des différences et des similitudes entre ces collectivités départementales¹. Certaines différences portent sur l'organisation des services, la répartition des tâches et le choix des lieux pour leur réalisation, des choix qui ne sont souvent pas spécifiques à la loi relative à l'APA. Ils relèvent plutôt de décisions politiques antérieures, et peuvent être basées sur des réalités locales et sur des orientations stratégiques – particulièrement visibles dans les moyens mis en œuvre pour faire fonctionner ces organisations départementales.

D'autres différences portent sur la composition et le fonctionnement des équipes, et concernent alors directement la mise en application de la loi relative à l'APA. Certaines de ces organisations départementales interrogent la notion d'« équipe », quand ceux qui la composent se trouvent éloignés les uns des autres, ne se voient guère, et ne travaillent jamais ensemble directement, ou quand les réponses proposées relèvent d'une validation hiérarchique plutôt que d'une concertation pluridisciplinaire. Ces choix institutionnels ouvrent des espaces différents aux agents départementaux, pour exercer leur mission et réguler leur activité en tant que bureaucrates de contact.

Par ailleurs, dans tous les départements enquêtés, les prises de décision s'effectuent à des niveaux différents selon leur nature. L'assemblée départementale et l'administration centrale – essentiellement la direction générale et les services administratifs à proximité – traduisent les règles nationales et les adaptent en fonction des orientations préalablement définies. Elles décident de l'organisation des services, du choix des agents, du fonctionnement des équipes, des moyens à mobiliser. Elles constituent un premier niveau de régulation. Et dans les départements qui ont fait le choix de déconcentrer tout ou partie des missions d'action sociale, dont celle relative aux personnes âgées, les maisons du département, qui accueillent le public et effectuent l'instruction des demandes, constituent un deuxième niveau de régulation. De plus, quelles que soient les organisations choisies, et quelles qu'en soient les objectifs, les agents départementaux doivent, pour exercer leur mission, utiliser différents outils. Là aussi, c'est l'administration centrale qui définit lesquels et leurs règles d'utilisation – ce qui n'exclut pas quelques adaptations, voire innovations locales, par certaines équipes ou certains professionnels.

¹ Soulignons que les six départements prévoient tous d'effectuer les évaluations médico-sociales au domicile de la personne candidate de façon systématique, alors qu'une étude publiée par la DREES en 2013 révélait que sept des départements ayant répondu « envoient une équipe médico-sociale au domicile de la personne uniquement dans certains cas », et que trois départements n'ont pas répondu à cette question (DREES, 2013).

CHAPITRE 5. - LES MODALITES DEPARTEMENTALES DE TRADUCTION EN ACTES DE LA LOI

En définissant le cadre départemental pour mettre en application la loi relative à l'APA, les assemblées départementales et les directions générales de ces administrations décident aussi des modalités de fonctionnement de leurs services. À cette fin, elles adaptent les outils de gestion conçus spécifiquement pour cette prestation : un dossier et une liste de pièces à fournir pour formaliser la demande de façon conforme ; un tableau de cases à cocher et son guide de remplissage pour évaluer l'éligibilité de façon normée ; un algorithme pour limiter le nombre de bénéficiaires ; un guide d'évaluation pour identifier les aides à proposer ; un tableau des montants maximum de l'aide selon les résultats de l'évaluation ; etc. Ces outils s'imposent aux opérateurs institutionnels, ils s'ajoutent à ceux déjà en cours d'utilisation, obligeant l'administration à réaménager les moyens humains, techniques, et financiers.

Nous verrons dans ce chapitre comment s'effectue la transposition de ces outils et de leurs règles d'utilisation au sein des institutions départementales. Nous observerons que celle-ci s'opère dans un double mouvement. D'une part, l'adaptation des outils existants aux besoins de cette politique, par exemple en termes de circulation des consignes et des informations, d'enregistrement des données individuelles dans des dossiers administratifs appropriés, et de moyens de contrôle. D'autre part, les adaptations locales des outils définis par la législation nationale, et les ajustements des règles de mise en œuvre de cette politique aux outils existants. Qu'il s'agisse par exemple d'articuler les délais de procédure aux délais administratifs de traitement des demandes, d'ajuster les modalités d'instruction des demandes aux moyens humains opérationnels, d'encadrer la nature des aides financées, les collectivités départementales appliquent et régulent les règles nationales en fonction des spécificités du territoire et de leurs propres choix politiques.

Ces opérations d'adaptation des/aux outils existants peuvent donner lieu à différentes façons de mettre en œuvre les consignes nationales selon les départements, en fonction des priorités définies par l'assemblée départementale, et en lien avec les cadres de la direction générale. Elles redessinent le cadre institutionnel, les moyens mis en œuvre et les fonctionnements, dans lequel les bureaucrates de contact vont travailler et mettre en actes la loi relative à l'APA.

a) Des instruments de référence pour guider l'action publique

Pour que des textes juridiques puissent passer des bibliothèques aux situations concrètes sur lesquelles les magistrats doivent arrêter une décision, et pour que ces mêmes situations soient transportées jusqu'à l'audience, rapportées et comprises, il faut des sacs. Certes, il faut des règles, des procédures, de "bons avocats" et de "charitables arbitres", mais aussi des équipements qui permettent l'enregistrement, la conservation et le transport des pièces. (Weller, 2018 : 15).

De même, pour qu'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie soit étudiée et obtienne une réponse dans le respect de la procédure prévue par les règlements, l'organisation humaine des services et des équipes ne suffit pas. Parce que l'agent opérateur connaît rarement la loi elle-même dans la version en vigueur¹, et parce qu'il doit de toute façon utiliser la version adaptée par l'administration départementale dans laquelle il exerce. Et puis, il lui faut des moyens et une méthode. Des outils et leur mode d'emploi. La direction générale et les services centraux conçoivent donc des techniques, « dispositif concret opérationnalisant l'instrument », et des outils, « micro dispositif au sein d'une technique » (Lascoumes et Le Galès, 2005 : 15), pour guider les agents dans l'exercice de leur mission. Or,

les IAP [instruments d'action publique] ne sont pas des outils axiologiquement neutres, et indifféremment disponibles. Ils sont au contraire porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé.

Un instrument d'action publique constitue 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 porteur².

(Lascoumes et Le Galès, 2005 : 13).

Ces instruments existent dans l'ensemble des départements enquêtés, avec des nuances dans leur conception et leur utilisation, même si la finalité est similaire. Pour comprendre comment les opérateurs utilisent au quotidien ces techniques et ces outils prévus pour instruire une demande d'APA, nous pouvons d'abord les identifier et les catégoriser selon leur fonction principale : transmettre des consignes ; enregistrer les données ; communiquer des informations. Nous examinerons également les modalités mises en place pour effectuer les contrôles d'effectivité, dans la mesure où cette pratique peut aussi agir sur la qualité des réponses à une demande d'APA.

Traduire et transmettre des consignes

Après traduction par l'administration départementale, les textes juridiques sont transcrits dans des guides destinés aux agents opérateurs. Dans le département F, un *Guide pratique des procédures* rassemble sous forme de fiches les instructions détaillées des opérations administratives à effectuer par les agents départementaux ou par les personnes candidates : quelles tâches, dans quel ordre, dans quel délai, etc. Toutes sortes d'opérations à effectuer de façon rigoureuse, dans un ordre défini, et en respectant des échéances administratives précises.

¹ L'affectations d'un agent à un nouveau poste ou les changements de législation et de réglementation relatifs à une mission ne donnent pas toujours lieu à une information systématique et actualisée des détails de cette mission aux opérateurs de terrain.

² En Italique dans le texte.

Ces fiches peuvent comporter aussi des liens renvoyant à des références juridiques ou à des sites web, lesquels justifient l'opération à effectuer et/ou permettent de répondre à des situations particulières, comme l'illustre l'une de ces fiches :

Encadré n°5. Conseil général F, 2013, Guide pratique des procédures APA

Fiche DEM3		
LA CONDITION DE RÉSIDENCE		
<p>Pour prétendre au bénéfice de l'ADPA, le demandeur doit attester d'une résidence stable et régulière en France.</p> <p>Sont éligibles à l'ADPA :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Les personnes de nationalité française ayant leur résidence en France ;✓ Les ressortissants de l'Union européenne grâce à un titre attestant de leurs nationalités, en cours de validité ;✓ Les personnes de nationalité étrangère qui résident en France et sont titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France.		
<p>Δ : En cas d'invalidité du titre de séjour ou de mention « visiteur » sur celui-ci, le dossier de demande ne doit pas être accusé réception.</p> <p><i>(ref. juridique : ordonnance du 2 novembre 1945 ou en application de traités ou accords internationaux)</i></p> <p>NB : Les personnes sans résidence stable doivent élire domicile auprès d'un organisme public social ou médico-social, agréé conjointement par le représentant de l'État dans le Département et par le Président du Conseil général.</p> <p><i>(ref. juridique : art. L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles)</i></p> <p style="text-align: center;">Voir http://intranet.</p>		
Guide PROCÉDURES ADPA	1	MAJ 21/11/2013

Cet exemple de fiche récapitule les questions à se poser pour vérifier la condition de résidence. Comme les autres fiches, elle est codifiée : « DEM03 » correspond à la troisième étape dans l'étude de la « recevabilité de la demande », laquelle prévoit de vérifier également la complétude du dossier (première étape) et l'âge (deuxième étape) avant de poursuivre l'instruction. Quand certaines situations ne sont pas prévues dans cette fiche, celle-ci peut être modifiée ou complétée par une nouvelle fiche : par exemple, la fiche DEM05 précise comment vérifier le domicile de secours ; et la fiche APA et titres de séjour précise les pièces à demander pour vérifier l'identité et la validité du séjour d'une personne n'ayant pas la nationalité française. Par ailleurs, un *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales* propose, sur le même principe, « une méthodologie d'intervention pour les professionnels » (Conseil général F, 2011 : 3). Centré sur la phase d'instruction médico-sociale, il en précise les différentes étapes : préparation et organisation de la visite à domicile, déroulement et évaluation de la perte d'autonomie, élaboration du plan d'aide, et suivi de la situation, détaillant quelques conseils et points de vigilance. Là aussi, des fiches spécifiques peuvent venir compléter ces instructions de procédure, par exemple pour faciliter les échanges (« Grille d'entretien d'une journée type »), ou pour attirer la vigilance sur des points particuliers (« Comment aborder la problématique de l'incontinence

lors d'une visite APA ? » ; « Comment évaluer le risque de dénutrition au cours d'une demande d'APA ? »). Ces documents, élaborés par l'administration départementale, visent à la fois à orienter et à harmoniser les pratiques des professionnels et des équipes sur l'ensemble du territoire départemental, et tout au long de l'instruction administrative et médico-sociale. Ils s'ajoutent aux documents de référence publiés par l'administration nationale (grille AGGIR et son guide d'utilisation¹, tableau des plafonds liés au GIR). Pour les opérateurs des équipes territoriales, ils constituent des repères auxquels se référer au cours de la procédure d'instruction : que faut-il vérifier, comment faire, que faut-il enregistrer, comment, etc. Et ils se révèlent particulièrement utiles en cas de désaccords entre les professionnels de l'équipe médico-sociale, ou lorsqu'une situation inhabituelle suscite un questionnement particulier, comme celle observée au cours d'une réunion :

La gestionnaire attrape le dossier suivant en questionnant :

« Monsieur est hébergé au foyer des sans-abris, et ce n'est pas considéré comme un domicile de secours. Alors qui doit instruire la demande et faire la visite à domicile ? Parce que...

De toute façon, les personnes accueillies-là n'ont pas de domicile fixe ailleurs...

Alors on prend quoi comme domicile de secours pour une personne âgée hébergée en CHRS² ? ».

La responsable propose d'interpeller le service central sur cette question pour confirmer ce qu'il en est.

Sans attendre la réponse, la gestionnaire attrape le *Guide pratique des procédures APA* et recherche une fiche pratique sur ce sujet. Elle en trouve une et la lit à voix haute. (...).

(Réunion d'équipe, Conseil général F, Équipe N, Jeudi 02 octobre 2014).

Comme l'indique Jean-Marc Weller,

Qu'il s'agisse de traiter des demandes de remboursement des frais de santé, d'attribuer les prestations familiales ou de déterminer le montant des pensions de retraite, la règle désigne l'incontournable tamis au travers duquel la situation des assurés est passée pour évaluer la légitimité d'une requête (...) Du coup, ces « textes » - ou leurs représentants - ne manquent pas de participer à l'activité. C'est le cas de l'équipement, lorsque les agents sont amenés à consulter une documentation technique destinée à leur permettre de retrouver, sous la forme d'abrégés et d'index, les informations réglementaires utiles au traitement des dossiers³.

(Weller, 2018 : 158).

Nous avons commencé à le voir, les textes de cette nature prennent une place importante dans l'instruction des demandes d'APA : là aussi, les agents doivent pouvoir les utiliser en fonction de chaque situation rencontrée. Et comme en réponse à ces consignes, les opérateurs et les

¹ CNSA, 2016, *Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants*.

² CHRS = Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

³ « Ce que les agents appellent « les textes » renvoient à un jeu d'outils textuels - guides, classeurs thématiques, cahiers de liquidation, portail documentaires - destinés à les équiper dans leur effort à qualifier juridiquement les situations des assurés. » (Weller, 2018 : Note de bas de page 158).

destinataires de cette politique sociale produisent eux-mêmes des matériaux, des informations, et des outils pour les utiliser et les conserver.

La fabrique du dossier individuel

Si certaines politiques d'action sociale peuvent être mises en œuvre de façon souple et rapide¹, c'est loin d'être le cas pour la loi relative à l'APA. Ici, les opérations nécessaires aux vérifications et aux contrôles entraînent toute une organisation bureaucratique, qui commence par une mise en dossiers des personnes et de leurs demandes.

En effet, une demande d'APA ne peut être prise en considération par l'administration départementale qu'à partir du moment où elle est formulée selon les règles édictées dans le CASF : l'Annexe 2-3 y détaille le « *Contenu du dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ou en établissement* ». Il s'agit d'abord de pouvoir identifier la personne concernée, son lieu de vie et l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique (« *A-Renseignements concernant le demandeur* ») ; de connaître ses ressources pour déterminer le montant de l'allocation (« *B-Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du demandeur* ») ; et d'attester de la véracité des renseignements fournis par une « *Déclaration sur l'honneur* » de la personne demandeuse ». Il est également prévu de demander « *l'autorisation de transmission par le conseil général du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet de l'APA)* ». Cet article précise aussi la « *Liste des pièces justificatives à joindre impérativement au dossier de demande* », lesquelles permettent à l'administration de vérifier les données déclarées dans le dossier (identité, revenus et patrimoine) ou de verser l'allocation au bénéficiaire (relevé d'identité bancaire). Au moment de l'enquête, la plupart des départements avait créé leur propre formulaire de dossier de demande, reprenant ces éléments et le complétant souvent par un formulaire de *Dossier médical*, contenant par exemple un certificat médical conçu en fonction des « *répercussions sur la perte d'autonomie* » (Conseil général F, 2013), et une grille AGGIR avec quelques explications de remplissage à destination du médecin sollicité pour le remplir. Depuis 2019, la CNSA conduit une expérimentation visant à concevoir un

formulaire national de demande d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile, commun aux départements et aux caisses de retraite (...). Ce projet répond à un double objectif : simplifier les démarches administratives des personnes âgées et garantir l'accès à leurs droits.
(CNSA, 2020).

¹ Par exemple les missions de prévention spécialisée ou de protection maternelle et infantile, pour lesquelles une demande d'aide simplement exprimée suffit pour réaliser un accompagnement, sans enclencher une procédure bureaucratique quelconque.

À l'issue de cette expérimentation, ce document mettra fin aux variantes départementales pour concrétiser une demande d'APA¹. Mais la réception de ces documents, dossier de demande et pièces justificatives, ne suffit pas pour étudier ladite demande : celle-ci ne peut démarrer qu'à partir du moment où cette demande « version courrier » devient un « dossier » (Weller, 2018). Dans tous les départements enquêtés, ce dossier existe sous deux formats : physique et numérique.

D'un point de vue administratif, la demande d'APA existe d'abord sous cette forme de courrier, constitué du formulaire de demande et des justificatifs demandés. Elle devient rapidement un dossier administratif individuel quand la gestionnaire inscrit les nom et prénom de la personne candidate sur une chemise cartonnée, dans laquelle elle range et classe les éléments du courrier. Un dossier conçu par l'administration centrale pour homogénéiser les pratiques d'utilisation et de classification : une chemise cartonnée, de couleur différente selon la mission², sur lequel on peut écrire au feutre, directement sur la première page de couverture et sur la tranche. Le dossier comporte des rabats pour former une pochette, dans laquelle sont insérés les éléments matériels concernant une même situation, produits par l'administration ou par la personne concernée, voire par ses proches (courriers, formulaires remplis, pièces justificatives, ...). Des pochettes simples forment des sous-dossiers pour classer ces documents selon leur nature : courriers, identité, médical, plans d'aides, etc. Souvent, la gestionnaire y insère également un exemplaire « papier » d'un document numérique, par exemple un double des courriers ou courriels adressés par le département. Cette pratique permet de visualiser rapidement l'ensemble des pièces du dossier. Tant que la demande est en cours d'instruction, le dossier physique est manipulé de nombreuses fois : transporté d'une pile à l'autre dans le bureau de la gestionnaire, dans le bureau où se réunit l'équipe, faisant souvent un détour par le bureau du médecin ou de l'infirmière, voire celui du travailleur social. Une fois l'instruction terminée, quand la réponse est envoyée par courrier postal, le dossier est soigneusement rangé dans une classothenne, selon une logique déterminée par la codification numérique du dossier. Parce que la création du dossier physique est systématiquement doublée par la création d'un dossier numérique, dans lequel la gestionnaire saisit toutes les informations demandées dans le logiciel, à partir des éléments contenus dans la version « papier » du dossier. Ce dossier

¹ Ce document vise à formuler une demande « d'aide à l'autonomie » à l'aide du même dossier, que le financeur soit un département *via* l'APA, ou une caisse de retraite. En mai 2023, l'emploi de ce document n'est pas encore généralisé à l'ensemble des départements. (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficiaire-daide-a-domicile/faire-une-demande-daides-a-lautonomie-a-domicile>, Consulté le 18 août 2023).

² Par exemple dans le département F, un dossier vert concerne une personne âgée ou handicapée, un dossier jaune concerne un enfant.

numérique, créé à partir du système de gestion informatisée existant dans le département, identifie le dossier à l'aide d'un numéro, que la gestionnaire reporte sur la couverture du dossier cartonné.

Au moment de l'entrée en application de la loi relative à l'APA, en 2002, de nombreux départements avaient déjà installé des logiciels professionnels pour gérer, entre autres, les demandes d'aide sociale - ou s'apprêtaient à le faire. Et en 2014, tous les départements enquêtés avaient effectivement intégré cette nouvelle aide sociale dans les systèmes de gestion informatisée existants – et avaient formé les agents départementaux à l'utilisation de ces nouveaux logiciels, à leurs règles d'utilisation et à leurs fonctionnalités. Ces logiciels permettent *a minima* d'enregistrer les demandes et de suivre l'état d'avancée de l'instruction. Ils peuvent aussi être paramétrés pour pouvoir vérifier systématiquement et automatiquement les conditions d'âge et de domicile au fur et à mesure de la saisie des données du dossier de demande par l'agent compétent – ce qui évite des calculs ou opérations manuelles, et peut limiter les erreurs. L'utilisation de ces outils informatiques est contrôlée par l'administration centrale, laquelle délivre les autorisations d'accès et d'opérations que peut effectuer chaque agent selon sa fonction et sa mission¹ : par exemple, la saisie d'informations (création de dossiers individuels, enregistrement des données personnelles, édition de courriers personnalisés, prestation accordée et échéance, etc.) est restreinte aux agents administratifs affectés à cette tâche ; les agents sociaux et médico-sociaux peuvent consulter ces informations, mais ils ne sont pas habilités à les modifier, ni à en saisir d'autres. Tous ont accès à une consultation détaillée des dossiers de personnes domiciliées sur leur territoire d'affectation, et à une consultation succincte² pour les dossiers concernant des personnes domiciliées ailleurs dans le département. De même, les agents du service central ont accès aux dossiers et à leur contenu, pour consultation seule ou avec modification selon leur poste. En principe, ces autorisations ne doivent être accordées qu'à l'issue d'une formation adéquate et obligatoire suivie par l'agent concerné. Mais comme ces formations ne sont pas proposées en permanence, le responsable hiérarchique demande souvent les autorisations nécessaires sans attendre, surtout pour les opérations de consultation – car les opérations de saisie peuvent difficilement être effectuées sans une connaissance suffisante de l'outil et des règles d'utilisation.

¹ Ou plus exactement, les autorisations sont adressées par le supérieur hiérarchique de l'agent à la Direction des systèmes informatisés (DSI). Et c'est la DSI qui effectue les opérations techniques pour permettre les utilisations autorisées à l'agent - selon les règles d'accès définies par la Direction générale.

² Cette consultation succincte permet de savoir s'il existe, ailleurs dans le département, un dossier pour une personne ayant le même patronyme, la même date de naissance, qui serait (ou aurait été récemment) bénéficiaire ou ayant-droit d'une aide sociale départementale.

À partir de ce double enregistrement de la demande, la gestionnaire édite une fiche de synthèse, qui reprend les principales données utiles à l'évaluateur pour effectuer la visite à domicile : éléments d'identification, de contexte, de ressources, déficiences ou incapacités connues, etc. Ce document est habituellement conçu par le service central, et complété automatiquement par le logiciel de gestion - comme la plupart des courriers. D'autres documents ou pratiques de travail peuvent être conçus par les gestionnaires, ou plus rarement par les travailleurs sociaux ou médico-sociaux, pour leur faciliter une certaine organisation du travail - par exemple pour préparer l'ordre du jour ou le compte-rendu d'une réunion. Ils visent avant tout une utilisation personnelle ou d'équipe, mais ils peuvent aussi se diffuser dans les équipes (par exemple quand un agent change d'équipe), voire être repris par l'institution départementale pour généralisation.

La description de cette organisation suffit à repérer sa principale limite : une absence non remplacée de l'agent administratif autorisé peut bloquer la saisie des demandes, et ainsi retarder toute la procédure, comme l'expliquait la gestionnaire du conseil général F¹. Sur ce point de procédure, les agents quels qu'ils soient n'ont guère de marge : le dossier physique seul ne peut pas donner toutes les informations nécessaires à l'instruction complète de la demande. Les équipes et les responsables sont donc tenus d'organiser le travail et les absences en s'adaptant à ces choix de gestion informatisée.

Formulaires et référentiels : guider la saisie et le partage des données

Les besoins de communication sont ici nombreux, autant entre les agents, qu'entre l'institution et les publics, ou avec les partenaires. Pour diffuser des informations institutionnelles auprès des agents, l'administration utilise désormais les systèmes informatisés (messagerie électronique et intranet), complétés par des réunions d'équipe, de service, ou de territoire, selon les thématiques. Avec les partenaires, les échanges se font autant par téléphone ou par courriels que par des rendez-vous, réunions ou rencontres informelles, selon les besoins et les recommandations institutionnelles. Et avec les personnes candidates ou destinataires d'une aide publique, les agents utilisent quotidiennement le téléphone² et les messageries internet - en complément des entretiens à la maison du département ou à domicile. Par contre, l'administration communique avec le public par courrier postal pour les demandes ou

¹ Voir Supra, *Chapitre 4 - d) Localisation et sectorisation des agents*.

² Ces modalités d'échanges à distance représentent une part tellement importante du temps de travail que certains agents prévoient des plages horaires, voire des demi-journées, sans réception d'appels téléphoniques, pour pouvoir effectuer des tâches administratives sans être interrompus.

informations officielles¹. Les logiciels de gestion donnent souvent la possibilité d'éditer automatiquement des courriers conformes aux critères de la collectivité², courriers habituellement prérédigés quand ils concernent certaines étapes de la procédure APA (accuser réception de la demande, demander des pièces manquantes, adresser la proposition de plan d'aide, etc.³). Les agents qui les utilisent n'ont alors pas ou peu de marge de manœuvre pour les modifier s'ils le souhaitent.

Et dans le cadre de l'instruction des demandes d'APA, les données du dossier doivent être partagées de façon rigoureuse entre les agents du service instructeur, quels qu'ils soient. L'informatisation des données facilite ce partage, à condition que là aussi, les informations recueillies au cours de l'instruction soient ordonnées de façon explicite, lisible, et partageable. Ce que propose le législateur avec un *Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie* (CASF, Annexe 2-1). Cet outil liste les principales informations considérées utiles pour effectuer cette évaluation en complétant les *items* de la grille AGGIR : non seulement l'état-civil, mais aussi des éléments de contexte (entourage familial et social, caractéristiques de l'habitat et du quartier, aides et soins déjà existants, coordonnées des soignants et des intervenants, etc.), et les aides proposées. Lors de l'enquête, les services départementaux avaient tous conçu un formulaire spécifique à partir des indications données dans ce guide. Ce « *Dossier médico-social* », ou « *Compte-rendu de visite à domicile* », de 4 à 8 pages suivant le contenu et la mise en page, incite les évaluateurs à élargir leurs observations au-delà de la grille AGGIR, et à les contextualiser - y compris avec des éléments biographiques par exemple, ou avec toute donnée permettant de se représenter la situation globale⁴ :

Le formulaire, il se présente comme ça [*en me montrant un dossier cartonné jaune*], et (...) on peut noter aussi des données pour mieux connaître les besoins globaux et les recenser, même au-delà du plan d'aide... C'est une sorte de « plan d'aide idéal » qui n'est pas forcément celui proposé - puisqu'il est plafonné par l'APA -, mais au moins de le noter ... Par exemple pour une personne avec des troubles cognitifs, les besoins d'aide sont supérieurs au plan d'aide de l'APA. L'idée, c'est de pouvoir connaître et historiciser ces besoins - c'est une évaluation globale, enregistrée sur papier, mais en fait, ces données ne sont pas exploitées pour le moment.

(Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014).

¹ Les agents, quant à eux, utilisent facilement le téléphone ou la messagerie électronique pour des échanges moins formels.

² Notons à ce sujet l'utilisation généralisée de « chartes courriers » dans les collectivités territoriales, visant à homogénéiser, et souvent aussi à valoriser, la communication externe. Ces règles de communication tendent à standardiser les formulations de façon très administrative – et pas toujours compréhensibles par les destinataires, comme nous le verrons plus loin.

³ Dans le département F en 2014, les cent trois « courriers types APA » disponibles sur l'intranet sont listés dans un document de sept pages qui récapitule pour chaque thématique de courrier : le destinataire, le signataire, et l'emplacement du modèle de courrier, selon le lieu de vie de la personne concernée (domicile ou établissement).

⁴ Voir *Annexe 3. Dossier médico-social, Conseil général F, juin 2011*.

Dans le département A, ce dossier prévoit non seulement l'espace pour inscrire tous les besoins repérés, mais aussi une colonne pour prioriser ces besoins quand ils dépassent le plafond prévu par l'APA. Dans le département C, ce recueil d'informations s'effectue directement sous forme numérique lors de la visite au domicile de la personne demandeuse à l'aide d'un « outil nomade »¹, c'est-à-dire un ordinateur équipé du logiciel adapté, et relié au dossier numérique géré par les gestionnaires. Avec cet équipement, le GIR est calculé directement lors de la visite à domicile, ce qui permet un gain de temps mais supprime toute discussion collective autour de cette évaluation :

Elles [*les travailleuses sociales*] emmènent leur ordinateur, et elles peuvent le remplir à domicile. (...) Et quand elles reviennent au bureau, elles n'ont plus généralement qu'à figurer - et elles gagnent beaucoup de temps, en faisant ça - Elles n'ont plus de papier. Et le dossier est prérempli par leurs collègues administratifs
Au cours de l'entretien, elles remplissent les bonnes cases au bon moment.
Donc, après, une fois qu'elles ont fait ça, elles donnent les éléments, elles remplissent le GIR, les commentaires - quand y a besoin... Et puis elles éditent après un plan d'aide (...)
Et les gens sont absolument pas choqués - ça s' passe très bien. Elles prennent le temps d'expliquer, lors de la visite, et elles préremplissent à domicile
(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Dans le département F, il n'y a pas d'enregistrement informatisé à domicile, mais l'utilisation de la version numérique des dossiers médico-sociaux est fortement recommandée « parce que les écritures manuscrites ne sont pas toujours faciles à déchiffrer ! » (Médecin territorial, Conseil général F, Équipe M, Lundi 13 octobre 2014).

En 2015, les parlementaires confirment l'intérêt de l'outil *Dossier médico-social*, et décident de le généraliser de façon homogène sur l'ensemble du territoire, en imposant le recours à des « référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées » pour évaluer « la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants » (CASF, article L232-6). Et en 2016, l'arrêté du 5 décembre fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du CASF publie une première version de ce référentiel, lequel est mis en forme et diffusé par la CNSA, complété d'un mode d'emploi². Ce document « support » devient alors l'outil réglementaire de référence

¹ Autrement dit, un outil qui permet « d'embarquer des données » hors du bureau physique, dans un « média transportable » (Ideal connaissances, 27 mai 2014, Webconférence).

² Les deux documents, le *Support pour l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants* et le *Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle* peuvent être téléchargés sur le site <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/formulaires/support-pour-levaluation-multidimensionnelle-apa>.

pour évaluer l'éligibilité à l'APA¹. Cette décision favorise le développement d'un langage commun relatif à cette démarche (CNSA, 2016).

L'ensemble des éléments inscrits dans ce dossier constitue une trace écrite de ce qui a été observé, noté, conseillé, ou compris lors de la visite à domicile, attestant ainsi de la façon dont l'équipe médico-sociale a calculé le GIR et déterminé le plan d'aide proposé : inséré dans le dossier administratif cartonné de la personne, le document devient un élément de preuve en cas de contestation de la décision. Les éléments qu'il contient sont d'ailleurs communicables à la personne qui en fait la demande, comme le rappelle l'arrêté du 05 décembre 2016. Les formulaires prévus pour enregistrer l'évaluation de la situation de toute personne demandeuse de l'APA complètent les indications enregistrées dans la grille AGGIR. Ces pièces sont rassemblées dans le dossier cartonné, et les données sont enregistrées dans le dossier numérique, faisant ainsi de la demande :

« l'élément d'un flux qu'il faut gérer, organiser, canaliser, mesurer, et dont le traitement (...) s'avère un moment stratégique qui s'insère dans un processus collectif plus large. »
(Weller, 2018 : 34).

Ce dossier, dans sa double version, représente un élément de la traduction en actes des textes juridiques et des décisions bureaucratiques, et les opérateurs doivent utiliser ces outils selon un mode d'emploi défini pour tous, et de façon aussi cohérente et équitable que possible. Ce qui conduit l'administration départementale à prévoir des formations adaptées aux agents utilisateurs. Organisées en interne ou par le biais du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)², ces formations visent d'abord à transmettre la connaissance des procédures, des règles d'utilisation des logiciels, des principes d'utilisation de la grille AGGIR, et aussi à aborder les difficultés liées à cette procédure, en tenant compte des particularités du public destinataire. À défaut de formation formalisée, ou quand celle-ci se révèle insuffisante pour pourvoir aux interrogations quotidiennes, les agents partagent beaucoup de moments de formation informelle, « sur le tas », avec leurs collègues. Ces échanges sont d'autant plus faciles et fréquents quand les opérateurs travaillent dans les mêmes locaux, voire le même bureau - combien de fois ai-je ainsi sollicité l'une ou l'autre de mes collègues, pour questionner, vérifier, une évaluation, un plan d'aide, un délai, ... ? En particulier cette collègue assistante sociale

¹ L'arrêté du 05 décembre 2016 donne la possibilité aux départements de déterminer « Sur la base de ce référentiel, (...) l'outil de recueil de données utilisé par l'équipe médico-sociale », et de le compléter « notamment pour approfondir certaines dimensions » (dans son Annexe « Référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants. Repères pour l'utilisation du référentiel »).

² « Le CNFPT est un établissement public paritaire déconcentré dont les missions de formation et d'emploi concourent à l'accompagnement des collectivités territoriales et de leurs agents dans leur mission de service public. Il a trois missions principales : la formation, l'observation et l'organisation des concours des cadres d'emplois A+. (<http://www.cnfpt.fr>, consulté le 07 janvier 2019).

avec laquelle je partageais le même bureau, et qui exerçait la même mission depuis plus longtemps que moi :

Retour au bureau.

MPC est là aussi.

Récapitulation des visites à domicile pour rédiger les compte-rendu. Reprise des notes et des dossiers.

Je m'interromps pour la questionner : « Tu connais un service qui pourrait intervenir pour installer une alarme lumineuse ? J'étais chez un monsieur qui n'entend plus rien et qui voudrait en installer une... » -

Non, elle n'en connaît pas. Mais elle me suggère de contacter le service de téléassistance conventionné avec le département. Je la remercie et les appelle.

Quelques instants plus tard, c'est elle qui m'interrompt dans mes écritures pour me questionner par rapport à une situation où « madame pourrait faire sa toilette seule, peut-être, mais la salle de bains est dans un tel état que ça relèverait de l'exploit... Comment je pourrais *gérer*¹ ça ?... »

Je m'étonne qu'elle me sollicite sur des questions techniques, alors qu'elle a tout de même beaucoup plus d'expérience que moi... Elle s'en amuse : « Ah oui, peut-être que je pratique depuis plus longtemps que toi ! Peut-être, oui ! Mais je m'y ferai jamais à ces entretiens QCM² ! La réalité des gens, elle est quand même un peu plus complexe !!! »

(Notes de praticienne, à la maison du département, Jeudi 29 septembre 2011)

Cette formation *in situ* se révèle particulièrement riche quand les équipes sont spécialisées sur ces missions d'accompagnement auprès des personnes âgées, puisqu'alors les professionnelles ont une connaissance et une analyse basées sur une expérience plus large. Nous verrons aussi comment l'étude collective des demandes d'APA par l'équipe médico-sociale, telle qu'elle est instituée dans certains départements, favorisent les échanges et les discussions entre les différents professionnels, et participent ainsi de la formation continue des agents en poste. De même, les prises de poste accompagnées par des professionnels déjà expérimentés facilitent l'apprentissage des nouvelles fonctions, comme l'apprécie cette gestionnaire :

« Avant d'arriver ici, j'étais AMS³ polyvalente dans une autre maison du département. J'ai pu avoir une formation en juillet, donc je connaissais un peu le domaine en arrivant. Puis j'ai eu une formation ANIS, procédures, en septembre octobre, et puis j'ai eu la chance d'avoir une collègue renfort sur le poste qu'est restée 15 jours avec moi. Donc j'ai vraiment eu des bonnes conditions d'accueil à ce niveau là - elle m'a formée pendant 15 jours. Et c'était déjà bien organisé : ma collègue enfance est très organisée, donc elle avait fait les choses bien structurées (...)

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

Au-delà de ces instruments conçus et mobilisés pour instruire une demande d'APA, l'administration départementale en prévoit aussi pour effectuer un suivi du versement de l'APA. Car si l'APA est une prestation attribuée sans échéance de fin, le législateur a prévu que

¹ Terme indigène pour nommer l'activité consistant à remplir la grille AGGIR.

² QCM : Questionnaire à choix multiples.

³ AMS : Agent d'accueil médico-social.

les conditions de son attribution soient régulièrement actualisées et vérifiées. Ces dispositions sont diversement mises en œuvre dans les départements enquêtés, et toutes n'ont pas le même impact dans les pratiques d'instruction des demandes – comme nous pourrions l'observer à partir des choix décrits ci-après.

b) L'activité de contrôle et de régulation prudentielle

Pour limiter les dépenses publiques et éviter que l'APA ne devienne un revenu complémentaire, les parlementaires ont prévu plusieurs types de contrôle par la collectivité départementale. Certains d'entre eux peuvent avoir des effets directs sur les pratiques d'instruction des demandes, lorsque les opérateurs en connaissent les détails et les conséquences. Un premier contrôle se situe dès la réception du dossier de demande, donc avant même toute décision. Là, les agents départementaux peuvent vérifier les déclarations en demandant

toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.
(CASF, article L232-16).

Dans les collectivités enquêtées, les gestionnaires vérifient surtout que le dossier est correctement rempli et signé, et que toutes les pièces demandées¹ sont fournies et lisibles. S'il manque une ou des pièces, une ou des informations, le dossier ne peut pas être considéré comme complet, et la gestionnaire doit demander les pièces ou informations manquantes dans les dix jours qui suivent la réception du formulaire. La réponse peut tarder, ou ne pas être suffisante, et le dossier reste en attente. Il est fréquent alors que la gestionnaire complète son rôle de contrôleur en adoptant une posture de *care* : prenant en considération la demande d'aide, elle a le souci que le dossier ne reste pas bloqué ; et d'un appel téléphonique à la personne demandeuse, à la personne référente inscrite dans le dossier, ou au professionnel qui peut connaître la situation, elle part à la recherche des informations ou pièces manquantes. Et finalement, les contacts directs avec les administrations concernent plus souvent une demande

¹ Le CASF prévoit : « les pièces : justificatives à joindre impérativement au dossier de demande : (...) La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (...). La photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties » (article R232-24, complété par l'Annexe 2-3) – voir *Supra* : Chapitre 5 – a) *La fabrique du dossier individuel*.

d'envoi de la pièce manquante que la personne candidate est incapable de fournir¹, qu'une demande pour contrôle.

Après la décision d'attribution de l'APA et la notification de cette décision, d'autres contrôles peuvent être effectués à tout moment pour vérifier et actualiser les éventuels changements dans la situation de la personne bénéficiaire². Ce changement de situation peut concerner les revenus, avec pour conséquence éventuelle une modification du taux de participation. Il s'agit alors d'un contrôle administratif, qui impacte diversement le travail des opérateurs. Dans le département D, cette opération est effectuée régulièrement :

Tous les deux ans en fin d'année, après la réception des avis d'imposition, on envoie un courrier pour demander une copie du dernier avis d'imposition. Ça permet de faire l'instruction et la révision systématique du taux de participation, on le fait en février - mars. C'est plus juste, parce que c'est systématique pour tout le monde tous les deux ans. C'est distinct et indépendant d'une révision éventuelle du GIR ou du plan d'aide. C'est une organisation plus équitable pour les bénéficiaires - et plus simple sur le plan administratif.

(Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014).

Dans le département A, la révision périodique est effectuée tous les quatre ans, dans le département E tous les cinq ans :

C'est impossible à réaliser plus, on y va seulement à la demande – de la personne, de la famille, d'un partenaire, ... - et puis tous les 5 ans... Mais ça fait 5 ans !

(Responsable territoriale social autonomie, Conseil général E, Mercredi 13 novembre 2013).

Dans ces deux départements, la révision s'applique à la fois à la situation financière et à la réévaluation du GIR et/ou du plan d'aide. Dans le département B, il n'y a pas le même souci d'actualisation régulière et systématique :

La révision administrative sur les taux de participation, elle est faite au fil de l'eau. On n'a pas le temps de le faire de façon systématique. Et ça va nous apporter quoi ? On est sur une population dont les revenus sont stables - sauf erreur initiale dans le dossier ; on va trouver un dossier qui aura varié d'un %, et on aura révisé 7000 dossiers : ça n'a pas d'intérêt -

Surtout qu'on a un taux de demande de révision assez élevé, pour d'autres raisons : on fait la révision administrative à ce moment là -

(Directeur Général adjoint en charge des Solidarités, Conseil général B, Mardi 06 mai 2014).

Les changements peuvent aussi concerner l'évolution des capacités ou du contexte de vie, auquel cas c'est le plan d'aide qui peut être réexaminé, avec une réévaluation du GIR. Dans ce

¹ Par exemple, et le plus souvent, il manque un avis d'imposition. Comme mentionné page précédente, la gestionnaire pourrait demander directement cette copie au centre des finances publiques, mais j'ai constaté dans ma pratique et dans l'enquête que bon nombre d'agents semblaient ignorer cette disposition.

² Ces contrôles sont prévus dans l'article L232-14 du CASF.

cas, l'équipe médico-sociale procède à une instruction comme pour une première demande - si ce n'est que la situation est déjà en partie connue. Cette possibilité de révision du plan d'aide constitue souvent un atout pour le bureaucrate de contact, en particulier quand il négocie avec une personne qui refuse ou craint l'intrusion d'aides à son domicile, en lui proposant par exemple « d'essayer avec quelques heures, et si ça ne vous convient pas, vous demandez une révision du plan, et on ajustera ! ». La demande de révision du plan d'aide est d'ailleurs souvent initiée par la personne bénéficiaire elle-même ou par ses proches.

Les outils de contrôle et leurs limites : le retour du care

Un autre type de contrôle concerne celui de l'utilisation des sommes versées au titre de l'APA : le « contrôle d'effectivité » consiste en effet à vérifier que l'allocation attribuée est employée conformément au contenu décrit dans le plan d'aide¹. Cette contrepartie au versement de l'argent public oblige la personne bénéficiaire de l'APA à réaliser plusieurs opérations administratives. D'abord, déclarer les coordonnées des salariés ou du service d'aide à domicile financés par l'APA perçue, dans le mois qui suit la notification de la décision d'attribution. Puis, signaler tout changement ultérieur. Ensuite, et pendant toute la durée de perception de l'allocation, pouvoir apporter la preuve du bon usage de l'argent reçu, en produisant les justificatifs des dépenses correspondant au montant de l'APA perçue. À défaut, le département peut suspendre le versement de l'allocation, et/ou demander le remboursement des sommes considérées comme trop-perçues. Et ce, pendant les deux ans qui suivent la réception de l'allocation, délai au-delà duquel l'action est prescrite (CASF, articles L232-7, L232-25, et D232-31). Autrement dit, une personne qui perd des capacités pour accomplir les actes de la vie quotidienne doit pouvoir conserver et transmettre les justificatifs de protections ou d'une barre d'appui achetées près de deux ans plus tôt. Ou savoir fournir les justificatifs de paiement d'une personne embauchée en tant qu'aide à domicile en emploi direct². Cette exigence paraît donc quelque peu inappropriée pour cette population, et elle peut avoir des incidences

¹ Cette précaution est instaurée dès le vote de la loi instituant la PSD en 1997, puis confirmée dans la loi instaurant l'APA en 2001, et permet de contrôler très précisément l'utilisation de cette allocation – contrairement à ce qui se pratiquait avec l'ACTP : voir *Supra*, Chapitre 1. – b) Répondre au problème public en limitant les dépenses publiques. Fabrication et transformations d'une loi.

² Rappelons que ce type d'emploi impose à l'employeur - ici, la personne bénéficiaire de l'APA - d'effectuer toutes les démarches administratives liées à l'embauche d'un salarié, telles que la déclaration préalable à l'embauche et l'édition des bulletins de paye auprès de l'URSSAF-CESU (Service de l'URSSAF pour les particuliers employeurs).

importantes, comme l'indique la situation vécue par madame Sélam, 86 ans, aphasique et presque aveugle¹ :

Madame Sélam avait été évaluée avec un GIR 3, et le plan d'aide prévoyait soixante-quatorze heures par mois d'aide à domicile en emploi direct², sans participation financière de sa part du fait de ses faibles ressources³.

L'une de ses filles avait fait le choix de vivre avec sa mère pour lui apporter l'aide nécessaire au quotidien - qui dépassait largement le nombre d'heures financées par l'APA. Mais ni madame Sélam ni sa fille n'avaient compris que pour être reconnue comme « aide à domicile » par l'administration départementale, madame Sélam devait se déclarer employeuse de sa fille auprès de l'URSSAF-CESU, et payer les salaires et cotisations de protection sociale en conséquence. Ces démarches n'ont donc pas été effectuées. Lors du contrôle d'effectivité, elles n'ont pas pu fournir de justificatifs bureaucratiques attestant de cet emploi, et se sont retrouvées avec d'importantes sommes à rembourser... Or, il n'y avait aucun doute quant à l'aide concrète et réelle que madame Sélam recevait de la part de sa fille. Mais elle a dû renoncer à cette prestation tant qu'elle ne remboursait pas la somme réclamée - très importante au regard de ses ressources.

(Notes de praticienne, à la maison du département, Lundi 04 et Mardi 05 juin 2012).

Les conséquences d'une incompréhension de cette règle bureaucratique incitent donc à quelque prudence de la part des agents départementaux. Car cette obligation contractuelle suppose que le bénéficiaire soit en capacité de fournir dans les temps impartis tous les justificatifs de l'emploi de cette allocation. Or cette démarche est loin d'être une évidence pour beaucoup d'entre eux, surtout quand ils ont des diminutions des capacités cognitives, ou manifestent une impuissance administrative, en se désintéressant de toutes ces questions. Aussi, pour éviter de provoquer des situations de trop-perçu, le bureaucrate de contact qui perçoit des difficultés de cette nature essaye d'en anticiper les conséquences au moment de définir les détails du plan d'aide. Il peut par exemple déconseiller l'embauche d'un salarié en contrat de gré à gré⁴ quand il constate ou suppose que la personne ne pourra pas effectuer les démarches inhérentes. Il peut aussi accompagner la mise en œuvre du plan d'aide, comme j'ai pu le faire dans la situation de madame Paulet⁵ : comme elle ne faisait plus aucune démarche administrative depuis plusieurs années, il m'a semblé peu probable qu'elle cherche par elle-même une personne ou un service pour venir l'aider - d'autant plus qu'elle ne l'acceptait qu'avec réticence ; je lui ai donc proposé de contacter moi-même un service et d'organiser le premier

¹ En ce qui concerne l'état de santé des personnes dont il est question dans ce travail, je ne mentionne le nom d'une pathologie qu'à partir d'un diagnostic établi et connu. La plupart du temps, nous retenons surtout les effets produits dans la vie quotidienne, sans rechercher nécessairement les origines médicales - comme y invite le principe de la grille AGGIR.

² Voir *Infra*, Encadré n°8. Les statuts de l'intervention humaine.

³ L'article R232-11 du CASF prévoit une absence de participation financière pour le bénéficiaire « dont les ressources mensuelles sont inférieures ou égales à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale ».

⁴ Voir *Infra*, Encadré n°8 - Les statuts de l'intervention humaine.

⁵ Voir *Supra*, Chapitre 2. - b) Incapacités ou désintérets à décider ou à faire ; Chapitre 2. - d) L'entourage humain ; Chapitre 3. - b) Réajuster la distance relationnelle.

rendez-vous avec la responsable, à son domicile et en ma présence, pour préciser ensemble les besoins et les aides à mettre en place. Cette vigilance peut aussi conduire à ne pas proposer de plan d'aide à une personne pourtant éligible à l'APA, comme me l'explique l'infirmière après la visite au domicile de monsieur Lamu, rentré chez lui après une hospitalisation¹ :

Une fois dans l'ascenseur, l'infirmière me précise : « En fait, ce monsieur, il a été hospitalisé pour les troubles digestifs dont il a parlé – vous avez entendu ? Il n'a pas arrêté de dire qu'il avait un problème à l'estomac, etc.

« Donc ils lui ont fait toutes sortes d'examen : il n'a rien. D'un point de vue physiologique, il n'a rien.

« Par contre, ils ont eu le temps de l'observer et surtout d'observer son comportement, et l'équipe de l'hôpital a conclu qu'il devait avoir un problème psychiatrique : ils ont fait une orientation vers l'équipe du CHU de psychiatrie – et c'est pour ça que je leur ai rappelé de les contacter, que j'ai dit que j'allais faire le lien avec cette équipe...

« Il n'a rien, il ne veut aucune aide, et vous avez vu que sa femme elle arrive pas à poser ses limites, elle continue...

« Alors, si on fait un plan d'aide, ils vont pas le mettre en œuvre - en tout cas pas tout de suite, ils sont pas prêts...

« Alors ça sert à rien ! Soit ils vont pas l'accepter, soit ils vont l'accepter mais pas le faire, on va verser l'argent et après on va leur demander de rembourser !

« Alors il vaut mieux ne pas proposer pour le moment... Et suivre la situation, contacter l'équipe médicale, prendre des nouvelles, etc. »

(Après visite à domicile avec l'infirmière, Conseil général F, Équipe R, Lundi 27 octobre 2014).

Ces situations montrent la nécessité de prendre en compte ces limites de capacités, qu'elles soient ou non mesurées par la grille AGGIR. Car le versement de l'allocation engage la personne bénéficiaire dans l'utilisation de cet argent, et comme cette infirmière, les professionnels ont l'expérience de ces personnes qui refusent de mettre en place les aides dont elles ne veulent pas – ou les arrêtent très rapidement -, surtout quand il s'agit d'une intervention humaine. Et puis les déboires de madame Sélam, parmi d'autres, ont incité l'équipe à améliorer les échanges entre l'agent qui effectue l'évaluation et celui qui est chargé du contrôle d'effectivité, en particulier quand une inquiétude persiste, pour pouvoir repérer rapidement d'éventuelles erreurs dans la mise en œuvre du plan d'aide - et éviter des trop perçus trop importants. Ainsi informé de la non-réalisation du plan d'aide, le visiteur médico-social peut contacter la personne bénéficiaire ou « effectuer une nouvelle visite à domicile si elle semble nécessaire » (Cheffe de service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014). C'est alors l'occasion de l'informer sur la demande de remboursement à recevoir, de réexpliquer l'importance de fournir des justificatifs d'utilisation, et éventuellement de modifier le plan d'aide pour le réajuster à ce qui est réellement utilisé. Ce déplacement au domicile peut aussi donner l'occasion de remédier à ce défaut de justificatifs, comme j'ai pu le faire chez madame

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. – b) Des incapacités multidimensionnelles.

Quentin, en cherchant avec elle ces documents au milieu d'une pile de papiers pendant près d'une demi-heure. Ou auprès de madame Baleinier, inquiète de ne pas pouvoir fournir les justificatifs et d'avoir à rembourser les sommes considérées comme trop-perçues par l'administration, en lui proposant d'aller demander au gérant de la petite supérette « juste en bas de chez elle » s'il pourrait rééditer les tickets de caisse correspondant à l'achat de ses protections.

Ces pratiques expriment des formes d'attention que les agents départementaux peuvent porter aux personnes bénéficiaires, quand ils considèrent qu'un plan d'aide adapté, ce n'est pas seulement celui qui prévoit des aides humaines ou techniques pour répondre, autant que possible, aux besoins identifiés de la personne. Ce doit être aussi un plan d'aide qui ne met pas la personne bénéficiaire en difficulté avec la bureaucratie départementale. Cette préoccupation illustre la phase du *care* que Joan Tronto nomme *care receiving*, laquelle consiste à vérifier comment le destinataire reçoit l'aide qui lui est destinée, et à la modifier en conséquence. Ainsi, selon l'usage qui en est fait par les opérateurs de sa mise en œuvre, cette opération de contrôle de l'utilisation de l'argent public peut aussi devenir une modalité de soins, comme une transformation de l'activité bureaucratique en activité de *care*. Mais pour que ces échanges aient lieu entre les agents, encore faut-il que l'organisation des services le facilite, voire le permette. En l'occurrence, dans les départements D et F, l'agent effectuant les contrôles d'effectivité travaille dans les mêmes locaux que ceux de l'équipe médico-sociale territorialisée, et même s'il ne participe pas toujours aux réunions de décisions, la proximité spatiale facilite les échanges d'informations. Il peut interpeller directement l'agent concerné lorsqu'un contrôle fait apparaître des justificatifs non fournis ou non conformes, ou un risque de montant important à rembourser pour trop perçu, comme me l'explique le collègue affecté à cette fonction, peu de temps après mon arrivée dans l'équipe :

Mon job, c'est de contrôler les dépenses de l'APA en fonction des justificatifs que les gens doivent nous envoyer. Si y a pas de justificatifs, je dois réclamer le trop-perçu. C'est-à-dire l'argent qu'ils ont reçu mais qu'ils n'ont pas utilisé comme c'est marqué dans le plan d'aide. Y a pleins de raisons qui peuvent faire du trop-perçu (...). Le problème, c'est que si la personne elle a pas bien compris, et si nous on fait pas les contrôles régulièrement, ça peut vite faire des grosses sommes...

Donc il faut bien les informer pendant vos V&D.

Et puis maintenant, dans l'équipe, on a convenu que dès que j'vois qu'y a une somme de trop-perçu importante, j'préviens d'abord l'assistance sociale ou l'infirmière qui connaît la famille avant d'envoyer le courrier standard, pour que vous puissiez voir avec la personne ce qui s'passe, lui expliquer, etc. – et parfois, ça aide même à récupérer les justificatifs - quand les gens les ont pas jetés... !

(Notes de praticienne, Echanges avec le Contrôleur d'effectivité, Conseil général F, Equipe S, Mercredi 09 décembre 2009).

Mais dans d'autres départements, lorsque ces contrôles sont effectués à distance de l'équipe médico-sociale, par exemple dans les services centraux du conseil général alors que les équipes sont territorialisées, les informations semblent ne pas circuler, ce qui rend plus aléatoire ces ajustements, comme le remarque cette responsable :

Non, les contrôles ne sont pas faits par les instructeurs. Ils sont faits dans les services centraux - à l'hôtel du département. Je n'sais pas comment ça s' passe, d'ailleurs. Et je n'crois pas que les instructeurs soient informés ? En tout cas, moi je n'les vois pas... Mais bon, de toute façon, y a beaucoup de versement direct aux prestataires !

Elle consulte l'écran de l'ordinateur, puis reprend à voix haute, en lisant ce qui est prévu

Alors... "Procéder chaque mois à un contrôle d'effectivité de certains dossiers" (...) - Donc, c'est pas fait pour tout le monde...

En tout cas, les référents médico-sociaux ne s'en occupent pas -

Alors moi, j'peux faire des contrôles d'effectivité si j'ai besoin - si j'ai des notions qu'y a un truc qui va pas, j'peux le faire - mais jusqu'à présent, j'en ai pas trop eu...

(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Cette organisation spatiale des services limite les échanges entre les différents opérateurs et la connaissance du rôle de chacun, et ne favorise pas la compréhension des conséquences que peut avoir une décision sur l'ensemble du processus. Les choix institutionnels dans l'organisation de ces contrôles peuvent donc avoir des effets dans l'élaboration des plans d'aide. Mais les départements n'accordent pas tous la même importance à ces contrôles. Certains préfèrent prioriser d'autres actions, ou en tout cas, ne mettent pas réellement les moyens de les réaliser. Comme dans le département F, où les vacances de postes font passer les contrôles d'effectivité après d'autres tâches :

Oui, j'dois aussi faire les contrôles d'effectivité. C'est lourd, c'est un gros travail. Et comme je suis toute seule, parce que y a un poste vacant, ça fait... des mois ! Alors je l'fais quand je peux, ponctuellement pour les dossiers où il y a du gré à gré et pour les dossiers difficiles.

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe M, Jeudi 02 octobre 2014).

Ce que vit également une de ses collègues, dans une autre équipe du même département :

Le contrôle d'effectivité, ouais...

Silence -

Pour les protections, la consigne c'est de faire le contrôle pendant 6 mois, et si c'est ok, on ne fait plus au-delà... Pour vérifier que c'est bien dépensé, et après on leur fait confiance. C'est-à-dire que ça demande tellement de travail ! Pour des petites sommes en plus ! Mais mises bout à bout, ça fait... Mais ça représente des petites sommes...

Le contrôle d'effectivité, c'est surtout important pour les aides en gré à gré et les CESU. C'est payé sur le compte, et (...) c'est surtout ceux-là qu'il faut vérifier, parce qu'après, pour les services prestataires, une fois qu'le paiement direct est mis en place...

On contrôle aussi l'utilisation de l'accueil de jour, parce que là, ça n'existe pas en paiement direct - mais c'est en discussion.

Mais finalement, il reste plus grand chose à contrôler ! Mais il n'empêche que là, aujourd'hui, je ne suis pas à jour. Malgré tout. Je fais souvent passer après le reste...

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

Aussi, après plusieurs années de mise en œuvre, les administrations départementales développent ou expérimentent d'autres instruments pour effectuer ces contrôles de façon plus pertinente.

Décalages entre les règles administratives et les situations : des réajustements institutionnels

Les manquements dans la mise en place du plan d'aide défini par l'équipe médico-sociale peuvent venir d'une inadéquation aux capacités de la personne bénéficiaire à le respecter, mais pas seulement. Incompréhension des courriers, difficultés à contacter les services appropriés, changement d'avis parce que le reste à payer paraît trop important ou parce que l'aide d'un enfant, ou de quelqu'un de l'entourage, semble finalement beaucoup plus simple... Souvent, la personne bénéficiaire comprend mal les enjeux à respecter strictement ce qui est prévu dans le plan d'aide. Mais le décalage entre le plan d'aide validé et le plan d'aide réalisé peut aussi venir d'un écart entre le nombre d'heures d'aide à domicile financées par l'APA et le nombre d'heures réellement effectuées : une absence non remplacée de l'aide à domicile entraîne rapidement une somme trop perçue, puisque le montant de l'allocation est versé *a priori* de façon automatique à partir de ce qui est prévu. Pour remédier à ces défaillances, et limiter ces pertes de temps et tracasseries administratives, sources d'angoisse chez les bénéficiaires, les départements établissent des conventions avec certains prestataires ou fournisseurs, essentiellement des services d'aide à domicile et de téléassistance. Si la personne bénéficiaire choisit l'un de ces services, le département peut, avec son accord, verser pour le compte de l'usager la fraction de l'APA qui la concerne directement au service - comme l'autorise l'article L232-15 du CASF. Et quand en plus, un système de télégestion est déployé sur le département, le service prestataire peut facturer au département, rapidement et directement, les heures réellement effectuées - et non celles prévues. La personne bénéficiaire n'a alors plus besoin de justifier l'utilisation de cette partie de l'allocation, et ne paye que le montant de sa participation (ou reste à charge) pour les heures réellement effectuées. Cette organisation est évidemment plus simple à gérer, autant pour le département en termes de contrôle d'effectivité, que pour la personne bénéficiaire en allégeant une partie des obligations administratives, et elle permet de limiter efficacement les risques de trop perçus, puisque que ceux-ci portent majoritairement sur ce type d'aide.

Parfois, le décalage entre plan d'aide prescrit et plan d'aide réalisé vient du système de gestion de l'administration départementale : par exemple, dans le département F, l'allocation commence à être versée alors que la personne bénéficiaire n'a pas encore décidé quel service,

quel prestataire, quel fournisseur solliciter. Ou bien elle a choisi, mais ledit fournisseur n'est pas encore en capacité de répondre à ses besoins : s'il s'agit de matériel, c'est un simple report sans conséquences ; mais s'il s'agit de repas non livrés, ou d'un accueil de jour non effectif - souvent du fait d'absence de places -, alors ces manquements entraineront là aussi des sommes trop perçues. Autre cas de figure, les besoins de la personne bénéficiaire évoluent plus rapidement que les temps de traitement administratif (procédure, enregistrements informatiques, ...), et l'instruction d'une demande n'est parfois pas encore terminée qu'il peut en arriver une demande de révision – et le risque de décalages successifs.

Alors les administrations essaient de s'adapter. Au moment de l'enquête, deux départements (A et B) menaient une expérimentation visant à faciliter la gestion de cette prestation,

pour essayer... initialement, de, sortir un peu de l'impasse financière, provoquée par la tarification horaire. Le paiement à l'heure, on sait bien qu'il est un système qui est, quand même pas, plus très adapté aujourd'hui... Donc y a eu un travail de... d'élaboration de dotation globale qu'a été fait par ce groupe-là¹, qui a abouti à la signature d'un protocole, signé par toutes les fédérations, sauf l'ADMR, ... et un protocole qui est expérimenté dans quelques départements (...)

L'idée est de pouvoir être dans la souplesse. L'exemple typique, c'est la personne qui est hospitalisée, et pendant ce temps-là, effectivement les heures sont pas réalisées - mais quand elle revient chez elle, y a besoin d'un surcroît d'intervention, et donc là, le service [d'aide à domicile] est autorisé à jouer sur cette enveloppe. Et à la fin [de l'exercice comptable] on cause, pour savoir ce qu'on paye réellement au service. Et ils sont assurés d'avoir le montant de la dotation globale, de toute façon - c'est-à-dire le montant qui a été fixé en prévisionnel.

C'est ça change, aussi, c'est la participation versée par le bénéficiaire, puisque... Dans la réglementation, elle est en fonction du nombre d'heures réalisées, la personne paye une participation sur ce qui est réalisé, non pas sur ce qui est accordé - alors que là, c'est l'inverse. C'est... la participation est forfaitaire.

C'est-à-dire que, pour le coup, même si elle est à l'hôpital, elle paye quand même...

Oui. Si les heures ne sont pas faites, elle paye quand même. Si y a des heures qui sont faites en plus, elle paye la même chose quand même aussi. Donc, ça veut dire que... Ben, y faut qu'il y ait un plan d'aide soit bien ajusté, quoi. Donc y a eu un gros travail, au départ, mais euh... C'est un point qui pose pas de difficultés aujourd'hui... (...)

Alors on intègre d'autres modes de relation, parce que on laisse aussi, quand même, beaucoup de marge de manœuvre sur les plans d'aide etc. - parce que la règle, c'est que les services ajustent eux-mêmes les plans d'aide, tant que ça n'aboutisse pas sur un changement de GIR -

Alors, oui, ça allège les frais de gestion autour de l'APA... À la fois sur le contrôle d'effectivité, c'est sûr, parce que on n'a plus à vérifier tous les mois, et puis sur la phase d'évaluation aussi, parce que... on n'a pas à retourner voir les personnes à tout moment... - y a aussi, cet aspect-là, quoi ! Et les frais s'ont complètement allégés le jour où on aura tous les échanges informatisés avec la télégestion !

(Directeur Général adjoint en charge des Solidarités, Conseil général B, Mardi 06 mai 2014).

¹ L'Assemblée des départements de France (ADF) et les fédérations d'aide à domicile.

Dans cette organisation, le souci d'adapter l'aide au plus près de l'évolution des besoins de la personne qui en est destinataire est à la fois institutionnalisé et transféré au service d'aide à domicile ; celui-ci devient l'opérateur qui, à la fois apporte le soin, et l'adapte au fur à mesure selon sa réception. Ce faisant, la personne bénéficiaire est elle aussi déchargée de cette obligation administrative de fournir des justificatifs - au moins pour cette partie du plan d'aide. Ce qui est d'autant plus appréciable que les défauts de réalisation du plan d'aide ne sont pas toujours de son fait.

L'ensemble de ces éléments souligne quelques décalages entre les règles bureaucratiques et la situation des personnes : devoir remplir des obligations administratives alors même que les capacités diminuent peut renforcer des sentiments de perte d'autonomie, voire constituer une forme de stigmatisation. Les conséquences directement observables de ces décalages sont à la fois les adaptations institutionnelles, dont nous venons de voir quelques exemples, et les adaptations plus individualisées : d'une part, l'importance pour l'équipe médico-sociale de prendre en considération tous ces paramètres administratifs, politiques, techniques, dans l'étude de la demande et la définition du plan d'aide ; et, d'autre part, l'intérêt de considérer la place et le rôle de personnes facilitatrices pour accompagner ou soutenir les personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA. Mais les agencements de l'organisation des services, dans l'implantation géographique des opérateurs, et dans les instruments de l'action publique, ne sont pas les seules variables observables qui relèvent de choix politiques. Les élus et les cadres de la direction générale traduisent aussi les règles de la procédure pour instruire les demandes en redéfinissant certaines des modalités prévues dans le CASF.

c) Aménager localement les règles d'attribution

Parmi les règles prévues par le législateur pour instruire les demandes d'APA, certaines font l'objet d'interprétations départementales qui ont des incidences directes dans le travail des opérateurs et dans la qualité de la prestation servie aux personnes candidates à l'APA. Nous examinerons ci-après les différences observées au cours de l'enquête pour trois d'entre elles : les délais à respecter pour la procédure d'instruction ; l'examen à l'éligibilité de toute demande reçue ; les contenus du plan d'aide¹.

¹ Dans leur étude sur *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique* (2013), Agnès Gramain et Florence Weber étudient également la question de la solvabilisation et celle de la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés.

Les redéfinitions des délais de procédure

Le législateur a prévu une instruction des demandes d'APA en plusieurs étapes, avec des délais maximums à respecter entre chacune. À chaque étape, des tâches précises doivent être effectuées - par l'administration départementale ou par la personne « âgée et en perte d'autonomie ». L'encadré n°6 ci-après synthétise ces étapes chronologiques et les délais à respecter entre chacune d'elles.

Encadré n°6. Étapes chronologiques de l'instruction d'une demande d'APA¹

1. La *Personne demandeuse* : Envoie le dossier de demande APA ▼
 - Dans les **10 jours** qui suivent le **dépôt** du dossier ▼
2. Le *CG/CD* : Réceptionne et vérifie le dossier de demande d'APA >
 - > Envoie l'accusé de réception (AR) du dossier complet *OU*
 - / Demande les pièces manquantes +
 - + Informe le maire de la commune de résidence ➤
 - Dans les **30 jours** qui suivent le **dépôt** du dossier ▼
3. Le *CG/CD* - Équipe médico-sociale : Envoie une proposition de plan d'aide >
 - Dans les **10 jours** qui suivent la **réception** de la proposition ▼
4. La *Personne demandeuse* : Répond à la proposition par une Acceptation *OU*
 - / par une Demande de modifications de cette proposition *OU*
 - / par un Refus ➤
 - Si demande de modification ou refus ➤ Dans les **8 jours** ▼
- 4 bis. Le *CG/CD* - Équipe médico-sociale : Adresse 2^{ème} (et dernière) proposition d'un plan d'aide >
 - Dans les **10 jours** qui suivent la **réception** de cette proposition définitive ▼
- 4 ter. La *Personne demandeuse* : Envoie un Accord pour cette 2^{ème} proposition *OU*
 - / un Refus ➤
 - Dans les **2 mois** qui suivent l'Accusé de réception de la demande complète ▼
5. Le *PCG/PCD* : Envoie la notification de la décision d'attribution du président du conseil général >
 - ↔ Date d'ouverture des droits à l'APA ➤
 - Dans le délai d'un **mois** après la **notification de la décision** d'attribution ▼
9. La *Personne bénéficiaire* : Envoie les coordonnées de la personne ou du service rémunéré par l'APA
 - Pendant toute la durée de versement de la prestation ▼
10. La *Personne bénéficiaire* : Conserve et Fournit justificatifs d'utilisation de l'APA. (CASF, articles L.232-7 ; L.232-12 ; L.232-14 ; R.232-7 ; R.232-23)³

¹ Dans cet encadré, le fond de trame **bleu** souligne ce que doit faire la personne âgée, le fond de trame **orange clair**, ce que doit faire l'administration départementale.

² CG : Conseil général. Devenu Conseil départemental (CD) en 2015.

³ Le CASF prévoit aussi la possibilité d'accorder la prestation sans tenir compte de ces délais dans des situations d'urgence - par exemple dans le cas d'un retour à domicile après une hospitalisation : « En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil départemental attribue l'allocation personnalisée d'autonomie à titre provisoire,

Cette succession d'étapes rythme la procédure d'instruction dans des allers et retours entre l'administration départementale et la personne demandeuse de la prestation. Celle-ci n'est pas toujours en mesure de suivre ces instructions à la lettre, et nous verrons plus loin comment les opérateurs s'en arrangent - ou plutôt, recherchent les arrangements nécessaires. Du côté de l'institution, ces exigences politiques ou bureaucratiques pour borner la temporalité de chaque étape font l'objet d'accommodements clairement imposés, ou qui résultent d'autres choix. D'une part, si les responsables des départements enquêtés ont le souci de respecter le délai de deux mois qui suit le dépôt du dossier de demande pour adresser la réponse du président du conseil général à la personne candidate, la date d'ouverture des droits à l'APA ne correspond pas toujours à la date de notification de cette décision - contrairement à ce que prévoit le CASF¹ pour les premières demandes. Le département D respecte ce délai :

« La commission départementale se réunit une fois par mois pour donner son avis, avant décision. Quand l'APA est accordée, la date d'effet est celle de la notification de la décision, soit en moyenne, un à deux mois après la date d'accusé de réception du dossier. C'est ce qui correspond à la loi », précise la responsable départementale. Et la médecin, présente à cet entretien, complète : « Dans le département où je travaillais jusqu'à l'an dernier, la date d'effet c'est celle de la réception du dossier complet² »
(Cheffe de service personnes âgées et médecin territoriale, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014).

Le département A raccourcit ce délai puisque « la date d'effet pour une première demande est celle du jour de la commission » (Adjointe ressources autonomie, Conseil général A, mercredi 23 avril 2014), soit le jour de la décision, peu importe les délais nécessaires à l'acheminement de la notification. Par contre, le département F ne tient pas compte de la date de notification, ni de celle de la décision, et utilise à son profit la totalité du délai légal de réponse pour ouvrir les droits :

En pratique, il convient de mettre dans la procédure ANIS, les dates de propositions à la date d'A/R [*accusé de réception*] + 2 mois (même si la date est un samedi, dimanche ou jour férié).

Ex : si A/R = 16/02/2011, propositions au 16/04/2011

(Conseil général F, 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche *La date d'ouverture des droits*).

C'est-à-dire que toutes les premières demandes donnant lieu à une proposition de plan d'aide prendront effet au plus tôt deux mois exactement après la date de réception du dossier

et pour un montant forfaitaire fixé par décret, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu au quatrième alinéa de l'article L.232-14 » (CASF, article L232-12).

¹ « A domicile, les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date de la notification de la décision du président du conseil général ». (CASF, article L232-14).

² La première version de la loi n° 2001-647 avait effectivement prévu cette disposition, laquelle a été modifiée par l'article 1 de la loi n°2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

complet. Ces différences dans la détermination des délais à respecter se retrouvent de la même façon quand il s'agit d'une modification du plan d'aide, que le département A applique « le 1^{er} jour du mois de la commission pour une révision », alors que le département F l'applique « au **1er jour du mois suyvant la commission**¹ à laquelle le dossier a été présenté » (Conseil général F, 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche *Révision à la demande du bénéficiaire*), voire « le 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la commission à laquelle le dossier est inscrit » quand il s'agit de révision périodique à l'initiative du département. (Conseil général F, 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche *Révisions périodiques*). Ces choix de procédures ont évidemment un impact pour les bénéficiaires comme pour les agents opérateurs, comme l'explique cette gestionnaire :

Quand y a des révisions « classiques » on va dire, là on a des règles strictes, il faut inscrire en commission départementale, la révision peut pas prendre effet ... euh... le premier jour d'inscription en commission départementale. Alors là, oui, là y a des enjeux dans le temps : la famille peut perdre un mois ! Du coup, j'aime pas ! J'essaye de faire en sorte que la famille, si elle a mis en place plus d'heures, et qu'elle peut avoir une prise en charge, ben qu'elle perde pas un mois ou deux... On a vite fait de perdre un mois ou deux si y a pas le CM [*certificat médical*], si la visite a pas lieu tout de suite, et dans ces cas-là, la famille peut être pénalisée – et là, je fais en sorte qu'elle le soit pas. Dans une révision classique². Dans certains cas, deux mois, parce que si la commission est en décembre... Le courrier est arrivé fin septembre, on passe en réunion d'EMS début octobre, là on m'dit : « Demandes un certificat, demandes des éléments », donc j'envoie le certificat, on le reçoit au mieux mi-octobre, voire fin octobre si la famille le renvoie pas tout de suite. On fixe la visite à domicile début novembre, et... La réunion d'EMS début novembre au mieux. On fait la proposition de plan d'aide, on l'envoie, il faut bien une dizaine de jours avant d'avoir l'acceptation de la famille. Et là, du coup, j'arrive le 25 novembre : on est sur des commissions de décembre. Ça veut dire que la révision peut pas prendre effet avant le 1^{er} janvier – si j'inscris pour la commission de, de décembre. Si je fais une inscription sur la commission de novembre, la révision prend effet au 1^{er} décembre.

Mais ça, c'est pour des révisions classiques. Parce que voilà : on a des consignes. Quand on inscrit en commission, la révision prend effet au premier jour du mois qui suit la commission. Donc on arrive vite des fois à...

C'est comme ça parce que... Je crois que c'est au niveau comptable. C'est trop compliqué après pour les comptables, quand on revient trop en arrière, parce que si j'inscris – là, on est sur des commissions du 08 décembre. Si je revenais, si je faisais une révision au 1^{er} octobre et que j'inscris au 08 décembre, ça veut dire que derrière, les comptables, elles vont devoir revoir toute les factures d'octobre, novembre, parce que si y a plus d'heures à partir du 1^{er} octobre, elles vont devoir repayer la différence et pour des révisions classiques, ça ferait trop... ça générerait un trop gros travail de rétroactivité... Donc elles le tolèrent pour des sorties d'hospit', c'est tout, mais pas pour des révisions classiques on va dire. Parce que revenir en arrière sans arrêt, apparemment c'est assez compliqué à gérer (Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014).

¹ En rouge, en gras, et souligné, dans le texte d'origine.

² Elle précise « révision classique » par opposition aux révisions effectuées suite à une hospitalisation, pour lesquelles la révision peut prendre effet dès le retour à domicile.

Ces explications supposent l'existence de mécaniques comptables et informatiques, qui fonctionnent dans d'autres services et d'autres lieux, et auxquels les opérateurs de contact n'ont pas directement accès. Et qui peuvent servir de prétexte à des décisions bureaucratiques, financières ou politiques. Car si le département A est en capacité d'ouvrir des droits en milieu de mois, ou de façon rétroactive par rapport à la commission qui prend la décision, il est probable que le département F puisse également utiliser des techniques similaires pour y parvenir, sans imposer des délais parfois deux fois plus longs. En 2013, ce même département tentait d'imposer une nouvelle règle, qui consistait à respecter un délai d'au moins six mois entre deux révisions du plan d'aide. Un argument technique soutenait cette décision : les systèmes informatiques ne pourraient pas supporter des modifications trop rapprochées... Argument technocratique accompagné d'une enveloppe sociale : laisser le temps d'installer le nouveau plan d'aide avant d'en changer à nouveau. Mais argument peu adapté à des personnes dont la situation peut justement se dégrader très rapidement comme nous l'avons vu.

D'autre part, les délais inscrits dans le CASF peuvent aussi ne pas être strictement respectés par l'administration, du fait de choix organisationnels et de gestion des recrutements et des absences. Car, nous l'avons vu, la demande transformée en dossier (Weller, 2018) fait l'objet de plusieurs manipulations et transformations, avant d'aboutir à une réponse concrète et officielle. Il suffit alors qu'une personne soit absente ou indisponible dans cette chaîne d'opérations pour que des retards se succèdent et s'accumulent. Ou que le nombre d'agents opérateurs soit insuffisant au regard du nombre de demandes. Les collectivités départementales semblent pourtant soucieuses que les délais soient tenus, comme l'exprime ce directeur départemental :

Ce qu'on a constaté, c'est une dégradation des délais d'instruction... On a du mal à en analyser les causes - c'est un sujet sensible... (*Rires*)

Y a une raison liée au volume de demandes, qui a continué à progresser...

Et on a aussi une dégradation - j'vais dire un gros mot - une dégradation de productivité, c'est clair - Alors faut l'identifier, et c'est pas facile, parce que les agents devraient être capables de l'identifier, et ils ont bien du mal

Y a un alourdissement de la charge administrative, avec des procédures qu'étaient orales ou manuscrites et qu'il faut maintenant entrer informatiquement, etc., pour des motifs tout à fait légitimes - pour constituer un fond de dossiers, c'est-à-dire si y a une demande de révision et qu'c'est pas le même évaluateur, etc., et tout ça, vraisemblablement a considérablement alourdi le fonctionnement

Y a sans doute d'autres raisons liées aux positionnements des agents dans les maisons du département, qui ont peut-être généré d'autres fonctionnements, du temps - comment je vais dire ça... - du temps... non productif - c'est pas c'que j'veux dire, du temps de réunion, plus transversal, qui s'est sans doute accentué aussi, mais ça... (...)

En même temps, quand on demande des moyens supplémentaires, quand on dit « on est en surcharge de travail, on est en *burn-out*, on n'en peut plus, on travaille jusqu'à 20h tous les soirs » ... faut savoir pourquoi ça va pas !

(Directeur Général adjoint en charge des Solidarités, Conseil général B, Mardi 06 mai 2014).

C'est une préoccupation que j'avais pu aussi observer et interroger lors d'une réunion d'équipe au cours de laquelle une gestionnaire constate avec reproche que notre équipe a « des retards dans le respect du délai » :

Une collègue n'a pas pu organiser la V&D plus tôt, le délai n'a pas pu être tenu pour répondre à la demande d'APA. Commentaire de Jeanine, la gestionnaire : « Ça nous fout d'dans, on va encore être en retard pour envoyer les arrêtés... » -

En réponse à cette remarque désagréable, une succession de contre-arguments : « Y a eu le mois d'août » dit le médecin - « Et la réunion du 20 août qu'a été annulée » - complète l'infirmière...

La cheffe ne commente pas, ne dit rien, elle semble juste observer les échanges... ?

Alors s'ensuivent des remarques sérieuses et désagréables sur « le temps moyen qui va augmenter », genre « Nous allons tous payer le retard accumulé par l'une ou l'autre » ... !?! Je m'étonne de cette soumission à des contraintes dont nous ne maîtrisons pas les paramètres !?!

Ça questionne les priorités dans la masse de travail... Et en quoi devrions nous « payer » sous prétexte que l'institution ne veut pas mettre en œuvre les moyens de sa politique ? De ses obligations ? Si la DG¹ veut qu'on respecte les délais, ils n'ont qu'à augmenter le nombre de professionnels !

(Notes de praticienne, Réunion d'équipe, Mardi 27 septembre 2011).

Ce département avait déjà modifié l'organisation de la mise en œuvre de cette loi : alors que pendant les premières années, les visites à domicile étaient systématiquement effectuées par un binôme composé d'une infirmière et d'un travailleur social, désormais « Dans le département, le choix a été fait **qu'un seul membre de l'équipe médico-sociale** se rende à domicile » (Guide méthodologique APA pour les équipes médico-sociales, Conseil général F, 2^{ème} version, avril 2011). Et, parallèlement aux discours et aux pressions prononcés pour « tenir les délais », cette même collectivité avait adopté une politique de recrutement consistant clairement à réduire les frais de personnel, comme l'expliquait une directrice générale adjointe lors d'une réunion rassemblant tous les agents d'un même territoire :

Alors la gestion des RH à flux tendus, ça veut dire ne pas renouveler tout de suite un poste qui se retrouve vacant. Le choix qui a été fait, c'est que le poste reste non pourvu pendant au moins six mois, pour laisser le temps aux équipes de se réorganiser, et voir si vraiment ce poste est vraiment nécessaire...

Ça oblige l'équipe concernée à réfléchir à de nouvelles organisations, à voir s'il est vraiment nécessaire de remplacer la personne qu'est partie...

(Directrice générale adjointe, Conseil général F, Réunion d'unité territoriale, Mardi 22 mars 2011).

Autrement dit, dans ces collectivités, il s'agirait pour les agents « pas seulement de faire vite, mais de faire vite et bien », comme le relèvent Agnès Gramain et Florence Weber dans leur rapport de recherche (2013 : 3). Ces choix institutionnels imposent évidemment aux équipes

¹ DG : Direction générale.

de devoir jongler parfois entre les priorités, au risque d'allonger des délais pour certaines demandes, ou d'aggraver des situations sociales délicates. Et comme pour accélérer encore le traitement des demandes à moindre frais, la plupart des départements enquêtés effectue un premier « filtrage » (Gramain et al., 2013) des dossiers reçus, limitant ainsi le nombre de demandes à instruire complètement.

La pratique de pré-sélection des demandes, un arrangement de procédure

Pour évaluer le critère d'éligibilité de « perte d'autonomie », le législateur a prévu qu'« un membre au moins de l'équipe médico-sociale » se rende au domicile de la personne candidate. Et cet entretien doit permettre :

**s'il y a lieu, l'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale. (...)
Lorsqu'il n'y a pas lieu d'élaborer un plan d'aide, un compte rendu de visite comportant des conseils est établi.
(CASF, article L232-14).**

Pourtant, tous les départements n'effectuent pas systématiquement cette évaluation au domicile pour l'ensemble des demandes reçues : plusieurs d'entre eux procèdent à une présélection qui peut aboutir à un « rejet administratif », comme l'explique cette gestionnaire de dossier APA :

Alors, le GIR, il est calculé à partir d'une grille que l'médecin traitant a remplie... Dans un dossier de demande d'APA, y a un certificat médical qu'est à remplir par le médecin traitant. Et voilà : y a une grille, et ça, c'est le médecin traitant qui la remplit.

Donc, dans l'informatique, y a un logiciel, et suivant ce qui est rempli dans la grille, moi je rentre les données, et on aboutit à un GIR (...)

Et la procédure que l'on a, au niveau du Central on va dire, on a une note de procédure : un GIR 5 ou 6, c'est rejet administratif. On aurait, logiquement, on n'aurait même pas à les regarder, on devrait faire un rejet. Enfin, j'devrais même pas les présenter à l'EMS - plutôt, heu, ça serait un rejet on va dire - si on était... si on appliquait la consigne à la lettre -

Sauf que moi, j'les présente quand même à la réunion d'équipe, j'les mets à l'ordre du jour de la réunion (...) - Je les mets quand même pour info, et l'infirmière, à ce moment-là, elle regarde le certificat médical, et elle voit si y a des troubles cognitifs. Parce que des fois, même avec des troubles cognitifs, le GIR apparaît 5, 6, parce que le logiciel fait pas cette distinction. (...) L'infirmière va vérifier quoi. Du coup, elle se, enfin elle s'interroge, et elle peut mettre en GIR 4 à ce moment-là. Mais c'est elle qui décide. Compte tenu de ce qu'il y a dans le certificat. Donc du coup, comme elle vérifie quand même, je les mets à l'ordre du jour de l'EMS, comme ça on a une vision de tout c'qui arrive _ et elle me dit, elle me confirme à ce moment-là si c'est bien un GIR 5 : « Oui, c'est bien un GIR 5, alors rejet », elle me dit ; ou bien « Oui, c'est un bien un GIR 6, tu rejettes » - et on fait pas de visites. Et lorsqu'y a des éléments litigieux, elle dit : « Non, là, ce doit être un 4, je vais voir ». Donc quand bien même il sortait 5-6, elle va voir à ce moment-là. (...)

Alors oui, nous, on passe tous les dossiers à la réunion d'équipe médico-sociale. Donc comme ça, elle me confirme le rejet. Mais, si on sortait la grille, strictement, sans se poser de questions sur le contenu, on pourrait faire un rejet administratif, purement et simplement. C'est la consigne qu'est donnée. Mais l'infirmière préfère vérifier quand

même tous les éléments à l'intérieur du certifi¹, et du coup, parfois, elle revient sur un GIR 5-6, et effectivement, c'était le cas, c'était pas du tout un GIR 5-6. (Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, 26 novembre 2014).

Cette explication met en évidence une succession de réinterprétations et d'arrangements avec les règles nationales et départementales : d'une part le non-respect de « la consigne qu'est donnée », laquelle est effectivement indiquée dans le *Guide des procédures* de ce département :

L'évaluation de la perte d'autonomie est effectuée sur la base du certificat médical et de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) du médecin traitant de la personne par le médecin gériatre du Département. (...)

Cette évaluation intervient dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet. Elle donne lieu à une visite à domicile d'au moins un des membres de l'équipe médico-sociale.

Si le certificat médical fourni avec le dossier de demande établit un GIR 5 ou 6, il y a 2 possibilités :

► Instruction d'une procédure de rejet dans IODAS ;

Un arrêté de rejet doit être envoyé à la personne.

► Envoi des éléments du dossier du demandeur à la Caisse de retraite pour qu'elle réalise une visite à domicile.

(Réf. juridique : art. L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles)

(Conseil général F, 2012, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche d'instruction *L'évaluation du GIR*).

D'autre part, cette consigne est elle-même contradictoire puisqu'elle indique à la fois la nécessité d'effectuer l'évaluation de la perte d'autonomie lors d'une visite à domicile, et la possibilité de rejeter la demande si le certificat médical « établit un GIR 5 ou 6 » - ce que la gestionnaire nomme un « rejet administratif ». Et surtout, cette règle départementale consistant à trier les demandes avant l'évaluation au domicile ne correspond pas à l'intention du législateur, au contraire, puisqu'il prévoit qu'un compte-rendu de visite soit tout de même établi, même si la personne n'est pas éligible à l'APA (CASF, article L232-14). De plus, cette pratique de présélection des demandes d'après le dossier médical peut être source d'erreurs, puisque les médecins qui remplissent la grille AGGIR (incluse dans le formulaire de certificat médical), semblent souvent ne pas être très aguerris pour le faire, d'après les professionnels médico-sociaux :

La grille [AGGIR] remplie par le médecin, on ne peut pas trop s'y fier, parce que souvent, c'est rempli un peu n'importe comment... Ça peut être que le médecin, il voit pas la personne chez elle, parce que c'est d'plus en plus rare les médecins qui vont à domicile... Alors comment voulez-vous qu'il sache comment elle se débrouille, toute seule chez elle !?!

Non, en fait, ils remplissent comme ils peuvent... Parfois, ils ont pas le temps, ils font ça à la va vite, et pis y a aussi les médecins de famille : ils connaissent leur patientèle depuis

¹ « certifi » = « certificat médical ».

tellement longtemps, qu'ils ne voient même plus ce qu'elle a et qu'elle perd de plus en plus de capacités !

(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Ce propos est confirmé par un médecin conseil territorial auprès de la Direction générale :

Il faudrait qu'on propose systématiquement aux médecins de ville une formation à la grille AGGIR – peut-être même qu'on leur impose !?!

Parce que d'abord c'est un outil assez subtil, même les professionnels des équipes territoriales, il leur faut du temps pour bien connaître les règles de remplissage, et on leur fait des formations régulièrement... Et puis aussi, le médecin de ville, il ne voit pas vivre la personne âgée dans les actes du quotidien, il la voit en consultation : il lui pose les questions de la grille, et la personne, elle répond bien c'qu'elle veut !

(Médecin territorial, Conseil général F, Équipe M, Lundi 13 octobre 2014).

Aussi, en décidant de rejeter une demande d'APA à partir du dossier et donc sans effectuer d'évaluation par un entretien au domicile, l'administration départementale supprime la possibilité de rencontrer la personne qui demande de l'aide, d'évaluer sa situation, et donc de l'informer, de la conseiller, ou de l'orienter éventuellement vers des services ou institutions qui pourraient répondre à ses besoins ou à ceux de ses proches. Autant d'occasions ratées, peut-être, pour prévenir des aggravations trop rapides de la situation¹. Cette décision institutionnelle paraît d'autant plus inappropriée qu'*a contrario*, toute personne qui se présente dans une maison du département pour y solliciter une aide est systématiquement reçue et entendue pour tenter d'abord de comprendre sa demande et ses besoins, avant d'être renseignée et éventuellement réorientée. Il semble donc paradoxal qu'une personne, dont l'état ne lui permet justement pas de se déplacer elle-même vers la maison du département, ne puisse bénéficier d'un service et d'une attention similaire. C'est peut-être ce qui justifie la règle énoncée par le législateur - et pourtant non systématiquement respectée. Comme l'indique le récit de la gestionnaire A, c'est en tout cas ce souci de réponse adaptée qui incite certaines équipes médico-sociales à ne pas respecter strictement les consignes de leur institution. En agissant ainsi, les agents départementaux réadaptent les consignes départementales, et finalement appliquent la règle énoncée dans le CASF².

Par contre, dans le département B, la collectivité a décidé d'une autre modalité, moins sélective, et qui facilite les réponses aux personnes candidates à l'APA : toutes les demandes d'APA sont

¹ Les difficultés rencontrées par la situation peuvent concerner autant la personne perdant de l'autonomie que ses proches, et l'entretien à domicile peut rassurer et apporter des éléments de réponses, y compris auprès de personnes « relativement aisées et peu dépendantes » (Gramain et *al.*, 2012 : 4). Le filtrage des demandes à partir du seul dossier, s'il peut effectivement « réduire le temps perdu à instruire des dossiers qui seront rejetés » (*idem*), pourrait alors se révéler finalement plus couteux.

² Toutefois, l'équipe de cette gestionnaire réclame systématiquement le certificat médical alors que celui-ci n'est pas obligatoire. Cette exigence peut aussi augmenter les délais d'instruction quand il faut le demander et attendre sa réception pour que le médecin ou l'infirmière étudie le dossier.

étudiées de la même façon, quel que soit le contenu du certificat médical - qui n'est d'ailleurs pas utilisé systématiquement ; et si l'évaluation conclut à un GIR de niveau 5 ou 6, la demande est transmise directement à l'organisme de retraite dont dépend la personne demandeuse – avec son accord. Car ici, le conseil général a établi des conventions avec la majorité des organismes de retraite existants sur le territoire départemental, lesquels reconnaissent l'évaluation faite par les agents départementaux, et peuvent fournir et financer des aides à leurs pensionnés, quand ceux-ci ont une perte d'autonomie correspondant à un GIR 5 ou 6¹. Cette articulation entre des services complémentaires facilite la transmission directe des demandes², et évite aux personnes d'effectuer une démarche supplémentaire.

Par ailleurs, le récit de la gestionnaire souligne une exigence fréquemment utilisée par les administrations départementales, alors qu'elle n'a pourtant pas été prévue de cette façon par le législateur : la fourniture d'un certificat médical et d'une grille AGGIR, remplis par un médecin, pour accompagner le dossier de demande d'APA. Dans le département F, ces documents sont des « pièces complémentaires et indispensables au dossier », alors qu'ils « ne constituent pas une pièce obligatoire du dossier. Leur absence ne peut conduire à une déclaration de dossier incomplet » (Conseil général F, novembre 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche d'instruction *La vérification du dossier*). Cette formulation laisse supposer que si l'institution ne peut pas obliger les demandeurs à fournir ce document, elle les incite fortement à le faire³. Plusieurs des départements enquêtés demandent un certificat médical pour compléter toute demande d'APA, et trois d'entre eux l'utilisent pour effectuer cette évaluation « sur dossier », comme l'explique la gestionnaire A, permettant ainsi le tri des demandes et la limitation des déplacements à domicile. L'un de ces départements a même fait le choix de payer systématiquement la consultation nécessaire à l'établissement du certificat médical :

La demande n'est pas étudiée en commission tant qu'il n'y a pas le certificat médical. La loi dit que le certificat médical n'est pas nécessaire. Mais il est indispensable pour l'évaluation médicale. Alors la consultation du médecin traitant, effectuée pour compléter le certificat médical demandé pour instruire le dossier APA, est payée par le département :

¹ Rappelons toutefois que cette aide n'est pas obligatoire et peut donc paraître insuffisante.

² C'est pourquoi cette pratique est en cours de généralisation – voir *Supra*, Chapitre 5. – a) *Des instruments de référence pour guider l'action publique*.

³ Et certains médecins généralistes ont su le contester, comme le rappelle le site internet du ministère de la santé, qui publie des recommandations de « simplifications administratives de l'exercice libéral », et incite à une « rationalisation des certificats médicaux » : « Le certificat médical ne se justifie que s'il a une raison médicale. Il n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige. Dans de nombreux autres cas, il n'est pas nécessaire. Réduire le nombre de certificats médicaux, c'est laisser du temps au médecin pour soigner ses patients. (...) Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical. Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. (...) » (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf - Consulté le 14 décembre 2018).

dans le dossier de demande, il y a un coupon à remettre au médecin, qu'il envoie au CG pour se faire payer.

(Adjointe Ressources Autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014).

D'autres départements accompagnent le formulaire de certificat médical¹ d'un courrier explicitant la finalité de cette demande et précisant, parfois, son caractère non obligatoire, comme l'indique le site Internet d'un département :

« Votre patient(e) a demandé à recevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il (elle) va recevoir la visite d'une assistante sociale ou d'une infirmière. Celle-ci fera le point sur son environnement et ses besoins, à l'aide de la grille d'évaluation AGGIR.

Vous pourrez, si votre patient(e) le souhaite, être présent à cette rencontre.

En tout état de cause, il me serait très utile de connaître votre propre évaluation de l'état de santé de cette personne, pour pouvoir établir le mieux possible le « plan d'aide » dont elle bénéficiera. Bien que non obligatoire pour le dossier d'APA, le **certificat médical** que vous trouverez ci-joint est **fortement recommandé**. C'est pourquoi je vous serais obligé(e) de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint et le remettre sous pli confidentiel à l'intéressé(e), qui le joindra à son dossier de demande. »

(<https://www.loire-atlantique.fr/44/seniors-personnes-agees/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile/>, Consulté le 10 décembre 2018).

Les informations médicales contenues dans le certificat médical permettent à l'équipe médico-sociale de mieux prendre en considération des paramètres tels que les effets d'un traitement en cours ou l'évolution éventuelle d'une pathologie invalidante. C'est parfois aussi la connaissance préalable de l'état de santé qui va déterminer le choix du professionnel pour effectuer l'évaluation de la perte d'autonomie - comme nous le verrons plus loin. Car pour ces professionnels, ce qui est recherché dans ce dossier médical, ce n'est pas tant une pré-évaluation du GIR pour limiter éventuellement le nombre de visites à domicile, qu'une représentation *a priori* de la situation de la personne. Pour certains professionnels, cette anticipation semble indispensable en préambule de la visite au domicile de la personne :

« Oui, en effet, le certificat médical n'est pas obligatoire, mais c'est quand même une indication... Quand je lis dans le CM qu'il y a des troubles cognitifs, ça me permet d'anticiper les questions, par exemple je prépare des documents sur les services compétents, ça peut être le guide de la protection des majeurs, les coordonnées de l'accueil de jour, ... Si je vois qu'il y a un comportement dépressif, je vais préparer plutôt les documents sur les services qui peuvent venir à domicile, les consultations psy, ...

Et puis à quoi bon déranger la personne et sa famille en allant à domicile, si c'est pour leur dire qu'on ne peut pas les aider ? ... »

(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Et dans deux départements (B et C), le certificat médical est toujours demandé, mais il n'est utilisé qu'après coup « pour arbitrage » ; et

Les trois quarts du temps, en tous les cas sur tous les dossiers litigieux, à chaque fois qu'on a sorti le CM pour vérifier, le CM rempli par le médecin ne fait que valider le

¹ Le format de ce document est propre à chaque département, mais les renseignements demandés sont sensiblement les mêmes. La plupart du temps, il leur est également demandé de compléter une grille AGGIR.

regard des professionnelles. Franchement. Y a rarement des décalages entre c'qu'est écrit dans le CM au niveau de la grille AGGIR et c'qu'elles voient.
(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Modifier les délais d'instruction ou trier les demandes sur dossier sont des décisions institutionnelles qui orientent la réponse à la demande d'APA. Un troisième aspect de ces transformations locales de la loi révèle « le pouvoir qu'ont les conseils généraux d'orienter le dispositif en fonction de leurs conceptions des politiques d'aide sociale » (Gramain et *al.*, 2012 : 4), en encadrant et en orientant les réponses apportées aux demandes d'APA à travers les contenus des plans d'aide.

Les politiques des plans d'aide : des conceptions variables.

L'APA est une allocation attribuée pour financer explicitement et exclusivement « la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale. (...) » (CASF, article L232-3)¹. Le « plan d'aide », c'est une liste des aides supposées répondre aux besoins de la personne éligible à l'APA, dont le CASF donne quelques exemples, non exhaustifs :

Ces dépenses s'entendent notamment de la rémunération de l'intervenant à domicile, du règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, dans des établissements ou services autorisés à cet effet, du règlement des services rendus par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 ainsi que des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et de toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire. » (CASF, article R232-8)².

Cette liste correspond à des « modalités d'intervention » recommandées par l'équipe médico-sociale, selon celles « qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire. » (CASF, article L. 232-6). Mais cette aide publique n'est pas sans limite, elle est plafonnée, avec un montant déterminé par le niveau de GIR évalué (CASF, articles L232-3³ et R232-10), comme indiqué dans le tableau n°3 :

¹ La loi de 2015 n'a pas modifié cette règle d'utilisation de l'argent, mais elle a apporté l'obligation de construire ce plan d'aide « sur la base de l'évaluation multidimensionnelle mentionnée à l'article L. 232-6 » (CASF, article L232-3 – Modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, article 41).

² Le décret n°2016-210 du 26 février 2016 complète ces dispositions en précisant que « l'intervenant à domicile » peut être un « service d'aide à domicile », et que le règlement départemental d'aide sociale adopté par le conseil départemental définit les « règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département » (CASF, article L121-3), notamment les « dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire » de l'APA (CASF, article R232-8 – Version en vigueur depuis le 1^{er} mars 2016).

³ Ces plafonds sont fixés par décret, et « revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année » (CASF, article L232-3). La loi de décembre 2015 a maintenu cette disposition en modifiant les modalités de revalorisation de ces plafonds, désormais basée sur « l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale. » (CASF, article L232-3-1).

Tableau n°3. Montant maximum de l'APA selon le GIR

2009	Plafond GIR ¹	2014	Vote de la Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement	2022
1224,63	GIR 1	1312,67		1749,31
1049,68	GIR 2	1125,14		1404,63
787,26	GIR 3	843,86		1014,90
524,84	GIR 4	562,57		676,97

Avec ce bornage financier, les aides « de toute nature » *a priori* envisageables dans un plan d'aide sont finalement réduites aux plus courantes :

- Un plan d'aide normal, c'est des heures d'aide-ménagère, du portage de repas, de la télalarme ou des protections »
 - « Normal », c'est-à-dire les plus fréquents ?
 - Oui, c'est ça.
- (Adjointe Ressource Autonomie Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014)

Et ces limites financières excluent de fait des aides qui seraient trop coûteuses, comme les travaux d'aménagement du logement, pourtant souvent nécessaires :

« C'est marginal, y en a très peu : les plafonds ne permettent pas de faire grand-chose ! Au mieux, on arrive à financer des travaux d'accessibilité à la maison, ou un fauteuil releveur »
(Cheffe du service personnes âgées, Conseil général D, Lundi 24 mars 2014)².

Pourtant, certains des départements enquêtés ont su contourner cette limite du plafond, bien avant les possibilités offertes par la loi de décembre 2015. Mais c'est surtout dans les contenus des plans d'aide que les traductions locales sont les plus visibles.

Au cours de notre visite chez monsieur Loisy, l'assistante sociale que j'accompagne lui propose d'installer une ligne fixe de téléphone, de façon à pouvoir bénéficier à la fois de l'installation d'une téléassistance et de la télégestion³ pour le règlement en tiers-payant de l'aide à domicile : « Mais, compte tenu de ses revenus, il ne pourra pas régler l'abonnement téléphonique. Serait-il possible de prendre en compte le règlement de

¹ Rappelons que le législateur a prévu une forme d'« APA sans paiement », puisque : « L'APA n'est pas versée lorsque son montant mensuel après déduction de la participation financière de l'intéressé mentionnée à l'article L. 232-4 est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance. » (CASF, article D232-31).

² Depuis, la loi de décembre 2015 permet de contourner ces plafonds d'aide pour financer « des aides techniques et des travaux d'adaptation du logement », par une prise en charge « au titre du 1° de l'article L. 233-1 dans les conditions prévues au chapitre III du titre III du livre II. » (CASF, article R232-10-1).

³ En transmettant les données de manière dématérialisée, la télégestion permet au conseil général de verser directement au service prestataire qui intervient la part d'APA qui lui est destinée.

l'abonnement au titre du plan APA ? » questionne-t-elle par courriel au service central qui valide les plans d'aide.

Elle m'explique ensuite que le coût de l'installation est prévu dans les barèmes, donc y a pas besoin de demander, mais qu'il faut demander pour tout ce qui n'est pas prévu dans ces grilles de remboursements forfaitaires.

(Notes de praticienne suite à visite à domicile avec Assistante sociale territoriale, Conseil général F, Équipe S, Mardi 22 décembre 2009).

Je découvre alors que tous les types d'aide ne sont pas pris en considération de la même façon pour être financés par l'APA. Ou du moins, pas systématiquement. Il y a des aides qui ont été choisies et retenues par la direction générale, puis validées par la commission d'attribution APA¹ : celles-ci sont recensées dans un tableau comme celui reproduit dans l'encadré n°7. Et puis il y a toutes les autres aides, qui n'ont pas été envisagées ou pas retenues : elles peuvent alors « être présentée[s] aux membres de la Commission d'arbitrage de l'APA sur présentation de devis et rapport argumenté » (Conseil général F, 2013, *Guide des procédures APA*, Fiche *L'élaboration de la proposition de plan d'aide*).

¹ Cette commission, auparavant définis dans les articles L.232-12 et D.232-25 du CASF, a été supprimée par la loi n°2015-1776.

Encadré n°7. Les Valorisation forfaitaire des aides retenues dans le cadre des plans d'aide APA, Conseil général F, janvier 2014¹

Frais de personnel	
Heure d'aide à domicile réalisée par	Forfait
Emploi en gré à gré	10,51 euros maximum
Service mandataire	12,20 euros maximum
Service prestataire	17,50 euros maximum

Aides aux aidants	
Prestation	Forfait
Accueil de jour à la journée*	Frais réels dans la limite de 40 €/jour
Accueil de jour demi-journée*	Frais réels dans la limite de 22 €/demi-journée
Hébergement temporaire	Frais réels sur devis dans la limite de 35 jours/an ou 5 semaines - ou encore 3 jours/mois

Services	
Prestation	Forfait
Portage de repas	1,60 €/jour dans la limite de 48€ (30 portages/mois)
Pédicure	12,50 €/mois
Coiffeur	5 €/mois
Téléalarme	Installation : 50 € Abonnement : 30 €/mois
Transport	Frais réels dans la limite de 50 €/mois

Aides techniques	
Prestation	Forfait
Barres d'appui	Frais réels dans la limite de 50 € (y compris la pose)
Siège de douche	Frais réels dans la limite de 60 €
Disque de transfert	Frais réels dans la limite de 30 €
Siège pivotant de baignoire	Frais réels dans la limite de 150 €
Chaise pot	Prise en charge du ticket modérateur
Fauteuil releveur	Frais réels dans la limite de 200 €
Rehausseur de WC	Frais réels dans la limite de 40 €
Téléphone adapté (grosses touches)	Frais réels dans la limite de 50 €
Table de lit	Frais réels dans la limite de 100 €

Fournitures	
Prestation	Forfait
Incontinence	Frais réels des protections, y compris les alèses et la livraison (à l'exception du matériel jetable et des crèmes pouvant servir lors des changes).
Eau gélifiée	Sur prescription médicale, frais réels dans la limite de 40 €/mois

Travaux divers	
Prestation	Forfait
Visite d'un ergothérapeute	Frais réels
Travaux d'adaptation du logement	Frais réels sur devis et dans la limite de 4 fois la différence entre le montant du plan d'aide et le plafond du GIR du bénéficiaire.
Gros nettoyage	Frais réels sur devis avec motivation de l'équipe médico-sociale

En ce qui concerne les aides dites « humaines », les départements distinguent trois tarifs selon les modalités liant la personne aidée avec celle intervenant à domicile, puisque trois possibilités de statut existent dans le cadre des plans d'aide APA, dont les caractéristiques sont décrites dans l'encadré n°8 ci-après :

¹ Ces montants ne sont pas revalorisés très régulièrement : « Les dernières révisions datent de 2007 ! » (Contrôleuse de procédure, Conseil général F, Mercredi 29 octobre 2014).

Encadré n°8. Les statuts de l'intervention humaine

Emploi direct ou gré à gré

La personne bénéficiaire de l'APA embauche directement la personne intervenant à son domicile. Elle devient alors l'employeur de l'aidant professionnel, et à ce titre, elle est responsable des conditions de travail et de toutes les démarches administratives liées à ce statut¹ : non seulement la déclaration préalable à l'embauche et le contrat de travail, les feuilles de paye, le versement des salaires et le paiement des cotisations sociales, mais aussi la gestion des absences de la personne salariée, absences prévues dans le cas des congés payés, ou imprévues dans le cas de maladie ou d'accident. La personne aidée doit également gérer les éventuels conflits avec la personne salariée, les ruptures de contrat de travail et leurs conséquences.

Cette modalité semble peu adaptée à des personnes dont les capacités diminuent, surtout quand elles doivent assurer seules ces démarches en respectant le droit des salariés². L'embauche de l'intervenant en gré à gré reste toutefois largement pratiquée, en particulier lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille³, d'une personne salariée depuis longtemps par la famille⁴, et/ou pour limiter les frais.

Service mandataire

La personne bénéficiaire de l'APA embauche un intervenant au domicile par l'intermédiaire d'un service mandataire. Celui-ci effectue toutes les démarches administratives de l'employeur, mais la personne aidée reste l'employeur, et donc juridiquement responsable de la personne salariée, et souvent aussi de son remplacement en cas d'absence.

L'intérêt peut être de payer moins cher qu'avec un service prestataire et de choisir l'aide à domicile. Mais là aussi, demander aux personnes âgées d'assurer les responsabilités d'un employeur, alors qu'elles perdent des capacités pour accomplir des actes simples de la vie quotidienne, pose des questions pratiques et éthiques.

Service prestataire

La personne bénéficiaire de l'APA contractualise avec un service d'aide à domicile⁵ la mise à disposition d'un ou de plusieurs salariés pour intervenir à son domicile. Le service est l'employeur des salariés et il facture les prestations effectuées à la personne à aider. Celle-ci est donc cliente du service employeur de l'aide à domicile, et sa principale responsabilité est de payer la facture.

Cette modalité limite les démarches à effectuer par la personne aidée. Elle est aussi plus sécurisante, tant pour la personne aidée et ses proches que pour la salariée aidante, ne serait-ce que par la présence de responsables qui peuvent faire tiers en cas de conflit, et pour permettre la continuité du service y compris dans les situations d'absence. Et quand le service d'aide à domicile utilisé est conventionné avec le

¹ Ces démarches peuvent être effectuées par l'intermédiaire du service des *Chèques emploi service universels* (CESU).

² D'ailleurs, le législateur a prévu d'imposer *a priori* l'utilisation d'un service prestataire pour « l'intervention d'une tierce personne à domicile dans les cas de perte d'autonomie les plus importants » (CASF, article L232-6), autrement dit, les personnes isolées et/ou évaluées avec un GIR 1 ou 2, comme le précise l'article R232-12 du CASF.

³ Tout membre de la famille peut être salarié, sauf le conjoint de la personne bénéficiaire, et « Le lien de parenté éventuel avec son salarié est mentionné dans sa déclaration. » (CASF, article L232-7).

⁴ A titre d'exemple, dans le département A., les aides sous forme d'emploi direct représentent environ 10% des dossiers actifs ; elles sont généralement effectuées par les enfants, ou bien par une personne intervenant auprès de la personne aidée depuis de nombreuses années, c'est-à-dire avant la demande d'APA.

⁵ Lequel peut être un service public (CCAS ou CIAS), un service privé non lucratif (souvent associatif) ou un service privé lucratif.

département avec un système de télégestion, il perçoit directement la part de l'APA attribué au bénéficiaire pour les heures d'aide humaine. Celui-ci n'a donc plus besoin d'avancer l'argent pour payer le service ni de fournir les justificatifs de son utilisation de l'APA.

Cette modalité, beaucoup plus simple d'utilisation et plus accessible pour des personnes peu familières des démarches administratives, coûte évidemment plus cher. En effet, outre le travail de gestion et d'encadrement des salariées assuré par le service employeur, celui-ci doit également proposer des actions de formation continue pour les salariés, et développer un travail de relais auprès de familles et des partenaires – dont le service départemental concerné.

L'équipe médico-sociale doit donc se référer à cette grille de barèmes forfaitaires pour établir le plan d'aide, facilitant ainsi sa validation par la commission centrale ou par le contrôleur de procédure. Le plan d'aide ressemble alors à une liste des aides financées par l'allocation, chacune étant précisée, quantifiée, calculée, comme le montre celui proposé à madame Lucchesi à l'issue de l'entretien à domicile en janvier 2010 :

Encadré n°9. Proposition de plan d'aide à madame Lucchesi, janvier 2010

INTERVENTIONS PRISES EN CHARGE PAR L'ADPA	
AIDES MENSUELLES	
AIDES A LA PERSONNE	
» aide à domicile/service d'aide connu : 16 heure(s) prestataire	
Montant maximum des aides à la personne proposées : 280,00 euros	
AIDES MATERIELLES ET SERVICES	
» téléalarme : abonnement - montant : 30,00 euros	
AIDES PONCTUELLES	
AIDES TECHNIQUES	
» téléalarme : installation - montant : 50,00 euros Le montant à vous verser sera étalé sur une période de 1 mois	
» siège pivotant de baignoire - montant : 145,00 euros Le montant à vous verser sera étalé sur une période de 2 mois	
LOGEMENT	
» logement: adaptation/amélioration : pose de barres - montant : 40,00 euros Le montant à vous verser sera étalé sur une période de 49 mois	
Coût total du plan d'aide (hors aides ponctuelles) : 310,00 euros	

Tous les départements enquêtés ont complété ce balisage de portée nationale par des dispositions locales qui orientent et encadrent plus précisément l'utilisation de cette prestation. Comme nous l'avons vu dans l'encadré n°7, les commissions départementales déterminent annuellement les aides finançables par l'APA, et les bases de calcul de ces financements. Et même si ces listes ne sont pas exclusives, elles prédéterminent les réponses que peut proposer

l'équipe médico-sociale, et tendent à une homogénéisation du contenu des plans d'aide. En effet, les équipes médico-sociales s'autorisent peu à proposer d'autres types que celles déjà recensées - d'autant plus que celles-ci dépendent souvent des ressources existantes sur le territoire où vit la personne bénéficiaire.

Et certains départements (C et D) ont même complété la valorisation financière des aides par des estimations de temps nécessaires pour chaque type d'aide humaine, comme me l'explique cette responsable :

Et puis après y a un référentiel de temps attribué ! Donc, par exemple sur l'alimentation, c'est 20 à 30 minutes par repas - *elle lit* : « Quand les gens sont en incapacité, qu'il faut une aide totale », par exemple... Donc, c'est hyper... cadré, hein !

Mais en même temps, c'est bien, parce que ça donne un cadre, ça permet d'avoir une idée (...) - Parce que par exemple, moi j'm'étais rendue compte, sur les éliminations, certaines mettaient en élimination des heures qu'étaient pas des éliminations, c'était plutôt du transfert !

Et donc du coup, ça leur permet de penser, en terme de besoins réels - Et je trouve ça intéressant. (...) Parce que ça les oblige à penser en terme de « besoins de la personne » (Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Ainsi, dans ces plans d'aide, tout est calibré, comme un simple geste technique. Et s'il arrive un imprévu, il reviendra à l'aide à domicile de prendre l'initiative d'ajuster, ou de compléter par une intervention différente ou supplémentaire. Les contenus détaillés du plan d'aide (nature de l'aide, fréquence, base de remboursement) imposent à la personne bénéficiaire de respecter strictement ce qui est écrit et de faire une « demande de révision du plan d'aide » pour tout changement souhaité ou envisagé, quel qu'il soit, et quelle qu'en soit la raison. Cette demande de modification implique de nouvelles démarches administratives, et de nouveaux délais pour la mise en œuvre. Mais cette pratique permet aux collectivités départementales d'orienter le contenu des plans d'aides de façon significative.

Car les assemblées et services départementaux peuvent encourager et favoriser le recours à une aide plutôt qu'une autre en fonction du tarif de remboursement qu'ils attribuent. Ces incitations peuvent être basées autant sur des réalités de territoires que sur des choix politiques assumés, comme l'explique ce responsable départemental, en faisant référence aux réflexions et décisions lors de la mise en application de la loi¹ :

La première priorité, effectivement, c'était la valorisation des services prestataires... Pour des raisons multiples, d'ailleurs... La première, effectivement, c'est que, on a toujours considéré que c'était les garanties les plus fortes pour les personnes, au titre de formation, de continuité de service, d'autant que... Le conseil général a un rôle, et... un rôle

¹ Ce responsable, directeur adjoint des solidarités au moment de l'entretien, était chef de service dans le même département en 2001-2002 au moment du vote et de la mise en application de la loi relative à l'APA.

d'accompagnement, d'autorisation, etc., par rapport à ces services-là, qu'il n'a pas forcément sur les autres, et encore moins quand on parle d'emploi, d'emploi direct...

L'autre aspect des choses, ça a été que... Dans le département, on avait, on a toujours, même si c'est plutôt un handicap désormais, beaucoup de services, c'est-à-dire un maillage territorial qu'était très important, constitué autour, soit de services publics - donc type CCAS à l'époque -, ... ou associatif, mais avec un associatif dans lequel le, le rôle des collectivités locales était resté fort, c'est-à-dire... Tout le tissu s'était constitué autour de, d'un niveau cantonal, en réalité ; et après, il y a eu des modalités de gestion un peu différentes, soit associatif, soit publique, mais quand c'est associatif, au moins au départ, c'est un peu moins vrai aujourd'hui, mais ça l'est encore très fortement, euh... ce sont les élus locaux qui sont aux commandes, quoi, qui sont... Donc, y a un poids aussi politique important dans ce maillage territorial¹.

Ça faisait deux éléments, qui en tout cas se conjuguèrent pour favoriser les services prestataires. Alors, on l'a fait de plusieurs manières, d'abord sur des aspects d'information... auprès des usagers, en disant... Les évaluateurs, expliquant aux personnes que, certes elles avaient le libre choix, qu'était fondamental, mais que voilà, les services rendus n'étaient pas forcément le même non plus, mais, enfin, ... En tout cas, le principe du libre choix était respecté, mais enfin... Et puis y a un deuxième aspect, qu'était un aspect plus financier, euh, qui faisait que d'une part, on a encouragé les services prestataires en... Alors comment expliquer ça ?

Parce que... j'vais pas rentrer dans... En tout cas, on a fait en sorte que, euh, l'impact sur les coûts fait que l'APA étant plafonné, le nombre d'heures, mécaniquement, diminuait ; et donc on a on a mis en place un système qui neutralise cet effet-là. Euh... C'est-à-dire que : on a un tarif qui nous permet de calculer le montant de nombre d'heures du plan d'aide... - Voyez c'est que j'veux dire - qui est déconnecté du prix réel, auquel on le paye. C'est... Ça aboutit à un déplafonnement, si vous voulez.

Si vous voulez, un service qui est... - autorisé, hein, je n'parle que des services autorisés conseil général, sur lequel donc on fixe le tarif - aujourd'hui... Un service qui aura un prix horaire sera... a priori, disons 20,20 euros [*par heure*] pour faire simple : on va calculer le nombre d'heures de la personne, sur la base de 15,41 euros - qui est le vieux tarif CNAV d'y a... on n'sait combien d'années. Mais, quand le service va nous présenter sa facture, c'est-à-dire le nombre d'heures, et on va bien le payer à 20 euros. Bon. Donc ça permet d'avoir un nombre d'heures plus importants, donc on neutralise l'effet euh, l'effet concurrence si vous voulez. A l'inverse...

À l'inverse, d'une part on a pénalisé les services non autorisés parce que on a maintenu le tarif, là, par contre on les paye à 15 euros 41 [*de l'heure*], y en a encore quelques-uns

Ceux qui ne sont pas autorisés par le département ?

Oui. Et puis, surtout, on a pénalisé, historiquement le, l'emploi direct.

C'est à dire qu'on a... À l'époque où l'APA a été mise en place, euh... On... on valorisait, enfin on payait l'emploi direct, à hauteur de 9 euros 16 je crois ; et c'tarif n'a pas bougé -

A combien, vous avez dit ?

9 euros 16.

Ab oui, en effet, ...

Le tarif n'a pas bougé ; donc c'est largement inférieur au SMIC désormais² ; mais c'est une volonté, hein ; c'est pas une erreur, c'était la volonté,

¹ D'autant plus politique qu'il précise à un autre moment de l'entretien que « l'APA et les relations avec les services d'aide à domicile, pour les raisons qu'j'évoquais tout à l'heure, c'est d'autant plus important que tous les élus, ou presque, d'hémicycle sont concernés... (...) La plupart des services du département sont affiliés à la fédération UNA, dont la présidente est conseillère générale. Donc, euh ... Mélange... un peu... des rôles... »

² Au moment de cet entretien, le taux horaire brut du SMIC était de 9,53 €.

C'était la logique, ...

Oui, oui. Alors, c'est un peu *border line*, parce que ça laisse en fait à la personne un ticket modérateur supérieur etc., mais aujourd'hui, on n'a pas souhaité modifier cet état des choses, quoi, voilà comment on a valorisé le service prestataire dans, dans ce département. (Directeur Général adjoint en charge des Solidarités, Conseil général B, Entretien Mardi 06 mai 2014)¹.

Cette pratique vise à agir autant sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires, actuels ou potentiels, que sur les finances publiques et sur le développement du territoire départemental. Elle s'observe surtout pour les tarifs des interventions humaines au domicile, mais pourraient sans doute être aussi utilisée pour d'autres types d'aide. D'autre part, certaines collectivités utilisent la marge dont ils disposent pour proposer des réponses moins limitées.

En effet, les montants des plafonds imposés pour les plans d'aide ont beau être revalorisés tous les ans, ils peuvent se révéler parfois bien insuffisants, comme le souligne ce médecin :

En fait, il faudrait appeler ça plutôt un « plan financier », parce qu'on fait des préconisations en fonction des contraintes financières, du plafond, du taux de participation, et non en fonction des besoins analysés...

En fait, il faudrait faire apparaître les deux : les aides qui semblent nécessaires, et les aides qu'on va proposer pour être financées par l'APA...

Ça permettrait de faire apparaître quand et comment l'APA est opérationnelle !

(Notes de praticienne en réunion d'équipe, Médecin territorial, Conseil général F, Équipe S, Mardi 16 février 2010).

Des remarques de cette nature apparaissent souvent au cours des réunions d'équipe quand les demandes d'APA sont discutées. D'ailleurs, l'un des départements enquêtés (A) a effectivement conçu les dossiers médico-sociaux en tenant compte de cette réalité :

Pour le plan d'aide, le formulaire prévoit la possibilité d'y inscrire tous les besoins d'aide identifiés, avec un ordre de priorité compte-tenu des plafonds imposés par l'APA. Comme ça, on peut compléter s'il y a encore un peu de marge. Et ça permet aussi de savoir ce qu'il faudra envisager, comment trouver d'autres solutions, peut-être avec d'autres dispositifs, etc.

(Responsable adjointe ressource autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014).

Et quand ce département s'adapte aux contraintes financières en cherchant d'autres types de réponses et en anticipant d'éventuelles évolutions des besoins, d'autres décident d'une possibilité de compléments, « de montants plus favorables que ceux prévus par les lois », comme le prévoit le CASF (article L121-4) pour « mettre en œuvre la politique d'action sociale » (article L121-1). C'est une façon de financer des aides qui dépasseraient le plafond

¹ Notons qu'au moment de l'enquête, ce département participait à l'expérimentation de dotation globale aux services d'aide à domicile (voir *Supra*, Chapitre 5 – b) *L'activité de contrôle départemental*) dont l'accord prévoit que ces services mettent en œuvre aussi des actions de prévention, en direction de tous les publics concernés par la perte d'autonomie, au-delà de leur clientèle.

déterminé par le GIR, ou de diminuer le taux de participation de la personne bénéficiaire, et qui est utilisée par deux des départements enquêtés (B et C) :

Alors dans certains cas, pour les tous petits taux de participation¹, l'ordinateur propose automatiquement l'ACA - ça veut dire « Aide complémentaire autonomie ». C'est pour les taux compris entre 0 et 9%, je crois. Ça se fait automatiquement, c'est proposé directement sur le plan.

Là, par exemple, cette dame, elle aurait une participation de 12,70%, mais elle va avoir une ACA de 12,69 en plus, donc il va lui rester 3 euros à payer.

Ça complète l'APA.

(Responsable territoriale, Conseil général C, mercredi 14 mai 2014).

D'après une étude de la DREES publiée en 2013², soixante-quatre conseils généraux parmi les quatre-vingt-dix-sept ayant répondu, verseraient aux bénéficiaires ce type d'aide hors plan APA. La situation financière de nombreux départements français laisse supposer que ces pratiques généreuses pourraient diminuer. À la même période, Agnès Gramain et Florence Weber soulignaient, dans leur étude sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, « la diversité des pratiques en matière de prescription des plans d'aide » (2012 : 4), et relevaient comment certains départements utilisent l'APA comme « un outil d'administration du secteur de l'aide à domicile », comme « prescripteur (...) donnant non seulement le montant de l'aide et le volume horaire total, mais aussi les tâches à réaliser et un emploi du temps » (*Idem*), ou bien simplement comme financement des aides dont le choix est laissé aux bénéficiaires (page 5).

Conclusion Chapitre 5

Ce chapitre montre comment les élus et les services administratifs organisent la mise en œuvre de cette loi, en utilisant la marge de manœuvre laissées aux collectivités départementales pour l'adapter au territoire et à la population qu'ils administrent. Ces institutions adaptent les règles bureaucratiques définies par le législateur, transposent les outils prévus et en créent d'autres, pour enregistrer, instruire, les demandes, et en garder une trace administrative. Elles aménagent les règles d'attribution, et prévoient différentes procédures pour contrôler l'utilisation de l'argent public. Ainsi, aux balises inscrites dans le code de l'action sociale et des familles, et donc applicables de façon relativement normée à l'ensemble du territoire national, chaque collectivité départementale détermine une version locale : les départements enquêtés

¹ Pour mémoire, le montant de l'allocation versée est calculé non seulement en fonction du contenu du plan d'aide, mais aussi en fonction des ressources de la personne bénéficiaire : un « petit taux de participation » signifie donc que la personne a de faibles ressources.

² Etude réalisée à partir d'une collecte de données effectuée du 8 octobre au 31 décembre 2012, et pour laquelle 97 départements ont répondu.

ont tous redéfini leurs règles pour la procédure d'instruction des demandes et/ou pour élaborer les réponses, des règles qui s'imposent aux agents départementaux. À travers des éléments de procédure comme la modulation des délais, la présélection des demandes ou la prédéfinition des plans d'aide, les départements effectuent des *régulations institutionnelles* localisées. À leur manière, ils tentent d'articuler la réponse au problème public en limitant les frais liés à cette prestation. Comme pour d'autres politiques sociales, ils aménagent certaines consignes nationales en fonction de leurs choix politiques. Ces choix se réfèrent souvent à l'histoire du département, à sa configuration géographique, aux caractéristiques de la population, ou à d'autres paramètres locaux participant à la (re)définition des règles et des procédures applicables sur le territoire concerné, à partir du cadre national.

Ces variations dans l'application de la loi créent potentiellement des situations d'iniquité entre les départements. Toutefois, ces choix ne sont pas déterminés de façon définitive, ils peuvent être modifiés selon l'évolution des besoins, des contextes, des expérimentations¹, ou de négociations politiques². Celles-ci peuvent par exemple être dues à des changements de majorité politique dans les assemblées départementales. Aménager le fonctionnement bureaucratique ou faciliter les démarches administratives de leurs administrés, tenter de s'ajuster au plus près de leurs besoins ou limiter les dépenses publiques, autant de façons de redéfinir une politique d'action sociale pour l'adapter aux particularités locales et, *in fine*, de proposer des aides relativement personnalisées ou plus encadrées.

La présentation de ces règles et de leurs outils a permis d'observer également comment les agents départementaux, à leur tour, s'en saisissent et les adaptent pour anticiper les complications éventuelles, dans une forme de *régulation prudentielle*. La notion de *care bureaucratique* permet de qualifier cette posture, cette recherche d'articulation entre deux logiques, que nous retrouverons à différentes étapes de l'instruction. Mais ces choix d'organisations et de fonctionnements institutionnels ne suffisent pas pour comprendre la traduction en actes de cette loi, puisque l'instruction des demandes doit se dérouler, pour partie, au domicile de la personne candidate à la prestation. Au cours de cette étape, les opérateurs de contact sortent des locaux du département, cadre connu et normé, où travaillent leurs collègues bureaucrates, pour se rendre dans des domiciles, auprès des personnes demandeuses d'une aide publique.

¹ Par exemple celle menée dans les départements A et B au moment de l'enquête.

² D'autant plus que les *Schémas d'organisation sociale et médico-sociale* prévus à l'article L. 312-4 du CASF doivent être revus au moins tous les cinq ans.

CHAPITRE 6. - LE DOMICILE ET SES INTERFACES, ENTRE VIE PRIVÉE ET ACTION PUBLIQUE

Après la réception de la demande d'APA et la première partie de son instruction dans les locaux départementaux, celle-ci se poursuit par une instruction médico-sociale auprès de la personne candidate, à son domicile (CASF, article R232-7). Cette modalité de procédure impose aux protagonistes un ajustement réciproque : l'agent bureaucrate de contact doit sortir des murs institutionnels pour aller exercer sa mission dans un cadre inconnu, qui plus est dans un lieu de vie. Cette exigence l'oblige à changer de place, de cadre, tout en gardant le même rôle, effectuant les mêmes tâches pour exercer sa mission. Et la personne occupant les lieux, demandeuse d'une aide à la collectivité publique, doit ouvrir son cadre de vie à un représentant institutionnel, transformant pour une heure ou deux ce lieu de vie en lieu de travail, pour une personne souvent inconnue.

Dans ce chapitre, nous regarderons où et comment travaillent les bureaucrates de contact quand ils sortent des murs institutionnels. Nous examinerons comment s'effectuent les différentes modifications à l'œuvre : changement de cadre pour l'agent départemental, changement de statut pour le domicile de la personne candidate à la prestation, qui devient un lieu d'exercice de l'action publique. Nous verrons comment ces déplacements entraînent des mouvements et des configurations singulières, comment les rencontres ainsi provoquées imposent des ajustements réciproques aux divers protagonistes. Nous verrons également qu'entre les murs institutionnels et ceux des domiciles, les agents peuvent rester au travail dans d'autres espaces, publics ou privés, et que ces lieux intermédiaires participent de manière essentielle aux activités de régulation.

a) Les statuts du domicile

La notion de domicile prend des sens différents selon la catégorie d'acteurs concernés par la mise en œuvre de cette loi. Personne candidate à l'APA, administration définissant les règles de l'action sociale, ou professionnels intervenant au titre de l'aide sociale, chacun considère ce lieu de façon distincte.

Un lieu de vie et d'intimité

Pour la personne signataire de la demande d'APA, le domicile c'est d'abord le « lieu personnel d'habitation où l'on fixe sa demeure ou son principal établissement » (CNRTL, 2015). Un lieu de vie, un espace privé, dans lequel l'occupant peut décider de sa vie, de son comportement et de tout ce qui le concerne dans son intimité. Aussi ce lieu n'est-il pas seulement un espace

matériel, physiquement délimité, il peut prendre beaucoup d'autres significations. Le domicile représente un « chez soi », qui peut avoir comme fonction d'habiter, de se sentir en sécurité, où l'on peut à la fois abriter son intimité et exercer son autonomie (Dreyer et Ennuyer, 2017). Il représente une place « revendiquée par l'habitant mais [*elle est*] aussi reconnue et octroyée par le corps social » (Djaoui, 2012a : 36). Cette place peut alors permettre à l'occupant de distinguer dans son environnement un espace public et un espace privé (Deguilhaume, 2017 ; Vidal-Naquet, 2018), et de considérer celui-ci comme le lieu de « sa singularité dans ses rapports au monde (environnement matériel, objets symboliques, relations sociales) » (Djaoui, 2012a : 36). Dans cet espace privé, l'individu peut contrôler les passages entre le dehors et le dedans, « ce qu'il souhaite accueillir chez lui et ce qui doit rester à l'extérieur » (Deguilhaume, 2017 : 12). La personne qui est en capacité de décider et d'agir en fonction de ses propres choix sait s'approprier l'espace pour le rendre habitable selon ses propres critères, pour le personnaliser. Pour elle, le domicile peut alors représenter à la fois une forme de liberté et de sécurité, dans lequel elle sait comment répondre à ses propres besoins.

Pour les personnes dites âgées, ce lieu constitue souvent leur espace de vie depuis de nombreuses années : elles y ont leurs repères, leurs habitudes, leurs souvenirs. Mais pour la personne qui n'est plus en capacité de décider ou d'agir facilement seule, le domicile peut aussi devenir enfermant et/ou insécurisant. Il devient le lieu où elle peut rencontrer des difficultés à exécuter les « actes de la vie quotidienne » - tels que ceux définis par la grille AGGIR. Et ce d'autant plus que ces difficultés, dues à la diminution ou à la perte de capacités, peuvent être accentuées, voire aggravées, par la configuration du logement - par exemple en présence de différences de niveaux (marches, étage) ; ou bien par l'absence des commodités à proximité (commerces, services, transports, ...), un isolement humain, etc. *A contrario*, la configuration du logement, ou la façon dont la personne l'habite et l'a investi depuis plusieurs années, peut l'aider à compenser ces pertes de capacités. C'est le cas de madame Lannes, qui habite un petit appartement avec deux marches pour aller aux toilettes, trois marches pour atteindre sa chambre, et qui m'assure : « Non, non, ce n'est pas difficile, vous voyez, je m'appuie là et là, et hop j'y suis ! » (Visite à domicile, Mercredi 22 septembre 2010). C'est aussi ce que fait madame Lucchesi, pour laquelle tout déplacement est devenu difficile, mais qui a appris à s'appuyer sur les meubles robustes de son appartement, lui évitant ainsi l'usage d'une canne ou d'un déambulateur ; de même, elle et son conjoint ont su et pu réorganiser leur quotidien

au fur et à mesure des diminutions de leurs capacités, grâce à la présence de voisins aidants et bienveillants¹, et à celle de la fille de madame Lucchesi, qui habite à proximité :

On a la femme de ménage qui vient deux fois par semaine, notre fille qui vient s'occuper des papiers et des grandes courses, et puis pour les petites courses de tous les jours, y a toujours un voisin ou une voisine qui propose de nous dépanner...
(Notes de praticienne, Entretien à domicile avec madame Lucchesi, 08 janvier 2010).

Jusqu'au jour où ces aides de proximité ne sont plus suffisantes. Le domicile devient alors le lieu où interviennent des aides extérieures, qui peuvent être ponctuelles – un artisan venu installer des aménagements, l'évaluateur départemental -, ou plus durables – pour des soins infirmiers, des auxiliaires de vie sociale, etc. Des aides éventuellement financées, ou finançables, par l'APA. Ces interventions extérieures viennent alors modifier le quotidien et l'intimité de la personne habitante, et celle-ci doit trouver de nouveaux arrangements, avec des perceptions variables suivant les circonstances. Ces interventions transforment alors le domicile en « support de politiques publiques » (Ravon, 2016b). C'est dans ce lieu protégé et protecteur que doit se rendre l'agent départemental, mandaté par la collectivité pour aller évaluer la demande.

Le domicile des politiques sociales, une définition bureaucratique

L'administration a une conception bien différente de la notion de domicile, puisqu'au vu de ces règles bureaucratiques, le domicile peut alors ne pas être, ou plutôt ne plus être, le « lieu de vie ». En effet, les pouvoirs publics ont créé la notion de « domicile de secours » pour déterminer la collectivité qui doit étudier, et éventuellement financer, les demandes d'aide sociale². C'est donc le CASF qui précise ce qu'est le *domicile de secours*, différent du *domicile* défini par le code civil :

Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil³, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au

¹ Pour faire leurs courses et venir relever madame Lucchesi lorsqu'elle chute, même au milieu de la nuit - cf. *Prologue*.

² « la loi du 24 vendémiaire an II (15 octobre 1793) disposait ainsi, en son article premier, que “le domicile de secours est le lieu où l'homme nécessiteux a droit aux secours publics” » (<http://www.gazette-sante-social.fr/5656/aide-sociale-la-determination-du-domicile-de-secours>, Consulté le 28 mai 2020).

³ Lesquels définissent ce qu'est le domicile, en tant que lieu de résidence, et où s'exercent les droits civils.

domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours.
(CASF, article L122-2).

En application de cette disposition, une personne quittant son logement pour aller vivre chez des accueillants familiaux, ou dans un établissement de type EHPA ou Résidence autonomie, a un *domicile de secours* différent de son lieu de vie. Cette distinction n'a en principe pas grande incidence lorsque les deux lieux sont situés dans le même département : c'est la même collectivité qui instruit la demande d'aide sociale, selon les mêmes règles départementales, qui finance la prestation, et les agents départementaux peuvent facilement contacter leurs collègues si besoin. Par contre,

Les dossiers déposés pour des demandeurs n'ayant pas leur domicile de secours dans le département ne doivent pas être instruits, ni déclarés complets, mais doivent être transmis dans les plus brefs délais au département compétent.
(Conseil général F, 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche « La condition du domicile de secours »)

Dans ce cas, le département de domiciliation effectue l'instruction administrative, puis sollicite le département de résidence pour effectuer l'instruction médico-sociale, lequel transmet ensuite au département de domiciliation la proposition de plan d'aide pour validation et paiement... Par ailleurs, une personne déjà bénéficiaire de l'APA qui déménage en changeant de département doit en informer les deux départements concernés : pendant les trois premiers mois de résidence dans le département d'arrivée, c'est le département du domicile précédent qui continue à financer l'APA tel qu'il l'a accordée. Au cours de cette période, le service du département où se situe le nouveau domicile effectue une nouvelle instruction, basée sur les règles du département de la nouvelle installation, et qui peut donc donner lieu à une modification du plan d'aide en cours¹. Ces exigences bureaucratiques sont des sources potentielles de retard, d'erreurs, et de négociations, puisque comme nous l'avons vu, le cadrage du plan d'aide et les règles bureaucratiques peuvent être différents selon les départements. Elles peuvent même provoquer des suspensions de versement de l'allocation, comme l'ont vécu monsieur et madame Norman, à la suite d'un déménagement pour se rapprocher de leur fille. À présent installés dans un EHPA, leurs demandes d'aide sociale restent domiciliées dans le département précédent, à six cents kilomètres. Ils n'ont pas pensé à informer les administrations de ce changement de résidence, et n'en connaissent donc pas les conséquences pour la gestion de l'APA. Ce n'est qu'à la réception d'un courrier leur annonçant l'arrêt du

¹ Et chacune de ces opérations donne lieu à l'édition d'un arrêté par le président du conseil général concerné, pour interrompre, suspendre, ou admettre le bénéfice de l'APA.

paiement de l'allocation que, fortement inquiets, ils contactent le service départemental sur les conseils du personnel de l'EHPA. Après vérification auprès du service du département de domiciliation, nous avons dû reprendre une instruction médico-sociale et ajuster le plan d'aide à leur nouveau cadre de vie, transmettre au département précédent la décision d'attribution et le plan d'aide accordé, et expliquer à monsieur et madame Norman les raisons pour lesquelles, désormais, ils devraient payer le service d'aide à domicile, conserver les factures, et en envoyer une copie au département de leur domicile de secours. Une autre incidence pratique de cette distinction entre résidence et domicile de secours concerne les personnes qui changent de résidence plusieurs fois dans l'année, car

certains retraités [...] partagent leur vie entre deux (voire plusieurs) adresses différentes : le domicile habituel (correspondant souvent au logement de la période où ils étaient encore actifs), une résidence secondaire ou dite « de vacances » et, pour les plus nantis, une maison de famille (où ils accueillent volontiers les enfants et petits-enfants). La différenciation entre domicile et résidence, souvent induite par les transformations des schémas familiaux, des réseaux affectifs et des mœurs en général, même si elle garde un sens du point de vue juridique, tend à perdre de sa pertinence
(Djaoui, 2008 : 263).

La stricte application de la loi imposerait que le dossier du bénéficiaire de l'APA soit transmis au département de résidence à chaque fois que celui-ci y reste pendant plus de trois mois. Pour éviter ces opérations multiples, sources de tracasseries et d'erreurs - autant pour la personne bénéficiaire que pour les agents départementaux -, et considérant que les diverses migrations peuvent s'équilibrer, les agents départementaux rencontrés disent s'accorder avec leurs homologues des autres départements concernés pour maintenir la gestion du dossier dans le département d'origine de la demande¹ - sauf demande expresse de la personne bénéficiaire de faire autrement.

Cette décision politique impose à toute personne d'avoir un

siège légal². (...) Cette notion répond sans conteste à des nécessités d'organisation et de contrôle social. Elle permet de définir les compétences des différentes autorités (administratives, judiciaires, sanitaires et sociales, etc.).
(Djaoui, 2008 : 14).

Dans la mise en œuvre de la loi relative à l'APA³, elle met en évidence les différences de choix et de pratiques entre les départements, et peut entraîner quelques imbroglios administratifs - au détriment de personnes déjà fragilisées par la diminution de leurs capacités.

¹ Dans ces cas-là, le département ne peut faire aucun versement direct à des tiers, et la personne bénéficiaire doit donc faire l'avance des frais, puis fournir tous les justificatifs au département du domicile de secours.

² En référence à l'article 102 du code civil.

³ Et comme pour beaucoup d'autres politiques sociales décentralisées.

Le domicile devient territoire de l'action publique

En imposant une visite à domicile obligatoire auprès de toute personne demandant l'APA, le législateur transforme les agents départementaux en des « visiteurs - évaluateurs », sommés de se déplacer chez l'utilisateur qui sollicite une aide de la collectivité publique. Le domicile de cet usager devient alors, le temps de cette instruction, un territoire de l'action publique, un lieu de confrontations et un site de connaissances. Un territoire de l'action publique, car c'est là qu'elle devient effective. C'est là que l'accès aux droits est apprécié, à partir du cadre institutionnel que l'agent évaluateur incarne, et qu'il confronte avec sa compréhension de ce qu'il perçoit, de ce qu'il voit et de ce qu'il entend, dans ce lieu de vie devenu aussi, et provisoirement, un lieu de travail. Se rendre au domicile pour instruire une demande d'APA, c'est sortir des locaux institutionnels (Jetté et Lenzi, 2020) et dépasser les limites du guichet et des locaux institutionnels étudiées par Vincent Dubois et Jean-Marc Weller. C'est traverser des rues et des espaces publics (Lipsky, 1969), pour finalement entrer chez quelqu'un, et s'installer dans son espace d'intimité et de liberté.

Cet espace privé devient alors un lieu de rencontre entre des acteurs de différentes origines, un lieu de confrontation entre différentes logiques. L'opérateur public y arrive avec les règles bureaucratiques relatives à sa mission, et avec ses propres repères normatifs, dans un espace de vie protégé, que la personne habitante a aménagé et investi à sa façon, en fonction de son histoire et de ses envies. Quand ce visiteur arrive, cet espace de la vie privée devient en partie public, observé, voire contrôlé. Et la relation qui s'instaure alors entre les différents protagonistes présents est toujours différente de celle qui pourrait se dérouler à un guichet - surtout si des proches de la personne visitée participent à cet entretien¹ : ici, c'est l'agent institutionnel qui est étranger au lieu et aux usages du lieu. C'est lui qui va devoir s'adapter aux postures et aux stratégies de chacune des personnes présentes (Djaoui, 2008). Pour lui, le domicile n'est donc pas un lieu de travail comme les autres. D'autant plus qu'il y a accès à une multitude d'indices qui vont lui donner des informations sur l'état de la personne visitée et sur sa situation, autrement que par le simple jeu des questions-réponses. La façon dont chacun habite le lieu, ce sont les meubles sur lesquels s'appuie madame Lucchesi, la propreté impeccable de l'appartement chez monsieur Loisy, les odeurs caractéristiques de l'incurie chez monsieur et madame Achard, la protection souillée qui traîne par terre chez madame Miras, ou le sol rempli de piles de journaux sur lesquelles le chat fait ses griffes chez madame

¹ Comme cela arrive souvent, nous l'avons vu, par exemple, dans la situation de madame Marchetti et monsieur Gillot, présentée dans le prologue.

Mourguet... Autant de signes que le professionnel peut observer et interpréter (Deguilhaume, 2017). « Aller à domicile, cela entraîne une bonne connaissance du lieu et du mode de vie de l'intéressé », souligne une assistante sociale (Conseil général F, décembre 2009). Pour Dominique Friard, « Si tout ne fait pas sens à domicile, tout peut faire sens » (2012 : 32). Aussi le visiteur médico-social est-il attentif à de nombreux détails, indices d'une éventuelle difficulté quotidienne ou d'un mode de vie. Ils donnent l'occasion d'amorcer l'entretien d'évaluation sous forme de conversation, ou de questionner la personne habitante sur ses difficultés, comme j'ai pu le faire auprès de madame Paulet¹ lors de mes premières visites, en apercevant des piles de dossiers et de papiers sur la table du séjour.

Au cours de ces visites, l'agent départemental découvre la diversité des modes de vie, tant d'un point de vue matériel que dans les relations avec les proches, les rythmes, l'environnement, etc. Il peut alors être tenté de les comparer à ses repères, personnels ou professionnels, en particulier lorsque certaines caractéristiques ne correspondent pas aux normes courantes d'hygiène, de sécurité, ou de confort (Djaoui, 2008), comme me le fait vivement remarquer madame Marot lors de ma première venue :

Et ne venez pas m'dire d'installer une douche comme me l'a ordonné une de vos collègues ! Je n'ai jamais eu de douche, je me suis toujours lavée au lavabo, et c'est très bien comme ça ! Je ne m'en porte pas plus mal !!
(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Jeudi 02 septembre 2010).

Il peut aussi y découvrir les ressources et les obstacles que peut rencontrer la personne visitée : nous avons vu précédemment² combien les qualités du domicile et de l'entourage humain peuvent compenser, ou au contraire renforcer, les difficultés liées à des diminutions de capacités. C'est bien parce qu'il est sur place, in situ, que l'agent évaluateur peut constater et évaluer directement comment cet environnement peut constituer ou non un soutien adapté.

Cette dimension domestique de l'instruction médico-sociale incite le visiteur à recentrer son attention sur les capacités de la personne à habiter son lieu de vie, à prendre soin d'elle. Elle l'oblige aussi à comprendre comment les personnes présentes lors de l'entretien sont liées entre elles. Et elle lui impose une adaptation permanente de sa posture et de ses pratiques. Quand les décalages paraissent trop importants ou inquiétants au regard des « prescriptions standards » (Hennion et *al.*, 2012 : 9), le professionnel peut les questionner et les discuter sur place, voire en reparler avec ses collègues pendant les réunions d'équipe ou lors de temps plus informels.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. – b) *Des incapacités multidimensionnelles et Chapitre 2. – d) L'importance du contexte de vie.*

² Voir *Supra*, Chapitre 2 – d) *L'importance du contexte de vie.*

b) Construire une relation d'aide à domicile

Le principe de la « visite à domicile » entraîne les professionnels des services sociaux, médico-sociaux ou judiciaires, hors des locaux institutionnels, parfois assez loin géographiquement, pour aller exercer leur mission dans le cadre de vie des personnes destinataires de l'action publique. Or, un domicile ne représente pas un espace de travail comme les autres. Habité par une ou plusieurs personnes, ce lieu n'est ni institutionnel, ni professionnel, ni public. L'entretien s'y déroule alors dans des conditions et selon des modalités différentes de celles que l'on peut observer dans des locaux institutionnels (Djaoui, 2008). L'agent départemental s'introduit dans un espace privé, intime, et le transforme, le temps d'un entretien, en scène de travail et d'opérations administratives.

Aller au domicile d'une personne candidate à l'APA, une modalité contrainte au risque de la routine

Aller au domicile des personnes aidées ou accompagnées n'est pas une pratique nouvelle¹ ni spécifique à cette politique sociale. Cette démarche est fréquente dans les missions d'action sociale, de la protection maternelle et infantile² à l'aide sociale à l'enfance³, auprès de personnes handicapées⁴ ou de majeurs protégés, par exemple⁵. Il s'agit alors le plus souvent d'une modalité d'accompagnement parmi d'autres, dont l'organisation, le rythme, la fréquence, et le contenu sont habituellement laissés à l'appréciation du professionnel ou de l'équipe qui l'effectue, en lien avec les personnes concernées. La visite à domicile effectuée dans le cadre d'une demande d'APA diffère de ces pratiques par l'objectif et par la forme. D'une part, elle est prévue dans la procédure d'instruction des demandes d'allocation et s'impose donc à la personne qui a exprimé la demande d'aide sociale, comme elle s'impose au service qui instruit cette demande. Et puis le contenu et la forme de cette visite à domicile d'instruction sont

¹ Comme le rappelle par exemple Elian Djaoui : « Les pouvoirs publics, dans leur volonté de lutter contre de nombreux fléaux sociaux ou médico-sociaux (la mortalité infantile, l'enfance en danger, les maladies à répercussions sociales telles que la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, etc.), ont été très tôt amenés à s'intéresser aux conditions concrètes de vie des populations, en particulier les modalités d'habitat. La mise en œuvre progressive de politiques publiques de plus en plus nombreuses et de plus en plus pointues, visant à protéger les personnes des risques majeurs, impose d'entrer dans les foyers et de s'intéresser à la vie privée des familles » (2008 : 7).

² Pour les accompagnements à l'occasion d'une naissance, mais aussi pour instruire les demandes d'agrément (assistantes maternelles ou assistants familiaux).

³ En particulier dans le cadre des mesures d'aide ou d'assistance éducative, de l'évaluation d'informations préoccupantes, de projet d'adoption, etc.

⁴ Par exemple dans les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), ou les services d'aide à domicile.

⁵ Notons que le travail à domicile exercé dans le cadre de ces missions peut aussi prendre plusieurs formes, entre l'intervention ponctuelle, l'accompagnement médico-social ou éducatif, et l'accueil avec ou sans hébergement.

rigoureusement encadrés par le CASF : il s'agit à la fois d'évaluer le niveau de la perte d'autonomie selon les critères de la grille AGGIR, de collecter des informations permettant d'élaborer un plan d'aide finançable par l'APA, et aussi d'informer les personnes présentes sur cette prestation et les aides existantes (CASF, article R232-7). Cet entretien donne donc lieu systématiquement à la production d'un GIR, accompagné d'un plan d'aide ou d'un compte-rendu de visite (CASF, articles L232-14 et R232-7). D'autre part, la visite à domicile d'instruction d'une demande d'APA n'est pas prévue pour apporter une aide directe ni pour proposer un accompagnement au long cours par le visiteur lui-même, mais pour apprécier l'éligibilité à l'allocation demandée, et donc, en quelque sorte, la légitimité de la demande d'aide. Elle est envisagée comme un entretien ponctuel, pour répondre à une demande précise et formalisée, et elle pourra être suivie d'autres interventions, par d'autres professionnels, issus généralement d'autres institutions. De plus, dans les services départementaux qui ont organisé le traitement des demandes en spécialisant les équipes et les professionnels opérateurs de cette mission¹, le visiteur départemental est conduit à effectuer de nombreux entretiens à domicile, souvent plusieurs par journée et demi-journée. Il renouvelle alors l'exercice dans des situations à chaque fois singulières : se présenter avec les mêmes objectifs, le même cadre institutionnel, le même rôle, mais auprès de personnes et dans des lieux toujours différents. Autant d'éléments qui créent des conditions particulières pour la rencontre entre le professionnel² qui se déplace et la ou les personnes qui le reçoivent. Le risque peut être de répéter les mêmes opérations bureaucratiques, quel que soit le contexte rencontré, par facilité, sécurité, ou souci d'efficacité – par exemple. Car dans ce domicile lieu de vie, il peut se sentir reçu et accepté, accueilli, attendu – mais aussi dérangeant ou intrusif, voire menaçant pour des personnes inquiètes de ces visites institutionnelles. Pour limiter ces sentiments perturbants et leurs conséquences, il faudra alors rassurer avant d'engager un entretien circonstancié.³ Au fil des déplacements et des entretiens, l'agent visiteur doit donc apprendre à connaître et à reconnaître les particularités de ces visites, et la singularité de ces hôtes. Nous verrons dans la troisième partie, comment il cherche à limiter le sentiment d'intrusion, et tente de se présenter avec suffisamment de tact pour être reçu et accueilli sans trop de dérangement.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 4. – Les sites départementaux de traduction des textes juridiques.

² Au moment de l'enquête, la grande majorité des visites à domicile effectuées dans le cadre de l'APA sont réalisées par un seul agent départemental. Seuls quelques services prévoient – ou autorisent – des visites en binôme pour certaines situations.

³ Rappelons que cette analyse s'appuie sur une enquête réalisée auprès de professionnels volontaires pour accueillir l'enquêtrice. Elle ne permet donc pas d'affirmer que ce tact et cette attention sont à l'œuvre partout et en toute circonstance.

Travailler hors des locaux institutionnels, une pratique « sans filet »

Aller au domicile d'une personne demandeuse d'une aide sociale, c'est sortir des locaux institutionnels, s'éloigner de ces murs, c'est aussi exercer loin des collègues et de la hiérarchie. C'est se retrouver seul, étranger, dans un cadre inconnu, celui de l'espace personnel et intime de la personne visitée. Sans protection ni contrôle de ce qui peut se passer et de ce que cette présence peut produire auprès des personnes présentes – ou de soi-même. Cette distance géographique par rapport au regard institutionnel peut gêner ou insécuriser le professionnel, et l'enquête montre que celui qui est mal à l'aise avec cette pratique ne choisit pas cette mission, ou n'y reste pas, comme l'indiquait une collègue en quittant le service :

Moi, ça m'va pas d'aller de domicile en domicile, d'entrer chez les gens, d'observer comment ils vivent, ... Et puis j'ai besoin d'me sentir entourée par les collègues, les cheffes - Travailler sans filet, sans les murs du CG et leurs règles, c'est pas mon truc ! Quand t'es chez eux, tu maîtrises pas grand-chose, entre la personne elle-même, ses enfants, le conjoint, tout c'qui peut s'passer... Non, vraiment, c'est pas mon truc !
(Notes de praticienne, échanges avec Assistante sociale, Conseil général F, Équipe S, Mercredi 27 janvier 2010) -

En effet, le cadre particulier de la visite à domicile nécessite de la souplesse et de l'adaptation permanente face aux situations et aux imprévus, car

(...) la prise en charge à domicile est souvent marquée du sceau de l'insécurité : elle est rencontrée avec des inconnus, dans un territoire qu'on ne maîtrise pas, où l'on est, parfois, à peine toléré. (...) Dans son service, il [*le professionnel*] se sent protégé par la machinerie organisationnelle, rituels de l'accueil, organisation du service, locaux, présence de l'équipe, codes, distance physique. Les craintes de se laisser « envahir », de se laisser « contaminer », (Zaccai-Reyners, 2008), qui existent dans toute prise en charge, se trouvent accrues au domicile »
(Djaoui, 2011b : 16).

Ce sentiment d'insécurité dans l'approche d'un territoire inconnu et non maîtrisé existe d'autant plus que les visites à domicile effectuées pour instruire une demande d'APA sont souvent des premières rencontres, toujours renouvelées. Le professionnel ne retourne chez une personne déjà connue que pour une révision du plan d'aide¹, ou parce qu'il exerce dans une collectivité départementale ayant décidé et organisé un accompagnement plus global des personnes de plus de soixante ans. Dans ce cas, il peut effectivement retourner au domicile, pour accompagner la mise en œuvre du plan d'aide ou pour toute autre question pas toujours directement liée à l'APA². La relation se construit alors dans le temps, dans une alternance de

¹ La demande de révision peut émaner de l'institution, dans le cadre de révisions automatique, ou de la personne elle-même, quand sa situation évolue.

² Ces accompagnements ne constituent pas la majorité des déplacements effectués, mais ils peuvent représenter une part importante du temps de travail.

mise à distance et de rapprochements, et donne ainsi une autre tonalité à ces déplacements au domicile. Pour d'autres professionnels, par contre, l'exercice de la visite à domicile, en mettant l'institution à distance, représente plutôt une augmentation de leur marge de manœuvre :

Les entretiens au domicile sont en général plus longs, il peut être difficile d'y mettre un terme, contrairement aux entretiens en permanence où le timing est plus serré, et sont surveillé par les chefs.¹

(Assistante sociale, Conseil général F, 2009, *Accompagner des Personnes âgées dans le cadre d'un poste spécialisé PA*).

Loin des murs physiques de l'institution, l'agent de contact semble gérer le temps de l'entretien comme il le sent utile, selon la situation. Ce sentiment d'autonomie dans la pratique professionnelle peut faciliter toutes sortes d'arrangements, non seulement avec le temps, mais aussi avec le contenu de l'entretien, multipliant la nature des questions abordées, ou avec la nature de la relation elle-même - parfois au risque de dérapages (par abus de pouvoir ou par débordement affectif) ou de transformation du mandat initial. Mais cette distance de l'institution, c'est aussi une absence de soutien, un espace d'incertitudes, parce que

Dans le logement d'autrui, ce territoire « étranger », non maîtrisé, inconnu, il [*le professionnel*] travaille souvent seul ; il est donc moins protégé que lorsqu'il opère dans les locaux de son service, son territoire, où il peut trouver un soutien auprès de ses collègues ou de sa hiérarchie. (...) Les règles, « l'institution », éventuellement les outils et les appareillages (parfois imposants chez certaines professions soignantes), ou le bureau introduisent une distance et matérielle et symbolique entre lui et le malheur de l'usager. Au domicile, tous ces éléments protecteurs disparaissent, le laissant démuné et vulnérable face à cette trop grande proximité. Les distances, matérielles mais aussi psychiques, nécessaires à l'efficacité de l'intervention, sont abolies. Le professionnel se sent envahi, par les bruits (de la télévision, des pleurs du bébé, etc.), les mouvements des uns et des autres, le chien qui peut vous lécher les pieds, la boisson que l'on peut vous imposer... La peur de se noyer dans la subjectivité de l'autre, en un mot de s'identifier à la personne dont on a la charge, naît ; la maîtrise de la relation est rendue beaucoup plus difficile.

(Djaoui, 2008 : 240).

Cette diminution des distances physiques, entre le professionnel proposant une aide et la personne qui a besoin d'aide, diminue les filtres de la relation, engage la corporéité de chacun, et favorise les rapprochements physiques et psychiques. Or,

Ce rapproché des corps et des psychés est une épreuve clinique au sens qu'elle est avant tout située au niveau des éprouvés bruts, initialement irréprésentables, mais auxquels il faut survivre tout en les éprouvant suffisamment car ils nous donnent des précieuses indications sur les éprouvés de l'autre.

(Ali Ismaël, 2015).

¹ Au cours d'une enquête réalisée dans les Maisons de la Métropole de Lyon, les travailleurs sociaux indiquaient ne pas devoir dépasser quarante-cinq minutes par entretien pendant les permanences (Métis, 2019 : 44).

Dans cette proximité, diverses émotions peuvent surgir, et s'éprouver chez la personne visitée comme chez le visiteur, d'autant plus que sa « sensorialité se trouve exacerbée » par le « bombardement de percepts » (Hawke, 2013) que lui renvoient les nombreux signaux du logement (olfactifs, sonores, visuels). Ces situations singulières modifient les repères, et demandent une capacité d'adaptation importante. Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet parlent de « professionnalité » pour qualifier

la capacité de s'adapter aux situations, que celles-ci soient routinières ou inédites. Cette capacité suppose l'adoption par les intervenants d'une posture de régulation favorisant un retour dynamique et continu sur leur propre pratique dans une perspective de rectification et d'ajustement.

(Ravon et Vidal-Naquet, 2014 : 266).

Pour effectuer ce « retour dynamique et continu sur [sa] propre pratique » et ne pas (trop) s'y perdre, l'agent départemental peut se référer au cadre de sa mission¹, et le faire vivre au cours de l'entretien en évoquant l'équipe et l'institution à travers ses propos, par exemple pour préciser que la décision ne lui appartient pas à lui seul, ou pour élargir le champ des réponses possibles. Ce recours au cadre institutionnel dans le discours permet d'instaurer un tiers dans la relation avec la personne visitée, qui peut faciliter l'ajustement dans des positions parfois délicates entre les règles bureaucratiques, que le professionnel emporte avec lui, et la variété des vies singulières qu'il rencontre à domicile. Mais le professionnel-visiteur s'appuie aussi sur son propre cadre interne, c'est-à-dire l'ensemble de ses compétences, de ses connaissances et de ses capacités, acquises dans ses expériences de vie et professionnelles. Ce cadre interne s'alimente et se construit en permanence,

Dans l'action, au fil du temps et à bas bruit, les professionnels se dotent, par accumulation, de leur propre répertoire d'actions qu'ils soutiennent en puisant dans les ressources les plus diverses ; qu'elles soient internes ou non au monde du travail.

(Ravon et Vidal-Naquet, 2014 : 268).

Le recours à ces ressources peut se faire consciemment, délibérément, ou spontanément, comme lors de la visite au domicile de madame Aznar, effectuée à la suite d'une information du commissariat pour signaler son comportement préoccupant, potentiellement dangereux, dans sa façon de déambuler dans les rues à toute heure et en tenue inadaptée. Comme le prévoit la règle départementale pour ces situations, nous sommes deux pour aller rencontrer cette dame chez elle (en l'occurrence, l'infirmière et moi, travailleuse sociale), et nous l'avons informée de notre venue par courrier postal.

¹ Cadre défini par l'institution et constitué des règles qui encadrent le travail du professionnel et des outils mis à sa disposition : dossier médico-social incluant la grille AGGIR, temps de réunion d'équipe ou d'échanges moins formels avec des collègues, etc. – cf. *Supra*.

Arrivées devant l'adresse indiquée, nous sonnons. Personne ne répond à nos coups de sonnette. Après attente et insistance de notre part, la porte finit par s'ouvrir, et derrière la femme relativement jeune qui apparaît derrière la porte qu'elle vient d'ouvrir, nous apercevons une femme nettement plus âgée qui nous apostrophe avec virulence. Nous comprenons mal ce qu'elle dit, nous ne connaissons pas la langue utilisée, mais il semble bien qu'elle ne veut pas nous laisser entrer. Voyant qu'elle tient une serpillière à la main et semble occupée à des tâches ménagères, je lui propose d'enlever nos chaussures pour pouvoir entrer sans salir - tout en joignant le geste à mes paroles. Madame Aznar marque un arrêt, un signe d'acquiescement, puis m'invite à entrer. Surprise par mon geste, ma collègue hésite, mais voyant que la dame se calme et me laisse entrer, elle m'imité et enlève ses chaussures. Nous rangeons alors consciencieusement nos chaussures le long des marches, et pouvons enfin pénétrer dans le logement avec l'accord de l'habitante, désormais totalement calmée.

(Notes de praticienne suite à visite à domicile avec infirmière, Mardi 16 octobre 2012).

Dans l'instant, je n'ai pas réalisé l'incongruité de mon geste. J'ai agi sans réfléchir, en réponse à ce que j'imaginai comprendre du comportement de cette dame. Il a fallu que ma collègue me partage son étonnement en quittant le domicile : « Ben finalement, elle semblait plutôt contente de nous voir, cette petite dame ! Pourtant c'était pas gagné... Mais quelle idée t'as eu d'enlever tes chaussures ? ! Tu fais souvent ça pendant les vâd ? » ; puis qu'elle relate l'anecdote lors de la réunion d'équipe qui a suivi, pour que je réalise l'inattendu de ce comportement de la part d'une travailleuse sociale en déplacement professionnel chez des personnes inconnues. Cette proposition de se déchausser avant d'entrer m'est venue comme une évidence : d'une part, je n'aime pas gâcher ostensiblement le travail d'autrui en salissant trop vite ce qui vient d'être nettoyé ; et d'autre part, j'ai vécu et travaillé dans un pays où l'une des marques de politesse est d'enlever systématiquement ses chaussures avant d'entrer chez quelqu'un. Ces deux expériences font désormais partie de mon cadre de références, et face à cette dame et à son attitude, j'ai simplement retrouvé la nécessité d'exprimer cette marque de respect. De la même façon, cette même collègue avait acquis le réflexe d'élever le son de sa voix et d'articuler exagérément quand elle avait lu dans le certificat médical les pertes auditives de la personne visitée. De façon plus réfléchie, c'est aussi à partir de ce cadre interne que le professionnel visiteur tente d'adapter sa posture et de mener l'entretien en fonction des personnes présentes, même sans les connaître ni connaître leurs interrelations *a priori*, de rester vigilant au déroulement du temps, et accepte ou non le café ou le gâteau offerts. Car

Quand bien même elles sont comparables, les situations sont toujours quelque part inédites. Elles sollicitent par conséquent le savoir-faire et l'inventivité des agents dès lors que les règles du métier sont insuffisantes pour prendre en compte l'imprévu.
(Ravon et Vidal-Naquet, 2014 : 268).

Les imprévus sont multiples au cours des visites à domicile. Aussi ces repères, reconstruits et intériorisés, se révèlent utiles pour affronter la singularité de chaque situation, hors des murs de l'institution, et dans un domicile à chaque fois différent.

Travailler dans le lieu de vie et d'intimité d'autrui

Pour le professionnel de l'action sociale, effectuer une visite à domicile c'est aussi s'installer dans un lieu privé pour y mener un entretien professionnel. Là, vivent une ou des personnes, différemment concernées par cette visite. Cette pratique est donc particulièrement impliquante, pour le praticien comme pour les personnes présentes. Et contrairement aux entretiens réalisés dans des locaux institutionnels, ce n'est pas le professionnel qui organise le dispositif de l'action (Dubois, 2010a). Ce visiteur n'est pas chez lui, il ne peut guère imposer ses règles quant au contexte et au déroulement de l'entretien. Au contraire, il doit s'adapter au cadre qui lui est proposé, aux choix de la personne visitée. C'est elle qui reçoit - éventuellement avec le soutien de quelques proches. C'est elle qui « se situe en position « haute », dominante ; le rapport de pouvoir se trouve inversé » (Djaoui, 2008 : 240). Elle peut d'ailleurs rappeler au visiteur que sa présence n'est pas bienvenue, comme l'atteste une de mes premières visites effectuées comme observatrice :

Le couple nous accueille avec les politesses d'usage, et nous voilà rapidement installées dans leur salon. Monsieur et madame dans des fauteuils, nous deux visiteuses chacune sur une chaise, de façon à pouvoir utiliser la table comme point d'appui pour l'écriture. L'assistante sociale que j'accompagne commence à se présenter et à expliquer les raisons de notre présence, quand monsieur l'interrompt soudainement en s'agitant sur son fauteuil : « Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que c'est ? » -, très vite rejoint par son épouse : « Assistante sociale ? Mais on n'a pas besoin d'assistante sociale ! Qu'est-ce que vous faites là ? » Elle attrape sa canne, la brandit dans tous les sens pour nous menacer et faire signe qu'ils sauront se défendre contre les intruses...

Sans se démonter, calmement, l'assistante sociale répond à leurs questions une à une, et les rassure suffisamment pour pouvoir mener l'entretien.

En sortant du domicile, elle s'esclaffe : « C'est la première fois que ça m'arrive !... Pourtant, j'en ai fait des visites à domicile !!! Mais là, une personne âgée qui s'emballe comme ça, c'est bien la première fois ! D'habitude, elles sont plutôt tranquilles, conciliantes, et même plutôt contentes de nous voir... Et on est bien reçue ! Ah ben te voilà prévenue ! Dans ces visites, tout est possible ! »

(Notes de praticienne, Lundi 28 décembre 2009).

Bien que rare, ce type de réaction rappelle qu'à domicile, c'est l'occupant des lieux qui est maître chez lui et peut décider qui et comment y entre un visiteur. Cette personne habitante doit elle-même accepter d'ouvrir son espace privé, son intimité, à ce représentant institutionnel, et de la façon dont elle va l'y accueillir. Il s'agit donc d'un ajustement réciproque et sensible, particulièrement pour le visiteur. Aussi, celui-ci adopte souvent des stratégies visant à faciliter la rencontre et à limiter les risques d'être considéré comme un intrus. Il peut, par exemple, décider de la date du rendez-vous en concertation avec la personne visitée, et/ou avec la personne référente, plutôt que de l'imposer par un courrier standard. En prenant

contact par téléphone en amont, il peut se faire connaître, anticiper certaines questions, et, surtout, rassurer la personne visitée. Car

Tous ces praticiens ont une conscience, claire ou diffuse selon les situations, que le domicile est un territoire particulier. Dans ce lieu, leur pratique revêt d'autres significations que celles mobilisées par leurs activités dans leur service (hôpital, foyer, secteur social, dispensaire...). Cela implique une dynamique particulière à leur action, dynamique dont ils mesurent mal les effets. Est activé tout un imaginaire (affects, représentations, etc.) qui infléchit d'une manière incontestable leurs pratiques, voire qui les contrecarre. Ces faits méritent d'être explorés, l'objectif étant de mieux maîtriser certaines conséquences qui pourraient être préjudiciables tant à l'usager qu'au professionnel.

(Djaoui, 2014 : 8).

D'autant plus que l'activation de l'imaginaire concerne autant la personne visitée que le visiteur, et peut provoquer un sentiment d'intrusion chez l'un comme chez l'autre. C'est pourquoi le professionnel visiteur cherche à se faire accepter plutôt qu'à s'imposer, en respectant les lieux et en interrogeant progressivement les habitudes de vie. Et de fait, une fois passés les premières perturbations de l'arrivée, les accueils sont souvent cordiaux, la personne visitée se montrant plutôt tranquilisée, et même contente de la visite – hormis parfois parmi celles qui manifestent quelques troubles du comportement. Une réaction sous forme d'un « Vous partez déjà ? », exprimée au moment du départ, manifeste une forme d'apaisement, et parfois même un intérêt pour cet entretien qui vient de se dérouler chez elle, dans son domicile. Et peut aussi rassurer le visiteur sur sa compétence pour créer une relation satisfaisante dans ce contexte. Cette qualité de l'accueil est aussi liée à ses capacités d'adaptation pour respecter les règles posées par la personne qui l'accueille, et pour se laisser lui-même accueillir. Cette posture semble favoriser en retour la réception par la personne visitée du « soignant qui vient à lui, au plus près de sa souffrance » (Ali Ismaël, 2015).

Cette présence d'un agent public dans un domicile privé n'est pas prévue *a priori* pour contrôler ou dénoncer une éventuelle situation de danger, ou de non-conformité¹. Elle est d'ailleurs déclenchée par une demande d'aide de la personne visitée, et n'est donc *a priori* pas contrainte. Mais il n'empêche que cette incursion d'un tel visiteur dans l'intimité d'un domicile lui donne accès à beaucoup plus d'informations qu'un entretien dans un bureau institutionnel. Des informations de nature différentes, non choisies, qui peuvent éveiller la vigilance du professionnel, et être à l'origine d'actions de prévention², voire de signalement - quand apparaît

¹ Comme les travaux de Jacques Donzelot (1977) et d'Isaac Joseph et Philippe Fritsch (1977) l'avaient analysé.

² Par exemple, la proposition d'être enregistrée comme personne susceptible d'être contactée dans le cadre du Plan canicule.

une mise en danger pour la personne elle-même ou pour la vie d'autrui¹. Toute visite à domicile représente une confrontation inévitable de l'action publique et politique à l'intimité de la personne habitante (Djaoui, 2008), et peut générer un certain dérangement, que les professionnels des équipes médico-sociales s'efforcent de limiter et d'aménager.

c) Le domicile, un lieu de rencontre

Vérification de l'adresse : je suis dans la bonne rue. Je me dirige vers le numéro indiqué sur la *Fiche de préparation de la visite à domicile*. Pas le temps de trouver le nom sur l'interphone : une jeune femme que je n'avais pas remarquée se dirige vers moi et m'interpelle :

- « Vous êtes madame Rivet ? »

- « Oui, bonjour... ? »

- « Vous venez voir madame Roussy ? Je vous attendais : je suis sa petite-fille. Je voulais vous voir avant que vous alliez la voir... »

La jeune femme m'invite à m'arrêter d'abord chez une voisine « qui connaît bien ma grand-mère et qui est au courant : elle est d'accord ».

Et bien soit.

Accueil inhabituel, mais après tout pourquoi pas, si c'est leur choix.

La voisine nous accueille sans avoir besoin de sonner : elle aussi nous attendait.

Là, toutes deux tiennent d'abord à m'informer que la fille de madame Roussy, la mère de la jeune femme qui m'attendait dans la rue, est avec madame Roussy et la fait patienter.

Puis, que la jeune femme, sa petite-fille donc, souhaitait être présente pour ce rendez-vous, car elle est infirmière et s'occupe beaucoup de sa grand-mère. Enfin et surtout, qu'elles sont toutes très inquiètes des oublis et des troubles que manifeste madame Roussy, et voulaient pouvoir m'en parler avant que je ne la rencontre, pour m'en informer sans être obligées d'en parler explicitement devant elle...

Me voilà briefée, nous pouvons y aller.

(Notes de praticienne suite à visite à domicile, Mercredi 28 septembre 2011)

Voilà une pré-visite inattendue. En quelques minutes et quelques mots, dans des lieux inhabituels, avant même de rencontrer madame Roussy, je fais connaissance avec sa petite-fille et sa voisine. Une fois chez elle, je rencontre aussi sa fille. Trois de ses proches au moins se montrent donc soucieuses de la situation de madame Roussy, au point d'être présentes pour ce premier rendez-vous avec la visiteuse institutionnelle que je suis.

À domicile, le nombre de personnes présentes est très variable, et dépasse souvent le minimum des deux personnes directement concernées – l'agent départemental et la personne candidate à l'APA. Lors des entretiens effectués dans ce cadre, ledit agent doit composer avec la présence de nombreux autres protagonistes : la fille et la petite-fille de madame Roussy ; le cousin vivant

¹ Comme s'inquiéter de la présence d'une bouteille de gaz, dans un logement habité par un couple en difficultés, dont l'une souffre de troubles cognitifs, et l'autre d'alcoolisme, et vivant entre eux des relations conflictuelles avec violence, comme l'avait constaté l'infirmière territoriale lors de sa visite (Infirmière, Conseil général F, Équipe S, Mardi 29 mars 2011).

à 150 km chez madame Charcot ; un couple de voisins très attentionnés chez madame Cholan ; l'aide à domicile chez monsieur Dujour ; et toute la famille proche de madame Gentil : son conjoint, ses trois enfants, et même, ponctuellement, une nièce, l'infirmière, et l'aide à domicile. Il s'agit de personnes vivant là, ou venues exprès pour le rendez-vous annoncé. Parfois à la demande de la personne visitée, ou de leur propre initiative, mais le plus souvent parce que la personne nommée référente dans le dossier de demande est systématiquement informée par un courrier du service instructeur :

Madame,
Vous avez reçu accusé réception de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie concernant **madame Morin Elsa**.
Afin de poursuivre l'instruction, je vous informe que **madame Rivet, assistante territoriale socio-éducative**, se rendra au domicile de **madame Morin Elsa** le
Mardi 23 mars 2010 à 9 heures
Votre présence est vivement souhaitée pour cette rencontre.
Je vous précise que le médecin traitant pourra aussi assister à cette visite.
Veuillez recevoir, Madame, mes courtoises salutations
Bernadette Chenu
Secrétaire médico-sociale

(Notes de praticienne, Dossier social madame Morin, Conseil général F, Équipe S, Lundi 08 mars 2010).

Pour faciliter cette présence, de nombreux professionnels visiteurs organisent le rendez-vous directement avec la personne référente, ce qui leur permet non seulement de vérifier leur présence, mais aussi, souvent, de collecter déjà quelques informations, comme l'explique cette infirmière :

Moi, je téléphone aux familles, (...)
Quand vous dites « les familles », c'est plutôt les référents ?
Les référents. Absolument.
J'vois d'abord avec les référents. Des fois, les référents m'disent : « Oh mais non, maman, elle sait très bien c'qu'elle veut, elle a pas de troubles cognitifs, elle est simplement tombée, elle a fait une chute, elle a besoin de, de quelqu'un chez elle, mais elle sait très bien c'qu'elle fait » Donc là, j'fais la visite toute seule avec la personne âgée.
Mais, c'est... 5% des visites. C'est très rare.
Parce qu'y a toujours les, la famille, y'z'ont toujours des choses à nous rajouter : « Ah, ben elle a pas mangé hier... » ; ou « elle sait plus lire..., lire les dates de DLC dans le frigo... »
- Enfin, c'est toujours des trucs... Voilà.
Et puis, quand j'téléphone au référent, c'est vrai qu'j'ai déjà quelques éléments aussi.
Si y vient, c'est parce que, bon, y a déjà des choses qu'la personne âgée veut pas nous dire, ou ne peut pas nous dire. Et puis, y rajoute, c'est vrai, des fois, des choses...
(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Par contre, l'agent départemental lui-même est habituellement seul représentant institutionnel au domicile. C'est la règle en usage dans les départements enquêtés – règle d'autant plus respectée que les équipes sont rarement suffisamment étoffées pour envisager de déplacer deux personnes à chaque visite à domicile. Certains le regrettent, considérant qu'à l'époque où

ils y allaient en binôme¹, travailleur social et médecin ou infirmière, l'évaluation était bien plus riche, et les conseils aux personnes plus fournis. Aussi, certaines équipes continuent cette pratique lorsque les éléments contenus dans le dossier de demande laissent supposer l'intérêt ou la nécessité de ce double regard :

Quand y a une hospitalisation à domicile, ou des troubles neurodégénératifs, psychologiques, ... Alors on y va plutôt à deux, de préférence, parce que c'est souvent problématique...
D'ailleurs, même si c'est pas obligatoire, on réclame toujours le certificat médical : c'est quand même le seul moyen de savoir à peu près à quoi s'attendre...
(Réunion d'équipe médico-sociale, Conseil général F, Équipe L, Lundi 03 novembre 2014).

À partir de ces informations – inscrites dans le dossier ou données par le référent -, le professionnel visiteur peut aussi prendre l'initiative de convier d'autres professionnels, susceptibles de compléter l'évaluation de la situation ou de faciliter la mise en place des aides :

Par exemple c'matin, on a fait une visite avec le SSIAD. Parce que au téléphone, le monsieur m'avait dit « Ah oui, mais ma femme, elle a besoin pour la toilette, etc. » Du coup on a fait la visite avec le SSIAD : ça arrange tout l'monde !
Moi, ça m'arrange, parce que ça me solutionne momentanément mon problème. Et puis le SSIAD, comme ça il a une petite entrée, il arrive pas comme ça comme un cheveu sur la soupe chez des gens qui connaissent pas, on peut déjà leur parler de la situation, des difficultés, c'qui faudrait mettre en place... Voilà.
Vous travaillez beaucoup avec les partenaires ?
Oui. Avec les services d'aide à domicile - il nous arrive de faire des visites avec les services d'aide à domicile, avec le SSIAD, avec... Non, c'est à peu près tout. Le CCAS, moins. Mais le CCAS, on les voit dans d'autres réunions.
Et puis le tuteur, quand y en a un, bien sûr !
(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Au cours de l'entretien à domicile, il est donc fréquent que la configuration de base, constituée du binôme « usager - bureaucrate de contact », soit élargie à bien d'autres acteurs de la mise en œuvre. L'agent départemental doit donc composer et travailler avec ces acteurs périphériques, parfois même pour eux ou à leur place, pour tenter d'apporter une réponse satisfaisante. Et certaines de ces personnes constituent souvent de précieux auxiliaires dans la mise en œuvre de cette loi.

Les personnes référentes, co-actrices de la mise en œuvre

Le CASF nomme « personne référente² » la personne « à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autre...) » (CASF, Annexe 2-3). L'identification

¹ Essentiellement pendant les premières années de la mise en œuvre de cette loi.

² Voir *Supra*, Introduction générale, Des régulations situées.

de cette personne est donc systématiquement demandée dans les formulaires de demande d'APA. Le plus souvent, ce rôle de référent est assuré par un ou des membres de la famille, famille proche ou plus éloignée : conjoint, enfants, conjoint des enfants ; ou bien par des cousins, neveux, ... Ou encore par des voisins, des amis. Des proches familiers de la personne candidate, des personnes de son environnement familial ou social, des aidants informels dont l'existence est considérée comme suffisamment importante pour être reconnue, puisqu'ils sont désormais nommés « proches aidants » par la loi d'adaptation de la société au vieillissement :

Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. (CASF, article L113-1-3, créé par l'article 51 de la loi n°2015-1776).

Leur présence atteste de l'engagement des proches auprès des personnes plus âgées, comme le souligne Marie-Ève Joël :

En fait, les familles sont solidaires. (...) En général, cette prise en charge de la perte d'autonomie se fait dans un contexte familial ou de proximité, je prends la notion de famille au sens le plus large, avec beaucoup de liens affectifs, financiers, domestiques, et beaucoup de questions de tous les autres membres de l'environnement dès qu'une personne est en perte d'autonomie (...)

Et les professionnels d'ailleurs le savent bien, puisqu'ils savent qu'il y a des familles impossibles, c'est à dire que la coopération de la famille est une condition d'existence et du beau travail des professionnels.

(Joël, 2014).

Et en effet, les professionnels sollicitent volontiers ces « proches aidants », d'autant plus qu'

En pratique, la personne que rencontrent les praticiens est différente de celle que décrit le droit. Elle est prise dans divers attachements (Latour, 2000 ; Hennion, 2004) en sorte que les décisions qu'elle peut prendre, y compris celles qui les concernent le plus directement, ne le sont jamais en toute indépendance (Le Goff et Garrau, 2010). L'entourage participe du processus de décision et c'est avec lui que les professionnels doivent composer, en particulier lorsque les capacités de décision de la personne directement concernée semblent pour partie altérées.

(Lechevalier Hurard et *al.*, 2017 : 51).

Mais cette présence et cette implication ne sont pas toujours possibles. Parce que ces proches n'existent pas ou ne sont pas disponibles, qu'ils sont loin ou pris par d'autres préoccupations, que des relations conflictuelles parasitent ou empêchent toute présence aidante... La personne visitée peut alors demander à un professionnel, qu'elle choisit, d'être présent. À moins que ce ne soit le professionnel lui-même qui lui propose d'être présent, comme nous l'avons pratiqué

chez madame Jauneaux. Lors d'une première visite, elle avait demandé à son médecin traitant¹ d'être présent. Par la suite, c'est l'aide à domicile qui aménageait ses horaires pour pouvoir être présent lorsque j'annonçais ma venue. L'intérêt de ces présences simultanées auprès de madame Jauneaux devenait tellement évident que par la suite, c'est moi qui organisais ma venue en fonction des disponibilités de l'auxiliaire de vie. Les aides à domicile, aide-ménagères ou auxiliaires de vie, quels que soient leur statut et leur appellation, sont effectivement les professionnels les plus souvent mobilisés pour être présent lors de ces entretiens. Les professionnels médicaux et paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, médecin) sont moins facilement présents, mais l'agent départemental peut aussi organiser sa venue en fonction de la disponibilité de ceux-ci – comme le relatait l'infirmière -, ou bien les contacter ultérieurement. Enfin, quand il y a lieu, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est systématiquement informé et convié à cet entretien à domicile, quelle que soit la nature de la mesure de protection. Compte tenu des enjeux, l'agent départemental peut même organiser ce rendez-vous directement avec lui pour s'assurer de sa présence, surtout lorsqu'il s'agit d'une mesure de tutelle. Et plus rarement, il arrive qu'une personne membre (bénévole ou salariée) d'une association d'aide aux personnes isolées² soit présente aux côtés de la personne visitée. Quelle que soit la nature des relations entre la personne visitée et les personnes de son entourage, la présence de celle(s)-ci impacte le déroulement de l'entretien. D'une part, ces acteurs périphériques se révèlent être des tiers aidants qui facilitent l'accès à cette prestation pour la personne candidate. Nous avons vu comment la procédure de demande et d'instruction des demandes peut paraître complexe, et qu'une personne dont les capacités diminuent peut ne pas s'y retrouver. La personne tierce peut alors faciliter les premières démarches, rechercher des renseignements, initier une demande d'aide, puis accompagner toute la procédure, dans un double rôle de traduction des textes administratifs, des règles bureaucratiques, et de respect de ces règles. Dans de nombreuses situations, la demande d'APA serait inexistante ou ne pourrait pas se concrétiser sans la présence et le souci de cette personne tierce facilitatrice - à moins d'un signalement par une personne plus extérieure, lorsqu'apparaît un danger ou un risque de danger³. Aussi, quand les coordonnées d'une personne référente sont inscrites dans le dossier de demande, celle-ci devient une véritable personne ressource pour l'équipe médico-sociale. L'agent administratif peut la solliciter autant que nécessaire pour faciliter le respect de la procédure bureaucratique : fournir l'élément

¹ « Médecin traitant », dans le sens défini par l'assurance maladie (voir <http://www.ameli.fr>).

² L'association la plus fréquemment rencontrée dans le cadre de l'enquête est l'association des *Petits frères des pauvres*.

³ Comme dans le cas de madame Paulet, de madame Renard, ou de madame Aznar, présentées *supra*.

manquant dans le dossier de demande, renvoyer la proposition de plan d'aide signée, transmettre les justificatifs d'utilisation de l'APA, etc. ; et la plupart des courriers relatifs à l'APA lui sont systématiquement envoyés en copie. D'autre part, cette personne référente se révèle souvent être aussi une auxiliaire précieuse pour faciliter la compréhension de la situation par l'agent médico-social. Du reste, celui-ci n'hésite pas à la solliciter, en amont de la visite à domicile, pendant, ou après, pour l'organiser, compléter, vérifier les informations recueillies, affiner le plan d'aide, s'assurer de sa mise en œuvre, etc. :

Avant et après la visite on est très en lien avec les enfants de la personne âgée par téléphone (...). Très souvent, il se joue dans ces entretiens des éléments importants pour la compréhension de la situation : la place de chaque enfant auprès de son ou de ses parents, la place de l'aidant par rapport aux autres enfants, le type de prise en charge du parent qui peut être sur le mode de la culpabilité, de l'agressivité, de l'angoisse, du respect de la dignité malgré la dépendance, du devoir accompli, de la soumission à la toute-puissance du parent même âgé...

Tout cela est à prendre en compte dans le cadre de la prévention de la maltraitance et de l'aide aux aidants

(Assistante sociale, Conseil général F, 2009, *Accompagner des Personnes âgées dans le cadre d'un poste spécialisé PA*).

La personne référente, impliquée comme tiers facilitateur auprès de la personne en perte d'autonomie, participe alors, elle aussi, à la régulation des tensions entre les exigences bureaucratiques de l'administration et les ambiguïtés problématiques de la personne candidate ou bénéficiaire de l'APA. De fait,

la spécificité de la gérontologie quant aux relations entre le dispositif de soin et sa clientèle réside dans la place importante occupée par les familles : elles jouent un rôle d'arbitrage majeur et complexe, intervenant souvent directement dans l'aide aux personnes âgées dépendantes, mais aussi dans les différentes décisions de recours au dispositif gérontologique. (Bocquet *et al.*, 2001 : 208).

Aussi, l'absence de référent peut-elle provoquer quelques difficultés, non seulement pour la personne âgée, bien sûr, mais aussi pour les agents de l'équipe médico-sociale. Et puis, comme je le constate en arrivant chez madame Roussy, les visites à domicile permettent de rencontrer diverses personnes de l'entourage susceptibles d'apporter un soutien dans la vie quotidienne, et parfois une aide dans l'application de la procédure relative à l'APA.

Des « proches aidants » et des disponibilités inégales

Dans la situation présentée dans le *Prologue*, la fille de madame Lucchesi et le fils de monsieur Gillot sont présents pour cette première visite à domicile. Leur présence atteste d'une implication de chacun de ces enfants auprès de leur parent respectif. Mais les mois et années qui suivent mettent en évidence des engagements différents : le fils de monsieur Gillot, présent

dans les semaines qui ont suivi ce premier entretien, a déclaré ensuite être moins disponible du fait de déplacements fréquents à l'étranger, puis a été totalement absent dans les échanges avec le service - jusqu'au décès de madame Lucchesi, près de trois ans plus tard ; monsieur Gillot se retrouvant alors seul, son fils a repris contact avec le service. La fille de madame Lucchesi, quant à elle, est toujours restée présente et aidante auprès de sa mère, n'hésitant pas à solliciter le service quand elle sentait une difficulté. Consciente que sa présence et son engagement bénéficiaient également à monsieur Gillot, elle avait pris soin de me préciser : « Si ma mère disparaît avant lui [*monsieur Gillof*], il faudra m'oublier ! Il a un fils, il faudra qu'il se bouge ! » (Échange téléphonique, Mardi 03 mai 2011). Ce que fit effectivement ledit fils, en installant sans tarder son père dans un EHPAD proche de chez lui. Alors que les cinq enfants de madame Gaberelle¹ s'inquiètent tous pour leur mère, mais ils contactent le service séparément, car des conflits perdurent entre certains d'entre eux et les empêchent de se parler depuis plusieurs années. Quand les troubles cognitifs de leur mère deviennent trop importants, rendant sa vie à domicile trop dangereuse, je leur propose une rencontre dans les locaux du service départemental pour rechercher ensemble une solution sécurisante pour leur mère ; cette proposition est déclinée par plusieurs d'entre eux. Ils restent toutefois mobilisés, et alors qu'une hospitalisation sur demande d'un tiers est préparée avec deux des fils, une des filles propose d'accueillir leur mère dans l'EHPAD où elle travaille – solution finalement acceptée par tous, malgré certaines craintes quant au financement. Les enfants de madame Tissot², sont également présents et soutenant auprès de leur mère ; et eux disent s'organiser facilement entre eux pour se répartir les tâches à effectuer, entre démarches administratives, vie quotidienne et vie sociale – à la grande satisfaction de madame Tissot qui, lors de notre visite, reconnaît à plusieurs reprises la chance qu'elle a d'avoir le soutien permanent de ses enfants et petits-enfants. Par contre, les deux fils de madame Roussot ne peuvent lui être d'aucun secours, malgré leur proximité géographique : elle refuse de les solliciter pour une aide quelconque, fut-elle minime ; elle les voit peu, et ne veut rien leur demander. Elle a d'ailleurs décidé de vivre en EHPA pour sécuriser et faciliter sa vie quotidienne sans compter sur eux. Et lorsque ses capacités physiques diminuent de façon importante, que la direction de l'établissement lui signale que ses besoins d'aide sont devenus trop importants pour pouvoir y rester³, madame Roussot refuse toujours, et fermement, que je contacte ses fils pour envisager

¹ Voir *Supra*, Chapitre 1 - a) *Des incapacités multidimensionnelles*, et Chapitre 1 - c) *Des environnements déterminants*.

² Voir *Supra*, Chapitre 1 - a) *Des incapacités multidimensionnelles*.

³ L'une des conditions pour vivre en EHPA est d'être considéré suffisamment autonome, c'est-à-dire avec un GIR évalué à 5 ou 6. Toutefois, la direction accepte souvent qu'une personne déjà résidente reste dans les lieux même si la diminution

avec eux une autre solution. Ils ne peuvent donc être d'aucun soutien dans l'organisation de vie de leur mère - y compris dans les décisions relatives à l'APA.

Dans certaines familles, un enfant fait le choix d'un engagement important en allant vivre auprès de son parent, comme la fille de madame Sélam¹, ou en accueillant son parent chez lui, comme le fils de madame Descours. Dans ces situations, l'enfant n'assure pas seulement la gestion administrative pour son parent, dont la demande et le suivi du bénéfice de l'APA, mais aussi de nombreuses tâches de la vie quotidienne, consistant en une simple présence sécurisante ou en une assistance plus ou moins importante pour les transferts, les repas, la toilette, etc. Mais cette cohabitation ne résulte pas toujours d'un libre choix, et elle peut même parfois devenir maltraitante, comme chez monsieur Oumar², ou chez madame Genin, dont le fils est revenu vivre chez elle pour des raisons financières : sans emploi ni revenus stables, il a dû quitter son logement, et cette solution lui évite de se retrouver à la rue. Mais cette promiscuité est difficile, ils n'ont pas les mêmes façons de vivre et les cris ou bagarres ont plus d'une fois incité des voisins à alerter la police ou le service social. Lorsque je rencontre le fils pour voir avec lui comment aider sa mère, alors très malade, celui-ci se montre plein de bonnes volontés, mais exprime aussi ses limites : son propre rythme de vie, et une addiction à des produits psychoactifs, sont difficilement compatibles avec une posture de soins adaptée ; étant lui-même en difficultés pour gérer ses propres affaires et sa situation administrative et financière, il ne peut pas non plus aider sa mère sur ces questions.

Ces quelques exemples donnent un aperçu des possibilités et des limites de l'aide pouvant être apportée par des membres de la famille à leur parent dont les capacités diminuent de façon significative, qu'il s'agisse d'une aide matérielle, physique, psychologique, ou administrative. Entre disponibilité et mise à distance, entre éloignement géographique ou affectif, entre conflit ouvert ou latent et affection durable, la configuration familiale peut présenter différents niveaux d'implications et de compétences. Tous ne sont pas présents et impliqués de la même manière, tous ne peuvent pas être tout le temps « suffisamment aidant »³, en quelque sorte. Et ce d'autant plus que la relation personne aidée / proche aidant est toujours traversée d'enjeux affectifs. Selon les périodes, selon l'évolution de la situation, la présence de proches aidants, membres de la famille ou non, peut alors présenter des risques de blocages ou, au contraire,

de ses capacités modifie cette évaluation vers un GIR 4, voire 3, tant que cette perte d'autonomie ne pose pas de problèmes particuliers pour les autres résidents ou pour les professionnels.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 5. - a) *Des instruments de référence pour guider l'action publique*.

² Voir *Supra*, Chapitre 2. - d) *L'importance du contexte de vie*.

³ En référence à la qualification de « mère suffisamment bonne » théorisée par Donald Winnicott (1953, *The good-enough mother*).

constituer un soutien important et efficace – y compris éventuellement pour les professionnels de l'équipe médico-sociale.

Des aidants à aider

Quand la situation d'une personne motive le recours à l'APA, les membres de son entourage peuvent être mis à l'épreuve, et certains d'entre eux apparaissent parfois comme des « bénéficiaires collatéraux » de cette prestation. Le législateur a d'ailleurs pris en compte cet aspect dès 2004 en précisant qu'¹

**Au cours de la visite à domicile effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale, l'intéressé et, le cas échéant, son tuteur ou ses proches reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'allocation personnalisée d'autonomie. (...)
(CASF, article R232-7).**

La loi de décembre 2015 confirme cette nécessité et formalise la possibilité de « Soutenir et valoriser les proches aidants » (Articles 50 à 541). Ces dispositions ont pour conséquence d'inciter le professionnel qui effectue la visite à ne pas se contenter d'évaluer l'éligibilité à l'APA et d'identifier les aides que cette allocation peut financer. Il doit aussi pouvoir informer la personne en perte d'autonomie et ses proches, et conseiller toute autre aide susceptible de répondre aux besoins exprimés ou identifiés. Souvent, citer et orienter vers des aides existantes constitue des réponses adaptées, au moins dans un premier temps. Mais souvent aussi, les questions sont plus nombreuses et/ou plus complexes. Et le visiteur est alors d'autant plus compétent pour y répondre que son expérience lui a permis de rencontrer des situations similaires et de connaître les outils et les dispositifs possibles – en ce sens, la spécialisation des professionnels mise en place dans les départements enquêtés paraît pertinente.

Par ailleurs, le professionnel qui effectue la visite d'éligibilité devient l'interlocuteur identifié de la personne dont les capacités sont altérées et des personnes de son entourage qui lui apportent de l'aide. Et contrairement à ce qui peut se passer au guichet d'une administration, cet interlocuteur institutionnel n'est pas identifié seulement par son nom. Il s'est déplacé au domicile, il y a passé du temps, il y a conversé parfois, et c'est à partir de ces moments partagés, et de la relation qui a pu s'instaurer, qu'il va chercher à répondre aux demandes d'aide. Et

¹ Dispositions transcrites dans le CASF, dans les articles L113-1-3 (définition du « proche aidant »), L232-3-2 (accès à des « dispositifs répondant à des besoins de répit »), L232-3-3 (possibilité d'augmenter ponctuellement le montant du plan d'aide « pour faire face à l'hospitalisation d'un proche aidant »). Des dispositions connexes sont inscrites dans le code du travail et dans le code de la sécurité sociale. Cependant, même avant le vote de cette loi, beaucoup de départements avaient déjà pris en compte cette nécessité de soulager les accompagnants de personnes en perte d'autonomie, en finançant certains services, tels que de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire.

comme sa mission et sa formation l'engagent aussi à rester disponible pour ces personnes, l'aide apportée peut se prolonger bien au-delà de la visite à domicile d'évaluation, par des échanges téléphoniques, des courriels, etc. C'est ainsi qu'à l'instar de certaines de mes collègues, j'avais mis en place une « permanence téléphonique », c'est-à-dire une plage horaire régulière, pendant laquelle je m'astreignais à rester disponible au bureau de la maison du département, refusant tout autre rendez-vous ou réunions pour être joignable par téléphone par quiconque. Cette pratique s'est révélée très utile autant pour les personnes du public que pour les services partenaires ou pour mes collègues, en particulier Laurent, l'agent d'accueil qui reçoit toutes les personnes s'adressant à la maison du département : « Ça m'arrange bien que tu fasses des perms régulières, parce que je sais au moins quoi répondre à quelqu'un qui veut te parler : il suffit de lui dire de te rappeler un mercredi matin ! ». Ces espaces temps ont toujours été fortement utilisés : je recevais souvent vingt à trente appels téléphoniques en l'espace de deux heures et demie. Ces échanges téléphoniques - qui peuvent aussi avoir lieu hors de ce temps consacré - donnent parfois lieu à des questions précises, mais souvent aussi à l'expression de diverses inquiétudes, comme cet échange avec madame Jacquet, fille de madame Chamant, à l'issue duquel je note :

Plus de 35 mn ! Très speed et stressante 😞
Je finis par écouter distraitement pour garder mon calme – et après m'être énervée presque trop –
J'ai senti de la violence/agression monter en elle -
Beaucoup de blablas par rapport au vécu de sa mère, des enfants, des aide-ménagères, ...
Étonnant un tel besoin de parler ! Toute l'histoire de l'hospitalisation, des dépendances, des dérapages, ...
(Notes de praticienne à la maison du département, Mercredi 21 décembre 2011).

Une autre fois, madame Gillet appelle longuement à propos de son mari, et je note :

17 minutes d'échange tél. S'inquiète+++ - M'explique que les enfants ne veulent pas payer une maison de retraite suite à une histoire familiale... Me paume. Heureusement, l'infirmière est par là, elle m'entend, et m'aide à écouter et à orienter madame.
Parce que la perte d'autonomie, ça concerne pas seulement la personne âgée elle-même, mais aussi son entourage... : paniques, inquiétudes, conséquences financières... et familiales... Difficultés sociales !
(Notes de praticienne à la maison du département, Mercredi 07 avril 2010).

Ces échanges révèlent les besoins des personnes de l'entourage, qui découvrent elles aussi les particularités de cette période dite de la « vieillesse », souvent méconnue jusque-là. Les professionnels peuvent alors accompagner cet apprentissage des personnes concernées, d'autant plus que « leur positionnement dans ce qui est à la fois un travail matériel et moral et une relation personnelle et affective est souvent très difficile » (Ennuyer, 2007 : 197). L'environnement de la personne demandeuse de l'APA est coloré de présences humaines qui,

pour la plupart, participent au soin et à l'aide. Les entretiens réalisés au domicile permettent donc de rencontrer non seulement la singularité de la personne candidate à l'APA dans son lieu de vie, mais aussi les personnes de son entourage qui comptent pour elle, qui sont susceptibles de pouvoir l'aider, peu, ou beaucoup, et qui ont parfois besoin d'aide pour elles-mêmes.

d) Acteurs auxiliaires et sites intermédiaires

Au-delà de la sphère privée, d'autres personnes sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA, comme je le découvre dès ma prise de fonctions dans ce service, lorsque la responsable territoriale du service *Social Autonomie* me décrit rapidement le paysage à découvrir, et l'agenda qui en découle :

Rendez-vous ce matin avec la cheffe pour me briefer.

> Me dit de contacter les membres de l'équipe : d'abord l'infirmière et les assistantes sociales, pour prévoir avec elles des visites à domicile + m'informer avec elles sur les procédures, les pratiques, etc. ; puis les gestionnaires.

+ M'incite à lire le *Guide des procédures*.

+ Me demande de noter les dates suivantes :

- *Mardi 8, matin*, et tous les mardi matin : Réunion d'équipe = médicaux + sociaux + administratifs > Étude des situations des personnes en fonction des demandes. En 2^{ème} partie, sont invités des partenaires extérieurs au CG – ce jour-là : un service d'aide à domicile vient se présenter, puis l'ADAL, une association d'aide pour le logement, qui peut intervenir pour des déménagements, fournir du mobilier, etc.

- *Vendredi 11, matin* : Conseil de gérontologie = Une instance qui réunit trois fois par an les institutions et les professionnels de la gérontologie qui sont sur le canton. Organisée par le service, avec le conseiller général du canton. A lieu dans des lieux différents à chaque fois : EHPA, EHPAD, Service de gériatrie de l'hôpital, etc.

- *3^{ème} mardi du mois, après-midi* : Réunion des tous les travailleurs sociaux du pôle social avec elle + responsable territorial des travailleurs sociaux > Transmission d'informations, organisations des équipes, etc.

+ Peuvent aussi y être invités des services avec lesquels on travaille : CCAS, Services de protection des majeurs, Associations qui proposent des aides alimentaires, matérielles, Culture pour tous¹, etc.

- Les *2^{èmes} lundis du mois* : Rencontre du Réseau *entraide solitude*, au CCAS = Réseau local, créé à l'initiative de travailleurs sociaux du CG et de l'équipe psychiatrique de secteur. Réunit les professionnels qui interviennent sur le canton autour de situations qui peuvent poser problème ou inquiétude. Y participent régulièrement : le secteur psychiatrique (gérontopsychiatre, infirmière, assistante sociale), les AS² du CCAS, un ou deux service d'aide à domicile, les plus présents sur le secteur, parfois aussi le SSIAD, l'AS de la

¹ Une association se donnant pour but « de lutter contre l'exclusion et les discriminations en favorisant la participation à la vie culturelle et sportive de tous » (voir <http://www.culture-pour-tous.fr>).

² AS : Assistante sociale.

CRAM¹, et le département. Il peut aussi y avoir un médecin généraliste ou gériatre, ou une infirmière libérale, mais c'est plus rare, ils n'ont pas souvent le temps de venir - (Notes de praticienne à la maison du département, Jeudi 26 novembre 2009).

Des sigles, un langage, des codes, ... Me voilà plongée dans l'univers des professionnels qui œuvrent auprès des personnes âgées. Ils y sont tous, ou presque, et j'apprendrai à les connaître et à les reconnaître au fur à mesure des réunions et des besoins. Car autour de la personne demandeuse d'une aide et des agents départementaux qui reçoivent sa demande, différents protagonistes peuvent intervenir, depuis d'autres sites, en amont ou en aval de la demande. En effet, les réponses proposées à la personne candidate à l'APA ne dépendent pas seulement des compétences et des actions du service départemental d'aide sociale. Celui-ci apporte une réponse administrative à la demande de prestation, mais ce sont d'autres services, d'autres professionnels, qui « vont au contact » de la personne pour lui « accorder des soins » (Tronto, 2008). Je comprendrai l'intérêt de rencontrer ces différents acteurs, par facilité ou par nécessité, pour faciliter la communication et le partage d'informations. Je constaterai alors que ces déplacements représentent aussi une forme de transition entre différents moments de l'activité professionnelle, en circulant dans des lieux qui peuvent être qualifiés d'intermédiaires, dans la mesure où ils ne peuvent pas vraiment être considérés comme « institutionnels », mais qui ne sont pas non plus des espaces privés. Comprendre comment s'articulent les différentes opérations réalisées pour la mise en œuvre de la loi relative à l'APA implique d'identifier les principaux ces lieux et ces acteurs.

Des acteurs périphériques

Nous avons vu la place et le rôle attribué aux personnes « référentes », des « proches aidants » dont on pourrait dire qu'ils constituent un « premier cercle » : ils connaissent la personne, ils constatent qu'elles rencontrent des difficultés, et ils cherchent à l'aider, souvent à leur propre initiative. Et il existe bon nombre d'aidants dont on peut dire qu'ils constituent un « second cercle », ou un « cercle périphérique », qui peuvent intervenir à partir d'une demande exprimée : par la personne elle-même, par un proche aidant, par un service public, par une association, ... Ce sont généralement des professionnels de l'action sociale, médico-sociale, ou juridique, mais ils peuvent être également bénévoles, souvent associatifs. Nous pouvons en établir une typologie selon la nature de leur intervention dans ce type de situation : fournir des informations, éclairer les éléments de décisions, ou fournir des aides concrètes. Mais sans

¹ CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie - devenue Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) depuis juillet 2010.

oublier qu'en réalité, les activités de ces services et intervenants sont rarement figées dans un seul mode d'action.

Pour avoir des informations, les personnes qui se trouvent confrontées à des difficultés s'adressent souvent plus facilement au CCAS de leur commune, mieux connu. Leurs actions en direction des personnes âgées sont anciennes¹, et dans certaines communes, ces services gèrent des services d'aide-ménagère à domicile et/ou des établissements d'hébergements pour personnes âgées. C'est d'ailleurs la première démarche qu'avait effectué la nièce du gendre de madame Paulet², lorsque ledit gendre, hospitalisé, ne pouvait plus aider madame Paulet dans sa vie quotidienne. Et c'est l'agent d'accueil du CCAS qui l'a réorientée vers le service départemental d'aide sociale. Les relations entre ces deux services, municipal et départemental, peuvent donc être fréquentes, que l'agent du CCAS oriente vers ses homologues du service départemental une personne dont l'importance des pertes de capacités peut justifier le recours à l'APA – ou inversement. Ces deux services peuvent aussi coordonner leur action³, mener des actions communes sur le territoire concerné⁴, et échanger toute sorte d'informations pouvant concerner ce public : ouverture ou fermeture d'un service, création ou arrêt d'une aide sociale locale, etc. D'autres services sociaux - hospitaliers, caisses de retraite, bailleurs, ... - peuvent aussi orienter vers le service départemental une personne dont les pertes de capacité deviennent préoccupantes – voire transmettre la demande d'APA d'une personne hospitalisée pour préparer son retour à domicile.

Pour simplifier ces réorientations, le département peut passer des conventions avec ces organismes⁵, permettant ainsi de valider leur évaluation de perte d'autonomie effectuée à l'aide de la grille AGGIR. De même, les professionnels des MAIA et des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)⁶ doivent travailler en coordination avec les équipes médico-sociales départementales. Ces différentes structures représentent donc des sources d'informations importantes pour les équipes médico-sociales du service départemental.

¹ Pour mémoire, les *Bureaux d'aide sociale*, ancêtres des CCAS, ont été créés en 1953, en remplacement des *Bureaux d'assistance* datant de 1893. Ils sont restés les principaux services sociaux connus du grand public jusque dans les années 1980, lorsque les premières lois de décentralisation ont transféré des compétences d'action sociale aux départements.

² Voir *Supra*, Chapitre 2. - b) *Des incapacités multidimensionnelles* et Chapitre 2. - d) *L'importance du contexte de vie*.

³ Par exemple harmoniser les actions à mener dans le cadre du *Plan canicule*.

⁴ Par exemple dans le cadre de la manifestation *La semaine bleue*., de la mise en place locale du *Plan canicule*, etc.

⁵ Comme l'y autorisent les articles L113-2 et L232-13 du CASF.

⁶ Ces deux types de structure sont peu mentionnés dans ce travail, car elles sont rarement citées au cours de l'enquête : soit elles n'existent pas explicitement sur le territoire enquêté, soit leur implantation était trop récente pour que les agents départementaux puissent s'appuyer sur cette expérience et en dire quelque chose.

Quand l'instruction d'une demande d'APA soulève des questions ou des inquiétudes à l'égard de la personne candidate et/ou d'une personne proche aidante, les agents départementaux peuvent aussi chercher à compléter les informations dont ils disposent. Ils peuvent solliciter des professionnels de santé pour éclairer ces situations, par exemple le médecin, puisque ce professionnel est explicitement cité par le CASF comme interlocuteur à questionner :

Au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste à la visite à domicile prévue à l'alinéa précédent.
(CASF, article R232-7).

Au-delà du certificat médical pouvant accompagner la demande d'APA, le recours aux médecins libéraux est particulièrement utile quand la situation devient préoccupante, pour avoir un avis plus complet ou pour étudier des pistes de solutions envisageables¹. Plus fréquemment, les agents départementaux contactent les professionnels de santé qui se rendent régulièrement au domicile de la personne : aides-soignants, infirmiers, surtout quand ils font partie d'une équipe spécialisée (SSIAD, ESA², etc.), kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. Sur certains territoires, les professionnels du secteur psychiatrique sont aussi suffisamment présents pour pouvoir travailler avec les agents des équipes médico-sociales et partager leurs compétences, surtout quand ils ont encore la possibilité de se déplacer à domicile. Ils peuvent ainsi observer la personne dans son milieu de vie, et constater *in situ* l'évolution de sa situation. Les professionnels des services hospitaliers constituent aussi des interlocuteurs réguliers, en particulier les services d'urgence et de gériatrie, dans lesquels le service social de l'établissement facilite souvent la communication et le partage d'informations :

Le mieux, pour nous, c'est quand elles [*les personnes âgées*] vont aux urgences au centre hospitalier de Saint-Paul, parce que là, y a une équipe mobile de gériatrie qui peut aller voir la personne âgée qui arrive aux urgences, pour compléter les infos médicales et alerter sur les particularités de l'âge. Et puis l'EMG³, elle peut aussi aller au domicile pour organiser la sortie d'hospitalisation : ils prévoient les aides à mettre en place, peuvent préparer le dossier de demande d'APA si besoin, etc. - d'ailleurs, c'est eux qui ont alerté le service sur la situation de monsieur et madame Achard : quand ils ont vu comment madame avait transformé l'appartement pendant l'hospitalisation de monsieur, ils nous ont appelé au secours... !

(Notes de praticienne à la maison du département, Entretien avec Assistante sociale pour passage de relais, Conseil général F, Équipe S, Jeudi 24 décembre 2009).

¹ Par exemple effectuer un bilan de santé, envisager une hospitalisation, une protection juridique, etc.

² ESA : Équipe spécialisée Alzheimer.

³ EMG : Équipe mobile de gériatrie.

L'ensemble de ces professionnels ne participent pas directement à l'instruction des demandes ou à la mise en œuvre des réponses. Pour autant, leurs compétences et leur présence relativement régulière auprès des personnes candidates peuvent éclairer la compréhension de la situation et aider à prévoir son évolution, tout en complétant les informations, pour envisager les aides en conséquence.

Par ailleurs, l'instruction d'une demande d'APA pour une personne dont les capacités cognitives sont fortement altérées peut constituer une opération délicate. D'abord parce qu'il peut être difficile de discerner la réalité de ses propos, en particulier pour évaluer les capacités mesurées par la grille AGGIR et les éléments de contexte. Ensuite, parce qu'il est embarrassant de proposer un plan d'aide adapté, correspondant à des besoins difficilement identifiés, à une personne dont la capacité à décider est incertaine. Et enfin, parce qu'être bénéficiaire de l'APA implique un engagement à respecter la mise en œuvre du plan d'aide et le paiement de la participation définie – engagement qui ne peut être imposé. Aussi ces situations nécessitent-elles une vigilance particulière. Nous avons vu que l'administration prévoit la présence d'une personne référente¹, laquelle peut permettre d'atténuer ces difficultés, lorsqu'elle est suffisamment disponible pour accompagner les différentes étapes de cette procédure. Le formulaire de demande d'APA prévoit aussi d'y déclarer l'existence d'une mesure de protection juridique, et requiert les coordonnées de ces personne ou service :

Encadré n°10. Conseil général G, 2013, Extrait du Formulaire de demande APA

<p>Nom et adresse d'une personne référente à contacter pour le suivi du dossier : N° tel :Autres n° tel : Adresse courriel : Lien de parenté éventuel Date de naissance : Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de : <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Nom et adresse du représentant légal ou de l'association chargée de la gestion des biens : Téléphone fixe : Téléphone mobile : Adresse courriel :</p>
--

Quand ces informations sont renseignées dans le dossier de demande, la gestionnaire associe systématiquement le mandataire judiciaire à la protection des majeurs à la visite à domicile. Sa présence y est utile autant pour compléter l'évaluation des capacités et des besoins que pour

¹ Voir *Supra*, Chapitre 6. – c) Le domicile, un lieu de rencontre.

participer à l'élaboration des réponses envisageables. Elle est d'ailleurs nécessaire dans le cas d'une mesure de tutelle, puisque c'est le mandataire judiciaire qui prend la décision – même si la personne bénéficiaire doit y être associée. Parfois, la personne visitée ne bénéficie pas d'une mesure de protection, alors que sa situation apparaît préoccupante à l'agent départemental. Celui-ci peut alors suggérer de faire cette démarche, et il peut éventuellement aider à la faire – par exemple en conseillant pour la rédaction du courrier, en organisant l'expertise médicale avec l'un des médecins figurant sur la liste établie par le procureur de la République, et/ou en contactant le service des tutelles au tribunal - comme je l'avais fait pour informer le juge du comportement parfois irascible, voire colérique, de madame Paulet. À défaut, et habituellement après en avoir échangé avec un ou des membres de l'équipe médico-sociale, un signalement peut être adressé au procureur de la République par le service¹.

Et puis, les services qui participent directement et concrètement à la mise en œuvre de la loi relative à l'APA représentent une autre catégorie d'acteurs importante. Car ce sont eux qui fournissent les aides financières par l'APA. En effet, les aides décrites dans le plan d'aide ne sont habituellement pas fournies directement par le département lui-même². Les décisions prises impliquent donc toujours le recours à d'autres structures pour être réalisées, et c'est la personne bénéficiaire elle-même qui doit rechercher et décider le ou lesquels : un service d'aide à domicile, associatif ou lucratif ; un fournisseur de services comme la téléassistance, le portage de repas, le transport accompagné, ... ; un fournisseur de biens, comme les aides techniques (barre d'appui, rehausseur, ...), ou les protections ; un service d'accueil de jour, ou de séjour temporaire, souvent rattaché à un établissement ou à un service ; etc. Autant d'interlocuteurs professionnels, extérieurs à la collectivité départementale, mais qui participent à sa politique. Et comme les équipes médico-sociales sont tenues d'apporter à la personne intéressée ou ses proches les informations nécessaires à ses besoins (CASF, article R232-7), elles doivent connaître l'éventail des fournisseurs potentiels sur le territoire, leurs caractéristiques, et comment les solliciter. Certaines de ces équipes préparent un document dans ce but, document dans lequel elles répertorient les principaux services et fournisseurs présents ou intervenant sur le secteur géographique du domicile. Et, selon la situation de la personne bénéficiaire, et de son entourage quand il existe, il peut arriver que l'agent départemental contacte directement

¹ En application des articles 415, 425, 430 et 431 du code civil. Dans certains départements (E, F), il existe une « cellule de traitement et de suivi des plaintes et des signalements », qui centralise et coordonne le suivi de ces situations.

² Aucun département ne l'a mentionné au moment de l'enquête, alors que les statuts de la fonction publique territoriale pourraient le permettre. Cette absence pourrait être due à l'histoire et à la construction sociale de ces politiques plutôt qu'à des contraintes ou impossibilités techniques ou juridiques.

l'un de ces services¹. Dans ce cas, il est recommandé de ne contacter que des services agréés² - ou qualifiés par un label reconnu³.

Plus ponctuellement, les agents des équipes médico-sociales sont en contact avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Il peut s'agir d'accueils de jour ou d'hébergements temporaires, des services finançables dans le cadre d'un plan d'aide APA, auprès desquels ils vérifient les disponibilités d'accueil, les rythmes et durées envisageables, les tarifs, etc. Mais il peut aussi s'agir d'établissements de type EHPAD⁴ ou USLD⁵, pour des personnes dont le maintien de la vie à domicile devient inadapté, voire dangereux. Dans ces cas-là, les contacts visent habituellement à trouver une place pour la personne concernée, la recherche venant alors compléter ou se substituer à celle des proches de la personne concernée. Enfin, d'autres acteurs peuvent aussi être mobilisés de façon ponctuelle, même s'ils ne peuvent pas tous être considérés comme des « acteurs professionnels », par exemple des voisins ou des membres bénévoles ou salariés d'associations. Celles-ci proposent souvent des soutiens autour de thématiques spécifiques, comme l'accompagnement social et/ou culturel, l'aide au logement, le secours financier, etc., et sont plus ou moins nombreuses selon les territoires. Leurs actions peuvent s'inscrire à côté et en complément des aides que peut financer l'APA - par exemple des activités culturelles ou physiques adaptées -, et dans certains cas, elles peuvent être à l'origine d'une demande d'APA - par exemple quand la personne bénévole engagée dans des visites régulières constate une diminution importante et préjudiciable des capacités de la personne visitée. Il arrive même que ce bénévole propose d'accompagner l'instruction de la demande - par exemple en étant présent au moment de la visite à domicile -, pour rassurer la personne concernée.

Avec l'ensemble de ces professionnels, les échanges sont fréquemment à double sens - surtout avec ceux qui se rendent au domicile de la personne concernée. À partir du moment où les intervenants auprès d'une personne sont identifiés, ils peuvent se transmettre des informations

¹ Comme nous l'avons vu par exemple pour madame Paulet, dans le *Chapitre 5 – b) Les outils de contrôle et leurs limites : le retour du care*.

² CASF, articles L232-6, L232-7.

³ Il peut être par exemple délicat d'envisager des travaux d'aménagement du logement chez des personnes vulnérables qui vivent difficilement tout dérangement de leur quotidien, ou qui ne sauraient pas faire face à des pratiques malhonnêtes. Pour l'éviter, certains départements financent le recours à un ergothérapeute, et/ou conseillent de faire vérifier les devis par un responsable technique territorial, et/ou conseillent de faire appel à un artisan ou à une entreprise qualifiée par le label *Handibat*.

⁴ EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁵ USLD : Unité de soins de longue durée.

pour accompagner au mieux une évolution significative de la situation, comme l'illustre cet appel téléphonique :

Je suis la kinésithérapeute de madame Mourguet¹, et je vous appelle depuis chez elle, avec son accord, elle est à côté de moi.

Je viens la voir deux fois par semaine, et aujourd'hui, quand je suis arrivée, elle m'a demandé de l'emmener à un rendez-vous à la banque², pour voir le banquier. Elle a voulu que j'assiste au rendez-vous, malgré ma réticence – ce n'est pas ma place ! Et là, j'ai entendu le banquier lui dire qu'il n'y avait plus beaucoup d'argent sur ses comptes d'épargne suite à des mouvements récents, j'ai appris qu'elle s'était fait « voler » une somme importante - très certainement par sa voisine dit-elle...

En sortant de ce rendez-vous, je lui ai dit que je ne pouvais pas la laisser toute seule avec ça, mais moi je ne peux pas faire grand-chose...

Et c'est elle qui m'a dit de vous appeler...

(Notes de praticienne à la maison du département, Mardi 29 janvier 2013).

Bien que professionnelle de santé, la kinésithérapeute ne donne aucune information médicale, et précise même qu'aller à la banque avec sa patiente n'est pas son rôle. Pour autant, son appel témoigne de son attention à la situation³, et de l'importance à y remédier. Dans la situation de monsieur et madame Achard⁴, les enfants m'ont rapidement contactée lorsqu'ils ont reçu un courrier recommandé émanant de la commune pour exiger un nettoyage de l'appartement dans un délai de quinze jours. Nous avons alors organisé un rendez-vous sur place avec le service d'hygiène de la ville, auteur du courrier, une entreprise spécialisée dans le débarrasage et le nettoyage, et le service d'aide à domicile déjà identifié dans le plan d'aide APA, pour évaluer l'ampleur et le coût du nettoyage d'une part, et organiser sa réalisation d'autre part. Dans certains cas, le service départemental organise ce partage d'informations de façon plus formelle, comme l'explique cette responsable territoriale :

Une situation complexe peut susciter l'organisation d'une synthèse, c'est-à-dire qu'on invite toutes les personnes concernées par la situation : les partenaires, comme le service d'aide à domicile, les aides à domicile, le maire, les infirmiers, le médecin de famille, éventuellement les enfants, etc., pour en discuter et chercher ensemble quoi faire ; les échanges peuvent conduire à prendre des décisions, on repère qui fait quoi et comment - par exemple, rencontrer la personne seul ou en binôme, négocier entre le service d'aide à domicile et la personne âgée si y a un désaccord ou un conflit, etc.

La synthèse, on l'organise proche du lieu de vie de la personne, dans un *Point d'accueil solidarité* par exemple, et on adapte les horaires pour que chacun puisse venir, sans trop gêner son travail...

Par exemple, dans une situation où le maire interpellait le service pour qu'on intervienne, et pour que la dame aille en institution, on a organisé une rencontre avec l'infirmière, le maire, la [travailleuse sociale] spécialisée. On a discuté, après on a invité la fille, on lui a

¹ Voir *Supra*, Chapitre 2. - b) *Des incapacités multidimensionnelles*.

² Madame Mourguet habite au troisième étage d'un immeuble ancien, sans ascenseur, et depuis plusieurs années elle ne descend pas plus d'un étage seule : c'est donc un exercice que cette kinésithérapeute pratique avec elle de temps à autre.

³ Attention qui relève aussi d'une obligation légale, définie par l'article 434-3 du code pénal.

⁴ Voir *Supra*, Chapitre 2. - b) *Des incapacités multidimensionnelles*.

expliqué et proposé des accompagnements, par exemple avec des bénévoles - et après le maire a compris... Il a même téléphoné pour dire combien les échanges l'avaient éclairci... Ce n'est pas facile cette question de l'isolement... Mais on ne peut pas prendre la personne comme ça et la mettre en maison de retraite, on n'est pas dans la protection de l'enfance...

Mais on n'a pas toujours la solution

Et puis la synthèse peut provoquer comme des « électrochocs » pour les enfants, qui ne se rendent pas toujours bien compte... Dans une situation, on avait même menacé de faire une demande de mise sous protection au procureur pour leur faire comprendre notre inquiétude... Ils ont entendu, et ont demandé quoi faire...

Et parfois c'est juste des protections techniques : une autre dame était un peu désorientée, elle pouvait déambuler chez elle de jour comme de nuit, et il y avait une marre au fond du jardin : il fallait au moins en protéger l'accès !

Mais la synthèse, ce n'est pas des décisions directives : on réfléchit ensemble.

Par exemple, y a une dame qui vivait seule chez elle, (...) et à chaque fois, elle demandait à l'aide à domicile d'aller acheter 10 tranches de jambon, et puis... Elle lui demandait aussi d'acheter toujours plein de médicaments... À la synthèse, on a invité aussi la pharmacienne, qui s'est impliquée en apportant les médicaments au fur et à mesure.

(Adjointe Ressource Autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014)

Par ailleurs, des professionnels d'institutions comme la police ou les bailleurs peuvent eux interpellier le service départemental quand ils sont informés de situations de personne vulnérable ou en danger. Selon l'organisation en vigueur dans le département, ces situations de vulnérabilités sont évaluées par l'équipe travaillant avec le type de public concerné (enfance, personnes âgées ou personnes handicapées), ou par une équipe spécifiquement dédiée, comme dans le département E, où une « cellule de protection des personnes vulnérables » peut intervenir dans toute situation signalée, quel que soit l'âge de la personne.

Ce panorama montre la richesse et la diversité des structures et des professionnels, susceptibles d'accompagner ou d'intervenir auprès de personnes perdant des capacités. Suggérer ou initier une demande d'APA, apporter des informations pour éclairer l'évaluation, accompagner la mise en œuvre du plan d'aide, proposer d'autres orientations, ou alerter sur une situation inquiétante... Chacun à sa manière, directement ou indirectement, peut participer à la traduction en actes de la loi relative à l'APA, et peut donc être qualifié de contributeur dans la mise en œuvre de l'action publique. Ils constituent des interlocuteurs indispensables pour rendre cette politique sociale effective. Il revient alors aux agents des équipes médico-sociales de connaître et de se repérer dans cet environnement institutionnel et social, de façon à savoir qui solliciter pour accompagner ou orienter au mieux la personne. Les rencontres avec les professionnels d'autres institutions participent de la connaissance réciproque des spécificités de chaque organisation, et des personnes qui y travaillent, comme l'indique cette assistante sociale lors de l'une de ces réunions :

Pour moi, c'est important de créer du lien entre nous, c'est plus facile, après, de penser à t'appeler, parce que je t'aurais vue aujourd'hui, ce sera plus facile aussi de conseiller à une personne de te contacter, ou de lui proposer de te contacter... Et puis, c'est important de pouvoir partager nos préoccupations, que ce soit pour une personne en particulier, mais aussi...

Je crois qu'on pourrait aussi réfléchir ensemble à certains types de situation - par exemple, je crois qu'on devrait réfléchir sur l'éventualité pour les personnes de partir en établissement, comment les aider à anticiper...

(Notes de praticienne, CCAS, Réunion du groupe *Réseau entraide solitude*, Conseil général F, Équipe S, Lundi 25 janvier 2010).

C'est cette connaissance réciproque qui facilite les relais, les conseils et les suggestions d'orientations auprès des personnes et de leur entourage, qui permet aussi de compléter les investigations, et d'effectuer des accompagnements de toute nature.

Les espaces intermédiaires de l'action publique

Entre les différents sites d'exercice de l'action publique, domiciles des personnes candidates à l'APA et locaux du conseil général, ou ceux des acteurs périphériques, les opérateurs-visiteurs circulent et communiquent, physiquement ou à l'aide d'outils technologiques. Ces mouvements, quasi permanents pour les visiteurs, agissent inévitablement sur les activités et les manières de faire, à la fois dans les façons d'exercer cette mission et dans les interactions avec l'ensemble des protagonistes.

Des bureaucrates en mouvements

Nous avons vu¹ comment l'exigence d'une instruction médico-sociale dans le lieu de vie d'une personne candidate à l'APA entraîne, pour les agents chargés de l'effectuer, de fréquentes sorties hors des murs institutionnels, et de nombreux déplacements : de la maison du département au domicile de la personne ; d'un domicile à l'autre ; d'un domicile au service d'aide à domicile, ou au cabinet médical ; d'un domicile à la maison du département – ou à son propre domicile, parfois sans repasser par la case « local institutionnel ». Ces déplacements sont à chaque fois comme un voyage, dans des endroits pas toujours très bien connus. Un voyage pour lequel un minimum d'organisation leur est nécessaire.

Pour beaucoup de ces agents-visiteurs, organiser les visites à domicile, c'est d'abord tenter de rationaliser ces mouvements : essayer d'effectuer le même jour ceux qui sont situés dans le même secteur géographique ; étudier le trajet et calculer le temps à prévoir, choisir le mode de

¹ Voir *Supra*, Chapitre 3. – a) *Aller à la rencontre d'un public âgé : une expérience sensible*, et Chapitre 4. – c) *Les maisons du département, une déconcentration « au plus près des besoins de la population »*.

transport quand c'est possible - les transports en commun, ça peut être compliqué, ou trop long ; la voiture, il faut en avoir une, ou bien qu'un véhicule de service soit disponible, et puis il faudra pouvoir se garer ; ou le vélo, si le trajet n'est pas trop long, et pas trop accidenté, la marche... Parfois, bonne surprise, c'est à côté de la maison du département, et accessible en quelques minutes à pied. L'organisation de ces circuits ressemble parfois à un casse-tête, et certains visiteurs prévoient de la marge dans les horaires, pour pouvoir faire face à d'éventuels imprévus – circuler, se garer, retrouver le digicode, etc. Et puis, une fois l'agenda à peu près planifié, il s'agit aussi de ne pas débarquer à l'improviste chez des gens souvent inconnus. L'envoi d'un courrier standard¹ les informe de cette venue, avec une copie au mandataire judiciaire et à la personne référente quand ils sont mentionnés dans le dossier de demande :

Madame / Monsieur,
Vous avez reçu un accusé de réception de votre demande de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
Afin de poursuivre l'instruction de votre demande, nous devons maintenant évaluer vos besoins pour votre maintien à domicile.
Madame Rivet, assistante territoriale socio-éducative, se rendra à votre domicile pour évaluer l'aide dont vous avez besoin, le :
Mercredi 23 juin 2010, vers 16h00
Je vous précise que, si vous le souhaitez, vos proches ainsi que votre médecin traitant pourront aussi assister à cette visite.
Veuillez recevoir, Madame, mes courtoises salutations.

Martine Bony
Assistante Médico-sociale

(Notes de praticienne à la maison du département, Conseil général F, Équipe S, 14 juin 2010).

Certains agents assouplissent cette procédure en ajoutant une formule visant à faciliter cette contrainte, comme par exemple : « Si vous souhaitez modifier la date ou l'heure du rendez-vous, je vous invite à me téléphoner au ... ». D'autres consultent d'abord par téléphone les personnes concernées pour vérifier leur disponibilité. Le courrier officiel vient alors confirmer ce rendez-vous – parfois apporté par le visiteur lui-même, quand le délai paraît trop court pour l'envoyer par la poste. Ces pratiques marquent une attention particulière à la personne visitée, dans la mesure où l'agent institutionnel ne lui impose pas son propre agenda de façon strictement bureaucratique. Et aussi parce qu'elle permet d'établir un contact, de faire connaissance avant de faire intrusion dans leur intimité, comme l'explique cette infirmière :

Avant, c'était très, très formaté, on donnait la date de la visite avec l'heure au rédacteur, le rédacteur téléphonait à la famille, si c'était bon, c'était bon, si c'était pas bon, vous imaginez, fallait qu'ça revienne à l'infirmière, pour que de nouveau, elle...

¹ La trame de ces courriers administratifs est habituellement préparée par le service « Communication » de l'administration centrale, et laisse souvent peu de marge pour le modifier.

Alors moi, j'm'organise comme ça - ailleurs j'sais pas, mais moi j'fais comme ça.
Moi, j'téléphone aux familles. Des fois c'est entre midi et deux quand les gens travaillent, des fois c'est plus le matin à huit heures, parce qu'après faut qu'y courent au boulot, enfin bon, c'est très variable.
Voilà. Faut être souple, en fait.
Faut être très souple avec les familles, parce qu'elles sont déjà fatiguées, les familles, elles ont en charge leur personne âgée, donc si on leur rajoute de la charge, c'est pas la peine...
(Infirmière territoriale, Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014).

Une fois les rendez-vous confirmés et les trajets organisés, reste à préparer le bagage. Car comme nous l'avons vu¹, réaliser un entretien hors des locaux, c'est aussi porter le cadre institutionnel, emporter une partie de l'institution avec soi, et emporter une partie du « bureau » dans un cartable, ou dans une valise avec roulettes pour qui veut protéger son dos. L'agent y transporte les outils choisis selon le ou les entretiens prévus : *a minima*, un dossier pour chaque personne visitée ; dans chaque dossier individuel, la *fiche de préparation de la visite à domicile* et la grille AGGIR établies d'après le formulaire de demande ; le formulaire d'évaluation médico-sociale adapté à la situation - première demande ou révision ? ; des formulaires aide-mémoire, comme les tableau des plafonds maximum d'aide selon les GIR, et la grille des forfaits fixés pour le choix des aides ; et aussi, la plaquette de présentation des services existants ou intervenants sur le territoire ; des crayons, feuilles de notes, plan du quartier, ... sans oublier la calculatrice, bien sûr – outil incontournable ! Et, selon ce qu'on a compris de la lecture du dossier, ou d'un échange téléphonique, on va y emporter aussi : le document qui parle de l'incontinence ; celui qui attire l'attention sur la dénutrition ; celui qui présente les services d'« aide aux aidants », ou ceux spécialisés dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une pathologie particulière, ... Le contenu varie suivant le programme de visites : il vise à pouvoir travailler et à répondre aux questions, où que l'on soit pour travailler. Certains le rationalisent autant que possible, par exemple en l'allégeant pour éviter de porter de l'inutile :

« Ouh, mais y a longtemps que je ne prends plus mon agenda papier, c'est bien trop lourd, et pis qu'est-ce que j'en ai à faire de trimballer les feuilles d'octobre quand on est en mai !?! C'est déjà bien assez lourd de balader tous ces dossiers, la documentation, tout ça... »
(Notes de praticienne à la maison du département, Assistante sociale, Conseil général F, Équipe S, Jeudi 28 octobre 2010).

Enfin, il faut arriver à la bonne destination. Pour l'agent qui connaît bien le territoire et a les bonnes informations, ce peut être simple. Dans les cantons ruraux, trouver le bon chemin

¹ Voir *Supra*, Chapitre 6 – b) Construire une relation d'aide à domicile.

n'est pas une évidence, comme le relate une assistante sociale avant de présenter la situation en réunion d'équipe :

Alors, là, ça n'a pas été facile d'y arriver ! Le GPS ne trouvait pas, l'adresse était erronée, j'ai tourné, j'ai dû faire demi-tour au milieu dans les vignes... Finalement, j'ai dû appeler plusieurs fois le fils pour qu'il me guide par téléphone... Et j'suis finalement arrivée avec 45 minutes de retard ! Heureusement, la famille est tranquille, avec le sourire, tout bien ! » (Réunion d'équipe médico-sociale, Conseil général F, Équipe L, Lundi 03 novembre 2014).

Et même si l'arrivée à la bonne adresse est facile, à chaque première visite, l'accès au domicile peut ressembler à une énigme, comme je le constate devant le portail fermé d'une résidence de deux bâtiments :

Pas de sonnette, pas d'interphone pour m'annoncer.

Pas de chance. Comment rentrer ?

Peu de mouvements dans cette résidence, ni dans la rue d'ailleurs : à cette heure de début d'après-midi, ceux qui travaillent y sont, les autres doivent être en sieste, ou bien... J'ai beau regarder d'un côté à l'autre dans la rue : pas un mouvement, ni piéton, ni voiture... Je bouge à la recherche d'une cabine téléphonique. Mais à l'heure des téléphones portables greffés aux oreilles, les cabines téléphoniques ont disparu du paysage urbain. Et dans ce quartier, il n'y a même pas de commerçants... Cette fois-ci, un téléphone mobile m'aurait rendu service ! Mais ceux du service sont monopolisés par les « médicaux », tant pis pour les autres. À force de déambuler d'un côté à l'autre de la rue, me voici à nouveau devant le portail fermé. À le regarder comme si ma pensée seule pouvait avoir le pouvoir de l'ouvrir. Ce n'est évidemment pas le cas, mais... une silhouette émerge enfin du fond du parking, semblant se diriger vers ce fameux portail : oui, cette piétonne sort de la résidence et me donne ainsi l'occasion d'y entrer... Je vais enfin pouvoir passer à la phase suivante, en me dirigeant vers l'allée portant le bon numéro - je vérifie les indications notées sur la « Fiche de liaison » : m'y voilà.

La porte de l'allée est fermée elle aussi. Mais cette fois, il y a un interphone : je cherche le nom et sonne. Une voix jeune et masculine répond - pourtant, je viens rendre visite à « une dame âgée de plus de 60 ans » ?!

« Bonjour, c'est madame Rivet, de la Maison du département, nous avons rendez-vous... » - pas le temps de finir ma phrase, la voix de l'interphone a déjà effectué la manipulation qui me permet d'entrer enfin dans l'allée. Rapide regard sur les boîtes aux lettres pour vérifier l'étage où je dois me rendre. Ascenseur. Coup d'œil dans le miroir inévitable dans ces installations : suis-je présentable dans mon rôle de travailleuse sociale ? 5^{ème} étage, une porte palière est entrouverte : ce doit être là. Je sonne pour annoncer mon arrivée dans leur intimité.

(Notes de praticienne après visite à domicile, Vendredi 16 novembre 2012).

Ces déplacements construisent un rapport particulier aux lieux, aux espaces, au territoire (Gramain et *al.*, 2013) ; et même à la temporalité, puisque ces agents-visiteurs apprennent à intégrer systématiquement le temps estimé des trajets dans le déroulement de leurs journées : « Tu verras, ces visites demandent de nombreux déplacements, parfois très longs, qui amputent beaucoup le temps de travail de rédaction ensuite... », m'avertit une assistante sociale à mon arrivée dans le service. Les premiers mois, tant que le territoire n'est pas parfaitement connu, jusque dans les moindres impasses ou chemins de terre, le choix du

parcours est parfois fastidieux. Et les trajets n'ont évidemment pas les mêmes contraintes ni la même ambiance suivant le lieux d'exercice : alors que l'agent-visiteur exerçant en milieu urbain peut choisir de circuler à pied, à vélo, en transports en commun ou en voiture, celui qui exerce en zone rurale n'a guère d'autre choix que la voiture - véhicule de service ou véhicule personnel, selon les départements et les agents.

Se rendre systématiquement à domicile pour étudier toute demande d'aide impacte donc fortement les pratiques des agents départementaux. D'abord parce qu'ils se retrouvent sans cesse en mouvement, changeant de lieu, de cadre, de contexte. Passer d'une histoire singulière à une autre, d'un appartement proche de l'incurie à une maison spacieuse avec parc arboré, terrasse fleurie, et vue sur les montagnes environnantes, implique des adaptations successives à la diversité de ces rencontres, de ces accueils chaque fois différents. Un ajustement permanent de la posture. Et puis parce que ces nombreux déplacements impliquent, de fait, des absences répétées dans les locaux institutionnels, à distance des collègues directs, de la hiérarchie, de l'activité professionnelle *intra-muros*. Ces particularités peuvent provoquer une certaine forme d'insécurité pour certains ; pour d'autres, au contraire, elles peuvent représenter une forme de liberté, offrant une marge de manœuvre relative par rapport au cadre institutionnel.

Les déplacements, des espaces d'observations et de régulations

Fin de l'entretien - quelque peu mouvementé. J'arrive à saluer toutes les personnes présentes - et elles sont nombreuses ! Madame Gentil, son mari, deux enfants, un gendre, une petite-fille, et même l'infirmière dont c'est l'heure de passage... Bref, je remercie et prend congé. Les deux enfants m'accompagnent vers la porte de l'appartement, comme il est de coutume. Sur le palier, ils appellent l'ascenseur en continuant à me parler. Finalement, ils m'embarquent dans l'ascenseur, et continuent à parler, comme pour compléter, donner encore des précisions – ou bien pour partager leurs inquiétudes ? Arrivés dans le hall d'entrée, je m'apprête à les saluer à nouveau. Mais nous y continuons longuement l'échange à 3, nous décalant vers les marches quand quelqu'un veut passer. Interrompus à 2 ou 3 reprises par des passants ou résidants, ils reprennent à chaque fois le fil de leur histoire à deux voix. Là, dans ce lieu de passage semi-public, je finis par comprendre un peu plus les détails de l'histoire familiale :

- une fille, pas vue ce jour, a des soucis de santé et de famille, et ne pouvait donc pas être présente, et d'ailleurs elle n'est pas très disponible pour ses parents
- le fils est très, très, très pris professionnellement et peut difficilement se libérer pour assurer une présence auprès des parents
- la fille, voisine, est très présente auprès de ses parents, très, très, très, présente, et je sens dans ses propos et son attitude qu'elle arrive à ses limites physiques, psychiques... - Elle ne peut aborder de front la réalité de la maladie avec sa mère et refuse d'en parler avec elle. Elle a été « secouée » par la dernière consultation à l'hôpital gériatrique. Mais elle peut entendre que sa mère n'est sans doute pas complètement dupe...

Je constate aussi quelques dissensions entre ces deux enfants par rapport à l'attitude à adopter face à leur mère. Comme un « excès d'angoisses » de la part de la fille, une volonté de « rationalité » de la part du fils...

Bref, une réalité familiale dense et complexe.

J'écoute, j'essaie d'expliquer, d'accompagner - autant que possible !?!...

Finalement, l'entretien d'éligibilité est devenu un entretien « familial », il s'est poursuivi dans l'escalier, puis dans le hall, trop étroit, puis finalement on se retrouve sur le trottoir, longuement... Confidentialité non garantie ! Avec les remerciements du fils. Ils avaient beaucoup, beaucoup, besoin de parler !?!

Les ayant – enfin – quittés, je regarde l'heure : 20h30 ! 2 heures et demie d'entretien... !

Il aura fallu tout ce temps « en plus » d'échanges avec eux pour mieux « cerner » leur situation, et tenter une aide par une écoute attentive, et aussi bienveillante que possible_

Et je me retrouve enfin seule, épuisée, et entourée de touristes qui profitent de la douceur de cette fin de journée printanière...

Contraste étonnant - et bienfaisant, finalement !

(Notes de praticienne après visite à domicile, Mardi 29 mai 2012).

Si les visites à domicile ne se prolongent pas toujours aussi longuement, la forme de présence conférée par la pratique de « l'aller vers », et même « d'aller chez », semble favoriser des déroulements d'entretien peu conventionnels. Loin du formalisme que procure le bureau d'une collectivité territoriale ou le guichet d'une administration de sécurité sociale, le domicile et son environnement redessinent le cadre dans lequel se rencontrent l'agent départemental et la ou les personnes qui sollicitent une aide. Et cet assouplissement peut concerner autant le lieu (escalier, trottoir, espaces publics ou semi-privés,...), que la temporalité (des entretiens qui n'en finissent pas, qui perdurent au-delà des salutations d'au-revoir), ou le contenu (l'expression de certaines difficultés, parfois presque sous forme de « confession »¹, parfois sans rapport direct avec la demande d'APA). Cette prolongation de l'entretien « hors du cadre » peut d'ailleurs se dérouler en amont du rendez-vous prévu au domicile de la personne candidate. Par exemple par téléphone, lorsqu'au moment de prendre le rendez-vous, la personne référente contactée donne moult détails sur la situation de la personne à visiter. Ou sur place, comme la petite-fille de madame Roussy qui m'attendait dans la rue, devant l'immeuble de sa grand-mère, pour être sûre de me voir, et ainsi préparer en quelque sorte l'entretien avec moi, avant que je n'arrive chez sa grand-mère². Là aussi, l'espace public devient comme un « espace technique », qui permet de communiquer autre chose, autrement, au professionnel qui participe à la décision.

¹ « Au fait, je voulais vous dire (...) », ou bien « J'y pense maintenant, mais est-ce que vous croyez que (...) » - ou autres formulations qui tentent de retenir au seuil de la porte le visiteur prêt à partir.

Cette forme d'entretien « retenue » par l'interlocuteur du professionnel médico-social n'est d'ailleurs pas spécifique à cette mission auprès des personnes âgées, mais serait plutôt caractéristique de ces pratiques « d'aller vers » - c'est-à-dire dans les situations d'interaction où c'est le professionnel qui est censé décider de sa venue et de son départ.

² Voir *Supra*, Chapitre 6. - c) *Le domicile, un lieu de rencontre*.

Ces déplacements sont aussi des occasions d'observations, potentiellement exploitables pour la mission qui les fait exister. Car ces déambulations entraînent le professionnel visiteur au cœur du quartier où vit la personne demandeuse de l'APA. Or le renouvellement des visites à domicile, et l'utilisation consciencieuse des formulaires conçus pour en faire le compte-rendu, développent certains automatismes dans la pratique de cet exercice. À l'instar de l'infirmière que j'accompagnais lors de mes premières visites d'apprentissage, le visiteur évaluateur intègre progressivement les particularités d'un environnement qui facilite, ou au contraire complique la vie quotidienne pour une personne dont les capacités diminuent¹. Certaines de ces caractéristiques sont observables dès l'arrivée à proximité du domicile, puisque le visiteur lui-même en teste les facilités d'accès, que ce soit avec les transports en commun (pour la personne qui ne peut plus conduire) ou un véhicule personnel (pour les proches ou les professionnels qui viendraient la voir), par météo difficile (pour des logements excentrés, ou situés dans des reliefs accidentés), etc. Il en éprouve également l'accessibilité, en repérant le quartier pentu, les pavés, l'état des trottoirs, la présence ou l'absence de bancs, d'appuis possibles, d'escaliers, d'ascenseur... Ou l'existence de commodités, commerces, services administratifs ou médicaux... Le professionnel visiteur constate ce qui existe ou non à proximité de ce domicile - et pourra orienter les questions à partir de ces observations au cours de l'entretien. D'autant plus que la présence, ou non, de ces équipements, indique aussi la nature de l'environnement humain, ressource ou non pour la personne qui ne peut plus sortir de chez elle - comme vu précédemment² :

Je suis très vigilante au contexte, à l'environnement où vit la personne, parce que ça peut devenir très compliqué pour une personne, surtout si elle n'a pas de famille, si en plus y a aucun commerce dans le quartier où elle vit - comme ici, où y a même plus de bus qui dessert le quartier, vous vous rendez compte ?
Isolée comme elle est, selon sa situation, elle devient plus rapidement vulnérable...
(Infirmière, Conseil général F, Équipe R, Lundi 27 octobre 2014, entre deux visites à domicile).

Ces déplacements peuvent aussi donner l'occasion de « passer voir » le service d'aide à domicile qui intervient auprès de telle ou telle personne, d'aller rencontrer l'assistante sociale au CCAS et lui demander si elle a pu contacter la tutrice de telle autre : autant d'interlocuteurs avec lesquels les échanges se font plus souvent par téléphone, et qu'il est utile parfois de rencontrer plus directement, surtout lorsqu'une situation préoccupe particulièrement, ou qu'une information est attendue pour une prise de décision à venir. Ces détours, ces contacts

¹ Cf. La situation de visite à domicile présentée dans le *Prologue*.

² Voir *Supra*, Chapitre 2. – d) *L'importance du contexte de vie*.

directs, sont alors souvent pris à l'initiative du professionnel lui-même pour lui faciliter la préparation des réponses à proposer. Comme par exemple aller rencontrer l'équipe de ce service d'accueil de jour, que l'on a si souvent recommandé sans vraiment le connaître.

Et puis, ces déplacements permettent de transitionner entre deux rendez-vous, entre deux formes d'activités :

Trajet à vélo ce jour. Du coup, j'arrive en avance dans le quartier !
Tant mieux : j'ai le temps d'une pause-café au coin de la place, de profiter des toilettes - ce sera plus confortable pour le rendez-vous.
Le trajet est aussi l'occasion de travailler : relecture des notes, préparation mentale au rendez-vous, à cette nouvelle visite à domicile, à cette nouvelle rencontre »
(Notes de praticienne en déplacement, Jeudi 19 janvier 2012).

Car quitter un lieu pour un autre, c'est traverser des espaces publics ou semi-publics, qui peuvent devenir, le temps d'une traversée, d'une pause, un lieu improvisé de travail :

10h00. Je sors de chez madame Michelet. Il fait trop froid pour trainer dehors : je m'abrite dans l'église d'à côté le temps de récapituler la visite à domicile. Noter ce qu'elle vient de me raconter, et même appeler le service d'aide à domicile, etc.
Puis je repars à pied vers le quartier du Bois, vers le domicile de la prochaine visite – tranquillement. Vers l'inconnu, encore une fois. »
(Notes de praticienne en déplacement, Vendredi 04 janvier 2013).

Mettre à profit ces interstices avant ou après une visite à domicile pour récapituler l'entretien qui vient de se terminer, résumer, ou au moins noter rapidement, l'essentiel de ce qui vient de se passer, et ce qui reste à faire pour assurer le suivi. La transition d'après visite à domicile, c'est aussi prendre le temps d'écrire quelques notes, la mémoire encore fraîche – car au domicile, on ne peut pas à la fois mener l'entretien, observer, et tout écrire. Cet entre-deux donne aussi la possibilité de préparer l'entretien qui va suivre. Ou l'opportunité de rédiger un compte-rendu ou un rapport en attente – voire, pourquoi pas, de faire un détour chez la personne qui n'a pas répondu au dernier courrier ? Autant d'intervalles pour refermer le dossier de l'histoire précédente, avant de le reprendre, plus tard, pour le synthétiser et l'enregistrer dans un autre formulaire, plus administratif, lequel entrainera une décision qui modifiera la vie quotidienne de cette personne. Des entractes pour se préparer et se rendre disponible pour la prochaine rencontre.

Des temps de régulation des émotions

Mes carnets de travailleuse sociale-ethnologue contiennent beaucoup de ces observations liées aux déplacements, aux trajets. De façon récurrente, presque systématique. Y apparaissent non seulement les méandres de cette activité, mais souvent aussi des états, des façons de

ressentir le présent, l'environnement, comme si ces moments qui s'imposent à l'agent visiteur représentaient en eux-mêmes de l'importance :

VàD madame Jobard ≈ 1h40.

Je file vers la suivante à vélo.

Pause dans le parc de la mairie pour récapituler les notes de cette première VàD. Parc calme. Reposant. Agréable.

Je repars vers le foyer logement pour VàD chez monsieur et madame Norman. J'y reste plus de 2 heures ! Ils m'ont fatiguée - j'en sors épuisée.

Monsieur ne sait pas très bien ce qu'il veut - ce qui m'oblige à redire - à répéter - expliquer - réexpliquer... - et il a toujours du mal à comprendre.

C'est vrai que c'est pas simple. Leur département d'origine – qui est encore domicile de secours - a suspendu le versement de l'APA sous prétexte qu'ils n'ont pas transmis les justificatifs ... Là-bas, le SAàD¹ transmettait directement les factures au CG, le couple n'avait donc pas besoin de le faire...

Toutes ces tracasseries de paperasses me gavent - y a les leurs, pis les miennes, aussi... ☹
Pause sur l'esplanade pour récapituler cet entretien. Fatiguée, je bâcle.

Mais aussi, je respire. J'admire le paysage, les couleurs des arbres.

Quand même, c'est une bonne idée ces déplacements à vélo - très plaisant, pis ça fait du bien ces exercices et ces respirations avant et après les entretiens !

(Notes de praticienne en déplacement, Mercredi 22 septembre 2010)

La pause ou le détour par un parc, un square, reviennent comme un refrain au fil des pages : « (...) - C'est quand même plus agréable ! », ou bien : « (...) - Je me pose. Ouf ! Je respire 5 minutes avant de repartir ». Et de fait, après un entretien souvent impliquant, parfois difficile, pouvoir s'arrêter dans un endroit neutre, même quelques minutes seulement, et regarder le paysage, prendre le temps d'une boisson, offre comme un répit. Cette phase intermédiaire entre deux activités professionnelles peut aussi se vivre comme un espace-temps au cours duquel le visiteur se pose, se repose, et dépose les questions et les trop pleins de concentrations et d'émotions qui peuvent avoir été agitées au cours de l'entretien. À distance des murs institutionnels et de la pression qui s'y exerce, quand les entretiens succèdent aux rendez-vous, les appels téléphoniques aux réunions diverses. Traverser des paysages de campagne, de montagne, ou côtoyer les passants des villes, étudiants, commerçants, travailleurs ou vacanciers, c'est comme faire des pauses en pensant à autre chose. Ma collègue de bureau partageait elle aussi volontiers son émerveillement au fil des saisons en revenant de visite à domicile : « Tu as vu comment les iris commencent à fleurir ? Dans la montée de l'église, ceux des jardins ouvriers sont vraiment superbes ! ». Là se jouent des phénomènes d'apaisement, comme un équilibrage, un apaisement, des tensions internes : le trajet, la végétation, la couleur du ciel, constituent alors autant d'occasions pour mettre à distance les échanges vécus, pour respirer, changer d'état intellectuel et émotionnel, facilitant ainsi la mise en disponibilité pour

¹ SAàD : Service d'aide à domicile.

aborder la rencontre suivante. Le mouvement du corps d'un lieu à l'autre semble faciliter cette transition, ce passage d'une scène à l'autre (Dubois, 2010a).

Mais ces déplacements constituent une activité chronophage : les agents départementaux médico-sociaux consacrent beaucoup de temps à l'organisation et au déroulement de ces entretiens aux domicile des personnes candidates à l'APA. Les trajets peuvent prendre quelques minutes, en territoire urbain et quand le domicile est situé à côté de la maison du département, jusqu'à une heure voire plus, dans les territoires plus ruraux ou de montagnes :

Les référentes médico-sociales sont sectorisées selon une répartition géographique, en fonction de la commune de résidence de la personne âgée. (...)

En moyenne, elles [*les travailleuses sociales*] comptent deux visites à domicile par demi-journée - parce qu'y a le déplacement quand même. Pour l'entretien, il faut compter 1 heure, 1 heure et quart pour les plus rapides - pour d'autres, plutôt 1h30 à 2 heures.

(Responsable territoriale, Conseil général C, Mercredi 14 mai 2014).

Dans le département D, compte-tenu de l'organisation territoriale et de la taille du département, les visiteuses essayent plutôt d'organiser les visites à domicile sur une journée entière par secteur concerné. Aussi, pour tenter de limiter les déplacements, les visiteuses prennent souvent l'initiative de « faire un détour si elles ont besoin d'un complément, ça leur évite de perdre trop de temps » (Adjointe Ressource Autonomie, Conseil général A, Mercredi 23 avril 2014). Et la durée de l'entretien est évaluée de façon similaire dans les départements :

Le temps estimé se situe entre 1h et 1h30 pour que l'évaluation à domicile soit la plus complète possible. Il s'agit, au-delà de l'évaluation du degré d'autonomie, de prendre en compte les constituants essentiels de l'environnement dans lequel évolue la personne âgée. L'évaluateur s'attachera à connaître les aides déjà mises en place permettant jusque-là le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

(Conseil général F, 2011, *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales*)

Au cours de cet entretien, le visiteur doit aussi expliquer les conditions et les contraintes liées au bénéfice de l'APA (procédure, délai, plan d'aide, justificatifs, etc.), apporter toutes les informations connexes, et aussi, souvent, répondre aux multiples questions posées par les personnes présentes. Ce temps d'entretien, et de déplacement, coûte beaucoup plus à la collectivité qu'un entretien au cours de permanence à la maison du département, pour lesquels les travailleurs sociaux ne doivent souvent pas dépasser trente à quarante-cinq minutes (Métis, 2019). C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles les services départementaux tentent de limiter ces déplacements, en effectuant un pré-tri des demandes en fonction du GIR calculé à partir du certificat médical¹. C'est aussi la raison pour laquelle ces mêmes services incitent

¹ Voir *Supra*, Chapitre 5. – c) *Aménager localement les règles d'attribution*.

les agents à utiliser d'autres modes de communication pour échanger avec leurs interlocuteurs, quels qu'ils soient.

Communiquer malgré la distance

Nous avons vu précédemment comment le législateur et les responsables départementaux ont conçu différents instruments pour communiquer et garder trace de ces communications¹ : des formulaires, des courriers, des grilles, des dossiers, ... Autant d'écrits spécifiques de la procédure APA ou de l'institution elle-même, qui font office de communication officielle entre l'administration et les administrés, entre les agents eux-mêmes et entre les services, et aussi entre l'administration départementale et quelques autres organismes (maires², tribunal, services d'aide à domicile, services sociaux, etc.). Mais au quotidien, une grande partie des échanges entre les protagonistes, opérateurs ou destinataires de l'action, s'effectuent de façon moins formalisée, comme l'évoquent ces quelques notes de praticienne :

Retour au bureau après la réunion d'équipe.

Relance de l'ordinateur – attendre qu'il chauffe - déballage et rangement approximatif des dossiers & Co -

Boite mès : 3 messages de Laurent [*l'agent d'accueil*] m'informant d'appels téléphoniques pour moi + mèl de madame Massiac, responsable du service d'aide à domicile + mèl de monsieur Gillot

- Je rappelle monsieur Damasio > aide à domicile chez madame Mallet : elle voudrait demander une protection juridique > RV en sa présence Vendredi vers 15h30 + Tél de mme -

- Mèl à monsieur Gillot pour répondre à ses questions

- Je rappelle madame Massiac - 2 fois : absente.

- Appel du docteur Favre, rue des abreuvoirs : préoccupé par la situation de madame Barrot > OK pour V&D avec lui mardi prochain, le 23 -

- Appel à monsieur Roche > RV mardi 23 à partir de 15h

- Appel de Marianne Fur, du service central : présente la demande de monsieur Loisy à la commission la semaine prochaine > a besoin de mieux comprendre sa situation - et questionne « Pourquoi ne veut-il pas de la téléassistance ? (...) » - « C'est son choix ! » -

- Compte-rendu de visite madame Courlan + Appel au centre des impôts pour compléter son dossier

- Appel à CCAS > AS absente > Mèl + Copie à cheffe & gestionnaire // mr Loisy -

- Appel à monsieur Duchêne : sa femme de ménage ne vient plus - ne sait pas pourquoi ?! + mutuelle réclame 100 euros et menaces > Convoqué au tribunal - ne va pas bien, ne se déplace pas facilement : comment y aller ? > Me donne leur numéro + Numéro sociétaire

- Appel à la mutuelle : personne, c'est la pause repas sans doute ?

Pour moi aussi : stop -

(Notes de praticienne à la maison du département, Mardi 16 février 2010).

¹ Voir *Supra*, Chapitre 5. - a) *Des instruments de référence pour guider l'action publique*.

² L'article R232-23 du CASF impose au président du conseil général d'informer « le maire de la commune de résidence du demandeur » du dépôt d'un dossier de demande d'APA.

Dans le créneau disponible entre la fin d'une réunion et la pause habituelle du milieu de journée, je contacte, ou essaye de contacter, une dizaine de personnes ou services. Directement, avec le téléphone, ou indirectement, par courriel. Communiquer depuis le bureau est autrement plus rapide qu'arpenter le territoire cantonal. Mais on n'y fait pas tout à fait la même chose, le contenu et l'objectif de ces échanges ne sont pas les mêmes. Il s'agit là plutôt de « suivi »¹, de donner une suite au travail entamé lors de l'entretien à domicile. De contacter un partenaire, de rechercher ou vérifier une réponse, de partager l'information, de récapituler auprès de la personne référente ou du mandataire qui n'a pas pu être présente lors de la visite à domicile, voire d'organiser un autre rendez-vous ou une réunion, ... Autant d'activités qui ne peuvent pas toujours être réalisées seulement par une rencontre directe. Et la multiplicité des interlocuteurs entraîne une multiplication des échanges. Les référents médico-sociaux disent effectuer une activité importante de « lien », et faire des « liaisons », avec l'ensemble de personnes concernées, réellement ou potentiellement, par une même situation : une infirmière territoriale évalue à un tiers de son temps de travail « le temps passé à des échanges avec les partenaires » (Conseil général F, Équipe R, Lundi 08 décembre 2014) ; une assistante sociale indique comment elle prend en compte cette donnée dans l'organisation de son temps de travail :

Quand je pars en vacances plusieurs jours, disons une semaine, je prévois au moins une demi-journée sans rendez-vous pour le jour où je reprends : il faut bien ça pour avoir le temps de lire tous les messages reçus pendant mon absence, et d'y répondre - si j'y peux... Parce que sinon, c'est pas possible, ça s'accumule et on n'en sort pas ! D'ailleurs, si je pars plus longtemps, j'ai plutôt intérêt à prévoir une journée entière ! »
(Conseil général F, Équipe N, Mardi 30 décembre 2014).

Si la plupart de ces communications s'effectuent à partir des locaux départementaux, certaines de ces professionnelles n'excluent pas de le faire aussi depuis leur propre domicile,

« C'est parfois bien plus simple, par exemple quand tu sors d'une visite à domicile à 18h ou 18h30, t'as pas forcément envie de faire le crochet pour repasser à la Maison du département, juste pour 3 coups de fil et 5 mêts ! »
(Assistante territoriale socio-éducative, Conseil général F, Équipe N, Échange entre deux visites à domicile, Vendredi 10 octobre 2014)

Ou bien :

« Moi j'appelle souvent les familles depuis chez moi : ça permet de les joindre à des heures où je ne suis pas censée être à la maison du département ! Les familles ont déjà beaucoup de choses à gérer, c'est pas facile pour elles, alors autant leur faciliter la vie si on peut ! »
(Infirmière, Conseil général F, Équipe R, Entretien Lundi 08 décembre 2014).

¹ Terminologie indigène couramment utilisé par les professionnels du champ médico-social pour nommer l'activité consistant à prendre soin d'une personne destinataire de leur action.

Le téléphone reste l'outil principal pour contacter, et être contacté, par les personnes demandant de l'aide, surtout quand elles sont âgées : même si certaines sont équipées de connexion internet, peu d'entre elles l'utilisaient au moment de l'enquête. Et le courrier postal reste privilégié pour les échanges de nature officielle : accusé de réception de la demande, jour et heure prévus pour la visite à domicile, proposition de plan d'aide, arrêté départemental, etc.¹ Le courrier électronique est utilisé plutôt entre les professionnels, en particulier quand l'interlocuteur n'est pas joignable directement par téléphone, quand il s'agit de transmettre la même information à plusieurs personnes, ou encore pour partager ou questionner à propos d'informations très techniques. Pour une communication au sein de l'institution départementale, l'utilisation cadrée d'un intranet² permet de partager des outils et des informations entre agents d'un même service, par exemple un agenda, ou un dossier individuel par l'intermédiaire du logiciel de gestion. L'intranet donne aussi accès à des informations plus généralistes pour l'ensemble des agents (vie de l'institution, actualités ressources humaines, etc.).

Conclusion Chapitre 6

Dans ce chapitre, nous avons examiné dans quelle configuration, physique et humaine, s'effectue la phase d'instruction médico-sociale de la demande d'APA. Le législateur a prévu que celle-ci soit réalisée au domicile de la personne candidate, et cette disposition conduit les opérateurs départementaux à déployer leur action dans plusieurs lieux, qui ne sont pas tous institutionnels, configurés et cadrés. Ces visites renouvelées au domicile des personnes qui demandent de l'aide imposent à ces agents une adaptation régulière au lieu, qu'ils découvrent à chaque fois, et aux personnes qui s'y trouvent – tout comme elles contraignent ces personnes accueillantes à recevoir un visiteur institutionnel. Au cours de ces entretiens situés, les protagonistes sont alors dans des postures d'ajustements permanentes et réciproques. De même, le domicile visité est temporairement modifié. Il n'est plus seulement un lieu de vie, là où la personne qui y habite peut effectuer ses choix et prendre des décisions dans une liberté relative. Il devient un lieu de travail pour les agents départementaux chargés de l'instruction de la demande, les obligeant à exercer leur mission dans un cadre inconnu et à chaque fois

¹ Modalité correspondant d'ailleurs à ce que prescrit le CASF pour « accuser réception » du dépôt d'un dossier de demande d'APA (article R232-23), « notifier au bénéficiaire » la décision d'attribution (article L232-14).

² « Utilisation cadrée » dans la mesure où tous les agents n'ont pas accès à toutes les informations, que ce soit pour les lire, les compléter ou les modifier.

différent. Porteurs du cadre institutionnel et des règles bureaucratiques, ils composent avec ces intimités diverses, dans un engagement corporel et de proximité.

Au cours de cette étape de l'instruction de la demande, l'action publique s'exerce dans l'intimité des logements. Elle transforme le domicile en un lieu où s'effectue la rencontre entre l'opérateur institutionnel et la personne destinataire de l'action publique – parfois aussi avec ses proches, quand ils existent et qu'ils se mobilisent auprès d'elle. Leur présence peut devenir un soutien facilitateur, dans un lieu d'habitation où s'appliquent des règles bureaucratiques, et où s'y organisent diverses interventions.

Par ailleurs, cet exercice d'une action publique délocalisée implique de nombreux déplacements pour les agents départementaux, lesquels doivent sans cesse se déplacer d'un lieu à l'autre, d'un site à l'autre. Ces circulations répétées entre différents lieux, institutionnels et personnels, représentent des temps de travail chronophages pour la collectivité. Ces mises à distance de l'institution peuvent aussi susciter un sentiment d'isolement qui peut insécuriser certains agents départementaux – mais qui offrent également une souplesse et une marge de manœuvre dans leurs pratiques, voire un espace de réflexivité. Elles représentent alors des espaces de régulation entre deux entretiens, comme une occasion d'autorégulation, de réflexivité, comme une transformation de l'expérience.

Ce panorama montre la richesse et la diversité des structures et des professionnels, susceptibles d'accompagner ou d'intervenir auprès de personnes perdant des capacités.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Cette deuxième partie expose les lieux et les modalités prévus pour mettre en actes la loi relative à l'APA. Nous y observons la diversité dans les traductions des textes juridiques nationaux par les départements enquêtés, tant sur la forme que sur le fond. Ces collectivités présentent en effet des différences significatives dans l'organisation et le fonctionnement des services et des équipes chargées d'instruire les demandes d'APA. Plus étonnant, les différences entre les départements concernent aussi la traduction des règles d'instruction des demandes et d'attribution de la prestation. Cette présentation permet également de repérer différentes échelles auxquelles peuvent s'effectuer les traductions des consignes officielles, entre la collectivité départementale et ses strates de décisions et d'actions, et le domicile de la personne candidate, où se réalise la rencontre entre l'institution et la personne destinataire de l'action publique. Autant de niveaux de décisions et d'actions pour l'action des élus et des agents départementaux. Enfin, cette présentation permet aussi de comprendre le cadre à partir duquel s'effectue la rencontre entre les opérateurs institutionnels de cette traduction en actes et les destinataires de l'action publique, entre locaux départementaux et lieu de vie. Un cadre très structuré, hiérarchisé, et formalisé par des organigrammes, des guides de procédures, etc.

Nous avons d'abord identifié les configurations institutionnelles dans lesquelles s'exerce l'essentiel des opérations administratives pour réceptionner et instruire les demandes d'APA. Nous avons observé alors un premier niveau de régulation dans la façon dont les collectivités départementales adaptent les procédures prévues dans le CASF à l'organisation et aux pratiques déjà existantes dans leur administration – par exemple dans le choix des agents opérateurs et leur localisation. Nous avons examiné ensuite les modalités de travail définies par les collectivités départementales pour inclure cette mission et ses particularités dans l'organisation et le fonctionnement de leur service d'aide sociale. Nous avons ainsi pu constater que cette mise en actes de la loi se traduit aussi dans la création de référentiels, de formulaires, de fiches pratiques et de divers outils. Ces instruments de l'action publique constituent un autre niveau de régulation, exercée par la direction générale à l'égard des opérateurs de contact, pour guider et homogénéiser l'exécution des procédures d'une part, et faciliter la gestion de la prestation d'autre part. Et nous avons souligné comment ces aménagements locaux s'effectuent parfois dans une réinterprétation de la loi ou des décrets qui l'accompagnent, au risque d'inégalités entre les départements et entre les candidats ou bénéficiaires de la prestation. Par exemple, l'ensemble des départements enquêtés ont prédéfini et valorisé les aides finançables par l'APA, dans une forme de normalisation très cadrée de la nature des réponses proposées - mais selon les critères de chaque collectivité. Ces

orientations, ces règles organisationnelles et de procédures, définissent une forme de bureaucratie départementalisée, qui s'impose comme cadre à respecter par l'ensemble des acteurs départementaux concernés. Ceux-ci doivent composer avec ce qui leur est prescrit, avec ce qui est réellement existant au sein des locaux institutionnels, et avec ce qu'ils découvrent lors de leurs rencontres avec les personnes exprimant un besoin d'aide. À leur tour, ils peuvent être conduits à réinterpréter les règles départementales.

Dans un troisième chapitre, nous avons exploré les autres sites où s'exerce l'action publique, et en particulier le domicile de la personne candidate à l'APA. Celui-ci représente un lieu essentiel pour l'instruction médico-sociale de la demande : il permet à l'agent institutionnel de constater et d'évaluer *de visu* et *in situ* non seulement les difficultés de la personne, mais aussi les ressources et les obstacles constitués par son environnement de vie. Et par ailleurs, ces entretiens à domicile impactent significativement le lieu et les personnes, puisqu'ils provoquent la transformation d'un lieu de vie et d'intimité en lieu de travail et d'exercice de l'action publique, modifiant de ce fait à la fois les habitudes de vie de la personne visitée, mais aussi les pratiques professionnelles du visiteur. Enfin, nous avons vu que cette pratique de visite à domicile a des incidences dans le rapport aux lieux, du fait des nombreux déplacements effectués, et aux personnes, puisqu'elle facilite les rencontres avec l'environnement humain de la personne candidate ou bénéficiaire de l'APA. Ces mouvements induisent à leur tour plusieurs mécanismes de régulations, autonomes et situées, entre les différents acteurs en présence.

Après cette identification des différentes scènes de l'action publique, et ce repérage des différentes configurations et de leurs protagonistes, nous pouvons examiner dans la partie suivante comment les opérateurs départementaux tentent de répondre aux demandes d'aide, tout en appliquant les règles nationales et départementales. En observant ainsi comment chacun s'approprie la loi et la traduit en actes, nous pourrions alors proposer une

analyse des interactions entre acteurs sociaux relevant de cultures ou sous-cultures différentes, [procéder] à l'inventaire des contraintes respectives auxquelles les uns et les autres sont soumis, et au décryptage des stratégies que les acteurs déploient à l'intérieur de leurs marges de manœuvre

(Olivier de Sardan, 1995 : 6).

TROISIEME PARTIE

SCENES ORDINAIRES DE LA BUREAUCRATIE DE CONTACT :

PARCOURS ET ARTS DE FAIRE

Dans cette troisième partie, nous examinerons la mise en œuvre de la loi relative à l'APA à partir d'une mise en récits des pratiques professionnelles mobilisées. Celles-ci peuvent s'observer selon le déroulé chronologique de la procédure, telle qu'elle est prévue pour l'instruction d'une demande d'APA, et selon l'organisation formalisée dans le département retenu pour l'observation ethnographique. Nous pourrions ainsi suivre les tâches à effectuer, les étapes à respecter, les mouvements de personnes et de dossiers qui en résultent, dans les différentes configurations présentées précédemment : locaux institutionnels, domicile d'une personne candidate, espaces intermédiaires. Au fil de ces récits, nous pouvons « décrire la diversité des opérations mentales et pratiques que les acteurs déploient pour dire le droit en situation » (Weller, 2018 : 27), et souligner quelques-unes de ces opérations en proposant des pistes d'analyse. Les récits ainsi présentés ne sont pas représentatifs d'une pratique idéale ou particulièrement critiquable. Ils sont plutôt caractéristiques des activités de régulation effectuées par les opérateurs quand ils doivent accorder deux activités constitutives de leur mission : répondre à une demande d'aide singulière en participant à la production d'une décision administrative et politique. Au cours de ces épreuves de professionnalité (Ravon et *al.*, 2008a ; Ravon, 2009 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2014), ils tentent de dépasser ou de contourner les tensions qui apparaissent tout au long de la procédure. En décrivant les actions et les relations observées, nous pourrions repérer les micro-stratégies (Hennion et *al.*, 2012) mises en œuvre pour suivre les instructions bureaucratiques tout en considérant la parole et le point de vue des personnes destinataires de l'action publique, et celui de leurs proches le cas échéant, dans une posture que nous pourrions reconnaître comme une forme de « *care* bureaucratique ».

Ces récits sont construits avec les matériaux issus du corpus mentionné précédemment¹, constitué au cours des différentes phases de la recherche : mon expérience professionnelle de praticienne du travail social ; une auto ethnographie de cette pratique pendant l'exercice de la mission d'accompagnement auprès des personnes âgées ; et l'enquête ethnographique auprès de services départementaux. Des matériaux d'origines diverses et complémentaires, qui

¹ Voir *Supra*, Introduction générale, Des matériaux pour l'analyse : la constitution du corpus.

constituent un ensemble de données recueillies à différents moments, depuis différentes places et donc avec différentes postures : la praticienne en action ; l'observatrice commentant ou questionnant ces actions, presque en temps réel ; la chercheuse en quête de compréhension auprès d'autres praticiens. Cette méthode permet de décrire les opérations effectuées et de les expliciter, tant du point de vue de l'actrice que j'ai été, que du point de vue des professionnels auprès desquels s'est déroulée l'enquête. Pour préciser le point de vue adopté pour chaque récit, l'origine du ou des corpus utilisés est mentionné par une note de bas de page. Ces récits constituent donc des « fictions réalistes » (Métis, 2019) : tout ce qui est relaté ici a été vécu et/ou observé au cours des différentes phases de l'enquête, mais ces éléments peuvent être recomposés différemment dans l'écriture pour mettre en valeur certains aspects du travail quotidien des agents départementaux.

Ces récits s'inscrivent dans l'organisation institutionnelle en cours au moment de l'enquête dans le département où s'est déroulée l'enquête, c'est-à-dire :

- une direction générale et des services centraux situés à proximité de l'hôtel du département ;
- des équipes médico-sociales territorialisées selon le découpage cantonal. Les dossiers de demande d'APA sont adressés et réceptionnés directement à la maison du département située dans le canton où est domiciliée la personne candidate ;
- une organisation des missions d'action sociale confiant aux équipes territoriales d'aide sociale, et aux professionnels les composant, une mission d'accompagnement global, c'est-à-dire non seulement l'instruction des demandes d'APA, mais aussi « la prise en charge et l'accompagnement social des personnes âgées et [*la participation*] à la mise en place de la politique départementale en leur faveur » (Conseil général F, 2009, *Fiche emploi AS spécialisée PA PH*) ;
- des équipes médico-sociales territoriales théoriquement composées, selon l'organigramme institutionnel, des professionnels suivants : une responsable territoriale (de formation administrative, juridique, ou sociale, de grade attaché ou conseiller) ; un médecin territorial (si possible gériatre) ; une infirmière territoriale (avec expérience en gériatrie, autant que possible) ; un ou des assistants territoriaux socio-éducatifs (de formation assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, ou éducateur spécialisé) ; un ou des rédacteurs et adjoints administratifs territoriaux¹. Ces équipes procèdent à l'instruction des demandes d'APA à partir d'un fonctionnement en mode

¹ Terminologie définie dans les statuts de la fonction publique territoriale.

collégial : les agents administratifs, médicaux, et sociaux, se réunissent chaque semaine (ou quinzaine, selon le nombre de demandes réceptionnées) avec le responsable territorial ;
- des prises de décision en grande partie déconcentrées pour l'accompagnement individuel, dans le respect du cadre fixé par le service central – mis à la disposition des agents par l'intermédiaire du réseau intranet. Ce cadre institutionnel prévoit pour la procédure d'instruction d'une demande d'APA plusieurs étapes : l'équipe médico-sociale territoriale détermine le niveau de GIR de la personne candidate, et définit une proposition de plan d'aide ; le service central vérifie la conformité du contenu du plan d'aide envisagé avec les orientations départementales précisées dans la grille des barèmes forfaitaires ; et une commission doit valider cette proposition avant l'édition de l'arrêté départemental d'attribution de l'APA.

Dans ce contexte, nous étudierons comment les agents départementaux, circulant entre travail individuel et travail en équipe, entre tâches administratives et entretiens médico-sociaux, entre locaux institutionnels et lieux de vie, articulent la prise en considération d'une demande d'aide et la prise en compte du cadre institutionnel et bureaucratique. Nous observerons comment, pour y parvenir, ils peuvent pratiquer quelques détours, s'écarter de la règle, ou la contourner, quitte à provoquer quelques effets inattendus.

Cette partie est composée de trois chapitres, correspondant chacun à une étape de la procédure d'instruction d'une demande d'APA. Trois étapes déroulées par les professionnels de la maison du département : la réception d'une demande et l'instruction administrative ; l'instruction médico-sociale avec une évaluation au domicile de la personne candidate ; la détermination de la réponse et les opérations inhérentes. Plusieurs récits composent chaque chapitre, de façon à pouvoir distinguer différentes configurations. Et chaque récit s'appuie sur une ou plusieurs situations singulières, permettant ainsi d'avoir un aperçu de leur pluralité. Autant de récits qui font apparaître les opérations effectuées, les tensions rencontrées et les régulations à l'œuvre, pour observer comment les règles bureaucratiques parasitent la relation d'aide, et comment les opérateurs de contact bricolent pour concilier une réponse aussi adaptée que possible avec le respect des consignes. Nous verrons d'abord, dans le chapitre 7, comment la demande d'aide concernant une personne « âgée et en perte d'autonomie » doit subir une succession d'opérations administratives avant d'être considérée comme recevable. Une fois ces étapes franchies, la demande peut alors être étudiée d'un point de vue médico-social : cette phase, qui se déroule hors des murs institutionnels, est présentée dans le chapitre 8. Enfin, nous verrons dans le chapitre 9 comment, à l'issue de ces entretiens domiciliés, les réponses envisagées doivent à nouveau être soumises à l'étude des règles

administratives avant d'être validées, confirmées, et adressées à la personne ayant besoin d'aide. Nous pourrions ainsi observer la complexité de ces règles et comment cette complexité mobilise les agents missionnés pour mettre ces règles en application.

Pour mémoire, rappelons que ces données d'enquête se réfèrent essentiellement à la période 2009-2014, et que la *loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, votée en décembre 2015, a modifié quelques-unes des dispositions en vigueur au moment de cette enquête. Parmi celles-ci, la principale évolution affectant la perspective retenue ici, focalisée sur le processus d'instruction des demandes, concerne la suppression de la commission départementale censée formuler une proposition de réponse au président du conseil départemental. Désormais, la proposition de l'équipe médico-sociale suffit à prendre une décision (CASF, article L232-12)¹.

¹ Voir *Supra*, Introduction générale – Une bureaucratie mouvante, et Chapitre 4. – d) Organiser les prises de décisions : réponse « d'équipe » versus réponse « de l'équipe ».

CHAPITRE 7. - ACTE 1 : LA DEMANDE D'APA. UN PARCOURS BUREAUCRATIQUE QUI DEMANDE BEAUCOUP D'ATTENTIONS

Dans la maison du département, plusieurs agents se côtoient et se croisent. Ils sont là pour exercer diverses missions, à une place identifiée dans l'organigramme institutionnel, en fonction de leur profil de poste. Celui-ci précise à chacun les activités liées à sa mission, les compétences requises, les relations de travail attendues, le statut et les conditions d'organisation du travail. Dans le bâtiment, les agents sont habituellement installés et regroupés selon la mission exercée. Du côté de *l'aide sociale* – sous-entendu *l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées* –, les professionnels sont installés selon leur filière d'emploi : d'abord, un bureau pour deux travailleuses sociales ; puis le bureau de deux administratives, gestionnaires de dossiers ; ensuite, le bureau des deux médico-sociales, infirmière et médecin ; et, tout au bout du couloir, un bureau pour deux autres agents administratifs, le contrôleur d'effectivité, et parfois un gestionnaire de dossier venu en renfort, quand le retard s'accumule. À l'étage, les différents responsables territoriaux.

Les bureaux des agents administratifs disposent d'un espace conséquent : ils sont plus nombreux, et leur fonction implique plus de place pour stocker et manipuler les dossiers, et utiliser des équipements de bureau. Leur rôle se révèle essentiel dans la mise en actes de la loi relative à l'APA, alors même que les textes juridiques ne les mentionnent pas. Moins spécialisé, mais tout aussi important pour l'exercice des missions du département, l'agent d'accueil : c'est par lui que tout arrive. Demandes, réclamations, parfois remerciements, il reçoit tous les publics et partenaires, les appels téléphoniques, les courriers. Il écoute, apprécie, renseigne, et oriente – et filtre aussi parfois, selon ce qui lui est demandé.

a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir »¹

Le mercredi matin, c'est permanence téléphonique. Deux heures pendant lesquelles je m'astreins à rester dans le bureau qui m'est attribué à la maison du département, sans prévoir d'autres activités que celle de répondre aux appels téléphoniques de qui souhaite me joindre². C'est un repère pour mes interlocuteurs potentiels, et une organisation qui m'évite d'être interrompue à tout moment – contrairement à la collègue avec laquelle je partage le bureau, et dont j'admire la capacité à jongler sans cesse entre différents types d'activité. Mais bon, quand quelqu'un appelle le mercredi matin avant l'heure « officielle » de ladite permanence, je prends évidemment l'appel si je suis disponible – de toute façon

¹ Récit reconstitué à partir des observations auto ethnographiques de ma pratique professionnelle de travailleuse sociale en novembre 2010.

² Voir *Supra*, Chapitre 6. – c) *Des aidants à aider*.

il faudra bien lui parler à cet appelant... C'est pourquoi je prends l'appel de madame Garnier dont Laurent m'informe alors que j'arrive tout juste dans les locaux : elle est responsable dans un service d'aide à domicile très actif sur le canton où nous intervenons, et où leurs bureaux sont implantés. C'est un service avec lequel nous travaillons dans une forme de partenariat : c'est une association, donc sans but lucratif, qui a signé une convention avec le service central pour pratiquer la télégestion et pour accepter le paiement direct ; de plus, ce service applique les forfaits horaires définis par le département pour les bénéficiaires APA qui n'ont pas de reste à charge à payer. Et même si ce service rencontre les mêmes difficultés que les autres pour recruter et fidéliser ses salariés, la proximité géographique et d'intérêts font qu'il y a beaucoup d'échanges avec l'équipe départementale. D'ailleurs, les responsables sont souvent présentes aux différentes rencontres partenariales proposées sur le canton. Mais ce n'est pas le seul service avec lequel l'équipe travaille, puisqu'en tant que service public, elle ne peut pas privilégier un service plutôt qu'un autre. Et dans les plaquettes d'informations rédigées pour répondre aux demandes de ceux que l'on nomme usagers, plusieurs services d'aide à domicile sont mentionnés : ceux qui sont associatifs, conventionnés avec le département, et bien implantés sur le canton. Dans ce contexte urbain, il y a pléthore. Ce matin-là, donc, madame Garnier cherche à me joindre pour m'alerter sur la situation d'un couple connu par son service : monsieur Dallage vient de rentrer chez lui après une hospitalisation due à une chute, il va avoir besoin d'aide. Son épouse ne peut guère l'aider, elle est elle-même « bien fatiguée » et déjà bénéficiaire de l'APA. Comme ils semblent inquiets de devoir faire de nouvelles démarches, madame Garnier leur a proposé de m'appeler pour m'expliquer leur situation. Elle a déjà prévu d'intervenir auprès de monsieur Dallage, mais pense nécessaire que j'aie les voir pour faire un point avec eux : « Ils semblent un peu dépassés par ce qui leur arrive, et sont bien démunis... ». Pendant qu'elle me parle, j'écris rapidement ces quelques informations sur mon cahier dit de brouillon, toujours à portée de main : appelant, raison de l'appel, nom des personnes concernées, téléphone, et adresse – tout ça sous forme de notes abrégées. Je ne connais pas ce nom, et l'adresse ne m'évoque rien – si ce n'est que ce n'est pas loin de la maison du département : je devrais pouvoir y passer à l'occasion d'un autre déplacement. Par quelques gribouillis dans la marge du cahier, j'indique pour moi-même que cette information implique de prévoir une « V&D ». Fin de l'appel, je la remercie et raccroche. Avant de poursuivre, je vérifie dans les dossiers cartonnés laissés par la collègue dont j'ai pris le relais, s'il en existe un à leur nom : pas vu. Aussi, je crée un « dossier social » comme on les appelle, pour les distinguer des « dossiers administratifs », lesquels ont un statut officiel : ce sont ceux qui sont consultable par la personne usagère des services publics concernée. C'est d'ailleurs dans le dossier administratif, cartonné, vert et numéroté, que sont classés les documents papier la concernant : courriers, dossier de demande d'APA, pièces justificatives, grille AGGIR résultant de l'évaluation à domicile, « dossier médico-social », sorte de compte-rendu de visite faisant état de l'évaluation globale, arrêtés, etc. Le dossier social quant à lui - ou médical quand il est créé et utilisé par l'infirmière ou le médecin -, c'est celui que les travailleurs sociaux ou médico-sociaux utilisent pour y noter et classer tout ce qui leur paraît nécessaire dans leur fonction auprès des personnes et des familles : il peut contenir des notes, des commentaires, et toutes sortes de pièces en

format papier... Chacune le gère à sa manière. Quand je constate que plusieurs collègues travailleuses sociales utilisent le même modèle pour ces dossiers sociaux, des chemises cartonnées à trois volets, de couleur rose et avec des lignes préimprimées, j'en déduis qu'il doit exister quelques consignes institutionnelles pour créer et utiliser ces « dossiers sociaux » ? Mais puisque je n'ai pas été initiée, je ne cherche pas à les connaître. Après tout, j'ai bien d'autres règles à apprendre et à retenir pour m'embarrasser de ce que j'imagine être un détail. J'attrape donc une chemise cartonnée classique, à deux volets, sans choix de couleur, et sur laquelle j'inscris simplement : « Mr Mme DALLAGE ». Je compléterai avec le(s) prénom(s) quand je les connaîtrai, car les homonymes sont fréquents. J'attrape aussi une feuille A4, sur laquelle j'écris à nouveau leur nom, la date du jour (en rouge, pour me repérer plus facilement quand j'y rechercherai des informations), les informations recueillies, par qui, et un numéro de page – précaution utile, ces dossiers ayant une fâcheuse tendance à tomber quand je les manipule, faisant valser les feuilles en tous sens ; enfin, au crayon papier, ce que je prévois de faire pour donner suite à cet appel : rechercher le dossier administratif de madame Dallage, vérifier les informations contenues, et proposer un entretien à domicile au couple et à la personne référente s'il y en a une indiquée. Dans la foulée, je réveille l'ordinateur pour me connecter sur le logiciel de gestion de l'aide sociale. Écran bloqué. J'avais oublié l'information reçue il y a plusieurs jours : c'est aujourd'hui que la *Direction des systèmes d'informations* bloque l'utilisation de ce logiciel toute la matinée pour effectuer quelques opérations de maintenance... Pas de chance, il faudra attendre cet après-midi – à moins que je ne questionne mes collègues, gestionnaire ou infirmière au cas où elles auraient souvenir de la situation ? Sans succès : l'une est absente, les autres n'ont pas souvenir de connaître. Finalement, au vu de la situation, je n'attends pas le retour de l'accès au système informatique, et après étude attentive de mon agenda, j'appelle directement le couple pour leur proposer de venir les voir vendredi après-midi, soit dans deux jours : j'entends comme un soulagement dans la confirmation et les remerciements exprimés.

Me voilà disponible pour les appels téléphoniques du mercredi.

Vendredi. Avant de quitter la maison du département pour une après-midi d'entretiens à domicile, préparation du cartable : les outils habituels, indispensables pour tout entretien d'instruction d'une demande d'APA¹ (j'ai même fait une liste pour éviter d'en oublier !) ; complétés des dossiers sociaux correspondant à chacune des trois visites à domicile prévues cette après-midi, dont celle chez monsieur et madame Dallage. Pour eux, je prévois différents formulaires : un formulaire de « Demande d'APA – Dossier administratif et dossier médical² », dix pages en tout, à remplir par monsieur Dallage et son médecin ; un « Dossier médico-social APA première demande³ », composé de huit pages à remplir par l'agent évaluateur ; et un « Dossier médico-social APA Révision⁴ », de six pages, en prévision d'une demande de madame Dallage, qu'elle pourra formaliser sur

¹ Voir *Supra*, Chapitre 6.-d) des Bureaucrates en mouvements.

² Voir Annexe 4. Demande d'APA – Dossier administratif et dossier médical, Conseil général F, mai 2013.

³ Souligné dans le texte. Voir Annexe 3. Dossier médico-social, Conseil général F, juin 2011.

⁴ Souligné dans le texte.

un courrier simple – dans le doute, je prévois aussi une feuille de papier pour qu'elle l'écrive si elle le souhaite, et même une deuxième en cas d'erreur. Ainsi équipée, je pourrai rentabiliser mon déplacement en effectuant au cours du même entretien le remplissage du formulaire de demande d'APA, l'évaluation d'éligibilité et le recueil des besoins – pour l'un comme pour l'autre.

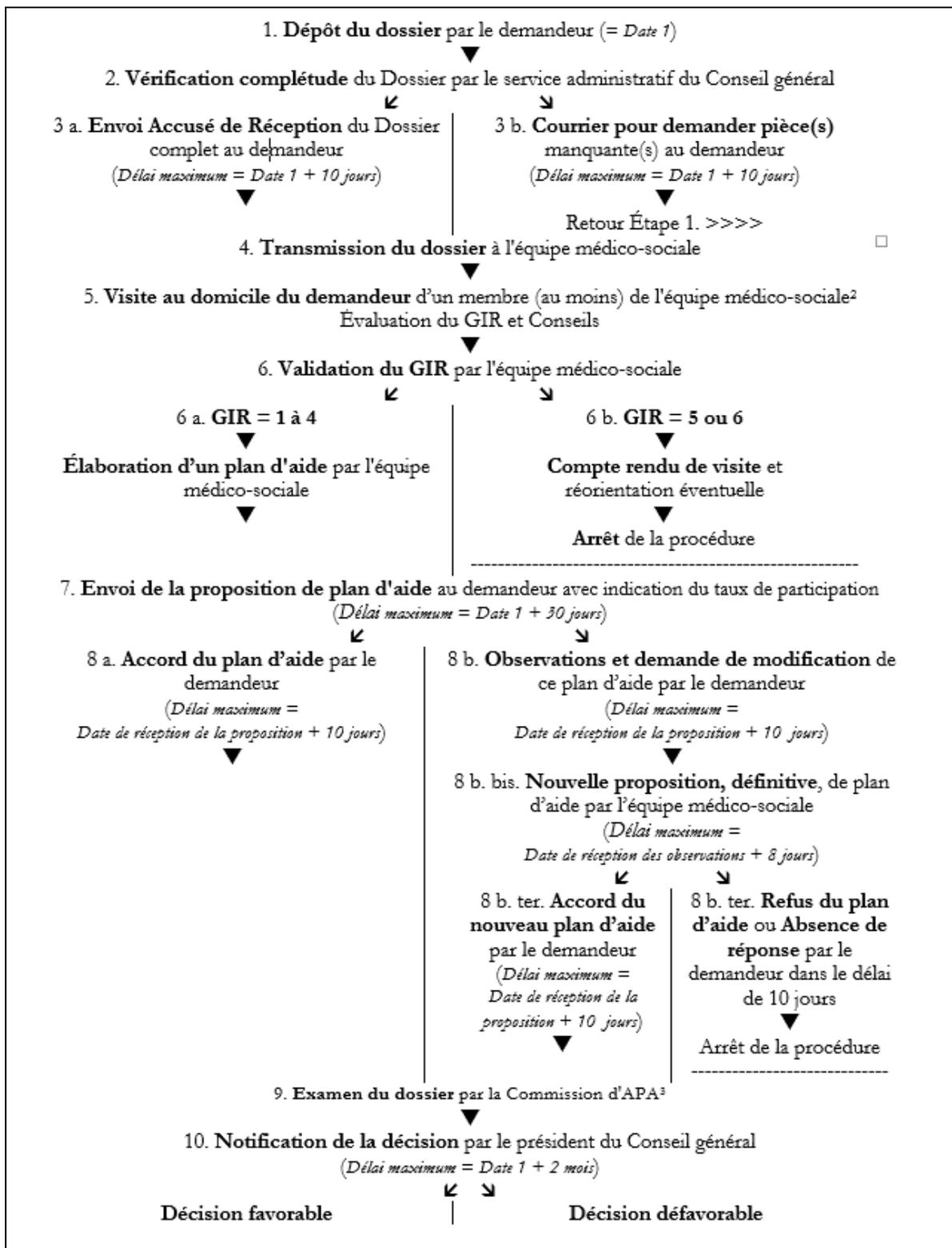
Arrivée chez eux, je ne peux que constater leur désarroi. Avant la chute qui l'a conduit à l'hôpital, monsieur Dallage assurait l'essentiel des tâches domestiques, jusqu'à aider sa femme à s'habiller. Depuis son retour de l'hôpital, il se sent maladroit et impuissant, autant pour l'aider que pour assurer les actes de la vie quotidienne. Il s'inquiète des conséquences de ces difficultés. Il voit ses capacités diminuer, et tout lui demande beaucoup d'efforts. J'explique être là justement pour voir avec eux leurs besoins, et comment y répondre pour faciliter leur quotidien. Je n'ai pas encore sorti le dossier et la grille d'évaluation, mais de toute évidence, ces personnes ont besoin d'aide, et il n'est pas prudent que madame Dallage soit seule à la percevoir : si elle venait à être hospitalisée ou à décéder, les aides liées à l'APA seraient subitement interrompues, et monsieur Dallage devrait faire la demande en urgence pour la demander à son profit. Alors autant anticiper, puisqu'il a besoin d'aide lui aussi. Mais pour l'heure, ils ne sont guère réceptifs à ces détails administratifs... Ils sont juste inquiets, et semblent submergés à la fois par la diminution de leurs capacités et par les démarches à effectuer pour y remédier. Alors que madame Dallage perçoit l'APA depuis plusieurs années, je dois tout réexpliquer de A à Z. Pour les rassurer et leur faciliter la démarche, je propose à monsieur Dallage de remplir avec lui le dossier de demande d'APA, ce qu'il accepte bien volontiers « Oui, oui, allez-y, merci... ». De fait, c'est moi qui tiens le stylo et remplis le formulaire, pour lui et avec son aide ; il répond sans hésitation à toutes les questions, quelles que soient les rubriques à renseigner. Je lui demande ensuite de bien tout relire avant de signer, pendant que je propose à madame Dallage de rédiger pour elle et avec elle une demande de révision de son « plan d'aide APA », ce qu'elle accepte à son tour. L'un comme l'autre, ils sont désolés de ne pas pouvoir faire seuls ces demandes, d'avoir besoin de mon aide pour remplir ces dossiers. Ils m'expliquent avoir exercé de nombreuses responsabilités au cours de leur vie professionnelle, « Mais là, vraiment, on n'y arrive plus... Ça devient compliqué toutes ces paperasses, y a toujours quelque chose qui va pas.... Et ça vous donne du travail en plus ! ». Sa femme renchérit : « Plus on diminue, plus on a besoin d'aide, et plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir ! Y a plus de papiers, de démarches, et moins on est capable de les faire ! ». J'acquiesce mollement en souriant. Je me concentre sur la raison de ma présence chez eux, à leur table : récapituler la demande de chacun ; réexpliquer ce à quoi chacun s'engage en signant la demande d'APA ; résumer les besoins exprimés et l'organisation souhaitée ; préciser les démarches qui vont suivre après cet entretien. Mais d'abord, monsieur Dallage doit compléter le formulaire de première demande d'APA, avec les justificatifs demandés : identité, domicile, avis d'imposition. Il me confie sans hésiter une pièce d'identité et une facture d'électricité qui est justement sur la table autour de laquelle nous sommes installés, à charge pour moi d'en faire des copies et de lui rapporter les originaux. Par contre, l'un comme l'autre ne peut me fournir l'avis d'imposition... Je leur propose de téléphoner au centre des impôts pour en demander une copie, et leur demande avec insistance : « Dès que vous la recevez, vous

me téléphonez et je viendrai la chercher, d'accord ? ». Ils sont d'accord. Mais plus tard, en appelant le centre des impôts, j'anticipe le fait qu'ils vont oublier de me prévenir, et je demande combien de temps il faut prévoir pour cet envoi : je note alors sur mon agenda de rappeler monsieur Dallage à la date probable de réception¹... Précaution utile : en lui téléphonant à la date indiquée, celui-ci m'indique ne pas avoir compris pourquoi il recevait à nouveau cet avis d'imposition !

De retour dans les locaux départementaux, j'y retrouve la collègue assistante sociale avec laquelle je partage le bureau, et qui effectue la même mission auprès des personnes âgées et/ou handicapées. Pendant que je vide en partie le cartable de travailleuse sociale, en sortant un à un les dossiers sociaux, je l'entends s'exclamer en raccrochant le téléphone : « Je trouve que c'est d'une violence, ces dossiers APA !... La fille est ce qu'elle est, mais quand même ! À ce rythme, il faudrait que la moitié du pays soit gestionnaire des dossiers pour l'autre moitié ! ... » J'ignore les raisons de sa colère, mais je renchéris sur la conclusion en lui résumant la visite à domicile chez monsieur et madame Dallage : « Un couple charmant, soucieux de bien faire, mais dépassé par les événements, par ce qui leur arrive... Ils se retrouvent submergés par ces questions administratives, alors qu'ils ont su gérer beaucoup plus pendant leur vie professionnelle : je crois avoir compris qu'ils dirigeaient une boîte... Cette paperasserie peut être insupportable pour quiconque demande l'APA, et même nous, nous sommes noyées sous les papiers ! Alors que dire des personnes elles-mêmes ! Mais souvent, nos collègues gestionnaires ne s'en aperçoivent même plus : elles y sont plongées toute la journée ! ... » - Finalement, nous en rions. Et puisqu'il faut quand même se plier à ces règles, je termine le déballage du cartable et tente de mettre de l'ordre dans les papiers et dossiers que j'en sors. Et surtout, j'essaie de ne pas oublier de faire enregistrer correctement les deux courriers que je rapporte : la demande de révision du plan d'aide APA de madame Dallage ; la première demande d'APA de monsieur Dallage. J'ai déjà contourné la procédure en répondant à leur demande avant même qu'elle n'existe officiellement pour l'administration, mais si j'oublie de la réintégrer dans le circuit de traitement des demandes, alors leur demande n'existera pas aux yeux de l'administration, et elle ne pourra pas être prise en compte... Un comble, puisque j'avais justement organisé la visite rapidement, en effectuant un double entretien pour ne pas leur faire perdre de temps ! Mais pour qu'une aide puisse être prise en considération, il faut la demander dans les formes que l'administration a définies, de façon à ce que les agents puissent l'étudier selon la procédure prévue. Cette procédure se décline en plusieurs phases, synthétisées dans l'encadré ci-après.

¹ J'ignorai alors que le législateur a prévu cette éventualité, en autorisant les services départementaux à s'adresser directement aux administrations fiscales pour obtenir les informations nécessaires à l'attribution de l'APA (CASF, article L232-16).

Encadré n°11. L'APA à domicile : étapes de la procédure de la demande à la décision¹



¹ Schéma inspiré de la publication de Roselyne de KERJOSSE, 2003, en référence au CASF, article R232-7.

Quand la décision finale est favorable, l'arrêté départemental précise les détails du plan d'aide accordé et le montant de la participation financière du bénéficiaire. La prestation est alors accordée sans limitation de durée, sous conditions de révisions périodiques et de contrôles d'effectivité – d'après les textes réglementaires.

Ce schéma met en évidence la rigueur du cadre au sein duquel les protagonistes, agent départemental ou personne candidate à la prestation, doivent effectuer un ensemble d'opérations, dans des délais précis, avant d'obtenir une réponse institutionnelle à une demande d'aide. Or, la situation et les capacités des personnes directement concernées, « âgées et en perte d'autonomie », ne manquent pas de bousculer régulièrement le déroulement de ces opérations telles qu'elles sont décrites par la procédure. C'est d'ailleurs ce que montre cette intervention auprès de monsieur et madame Dallage. Leur désarroi est à l'origine de la demande, et celle-ci est relayée par un service d'aide à domicile auprès du service départemental. Le relais est facilité par le partenariat régulier entre ces deux services, dont les professionnels ont l'habitude de se côtoyer et de travailler en concertation auprès des personnes rencontrant ce type de difficultés. Aussi, les informations transmises – autant que possible dans le respect des règles de confidentialité¹ – permettent à l'opératrice institutionnelle d'entendre la nécessité de rencontrer ces personnes sans tarder, et d'anticiper le contenu de ce rendez-vous à domicile. Et ce qui pourrait ressembler à un contournement de la procédure relève plutôt de l'intention de prioriser la prise en compte des besoins identifiés, en faisant gagner du temps au bénéficiaire potentiel de l'action publique. Ce faisant, en réalisant plusieurs objectifs dans le même entretien – évaluer la situation et l'éligibilité éventuelle à l'APA, aider à la constitution d'un dossier de demande, évaluer les besoins d'aide -, l'opératrice aussi gagne du temps – tout comme l'institution. Dans ce cas, le respect du délai de procédure en sera même facilité. De plus, la prise en considération des demandes qui apparaissent lors de l'entretien à domicile, quelles qu'elles soient, répond à la mission d'accompagnement global des personnes.

Cette procédure, réglementaire et organisationnelle, se révèle complexe pour des personnes dont les capacités diminuent. Monsieur Dallage a besoin d'aide d'abord parce que ses capacités physiques diminuent, mais pas seulement. Il sait que des aides existent et qu'il peut les demander, il comprend ce dont il est question et ce qu'il doit faire, mais il ne se sent plus en capacité de le faire seul, ni de décider ou de mettre en œuvre une décision. C'est une personne de son entourage qui favorise l'expression de cette demande - en l'occurrence, la ou les salariées du service d'aide à domicile qui intervient déjà dans leur foyer. La complexité de la

¹ Telles qu'elles sont définies dans l'article L121-6-2 du CASF.

procédure impacte donc aussi les personnes proches de la personne qui a besoin d'aide, lesquelles se mobilisent pour leur faciliter l'accès et le bénéfice de cette prestation sociale. L'aider à remplir le formulaire de demande, à fournir les pièces justificatives. Estimer et anticiper ses difficultés, à décider et/ou à faire, pour assurer la suite de la procédure, et parfois faire avec elle, ou faire pour elle, à sa place. Lui faciliter la compréhension de la procédure, expliquer ce qui est fait ou à faire et pourquoi, puisqu'elle est décideuse. Et avoir ce souci de facilitation et de traduction tout au long de l'instruction, jusqu'à en assurer éventuellement la coordination des différentes étapes. Des opérations habituellement assurées par la personne nommée référente quand elle existe et qu'elle est suffisamment disponible ; à défaut, par un professionnel de l'action sociale, comme ici auprès de madame et monsieur Dallage, puisqu'aucun d'eux n'est plus en mesure de les effectuer. Ce soutien peut nécessiter une grande disponibilité, observable par exemple dans les nombreux et parfois longs échanges téléphoniques ou courriels pour préciser et coordonner. La lecture des actions et interactions produites par les professionnelles fait alors apparaître un enchevêtrement entre l'activité bureaucratique et la posture de *care* : quand la salariée et la responsable du service d'aide à domicile constatent l'augmentation du besoin d'aide de monsieur Dallage et de son épouse, elles savent aussi qu'en tant que professionnelles, elles doivent formaliser l'aide apportée, et pour cela les aider à recourir à une aide institutionnelle ; laquelle est soumise à un ensemble de règles et de procédures. L'enchevêtrement est vécu aussi par l'opératrice institutionnelle, qui ne se contente pas d'aller rendre visite à monsieur et madame Dallage pour voir avec eux leur situation et leurs besoins : d'emblée, elle anticipe les besoins « bureaucratiques » qui vont apparaître, et emporte plusieurs formulaires administratifs, dossiers, grilles, calculatrice, etc., pour pouvoir leur proposer une réponse institutionnelle.

Les demandes d'aide de monsieur et de madame Dallage sont donc formulées et signées dans le document *ad hoc*. Elles sont transmises et déposées à la maison du département, par une professionnelle départementale qui a déjà réalisé l'étape 5 de la procédure, sans attendre la réalisation des étapes 2, 3, et 4. Mais pour que ces demandes aient une existence administrative et que l'instruction puisse être menée à son terme, il faut que ces courriers intègrent le circuit prévu et parcourent les différentes étapes de ce parcours, même dans le désordre. Désormais, la demande va changer de statut et de mains. La gestionnaire prend le relais.

b) La transformation bureaucratique d'une demande d'aide en dossier¹

Pour que le courrier de demande d'APA intègre le circuit de la procédure et soit ainsi pris en considération, il faut le déposer au bon endroit sans délai. Le bon endroit, pour tout courrier adressé à la maison du département, c'est en principe la bannette « *Courrier arrivé* », situé à proximité de l'agent d'accueil – car le courrier peut arriver par voie postale, être déposé dans la boîte aux lettres ou à l'accueil de la maison du département. Là, il est récupéré par l'agent dédié aux opérations de réception : ouvrir le courrier, tamponner la date – c'est important la date, elle fait trace et marque le point de départ des procédures ayant des délais à respecter –, et trier selon le service concerné. Aide à l'enfance, aide sociale, protection maternelle et infantile, service technique : à chacun sa bannette. C'est dans celle attribuée au service « *aide sociale* » que l'une des gestionnaires, rédactrice ou adjointe administrative, vient chercher les enveloppes tamponnées. Retourne à son bureau. Opère un nouveau tri selon le contenu du courrier : demande d'aide à l'hébergement, au ménage, concernant une personne handicapée, une personne âgée, ou parfois destiné à un agent précisément nommé sur l'enveloppe. C'est donc dans ce circuit que je dois déposer les demandes de monsieur et de madame Dallage, comme tout agent de retour d'un rendez-vous extérieur. Mais, comme souvent et par facilité, je les remets directement auprès de Jeanine, l'une des gestionnaires du service – lesquelles disposent aussi d'un tampon indicateur de date. C'est à elle désormais d'assurer le suivi administratif de ces demandes, en effectuant diverses opérations et en les soumettant à l'évaluation et à l'avis d'autres professionnels. À elle de démarrer officiellement l'instruction de chaque demande. En ce qui concerne celle de madame Dallage, déjà bénéficiaire, Jeanine repart du dossier existant, qu'elle retrouve à l'aide du logiciel de gestion des informations sociales : il suffit de taper les trois premières lettres du nom de famille dans la bonne case, et une liste de noms s'affichent sur l'écran : toutes les personnes nommées « Dallage », ou avec une orthographe proche, qui sont enregistrés dans cette base de données. Le prénom suffit souvent à sélectionner la personne signataire du courrier de demande de révision, et la date de naissance à le vérifier. La technologie peut aussi l'aider à sélectionner le bon dossier, car la gestionnaire ne peut accéder et consulter que les dossiers de personnes domiciliées sur le territoire correspondant à celui de la maison du département où elle exerce. Pas question d'aller explorer toutes les données du département quand on est simple agent de catégorie B ou C. Jeanine clique sur la ligne correspondant au nom-prénom sélectionné, et un historique s'affiche : prestations en cours, date d'ouverture des droits, taux de participation, GIR évalué et plan d'aide en cours, prestataire intervenant au domicile, soit toutes sortes de données administratives. Et aussi le numéro de gestion attribué au dossier administratif de madame Dallage, numéro avec lequel Jeanine va pouvoir retrouver le dossier physique dans la classothèque. Mais pour éviter de se déplacer à chaque changement de dossier, elle note sur son cahier le nom et le numéro indiqués. Elle continuera les enregistrements numériques concernant madame Dallage

¹ Récit reconstitué à partir des observations auto ethnographiques de ma pratique professionnelle de travailleuse sociale entre novembre 2009 et janvier 2013, complétées par les entretiens effectués pendant l'enquête ethnographique en 2014.

quand elle aura le dossier physique sous la main, de façon à synchroniser les opérations effectuées. Pour l'heure, elle continue avec la demande de monsieur Dallage. C'est une première demande, il faut tout faire. D'abord, contrôler les deux conditions de base pour demander l'APA : l'âge et le domicile de secours. La condition d'âge pose rarement problème, mais celle du domicile de secours peut susciter quelques doutes : un foyer d'hébergement pour personne sans abri peut-il être considéré comme un « domicile de secours » ? « Bah, de toute façon, ils n'en ont pas d'autres ! », peut-elle facilement se répondre... Ou bien, plus scrupuleuse, elle peut vérifier dans le *Guide pratique des procédures APA*, outil institutionnel spécialement conçu pour donner toutes sortes de précisions sur les « restrictions à l'acquisition du domicile de secours », sur les « cas particuliers », ou sur les opérations à effectuer quand la personne candidate change de département – qu'elle le quitte ou qu'elle y arrive. Mais monsieur Dallage habite depuis plus de trente ans à quelques rues de la maison du département, et il est âgé de 88 ans. Jeanine peut donc poursuivre la vérification de la recevabilité de sa demande : formulaire correctement rempli et signé, justificatifs exigés présents et lisibles. Pièce d'identité, relevé d'identité bancaire (RIB) aux nom et prénom à son nom - pas question d'enrichir quelqu'un d'autre ; et copie de l'avis d'imposition, intégrale et lisible. Et si tout est conforme, Jeanine considère la demande recevable : elle peut l'enregistrer.

À ce stade, elle rencontre parfois quelques embarras bureaucratiques, par exemple quand un curateur signe seul la demande : « Ces curateurs, ils n' pourraient pas apprendre qu'ils **ne sont pas** le représentant légal de la personne ?!?!... ». Ou bien quand un titre de séjour accompagnant une demande arrive bientôt à échéance. Pour résoudre ces questions, elle consulte le *Guide pratique des procédures*, interroge ses collègues directes – surtout quand celles-ci ont une plus longue expérience sur cette mission –, ou la responsable hiérarchique ; elle peut aussi poser la question à la prochaine réunion de l'équipe médico-sociale ou, plus souvent, au service central, parce que « De toute façon, en définitive, c'est eux qui vérifient c'qu'on fait, alors autant leur demander comment faire quand on sait pas ! ... ». Mais le dossier de monsieur Dallage ne suscite pas ce genre d'embarras.

Elle peut donc créer pour lui un dossier physique individuel : une chemise cartonnée, à rabats et à élastiques dans les coins pour bien maintenir les éléments contenus à l'intérieur, et de couleur verte, parce que c'est la couleur attribuée aux dossiers physiques des personnes adultes dans ce service départemental. Sur la première page, elle inscrit lisiblement les nom et prénom de la personne concernée, avec un gros feutre noir. Elle glisse alors le formulaire de demande et les pièces justificatives dans la chemise cartonnée, en les classant à l'aide de sous-chemises pré-titrées : « Administratif », « Courriers », « Médical », etc. Et voilà, le dossier administratif individuel existe officiellement et matériellement. Mais comme l'identification par le nom ne suffit plus à l'heure des systèmes d'informations numérisés, Jeanine crée un deuxième dossier, numérique, à partir du logiciel de gestion de l'action sociale. Elle y reporte et enregistre les éléments renseignés dans le formulaire papier. C'est ce même logiciel qui attribue un numéro d'ordre à ce nouveau dossier, numéro aussitôt reporté sur la couverture du dossier cartonné. L'identification numérique permet aux autres membres de l'équipe, et à tout autre agent du département qui a l'autorisation appropriée, de consulter des éléments contenus dans ce dossier - sans être obligés de rechercher le dossier cartonné dans un

bureau, une armoire ou une classoθήque. Elle facilite aussi une gestion des prestations sociales à plusieurs niveaux (activité du service, finances départementales, etc.). À condition, bien sûr, que Jeanine et ses collègues gestionnaires de dossiers l'actualisent régulièrement. Le dossier cartonné, quant à lui, est censé rester à la maison du département dont relève le bénéficiaire, disponible pour les membres de l'équipe territoriale. Mais il y est moult fois déplacé au fil des opérations effectuées : en principe dans le bureau de la gestionnaire tout au long de l'instruction, il peut se retrouver dans le bureau du médecin ou de l'infirmière, pour consultation en vue de préparer les visites à domicile. Et dans la salle de réunion, quand la phase de l'instruction est celle de la concertation d'équipe. Enfin, quand la décision est prise, et que la réponse institutionnelle à la demande d'aide est adressée à la personne candidate, le dossier est rangé à une place ordonnée : la classoθήque.

Le dossier administratif officiel existe maintenant deux fois, dans deux formats différents. La personne candidate à l'APA existe sur le plan administratif. Et Jeanine peut continuer l'instruction de sa demande. À partir du même logiciel de gestion, elle édite l'accusé de réception (AR) du dossier complet. Un courrier type, dont la trame conçue par le service central est complétée automatiquement avec les informations enregistrées par Jeanine. Un courrier qui confirme à la personne candidate la prise en compte de sa demande par l'institution, et qui l'informe de la visite à venir d'un agent départemental à son domicile pour évaluer cette demande. Un courrier dont la date marque le point de départ des délais de procédure définis dans les textes. Par l'intermédiaire du même logiciel, Jeanine peut envoyer un double de ce courrier à la personne indiquée comme référente sur le formulaire de demande. Les courriers imprimés sont insérés dans le parapheur, pour signature par la responsable territoriale. Le parapheur récupéré, Jeanine peut adresser ces courriers par envoi postal.

L'édition de l'accusé de réception entraîne aussi l'inscription de cette demande à l'ordre du jour de la prochaine réunion d'équipe – précaution utile pour faciliter le respect du délai « AR plus un mois » pour adresser une proposition de plan d'aide à la personne candidate. Et pour chaque demande, Jeanine édite la *Fiche de préparation de la visite à domicile*, destinée à l'agent désigné pour effectuer cette visite. Conçue elle aussi par le service central et accessible avec le logiciel de gestion numérisée, cette fiche synthétise les éléments du dossier considérés comme utiles au visiteur, comme l'illustre la copie reproduite dans l'encadré n° 12 ci-après. Une fois imprimée, la gestionnaire y note à la main la date prévue pour l'étude en réunion d'équipe, puis l'insère dans une nouvelle sous-chemise du dossier : « *Pour la VâD* ». Ainsi rempli, avec ces sous-chemises et ces divers papiers, le dossier cartonné est désormais plus épais. Les élastiques remplissent leur rôle de tout maintenir en place. Et la gestionnaire le positionne alors sur la pile « *À gérer* » - ou sur celle « *Attente de pièces* » s'il n'est pas encore complet – comme celui de monsieur Dallage dans lequel manque l'avis d'imposition. Alors que le dossier de madame Dallage passe directement sur la pile « *Retour VâD* », puisque, déjà bénéficiaire de l'APA, son dossier est considéré comme complet, et que la *VâD* est déjà faite.

Encadré n°12. Fiche de préparation de la visite à domicile
pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011

ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
FICHE DE PRÉPARATION DE LA VISITE À DOMICILE

Renseignements concernant le demandeur

NOM du demandeur : [REDACTÉ]
Prénoms : Gilberte, Georgette
Date de naissance : 02/12/1931
Adresse complète : [REDACTÉ] 2^e ét - 2905. + téléphone.
Téléphone : [REDACTÉ] - au 1^{er} étage au 1^{er} étage asc.
Situation de famille : Personne seule
Mesure de protection : NON
Personne référente : [REDACTÉ] Cpas le 1^{er} étage q ou belle-mère
Téléphone : [REDACTÉ] 3^e étage!

Renseignements administratifs

Date d'accusé de réception du dossier complet : 08/04/2011 → 08/06/2011.
Type de domicile : ADPA à domicile
Type de demande : demande de l'usager
Régime de retraite principale :
Prestation antérieure : - aucune

Renseignements relatifs au calcul de l'ADPA

GIR : 4
Ressources mensuelles : 1632,78 €
Montant maximum du plan d'aide : 840,58 € X 58,72% = 344
Taux de participation du demandeur : 41,28 %
Montant maximum de la participation du demandeur : 223,29 €

→ SA 10/05/11.

En amont de la réunion, Jeanine prépare l'ordre du jour sur un tableau dans lequel elle récapitule les éléments de chaque dossier. Parfois, quand il s'agit d'une demande de révision, elle essaye de contacter auparavant la famille pour affiner la demande : « Parce que si c'est juste une petite modification du plan, ou un changement de situation, p'têtre que ça peut s'faire par téléphone... Alors je regarde la date de la dernière VaD, le plan en cours, et si y a d'la marge sans bouger le GIR... Comme ça, pendant la réunion, ben l'infirmière et les AS, elles savent c'qu'est demandé, et elles voient si y a vraiment besoin d'y aller ou p'têtre pas, et parfois, ça fait gagner du temps à tout l'monde ! »

Pendant cette première phase de l'instruction administrative, la gestionnaire effectue seule les différentes opérations. Elle a été formée au déroulé de la procédure et à l'utilisation du logiciel, et après une période d'apprentissage, rarement de tuiage, mais parfois soutenue par une collègue, elle dispose *a priori* d'une relative autonomie dans son travail. Dans les moments de

méconnaissance ou de doutes, l'organisation du service et la configuration des lieux peut lui faciliter l'accès à la réponse adaptée, comme le fait de travailler dans un bureau avec une ou des collègues exerçant la même mission. Elle peut aussi contacter éventuellement la personne demandeuse, ou la personne référente indiquée sur le dossier, pour des précisions ou informations complémentaires. Quand elle considère que le dossier est complet, c'est elle seule qui valide la recevabilité de la demande. L'instruction se poursuit alors avec d'autres professionnels.

C'est en effet à ce stade que l'infirmière ou le médecin récupère les dossiers de la pile « *À gérer* » pour démarrer l'instruction médico-sociale. Parcourir la partie administrative du dossier de demande, étudier le dossier médical quand il est complété, repérer les pathologies diagnostiquées et les difficultés de vie signalées par le médecin signataire, et calculer un GIR à partir de ces informations. Selon les consignes départementales, l'instruction peut s'arrêter là si le GIR ainsi calculé donne un niveau de 5 ou 6. La demande fait alors l'objet d'un rejet administratif. Mais l'infirmière ou le médecin peut en décider autrement et prévoir tout de même une visite au domicile selon la mise en perspective des éléments contenus dans le dossier : contexte de vie, environnement social et familial, nature d'une pathologie, aides déjà existantes, etc. Dans ce cas, comme dans tous ceux où le GIR est calculé entre 1 et 4, elle édite alors une « *Fiche de liaison - Visite à domicile travailleur social* » et, si c'est possible, une *Fiche individuelle* reprenant l'évaluation sur dossier des activités réalisées par la personne seule selon le modèle AGGIR. De nouveaux documents-papiers qu'elle insère à son tour dans l'une des sous-chemises de la chemise verte cartonnée, avant de remettre celle-ci sur la pile « *VàD en attente* ».

Encadré n°13. Fiche de liaison - Visite à domicile – Travailleur social
pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011

Annexe 1 : Fiche de liaison
Visite à domicile travailleur social

Nom : [REDACTED]
Prénom : *Gilberte* 4
GIR médecin traitant :
Nom et coordonnées du médecin traitant : *Dr* [REDACTED]

Déficiences :

- Mobilité *ARTHROSES => insuffisance respiratoire*
- Fonctions supérieures *Régulation*
- Audition *ASTHÈNE*
- Vision
- Incontinence
- traitement lancé en février 2010 par les soins pulmonaires*

Plan d'aide existant si connu :

- Aide à domicile
- Aide technique
- Protections
- Soins paramédicaux
- Portage de repas
- Famille *1 belle fille*
- Voisinage

Points à vérifier particulièrement

- Toilettes
- Habillage
- Repas
- Aller aux toilettes
- Se déplacer dans la maison
- Possibilité d'appeler si danger

Vierge à 4.

Remarques particulières

Encadré n°14. Modèle AGGIR - Fiche individuelle –
 Évaluation des activités réalisées par la personne seule
 pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011

MODELE AGGIR Fiche individuelle

Evaluation des activités réalisées par la personne seule

le 21/04/2011

1/ Activités corporelles et mentales

	Ne fait pas	Adverbes		Code		
		S T C H				
1. Cohérence : communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Cohérence	A
Cohérence : comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Orientation	A
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Toilette du haut	A
Toilette du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilette du bas	B
4. Habillement du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habillement du haut	A
Habillement moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habillement moyen	A
Habillement du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habillement du bas	B
6. Alimentation : se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Alimentation : se servir	A
Alimentation : manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentation : manger	A
6. Elimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Elimination urinaire	A
Elimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination fécale	A
7. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Transferts	A
8. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Déplacements intérieurs	A
9. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Déplacements extérieurs	B
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Alerter	A

2/ Activités domestiques et sociales

	Ne fait pas	Adverbes		Code		
		S T C H				
11. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Gestion	A
12. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Cuisine	A
13. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Ménage	A
14. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Transports	A
15. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Achats	A
16. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Suivi du traitement	A
17. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Activités du temps libre	A

GIR 4

Ne fait pas : il faut faire à la place, ou "faire faire", ou tout refaire
Le case est noire (cochée) si la personne ne fait jamais seule, même partiellement, même difficilement
Fait même difficilement S- Spontanément T- Totalement C- Correctement H- Habituellement
Le case est noire (cochée) quand les conditions ne sont pas remplies pour l'adverbe

Les documents préparatoires pour la visite à domicile sont alors prêts.

Mais en ce qui concerne les demandes de monsieur et de madame Dallage, ce parcours n'a pas vraiment été respecté. Leur demande a d'abord été transmise oralement au service départemental par une personne tierce, une professionnelle qui a eu connaissance de leur situation et a compris leurs difficultés à contacter eux-mêmes le service compétent. Cette responsable aurait pu les aider à remplir les formulaires de demande d'APA et les transmettre au service. Mais connaissant le fonctionnement de l'équipe, la délimitation des missions et les

pratiques des agents, elle a choisi un autre circuit, plus direct *a priori*. Et la travailleuse sociale du service départemental s'est effectivement rendue directement auprès du couple pour entendre et évaluer leur demande, sans attendre que celles-ci soient vérifiées administrativement, sans attendre que l'infirmière en fasse une évaluation sur dossier. Et en allant les rencontrer directement, la travailleuse sociale propose déjà des éléments de réponses à leurs préoccupations, sans attendre d'éventuelles recommandations de l'infirmière ou de l'équipe. C'est la prise en considération de l'existence d'un besoin et des possibilités pour y répondre qui la fait agir, et non la règle bureaucratique. Pour autant, elle se soumet à nouveau à celle-ci pour que les réponses envisagées puissent être accompagnées et en partie financées par l'aide publique départementale. En aidant monsieur Dallage à remplir correctement le dossier, en aidant madame Dallage à écrire une lettre, elle inscrit chacune de ces demandes dans la logique bureaucratique.

Au cours de cette phase, la gestionnaire peut rencontrer quelques difficultés, « que Michel Callon considère comme de véritables “dramas sociotechniques” » (Weller, 2018 : 86), parce qu'ils perturbent le déroulement de la procédure. Mais souvent, elle sait porter suffisamment attention à ces demandes pour qu'elles deviennent recevables, dans un mouvement d'ajustement de la réalité aux textes, de « réparation » (Weller, 2018) en quelque sorte : demander les pièces manquantes par courrier, comme le prévoit la procédure institutionnelle¹, contacter la personne référente, solliciter un collègue, rechercher une solution adaptée en fonction d'expériences partagées.

La prochaine étape consiste à organiser la visite à domicile. Dans ce département, où les évaluations à domicile peuvent *a priori* être effectuées aussi bien par un travailleur social que par une infirmière, l'institution a défini des critères pour choisir le professionnel qui serait le plus indiqué, selon les informations contenues dans le dossier de demande. Des critères à adapter en fonction de la situation, de façon concertée entre les professionnels.

c) Prendre en considération la demande : un travail d'équipe²

Mardi, 9 heures. Comme toutes les semaines ou presque, les membres de l'équipe médico-sociale tentent de se retrouver dans la pièce réservée aux réunions. Une pièce conçue pour, avec ces tables disposées en grand rectangle, sur lesquelles chacune peut étaler les

¹ Voir *Supra*, Encadré n°11. L'APA à domicile : étapes de la procédure de la demande à la décision.

² Récit reconstitué à partir des observations auto ethnographiques de ma pratique professionnelle de travailleuse sociale, entre novembre 2009 et janvier 2013, complétées et confirmées par les observations et les entretiens effectués pendant l'enquête ethnographique en 2014.

outils de circonstances – dossiers, cahier de notes, calculatrice, etc. Ici, la salle de réunion habituelle est située au même niveau que les bureaux du service d'aide sociale, et c'est un atout pour transporter les paquets de dossiers, dans un sens puis dans l'autre, ou quand il faut sans cesse aller rechercher un document oublié. Pour faciliter ce travail de manutention, l'une des gestionnaires a conçu un système permettant à la fois un rangement approprié des dossiers, leur manutention, et leur transport, limitant ainsi les risques et les douleurs : elle a récupéré un chariot auparavant dédié au service des repas dans les cantines, sur lequel elle pose en permanence des boîtes cartonnées (elles aussi récupérées et renforcées) pour y classer les dossiers en cours d'instruction. Chaque boîte correspond à une étape de l'instruction, comme l'indiquent clairement les étiquettes collées sur chacune d'elle : *Nouveaux dossiers*, *Demande de révision*, *Problèmes et suivis*, *Proposition plan d'aide*, *Attente arrêté*, etc. Au fil du franchissement des étapes, chaque dossier passe ainsi d'un carton à l'autre. Un classement vertical et mobile, plus stable et plus lisible que l'entassement de dossiers en piles qui s'écroulent régulièrement, en particulier quand il faut les transporter d'une pièce à l'autre. Alors que le chariot permet de déplacer en quelques tours de roues tous les dossiers en cours d'instruction du bureau de la gestionnaire à la salle de réunion – et inversement. Pour cette gestionnaire, le chariot fait aussi office de bureau mobile, pour transporter les outils indispensables à cette activité de réunion : *Guide pratique des procédures*, *Guide méthodologique*, calculatrice, stylos, cahier, etc. « Oui, ça, c'est mon idée pour éviter de ramasser sans arrêt des trucs qui tombent des dossiers quand on les trimballe d'une pièce à l'autre, et aussi pour me protéger l'dos, parce qu'à force, ça finit par faire ! Mais j'suis pas sûre qu'en *Central* ils apprécieraient c't'organisation ! Parce qu'on a des consignes qu'ont rien à voir... Mais d'toute façon, ils viennent jamais nous voir en maison du département, donc on peut bien s'arranger comme on veut... Et même la cheffe, quand elle est arrivée, elle a trouvé qu'c'était une bonne idée ! », explique-t-elle en souriant. « Parce qu'il faut dire qu'on passe quand même beaucoup d'temps à brassouiller les dossiers... Avec cette organisation on peut voir rapidement où en est la demande : il suffit de r'garder dans quelle boîte se trouve le dossier ! »

Les membres de l'équipe s'installent progressivement. Première arrivée, la gestionnaire prend place, et commence à sortir les premiers dossiers à étudier. Puis elle repart vers son bureau, alors que la responsable vient d'arriver – celle-ci n'est pas encore installée quand l'agent d'accueil vient lui signaler un appel téléphonique « urgent », pour lequel elle le questionne avant de lui répondre avec autorité : « Dites-lui que je la rappellerai à midi trente » ... La deuxième gestionnaire arrive avec le tableau récapitulatif de l'ordre du jour, qu'elle vient de photocopier et qu'elle distribue à chaque participante. Il faut du temps avant d'être toutes installées et opérationnelles, mais nous y arrivons : la responsable territoriale, les deux gestionnaires, le médecin, l'infirmière, les deux travailleuses sociales spécialisées PA PH, et la stagiaire. L'infirmière s'installe en face des gestionnaires, à portée de main : pendant la réunion, certains documents issus des dossiers cartonnés circulent sans cesse de l'une à l'autre. Parfois, la réunion d'équipe s'ouvre à d'autres professionnels, par exemple une responsable du service d'aide à domicile qui intervient déjà auprès de certaines personnes candidates ou bénéficiaires de l'APA. Pendant le temps de sa présence, seules les situations qu'elle connaît déjà sont étudiées - pas question que le

service public lui offre de nouveaux clients. Sa connaissance de la situation de la personne, tant en terme de capacités que d'environnement de vie, permet de compléter l'évaluation *a priori*, et parfois d'envisager l'entretien d'évaluation à domicile avec sa présence ou celle de l'aide à domicile. Cette participation, sélective puisque tous les services ne sont pas invités, pose la question du partage d'« informations à caractère secret » (Code pénal, article 226-13), qui s'applique aussi à ce public. Mais ce matin, personne d'extérieur n'est prévu.

« La réunion d'équipe est conçue habituellement en trois temps : d'abord, on étudie les demandes qui sont arrivées depuis la dernière réunion, pour décider qui va aller à domicile, en fonction du secteur, des pathologies indiquées, des disponibilités, si on connaît d'autres informations qui n'sont pas dans le dossier de demande, etc. ; ensuite, on reprend les demandes au retour de la visite à domicile ; et on discute aussi de situations particulières : ça peut être un signalement, une inquiétude, un refus de plan d'aide, enfin toutes sortes de choses. Et puis, y a souvent aussi quelques échanges ou infos sur l'organisation du service... Enfin bon, on voit tout ça, mais pas toujours dans le même ordre ! » explique la responsable territoriale à l'intention de la stagiaire présente. Et elle poursuit, justement avec quelques informations organisationnelles pour démarrer : les dates des prochaines réunions d'équipe ; la date prévue pour le prochain conseil de gérontologie ; le lieu, puisqu'il est organisé à chaque fois dans un établissement différent du territoire - EHPA, EHPAD, Hôpital, Maison du département, ... ; et l'ordre du jour qu'il faut préparer, puisque le département est le maître d'œuvre de cette instance, ce qui entraîne la question : « Vous avez des idées ? Des demandes ou des propositions à faire ? » - Pas de réponse... « On va y réfléchir... », répond finalement l'infirmière, presque interrompue par Marie-Pierre, l'assistante sociale : « Il faudrait un jour aborder la question des déplacements et des transports, parce qu'on a des personnes qui se retrouvent presque invalides, juste parce qu'elles ne bougent pas assez, parce qu'elles ne peuvent plus sortir de chez elles seules... Et puis on en voit d'autres qui s'retrouvent handicapées suite à une chute sur la voie publique, voire dans les bus, quand les chauffeurs ne pensent pas à attendre qu'elles soient installées avant de démarrer ! ... » - « Entendu, merci. Si vous avez d'autres idées, faites-moi remonter. Autre information », reprend la responsable, « un groupe de travail interne au département va démarrer pour réfléchir à une amélioration de la prise en compte et du suivi des informations préoccupantes concernant des adultes - pour avoir une meilleure visibilité, et aussi pour mieux accompagner les personnes... Actuellement, on n'sait pas dire précisément combien sont concernées, et surtout ce qui se passe dans les semaines et les mois qui suivent le premier signalement... ». S'ensuit un court échange de questions – réponses, qu'interrompt rapidement la gestionnaire la plus gradée (elle est rédactrice, catégorie B, sa collègue est toute aussi compétente, mais adjointe administrative, catégorie C) : « Faudrait p'tête passer à l'étude des demandes, parce que cette semaine, on en a reçu un paquet ! ». Prise de parole efficace : les échanges s'arrêtent aussitôt, aucune participante ne formule d'objections. L'étude des nouvelles demandes démarre. Chacune plonge dans ses cahiers et dossiers de papiers. La gestionnaire commence avec les dossiers du carton *Attribuer VAD* : « Comme à chaque fois, y a presque autant de premières demandes d'APA que de demandes de révision du plan d'aide » annonce-t-elle en attrapant le premier

dossier. Elle l'ouvre et lit à haute voix : « Monsieur Ariba, c'est une demande de révision. 86 ans, marié, vit avec son épouse. Y a un taux de participation de 50,70%, mais madame n'est pas d'accord avec ce taux, elle demande une vérification et une modification du plan d'aide. Bénédicte, c'est sur ton secteur ».

Pas le temps de répondre, le médecin enchaîne : « Le CM fourni donne un GIR 2, mais il était en GIR 1... Ce s'rait surprenant que c'monsieur ait retrouvé des capacités à 86 ans... ?! Y a rien de plus dans le CM, mais pas sûr que l'médecin se soit déplacé à domicile pour le voir... ? » - Je questionne : « Oui, en effet, j'y suis allée il y a quelques mois, il est malheureusement peu probable que son état se soit amélioré : c'est un monsieur que je n'ai jamais vu autrement qu'installé sur un fauteuil roulant, que j'n'ai jamais vu bouger ou réagir à quoique ce soit... Qui a rempli le CM ? Ça pourrait être l'hôpital parce que monsieur y va régulièrement à l'accueil de jour, ou bien l'un des enfants, y en a deux qui sont médecins ? » - Et sans attendre la réponse, je regarde l'agenda des prochaines semaines pour répondre à la gestionnaire : « Je peux y aller jeudi après-midi semaine prochaine. Pas la peine de vérifier leur disponibilité, madame ne bouge que quand son mari est à l'accueil de jour, et il va les lundi, mercredi et vendredi : tu peux lui envoyer le courrier ? ». Elle confirme d'un signe de tête, et note sur son cahier et sur le dossier les initiales de la visiteuse et la date de la visite à domicile. Me remet la chemise intitulée *Pour la VâD*, dans laquelle elle a déjà glissé les documents préconisés dans le *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales* : la *Fiche de préparation de la visite à domicile*, éditée automatiquement par le logiciel de gestion à partir de l'enregistrement du dossier ; la *Fiche de liaison*, éditée et complétée par le médecin (ou l'infirmière), qui mentionne les déficiences identifiées, médicales ou sociales, et les points de vigilance ; et la *Fiche individuelle*, qui correspond au calcul d'un GIR d'après le dossier médical. Elle referme le dossier, le range dans le carton *Retour VâD*, et attrape le suivant.

Dossier suivant : mêmes opérations. Pendant que la gestionnaire lit les principaux éléments du dossier, le médecin consulte les éléments qu'il a lui-même relevés à la lecture du dossier, et annonce : « C'est un GIR 5. Pas d'éléments dans le dossier pour nuancer ce résultat. Donc, rejet administratif et orientation vers la CARSAT¹. Il signe et tamponne la grille AGGIR imprimée, la remet à la gestionnaire qui la glisse dans le dossier. Puis elle range le dossier dans un autre carton : *Rejet administratif*.

Dossier suivant. « Madame Balue, 77 ans, taux de participation à 80%. C'est une première demande, une sortie d'hospitalisation, y a le BS² de l'hôpital : elle est rentrée chez elle vendredi. Apparemment, y a personne au domicile, pas de référent indiqué ? Ce s'rait un GIR 5, et c'est l'hôpital qu'a rempli le CM » - Sa collègue complète : « J'ai eu sa fille au téléphone. Elle y va tous les jours, matin et soir. Elle semblait épuisée... ». À l'écoute du taux de participation, le médecin souligne : « Ce type de situations prend beaucoup d'temps pour une aide financière assez minime, finalement... Mais on ne peut pas se fier à l'évaluation de l'hôpital, il faut y aller... Et il faudrait mieux qu'ce soit toi, Claire [l'infirmière] » - « OK... Tu peux lui dire vendredi matin, vers 11h30 », répond-elle sans

¹ CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

² BS : Bulletin de situation.

commentaires, pendant que le médecin à nouveau signe et tamponne la grille AGGIR imprimée, la complète de l'acronyme IDE¹, pour préciser que c'est l'infirmière qui effectue la visite à domicile, avant de la remettre à la gestionnaire.

Dossier suivant. « Monsieur Catala. C'est une première demande, elle est transmise par la CARSAT », annonce la gestionnaire en tendant le compte-rendu de visite à l'infirmière qui commence à le lire à haute voix : « Ce monsieur a été hospitalisé en février, la CARSAT est intervenue pour son retour à domicile, et... J'arrive pas à lire, c'est inhabituel comme présentation, c'est pas le même formulaire qu'au CG... J'comprends pas bien comment c'est foutu, où sont les informations, et puis il manque des bouts de phrase... ». Le médecin parcourt le dossier médical et reprend : « C'est un GIR 4. Pour déficiences motrices ». L'infirmière reprend sa lecture : « Alors... Y a déjà un plan d'aide : deux fois deux heures par semaine d'aide à domicile, ça fait 18 heures par mois ». La responsable questionne « C'est un petit GIR 4 ? » - « Non, non », lui répond le médecin en complétant : « Il n'a pas beaucoup de revenus, ce monsieur... Faudrait plutôt une AS pour la visite... Marie-Pierre, c'monsieur est sur ton secteur » - « C'est OK, enchaine ma collègue, j'peux y aller... Je passerai demain en fin de journée, je l'appelle après la réunion ». Inscription par la gestionnaire, remise des documents de visite, rangement du dossier dans le carton adéquat.

Dossier suivant : « Madame Besnard, c'est une demande de révision pour des protections ». Le médecin relève : « C'est la quatrième révision en quatre ans. Il y a un référent ? Il faudrait lui téléphoner, et lui demander les factures de protection. Il est au maximum du plan d'aide ? » - La gestionnaire répond en feuilletant le dossier : « Il a 44 heures d'auxiliaire de vie, plus une téléalarme » - « Et elle veut modifier le plan d'aide pour une prise en charge des protections ? » - La gestionnaire : « Madame se dit très perturbée par l'incontinence... » - Marie-Pierre interrompt ce dialogue : « Je vais appeler madame et le référent », alors que la responsable reprend : « Et il faudrait maintenir les heures ? » L'assistante sociale confirme : « Je me souviens de la maison, avec des étages... les auxiliaires sont indispensables... J'vais les appeler, j'vous dis ». La gestionnaire repose le dossier dans le carton *Retour V à D*, et attrape le suivant.

« Madame Bastian, c'est une demande de révision... » - Claire, l'infirmière, l'interrompt aussitôt en se tournant vers moi : « C'est moi qu'ai rapporté cette demande de révision, c'est une situation qui m'inquiète, j'aimerais bien qu'tu viennes avec moi... », et elle précise, en se retournant vers la responsable et le médecin : « Cette dame est atteinte de troubles cognitifs qui deviennent de plus en plus importants, de plus en plus handicapants, et je soupçonne son mari de maltraitance à son égard... Y m'fait un peu peur, et j'me demande comment il est avec sa femme... Il est toujours un peu brusque, et même brutal, dans sa façon de parler, qu'ce soit avec moi ou avec son épouse... Et comme elle, elle perd de plus en plus la boule, il faut tout lui répéter tout le temps, et des fois j'le vois, lui, il en peut plus, il s'énerve, ... Et puis, j'me demande s'il ne s'rait pas aussi alcoolique... Alors... » - elle se tourne à nouveau vers moi, inquiète - « Si tu pouvais venir avec moi, tu pourrais t'occuper d'lui pendant que j'm'occupe de sa femme ?! ». Le

¹ IDE : Infirmière diplômée d'État.

tableau qu'elle décrit n'est pas très séduisant, il fait sourire Marie-Pierre, ma collègue assistante sociale : « Allez, à ton tour d'aller amadouer les gros durs ! ». Heureusement, la formation et l'expérience aidant, j'évite de me laisser impressionner par des propos trop négatifs sur une personne avant de la rencontrer... J'enchaîne : « D'accord, propose-moi des dates pour y aller... ». Le temps de trouver des disponibilités communes, pas trop proches, parce que : « Y faut m'laisser l'temps de prévenir monsieur que j'viendrai avec toi, et pis y a pas vraiment urgence non plus... », nous nous accordons 8 jours et confirmons la date prévue à Jeanine, la gestionnaire. Pas de certificat médical pour accompagner cette demande de révision, donc pas de signature ni tampon par le médecin. Juste la *Fiche de préparation de la visite à domicile* remise par la gestionnaire à l'infirmière – laquelle connaît déjà tout ce qui y est écrit, mais c'est la règle : elle signe, tamponne, retourne le document à la gestionnaire qui l'insère dans le dossier. Retour du dossier dans l'une des boîtes cartonnées de rangement, et Jeanine attrape le dossier suivant.

« Monsieur Duchesne, c'est une demande de révision pour un monsieur qui vient d'arriver dans le département. Il serait ici depuis le 20 septembre, donc son dossier est repris par nous au 21 décembre. Il est évalué avec un GIR 4, et il a déjà eu une révision il y a six mois ». S'ensuit un échange sur l'intérêt d'aller le voir : « S'il vient d'avoir une révision, c'est p'tête suffisant ? », questionne la responsable – « Il faudrait au moins demander un CM, et appeler pour faire le point avec lui », propose le médecin, alors que l'assistante sociale insiste : « Non, mais y faut la faire, la visite à domicile ! Y a que comme ça qu'on peut voir comment il va, comment il est installé dans son nouveau domicile ! ». La gestionnaire vérifie ce qu'en dit le *Guide pratique des procédures* : « Non, mais c'est pas obligatoire... » - « Peut-être, mais Marie-Pierre a raison : il faut aller voir comment se passe cette nouvelle installation », arbitre la responsable. « Dans ce cas, c'est un dossier pour toi, Bénédicte, il est sur ton secteur ».

La réunion se poursuit ainsi tant qu'il y a des dossiers administratifs stockés dans la boîte cartonnée *Attribuer VàD*. Elle contient tous les dossiers de demande réceptionnés et vérifiés depuis la dernière réunion, pour lesquelles il faut organiser une visite à domicile – c'est pourquoi celles de monsieur et madame Dallage n'apparaissent pas : l'entretien a déjà été effectué, nous les étudierons en deuxième partie de réunion. Ces demandes sont listées dans le tableau distribué en guise d'ordre du jour au début de la réunion, lequel récapitule pour chaque demande les principales caractéristiques utiles à l'instruction :

Tableau n°4. Conseil général F, Équipe N, Ordre du jour de la Réunion EMS

APA Domicile – Date de la réunion d'équipe médico-sociale :										
Nom Prénom	Situation de famille	Âge	Adresse	Personne référente	Tél	GIR dossier	Date AR	Taux de participation	Visiteur	Date VaD
ARIBA Germain	Marié	83		Épouse		2 Révision		50,70%	TS	
LACOUR Danielle	Célibataire	77		Fils		5 1 ^{er} demande		45,37%	Rejet dossier	///
BALUE Josette	Veuve	77		Fils		5 Hôpital		80,78%	IDE	
CATALA Bernard	Veuf	68		?		4 CARSAT		11%	AS	
BESNARD Marguerite	Veuve	87		Fils		3 Révision			AS	
BASTIAN Marie-Ange	Mariée	82		Fille + Époux		2		0,00%	IDE + TS >	
Etc.										

L'un des objectifs des réunions de l'équipe médico-sociale, c'est d'abord de réaliser collectivement l'instruction médico-sociale de chaque demande. Le partage des informations connues permet d'interroger les critères institutionnels, et de choisir le visiteur en fonction des spécificités mentionnées. Parfois, ces éléments peuvent inciter à prévoir une visite en binôme, composé d'un travailleur social et de l'infirmière ou du médecin – même si la règle précise qu'un seul membre de l'équipe se rende au domicile. Mais en pratique, les équipes s'organisent en fonction de leurs disponibilités, et essayent, autant que possible, de réaliser cette évaluation dans le mois qui suit la réception de la demande, conformément aux consignes. Pour tenter de respecter ce délai, quand les demandes affluent et que les agendas sont remplis de rendez-vous, les agents peuvent décider de déroger au principe de sectorisation du territoire, ou d'enjeu d'évaluation. Pour autant, le choix du professionnel n'est pas anodin : dans les départements où l'équipe médico-sociale a pour mission un accompagnement spécialisé de ce public plus largement que l'instruction des demandes d'APA, l'agent départemental qui effectue la première visite devient l'interlocuteur privilégié de la personne âgée et de ses proches pour toutes les questions qui peuvent se poser ultérieurement. Il devient, de fait, un référent¹ institutionnel identifié, aussi bien par le bénéficiaire et ses proches que par les autres intervenants, les acteurs périphériques, en particulier les professionnels des services d'aide à domicile, des services sociaux, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs, etc.

Le déroulement de la réunion est guidé essentiellement par l'existence des dossiers de demande d'APA. Des dossiers qui sont physiquement présents, qui sont manipulés en permanence, et dont les contenus donnent la tonalité des propos échangés. La gestionnaire assure souvent la

¹ En tant que personne repérée, autant par le bénéficiaire que par les professionnels, pour réaliser un accompagnement individualisé.

conduite et le rythme de cette partie de la réunion, alors que la responsable territoriale se montre plutôt discrète pour l'animer. Cette inversion des rôles semble due au fait que la gestionnaire connaît le mieux l'ordre du jour : c'est elle qui prépare le tableau des demandes à étudier, et donc qui en connaît la quantité et la nature. De plus, elle est responsable de ces dossiers administratifs, et c'est elle qui est interpellée par ses collègues du service central si quelque chose ne correspond pas aux règles fixées ; elle a donc particulièrement le souci que l'instruction se déroule selon la procédure et les délais prévus.

Ce format de réunion apparaît aussi comme une occasion pour chaque participant de partager une information ou une préoccupation, spécifique à une situation, relative à un partenaire existant ou potentiel, ou une thématique plus globale qui demanderait à être travaillée plus largement. Ce temps d'échanges, plus ou moins formalisé selon les équipes, permet alors de réguler l'activité des agents, à la fois pour coordonner et pour soutenir leurs actions. Il est particulièrement visible dans le temps de réunion consacré à l'étude des demandes après la visite au domicile de la personne candidate – une étape relatée plus loin¹ -, d'autant plus que les logiques des différentes professions diffèrent sensiblement.

Quand la réunion se termine, chacune retourne dans son bureau et à ses dossiers. À moins d'une autre priorité, chacune s'attelle à mettre en œuvre ce qui vient de se dire. Les gestionnaires remettent de l'ordre dans les dossiers physiques, actualisent les dossiers numériques en enregistrant l'identité du visiteur et la date prévue pour la visite à domicile, confirment ou modifient éventuellement la date de réunion pour l'étude de la demande après la visite à domicile. Infirmière et travailleuses sociales, quant à elles, vont précisément s'atteler à organiser ces déplacements et entretiens à domicile.

Conclusion Chapitre 7

À travers ces récits, nous suivons les premières étapes d'une demande d'APA, de ses prémices à son arrivée dans le service départemental, de la formalisation de la demande à la prise en considération par le double point de vue médical et social.

Le premier récit souligne comment l'obtention de cette allocation, destinée à financer des aides pour compenser la perte de capacités, est paradoxalement conditionnée à la réalisation de diverses démarches administratives requérant ces capacités. Nous constatons alors comment ces exigences bureaucratiques accentuent leurs difficultés capacitaires, et impliquent la

¹ Voir *Infra*, Chapitre 9 – a) *Les validations bureaucratiques négociées en équipe*.

nécessité de se faire aider pour demander de l'aide. Et nous observons qu'une forme de régulation autonome permet de dépasser ce paradoxe, par l'intervention d'une (ou plusieurs) personne facilitatrice, qui peut atténuer cette tension entre exigences bureaucratiques et difficultés incapacitantes. En traduisant le langage du quotidien et de ses difficultés dans le langage recevable par l'institution bureaucratique, cette personne tierce facilite l'accès à l'aide et aux droits à être aidé. Elle en a le souci et agit en ce sens pour que la demande puisse parvenir à l'administration compétente, et y être prise en compte.

C'est alors le rôle des bureaucrates - « du siège » pourrait-on dire, puisque ces agents agissent depuis un bureau, dans les locaux institutionnels - de vérifier la recevabilité de cette demande d'un point de vue administratif. C'est ce que nous montre le travail de Jeanine et de ses collègues, relaté dans le deuxième récit. Elle instruit le dossier d'un point de vue administratif, en réalisant un ensemble de tâches qui transforment la demande d'aide en dossier administratif susceptible de pouvoir être étudié par l'institution départementale. C'est l'opération première, prioritaire, qui enclenche et oriente toutes les autres, et qui s'impose avant même de savoir si l'administration pourra répondre favorablement à la demande de prestation. Sauf quand le visiteur départemental modifie le sens de réalisation de ces étapes en effectuant l'instruction médico-sociale avant même que la demande n'existe du point de vue bureaucratique. Dans une forme de régulation conjointe, il s'assure tout de même que les documents et les pièces nécessaires soient fournis, de façon à ce que sa collègue gestionnaire régularise la demande et la rende administrativement recevable. À l'issue d'un parcours de vérifications, d'écritures, de constitution de dossiers et sous-dossiers, d'enregistrements divers, la demande d'aide, exprimée *via* le formulaire *ad hoc*, est transformé en dossier administratif, numéroté, qui donne une existence institutionnelle à la demande. Celle-ci peut alors être prise en compte, et être étudiée pour préparer la réponse institutionnelle.

Le troisième récit relate le déroulement de l'étape suivante, telle qu'elle est organisée dans ce département. Après la compétence administrative de la gestionnaire, qui a validé en quelque sorte le droit d'étudier la demande, c'est au tour des compétences médicales et sociales de s'exprimer pour décider du comment l'étudier : par une approche médicale ou sociale. La dimension collective de ces échanges permet aux membres de l'équipe d'être informés de l'activité de chacun, d'exprimer et d'entendre différents points de vue, et de s'accorder – autant que possible. S'accorder dans un souci de coordination bureaucratique, et pour des raisons éventuellement différentes : quand le travailleur social ou l'infirmière essaye de répondre rapidement à la demande pour ne pas accroître les difficultés de la personne ou de ses proches, cette diligence satisfait les exigences de délai auxquelles veillent leurs collègues gestionnaires.

Ces diverses opérations et manipulations, de formulaires, de justificatifs, de création de dossiers, d'évaluations administratives, de délais, ... créent une complexité que chaque opérateur tend à aménager à sa manière – selon la nécessité évaluée, et au risque de débordements. Aménager son poste de travail et créer d'autres outils, retracer le circuit des opérations et réaliser plusieurs étapes simultanément, tenter d'éviter certaines visites à domicile ou au contraire élargir l'attention, et éventuellement l'évaluation, au conjoint de la personne bénéficiaire, représentent autant de manifestations locales, individuelles ou collectives, d'adaptation et d'interprétation de la mission par l'équipe médico-sociale et administrative.

CHAPITRE 8. – ACTE 2 : LA VISITE A DOMICILE. UN SITE ESSENTIEL DE REGULATION

Après la réunion, chacune retourne à son poste de travail. La responsable remonte à l'étage des chefs, les gestionnaires repartent avec les piles de dossiers à actualiser et reclasser, l'infirmière et les travailleuses sociales s'installent à l'ordinateur pour y découvrir sur la messagerie internet les appels et messages reçus pendant ce temps de réunion. Chacune actualise le planning des tâches à réaliser en fonction de ces messages et des décisions ou questions traitées pendant cette réunion.

Et pendant que les gestionnaires reprennent dossiers, ordinateur, courriers et téléphone, les travailleuses sociales et l'infirmière préparent les visites à domicile. Vérifier les adresses respectives, organiser une « tournée » selon les adresses et les facilités de transport, et caler ces rendez-vous sur l'agenda. Vérifier par téléphone la disponibilité des personnes candidates et de la personne référente – des échanges téléphoniques qui peuvent parfois s'allonger au-delà de la prise de rendez-vous. Envoyer une confirmation par courrier postal. Ces entretiens à domicile demandent toute une organisation logistique, et ils entraînent ensuite les agents visiteurs dans de nombreux déplacements, de la maison du département aux différents quartier de leur territoire d'intervention.

a) Derrière la porte, l'inconnu d'une intimité¹

À l'issue d'une réunion d'équipe, Carole Brun, assistante sociale, me propose de la retrouver la semaine suivante à la maison du département, avant de partir avec elle pour les visites à domicile prévues l'après-midi, pour pouvoir m'expliquer comment elle s'organise pour effectuer ces entretiens à domicile. D'emblée, elle s'excuse de ne pas avoir beaucoup de temps à m'accorder : « Comme le médecin disait à la réunion, l'infirmière est en arrêt non remplacée depuis deux ans... Depuis, j'fait pratiquement toutes les V&D APA toute seule ! Y a bien une ou deux AS de la polyvalence de secteur qui en fait quelques-unes quand y en a trop et que j'n'arrive pas à suivre, mais bon, c'est ponctuel, et pis elles ont aussi les IP² à faire, c'est pas non plus d'tout repos... Donc ça m'fait des semaines bien chargées ! » C'est la raison pour laquelle elle n'organise plus vraiment les visites elle-même : « J'sais pas si tu as remarqué, mais pendant la réunion d'équipe, quand le médecin confirme que j'dois faire la V&D, j'donne tout de suite une date à la gestionnaire, et après elle se débrouille. En principe, elle vérifie avec la personne âgée et la personne référente leur disponibilité par téléphone, parce que c'est quand même plus

¹ Récit construit à partir des observations et des entretiens effectués lors de l'enquête ethnographique les 30 septembre, 27 et 29 octobre 2014, auprès des agents de l'équipe É du département F.

² « IP » : « informations préoccupantes ». Dans ce département, la terminologie d'*IP* désigne exclusivement les situations d'enfants en danger ou en risque de danger.

correct, et si c'est OK pour eux aussi, elle confirme par courrier postal – si non, elle revient vers moi avec des propositions d'la famille, et on trouve une solution. J'sais qu'y en a qui envoient le courrier direct, mais moi j'aime pas, c'est pas parce qu'ils sont demandeurs qu'il faut tout leur imposer quand on peut faire autrement ! Là, pour aujourd'hui, elle m'a rien dit, donc ça doit être bon. J'sais pas si elle aura pensé à dire que j'viens avec toi... ? Alors on va quand même passer un p'tit coup de fil pour s'assurer que c'est toujours OK, ça permet aussi de leur rappeler qu'on vient aujourd'hui : ils ont vite fait d'oublier ! Ou bien ils sont à l'hosto, ça arrive souvent aussi, leur situation peut évoluer tellement vite ! ». Au téléphone, elle en profite aussi pour demander s'il y a un digicode, un interphone, s'il y a un accès particulier au logement : une façon d'allier le pratique à l'attention portée aux personnes que nous devons rencontrer ce jour. Après avoir raccroché, elle me confirme et précise : « Bon c'est OK, ils sont tous là, ils nous attendent, on peut y aller. Ici, sur ce territoire, c'est très mixte comme population, alors on a toute sorte d'habitations : aussi bien des villas avec jardin, parfois même piscine, des grands ensembles, des logements sociaux, des résidences pavillonnaires, le centre-ville, qu'est plutôt ancien... Ça fait bientôt cinq ans que j'vais partout pour aller au domicile, j'découvre encore des coins que j'connais pas ! ». Tout en parlant, elle prépare ses affaires : l'agenda, la calculatrice – les outils indispensables qui passent sans cesse du cartable au bureau, et inversement ; les dossiers sociaux correspondant aux rendez-vous de l'après-midi, dont elle m'explique le contenu : « Alors pendant la réunion d'équipe, Isabelle, la gestionnaire, elle remet à l'AS qui va en V&D la chemise qu'elle a préparée pour chaque demande, et dans cette chemise on a : la *Fiche de préparation de la visite à domicile*, qu'est éditée par ANIS dès qu'elle accuse réception du dossier de demande ; la *Fiche individuelle* et la *grille AGGIR* qui sont éditées par le médecin, d'après les éléments du dossier de demande. Avec ça, moi j'prépare mes affaires en fonction des informations connues – par exemple, pour cette dame, le médecin il a écrit sur la fiche : “Troubles des fonctions cognitives - Pas d'aide connue - Pas de référent”, alors moi j'sais qu'si vraiment y a personne pour aider cette dame, va falloir être très présente auprès d'elle, parce que déjà qu'la procédure est pas simple pour quelqu'un qu'a pas de troubles, alors là, rien qu'pour répondre au courrier d'la maison du département, elle risque de pas y arriver, alors pour mettre en place le plan d'aide... !?! Sinon, pour les premières demandes, j'prends toujours aussi le dépliant sur lequel on a répertorié les principaux services existant ou intervenant sur le territoire : y a les coordonnées pour les services d'aide à domicile, de téléassistance, de portage de repas, les accueils de jour, le SSIAD, le centre social, etc. Enfin bref, y a plein d'infos pratiques. Et sinon, c'est au cas par cas, selon c'que j'imagine qu'ils pourraient avoir besoin : les adresses d'hébergement temporaire, le guide de la protection des majeurs, la bibliothèque à domicile, l'information sur l'incontinence, sur la dénutrition, les services d'aide aux aidants, ou ceux spécialisés dans l'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer ou pathologies voisines, ... On a essayé de répertorier tout c'qu'on peut avec les collègues, et selon les besoins, on regarde c'qui pourrait être utile ! Et puis moi, j'prends toujours aussi un plan du quartier, ça prend pas d'place et ça peut aider ».

Ainsi, dès qu'elle part en visite à domicile, la visiteuse départementale emporte avec elle quelques éléments constitutifs de cette bureaucratie : instruments de l'action publique¹, dont un *dossier social* personnalisé pour chaque personne chez qui elle doit se rendre. Celui-ci est composé des fiches résumant la situation de la personne, qui donnent une idée du contexte, de la nature des difficultés et de l'environnement². Certaines pièces sont des copies de celles contenues dans le dossier administratif officiel, car celui-ci ne doit pas quitter la maison du département tant qu'il est « actif », autrement dit que le titulaire perçoit une prestation sociale, ou l'a perçue dans les deux années précédentes. Souvent, elle y joint la documentation qui pourrait être utile aux personnes visitées : elle pourra ainsi les renseigner plus rapidement si nécessaire, et limiter d'autres démarches à effectuer au retour dans les locaux institutionnels. Cette anticipation, c'est précisément ce que Joan Tronto définit comme l'une des phases du processus de *care*, « se charger » d'apporter des soins, assumer une certaine responsabilité à l'égard de besoins identifiés.

Le souci que manifeste cette travailleuse sociale pour organiser les rendez-vous à domicile témoigne aussi d'une attention particulière aux personnes chez lesquelles elle doit se rendre : pratiquant cette activité à un rythme soutenu, elle a pu constater combien ces personnes n'aiment pas beaucoup être dérangées et oublient facilement certains rendez-vous ; elle a constaté que leur téléphoner pour prévoir le rendez-vous, puis pour le rappeler, les rassure souvent. Ce faisant, c'est aussi une façon de limiter les effets de l'intrusion au domicile, et donc de faciliter la rencontre entre l'agent institutionnel et la personne dans son intimité. Une institution qui est d'ailleurs défaillante dans l'organisation mise en place, puisque depuis deux années, Carole et quelques-unes de ses collègues, tant administratives que médicales ou sociales, sont obligées de compenser l'absence non remplacée de l'infirmière.

Quand le cartable est rempli de cette précieuse documentation, Carole dit être prête, nous pouvons y aller. Faisant un détour par l'accueil pour récupérer la clé et les papiers du véhicule de service, elle en profite pour prévenir l'agent d'accueil qu'elle s'absente tout l'après-midi. En l'informant ainsi en temps réel, elle permet à ce collègue de répondre efficacement à quiconque cherche à la joindre, en particulier l'une des personnes chez qui elle doit se rendre et qui peut s'impatienter si elle n'est pas là à l'heure annoncée. Et en avançant dans le couloir pour sortir vers le parking, elle commente : « Oh, si j'lui dis pas, il peut quand même le savoir parce que j'remplis consciencieusement l'agenda partagé,

¹ Voir *Supra*, Chapitre 6.- d) des Bureaucrates en mouvements, et Chapitre 7. – a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir ».

² Voir *Supra*, Encadrés n° 12, 13, et 14.

donc les agents d'accueil et les chefs, y peuvent toujours savoir où j'vais ! Mais ça lui évite de chercher, et puis là, il sait que je repasserai pas avant la fermeture de la MDD... ».

Il s'agit maintenant d'arriver à bon port, dans les temps annoncés. Le premier rendez-vous est prévu dans un quartier que Carole connaît mal : en démarrant par là, elle se donne plus de temps pour pouvoir se repérer sans courir. Vérification de l'adresse, consultation du plan, nous voilà parties. Nous tournons un peu pour trouver la rue, demandons notre chemin, et finalement arrivons à l'heure. Comme souvent, le trajet est l'occasion d'échanges informels. Tout en scrutant la route, elle raconte : « J'n'aime pas arriver en retard, d'abord c'est pas correct, et puis c'est un public qu'aime pas attendre, même s'ils n'ont pas grand-chose d'autre à faire dans leur journée, je sais qu'ça les stresse quand on n'est pas là à l'heure annoncée... D'ailleurs maintenant, dans les courriers de confirmation, je n'donne plus une heure fixe, j'donne une plage horaire : on peut pas savoir à l'avance c'qui va s'passer dans le rendez-vous précédent, ou sur le trajet ! ». À l'approche de notre destination, Carole observe plus attentivement les lieux, et nomme à voix haute ce qui peut définir l'environnement de vie des personnes chez qui nous nous rendons : « Ça a l'air tranquille par ici... Comme la rue est fermée en impasse, ça limite les bruits de circulation... Par contre, au niveau commerces et services publics, ... on dirait qu'y a pas grand-chose ? Ni boulangerie, ni pharmacie : la base, pour ces personnes ! Pis au niveau accessibilité par les transports en commun, c'est l'vide, là aussi ? ! Bon, l'avantage, c'est qu'on peut s'garer facilement, y a pas concurrence ! ». La manœuvre terminée, elle attrape sa sacoche, ressort le dossier social correspondant à ce premier rendez-vous, et le consulte rapidement avant de descendre de voiture. Pendant que nous nous dirigeons vers l'adresse indiquée, je l'interroge sur cette particularité d'avoir à travailler en partie dans sa voiture, entre les déplacements et la consultation des dossiers : « Ah ça, les déplacements, c'est sûr que c'est particulier ! Les collègues ne s'rendent pas toujours compte, mais on est souvent sur la route ! Surtout dans les territoires comme celui-ci, où y a quand même pas beaucoup d'autres possibilités... Mais les dossiers, non, c'est pas trop quand même... C'est juste que j'jette toujours un coup d'œil sur la fiche de liaison avant d'y aller quand c'est des personnes que je n'connais pas ou que j'n'ai pas vues depuis longtemps... J'ai besoin de vérifier à chaque fois chez qui j'arrive, parce que j'n'ai pas une mémoire assez bonne pour me rappeler de tout... C'est quand même l'inconnu à chaque fois ! Relire ces notes, c'est une façon de m'préparer mentalement, même si maintenant j'suis rodée, je sais c'que j'dois faire... Au début, pour les premiers entretiens, je r'lisais aussi les recommandations du *Guide méthodologique*, avec les conseils pour questionner sans que ça ressemble trop à un interrogatoire, et surtout, pour essayer de ne rien oublier... Parce que c'est des entretiens assez longs, c'est très dense, et on a vite fait de s'y perdre ! ». Elle me le confirme au fil de la journée : depuis qu'elle effectue des visites pour les demandes d'APA tous les jours ou presque, souvent plusieurs par jour, elle connaît mieux les objectifs et les spécificités de ces entretiens, avec des personnes souvent inquiètes, qui posent beaucoup de questions, ou au contraire éteintes, qui se désintéressent ou ne comprennent pas bien ce dont il est question. Elle a appris à se faire accepter dans ces lieux de vie où elle se sent parfois comme une intruse – ou au contraire se sent gênée de repartir avec les gâteaux que la famille a préparés pour la

remercier : « Mais il faut savoir accepter aussi, tu sais, c'est toujours la fameuse histoire du don / contre-don !... Mais avant le premier entretien, y a évidemment plein d'incertitudes... Faut trouver l'équilibre entre avoir suffisamment d'infos pour anticiper les questions, et ne pas trop en savoir pour éviter de s'faire trop d'idées à l'avance... J'me rappelle d'une fois où j'lisais le dossier en montant l'escalier, et j'réalise que la femme chez qui j'allais venait juste d'avoir 100 ans : j'étais impressionnée, parce que c'était la première fois pour moi, pis y en a pas tant qu'ça à domicile. Bref, j'arrive à l'étage, je sonne, une femme vient m'ouvrir, me fait entrer, et en voyant personne d'autre dans le salon, j'ai failli lui demander où était sa mère... alors que c'était bien elle-même ! Bon pied, bon œil, j'lui donnais facilement 20 ans de moins ! ». Chemin faisant, nous arrivons à la bonne adresse.

Carole prend le temps de signaler notre arrivée par l'interphone. Pas question pour elle de se présenter à la porte du logement sans s'être annoncée quand c'est possible : « Souvent, ils n'aiment pas bien être surpris, surtout dans ces résidences où y a plein de contrôles avant d'arriver chez eux ! » Habituellement, elle en profite pour demander l'étage et la porte, mais comme elle a oublié, nous cherchons le nom sur les boîtes à lettres : « 6^{ème} étage ». Dans l'ascenseur, Carole évoque ce moment étrange de l'arrivée chez des gens qu'on ne connaît pas, et chez lesquelles elle va passer une heure ou plus à poser des questions indiscrettes : « Y a toujours une incertitude sur c'qu'on va trouver derrière la porte, sur la façon dont on va être accueillie... La semaine dernière, j'arrive sur le palier, et déjà là, ça sentait bizarre, plutôt désagréable, et en sonnant, je déclenche les hurlements d'un chien que j'imaginai énorme, prêt à me sauter d'ssus ! J'étais pas fière... Heureusement, y avait un enfant qui le tenait fermement et qui l'a enfermé quand je suis rentrée... Mais alors, quelle odeur dans c'logement ! ... ». L'ascenseur arrive à l'étage demandé. La porte palière s'ouvre quasiment en même temps que celle de l'ascenseur, et le monsieur qui apparaît nous demande aussitôt de laisser les parapluies sur le palier - nous nous exécutons. À peine entrées dans l'appartement, il nous propose de retirer nos manteaux, nous suivons à nouveau ses recommandations ; il pose alors ces vêtements ruisselants sur un cintre et les suspend de façon à les laisser s'égoutter sur une serpillière. C'est vrai que la pluie ne nous a pas épargnées, nous sommes trempées, et Carole ayant repéré d'un coup d'œil la propreté du logement, elle s'ajuste à cette nécessité de ne pas trop salir avec nos vêtements mouillés – alors que je m'étonne presque que ce soit monsieur qui le demande. Nous voici acceptables pour aller plus loin dans le logement. Pendant que monsieur Vernay range nos vêtements et passe la serpillière sur les quelques gouttes d'eau que nous avons semées malgré nous, Carole avance doucement dans l'appartement, regarde vers une porte ouverte sur le côté du couloir, tout en questionnant explicitement : « Où voulez-vous qu'on s'installe, monsieur Vernay ? - Par ici, vers la lumière ? » - « Oui, oui, avancez », lui répond une voix féminine qui traverse justement cette porte, confirmée par monsieur Vernay. Arrivées dans ce salon, une dame assise à une table de salle à manger tente de se lever de sa chaise pour nous saluer et s'excuser : « Ne bougez pas, restez assise si c'est mieux pour vous ! Vous êtes madame Vernay ? » l'interrompt vivement Carole, « Bonjour madame, je suis madame Brun, de la maison du département. Et voici madame Rivet, qui m'accompagne aujourd'hui pour

voir comment on travaille¹... ». Salutations réciproques. Carole continue à questionner madame Vernay : « Vous voulez qu'on s'installe ici, à cette table, comme ça vous n'aurez pas besoin de bouger ? » - et elle attend l'acquiescement avant de prendre place en face de madame Vernay, en m'invitant à en faire autant. Nous nous installons autour de cette table de salle à manger, pendant que monsieur Vernay nous rejoint et nous offre à boire : « Je vous apporte un café ? Ça vous réchauffera ! » - effectivement, nous acceptons bien volontiers. En suivant le regard de madame Vernay, j'observe Carole qui installe un micro-bureau en étalant sur la table dossier, formulaire, papiers, stylos, ... « Et bien, vous en avez des papiers ! C'est tout pour moi !? » s'étonne madame Vernay – « Tout juste, madame Vernay, c'est tout pour vous ! Avec l'APA, on transporte toujours beaucoup de papiers et documents, parce que les questions sont toujours différentes, et on essaye de pouvoir répondre à chaque fois ! On va vous expliquer tout ça... ». En quelques gestes, Carole a créé son espace de travail chez ce couple, comme un décor provisoire et suffisant pour réaliser l'entretien. Un entretien qu'elle démarre rapidement en posant le cadre : « Alors, madame Vernay, nous sommes chez vous aujourd'hui parce que vous nous avez adressé une demande d'APA – APA, ça veut dire "allocation personnalisée d'autonomie". Moi, je travaille au service d'aide sociale du département, et je suis là pour voir si vous pouvez en bénéficier et comment on pourrait vous aider. L'APA, c'est une somme d'argent que peut donner le département pour vous aider à payer des aides dont vous pouvez avoir besoin s'il y a des choses que vous ne pouvez plus faire... L'APA, ça vient en complément de ce que peut financer la sécurité sociale... » - monsieur Vernay l'interrompt rapidement : « Oui, c'est ce que nous a expliqué l'assistante sociale, madame Odin, Ouda... ? » - Carole reprend et corrige : « Madame Oudot, de la caisse de retraite ? » - « Oui, c'est ça. Elle nous a expliqué qu'elle ne pouvait plus aider mon épouse, qu'il fallait faire cette demande d'APA... » - Carole se retourne vers madame Vernay : « Vous aviez déjà une aide de la CARSAT ? C'était quoi, combien d'heures ? » S'ensuit un mini-questionnaire pour connaître les détails de ce « plan d'actions personnalisé² », depuis quand, avec quel prestataire, jusqu'à quand, etc. Ces réponses donnent déjà quelques indications à Carole quant aux besoins de madame Vernay, son avis sur les aides dont elle a bénéficié jusque-là, sa compréhension de l'arrêt de l'aide par la CARSAT. Elle note rapidement ces informations sur ses papiers, puis tente de reprendre le fil de l'entretien : « Alors l'APA, ça fonctionne pas tout à fait pareil, je vais vous expliquer. Pour avoir droit à l'APA, y a trois conditions : l'âge ; le domicile ; et un souci de santé qui vous empêche de faire tout ce qui est nécessaire dans la vie de tous les jours. Si vous y avez droit, y a aussi une condition de ressources qui va jouer sur le montant de l'allocation. Donc les conditions d'âge et de domicile, c'est bon, ça a été vérifié par ma collègue qui reçoit les dossiers – c'est celle qui vous a envoyé le courrier pour ce rendez-vous, madame Isabelle Montcel. Et moi, aujourd'hui, je vais d'abord voir avec vous quelles sont les choses que

¹ Pendant cette phase d'enquête, les agents départementaux que j'accompagnais me présentaient le plus souvent de cette façon, comme quelqu'un « qui s'intéresse à leur travail », sans donner plus de détails quand cette explication suffisait.

² Le *Plan d'actions personnalisé* est une prestation proposée par la CARSAT sous certaines conditions, dans le cadre de ses offres de prévention (<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home/>, Consulté le 28 décembre 2021).

vous ne pouvez plus faire, quels sont vos besoins, quelles sont les aides que vous pourriez mettre en place. Ensuite, je fais un compte-rendu pour une commission qui se réunit tous les quinze jours – donc la prochaine, c'est... - elle recherche dans son agenda -, la prochaine, c'est mardi prochain, dans huit jours, pas demain, la semaine prochaine, dans huit jours. Après la commission, vous recevez la réponse par courrier, et vous devez répondre dans les dix jours si vous êtes d'accord ou si vous avez des observations... » - « Et on peut le savoir avant, ou bien il faut attendre le courrier ? » demande monsieur Vernay – « Oui, bien sûr, je peux vous appeler après la réunion... - elle regarde à nouveau son agenda - : la réunion est le mardi matin, l'après-midi je n'suis pas disponible, je pourrai vous appeler le mercredi après-midi, ça vous irait ? » - « Oui, merci beaucoup. Ça fait mercredi dans neuf jours ? » - « C'est ça ! ». Les bases de l'entretien étant posées, Carole se tait pour laisser la place aux réactions qui ne manquent pas, et se traduisent dans les questions de madame ou de monsieur Vernay.

Ces premiers échanges augurent d'un entretien relativement simple pour la visiteuse institutionnelle, dans la mesure où madame Vernay, postulante à l'APA, et son époux, qui l'aide beaucoup au quotidien, ne montrent pas de difficultés de compréhension - même si les démarches administratives semblent les rebuter. Ils ont pris l'initiative de la demande suite aux conseils d'une professionnelle. Ils connaissent déjà ce type de prestation puisque tous les deux sont ou ont été bénéficiaires d'aides proposées par leur caisse de retraite. Ils ne sont donc pas surpris par la venue de l'assistante sociale, ils l'attendent même, et ils sont tout à fait en capacités de poser leur propre cadre d'accueil pour ne pas être trop dérangés par cette visite : ne pas trop salir, délimiter l'espace accessible, protéger objets et lieux. En respectant ce cadre, en acceptant de prioriser les règles de ceux qui reçoivent, les visiteuses atténuent le sentiment d'intrusion et facilitent sans doute leur installation et l'entrée en relation. Ils savent aussi moquer avec humour l'invasion administrative que représente le déballage provisoire des dossiers et documents transportés par l'assistante sociale. Et leurs pratiques d'hospitalité sont proches de celles que connaissent les visiteuses : l'accueil dans la pièce dite de séjour, l'offre d'une boisson dès l'arrivée. Ici, l'inconnu n'est pas surprenant, il est même plutôt familier, et les hôtes se montrent plutôt satisfaits de la venue de ces visiteuses institutionnelles censées venir les aider pour faciliter leur vie quotidienne. Ainsi, les premiers contacts sont facilités, l'entretien peut démarrer sans autres tensions que celle d'expliquer clairement la procédure et ses différentes étapes pour bénéficier de la prestation demandée, et de réexpliquer autant que nécessaire. Ce qui ne contredit pas l'attitude de l'assistante sociale qui essaye d'avancer à leur rythme, au fil de leurs questions et de leurs réactions. Par son propos et son attitude, elle tente de rassurer monsieur et madame Vernay, et de trouver l'équilibre pour pouvoir travailler confortablement sans trop déranger ce lieu de vie. Chaque première visite demande à la fois du tact et de la fermeté : entrer en relation sans brusquer, se faire accepter dans un lieu privé

qui devient un lieu de travail le temps d'un entretien médico-social. En rappelant les raisons pour lesquelles nous sommes là, en explicitant ce qu'elle vient faire et comment elle va le faire, Carole pose le cadre et les limites de l'entretien. Ce préambule a souvent pour effet de rassurer les interlocuteurs tout en leur laissant la parole : nous l'avons rappelé dans la première partie¹, les personnes rencontrées à leur domicile dans le cadre d'une demande d'APA paraissent rarement soumise au visiteur institutionnel, aussi leurs questions et interpellations peuvent-elles être nombreuses. Et les écouter parler, c'est aussi entendre leurs difficultés, la façon dont ils en parlent, et les réponses qu'ils ont trouvées ou non – comme par exemple l'évocation de la CARSAT par monsieur Vernay permet à Carole d'explorer les interventions de cet organisme. Ce déroulé d'une première rencontre est relativement fréquent, surtout quand les visites sont réalisées par des professionnelles spécialisées dans l'accompagnement auprès de ce public. Mais il existe également des rencontres différentes, comme nous le constatons dès le rendez-vous suivant.

Madame Adena habite dans le vieux quartier de la ville. Une ambiance agréable pour les touristes, fréquents et parfois nombreux, mais des aménagements dangereux pour les personnes ayant du mal à se déplacer. Beaucoup de logements y sont anciens, avec des escaliers étroits, aux marches usées, irrégulières, des équipements sanitaires minimum, des logements limite insalubres. « Il faut avoir l'occasion d'aller chez les gens pour se rendre compte dans quelles conditions ils vivent ! » m'avertit Carole. Comme précédemment, elle regarde rapidement les indications mentionnées dans les fiches de préparation avant de sonner à l'interphone et constate : « Cette dame a déjà l'APA, c'est une demande de révision ... Tiens, la référente est une professionnelle du *Mouvement du nid* ? C'est pas banal ! Qu'est-ce qu'elle fait auprès d'une personne âgée ? Tu connais ? » - Oui, je connais, et je m'étonne comme elle de leur présence auprès d'une personne âgée et en perte d'autonomie : le *Mouvement du Nid* est une association qui aide les personnes en situation de prostitution, et nous imaginons mal qu'une personne bénéficiaire de l'APA pratique cette activité ? « Bon, on verra bien, surtout que la référente devrait être là », et elle sonne à l'interphone : « Bonjour ! C'est madame Brun et madame Rivet, de la maison du département ! » - Une voix féminine répond, active le sésame, et précise comment accéder au logement. Dédalles de cours intérieures, escaliers, pas d'ascenseur dans ces bâtiments non conçus pour et classés, couloirs, Carole suit les indications et nous arrivons devant la porte palière, entrouverte. Une femme alerte vient nous y accueillir en nous entendant arriver, et nous invite à entrer. Le logement semble minuscule : un lit d'une place, un fauteuil, une chaise. Une table collée au mur. La porte ouverte d'un placard laisse apercevoir un évier en céramique usée. À côté, une porte étroite laisse deviner des toilettes, à côté une autre porte de placard est fermée. Apparemment pas d'autres pièces.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 3 – b) Réajuster la distance relationnelle.

Sur le lit, une femme en robe de chambre est en position mi-assise mi-allongée et bouge à peine pour nous saluer. La femme qui nous a accueillies nous invite à nous asseoir sur le fauteuil et la chaise disponibles. Elle-même reste debout – puis prend appui sur un bout de table au cours de l'entretien. C'est elle qui présente rapidement la situation : « Je suis madame Bancel, éducatrice au Mouvement du Nid, vous connaissez peut-être ? » - nous acquiesçons et elle poursuit – « Madame Adena est une personne que nous avons accompagnée longtemps quand elle était plus jeune et qu'elle travaillait, et même si depuis quelques années elle ne pratique plus cette activité, elle nous a demandé de continuer à l'aider dans ses démarches, parce qu'elle ne s'y est jamais vraiment intéressée, et qu'elle ne veut pas encombrer sa famille avec ces questions, ... » - « D'toute façon y a pas grand monde dans ma famille, et j'les vois pas souvent, alors ça servirait à rien, et pis c'est pas leurs affaires ! », l'interrompt vivement madame Adena... Madame Bancel reprend : « Et puis c'est vrai que nous nous connaissons bien, c'est quand même plus facile pour nous, on sait faire, on le fait pour d'autres aussi parfois... ». Nous voilà informées. Assise sur la chaise, Carole a sorti ses dossiers, elle les pose sur le cartable refermé qu'elle utilise comme support, et s'appuie sur ses genoux croisés en guise de bureau instable. À peine installée ainsi, elle reprend rapidement l'initiative de l'entretien : « Donc, madame Adena, je ne vais pas vous réexpliquer l'APA, puisque vous la recevez déjà – sauf si vous avez des questions particulières ? » - madame Adena secoue la tête en guise de négation, mais interroge en me regardant : « Et cette dame, c'est qui ? Pourquoi elle est là ? » - « Ah oui, excusez-moi, j'ai oublié de nous présenter : donc moi je suis madame Brun, assistante sociale au département, et c'est moi qui reprend votre dossier pour étudier votre demande, parce que madame Gerson, que vous aviez vu la dernière fois, a changé de service – et je suis venue aujourd'hui avec madame Rivet, qui vient voir comment on travaille... mais si ça vous ennuie qu'elle soit là... » - Elle n'a pas le temps de finir, madame Adena semble se suffire de l'information donnée : « Non, non, c'est bon, elle peut rester, c'était juste pour savoir... D'toute façon, ça m'intéresse plus beaucoup, pis c'est trop compliqué... Faites c'que vous avez à faire, madame Bancel vous expliquera... » Carole insiste tout de même prudemment : « Comme vous voulez... Je verrai avec madame Bancel les questions administratives, c'est vrai qu'c'est un peu compliqué, mais vous pouvez peut-être nous dire comment vous vous sentez, quelles sont vos difficultés au quotidien ? Par exemple, vous restez sur votre lit parce que c'est plus confortable, ou parce que c'est difficile pour vous de vous lever, ou bien ... ? » - « Pourquoi j'me lèverai ? Vous avez vu c'te pièce ? Qu'est-ce que j'f'rai une fois debout ? J'suis aussi bien dans mon lit ! », riposte madame Adena avec humeur, aussitôt reprise par madame Bancel qui complète en souriant : « Madame Adena a gardé le rythme de vie qu'elle avait quand elle travaillait, et elle se lève rarement avant 17-18 heures : là, vous êtes venues un peu tôt pour elle... » - « Oh, toutes mes excuses, madame Adena ! J'suis désolée, vous auriez dû nous l'dire, j'aurais pu v'nir plus tard ! D'ailleurs, vous voyez, on a un autre rendez-vous en sortant d'chez vous, donc on aurait vraiment pu v'nir plus tard !... Écoutez, si vous voulez, j'vais l'marquer dans votre dossier, comme ça on l'saura pour une prochaine fois... » - madame Adena acquiesce, comme pour accepter les excuses et la proposition de Carole pour s'ajuster à son fonctionnement et à ses besoins. De fait, elle se montre moins défensive dans la suite de l'entretien, alors que Carole

reprend ses questions en essayant de regarder alternativement et avec la même attention madame Adena et madame Bancel.

Arriver chez une personne inconnue comporte toujours une part d'imprévu, et le moment de sonner ou de frapper à la porte marque l'instant où l'inattendu peut surgir. Le professionnel arrive souvent là avec des représentations et des questions, issues de la connaissance qu'il a de la situation à travers les éléments contenus dans le dossier, de ses observations, et de ses expériences antérieures. Mais quand la porte s'ouvre sur l'intimité d'un lieu de vie, il découvre une configuration à chaque fois différente : le cadre de vie, les personnes présentes, leurs attitudes et les liens entre elles ; les signes indicateurs du mode de vie de la personne qui l'accueille ; les capacités de celle-ci à comprendre l'objet et l'enjeu de cette visite, qui ne sont pas toujours très lisibles. Les possibilités des personnes présentes à l'y aider non plus. Ce qui peut être plus facilement perceptible, c'est la façon dont est perçue cette intrusion. Car à domicile, les lieux ne sont pas particulièrement pensés pour un entretien avec un agent représentant une institution. Aussi, l'organisation du face à face (Dubois, 2010a), les règles de l'accueil et de la rencontre sont décidées par la personne qui reçoit – et/ou par ses proches présents. C'est au professionnel institutionnel de les comprendre et de s'y adapter, autant que possible. Il lui revient donc d'entrer en relation avec les personnes présentes en tenant compte du contexte, de ce qui se présente à lui, sans toujours savoir *a priori* comment sa présence est comprise ou non, attendue ou crainte. Démarrer l'entretien par quelques phrases quasi rituelles de salutations et de présentations permet d'établir un premier contact et de donner du sens à sa présence : justifier d'une appartenance institutionnelle légitime en quelque sorte son entrée dans un lieu privé et les questions qui vont suivre, même si celles-ci paraissent indiscrettes ; les objets qu'il transporte et qu'il déballe dans les meubles d'autrui (cartable, dossiers, calculatrice, etc.) matérialisent l'institution et donnent un cadre rituel à l'entretien qui va se dérouler au domicile. Il lui revient aussi de susciter l'adhésion à sa présence et à ce qui va se dire, en instaurant une relation suffisamment sécurisante pour encourager l'échange dans un climat de confiance. Dans une attitude prudente et attentive, le visiteur semble chercher à limiter le sentiment d'intrusion dans cette intimité. En prenant le temps d'une discussion informelle, peut-être banale, mais qui laisse à chacun la possibilité d'exprimer ce qu'il souhaite – et au visiteur le temps d'observer ce qui se passe, d'écouter ce qui se vit. Cette prudence dans les premiers instants de la rencontre évoque le franchissement d'un seuil, d'une limite pas seulement physique mais aussi symbolique, sur la pointe des pieds, comme une demande d'autorisation à être là. Peu à peu, la méfiance ou l'appréhension s'estompent et laissent place à une convivialité, favorisant ainsi l'expression de questions relativement intimes.

Quand une forme d'appréhensions ou de résistance semble persister, la présence d'une personne tierce peut faciliter la relation entre la visiteuse institutionnelle et la personne qui la reçoit dans son intimité – comme l'indique la présence de madame Bancel auprès de madame Adena. Elle n'est pas seulement aidante pour traiter les questions administratives. Elle donne quelques indications relatives aux habitudes de madame Adena, qui permettent à Carole de mieux comprendre le comportement et les premières réponses de celle-ci. Elle n'aurait sans doute pas pu deviner seule les raisons de cette mauvaise humeur qui parasite les premiers instants de l'entretien. La présence de madame Bancel indique également que madame Adena n'est pas réfractaire à une aide professionnelle. Or, au-delà de l'évaluation des incapacités de madame Adena pour calculer le GIR, et déterminer ainsi le plafond de l'aide publique, Carole cherche aussi à connaître les besoins de madame Adena pour lui proposer des aides appropriées. Et l'expérience renouvelée de ces entretiens lui a permis de mesurer combien il peut être difficile d'exprimer ses difficultés à une personne qui n'inspire pas confiance. Aussi, tant que madame Adena apparaît sur la défensive, à la limite de la provocation, elle devine que celle-ci évitera d'exprimer ses difficultés et ses besoins. Dans cette première phase de la rencontre, Carole essaye donc de dépasser le sentiment d'intrusion pour rassurer son interlocutrice, ne serait-ce qu'en répondant calmement à ses interpellations et en lui montrant qu'elle peut aussi respecter son rythme et son mode de vie, même s'il est inhabituel. Elle comprend rapidement que les indications de la grille AGGIR tranchent avec ces choix, et souhaite éviter que les questions à venir soient perçues comme un contrôle. Elle cherche donc à adapter sa posture à ces différents paramètres pour arriver à instaurer une relation suffisamment apaisée. Cette attitude d'apaisement est souvent nécessaire dans les premiers instants de ces rencontres à domicile, mais elle peut prendre des formes bien différentes suivant les capacités et les réactions de la personne visitée. Et si madame Adena s'exprime avec une certaine virulence dans ses propos pour nous accueillir, d'autres personnes restent plutôt discrètes, incitant le visiteur à avancer humblement, « à petits pas » (Métis, 2019) - surtout si personne d'autre n'est présent pour faciliter cette rencontre, comme un médiateur entre l'accueillant et l'intrus. Dans la mise en œuvre de la loi relative à l'APA, la personne nommée référente n'est donc pas seulement une auxiliaire de la bureaucratie de l'action sociale, elle peut aussi être une aide précieuse dans la phase d'évaluation à l'éligibilité – comme le confirme l'entretien réalisé auprès de madame Tissot.

b) Bureaucratie et ajustements conversationnels¹

Julie, conseillère en économie sociale et familiale (CESF), travaille auprès de personnes âgées ou handicapées depuis une dizaine d'années. Elle me propose ce matin de l'accompagner pour une visite auprès de madame Tissot², qu'elle ne connaît pas. En parcourant la *Fiche de liaison pour la visite à domicile* avant de quitter la maison du département, elle lit à haute voix pour me présenter rapidement quelques éléments : « C'est une demande de révision pour une dame qui a déjà 101 ans. Le certificat médical qui accompagne le courrier de demande donne un GIR 5 ! C'est plutôt bizarre – mais ça arrive : les médecins traitants n'sont pas toujours très au point pour remplir ces grilles... Surtout qu'ils vont rarement au domicile ! Alors au cabinet médical, les personnes elles ont souvent tendance à répondre c'qu'elles imaginent pouvoir faire... ! On va voir. Elle est au foyer-logement du CCAS, c'est juste à côté : on va y aller à pied. J'vais quand même appeler la référente avant de partir, pour savoir si elle s'ra là... ». Julie laisse le téléphone sonner tout en préparant son sac – et finalement laisse un message sur le répondeur, pour annoncer ma présence lors de cet entretien au domicile de sa mère.

Nous voilà parties – avec parapluies, puisque c'est jour de pluie. Julie parcourt le chemin sans hésitation : « Ça fait maintenant 7 ans que j'suis sur cette maison du département, et comme le territoire est limité à cette commune, j'commence à bien connaître – pis de toute façon, les foyers-logements, ils n'accueillent que des personnes âgées ! Plus exactement des personnes qui ont au moins 60 ans et qui sont à la retraite. En principe, elles doivent être suffisamment autonomes, au moins quand elles arrivent – c'est-à-dire avec un GIR 4 maximum. Et les résidents qui perdent de l'autonomie, avec un GIR qui passe à 3, ils peuvent parfois rester si les aides mises en place sont adaptées, c'est-à-dire si y a pas de mise en danger... Sinon, il faut qu'ils partent en EHPAD... ». Chemin faisant, nous sommes arrivées. Julie sonne à l'interphone pour faire ouvrir la porte du bâtiment, et se dirige directement vers l'accueil pour se présenter et demander l'étage et le numéro de logement de madame Tissot. Ascenseur, couloir, arrivées devant la porte du numéro indiqué, Julie frappe énergiquement à la porte : pas de réponse. Attend un peu, et recommence. Toujours pas de réponse. Elle ouvre doucement la porte, et pénètre dans le studio tout en s'annonçant d'une voix forte et en articulant soigneusement : « Bonjour madame Tissot, c'est madame Montels, de la maison du département ! ». Installée dans un fauteuil face à la baie vitrée, madame Tissot tourne le dos à la porte d'entrée et ne peut donc pas nous voir. Nous l'entendons à peine répondre : « Oui, oui... », alors que Julie s'approche pour se positionner face à elle et reprend :

¹ Récit reconstitué à partir d'observations ethnographiques et d'entretiens formels et informels auprès de Julie Montels, travailleuse sociale, les 10 et 16 octobre, et 11 décembre 2014.

² Pour mémoire, nous avons déjà évoqué quelques éléments de la situation de madame Tissot précédemment, cf. *supra* : Chapitre 2 - a) Des incapacités plurielles et c) Des environnements déterminants, Chapitre 3 - e) De la proximité des relations, Chapitre 6 - a) Les statuts du domicile et 6 - c) Le domicile, un lieu de rencontre.

- « Bonjour madame Tissot, je suis madame Montels, de la maison du département, vous avez dû recevoir un courrier pour vous annoncer ma visite ? ... Je suis venue avec madame Rivet, ça ne vous ennuie pas ? »

- « Non, non, mais ma fille devrait être là, je n'sais pas pourquoi elle n'est pas là... ?! ».

Julie reprend, comme pour la rassurer : « Elle doit être coincée dans les embouteillages, vous savez quand il pleut comme aujourd'hui, ça crée souvent l'bazar dans la circulation... Mais n'vous inquiétez pas, on va l'attendre... D'ailleurs, j'ai essayé de l'appeler avant de partir, et j'lui ai laissé un message sur son répondeur, donc elle sait que nous sommes là... » Et tout en continuant son mouvement, elle observe rapidement les lieux et questionne : « Comment voulez-vous qu'on s'installe, madame Tissot ? Est-ce que je prends la chaise qui est dans la cuisine, et madame Rivet peut s'asseoir dans le fauteuil en face de vous ? ». Madame Tissot acquiesce. Elle semble rassurée par les gestes et les paroles de Julie, qui s'adresse à elle en s'ajustant à ce qu'elle observe : madame Tissot est installée dans un fauteuil releveur, un déambulateur à côté d'elle, ce qui indique que les transferts et les déplacements lui sont probablement difficiles et son absence de réponse laisse supposer une mauvaise audition. Ces indices incitent Julie à se rapprocher d'elle sans y être invitée, pour être vue et entrer en relation, à lui parler fort et distinctement pour se faire comprendre. Et constatant madame Tissot désespérée par l'absence de sa fille, elle tente de la rassurer en prenant le temps des présentations, en demandant l'autorisation de pouvoir prendre place pour installer une configuration d'entretien dans le lieu de vie de madame Tissot. Ces précautions semblent être suffisamment rassurantes pour que madame Tissot accepte ces propositions.

Nous nous installons alors chacune dans le champ de vision de madame Tissot, presque à côté l'une de l'autre, et Julie engage la conversation tout en installant papiers et dossiers sur ses genoux, et en appuyant son cartable sur le pied de chaise – à portée de main pour pouvoir y piocher au fil de l'entretien stylos, calculatrice, grilles de référence, ou divers documents d'informations. Elle rappelle d'abord les raisons de notre présence à cette heure matinale, à partir des éléments dont elle a pris connaissance : « Madame Tissot, vous percevez déjà l'APA, et nous avons reçu une demande de révision du plan d'aide, alors c'est l'occasion de voir avec vous comment vous vous organisez et ce dont vous auriez besoin. C'est vous qui avez demandé la révision, ou bien ... ? »

- « Ah, je n'sais pas... Ce doit être mes filles, je n'sais pas... »

Voilà Julie renseignée sur l'implication de madame Tissot dans cette démarche : elle est directement concernée, elle a probablement signé la demande – parce que la gestionnaire n'aurait pas enregistré une demande non signée – et elle l'a probablement oublié, ou s'en est désintéressée. Julie n'en semble pas surprise. Et puisque la référente n'est pas là pour expliquer l'origine de la demande, elle change de sujet et réoriente ses questions sur l'organisation de la vie quotidienne. Elle utilise toutes ses observations pour questionner madame Tissot de façon plus ou moins directe :

- « J'vois qu'vous portez des bas de contention, vous arrivez à les mettre ? »

- « Ah, non, non, c'est l'infirmière qui vient pour les mettre... Elle vient tous les matins pour les mettre, et elle revient le soir pour les enlever ! »

- « Ah oui, on dit qu'c'est pas plus facile d'les enlever que d'les mettre ! Et elle vous aide aussi à la toilette ? »

- « Oui, elle vient tous les jours »
 - « Et elle vous aide aussi peut-être à vous habiller ? Vous savez quel est le cabinet qui vient, madame Tissot ? »
 - « Alors y a Nathalie, y a Claire, et la troisième... ??? Oh ben alors... !? Ben, j'sais plus ! »
 - « Vous tracassez pas, on d'mand'ra à votre fille. J'crois qu'y a quelqu'un aussi qui vient vous aider pour l'entretien du logement ? »
 - « Oui, elle vient deux fois : le mardi et le vendredi »
 - « Et elle reste combien d'temps ? »
 - « Deux heures. Elle reste deux heures à chaque fois. »
 - « Et j'crois qu'c'est quelqu'un du service d'aide à domicile de la commune ? »
 - « Pfft !... J'en sais rien ! Qu'est-ce que vous croyez ? »
 - « J'crois que c'est ça, mais on redemandera à votre fille. Vous avez un déambulateur, OK – elle coche la case sur le dossier. Et vous avez un kiné aussi qui passe ? »
 - « Ah oui, oui. Y m'fait marcher, un peu... quand j'y arrive ! »
 - « Il vient combien d'fois par semaine, le kiné ? »
 - « Deux fois. Il vient deux fois. C'est bien assez ! Y m'fait lever, y m'fait marcher... »
 - « Et c'est difficile, hein !? Et j'vois que vous portez une téléalarme aussi, vous vous en êtes déjà servi ? »
- Madame Tissot regarde le bracelet : « Ah, ça ? Non, j'crois pas... C'est joli, non ? C'est mes filles qu'ont voulu que j'porte ça, mais non, j'crois pas qu'j'm'en suis déjà servi... », répond-elle dans un sourire, comme pour se moquer.
- « Et ça fait combien d'temps qu'vous êtes ici, au foyer logement, madame Tissot ? »
 - « ... Ben... ? J'me rappelle plus ! »
 - « Vous n'savez plus en quelle année vous êtes rentrée ? Y a p'têtre un événement particulier qui fait qu'vous êtes venue ici, peut-être le décès de votre conjoint ? »
 - « Oui, c'est ça... »
 - « Et ça fait combien d'temps qu'il est décédé, votre conjoint ? »
 - « Sept ans ! »
 - « Alors, ça fait sept ans qu'vous êtes ici !? » -
- Tout en parcourant le dossier médico-social (DMS) calé sur ses genoux, Julie questionne et note presque en même temps, alternant les mouvements de tête, penchée sur ces papiers ou relevée pour regarder son interlocutrice : « Vous pouvez m'rappeler votre date de naissance, madame Tissot ? »
- « Ah ben j'sais, c'est 1913 ! »
 - « Et l'début ?... C'est quel mois ? »
 - « Mars »
 - « Et le jour ? »
 - « Le 9 mars... »
 - « Et ben voilà ! Vous avez 101 ans, c'est formidable ! »
- Madame Tissot tourne alors la tête vers le mur où sont accrochées de nombreuses photos. Observant ce mouvement, Julie adapte ses questions, comme pour suivre l'invitation à regarder : « Ce sont les photos d'vos enfants et petits-enfants ? Vous avez combien d'enfants, madame Tissot ? »
- « J'en ai quatre. J'ai trois filles et un fils »

- « Et j'vois des enfants, ce sont p'tête vos p'tits-enfants, ou vos arrières petits-enfants, peut-être ? »
 - « Oui, j'en ai dix-huit ! »
 - « Et ils ont quel âge ? »
 - « Alors le plus grand, il a douze ans, et la dernière, elle a un mois ! »
 - « Et elle s'appelle comment, la dernière ? »
 - « Camille ! »
 - « Ah, ben vous d'vez pas vous ennuyer avec autant de petits ! Ils habitent dans la région, ils peuvent venir vous voir ? »
 - « Oui, oui, ils viennent, pis des fois ils m'emmènent aussi... L'autre fois, on est allé au parc... Mais j'y vais avec le fauteuil, ou le déambulateur, parce qu'avec les genoux qu'j'ai, j'peux plus marcher sans ça... »
 - « Parce que vos genoux ne vous portent plus ? Y a des risques de chutes ? »
 - « Ah oui, oui, sans ça, j'peux plus ! »
- Julie se penche à nouveau sur le dossier et le questionnaire de la grille AGGIR, tourne la tête vers le coin cuisine où l'on devine un couvert mis sur la table, et se retourne vers madame Tissot pour la questionner à nouveau : « Et vous descendez manger au restaurant le midi ?¹ »
- « Ah non ! Avant, j'y allais, mais maintenant que je n'peux plus marcher... »
 - « Alors vous mangez ici, dans votre cuisine ? Qui est-ce qui vous prépare les repas ? »
 - « Oh, mes filles ! », répond-elle comme une évidence.
 - « D'accord. Alors, elles vous chargent le frigo, et vous n'avez plus qu'à sortir les plats... »
 - « Oh des fois, elles mettent la table aussi ! »
 - « Et elles viennent tous les jours ? »
 - « Tous les jours ! Elles se débrouillent à toutes les trois, y en a toujours une... »

Julie mène l'entretien en alternant ainsi les questions, en se basant sur la trame écrite du dossier médico-social, dont la grille AGGIR, et en s'adaptant aux phases de la conversation, tantôt très à l'écoute de madame Tissot, tantôt plus concentrée sur les papiers qui constituent la raison de sa présence dans les lieux. Elle sait qu'elle doit à la fois repérer les difficultés et les incapacités de madame Tissot, et identifier les aides, humaines ou techniques, qui peuvent permettre d'y remédier. Mais elle ne suit pas strictement la liste des *items* répertoriés dans la grille AGGIR : elle glane plutôt les informations à partir de ses propres observations et de ce que madame Tissot montre et raconte de sa vie, présente ou passé. Et elle n'hésite pas à donner à l'entretien un mode conversationnel, quitte à dévier parfois de ladite grille : son expérience de ces entretiens et de la procédure APA lui a appris que ces diversions sont plus agréables pour la personne visitée, et qu'elles peuvent aussi être source de connaissances diverses sur la situation, d'une façon plus globale. Ainsi, elle se saisit du mouvement de madame Tissot

¹ Pour mémoire, les logements des foyers-logements (ou EHPA) sont des studios ou deux pièces, tous équipés d'une cuisine et d'une salle de bains. Les établissements proposent aussi des espaces partagés que les habitants peuvent utiliser ou non, à leur convenance : restaurant, salons, espaces d'activités, etc.

vers les photos pour la questionner sur son environnement familial. Ce faisant, elle entend combien leur présence est concrète, comment elle est entourée par sa famille proche, et mesure aussi les capacités de mémorisation de madame Tissot. Et c'est en continuant la conversation sur ce sujet des relations familiales qu'elle apprend plus précisément les difficultés que rencontre madame Tissot à se mouvoir et à effectuer les transferts – deux *items* discriminants dans le calcul du GIR -, sans avoir posé la question. Julie peut alors enregistrer ces informations dans le dossier, et continuer la conversation en conséquence, posant des questions plus ou moins précises, à la fois dans l'échange et dans la préoccupation de pouvoir remplir les cases de la grille AGGIR. En vérifiant les données d'état-civil contenues dans le dossier, elle évalue la mémoire et les capacités d'orientation temporelles de madame Tissot. Celle-ci se laisse facilement embarquée dans la conversation, jouant entre des réponses adaptées aux questions, des blagues et des diversions.

Et puis la porte du logement s'ouvre, laissant entrer la fille de madame Tissot. Elle s'excuse vivement pour le retard, embrasse sa mère, retire son manteau, dépose un panier dans la cuisine, et finalement s'assoit sur le déambulateur – faute d'autres sièges disponibles. D'emblée, elle se montre active et stimulante auprès de sa mère. Celle-ci, qui décidément « ne perd pas la tête », l'interroge rapidement sur le nom des infirmières et le nom du service d'aide qui viennent la voir. La fille renseigne, et signale l'inquiétude de sa mère par rapport à l'entretien de ce jour. Une fois les présentations faites, Julie résume ce qui a été dit et fait depuis notre arrivée, puis reprend ses questions, en s'adressant cette fois plutôt à la fille de madame Tissot qui fait office de référente – comme il est indiqué sur la *Fiche de liaison*. Celle-ci explique les motifs de de la demande de révision du plan d'aide :

- « Elle a dû vous dire que nous passons la voir tous les jours – ou presque -, enfin surtout nous, les filles. En fait – elle baisse le ton de sa voix pour ne pas être entendue par sa mère -, mon frère a un cancer, on ne veut pas lui dire, ça sert à rien de l'inquiéter maintenant, mais du coup ça nous fait aussi du souci, et puis lui ne peut pas venir non plus, et sa femme est déjà bien occupée, et nous autres – elle hausse à nouveau le ton -, on voudrait bien qu'il y ait une aide à domicile un jour de plus dans la semaine pour pouvoir souffler et moins stresser si un jour on est moins disponible... Maman s'entend bien avec les deux femmes qui viennent – en se tournant vers sa mère - : hein, tu les apprécies bien Claudine et Josiane, qui viennent te voir dans la semaine ? »

- « Oui, oui, elles sont vraiment gentilles, et puis elles aiment bien faire des blagues, aussi... »

- « D'ailleurs, ce sont elles qui nous ont dit qu'on pouvait demander deux heures en plus... ».

Julie écrit, reprend les questions pour compléter la grille. La fille répond consciencieusement, et ponctue chacune de ses réponses d'une autre question, plus technique, mais toujours dans le domaine des prestations sociales : des changements incompréhensibles dans les versements de la caisse d'allocations familiales pour l'aide au logement ; des possibilités de financements pour changer le fauteuil releveur, « qui commence à être bien fatigué ! » ; une possibilité d'aide pour les protections – « parce que

mine de rien, ça fait beaucoup ! Jusque-là, on n's'est pas trop inquiété, parce que maman avait des économies quand elle est arrivée ici, mais à force de s'en servir, ben elles diminuent ! ... ». À son tour, Julie alterne réponses, explications, pistes de financement, et nouvelles questions, toujours en se rapportant au dossier et à la grille AGGIR. Pendant le temps de ces échanges techniques, madame Tissot continue de parler, et tente parfois de s'interposer entre sa fille et la visiteuse départementale, moins attentives à ce qu'elle raconte. Finalement, elle interpelle le regard de l'observatrice que je suis, et continue à me parler en blaguant : « J'aimais bien lire, mais je n'peux plus : j'ai un œil qui fiche le camp, et j'l'ai pas rattrapé ! ». Mais quand elle entend parler d'augmentation des heures d'aide à domicile, elle se retourne vers sa fille et l'interrompt vivement :

- « Elles viennent deux fois par semaine, c'est bien assez !!! Pourquoi tu veux qu'elles viennent plus ? Y a pas besoin ! ».

Sa fille tente d'argumenter, et Julie de rassurer en expliquant à madame Tissot l'intérêt pour elle et ses filles :

- « Vous avez p't'être peur que vos filles viennent moins souvent ? Mais j'crois qu'ça changera rien, au contraire : elles seront moins inquiètes si elles savent qu'il y a quelqu'un auprès de vous plus souvent, et elles seront plus disponibles pour vous, elles pourront faire autre chose avec vous... ».

Julie ne semble pas surprise par le désaccord entre madame Tissot et sa fille. Au fil des instructions et des accompagnements de situations similaires, elle a pu constater combien les demandes d'aide viennent souvent des proches, et que dans ce cas, la personne directement bénéficiaire se montre plutôt réticente. Elle est consciente aussi des difficultés potentielles pour les personnes de l'entourage. Et même sans poser directement la question, elle devine que les enfants d'une personne de 101 ans peuvent également être affectés par certaines conséquences de l'avancée en âge. Elle est d'ailleurs déjà informée des problèmes de santé du fils, et des conséquences pour l'aide familiale. C'est pourquoi elle essaye de rassurer madame Tissot en fonction de ce qu'elle comprend de ses réticences, et qu'elle suppose être de l'inquiétude de ne plus voir suffisamment ses enfants. De fait, les personnes dans la situation de madame Tissot sont souvent dans l'ambiguïté par rapport à une proposition d'aide extérieure à leur environnement proche – surtout s'il s'agit de professionnels. Alors que la présence d'un enfant n'est pas forcément vécue comme une aide – même si elle peut être reconnue comme tel : madame Tissot est bien consciente que le passage régulier de ses filles lui permet de prendre ses repas chez elle, à sa guise, presque sans difficultés, et elle sait l'apprécier. Mais, quelles que soient les douleurs et les défaillances physiques qui l'empêchent de faire tout ce qu'elle veut, elle est capable de décider et ne souhaite pas que les décisions la concernant soient prises à sa place ou sans elle – ce que Julie perçoit et prend en considération. Aussi, l'entretien se poursuit dans une forme de conversation à trois, Julie regardant alternativement la mère et la fille. Jusqu'au moment où elle semble avoir suffisamment de réponses pour renseigner tous les *items* de la grille AGGIR. Au vu des incapacités identifiées, elle devine que le GIR sera compris entre 3 et 4, ce qui confirme l'éligibilité à l'APA – contrairement à ce que laissait supposer le certificat médical. Elle se concentre alors sur les possibilités d'augmentation des aides à prévoir dans le plan d'aide, à partir de

ce qu'a exprimé la fille présente. Calcuette dans une main, papier et stylo dans l'autre, elle explique à haute voix :

- « Alors, je r'garde c'que ça f'rait si on prévoit 6 heures par semaine en restant en GIR 4 – parce que vous savez, si on passe en GIR 3, ça pourrait avoir des conséquences par rapport au foyer logement... Donc 6 heures par semaine, ça fait 26 heures par mois, multiplié par 17,50, ça fait 455 pour l'aide à domicile. Plus les protections – vous savez combien vous utilisez de protections dans une journée, madame Tissot ? 2 ? D'accord ! Alors, ça f'rait un paquet de 14 par semaine, donc environ 4 paquets $\frac{1}{2}$ par mois... » – elle se retourne vers la fille : « Vous connaissez le prix du paquet pour les protections que votre maman utilise, ou bien... ? »

La fille se lève pour aller chercher sur le buffet si elle peut trouver des tickets de caisse au milieu de papiers posés en pile :

- « ...Alors oui, voilà, le dernier achat, c'était 23,50 euros le paquet de 14 – c'est un achat au supermarché, ça pose pas de problème ? »

- « D'accord – non, non, pas de problème, mais vous gardez bien les tickets, parce qu'on va vous les demander ! Donc pour le mois, on a dit à peu près 4 paquets $\frac{1}{2}$, par 23,50 ça fait 105,75, plus les 455 d'aide-ménagère, ça fait 560,75 – avec un plafond à 562,57, c'est tout bon, ça passe juste ! Et en terme de reste à charge pour vous, avec un taux de participation à 10%, ça f'rait... 560,75 par 10%, ça fait à peu près 56 euros par mois : ça irait ? », interroge Julie en s'adressant à la fille.

En quelques chiffres et plusieurs calculs, à partir des informations collectées auprès de madame Tissot et de sa fille, et avec sa connaissance de la procédure, de ses règles et de ses subtilités, Julie expose comment se construit concrètement la réponse institutionnelle à une demande d'APA, et comment se calcule le montant de l'allocation. Après avoir établi une sorte de diagnostic médico-social à l'aide d'une série de questions, précises et normées (grille AGGIR, dossier médico-social, guide méthodologique, ...), et à partir de son expérience, elle sait que le calcul de l'algorithme dédié donnera un GIR compris entre 3 et 4. Dans l'instant, peu lui importe le niveau exact, tant que le total des aides souhaitées ne dépasse pas le plafond du GIR déjà validé. Elle peut donc envisager d'étudier plus précisément les demandes de la famille – même si madame Tissot elle-même dit ne pas avoir besoin d'une aide professionnelle un troisième jour dans la semaine. Les textes réglementaires prévoient que le plan d'aide soit élaboré et proposé par l'équipe médico-sociale à la personne candidate, mais en pratique, c'est toujours en situation, au cours de l'entretien à domicile, que les agents départementaux définissent les aides envisageables et précisent celles qui peuvent être financées par l'APA. Ils coconstruisent le contenu du plan d'aide directement avec la personne destinataire et les autres personnes présentes. Et le processus de fabrication est sensiblement celui énoncé par Julie : considérer ce qui existe et ce qui est souhaité par la personne et ses proches ; en calculer le coût selon les barèmes forfaitaires du service départemental ; vérifier le montant total au regard

du plafond défini par le GIR ; et, enfin, calculer le montant restant à la charge du bénéficiaire. En rappelant, souvent, que le coût réel pour la personne destinataire est généralement plus élevé qu'annoncé, puisque par exemple dans ce département, l'allocation versée pour l'aide à domicile est basée sur un forfait de 17,50 € de l'heure, alors qu'à la même époque, les services d'aide à domicile facturaient au minimum 21,50 € de l'heure¹. Et si le montant total des aides envisagées dépasse le plafond, ou si le reste à charge apparaît trop élevé, alors les priorités peuvent se discuter directement au cours de l'entretien à domicile. Le contenu du plan d'aide est donc coélaboré et négocié par l'agent institutionnel et les personnes destinataires, les unes expliquant leurs difficultés et leurs besoins, l'autre expliquant le cadre et rappelant les règles – voire cherchant d'autres solutions quand celles proposées par le dispositif APA ne suffisent pas ou ne paraissent pas adaptées. Même si les marges de manœuvre sont limitées – à la fois par les plafonds déterminés par le GIR et par les tarifs définis par les services départementaux –, les agents les utilisent autant que possible pour essayer d'adapter l'aide aux besoins identifiés.

Lorsque les explications techniques et financières semblent suffisantes, Julie synthétise les éléments :

- « Donc madame Tissot, je récapitule c'que j'ai compris et c'qu'on vous propose, et vous m'direz si j'me trompe ou si vous ne comprenez pas, d'accord ? »

- « D'accord, d'accord, je vous écoute, dites-moi... »

- « Donc moi j'vois que vous êtes plutôt bien installée ici, même si vous n'pouvez plus beaucoup sortir de chez vous toute seule, vous appréciez de pouvoir regarder c'qui s'passe dehors, et puis vous appréciez d'avoir la visite régulière de vos enfants et petits-enfants. Comme vous n'pouvez plus beaucoup bouger toute seule à cause de vos genoux, vous avez déjà des professionnels qui viennent vous aider pour la toilette, pour l'habillage et les soins, avec les infirmières qui viennent tous les jours, matin et soir, avec les aides à domicile qui viennent le mardi et le mercredi pour vous faire un peu de ménage, et la lessive aussi ; et vos filles qui viennent tous les jours ou presque et préparent les repas... – est-ce que j'en oublie ? »

- « Non... Oui, y a l'kiné aussi... »

- « Ah oui, y a aussi le kiné. Merci ! Et aujourd'hui, on a vu avec votre fille que ça pourrait être utile et plus rassurant que l'aide à domicile vienne un troisième jour dans la semaine – Et alors ça s'organiserait comment ? Peut-être les lundi, mercredi et vendredi ? Qu'est-ce que vous en pensez, madame Tissot ? »

- « Je n'sais pas... Ça fait beaucoup, non ? ... »

Coupant court à cette hésitation, sa fille questionne : « Il faudrait voir avec le service, parce qu'elle apprécie bien celles qui viennent déjà, ça n'a pas été évident au début, il n'faudrait pas qu'ça change de personne parce qu'on change de jour... ». Julie renchérit :

¹ Sauf certains services associatifs qui pouvaient pratiquer le tarif départemental de 17,50 € de l'heure, mais uniquement pour les personnes dont les faibles revenus impliquaient un taux de participation à 0%.

- « Vous avez raison : voyez directement avec le service comment ça pourrait s'organiser – et même, j'vais vous dire, n'attendez pas la réponse de notre service, parce que ça va prendre un peu de temps, anticipez avec la responsable en lui disant qu'vous avez vu avec nous pour un troisième passage de deux heures dans la semaine, et comment ça pourrait s'mettre en place sans changer d'intervenantes... » - Et se tournant à nouveau vers madame Tissot, elle continue :

- « Madame Tissot, vous dites que pour vous, ça fait trop un troisième passage dans la semaine, c'est bien ça ? Alors c'que j'vous propose, c'est de voir avec votre fille pour l'organiser, et puis, si vraiment vous trouvez qu'ça fait trop, il sera toujours possible de modifier à nouveau pour qu'elles viennent moins !! Ça vous irait comme ça ? »

- « Oui, oui, d'accord, on verra... »

Julie reprend : « L'autre chose, c'est que, comme vous utilisez régulièrement des protections, l'APA peut vous aider à les financer. Par contre, il faudra bien garder les factures ou les tickets de caisse pour les envoyer au service – sinon, on vous demandera de rembourser, ce s'rait dommage, puisque vous les utilisez vraiment ! Mais c'est c'qu'on appelle le “contrôle d'effectivité”, c't'à dire que j'ai un collègue qui vérifie régulièrement que l'argent versé est bien utilisé pour les aides prévues, et pas pour autre chose... C'est un peu fastidieux, mais comme c'est d'argent public, on peut pas faire n'importe quoi... »

- « Ah oui, c'est bien normal ! », consentent en chœur madame Tissot et sa fille.

Et Julie reprend pour conclure : « Donc, on a vu vos besoins, on a vu les aides qu'le département peut vous aider à payer, maintenant j'vous explique c'qui va s'passer après cet entretien. La semaine prochaine, j'vais présenter votre demande et le plan d'aide à une réunion avec mes collègues et la responsable, c'est un peu comme une commission qui va l'étudier, et si elles sont d'accord avec ces propositions, vous recevrez dans la semaine qui suit un courrier qui récapitulera tout c'qu'on vient d'dire. Là, il faudra bien répondre pour dire si vous êtes d'accord – ou pas ! Parce que comme j'vous disais, madame Tissot, vous avez l'droit d'changer d'avis ! -, mais faudra bien nous répondre et signer, vous avez dix jours pour le faire ! Bon, c'est pas à quelques jours près, mais faudra quand même pas tarder, parce que c'est votre réponse qui déclenche la suite de la procédure... » - Et en se tournant à nouveau vers la fille : « Votre maman recevra ensuite l'arrêté départemental, et c'est ce papier qui indique la date à laquelle le changement est pris en compte ; en principe, c'est l'début du mois qui suit la commission, sauf si y a urgence, mais c'est pas l'cas pour vous... C'est assez clair, mes explications, ou bien vous voulez que j'recommence ? » propose-t-elle avec un sourire

- « Oh moi, y a longtemps que j'comprends plus et que j'm'intéresse plus à ces papiers... » lui répond madame Tissot, alors que sa fille confirme :

- « Je crois qu'c'est bon. On doit recevoir un courrier, on y répond, et après on attend la suite, c'est ça ? »

- « Vous avez parfaitement compris, bravo ! Faut r'connaitre que c'est pas trop simple, mais on y arrive ! ». Sur ce, Julie commence à ranger ses papiers, et nous nous levons pour annoncer notre départ. Mais finalement, la conversation se poursuit alors que nous sommes toutes trois debout, autour de madame Tissot qui nous raconte à nouveau des

histoires de sa vie, présente ou passé, relayée ponctuellement par sa fille pour compléter quelques anecdotes... Jusqu'au moment où Julie annonce fermement : « On n's'ennuie pas avec vous, madame Tissot, et j'vois bien qu'vous avez encore plein d'histoires à nous raconter ! Mais cette fois, nous devons y aller, et nous allons vous laisser... C'est qu'on a encore d'autres rendez-vous, et l'heure tourne... ! » - Madame Tissot en est désolée :

- « Ah oui, excusez-moi, j'vous fais perdre votre temps... », mais Julie la déculpabilise rapidement :

- « Non, non, ne vous excusez pas, c'est bien normal de prendre le temps de parler ! C'est c'qu'on appelle le lien social, et c'est important, ça fait partie du travail, aussi ! ». Nouvelles salutations d'au revoir, de remerciements pour l'accueil, et nous voilà à nouveau dans le couloir.

Tout au long de notre présence au domicile de madame Tissot, Julie déroule ainsi l'entretien de façon non directive, sur un mode plutôt conversationnel. Elle passe d'un sujet à l'autre en fonction des propos tenus ou des observations effectuées, combinant les interpellations ou les propositions de ses interlocutrices avec ses propres objectifs. Elle ne suit pas strictement la trame du *Dossier médico-social* ni celle du *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales*, formalisées par l'institution. Exerçant comme travailleuse sociale spécialisée pour cette mission depuis plusieurs années, elle connaît l'essentiel de ces instructions et des règles principales du dispositif, et elle sait s'y référer si besoin pour vérifier une information ou un oubli éventuel. Elle a pu constater aussi combien cette procédure est complexe et peu intéressante pour des personnes dans la situation de madame Tissot. Soucieuse de comprendre la situation en respectant son rythme et son point de vue, et aussi d'être suffisamment bien comprise, elle privilégie la discussion et ses diversions, lesquelles ouvrent sur un échange à tonalité plutôt détendue – plus agréable pour les participantes, y compris elle-même. Elle utilise ainsi la conversation comme un outil qui facilite la création d'un lien, lequel pourrait évoluer en relation d'accompagnement. Un outil qui facilite aussi la traduction des règles bureaucratiques, et lui évite aussi de limiter l'évaluation aux *items* et aux cases de la grille AGGIR - tout en ayant le souci de pouvoir la compléter. Elle pratique la conversation comme une ressource, qui lui permet de recueillir par bribes des informations de diverses natures, même intimes, parfois inattendues, souvent sans avoir à poser les questions. Des informations qui l'aident à comprendre la situation dans sa globalité. Son observation des petites choses qui composent le domicile, des réactions de son interlocutrice et de ses interactions avec ce qui l'entoure, lui permet d'alimenter la conversation.

Par contre, lorsqu'elle détaille les calculs du plan d'aide, alors elle expose à nouveau le travail de bureaucrate, inévitable à ce stade de l'entretien. Elle doit vérifier comment les aides prévues peuvent correspondre au cadre réglementaire, tout en essayant d'expliquer ces contraintes

pour recueillir l'adhésion de madame Tissot – et de sa fille. Comme dans un exercice de médiation, elle cherche à accorder des logiques facilement contradictoires.

Venue chez madame Tissot évaluer la demande de révision pour respecter la procédure (que demande-t-elle ? Y a-t-elle droit dans le cadre de l'APA ? Et si oui, à quelles conditions l'APA peut-elle répondre à cette demande ?), Julie, bureaucrate de contact, mesure la situation à partir de ce qu'elle voit et entend. En étant sur place, elle constate que cette demande ne vient pas de madame Tissot mais de ses enfants, lesquels ont besoin de cette aide supplémentaire auprès de leur mère, qu'elle-même n'y est guère favorable, et qu'elle exprime une forme d'« impuissance administrative » pour respecter les contraintes de la procédure, dans la mesure où elle dit ne plus comprendre et ne plus s'intéresser « à ces papiers ». C'est l'ensemble de ces éléments qu'elle prend en considération pour proposer une réponse, en cherchant à satisfaire les différents points de vue : participer au financement des protections et augmenter les passages des aides ménagères pour soulager les enfants, en offrant à madame Tissot la possibilité de modifier cette organisation après l'avoir expérimentée. Pourtant, elle sait que cette éventuelle demande de modification ne correspond pas vraiment aux consignes institutionnelles. Mais comme elle pourra dire plus tard : « Je suis d'abord CESF, c'est-à-dire travailleuse sociale : si les administratifs ne sont pas contents, il faudra qu'ils s'adaptent ! ». Et elle sait aussi, qu'au-delà d'une réponse aussi adaptée que possible aux besoins quotidiens des personnes destinataires, ce souci de la réception de l'aide vise aussi à leur éviter toute tracasserie administrative – puisque si l'allocation versée n'est pas utilisée conformément à ce qui est inscrit dans le plan d'aide, elles devront rembourser les sommes trop perçues au service départemental... Or, même si la personne directement destinataire de l'aide envisagée ne s'intéresse plus beaucoup aux questions administratives, comme dans certains phénomènes de déprise, par exemple, elle est souvent en capacité de dire à l'aide-ménagère de ne pas venir si elle l'a décidé ainsi. C'est pourquoi, au cours de l'entretien, Julie tente de s'adresser alternativement à madame Tissot et à sa fille : elle constate que c'est plutôt cette dernière qui s'inquiète et gère ces détails techniques et administratifs, mais elle essaye aussi de ne pas exclure des échanges madame Tissot, directement concernée et en capacité de comprendre. Et cette sollicitation de la fille atteste à nouveau de l'importance de la présence d'une personne tierce pour assurer le relais dans la mise en œuvre des décisions administratives et de leurs conséquences. C'est pourquoi les agents départementaux cherchent presque systématiquement à organiser la visite à domicile en présence de la personne nommée référente.

Cette connaissance assimilée, de la procédure comme des réactions possibles des personnes visitées et de leurs proches, est enrichie par une pratique fréquente et renouvelée, particulière aux professionnelles spécialisées. Elles se familiarisent ainsi avec ces formulaires, ces grilles, et construisent progressivement une professionnalité qui facilite la double posture observée au cours de ces entretiens : une sorte de tissage entre travail bureaucratique et relation d'aide, que nous avons précédemment identifié comme une forme de « care bureaucratique ».

Les visites à domicile réalisées pour instruire une demande d'APA se déroulent habituellement selon ce mode opératoire : une première phase d'entrée en relation, au cours de laquelle la visiteuse établit le contact et présente les raisons de sa présence et ce qu'elle va faire, en essayant d'adopter une posture adaptée au lieu et aux règles qui lui sont proposées – quitte à réajuster en cours d'entretien, comme Carole Brun chez madame Adena. Cette attention implique une observation quasi permanente – et pas toujours consciente –, dès l'arrivée dans les lieux. Dans une deuxième phase, la visiteuse cherche à atteindre les objectifs de sa présence : évaluer le niveau de perte d'autonomie et identifier les besoins de la personne candidate à l'APA, envisager les aides à mettre en place. Les interactions entre les personnes présentes sont alors nombreuses et peuvent être très dispersées, obligeant la visiteuse à recentrer régulièrement le propos pour ne pas perdre le cap. Cette phase est aussi l'occasion de donner bon nombre d'informations et de faire des propositions. Et dans une troisième phase, en guise de conclusion, la visiteuse synthétise ce qui s'est dit à partir de ce qu'elle a noté comme difficultés et propositions d'aides envisagées, puis elle présente les suites de la procédure. Au cours de l'entretien, la posture de la visiteuse évolue, comme pour accompagner les différentes phases de cette rencontre : d'abord intruse dans le logement, elle cherche à se faire accueillir en respectant ce qui lui est donné à voir et à entendre. Une fois installée, elle pose le cadre de l'entretien en prenant appui sur les règles de la procédure. Puis, elle initie une conversation plus ouverte, alternant écoute, questions, et réponses à chacune des personnes présentes, avec le souci d'entendre leurs points de vue et de les relier au dossier à remplir. Elle reprend ensuite des propos plus administratifs, chiffrés, procéduriers, qu'elle essaye de rendre compréhensible aux personnes concernées. Enfin, elle met de côté la procédure pour prioriser la relation, sur un ton devenu presque familier, laissant à nouveau la parole à ses hôtes avant de les quitter.

Bien sûr, ces entretiens à domicile ne se déroulent pas toujours de façon aussi explicite. La personne candidate à l'APA peut ne pas être en capacité d'exprimer ses difficultés et ses besoins, elle peut ne pas avoir auprès d'elle une personne suffisamment proche pour assurer les relais nécessaires et faciliter la mise en place du plan d'aide. Elle peut aussi avoir des besoins supérieurs ou différents de ce que peut financer l'APA. À chaque arrivée dans un nouveau

domicile, l'agent départemental fait face à de nouvelles configurations individuelles et sociales. Quand elle constate la présence d'une personne référente, elle pressent que celle-ci pourra faciliter l'entretien, non seulement pour rassurer la personne visitée, mais aussi pour compléter les informations sur la situation et entendre les explications technico-administratives pour la suite des démarches à effectuer - jusque dans la mise en place du plan d'aide qui sera décidé. Elle sait que l'attribution de cette prestation peut rarement s'exonérer de l'aide d'une personne facilitatrice.

c) Inquiétudes et recherche de coopération¹

Ma première rencontre avec madame Barbier est due à l'inquiétude des professionnels intervenant auprès d'elle. Voyant ses capacités diminuer, et son comportement devenir plus agressif, la responsable du service d'aide à domicile le signale au CCAS du quartier. Un travailleur social de cette équipe se rend alors à domicile pour évaluer ce qu'il en est, et apprenant que cette dame est bénéficiaire de l'APA, il relaie l'information à Céline, l'assistante sociale de polyvalence de la maison du département, dont le nom a été mentionné pendant l'entretien. Céline avait effectivement instruit la première demande d'APA deux ans plus tôt. Mais depuis la spécialisation des travailleurs sociaux, Céline, comme les autres travailleurs sociaux de polyvalence, ne va plus à domicile rencontrer les personnes âgées de plus de 60 ans. Elle me transmet donc l'information en résumant le compte-rendu du collègue du CCAS, et en le complétant de ses souvenirs sur cette situation : cette dame vit seule, elle est isolée, elle n'aurait qu'un neveu « qui lui envoie parfois une carte postale », et pas d'autres proches ; elle serait « en difficulté pour gérer sa situation administrative et financière », et elle reconnaît avoir besoin d'aide pour ces papiers, car elle craint d'être volée par les personnes qui viennent l'aider. Je ne connais pas ce nom, et je n'ai pas de dossier social à son nom dans ceux laissés par la collègue que j'ai remplacée. Avant de contacter madame Barbier pour lui proposer de la rencontrer chez elle, j'essaie d'avoir plus d'informations en téléphonant d'abord au collègue du CCAS, puis à la responsable du service d'aide à domicile, et enfin, à l'infirmière du CMP². Car j'ai découvert dans le dossier remis par Céline que le CMP était intervenu pendant deux ans, et avait arrêté à sa demande : « Elle ne souhaitait pas continuer, et était devenue limite insultante », me dit l'infirmière : « Nous étions intervenues à la demande de l'AS qui était là avant Céline, parce que madame Barbier avait été spoliée, et y avait eu une demande de protection juridique qui n'avait pas abouti ». L'infirmière m'informe également que l'appartement de madame Barbier ressemble à une galerie d'art : « Elle était peintre et professeure de dessin, elle aurait beaucoup exposé ; mais elle donne le

¹ Récit reconstitué à partir de ma pratique professionnelle, et d'observations auto ethnographiques de ma pratique professionnelle de travailleuse sociale, entre novembre 2009 et décembre 2012, complétées par les observations et les entretiens effectués pendant l'enquête ethnographique en 2014.

² CMP : Centre médico-psychologique.

change, elle a une capacité à brouiller les pistes... ». La responsable du service d'aide à domicile m'indique quant à elle, qu'au-delà des difficultés de gestion, madame Barbier mange peu ou pas, qu'elle refuse de prendre des douches et que la toilette est difficile pour les aides à domicile, qu'elle ne sort pas et ne voit personne d'autre que les professionnels, dont son médecin qui vient la voir deux fois par mois. Et puisque la réunion d'équipe a lieu le lendemain, je décide d'évoquer cette situation pour avoir les avis et les conseils de mes collègues : il n'y a pas si longtemps que je suis sur ce poste, je suis loin d'en maîtriser toutes les spécificités, et je préfère agir après concertation avec mes collègues. À cette réunion, la gestionnaire reprend les éléments du dossier administratif pour préciser que madame Barbier est actuellement âgée de 93 ans, qu'elle perçoit l'APA depuis onze ans, que la dernière révision, effectuée par Céline, date d'il y a deux ans, et que le plan d'aide en cours comporte : « Vingt-neuf heures d'aide humaine par mois, la téléassistance et le portage des repas ». Soit six à sept heures par semaine d'aide à domicile, et le passage presque journalier du portage de repas. Le médecin confirme la cohérence d'intervenir dans le cadre de ce signalement, et que ça peut être l'occasion d'une révision du plan d'aide APA. Ce que je fais, en contactant madame Barbier par téléphone pour lui proposer un rendez-vous deux semaines plus tard, et en confirmant par courrier. La semaine précédant le rendez-vous, la responsable du service d'aide à domicile me demande si Fabienne, l'aide-ménagère attitrée, peut être présente à ce rendez-vous – ce que je confirme sans hésiter.

Arrivée au domicile, je suis accueillie par son médecin traitant, dont madame Barbier a souhaité la présence, parce qu'elle était inquiète de ma venue. L'aide-ménagère est là aussi, comme prévu. Très vite, madame Barbier me raconte sa vie. Des épisodes d'enfance, de sa pratique d'enseignante, l'éducation nationale, les réunions de professeurs, la peinture, les expositions, ... Même quand je lui pose une question relative à son organisation de vie actuelle, la présence des aide-ménagères, elle répond rapidement, ou élude, et repart sur un autre épisode de sa vie. Prenant à témoin le médecin, elle raconte une opération suivie d'une rééducation, les erreurs des médecins et les conséquences pour elle, me dévoile une grosse hernie ventrale qui aurait été provoquée par cette opération, et qui aujourd'hui l'handicape pour marcher, pour se déplacer... Quand je la questionne sur la cuisine et les repas, elle se lève, difficilement du fait d'un surpoids et de douleurs ventrales, attrape le déambulateur, et m'emmène à travers l'appartement jusqu'à la cuisine, en commentant son installation – « Ça fait trente ans que j'suis ici ! J'ai eu l'temps de m'y faire ! Oui, c'est un peu grand, mais j'avais mon atelier dans la pièce qu'est là, pis il faut aussi pouvoir stocker les toiles, le matériel, ... Les repas, c'est un monsieur qui m'les apporte, j'n'ai plus qu'à les réchauffer – mais bon, c'est pas terrible, hein, alors j'mange c'que j'aime, et c'qui reste... » - un de ses bras lâche le déambulateur pour passer à l'arrière de sa tête, comme pour mimer le fait de jeter. En retournant vers le salon, elle me montre la salle de bains, aménagée dans un recoin, et répond là aussi aux questions que je n'ai pas encore posées : « Oui, vous voyez, c'est grand ! Mais d'toute façon, j'utilise pas la baignoire, j'pourrais plus en sortir ! J'me lave au lavabo, comme j'ai fait pendant toute mon enfance : vous savez qu'j'suis née en 1917 ?! » - Oui, je l'avais lu dans le dossier, et je sais aussi qu'à cette époque les logements n'étaient habituellement pas équipés d'une

pièce réservée à la toilette, que seule la cuisine était équipée d'un point d'eau. Et c'est cette alternance de propos explicites et réalistes sur la vie quotidienne avec ses histoires décousues de vie passée qui m'embrouille. À cet instant, je ne me rappelle plus des informations que m'ont données l'infirmière du CMP ou la responsable du service d'aide à domicile, et j'ai tendance à faire confiance à ce qu'elle me dit et me montre d'elle – comme je l'ai souvent eu fait dans des missions précédentes de travail social. Je me laisse embarquer dans les dédales de sa mémoire dispersée, à la fois intéressée par ces histoires, et déroutée par le décalage avec l'objet de ma présence chez elle. Et même si je me sens un peu perdue par le rythme de sa logorrhée, je ne mesure pas la confusion de son propos. Peut-être parce qu'elle reconnaît certaines de ses difficultés et incapacités – « C'qui m'ennuie, c'est qu'j'ai une grosse fatigue mentale... Alors je dors beaucoup, et quand j'me réveille, je n'sais plus où j'en suis ! » Ou bien : « Ah oui, j'ai besoin de quelqu'un pour m'aider à tenir mes comptes et pour les courriers, parce que ça, c'est vraiment ma bête noire ! » Peut-être aussi parce que ni le médecin ni l'aide-ménagère ne modèrent ses propos, et plus probablement encore parce que je manque d'expérience avec des personnes ayant ce type de comportement. Toujours est-il que j'évalue mal sa vulnérabilité, et je ne mesure pas vraiment son incapacité à comprendre et à respecter les engagements liés à l'APA.

Le médecin prend congé sans m'avoir beaucoup éclairée sur les limites et les difficultés de madame Barbier. Mais après son départ, Fabienne, l'aide-ménagère, prend le temps de m'expliquer ce qu'elle et sa collègue font lors de leur présence deux fois par semaine, comment elle-même tient les comptes dans un grand cahier, qu'elle me montre, et gère les courriers à l'aide d'un autre cahier, qu'elle me montre également. Ces explications m'indiquent en creux ce que madame Barbier ne fait pas. D'autant plus qu'elle ne conteste pas et ne commente guère ces propos. D'ailleurs, son silence tout à coup inhabituel me surprend - est-ce par indifférence, par incapacités, ou parce qu'elle fait totalement confiance à l'auxiliaire de vie ? Quand Fabienne s'arrête, madame Barbier reprend aussitôt la parole : elle voudrait que quelqu'un contrôle les comptes. Je lui propose de le demander à ma collègue CESF : elle est d'accord. Elle voudrait aussi avoir une aide pour marcher et sortir, « quelqu'un de solide, parce que j'ai peur des escaliers ». Je lui propose d'augmenter les heures du service d'aide à domicile : elle est d'accord. Mais je n'ai pas le réflexe de lui faire signer tout de suite une demande de révision, et d'ailleurs, je n'ai pas non plus pensé à prendre un dossier pour faire une évaluation complète, dommage. Cet oubli m'oblige à lui téléphoner quelques jours plus tard pour lui demander le courrier – je choisirai alors de l'appeler un après-midi où je sais Fabienne présente, pour qu'elle puisse préparer le courrier que madame Barbier n'a plus qu'à signer. L'intensité et la confusion de ce premier entretien m'ont bien étourdie, et je me sens à mon tour quelque peu désorientée... D'ailleurs, je me suis laissée dépassée par le temps qui passe, et je m'aperçois une fois dehors que je suis restée près de deux heures trente ! Épuisée, il me faut une pause casse-croute au soleil pour réaliser que malgré le long moment passé chez madame Barbier, je n'ai pas finalisé l'évaluation relative au plan d'aide APA, ni tout à fait répondu à l'inquiétude transmise par le service d'aide à domicile... Je réalise aussi qu'en arrivant chez madame Barbier, j'étais déjà troublée par l'entretien précédent chez une dame au comportement également confus, au point de vouloir absolument me payer avant mon

départ. Le compte-rendu de cette visite et l'échange qui a suivi avec mes collègues à la réunion suivante me permet d'y voir plus clair dans le contenu et le déroulement de cet entretien.

Quelques mois plus tard, Fabienne, l'auxiliaire de vie, m'appelle pour m'informer de son intention de quitter le service qui l'embauche : « Je pourrais continuer le travail auprès de madame Barbier, parce qu'elle est bien habituée à moi ; je lui en ai parlé, elle est d'accord... ». Puis, elle m'apprend qu'un auxiliaire de vie a commencé à intervenir pour prendre son relais. Un échange téléphonique avec la responsable du service me confirme ce changement en cours : « Pour le moment, ça se passe bien. Il a fait quelques interventions en binôme avec Fabienne, et madame Barbier semble l'avoir accepté ». Ce nouvel intervenant, Simon, semble effectivement soucieux de l'accompagnement auprès de madame Barbier. Compte tenu de la fragilité et de l'isolement de celle-ci, nous nous mettons d'accord pour qu'il puisse m'appeler directement si nécessaire. Quant à la proposition de Fabienne, je lui explique qu'elle impliquerait que madame Barbier devienne l'employeur direct de Fabienne, alors qu'elle n'est pas en capacité de gérer cette responsabilité – sur le plan administratif, mais aussi les absences, prévisibles ou non, les éventuels désaccords, etc. – Et qu'il vaut donc mieux l'éviter, malgré son professionnalisme et son attention à l'égard de madame Barbier.

Au cours des mois qui suivent, j'enregistre de nombreux échanges téléphoniques à son sujet : avec l'auxiliaire de vie ou sa responsable, avec le médecin, avec madame elle-même qui peut m'appeler : « Il faudrait v'nir me voir, parce que j'ai beaucoup de choses à vous dire... », et plusieurs visites à domicile, avec ou sans motif de révision du plan d'aide APA. Parce qu'elle le demande, ou parce que l'auxiliaire de vie me fait part de ses inquiétudes. Ainsi, lorsqu'il découvre qu'elle a donné deux cents euros « pour une œuvre », nous envisageons de demander une mesure de protection juridique. Échanges avec madame, avec le médecin, qui passe toujours la voir deux fois par mois. Elle n'est pas franchement d'accord, ni franchement opposée. Mais quand elle voit le certificat médical préparé par le médecin, elle pique une colère - malgré nos explications répétées. Quand Simon semble bien accepté par madame Barbier, le service d'aide à domicile introduit progressivement une deuxième personne, en vue d'augmenter le nombre d'heures, de faciliter les relais et le partage des tâches. Je retourne alors voir madame Barbier pour lui expliquer et lui faire signer cette nouvelle proposition de plan d'aide – qu'elle lit attentivement avant de signer. À cette occasion elle m'informe avoir « enterré la curatelle », et tient des propos contradictoires à propos de Simon : « C'est un roublard. Il semble intelligent et sûr de lui. Et vous avez vu comment il est habillé ? » Et après une digression pour m'expliquer les techniques de gravure et comment elle a publié un livre avec la chambre de commerce, elle reprend : « Mais ça, y a pas à dire, il s'occupe bien des comptes, et des courriers... Il sait c'qu'il a à faire, et il le fait bien ». Peu à peu, elle s'adapte à ces interventions, et la situation semble se stabiliser pendant quelques mois, jusqu'à un nouvel appel de la responsable du service d'aide à domicile : « Madame Barbier est tombée la semaine dernière. Comme elle ne répondait pas, le monsieur du portage de repas a appelé les pompiers : ils sont passés par la fenêtre et l'ont emmenée aux urgences... Elle était encore à l'hôpital ce matin, mais devrait rentrer ce jour : Simon va y aller dans l'après-midi ». Finalement, elle n'est pas rentrée comme prévu, et c'est

l'assistante sociale de l'hôpital gériatrique qui devient notre interlocutrice. Elle confirme les nombreuses chutes de madame Barbier, qui tient quand même à se lever ; et les troubles des fonctions cognitives, qui font craindre un retour au domicile : « Elle se sent persécutée, suspecte tout le monde... ». Une coordination se met en place par téléphone : demander une mesure de sauvegarde – pour laquelle madame Barbier est d'accord, elle accepte même que l'auxiliaire de vie récupère les documents nécessaires à son domicile ; préparer le retour à domicile – même si la date n'est pas encore connue – avec passage infirmier pour la toilette et le traitement, kiné, aménagement éventuel du logement avec l'ergothérapeute de l'hôpital, nouvelle révision du plan d'aide pour modifier le GIR et augmenter les heures d'aide à domicile ; et remplir un dossier pour une orientation en établissement pour anticiper une dégradation. Pendant tout le temps de cette hospitalisation, qui dure finalement près de six semaines, l'auxiliaire de vie fait le lien avec madame Barbier à l'hôpital, s'occupe de son linge, du courrier reçu à domicile, nous transmet les factures ou les courriers administratifs – comme celui du centre des impôts, auquel j'écris pour informer de la situation de madame Barbier, justifiée par un bulletin de situation de l'hôpital. Le soutien des professionnels se poursuit lors de son retour à domicile : l'auxiliaire de vie y va midi et soir, l'aide au ménage, aux repas – « Et je referme le compteur de gaz avant de partir », me précise-t-il –, et continue la gestion courante en attendant la suite donnée à la demande de mesure de protection juridique ; l'infirmière assure la toilette et la prise des traitements tous les matins. Madame Barbier dit être contente d'être rentrée chez elle, et accepte tant bien que mal cette organisation, même si « Ça fait quand même beaucoup de monde qui vient chez moi ! » Une mesure de sauvegarde de justice est prononcée un mois après son retour. Très vite, des tensions apparaissent entre la mandataire de justice et le service d'aide à domicile. La responsable de ce service me demande d'organiser une rencontre pour définir et préciser les rôles de chacun. Le temps de trouver une date commune où chaque professionnelle est disponible, madame Barbier est à nouveau hospitalisée, suite à de nouvelles chutes. Nous maintenons la rencontre, et nous nous retrouvons alors huit professionnelles dans la salle de réunion de la maison du département : la mandataire judiciaire ; un administrateur, la responsable, et les deux intervenants du service d'aide à domicile ; la responsable territoriale, l'infirmière territoriale, et moi-même, du conseil général. La mandataire informe avoir eu des bons contacts avec madame Barbier, et qu'une audience avec le juge des tutelles est prévue quinze jours plus tard ; elle a pu contacter le neveu de madame Barbier, et a prévu un rendez-vous avec lui. L'infirmière rappelle que l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) intervient une fois par semaine depuis un mois pour quinze semaines. La responsable du service d'aide à domicile et les auxiliaires de vie expliquent comment s'effectue leur accompagnement, les besoins financiers réguliers et les frais engagés avant le prononcé du jugement de protection (consultation ophtalmologique, serrure, ...). L'organisation du soutien et l'articulation des interventions sont formalisées. La mandataire s'engage à refaire le budget à partir de ces informations, à contacter la banque pour préciser ce fonctionnement, et à proposer une organisation matérielle en conséquence au service d'aide à domicile. Après cette rencontre, les relations semblent fonctionner correctement entre ces services, et la situation de madame Barbier semble se stabiliser. Jusqu'à une nouvelle chute huit mois plus tard, qui entraîne une nouvelle

hospitalisation. Cette fois, elle est opérée, et son état de santé se dégrade jusqu'à son décès, sans retour à domicile possible.

Ces accompagnements auprès de madame Barbier illustrent la façon dont des professionnels peuvent s'engager auprès d'une personne isolée, surtout quand celle-ci manifeste des troubles d'ordre cognitif - mais pas seulement. Ils indiquent également comment l'agent départemental peut rapidement se retrouver à coordonner diverses interventions. Comme l'annonçait Carole Brun¹ : « Si vraiment y a personne pour aider cette dame, va falloir être très présente auprès d'elle ». Cette présence peut s'exercer autant dans l'accompagnement au respect de la procédure bureaucratique pour l'APA², que dans la nature et l'adaptation de l'aide selon l'évolution des besoins, et dans le souci de la mise en place concrète de ces aides. Dans la prise en compte du besoin de soins de la personne, et dans la possibilité de se charger d'une part de responsabilité pour lui apporter les soins nécessaires. Avec la compétence pour lui apporter des soins, et la souplesse pour les adapter en fonction de leur réception – en particulier si cette adaptation doit passer par des négociations.

Quand je rencontre madame Barbier la première fois, elle est encore relativement mobile et peut se déplacer chez elle, mais non sans risque : elle a besoin d'un appui (humain ou déambulateur), et un déséquilibre la fait chuter sans qu'elle puisse se relever ; elle perd facilement les repères temporels et ne peut plus gérer précisément ses comptes ni les courriers administratifs. Elle dit être consciente de ces limites, pour lesquelles elle est en capacité de demander de l'aide aux professionnels qu'elle connaît. En ce sens, c'est bien elle qui est demandeuse de l'APA, ou d'une révision du plan d'aide. Par contre, elle ne comprend pas ou ne perçoit pas complètement le cadre d'attribution de ces aides, en particulier les contraintes liées à l'attribution de l'APA. Elle peut accepter les aides proposées, dans la mesure où elles correspondent à sa demande, mais elle n'est pas en capacité de mettre en œuvre les décisions qui en résultent. Son comportement est déjà instable, passant d'un discours cohérent et pertinent à des propos confus et inattendus, parfois à l'excès – comme se mettre en colère contre des anciens collègues de sa vie professionnelle. Et elle ne semble pas en capacité de reconnaître ces difficultés, elle peut même les contester, plus ou moins énergiquement, par exemple lorsque nous tentons de lui expliquer l'intérêt d'une protection juridique. Cette instabilité rend difficile la prise de décision, d'ailleurs elle peut changer d'avis rapidement. De

¹ Voir *Supra*, Chapitre 8. – a) *Derrière la porte, l'inconnu d'une intimité*.

² Par exemple pour constituer le dossier de demande, comme dans la situation de monsieur et madame Dallage (voir *Supra*, Chapitre 7. – a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir », pour faire signer la proposition de plan d'aide dans le délai imparti, pour rechercher les justificatifs d'utilisation de l'APA, etc.

plus, elle vit seule, et ne voit personne d'autres que les professionnels qui interviennent chez elle, de façon régulière mais ponctuelle (portage de repas, aides à domicile). Le dossier de madame Barbier n'indique pas de personne référente, et elle élude la question quand on l'interroge sur les membres de sa famille. Ces éléments alertent sur ses capacités à mettre en œuvre le plan d'aide de l'APA et à fournir les justificatifs correspondants : ils déterminent, de fait, la nature des aides à prévoir. Car pour éviter tout risque de trop perçu et limiter les erreurs, il vaut mieux que les aidants à domicile soient salariés d'un service prestataire conventionné avec le département et pratiquant la télégestion. Un compromis entre l'exigence bureaucratique et les limites de madame Barbier, que la responsable du service d'aide à domicile a su appliquer en anticipant le départ de Fabienne par l'intervention progressive d'un nouvel auxiliaire de vie pour la remplacer.

La situation de madame Barbier souligne également la nécessaire coordination, et même coopération, entre les différents professionnels et les différentes structures agissant auprès d'une même personne. D'abord pour pouvoir apporter les soins aussi adaptés que possible, et pour pouvoir les modifier selon son évolution – ce qui peut imposer une régulation des tensions entre les services ou les professionnels. Mais aussi pour que la partie administrative de l'aide puisse suivre également, autant que possible, l'évolution de sa situation : pour que les heures supplémentaires dont elle a besoin puissent être financées par l'APA, il faut une révision du plan d'aide, et donc une nouvelle instruction ; en informant directement l'agent départemental, la responsable du service d'aide à domicile, et parfois même l'auxiliaire de vie, devançant les délais administratifs. De même, se déplacer ou solliciter l'auxiliaire de vie pour que la proposition de plan d'aide soit signée dès réception permet de gagner du temps bureaucratique. Et le service départemental assure un rôle de référent pour prendre des décisions et coordonner les interventions, en accord avec madame Barbier - au moins jusqu'au prononcé de la mesure de protection. Comme un service annexé à celui rendu par l'APA : pour que cette prestation remplisse l'objectif de « prise en charge de la perte d'autonomie » des personnes qui vivent à domicile, il est nécessaire qu'une personne facilitatrice, proche aidante ou professionnelle, compense les incapacités à effectuer les démarches incontournables pour en bénéficier. Ce que fait d'ailleurs très bien madame Polge, la fille de madame Hoguet, malgré l'éloignement géographique entre leur domicile respectif.

Après la réunion d'équipe au cours de laquelle les demandes à étudier ont été réparties entre les différents agents, chacune de nous retourne dans son bureau pour organiser le travail à suivre en fonction de ce qui a été décidé, surtout quand il y a des situations déjà connues ou spécifiques. En l'occurrence, le médecin a insisté pour que la visite auprès de madame Hoguet soit organisée avec la fille indiquée comme référente, madame Polge.

Comme celle-ci habite à plus de 700 km, ça semble compliqué. J'attrape le sous-dossier préparé par Elsa, la gestionnaire qui a réceptionné et enregistré cette demande, et parcourt rapidement les informations avant de lui téléphoner. C'est une première demande pour cette dame de 84 ans qui vit seule. La *Fiche de préparation de la visite à domicile* indique une date de réception au 06 janvier, une étude en réunion d'équipe le 21 février : nous sommes mercredi 08 février, il n'y a pas beaucoup de marge. Le taux de participation est de 20,70%, que je traduis aussitôt : pour toute aide envisagée, qu'elle soit matérielle ou humaine, le département ne versera que 79,30% du tarif forfaitaire. Alors si elle fait appel à un service prestataire pour avoir une salariée venant l'aider à domicile, le montant maximum versé par le département sera de 13,87 euros par heure effectuée¹. J'inscris le résultat de ces calculs sur la *Fiche de préparation de la visite à domicile*, comme ça je pourrai plus rapidement l'utiliser pendant l'entretien, parce que comme l'indique ma collègue, « Le taux de participation, c'est compliqué à expliquer... Comment des personnes de 80 ou 90 ans peuvent s'y retrouver !?! Et comment peut-on prendre une décision quand on sait pas combien ça va coûter !?! ». Alors, comme elle, au cours des entretiens, je fais systématiquement le calcul, et je leur explique ce que le plan d'aide va leur coûter selon les choix effectués. La calculatrice fait désormais partie de ma panoplie de travailleuse sociale ! Sur la *Fiche de liaison*, le médecin territorial n'a pas indiqué de GIR, par contre elle a noté quelques informations issues du certificat médical accompagnant la demande : déficiences de la mobilité et de la vision ; troubles de l'équilibre ; problème de suivi du traitement ; pas d'aide en place connue. Elle recommande d'évaluer avec attention tous les actes discriminants de la grille AGGIR, de prévoir la présence de la fille pour la visite à domicile, et d'envisager « kiné, déambulateur, téléalarme et portage de repas ». J'appelle donc la fille pour organiser avec elle ce rendez-vous chez sa mère. Au téléphone, elle se montre à la fois rassurée – par mon appel –, et inquiète – par la situation de sa mère –, qu'elle tente de me résumer dans un flot de paroles : celle-ci chute de plus en plus souvent depuis octobre, elle a été hospitalisée 24 heures début février, l'hôpital a fait un bilan avec scanner et ils ont détecté des zones d'ombre, elle est tombée trois fois depuis vendredi dernier, avec un passage aux urgences lundi, elle fait sa toilette à peu près correctement mais ne peut plus sortir seule, elle semble désorientée dans le temps et même dans l'espace, etc. Elle précise être venue chez sa mère depuis une semaine, et doit repartir le lendemain avec elle pour une quinzaine de jours, prévoit de revenir à la fin du mois, et se demande comment ça va se passer... Nous convenons donc d'un rendez-vous à leur retour, le mercredi 29, en sa présence. Pendant qu'elle me parle, je note rapidement toutes ces informations pour mémoire. Et dès le téléphone raccroché, je réalise qu'avec cette date d'entretien à domicile, nous n'allons pas pouvoir respecter les délais de procédure... ! La messagerie électronique me permet d'en informer rapidement et simultanément les deux gestionnaires et la responsable territoriale – les plus sensibles à ce respect du calendrier réglementaire. Puis, je complète les notes dans le dossier social, que je transmets ensuite à la secrétaire attitrée pour qu'elle prépare et envoie le courrier à

¹ À cette période, le département considéré a défini un tarif de remboursement basé sur 17,50€ de l'heure pour une aide à domicile effectuée par un service prestataire, quelle que soit la facturation réelle du service utilisé.

madame Hoguet, « avec copie à la fille et envoi du dépliant d'informations locales ». Une semaine plus tard, madame Polge, la fille de madame Hoguet, m'informe par courrier puis par téléphone qu'elle a pris un rendez-vous avec la responsable du service d'aide à domicile le jour prévu pour ma venue, et demande s'il serait possible de faire un rendez-vous commun ? L'idée est bonne, car ces rencontres présentent souvent l'intérêt de partager *in situ* les informations, les préoccupations, les propositions. Mais je ne suis pas disponible plus tôt que l'heure du rendez-vous initial, et je l'appelle pour l'en informer, lui précisant que le service qu'elle a contacté est une association avec laquelle nous sommes régulièrement en lien, que les relais pourront donc se faire facilement si besoin.

Mercredi 29 février, madame Hoguet me reçoit, seule. Contrairement à ce qui était prévu, sa fille n'est pas là, et madame Hoguet ne sait pas me dire pourquoi. Sans savoir s'il faut l'attendre, je commence donc les présentations : qui je suis, les raisons de ma présence, etc. Je suis rapidement interrompue par madame Hoguet qui m'assure ne pas avoir besoin d'aide... Je l'interroge alors à partir des informations que j'ai retenues : « J'ai compris que vous aviez parfois des vertiges, qu'il vous arrive de tomber, et que vous avez même été hospitalisée à cause de ces chutes ? ... »

- « Ah oui, c'est possible... Mais bon, je tombe, j'me relève, on va pas en faire une histoire ! »

- « Non, bien sûr, mais peut-être que ça vous insécurise, que vous n'faites plus certaines choses par peur de tomber, par exemple sortir faire les courses, peut-être que ça devient un peu compliqué ? »

- « Ben j'ai une canne, donc si je l'oublie pas, y a pas de problème ! »

- « Et quand vous êtes chez vous, comment ça se passe, si vous avez des vertiges, ce n'est peut-être pas facile pour faire votre toilette, vous habiller, ... ? »

- « Non, mais vous avez pas besoin de savoir ! Si j'tombe, je tombe, et voilà ! »

Je marque une pause. Je doute et m'interroge silencieusement. Elle semble sûre d'elle. Ses réponses contredisent les informations données par sa fille ou inscrites dans le certificat médical. Peut-être parce qu'elle est contrariée par ma présence, par mes questions, par l'absence de sa fille, ... Peut-être parce qu'elle est « désorientée », qu'elle manifeste des « troubles des fonctions cognitives », comme disent les médecins. Peut-être qu'elle se met en danger, mais comment mettre en place des aides pour limiter les risques si elle ne le reconnaît pas et n'en veut pas ? Question récurrente dans ces entretiens à domicile... Je ne discerne pas, en tout cas pas encore, la part d'incapacités de celle de la provocation, ou de la protection d'elle-même, de son intimité, comme pour garder le contrôle de sa propre vie. Le temps de ces questions avec moi-même installe un silence inattendu. Mais qui semble opportun, puisque madame Hoguet reprend l'initiative de la parole, d'abord à nouveau virulente, et progressivement plus tranquille :

- « Et alors, qu'est-ce que vous pouvez y faire, si j'tombe, hein ? Vous avez un remède pour que j'reste droite, bien en appui sur les deux jambes ? J'y vois de moins en moins clair, j'entends de moins en moins, vous croyez qu'c'est facile ?... Vous êtes venue pour me dire d'aller en maison de retraite ? Je fais tout c'que j'peux pour rester chez moi, et oui, bien sûr, des fois... »

L'arrivée de sa fille interrompt ce début de lâcher prise. À peine a-t-elle le temps d'excuser son retard que madame Hoguet reprend une posture agressive pour l'invectiver : « Alors tu prends des rendez-vous chez moi sans m'en parler, tu n'es même pas là pour recevoir cette dame, et pour t'attendre, elle me pose plein de questions sur ce que j'ai fait et comment je l'ai fait !?! ». Madame Polge ne semble pas s'émouvoir en écoutant sa mère lui faire des reproches. Pendant qu'elle s'installe, je résume les paroles qui viennent de s'échanger, tout en regardant et questionnant madame Hoguet : « C'est bien ça ? J'ai bien compris ? », et face à son absence de réponse que j'interprète comme une approbation, je continue en répondant à ses dernières questions :

- « Non, madame Hoguet, je ne suis pas venue vous dire d'aller en maison de retraite. Je suis venue plutôt pour faire un point sur vos difficultés, et voir avec vous et avec votre fille quelles solutions on pourrait mettre en place justement pour que vous puissiez rester chez vous sans trop de risques. Nous n'avons pas de solutions miracles pour vous empêcher de tomber, mais nous pouvons regarder ensemble comment limiter les risques de chute et comment faire si ça arrive... »

Madame Polge reprend la parole pour préciser :

- « Justement, maman a déjà une femme de ménage, qui vient deux fois par semaine, les lundi et jeudi, et en début d'après-midi on a vu madame Daumard, la responsable du service d'aide à domicile. Elle propose une aide-ménagère qui pourrait venir 1h30 trois fois par semaine, donc les mardi, mercredi et vendredi... »

- « Et le weekend, je fais comment ? Je reste par terre ? » l'interrompt vivement sa mère Imperturbable, sa fille poursuit en regardant sa mère :

- « Le weekend, on va s'organiser avec Martine » – Elle se retourne vers moi pour préciser : « Martine, c'est ma sœur. Nous sommes deux filles. Ma sœur Martine habite à 150 km d'ici, elle est médecin pédiatre à l'hôpital, et elle n'est pas toujours très disponible pour venir voir maman, mais si on s'organise à l'avance, elle pourra venir ». Madame Hoguet commente ces propos à voix haute en critiquant ses filles : l'une est trop loin, l'autre est trop occupée, et elles veulent tout de même se mêler de sa vie alors qu'elles ne viennent jamais la voir et ne savent même pas comment elle se débrouille chaque jour... Sa fille la laisse s'exprimer, puis se tourne à nouveau vers moi : « Maman a fait plusieurs chutes depuis cet automne... Ça nous inquiète, bien sûr. Elle a été hospitalisée, et c'est l'hôpital qui nous a conseillé de demander l'APA pour l'aider et assurer une présence régulière. Elle peut faire encore des petites choses, mais elle aurait besoin d'aide pour les courses, pour sortir... Et puis on va essayer le portage de repas, on verra c'est que ça donne, parce qu'on est aussi inquiète pour les repas... Demain, on a un autre rendez-vous pour installer une téléassistance, pour qu'au moins, en cas de chute, quelqu'un puisse l'aider à se relever et qu'on en soit averties... ! »

En l'écoutant, je regarde sa mère, j'observe des gestes d'énervement, elle se lève, se rassoit, regarde sa fille avec un regard fixe. Je l'interroge :

- « Qu'en pensez-vous, madame Hoguet, de c'est que propose votre fille ? Ça vous aiderait une personne qui viendrait vous voir dans la semaine, les jours où votre femme de ménage ne vient pas ? Elle pourrait vous accompagner pour faire les courses, vous aider à préparer les repas, peut-être autre chose... ? » -

- « Pff... Comme ça, c'est facile, elles me laissent me débrouiller ! Mais, bon, si y a qu'ça... » - Comme une adhésion à contrecœur à cette proposition. J'insiste :

« Tout à l'heure, vous avez vu la responsable du service d'aide à domicile : elle vous a proposé autre chose ? Qu'en pensez-vous ? » Silence. A-t-elle déjà oublié ? Est-ce sa façon de manifester son désaccord ? À l'observer et à l'écouter, je comprends mieux l'inquiétude exprimée par sa fille, et je reprends : « Madame Hoguet, tout à l'heure, vous m'avez dit que ce n'est pas facile pour vous ces chutes, d'avoir la vue qui baisse, et j'ai compris que vous souhaitiez rester chez vous, c'est bien ça ? » - Je l'observe avant de poursuivre, son regard attentif m'engage à continuer : « Je vous ai dit que j'n'ai pas de baguette magique pour vous empêcher de tomber, je crois qu'il faut voir ce que les médecins en pensent, et en attendant, ce que proposent votre fille et madame Daumard, ce sont justement des aides pour vous permettre de rester chez vous malgré ces difficultés. Alors bien sûr, ce n'est peut-être pas suffisant, vous souhaitez p'têtre autre chose, mais on peut démarrer comme l'a expliqué votre fille, et voir ce que ça donne ? Si ça ne vous convient pas, si vous voulez changer quelque chose à cette organisation, il suffit de faire un courrier pour le demander : je reviendrai vous voir, et on fera le point. »

- Pas de réaction, pas de contestation. Et puis :

- « Si c'est pour pouvoir sortir et pour faire les courses, alors d'accord. Pour le reste, j'me débrouille. » Visiblement soulagée, sa fille l'approuve : « Oui, tu verras comment ça s'passe, et si après tu veux lui demander de faire plus, on verra avec madame Daumard ou madame Rivet. Et qu'est-ce qu'il faut faire maintenant pour mettre tout ça en place ? » demande-t-elle en se retournant vers moi.

Je lui explique la suite de la procédure : la validation par la réunion d'équipe, le courrier de proposition de « plan d'aide » à retourner signée dans les dix jours, la commission départementale et l'arrêté qui confirme la décision, le montant attribué et le détail du plan d'aide.

- « Ouh, c'est un peu compliqué ! D'accord. Mais comme maman ne peut pas aller à la boîte à lettres, ce s'rait p'têtre préférable de m'adresser une copie de ces courriers ? Je peux suivre toutes ces questions administratives, même à distance ! » -

Je note cette demande de bon sens, en soulignant pour attirer la vigilance de ma collègue gestionnaire – même, ou surtout, parce que je sais que l'exigence bureaucratique veut que ce soit la personne bénéficiaire elle-même qui signe l'accord à la proposition de plan d'aide : il va falloir négocier aussi de ce côté-là. Mais d'abord, je dois pouvoir compléter le *Dossier médico-social* pour calculer un GIR et pour rendre compte de cette visite, et je reprends : « C'est d'accord, je demande à ma collègue de vous envoyer une copie de tous les courriers – comme ça, madame Hoguet, vous n'aurez pas le souci de ces questions administratives. Mais d'abord, pour pouvoir présenter votre demande à la commission, j'ai besoin de vous poser encore quelques p'tites questions pour voir plus précisément avec vous quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours... Bon, y a des questions un peu intimes, je m'en excuse d'avance, mais c'est c'que prévoit le dossier, parce que parfois ça peut être utile aussi à certaines personnes, pour leur donner des conseils par exemple. Vous verrez, si ça vous ennuie de répondre, n'hésitez pas à me dire. » Et je parcours la grille AGGIR pour vérifier quels sont les *items* pour lesquels je n'ai pas suffisamment d'éléments pour cocher les différentes cases. Ayant

entendu sa résistance en début d'entretien, j'essaye de formuler ces questions de façon ouverte et diplomatique. Mais finalement, elle semble avoir laissé tomber ses résistances, et répond à toutes ces questions sans contester, ni même réagir quand sa fille complète ou corrige certaines de ses réponses :

- « Oui, maman est encore bien active, mais nous organisons beaucoup de choses pour elle. C'est pour ça que nous voyons bien qu'elle a du mal à prendre des repas réguliers, on trouve souvent des aliments périmés dans le frigo... Pour les protections, ça va. Pour l'instant, elle n'en a pas besoin, et c'est tant mieux pour elle ! ».

À l'issue de cet échange de questions-réponses, je récapitule les aides envisagées, je réexplique la suite de la procédure – et informe des permanences téléphoniques en prenant congé de ces dames.

Les premiers instants de cet entretien à domicile s'avèrent tendus : madame Hoguet semble contrariée par l'absence de sa fille, par ma présence, par l'objet de la visite – ou par toute autre chose. Elle manifeste rapidement une résistance, voire une agressivité, aux questions de la visiteuse. Je cherche alors à d'abord faire accepter cette présence, et les raisons de cette présence, en utilisant et en questionnant les informations lues dans le dossier de demande ou transmises par sa fille. En constatant la vive réaction provoquée par cette entrée en discussion et ces questions abordant l'intime, je ressens un trouble qui semble finalement bénéfique. D'une part parce que le décalage entre ce que j'avais compris et ces propos me donne des indications sur la situation de madame Hoguet, et me fait comprendre qu'il va falloir adapter ma posture. Et d'autre part parce qu'en provoquant l'arrêt de mes questions, ce trouble laisse un espace que madame Hoguet utilise pour exprimer ses difficultés – comme si elle se sentait en confiance pour le faire, ou qu'elle essayait de reprendre la maîtrise de la conversation. Son changement d'attitude à l'arrivée de sa fille me donne à nouveau quelques indications sur ce qu'elle vit et sur ce qu'elle attend des personnes qui l'entourent. Ces premières observations m'incitent à ne pas reprendre trop vite les questions liées à ses capacités et incapacités, pour lui laisser le temps de s'exprimer quant à ses difficultés et ses besoins, d'accepter l'idée de pouvoir être aidée par d'autres personnes que ses filles. Car madame Hoguet montre une ambiguïté par rapport à une proposition d'aide : elle n'a besoin de rien, ne veut pas d'aide, mais ses filles n'en font pas assez pour elle. Ainsi, entre les intérêts contradictoires de la personne qui a besoin d'aide et de ses proches qui peuvent l'aider, l'agent départemental cherche à considérer la vulnérabilité et l'exigence de l'une au regard de la fatigue, de la disponibilité, voire de l'épuisement, des autres. Bien avant la loi de 2015, de nombreux professionnels prenaient ainsi en compte les besoins des proches aidants, pour eux-mêmes, mais aussi dans l'intérêt de la personne aidée, puisque si le conjoint, ou l'enfant, assurant l'essentiel de l'aide vient à faillir, c'est l'équilibre de la vie à domicile de la personne aidée qui

peut s'effondrer. Et c'est ce qui m'incite à chercher une articulation entre les différents points de vue, à tenter de convaincre madame Hoguet d'accepter une aide professionnelle – malgré ses résistances. Cet objectif, souvent partagé par la personne référente quand elle est présente, modifie la forme de l'échange, qui devient une négociation entre les personnes présentes : d'abord sur le principe d'une aide « extérieure », puis sur le contenu de cette aide qui peut prendre différentes modalités. En ce sens, nous pouvons dire que la prestation APA, et la procédure de mise en œuvre qui impose un entretien au domicile, constituent aussi une aide pour les proches aidants. Ils en sont des bénéficiaires indirects, à la fois parce que l'aide professionnelle doit alléger l'aide qu'eux-mêmes apportent, et aussi parce qu'ils découvrent pouvoir solliciter le service départemental pour avoir des informations et des conseils en vue d'accompagner leurs proches. Ils peuvent même en être des bénéficiaires directs depuis la loi de décembre 2015, puisqu'elle prévoit que le plan d'aide peut financer des aides destinées à soutenir ces aidants¹.

Le récit de cet entretien montre aussi comment le contenu du plan d'aide peut être discuté et presque finalisé avant même que l'évaluation d'éligibilité à l'APA ne soit totalement réalisée. Ce n'est pas ici une intention délibérée, c'est plutôt une adaptation à ce qui se présente. Constatant une certaine résistance de madame Hoguet pour répondre à mes premières questions, je cherche assez rapidement à réorienter mon propos pour éviter de la brusquer avec des questions inopportunes. Je m'appuie alors sur ce qu'elle dit, puis sur les échanges avec sa fille, laquelle évoque spontanément les aides existantes et les aides envisagées. Je poursuis en ce sens, d'une part parce que je perçois une tension entre elles, et d'autre part parce que je devine assez rapidement que madame Hoguet est très certainement éligible à l'APA. Une analyse rapide et pas totalement consciente du comportement et des paroles de madame Hoguet, observés avant et après l'arrivée de sa fille et complétés par les informations connues au préalable (*via* le dossier de demande d'APA ou communiquées par madame Polge au téléphone), me permet d'anticiper un niveau de GIR probablement compris entre 3 et 4. J'effectue alors des entretiens d'instruction pour les demandes d'APA depuis plus de deux ans, plusieurs fois par semaine, et j'ai appris à repérer et à comprendre les significations possibles de certains comportements. J'ai aussi assimilé la plupart des critères d'évaluation de la grille AGGIR. Je sais bien que « ne pas pouvoir faire ses courses seule » n'est pas un critère discriminant dans le calcul du GIR, et que « ne pas pouvoir sortir seule » ne suffit pas pour obtenir un GIR 4. Mais je sais aussi que la fréquence des chutes et l'isolement relatif sont des

¹ Comme nous l'avons vu dans le *Chapitre 6. – c) Le domicile, un lieu de rencontre - Des aidants à aider*.

facteurs de risques importants. Que les défenses de madame Hoguet et sa façon de changer d'avis et d'humeur peuvent révéler une fragilité à considérer dans l'évaluation globale. Des signes qui permettent de repérer ou de supposer ses difficultés, ses incapacités, plus ou moins confirmés par son attitude et par l'inquiétude de ses filles. L'ensemble de ces éléments incitent à élargir l'évaluation et à établir une sorte de diagnostic médico-social au-delà des cases de la grille AGGIR. Grille que je m'applique toutefois à remplir en fin d'entretien de façon formelle, pour confirmer et surtout pour pouvoir justifier *a posteriori* la nécessité de ce plan d'aide. Dans d'autres circonstances, questionner les aides existantes est aussi un moyen de connaître par déduction les difficultés de la personne visitée, puisque par exemple la présence d'une aidante professionnelle pour faire la toilette indique une incapacité ou difficulté à la faire seule ; une ou deux questions indirectes permettent alors de vérifier et de préciser cette supposition, de façon plus diplomatique que de poser la question directement – comme nous avons vu Julie le faire auprès de madame Tissot¹.

Cet entretien souligne également, et à nouveau, l'importance de la personne tierce, facilitatrice de la mise en œuvre de cette procédure et des engagements qui sont liés au bénéfice de l'APA. Ici, c'est l'hôpital, puis madame Polge, qui assurent cette fonction : d'abord reconnaître un besoin d'aide, puis faire la démarche de la demande, et assumer les conséquences de cette demande. Quand je la rencontre, madame Hoguet n'est pas en capacité d'effectuer ces tâches. Mais l'une de ses filles est suffisamment présente, disponible et compétente pour l'y aider. En demandant l'envoi des courriers à son domicile pour y répondre sans retard, elle anticipe les incapacités de sa mère à le faire. Je peux alors rester dans mon rôle premier : informer, expliquer, évaluer, conseiller, et rester disponible pour accompagner si besoin l'évolution de la situation.

Conclusion Chapitre 8

La visite à domicile prend alors l'allure d'une discussion, voire d'une négociation (Weber, Trabut et Billaud, 2014 ; Xing et Billaud, 2019), lors de laquelle les agentes disent devoir convaincre les personnes âgées de l'intérêt d'interventions de services extérieurs dans leur espace privé.

(Dussuet et Ledoux, 2022 : 102) -

Ce chapitre donne un aperçu du déroulement des entretiens réalisés au domicile d'une personne candidate à l'APA pour y instruire sa demande. Le premier récit retrace le cheminement suivi par l'agent départemental pour pouvoir réaliser cet entretien. Il souligne

¹ Voir *Supra*, Chapitre 8. – b) Bureaucratie et ajustements conversationnels.

les préalables nécessaires avant d'arriver au domicile : l'organisation du rendez-vous, la préparation matérielle et psychique, le déplacement physique pour aller exercer sa mission hors des murs institutionnels, dans un lieu inconnu.

En somme, il s'agit d'un temps ritualisé, c'est-à-dire un temps qui se déroule systématiquement de la même manière afin de préparer son entrée en scène et d'apaiser les doutes ou les craintes qui ne manquent pas de surgir.
(Grand, 2020 : 163-164).

En effet, cette intrusion dans ce qui est d'abord un lieu de vie demande une adaptation de la posture et du propos du professionnel : il est ici reçu et doit d'abord se faire accepter pour pouvoir travailler. Il doit aussi pouvoir s'ajuster aux situations qu'il découvre, à chaque fois différentes, plus ou moins proches ou très éloignées de ses propres références culturelles, de ses conceptions d'une vie domestique (Grand, 2020). De plus, il rencontre dans ces lieux de vie des personnes qui ne sont pas particulièrement familières de l'action sociale quelle qu'elle soit, de son langage technique et de ses procédures administratives. Toutefois, ces personnes se montrent souvent réceptives à l'attitude et aux formules ritualisées énoncées par ce visiteur institutionnel, lesquelles semblent marquer une transition efficace entre des craintes, des représentations défavorables, et le contenu de l'entretien qui suit. Ces précautions observées lors de l'arrivée du visiteur au domicile soulignent une forme de régulation située pour tenter d'articuler les deux logiques qui se rencontrent là, celle d'un représentant institutionnel porteur d'une bureaucratie, qui doit la mettre en application dans le lieu de vie et auprès d'une personne fragilisée par diverses incapacités.

Le deuxième récit relate l'un de ces entretiens d'évaluation entre l'agent institutionnel et la personne candidate à l'APA, dans le lieu de vie de celle-ci. Tout au long des échanges, depuis les premières formules de politesse et les rituels de présentation jusqu'aux paroles conclusives du départ, les propos dévoilent comment la visiteuse donne et recueille des informations, suggère et négocie des aides à mettre en place, en essayant de rassurer ses interlocutrices. Elle ne refuse pas les diversions, qu'elle peut reconnaître comme source de connaissance et/ou modalité relationnelle. Elle s'appuie sur ce qu'elle observe ou apprend - incapacités et besoins, aides existantes et aides souhaitées par l'une ou l'autre des personnes présentes -, et sur ce qu'elle connaît - procédures et règles locales d'attribution de l'APA, analyses de ces situations humaines et sociales -, pour coconstruire un plan d'aide en concertation avec les personnes concernées. La fille, présente pendant une partie de l'entretien, assure une fonction de personne tierce et facilitatrice : elle complète les informations demandées par la visiteuse, la questionne, précise ou traduit pour sa mère, la rassure, et montre pouvoir assurer les diverses tâches et obligations - administratives, techniques, ... - liées au bénéfice de l'APA et dont sa

mère se désintéresse. Les explications et négociations observées manifestent là aussi une recherche de régulation autonome et située, dans laquelle les trois protagonistes participent directement, faisant parfois émerger les contradictions entre le cadre réglementaire et la finalité de cette prestation d'aide sociale.

Le troisième récit présente deux situations pour lesquelles l'agent départemental ne peut pas respecter les consignes institutionnelles, ou plutôt ne peut pas se contenter de les appliquer mécaniquement. Il doit à chaque fois compléter ou contourner les indications du *Guide méthodologique pour les équipes médico-sociales* pour s'adapter à la situation des personnes visitées. Au-delà des difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne, l'impuissance administrative de madame Barbier pour effectuer toute démarche administrative, accentuée par l'absence de personne référente et par son isolement relationnel, conduisent les professionnels qui interviennent auprès d'elle à composer avec ces limites en débordant sans cesse de leur mission première. Au-delà de la stricte évaluation des incapacités et des besoins d'aide finançables par l'APA, l'agent départemental organise et coordonne la mise en place des aides nécessaires pour soutenir et sécuriser la vie quotidienne – au risque d'agir en limite de légitimité pour prendre des décisions concernant madame Barbier, quand l'inquiétude devient trop préoccupante quant aux risques éventuels. L'entretien avec madame Hoguet renseigne sur les incertitudes de toute rencontre, incertitudes exacerbées quand la personne visitée résiste ou refuse de reconnaître les effets invalidants de ses incapacités que vient souligner l'agent départemental. Madame Hoguet comme sa fille expriment ou manifestent des inquiétudes qu'il faut d'abord tenter d'atténuer. La première refuse les aides envisagées – pourtant indispensables à la seconde. Il s'agit alors pour le visiteur de réajuster en permanence les contenus et les modalités de l'entretien, en fonction de la participation et des réactions des personnes présentes, des interactions entre elles et avec lui-même, sans perdre de vue l'objectif initial d'évaluation et de réponse à une demande d'aide. De pouvoir se faire accepter, rassurer, atténuer les tensions manifestes, composer avec les incapacités, soutenir, négocier, ... Quitte à négliger provisoirement les éventuelles tensions avec la procédure bureaucratique, pour prioriser et rendre effective l'aide proposée avec l'APA.

L'enjeu premier de ces visites à domicile est de pouvoir vérifier l'éligibilité à l'APA de la personne candidate, et de personnaliser la réponse à lui proposer. Ces récits soulignent que l'entretien ne peut pas se limiter à ces opérations technico-administratives de questions-réponses. Le visiteur doit d'abord créer les conditions d'un échange sécurisant, en s'adaptant aux conditions de l'accueil qui lui est fait. L'évaluation elle-même s'appuie le plus souvent sur une conversation parfois décousue, dont le contenu peut alimenter ou sortir du cadre de la

grille AGGIR, mais qui souvent facilite la relation et permet de contourner les réticences et les pudeurs. Qui renseigne aussi le visiteur de façon plus globale sur les capacités, les limites, les difficultés et les ressources des personnes présentes. Il collecte alors nombre d'éléments lui permettant d'établir un diagnostic médico-social, plus ou moins élargi selon les problématiques qui apparaissent, et d'ajuster l'aide envisagée à ce qu'en dit la personne directement concernée – de s'assurer de la réception du *care*. Le visiteur expérimenté peut alors évaluer l'éligibilité simultanément à l'évaluation des besoins.

Il s'appuie autant que possible sur la présence et la participation d'une personne tierce, là aussi facilitatrice de la procédure et de la relation. Après avoir aidé à la constitution du dossier de demande, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, celle-ci peut transmettre toutes sortes d'informations lors de la visite à domicile. Elle aide le visiteur à comprendre la situation de façon à la fois plus précise et plus complète, elle rassure la personne visitée sur le contenu de l'entretien et de ses conséquences. Sa présence permet aussi de prévoir, éventuellement, des aides pour soulager les proches de la personne bénéficiaire. L'absence de ce tiers facilitateur dans l'entourage conduit souvent le professionnel à assurer cette fonction. Il peut alors poursuivre l'entretien d'évaluation à l'éligibilité à l'APA, *a priori* ponctuel, en accompagnement social ou médico-social plus soutenu et de plus longue durée. Car au-delà de l'instruction de la demande d'APA pour l'attribution d'une aide financière, l'entretien à domicile se révèle être un élément clé pour connaître et accompagner une personne en situation particulièrement fragile. Et même si cet entretien ne vise pas un contrôle ou une surveillance des modes de vie, il peut le devenir si des faits inquiétants sont observables quant à la mise en danger de la vie d'autrui ou de la personne elle-même, comme l'évoque l'accompagnement auprès de madame Barbier¹. Mais cet entretien peut aussi permettre d'aborder d'autres questions, de différentes natures, au milieu desquelles la demande d'APA peut parfois sembler un prétexte. L'agent départemental s'efforcera alors d'élargir son évaluation, de démêler les fils du propos et des problèmes qui apparaissent, et de proposer un accompagnement circonstancié.

¹ Ou celui effectué dans la situation de madame Paulet, présentée *Supra*, voir *Chapitre 2. – b) Des incapacités multidimensionnelles et Chapitre 6. – d) Acteurs auxiliaires et sites intermédiaires*, entre autres.

CHAPITRE 9. – ACTE 3 : LA COMMISSION DE VALIDATION. EPREUVES D'AJUSTEMENTS

L'entretien à domicile ne termine pas l'instruction de la demande d'APA. Comme le visiteur l'explique habituellement en fin d'entretien, plusieurs opérations restent à effectuer avant la décision finale actée et notifiée par un arrêté départemental. Dans le département F et au moment de l'enquête, cette prise de décision est organisée en plusieurs étapes, correspondant à des lieux et à des instances différentes : d'abord *l'équipe médico-sociale* de la maison du département, puis la personne candidate, et enfin la *commission d'attribution* au service central¹. Au regard des textes juridiques alors en vigueur, la décision d'attribution de l'APA est prise par le président du conseil général à partir de la proposition de cette commission (CASF, article L232-12), alors représenté par le conseiller général président de la commission des affaires sociales.

Cette organisation implique une succession d'actions administratives et de discussions formalisées, lesquelles visent à la fois le partage d'informations, la proposition d'une réponse institutionnelle, l'enregistrement de la décision et des éléments l'ayant motivée. Des opérations dont les gestionnaires de dossiers assurent à nouveau la coordination et une bonne partie des tâches. Tout au long de cette procédure, ces professionnelles déroulent les actions à effectuer et composent avec les contradictions ou incohérences, entre les consignes contenues dans le *Guide pratique des procédures*, les instructions d'utilisation du logiciel de gestion, et les éléments constitutifs de chaque dossier à instruire. À condition toutefois que l'ensemble des protagonistes – non seulement leurs collègues infirmières ou travailleuses sociales, mais aussi la personne bénéficiaire - alimentent ces dossiers de leur copie dûment remplie (compte-rendu de visite, grille AGGIR, proposition de plan d'aide, etc.).

a) Des validations bureaucratiques négociées en équipe ²

Les visites à domicile prévues ce jour sont terminées, il est temps de retourner à la maison du département. Plus grand monde en cette fin d'après-midi, il est un peu tard sans doute, d'ailleurs l'accueil est fermé. Mais la réunion d'équipe a lieu demain matin, pas le choix, il faut que je termine maintenant la préparation des dossiers à y présenter. Certaines collègues arrivent à remplir ces DMS pendant la visite, ce n'est pas mon cas. Je n'aime pas être parasitée par ces paperasses pendant les entretiens – quels qu'ils soient, mais à

¹ Pour mémoire, la *commission d'attribution* a été supprimé par loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015. Aussi, nous ne nous attarderons pas sur cette étape, mais nous ne pouvons pas l'éluder complètement dans le récit, puisque sa fonction de régulation de contrôle était encore bien présente au moment de l'enquête.

² Récit reconstitué à partir de ma pratique professionnelle, et d'observations auto ethnographiques de ma pratique professionnelle de travailleuse sociale, entre novembre 2009 et janvier 2013, complétées et confirmées par les observations et les entretiens effectués pendant l'enquête ethnographique en 2014.

plus forte raison avec une personne dont les capacités diminuent : j'ai besoin d'être concentrée pour pouvoir à la fois rester en lien et observer ce qui se passe. Surtout quand il y a du monde autour de la personne visitée ! Alors j'écoute, je regarde, et je prends des notes à la volée, sans bien regarder mes papiers... Conséquence : si je ne reprends pas ces notes rapidement, je n'arrive plus à me relire. Quand je peux, je m'arrête quelque part entre deux visites à domicile pour reprendre et compléter ces notes rapides. Mais de toute façon, il y a toujours du travail administratif à faire entre l'entretien au domicile et le partage du compte-rendu avec l'équipe. *A minima*, compléter le DMS : les données d'état-civil, puisqu'elles ne sont pas déjà préremplies ; les informations relatives au contexte de vie de la personne candidate, comme le cadre de vie, l'environnement social et familial, les aides déjà existantes, les éventuels événements significatifs (hospitalisation, situations du conjoint, enfants, etc.) ; la grille AGGIR en version manuscrite, qui permet d'expliquer le choix de la case cochée¹ ; et la proposition de plan d'aide envisagée. Également indispensable, l'enregistrement des données évaluées dans le logiciel AGGIR pour éditer un GIR officiel ; cette opération oblige à être installée face à un ordinateur équipé de ce logiciel², avec le dossier et les notes de visite à portée de mains. Parfois, une hésitation, un doute, ou un oubli, incite à contacter une personne de l'entourage, proche aidant ou service professionnel, pour avoir une précision, une information complémentaire concernant les limites de capacités, ou pour avoir un avis sur le plan d'aide envisagé. Une fois tous les *items* renseignés – surtout ceux qui sont discriminants pour le calcul du GIR –, je valide, et l'ordinateur édite une version imprimée de la grille avec ces croix³. Je connais maintenant le GIR, je peux en déduire le plafond de l'allocation. Reste à vérifier que les aides prévues pendant la visite à domicile ne dépassent pas ce plafond, calculatrice en main et grille des valorisations forfaitaires sous les yeux. Si « ça passe », je complète le formulaire idoine avec toutes les aides envisagées et leur coût respectif – toujours selon les tarifs institutionnels. Si le total des aides dépasse le plafond, je vérifie mes notes, les cases cochées, le montant du plafond, et si « ça ne passe toujours pas », alors que les aides prévues me semblent adaptées et non superflues, alors je soumettrais ces conclusions et mes arguments ou questions à la réunion d'équipe. Les DMS sont complétés et les GIR calculés pour chacun des entretiens effectués, je termine cette préparation administrative au local technique pour y récupérer les grilles AGGIR imprimées, et y photocopier les DMS - l'original est destiné au dossier officiel, et à l'instar de mes collègues, j'en conserve une copie dans le dossier social pour mémoire, et surtout pour l'avoir à portée de main si la demande d'APA se prolonge d'un accompagnement auprès de cette personne, ou pour un relais éventuel. Il sera en effet plus facile à retrouver que le dossier officiel rangé dans la classothèque dont je n'ai toujours pas compris la logique de classification. Tout est prêt pour la réunion du lendemain.

¹ Voir *Supra*, Chapitre 1. – c) « Girer » : une mise en case des (in)capacités : le Formulaire de la grille AGGIR - remplie pour madame Lucchesi.

² Depuis, plusieurs sites internet proposent un calcul du GIR à partir de cette même grille, dont le site (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>).

³ Voir *Supra*.

Mardi matin, même lieu¹, suite de la réunion d'équipe médico-sociale, avec la responsable territoriale et les gestionnaires. Après le temps des informations diverses et des situations particulières, après la répartition des visites à effectuer en fonction des demandes arrivées au service, c'est le moment d'examiner les demandes et les propositions de réponses après l'évaluation au domicile. Jeanine reprend un à un les dossiers correspondant à l'ordre du jour dans la boîte intitulée *Proposition plan d'aide*, en fonction de ce qu'annoncent les travailleuses sociales et l'infirmière. Pendant cette phase, ce sont surtout elles qui parlent.

Situation madame Bourgeon. Camille, médecin de l'équipe, prend la parole pour expliquer : « C'est Claire, l'infirmière, qui est allée la voir... Elle craignait d'arriver en retard, elle m'a remis le dossier, je vais lire ce qu'elle en dit... » - et pendant que Jeanine attrape le dossier administratif, Camille démarre la lecture du compte-rendu de visite : « C'est une femme de 83 ans qui a perdu beaucoup d'autonomie... Elle fait toujours les transferts et se déplace chez elle, mais ne sort plus seule ; elle ne fait plus du tout la toilette seule, elle se fait aider aussi pour l'habillage et pour manger... L'orientation, c'est bon, mais elle a un B pour communiquer et pour alerter. On arrive à un GIR 3. Le plan d'aide est au maximum, et même au-delà : il y a des aides en place pour une surveillance permanente. Mais nous, on peut pas mieux faire... » - Marie-Pierre, assistante sociale, questionne : « Il y a un passage infirmier ? », et se tournant vers la stagiaire, elle lui explique : « L'infirmière, ou l'aide-soignante, c'est une des ressources possibles pour compléter l'APA quand les aides nécessaires dépasseraient le plafond du GIR : comme c'est un financement sécu, ça vient en plus. L'autre avantage, c'est qu'l'infirmière ou l'aide-soignante, on est sûr que c'est une professionnelle formée, et elle peut passer tous les jours, même le weekend, parfois même deux fois par jour pour les levers et les couchers, pour les bas de contention, elles peuvent faire des toilettes, ... Bref, ça peut être un bon complément. L'inconvénient, c'est qu'ça fait une personne en plus qui passe au domicile – des fois, ça leur donne le tournis toutes ces aides... ». Après vérification, Camille reprend : « Oui, y a un passage infirmier tous les matins, le kiné deux fois par semaine, et y a même une orthophoniste aussi deux fois par semaine – j'sais pas où ils l'ont trouvée, parce que c'est pas souvent qu'les orthophonistes font du domicile !... J'crois qu'c'est tout. C'est une dame qu'est très entourée, qui fume beaucoup, et la famille voudrait qu'elle arrête... On s'demande pourquoi y veulent qu'elle arrête, si elle a plus qu'ça... De toute façon elle craint plus rien ! » - « C'est p'têtre pour éviter qu'elle mette le feu au lit, si elle fait tomber sa cigarette ? » suggère Marie-Pierre en riant – « Oui, tu as raison, ça doit être ça, c'est vrai qu'c'est dangereux d'fumer au lit, mais quand même, si on lui supprime même cette petite addiction, à l'âge qu'elle a... Bon, y a rien de plus ». Elle attrape la feuille de calcul du GIR, la signe – ici, c'est toujours la compétence médicale qui valide cette évaluation -, referme les huit pages du DMS et le tend à Jeanine, qui le glisse dans le dossier vert après avoir noté la décision sur son grand cahier :

¹ Voir Supra, Chapitre 7. – c) Prendre en considération la demande : un travail d'équipe.

« Madame Bourgeon :
Révision. GIR 3 – Plan d'aide maximum – OK ».

Elle attrape le dossier suivant, madame Taraud. J'ouvre le dossier social pour présenter un résumé de la situation : « C'est une première demande. Madame Taraud vit avec son mari, ils ont deux enfants qui habitent sur la même commune, et cinq petits-enfants, entre 3 et 15 ans. Ils bénéficiaient tous les deux d'un plan PAP de la CARSAT, et puis la situation de madame Taraud évolue dans le mauvais sens, surtout sur le plan physique : elle a des blocages articulaires qui limitent les déplacements, et surtout elle a des problèmes de vue... » - « Oui, elle a une maladie des yeux, qui évolue doucement en cécité » m'interrompt le médecin en feuilletant le dossier médical – Je reprends : « Alors, c'est un petit GIR 4... c'est même plutôt un GIR 5. Elle arrive encore à faire pas mal de choses, en tout cas par rapport à la grille AGGIR. Mais elle a peur de s'déplacer toute seule parce qu'elle y voit plus bien clair, elle voit plus tous les obstacles et a peur de tomber – d'ailleurs chez eux, c'est nickel, y a rien qui traîne, ils disent même dev'nir un peu obsessionnels au point d'avoir peur parfois de recevoir leurs petits-enfants à cause des jouets qui peuvent trainer... Et avec ses problèmes de mobilité, il faudrait qu'elle marche régulièrement, qu'elle sorte, mais elle n'ose plus y aller seule et ne veut pas imposer ça en plus à son mari – elle apprécie déjà bien qu'il se soit mis aux tâches ménagères, aux courses, et puis même elle, elle préférerait ne pas être obligée de lui demander tout le temps... Bref, elle a besoin d'un peu d'aide et de soutien, mais elle est pas tout à fait en GIR 4. Et son mari, qui fait beaucoup de choses au quotidien, a aussi plus de 80 ans, donc on peut pas lui en demander trop, non plus... » - Camille, réagit : « Cette grille AGGIR, elle ne prend pas suffisamment en compte les problèmes de vision... Et pourtant, ce sont des situations qu'on voit de plus en plus – c'est l'cas d'le dire... Et là, c'est typique : on peut rej'ter sa demande aujourd'hui, et on la r'voit dans six mois, dans un état aggravé... Moi j'y vois pas d'inconvénient : tu la passes en GIR 4, on prévoit deux heures par semaine pour qu'elle puisse continuer à sortir et à bouger, ça lui permettra de garder des muscles, ça s'appelle de la prévention ! » - Suzie, la responsable territoriale, complète : « D'ailleurs, la réunion d'équipe est bien là pour évaluer la situation globale, sinon, l'application de la grille AGGIR suffit ! ». Et bien, soit : « Jeanine, je garde le DMS, je refais un GIR, je passe le tout à Camille pour validation et qui te transmettra, OK ? » - mais Jeanine n'est pas d'accord : « Non, donne-moi le DMS maintenant si tu l'as rempli ? Et Camille me donnera la grille AGGIR quand tu l'auras refaite » - « Comme tu veux », et je lui tends le document de huit pages après un rapide coup d'œil pour vérifier que je l'ai rempli comme il faut. Elle le glisse dans le dossier vert correspondant, et actualise son grand cahier :

« Madame Taraud :
1^{ère} demande. GIR 4 → Bénédicte pour grille AGGIR. ».

Puis attrape le dossier suivant, monsieur Giraud. Marie-Pierre résume la situation : « Ce monsieur vit seul, ses deux enfants vivent à l'étranger. Il est plutôt bien entouré par des voisins de longue date. Ce sont eux qui ont suggéré à monsieur de faire une demande. D'ailleurs, y avait un voisin présent pendant l'entretien. Il aura bientôt 95 ans – il m'a invitée pour l'occasion ! -, et semble aller pas trop mal, mais il a chuté récemment : il a

été emmené aux urgences, et ils l'ont gardé quelques jours pour un bilan – mais apparemment n'ont rien trouvé d'inquiétant. Mais il commence à avoir des oublis, et à laisser filer les jours sans se préoccuper de manger, de se laver, ... Pour l'instant, pas d'autres aides que les voisins. C'est un petit GIR 4, mais il aurait besoin d'être stimulé autrement que par les voisins qui ne peuvent pas forcément passer tous les jours. On a envisagé deux fois deux heures par semaine pour l'aide au ménage et à la cuisine, et aussi l'accompagner pour sortir, faire des courses, etc. » - pendant qu'elle parle, Camille regarde les éléments du dossier médical, et commente : « Oui, y a rien de particulier sur le plan médical, mais on ne peut pas toujours compter uniquement sur l'entourage social, il faut pouvoir prendre le relais – en particulier pour éviter le syndrome de glissement, à son âge ça peut vite venir... » Elle signe et tamponne la grille AGGIR, qu'elle tend ensuite à Elsa, autre gestionnaire, pour compléter le DMS que Marie-Pierre lui a déjà remis. Elsa utilise elle aussi un cahier à spirales pour noter les décisions : niveau de GIR validé, plan d'aide proposé, date de mise en œuvre quand elle diffère de la règle des « AR plus deux mois », comme pour monsieur Giraud – il n'y a pas de délai de franchise après une hospitalisation, « à condition qu'elle soit d'au moins 24 heures : si c'est juste un passage aux urgences, ça marche pas... », précise-t-elle en s'adressant à la stagiaire.

Sans tenir compte de l'ordre du jour préparé par les gestionnaires, Marie-Pierre continue avec une autre situation qui la préoccupe : « Puisque j'ai la parole, je la garde. Je suis retournée voir monsieur Lassalle pour une demande de révision... C'est la troisième depuis l'début de l'année... Ça va pas plaire au *Central* ! » - Jeanine l'interrompt : « Oui, j'ai envoyé l'arrêté de la dernière révision y a pas longtemps... » - Elle recherche dans le dossier, un peu agacée – « Voilà : il est daté du 1^{er} août, on est le 30 septembre : même pas deux mois ! Ils l'ont à peine reçu qu'ils demandent déjà une révision... !? J'avais déjà été clément la dernière fois, mais là... » - Marie-Pierre reprend : « Ben oui, ils ont commencé l'accueil de jour avec un peu de réticence, ça s'passe plutôt bien, donc maintenant ils voudraient augmenter, c'est bien normal... Ce monsieur, il est en GIR 2 : on a d'la marge. Il pourrait y aller trois fois par semaine » - Camille questionne : « Ils ont même fait faire un devis. Tu as téléphoné à l'accueil de jour ? » - Marie-Pierre acquiesce : « Oui, et l'équipe confirme : ça fait beaucoup de bien à monsieur – et à la famille aussi. Ça permet à son épouse de souffler un peu. Du coup, ça rassure aussi les enfants ». Elle vérifie DMS et grille AGGIR avant de tendre le premier à Jeanine et la seconde à Camille, et continue en commentant : « Oui, ben l'*Central*, il s'adaptera. Il faut bien qu'ils comprennent, “là-haut”, qu'les gens, ils vont pas s'engager les yeux fermés. Il faut bien qu'ils essayent c'qu'on leur dit. D'accord, y a une consigne qui dit “Délai d'au moins six mois entre deux révisions successives”, mais si la situation évolue, il faut bien qu'on suive. On va pas laisser la famille morfler, sous prétexte que l'*Central*, y veulent pas... J'sais pas pourquoi, d'ailleurs ?! Ça vient d'où c'te règle ? Ils verront bien, quand ce s'ra leur tour d'avoir un parent qui débloque, et qu'on leur dit : « Ah ben non, faut attendre 6 mois pour modifier le plan d'aide : tenez bon ! ... ». Sans autres commentaires, Jeanine attrape le dossier en questionnant : « Tu fais un rapport pour justifier cette nième demande de révision ? » - « Ouh, ben si y a qu'ça pour leur faire plaisir, oui, je f'rais un rapport ! D'ailleurs, j'ai qu'ça à faire, des rapports ! J'peux leur faire un roman sur la façon dont ça s'passe à la maison quand il y est ! Et si y comprennent pas, la prochaine fois, j'les emmène

avec moi ! » - Camille l'interrompt, comme pour calmer les tensions : « On t'en demande pas tant, Marie-Pierre... Encore que ça leur paraît pas d'mal de réaliser, ou au moins de voir c'qui s'passe dans les familles, et qu'on n'utilise pas l'argent public juste pour le dépenser... » - L'arrivée de Claire interrompt l'échange : « Bonjour tout l'monde ! Désolée pour le retard, il a fallu que j'passe en urgence chez une mamie qu'était tombée, et c'est elle qui aidait son mari, j'y suis allée avec madame Garnier, la responsable du service d'aide à domicile, j'sais pas comment on va faire... On a appelé la fille, elle va essayer de venir dans la journée, mais elle est à 300 km d'ici... Bref. Vous avez bien fait d'commencer, j'avais prévenu Camille... Ça va, Marie-Pierre ? J'tentendais, dans l'couloir, t'avais l'air en colère ? » - J'avance une réponse : « Un peu ... C'est une façon comme une autre de dire qu'on nous demande de faire des choses qui ne correspondent pas vraiment à la vie des gens qui ont besoin d'aide... » - « Ah oui, c'est pas nouveau... Pis ça risque pas de s'arranger ! ... », commente Claire en s'installant. La cheffe reprend : « On continue, maintenant que Claire est avec nous ? ».

À ce stade, l'enjeu de la réunion d'équipe est de confirmer le niveau de GIR évalué et de valider le contenu du plan d'aide envisagé. Chaque demande y est examinée au cas par cas, et pour chacune d'elles les décisions sont prises de façon collégiale¹, à partir des éléments connus et des règles institutionnelles. Le format de la réunion permet à la fois de partager des informations et des préoccupations, de questionner et de compléter les propositions d'aide, à partir de points de vue et de logiques différentes. Une deuxième évaluation en quelque sorte, mais cette fois *a posteriori*, dans les locaux institutionnels, et entre professionnels issues de diverses formations.

Ces réunions se déroulent selon un rythme soutenu, et leur fonctionnement semble bien rodé. Là aussi, les demandes, matérialisées en dossiers, rythment le déroulement de la réunion, mais cette fois, ce sont surtout les professionnelles ayant fait les évaluations à domicile qui s'expriment. Elles font une présentation synthétique de chaque demande, un compte-rendu du ou des entretiens effectués, indiquent le GIR calculé et le plan d'aide envisagé. Les autres participants peuvent alors demander des précisions, questionner la cohérence de l'évaluation, donner un avis sur l'adéquation des aides prévues au regard du GIR et de la situation globale. Elles peuvent aussi vérifier la pertinence d'une aide non prévue dans la liste prédéfinie, et valider ou non les arguments exprimés pour la proposer. Ou bien suggérer d'autres pistes de réponses selon la compréhension de la situation – en particulier lorsque le plafond ne permet

¹ Contrairement aux organisations de service plus hiérarchisées, où le responsable hiérarchique valide ou non les conclusions de l'agent ayant effectué la visite au domicile, la plupart du temps sans discussion (voir *Supra*, Chapitre 4 – d) Organiser les prises de décisions : réponse « d'équipe » versus réponse « de l'équipe ») -

pas à l'APA de financer l'ensemble des besoins¹. Chaque professionnelle s'exprime à partir de son expérience et de ses compétences, administratives, médicales ou sociales. Ainsi, c'est souvent le médecin ou l'infirmière qui veille à l'utilisation correcte de la grille AGGIR, qui souligne les éventuels décalages avec le contenu du dossier médical – quand il existe. La travailleuse sociale est plus attentive au contexte et à l'évolution de la situation, elle mentionne par exemple l'historique de la demande et des plans d'aide, pour le mettre en perspective avec la demande de révision. La gestionnaire contrôle particulièrement la faisabilité technico-administrative du plan d'aide : contenus et rapport accompagnant une aide non prédéfinie dans le barème, date de démarrage ou de modification, délai de procédure, etc. Et elle est vigilante à la constitution du dossier administratif officiel de chaque personne candidate ou bénéficiaire, dont elle organise le contenu et pour lequel elle récupère les informations et les pièces nécessaires pour le compléter et pouvoir poursuivre le traitement de la demande au-delà de la réunion. La cheffe, responsable territoriale, est garante du déroulement et de sa conformité avec les instructions institutionnelles, mais elle se montre souvent discrète et intervient peu, même pour réguler les prises de parole, ou les tensions entre les différentes logiques, voire entre les agents.

Au cours de ces échanges, la question de l'éligibilité à la prestation apparaît rarement, probablement parce que les demandes ont déjà été triées d'après le contenu du dossier, et qu'à ce stade ne sont étudiées que celles ayant fait l'objet d'une visite à domicile. Le niveau de GIR y est parfois discuté, en particulier quand des incertitudes ou des inquiétudes apparaissent – comme dans la situation de monsieur Lamu² ou de madame Teraud³. Mais c'est surtout le contenu du plan d'aide qui est examiné, à partir de ce qui a déjà été discuté et défini au cours de l'entretien à domicile. Ou bien le calendrier de mise en œuvre du plan d'aide quand il pose des difficultés technico-administratives – par exemple pour prévoir un accueil de jour dans un service où il n'y a pas de disponibilité avant plusieurs semaines, et qu'il faut alors envisager des heures d'auxiliaire de vie dans l'intervalle, alors que cette modification du plan d'aide à une date incertaine n'est pas prévue dans le logiciel de gestion. Ou encore les indécisions des personnes bénéficiaires elles-mêmes quant au choix de l'aide, qui provoquent des demandes

¹ La proposition la plus fréquente est celle de suggérer une prescription médicale pour effectuer certaines tâches. Elle peut aussi être de recourir à des associations plus ou moins spécialisées (visites, locations solidaires, installations diverses, etc.).

² Voir *Supra*, Chapitre 2. – b) *Incapacités ou désintérêts à décider ou à faire*, et Chapitre 5. – b) *Les outils de contrôle et leurs limites : le retour du care*.

³ Voir *Supra*, Chapitre 9. – a) *Des validations bureaucratiques négociées en équipe*.

de modifications ou de révisions successives. Autant d'occasions de tensions entre les différentes logiques, parfois de vifs débats entre les différentes professionnelles.

Au fil des réunions, du renouvellement de cet exercice d'évaluation et de ces échanges pluridisciplinaires, les discussions s'attardent surtout autour de situations complexes, pour lesquelles aucune solution ne semble vraiment satisfaisante ou suffisamment sécurisante. Il s'agit alors de trouver une proposition « acceptable » (Dourlens et Vidal-Naquet, 2016), par exemple un arrangement ou un assouplissement des règles administratives – qu'il faudra toutefois argumenter. À défaut, l'équipe peut décider de recourir à d'autres compétences, par exemple en organisant une réunion élargie, à laquelle sont conviées toutes les personnes concernées, famille et professionnels¹, pour chercher ensemble une organisation adaptée des aides. Dans certains cas, la décision peut consister à effectuer un signalement au procureur pour demander une mesure de protection juridique. Plus fréquemment, les échanges permettent de repérer les situations de personnes isolées et particulièrement vulnérables, qui font alors l'objet d'une vigilance, voire d'une identification dans le cadre du *Plan canicule*.

Ces temps d'échanges d'informations et de partages de points de vue ou d'inquiétudes, qu'ils soient formalisés dans la réunion d'équipe ou dans les entretiens à domicile, ou plus spontanés lors de discussions dans les bureaux et les couloirs, représentent aussi des moments importants de régulation collective et d'apprentissages mutuels. D'abord parce que l'écoute renouvelée des histoires intimes, dans leurs différentes dimensions affectives, familiales, matérielles, sociales, etc., permet de mieux connaître et de mieux comprendre le quotidien vécu par ces personnes dont les capacités diminuent alors que leur vie se poursuit. Et aussi parce que ces discussions offrent un espace pour partager, questionner, enrichir les analyses, proposer d'autres pistes de réponses, repenser les accompagnements. Elles peuvent également faciliter une relative harmonisation des pratiques professionnelles, au moins dans les aspects techniques et administratives, tels que l'utilisation d'outils comme la grille AGGIR, dont la logique n'est pas intuitive. L'organisation collective de ces réunions d'équipe représente alors une dimension importante de la professionnalisation des agents, dont les connaissances et les expériences s'enrichissent réciproquement. Ils construisent leurs propres savoirs d'expérience, individuellement et collectivement (Racine, 2000). Un apprentissage d'autant plus utile pour les travailleurs sociaux, que la plupart de ceux rencontrés au moment de l'enquête n'avaient pas ou peu eu de formations sur cette thématique pendant leur cursus de formation

¹ Ceux de l'équipe départementale, mais aussi éventuellement ceux du CCAS, d'un service psychiatrique, d'un service d'aide à domicile, de médecins et infirmières libéraux ou exerçant en SSIAD, etc. Voir par exemple la réunion organisée pour coordonner les interventions auprès de madame Barbier (*Supra*, Chapitre 8. – c) *Inquiétudes et recherche de coopération*.

diplômante. Les agents administratifs élargissent également leurs compétences au-delà de leurs connaissances des procédures bureaucratiques et des logiciels de gestion, en particulier dans les nombreux échanges qu'ils peuvent avoir avec les personnes candidates ou bénéficiaires, leurs proches, et les professionnels des différents services. Ces croisements réguliers et renouvelés de compétences et de connaissances impactent les pratiques et les postures des opérateurs de l'action publique, qui produisent des savoirs pratiques et développent des capacités d'anticipation et de vigilance :

L'expérience (...) se construit aussi dans les échanges et dans l'action, à l'épreuve des situations et au gré du renouvellement des problématisations des questions sociales. (...) Ainsi, c'est au fil de discussions successives où se croisent opinions, savoirs, intuition, intérêts (Vidal-Naquet, 2012) que s'élabore un savoir expérientiel collectif, socle des évaluations ultérieures.

(Dourlens et Vidal-Naquet, 2016 : § 28).

b) « Et après, y a encore plein d'autres opérations à faire... ! »¹

« Travailler dans un bureau, c'est noter, rédiger, lire, et plus largement enregistrer, recopier, calculer, résumer, autant d'opérations qui témoignent des fonctions multiples de l'écriture » (Weller, 2018 : 17).

La réunion se termine. Dossiers, stylos, calculatrice, cahier, ... chacune ramasse ses affaires. Retourne dans son bureau. Téléphone, ordinateur, vérifier les messages éventuellement reçus pendant la réunion. Mettre de l'ordre dans ce qui vient de se dire, de se décider, ou qui reste en attente de décision, de ce qu'il y a à faire maintenant pour « faire avancer » ces dossiers, c'est-à-dire apporter une réponse à chaque demande. Organiser les visites à domicile d'évaluation, chacune à sa manière. Ou pour les demandes déjà évaluées, rassembler les éléments pour finaliser l'instruction. Recalculer un GIR à faire valider par le médecin. Écrire un rapport pour argumenter la troisième demande de révision en moins d'un an. Prévoir un rendez-vous en binôme, infirmière et travailleuse sociale. Et pour les gestionnaires, poursuivre la procédure administrative. Elles ont de quoi faire, parce qu'après la réunion d'équipe, chaque demande doit encore franchir plusieurs étapes avant que la personne candidate ne reçoive une réponse officielle.

Les dossiers verts s'accumulent sur les bureaux de ces agents administratifs, en piles ou en boîtes de classement, selon les habitudes de chacune. D'abord, y mettre de l'ordre, pour ne pas en oublier, ne rien perdre, éviter de se tromper, et limiter le temps passé à chercher un dossier ou un document. Avant même de les reprendre un par un pour effectuer l'opération suivante, et comme après chaque manipulation, la gestionnaire est attentive à reposer le dossier dans la bonne pile : en « *Attente de finalisation* », pour les

¹ Gestionnaire, Conseil général F, Équipe L, Mercredi 26 novembre 2014.

Récit reconstitué à partir de l'enquête ethnographique réalisée en 2014, complétée par des éléments issus de ma pratique professionnelle et des observations auto ethnographiques de cette pratique professionnelle de travailleuse sociale, réalisées entre novembre 2009 et janvier 2013.

dossiers auxquels le travailleur social, l'infirmière, ou le médecin, doit encore apporter une pièce ou une confirmation ; ou dans la pile « *Saisir plan d'aide* », quand le GIR et le plan d'aide ont été confirmés par l'équipe. Ceux-là, la gestionnaire les reprend pour les traiter sans délai, parce que la proposition de plan d'aide doit être adressée à la personne candidate dans le mois qui suit la date de réception du dossier de demande complet¹ : « C'est pour ça qu'on essaye d'être présente à la réunion d'équipe, pour pas laisser passer ! », indique Valérie : « On s'y met juste après la réunion... C'est pour ça aussi, qu'normalement, c'est mieux qu'y ait des réunions toutes les semaines... Mais là, comme j'suis toute seule, on fait comme on peut... Faut quand même que j'prenne des vacances ! » Réactivation de l'ordinateur, saisie du mot de passe pour accéder au logiciel de gestion. Son grand cahier à spirale sous les yeux, Valérie reprend un à un les dossiers cartonnés verts et enregistre, dans le dossier numérique correspondant, le GIR et la proposition de plan de d'aide validés par l'équipe. Parfois, elle complète la saisie pour modifier la date d'ouverture des droits, si celle-ci est différente de celle programmées dans le logiciel de gestion². Ou pour préciser l'existence d'un argumentaire pour justifier une aide non prévue dans le barème départemental. Cette opération lui permet d'éditer la proposition de plan d'aide et le courrier d'accompagnement, documents qu'elle imprime en double exemplaire : l'un dans le parapheur pour signature par la responsable territoriale, puis envoi à la personne devenant bénéficiaire ; l'autre dans le dossier cartonné individuel. Celui-ci rejoint alors la pile « *Attente de plan signé* » : « Parce que quand on envoie la proposition de plan d'aide à la personne, elle a dix jours pour répondre, mais de toute façon, y a pas de perte de droits si elle répond pas dans les dix jours, ce s'ra rétroactif » – précise Valérie. « Mais quand même, je vérifie régulièrement, parce que si je r'çois pas la réponse, ça peut être qu'ils ont oublié, mais parfois aussi c'est parce qu'ils ont pas compris... Alors, si après dix, quinze jours j'ai pas de réponse, j'essaye de leur téléphoner pour leur rappeler, et quand j'leur explique qu'ils pourront pas avoir l'argent si on reçoit pas la proposition signée avec leur accord, en général, je r'çois le courrier dans la semaine qui suit ! Mais des fois non, alors j'vois avec l'AS ou l'infirmière qui a fait la visite, et dans ces cas-là, ben, soit elle appelle le référent si y en a un, soit elle retourne au domicile pour voir c'qui s'passe... Parfois, c'est même l'AS ou l'infirmière qui me d'mande de lui faire passer l'courrier quand il est prêt pour y r'tourner directement le faire signer, sans attendre les 10 jours – ça, c'est quand elle a repéré pendant la vùd qu'la personne elle saura pas renvoyer le plan d'aide signé...

« Y a aussi ceux qui sont pas d'accord, et qui nous renvoient la proposition signée, mais rayée ou qu'ont coché la case « refus » ... Ça peut être qu'ils ont changé d'avis, par exemple y veulent plus le portage de repas, ou bien, ça leur fait trop cher... Par exemple, y a une dame, elle répond pour son mari qu'est en GIR 2, elle conteste toujours le taux de participation ! Mais ça, on n'y peut rien, c'est fonction des ressources, c'est le logiciel

¹ CASF, article R232-7.

² Dans ce département, la date d'ouverture des droits est effective deux mois après la date de réception du dossier complet pour une première demande. Pour une demande de révision, la modification prend effet « au **premier jour du mois suivant la commission** (sic) à laquelle le dossier a été présenté » (Conseil général F, 2013, *Guide pratique des procédures APA*, Fiche « Révision à la demande du bénéficiaire »).

qui calcule en fonction de l'avis d'imposition, et nous on peut rien y faire ! Mais pour ceux qu'ont juste changé d'avis, l'AS ou l'infirmière elle prend toujours contact avec eux pour comprendre c'qui s'passe, parfois même elle y r'tourne, parce qu'on doit leur envoyer une deuxième proposition, et après, s'ils refusent encore, normalement la procédure s'arrête... On peut pas leur faire autant de propositions qu'ils veulent... Alors, bon... Et pis, y en a qui renoncent, mais c'est pas courant... C'est surtout ceux qu'ont un taux de participation de 90% : y s'disent que ça fait beaucoup de paperasses pour pas beaucoup d'aide ! ... ».

Quand le courrier de proposition de plan d'aide revient signé à la maison du département, il atteste de l'accord du bénéficiaire pour cet engagement. La gestionnaire peut donc l'enregistrer. Nouvelle manipulation du dossier physique, nouvelle opération dans le logiciel de gestion de l'action sociale. Valérie actualise le dossier numérique correspondant, et glisse le courrier dans le dossier cartonné. Celui-ci rejoint alors la pile correspondant à la prochaine étape qui la concerne : « *Attente de l'arrêté* ».

Au moment de l'enquête, l'étape suivante était réalisée dans d'autres lieux, par d'autres agents administratifs, situés au *Central*. Après des opérations de vérifications par ces agents, le président de la commission APA, vice-président de l'assemblée départementale chargé des services à la personne et des personnes âgées, validait les propositions conformes à la procédure prévue – ou arbitrait celles hors du cadre départemental. En enregistrant cette décision dans le logiciel de l'action sociale, la *Contrôleuse de procédures* transformait alors la proposition en décision, concrétisée sous la forme d'un *arrêté départemental d'attribution de l'APA*. Document administratif officiel, cette pièce était alors imprimée et signée en *Central*, puis transmise aux maisons du département pour notification aux personnes bénéficiaires. Mais la loi de décembre 2015 a supprimé la nécessité du passage en commission. Désormais, la proposition de l'équipe médico-sociale suffit pour une prise de décision par le président du conseil départemental, et par délégation au responsable compétent. Il revient donc à la gestionnaire de la maison du département d'effectuer les opérations administratives pour éditer l'arrêté, le courrier d'accompagnement, de les faire signer avant l'envoi aux personnes candidates, et d'effectuer la mise en paiement de la prestation.

« Et là, c'est un peu... » - Valérie marque une pause. Elle semble se mettre en situation en relatant : « C'est délicat, parce qu'il faut vraiment pas faire d'erreurs... Parce que c'est l'arrêté d'la décision qui permet de déclencher le paiement. Moi, j'ai besoin de pas être dérangée pour rester très concentrée pendant cette opération. Et ça va pas vite ! Quand tout va bien, ça peut m'prendre une demi-journée pour environ dix arrêtés... Pour chaque arrêté, je vérifie d'abord sur le tableau récapitulatif le paiement prévu, les aides enregistrées. Si y a des aides ponctuelles, j'les saisis à c'moment là. Si y a un paiement direct pour un prestataire, j'le vérifie aussi à c'moment là. Je transmets le RIB à la compta – parce que c'est pas automatique. Et puis j'déclenche le paiement : il suffit de cocher

“oui” à la question “L’arrêté est-il signé par le PCG¹ ?”². Quand c’est fait pour chaque arrêté, j’édite le courrier d’accompagnement. Quand c’est tout bon, j’envoie le courrier avec l’arrêté. Parfois, j’anticipe les questions, et j’mets un post-it sur le courrier - parce qu’on n’a pas le droit d’le modifier, et de toute façon on peut pas, c’est bloqué... Donc j’mets un post-it pour préciser que même si y a du paiement direct au prestataire, il commence seulement à partir du mois suivant, et que pour le premier mois, le montant de l’allocation est versé sur leur compte et qu’il faudra payer la facture du service d’aide à domicile... C’est pour ça aussi qu’on a besoin de connaître assez tôt le service qu’ils ont choisi, sinon, ça prend encore du r’tard !...

« Et tout ça, j’essaye de l’faire au fur à mesure que j’reçois les arrêtés, parce que les paiements ils sont faits une fois par mois, alors faut pas prendre de r’tard... Mais d’toute façon, en fin de mois, ils sont prioritaires ! Et là, j’essaye toujours de pas prendre de vacances à c’moment là, pour pas retarder les paiements, parce que sinon, ça fait trop long pour les familles !

« Voilà. Quand tout ça c’est fait, on classe le dossier. »

L’instruction de la demande se termine. L’arrêté est enregistré dans le dossier, la mise en paiement effective via le logiciel, et le courrier de notification de la décision envoyé au destinataire : le dossier vert peut être rangé dans la classothèque. Son numéro d’identification numérique ordonne le classement. Il est destiné à rester là tant qu’il est « actif », c’est-à-dire que la prestation est toujours en cours, et que la personne bénéficiaire vit toujours dans le département, à domicile ou dans un établissement. Il n’y a pas de limite temporelle au bénéfice de l’APA, seuls la décision de l’une des parties ou le décès de la personne bénéficiaire y met fin. Et tant que le dossier est actif, il peut être ressorti ponctuellement de ces étagères, par exemple pour étudier une demande de révision du plan d’aide, pour enregistrer un changement de situation, ou pour un contrôle d’effectivité.

Mais pour les personnes bénéficiaires et leurs proches, le bénéfice de la prestation ne s’arrête pas au rangement d’un dossier, ni à la réception de la notification d’attribution. Il faut maintenant mettre en place les aides prévues dans le plan APA. Contacter les fournisseurs et les prestataires de services, faire un choix quand c’est possible – « parce que dans les cantons ruraux, le choix est vite fait : y a pas grand-chose ! ». En informer le service départemental dans le délai d’un mois. Et ne pas oublier de conserver et de transmettre les justificatifs de l’utilisation de cette allocation – aussi longtemps que nécessaire.

Au fil des mois, la relation entre l’institution départementale et la personne bénéficiaire peut se limiter à ces échanges administratifs. Mais dans certaines situations, les contacts peuvent être plus ou moins réguliers, plus ou moins soutenus. Un changement de situation, l’incompréhension d’un courrier, une insatisfaction ou un désaccord avec le service d’aide à domicile, sont autant d’occasions pour la personne bénéficiaire ou

¹ PCG : Président du conseil général.

² Comme le prévoit le Guide pratique des procédures APA du département F, voir *Supra*, Chapitre 4. – d) *Au contact du public, divers opérateurs : spécialisés, localisés, sectorisés.*

quelqu'un de son entourage proche de solliciter la référente administrative ou médico-sociale. Ou bien, c'est cette dernière qui s'inquiète et qui prend l'initiative de « suivre la situation », à distance par « un p'tit coup d'fil de temps en temps, juste pour prendre des nouvelles, pour voir si tout s' passe bien », ou par une visite à l'occasion d'une venue dans le quartier ou dans l'EHPA – « mais ça, c'est quand on a vérifié qu'la personne est d'accord, parce qu'y en a qu'aime pas beaucoup être dérangée, alors que d'autres, au contraire, elles aiment bien voir du monde, même si c'est pas vraiment prévu... ».

Pour cette dernière phase de l'instruction, la gestionnaire assure l'essentiel des opérations. À chaque étape ou presque, elle réceptionne, vérifie, questionne si besoin, arbitre, enregistre, et planifie les opérations suivantes – selon les règles et les consignes des guides pratiques et méthodologiques. Elle gère la matérialité des dossiers, dossiers qu'elle a elle-même créés à partir des demandes formulées selon les normes administratives. Elle actualise ces dossiers au fur à mesure des opérations effectuées, selon le déroulé des étapes. Elle organise l'accès et les mouvements des dossiers entre les opérateurs départementaux, depuis leur constitution jusqu'à leur classement, puis leur archivage – toujours en fonction des règles institutionnelles. Elle s'autorise éventuellement à personnaliser ces règles, par souci de rationaliser son travail, de s'épargner si possible des manutentions inutiles ou non ergonomiques. Mais parfois aussi pour les adapter aux locaux, ou à la constitution et au fonctionnement de l'équipe. Souvent, elle crée des outils de gestion ou améliore ceux existants. Parce que ce qui rend possible l'activité des professionnels à traiter et analyser de l'information, ce sont « des règles, des procédures, (...) mais aussi des équipements qui permettent l'enregistrement, la conservation et le transport des pièces. (...) » (Weller, 2018 : 14-15). Garante du respect des opérations administratives, la gestionnaire coordonne et surveille les délais et les mises à jour du dossier administratif de chaque postulant ou bénéficiaire de l'APA, dans les deux versions. Elle vérifie au fur et à mesure que les différentes étapes sont réalisées correctement et dans les délais imposés. Comme un fil rouge, elle assure ainsi la continuité de l'instruction, du point de vue administratif et temporel. Quand elle constate un blocage ou un risque de blocage dans l'enchaînement de ces opérations, elle peut intervenir par diverses actions de régulation, comme elle a pu le faire à la réception de la demande pour pouvoir transformer celle-ci en dossier administratif conforme¹. Un appel téléphonique, une traduction du langage administratif, la sollicitation d'une collègue, ... autant de gestes qui paraissent anodins, et qui passent d'ailleurs souvent inaperçus, mais qui facilitent fréquemment le bon déroulement de l'instruction administrative de la demande. Par ces micro-actions, la gestionnaire effectue un

¹ Voir *Supra*, Chapitre 7. – b) *La transformation bureaucratique d'une demande d'aide en dossier*.

travail de « réparation » en quelque sorte, lequel peut être considéré ici comme un travail d'ajustement entre des textes juridico-administratifs et des expériences vécues. Cette professionnelle, invisibilisée dans les textes officiels et souvent aussi dans les organigrammes institutionnels, assure une fonction essentielle de pivot dans le bon déroulement de la procédure¹.

Cette attention portée au dossier et à son cheminement bureaucratique traduit plusieurs préoccupations : respecter le cadre institutionnel, ses règles et ses contraintes, l'aménager autant que possible pour pouvoir aller au bout de la procédure, et éviter de pénaliser les personnes qui demandent de l'aide. Autrement dit, faciliter le déroulement d'une procédure administrative tout en ayant le souci de sa finalité pour les destinataires. Une posture que nous avons proposé de qualifier avec la notion de « *care bureaucratique* ». Comme nous l'avons vu dans les récits précédents, cette posture peut s'observer à différents moments de l'instruction, et pas seulement de la part des agents administratifs. Tous les protagonistes de la mise en œuvre peuvent contribuer à cette forme de régulation, qu'ils soient dans une relation directe avec la personne en difficulté, ou agissent de façon plus indirecte. Ainsi, un agent départemental aide à la constitution du dossier de demande, un autre prévoit ses congés en fonction du logiciel de gestion des paiements. De nombreuses gestionnaires proposent des permanences d'accueil physique ou téléphonique pour répondre aux questions ou aux inquiétudes relatives aux exigences administratives. Une responsable d'un service d'aide à domicile signale au service départemental l'évolution d'une situation nécessitant une révision du plan d'aide. Une travailleuse sociale continue un accompagnement auprès d'une personne au-delà de la notification d'attribution de l'APA, au moins pour aider aux démarches administratives. Nous pouvons alors qualifier de pourvoyeuse de *care bureaucratique* toute personne facilitatrice, quand elle fait ce qui n'est pas prévu pour que ce qui est prévu puisse se faire. Toute personne proche de celle qui a besoin d'aide, issue de son entourage familial, social, ou professionnel, qui fait en sorte que la procédure d'instruction puisse aller à son terme, pour que des aides et des soins adaptés soient apportés à la personne qui en a besoin. Toute personne qui participe ainsi au processus de *care* décrit par Joan Tronto : se soucier des difficultés rencontrées par la personne, se charger de rechercher les soutiens possibles en vue de les résoudre, effectuer une partie des tâches matérielles permettant d'y remédier, et s'assurer

¹ Comme le rappelle Jean-Marc Weller : « Pour décrire l'action de l'État, le travail associé aux infrastructures du droit passe souvent inaperçu. Pour octroyer une aide, sanctionner un contrevenant ou attester d'un statut, il y a tout un travail administratif de traitement, de calcul, de tri, de manipulation de l'information qui finit par "se fondre dans l'arrière-plan jusqu'à disparaître" (Star S.L., Ruhdeler K., « Steps Toward an Ecology of Infrastructure... » : 118), bien en-deçà ou au-delà des tribunes ou des guichets que les usagers aperçoivent, et dont il importe de restituer l'ampleur et les modes d'organisation : c'est la capacité étatique qui en dépend. » (Weller, 2018 : 16).

que les aides ainsi apportées correspondent à la personne destinataire. Ce faisant, cette personne facilitatrice favorise aussi l'accès aux droits d'une personne qui n'est pas ou plus en capacité d'effectuer seule ces démarches, qui se retrouve ou se sent dans une forme d'impuissance administrative.

Les pages qui précèdent montrent que l'exercice d'un *care bureaucratique* pour mettre en œuvre une politique sociale comme celle instaurant l'APA nécessite plusieurs conditions. D'une part, la présence d'une personne suffisamment disponible pour aider à effectuer, ou pour effectuer directement, les différentes démarches nécessaires. C'est souvent le cas parmi ceux que l'on nomme les proches aidants – conjoint, enfant, famille ou entourage proche –, mais pas toujours. Car au fil des années, de nombreuses personnes se retrouvent isolées, ou bien leurs proches ne sont plus eux-mêmes en capacité d'effectuer ces démarches¹. Nous avons constaté qu'alors, cette fonction de facilitation est assurée par un ou plusieurs professionnels. Mais cet accompagnement facilitateur de la procédure demande d'avoir du temps pour le faire, et implique donc un minimum de reconnaissance institutionnelle pour les professionnels qui l'effectuent. Ce qui ne semble pas être le cas lorsque les équipes sont incomplètes, ou que les professionnels ne sont pas assez nombreux au regard de la quantité de travail. Pourtant, cette double attention portée aux personnes et au traitement bureaucratique de leurs demandes peut aussi constituer une façon de limiter les pertes de temps (dues à des erreurs, à des retards dans l'envoi des pièces, etc.), et donc potentiellement d'améliorer le respect des délais de procédure, voire l'effectivité de l'aide apportée². D'autre part, le travail de *care bureaucratique* implique de développer à la fois des compétences administratives et relationnelles. Or, si certains agents administratifs apprécient cette mission justement pour cette dimension relationnelle, comme le précise cette gestionnaire avec insistance,

C'est un poste administratif où le relationnel est encore bien présent – on peut pas toujours trouver ça dans les postes administratifs. Moi, j'aime bien des postes administratifs avec le contact, et avec la personne âgée... J'y trouve du sens, à mon poste administratif avec les personnes âgées. Ne serait-ce qu'à travers l'écoute. Ça m'intéresse beaucoup ce relationnel qu'on peut avoir, avec la personne âgée.

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe M, Jeudi 02 octobre 2014)

d'autres au contraire reconnaissent leur embarras, leur malaise, dans leurs relations avec des personnes vieillissantes³. De même, des travailleurs sociaux expriment assez facilement leurs agacements ou leurs tracas avec les exigences et les subtilités de la procédure d'instruction et

¹ Comme ce fut le cas pour monsieur Dallage (voir *Supra*, Chapitre 7. – a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir »).

² De plus, si l'on considère que les aides financées par l'APA peuvent contribuer à la prévention de la perte d'autonomie, faciliter l'accès à cette prestation peut aussi constituer un enjeu de santé publique.

³ Voir *Supra*, Chapitre 4 – d) Des « équipes médico-sociales » de toutes compositions.

ses adaptations locales¹. Le travail des professionnelles en concertation, ou au moins en cohérence, voire en collégialité comme nous l'avons observé dans le département F, peut alors être l'occasion d'une mutualisation de ces compétences :

Dans le cadre de l'APA, on travaille très en lien avec les administratifs qui sont souvent très compétents au niveau des aspects procédure, gestion, budget. Ils établissent sur toutes ces questions des liens directs avec les services de maintien à domicile, avec les services hospitaliers, avec les partenaires administratifs ainsi qu'avec les familles. Lorsque les services administratifs fonctionnent bien, le travailleur social peut vraiment se centrer sur l'accompagnement social.

(Assistante sociale territoriale, Conseil général F, 2009, *Accompagner des Personnes âgées dans le cadre d'un poste spécialisé PA*)

Cette synergie est d'autant plus intéressante que l'activité de *care bureaucratique* comporte au moins deux difficultés. L'une consiste à pouvoir équilibrer ces deux logiques, celle de la rigueur bureaucratique et celle des aléas de la vie humaine. L'autre à pouvoir gérer la « double contrainte » mentionnée par Vincent Dubois, laquelle consiste à être personnellement engagé tout en sachant se préserver, à « être capable de cloisonner sa personnalité et de maîtriser ce cloisonnement ainsi que les déplacements qui s'y opèrent » (2010a : 125).

Par ailleurs, l'instauration d'une certaine qualité de relation entre la personne destinataire de l'attention et la professionnelle incite souvent cette dernière à élargir son intervention, quitte à déborder du cadre de l'instruction d'une demande d'APA. Ainsi, la gestionnaire se retrouve souvent interpellée pour des demandes de diverses natures. Presque toujours présente et disponible à la maison du département, elle peut être facilement sollicitée, pour des demandes d'explications ou de traductions des courriers, pour faciliter la compréhension de la procédure – ou de la décision et de ses conséquences pour la personne destinataire. Pour des questions de délais, ou pour démêler des dysfonctionnements administratifs. Compétente dans ce domaine, elle devient référente et soutien technique autant pour les personnes destinataires de l'APA, que pour ses collègues du service départemental et pour les services prestataires. En décodant le langage administratif, elle assure des fonctions de médiation administrative. Pour des questions plus complexes ou qui ne relèvent pas directement de sa compétence, elle peut alors orienter, ou relayer auprès d'une référente médico-sociale – ou simplement écouter, renseigner, et rassurer « une population un peu perdue et qui a besoin de soutien ». Ce faisant, elle remplit une fonction d'écoute. Son travail se révèle alors plus complexe que des enchaînements de gestes administratifs et de brassage de dossiers, et sa fonction ne se limite

¹ Voir *Supra*, Chapitre 7. – a) « Plus on a besoin d'aide, plus c'est compliqué d'en avoir ». Cet embarras des procédures administratives existe sans doute aussi chez des infirmières ou des médecins, mais l'enquête ne m'a pas donné l'occasion de l'observer.

pas à ce rôle de vérifications, d'enregistrements divers, et de manipulations des dossiers de demande.

La référente médico-sociale peut aussi être mobilisée, ou se mobiliser, sur des questions de procédure, au-delà des explications apportées pendant l'entretien à domicile. Par exemple en retournant chez une personne pour lui apporter la proposition de plan d'aide, et lui en expliquer le contenu, si elle a repéré ou pressent que celle-ci risque de ne pas donner suite à ce courrier, faute de le comprendre. Elle peut aussi l'accompagner pour mettre les aides en place,

Parce que sinon, ça n'aurait aucun sens d'attribuer l'APA si nous, on n'essaye pas de faire en sorte que la personne puisse vraiment avoir des aides ! Alors, oui, si elle est toute seule, si c'est une personne isolée, et ben on y va, on contacte le service d'aide à domicile, on fait le lien avec les infirmières si y en a, tout ça... Bref, on fait en sorte que la personne elle puisse rester chez elle en toute sécurité...

(Assistante sociale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 03 décembre 2014).

Ou aller rechercher les justificatifs attestant de la mise en place de ces aides, comme nous l'avons vu précédemment¹. Pour d'autres points de procédure, et selon son niveau de connaissance en la matière, elle peut répondre directement ou sait se renseigner auprès de sa collègue gestionnaire, voire du service central. Mais elle peut aussi être sollicitée et intervenir pour toute autre sorte de questions. Par exemple sur des questions de budget ou de logement, quand la personne bénéficiaire de l'APA part vivre en EHPAD, affectant alors l'équilibre budgétaire de son conjoint restant vivre au domicile. Même si celui-ci n'est pas bénéficiaire de l'APA, l'agent départemental va l'aider à trouver une solution adaptée à sa nouvelle situation (telle qu'une demande d'allocation logement et/ou la recherche d'un logement plus adapté). Ou bien, lors de l'entretien à domicile, la référente médico-sociale constate une situation de maltraitance, de danger ou risque de danger, nécessitant une intervention adaptée (information de la famille proche, demande de protection juridique pour une personne majeure vulnérable, signalement au procureur, ...). Ou encore dans des situations de tensions, voire de conflit familial, pour lesquelles elle pourra proposer une médiation, ou au moins essayer de favoriser un accord suffisant pour le bénéfice du parent qui a besoin d'être aidé². C'est sans doute cet aménagement de la bureaucratie en travail de *care* qui permet aux professionnels rencontrés de partager l'avis de cette travailleuse sociale, qui a vécu l'évolution des politiques sociales en direction de cette population âgée en travaillant dans un service social municipal avant la création de la PSD :

Ah oui, l'APA c'est un outil intéressant !

¹ Voir *Supra*, Chapitre 5. – b) *Les outils de contrôle et leurs limites : le retour du care*.

² Comme nous l'avons vu dans la situation de madame Gaberelle, *Supra*, Chapitre 2. – b) *Des incapacités multidimensionnelles*, et Chapitre 2. – d) *L'importance du contexte de vie*.

À quel point de vue ?

Parce que ça conjugue l'aide financière qui permet la mise en place des aides – parce que sans aide financière, peu de gens ferait quelque chose – et une porte d'entrée qu'est intéressante

Ça entraîne un travail d'accompagnement auprès des personnes âgées beaucoup plus important qu'auparavant (...)

Parce que quand on prend en charge une situation dans le cadre d'une demande APA, si la personne, elle a d'autres problématiques sociales, on les gère aussi -

Notamment le logement, si la personne souhaite changer de logement, on peut les accompagner dans le recherche de logement ; les problématiques financières, les aider à payer une facture, ...

Ça peut aussi être juste leur dire d'aller voir leur médecin, parce qu'on s'rend bien compte qu'y a quelque chose qui va pas terrible...

Enfin... Voilà

(Assistante sociale, Conseil général F, Équipe P, Mercredi 03 décembre 2014).

Conclusion Chapitre 9

Ce chapitre retrace les dernières étapes de la procédure d'instruction d'une demande d'APA, et évoque certains des effets produits par ces opérations – en particulier quand les agents départementaux rencontrent les personnes destinataires de leurs actions, quand les règles institutionnelles se confrontent à la vie privée des gens.

Le premier récit présente l'espace institutionnel dans lequel les agents administratifs, médicaux et sociaux, réétudient chaque demande d'APA, à la lumière de l'évaluation réalisée dans le lieu de vie de la personne candidate. Les observations cliniques sont rapportées et soumises à ces différents points de vue. Le partage de ces informations confronte plusieurs logiques professionnelles et suscite des discussions, lesquelles participent à la décision d'attribuer ou non « un droit à des usagers, compte tenu d'une réglementation » (Weller, 2018 : 71). Dans cette configuration, le pouvoir discrétionnaire s'exerce de façon collégiale pour accorder un droit qui comporte deux aspects : d'une part l'éligibilité à la prestation, et d'autre part le montant de l'allocation. Dans l'ensemble des situations observées, l'éligibilité ne donne pas lieu à des discussions polémiques¹. Quand il y a discussion sur le GIR, elle porte plutôt sur des questions de prévention et de cohérences des *items* entre eux, ou entre l'évaluation effectuée à domicile et celle réalisée à partir du certificat médical. Par contre, les échanges sont plus fréquents, et parfois plus vifs, dans la définition du plan d'aide : non pas - ou rarement - sur la pertinence ou le coût d'une aide au regard des besoins identifiés chez la personne bénéficiaire, mais plus souvent sur la conformité de l'aide envisagée avec le cadre institutionnel et technique. La décision se construit ainsi autant sur le récit rapporté par le visiteur (Weller,

¹ Nous pouvons d'ailleurs souligner que l'ensemble des services enquêtés mentionnent un taux de recours très faible, et quasi inexistant en ce qui concerne le niveau de GIR évalué.

2018) et sur son diagnostic médico-social, que sur une adaptation de ses conclusions aux calculs et aux contraintes administratives, dans une forme de négociation et parfois de tensions entre ces compétences et ces logiques.

Le second récit est focalisé sur la finalisation de la procédure d'instruction. À ce stade, la gestionnaire se retrouve à nouveau être l'opératrice principale des actions à effectuer. Le nombre de ces actions et des adaptations qu'elles entraînent souligne le rôle clé de cette fonction, et de l'engagement nécessaire pour mettre en application les exigences de la procédure. Ce récit rappelle que les autres opérateurs de contact - infirmières et travailleuses sociales - sont également mobilisés jusqu'à la fin de la procédure, et au-delà, pour permettre l'ajustement entre les règles institutionnelles et les impuissances administratives des personnes qui en sont destinataires et utilisatrices. Nous revenons sur la notion de *care bureaucratique* pour souligner l'importance de ces multiples initiatives qui permettent d'aller au bout de l'instruction d'une demande d'APA, pour qu'une réponse « acceptable » (Dourlens et Vidal-Naquet, 2016) soit proposée et apportée à la personne demandeuse. Ces initiatives ne relèvent d'ailleurs pas exclusivement de l'action des agents départementaux, mais aussi de toute personne tierce qui agit selon ses compétences, et souvent de façon invisible, pour faciliter le déroulement d'une procédure complexe. Toute personne qui participe à la régulation de la mise en actes de textes juridiques.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Cette troisième et dernière partie déroule les opérations effectuées par les agents départementaux de contact pour traduire en actes la loi relative à l'APA, à partir des configurations présentées précédemment. Les trois chapitres qui la composent permettent de suivre la succession chronologique des étapes prévues par la procédure d'instruction, selon les lieux et les protagonistes – et telle qu'elle est organisée dans le département où l'enquête ethnographique a été menée.

Dans le chapitre 7, nous suivons les prémices de cette instruction : formuler une demande selon les règles administratives, la transmettre au service compétent, là où une gestionnaire la réceptionne et démarre l'instruction administrative. Après vérification des éléments constitutifs de la demande, la gestionnaire peut la transformer en dossier administratif individuel, et éditer un accusé de réception qui marque la date officielle de début de procédure. Cette première phase administrative d'enregistrement de la demande prépare la suite de l'instruction, laquelle se précise au cours d'une réunion de l'équipe médico-sociale. Là, médecin et/ou infirmière, travailleurs sociaux et gestionnaires, encadrées par un responsable territorial, organisent l'instruction médico-sociale à partir des consignes institutionnelles et du contenu de la demande.

Dans le chapitre suivant, nous suivons des bureaucrates de contact dans leurs déplacements au domicile de personnes candidates à l'APA, et nous observons les particularités de cette pratique, qui consiste à mener un entretien d'évaluation médico-sociale hors des murs institutionnels. L'enjeu est à la fois d'évaluer l'éligibilité, d'identifier les besoins, et de s'accorder sur les aides nécessaires. Nous avons observé l'importance du mode conversationnel de l'entretien, qui favorise l'instauration d'un climat de confiance suffisant entre la visiteuse, qui se retrouve dans un contexte dont elle ne maîtrise pas les codes, et la personne visitée, qui reçoit un agent institutionnel dont elle ne saisit pas toujours très clairement les raisons de la présence. La conversation semble être pratiquée comme une ressource sécurisante pour faciliter l'expression de diverses questions, même les plus délicates, et pour négocier les aides à mettre en place. Nous constatons également que dans bon nombre de situations, la présence d'une tierce personne facilite grandement la compréhension réciproque – des difficultés et des ressources d'une part, de la bureaucratie et de ses règles d'autre part. Et quand cette personne n'existe pas dans l'entourage proche, les professionnels élargissent leur mission autant que possible pour permettre la mise en place des aides décidées en limitant les complications pour la personne bénéficiaire.

Dans le dernier chapitre, nous retrouvons les agents de l'équipe médico-sociale dans les locaux de la maison du département. Les visiteuses effectuent les tâches administratives nécessaires pour rendre compte des entretiens réalisés à domicile à leurs collègues administratifs, médicaux et sociaux, et pour compléter le dossier administratif individuel avec les pièces justifiant les décisions qui vont être prises. À l'étude de chaque demande, les différentes logiques professionnelles s'énoncent, et parfois s'affrontent, pour valider l'évaluation et le contenu du plan d'aide proposé par l'agent visiteur. Ces échanges sont aussi des moments de partages d'expériences et de formations pour chacun des agents. La gestionnaire enregistre ensuite la proposition de réponse décidée par l'équipe médico-sociale. Puis, elle engage d'autres opérations administratives pour finaliser l'instruction jusqu'à l'envoi de l'arrêté départemental d'attribution (ou de non-attribution), et le déclenchement de la mise en paiement le cas échéant. En acceptant le versement de l'APA, la personne bénéficiaire devient alors engagée avec le conseil général, auprès duquel elle doit pouvoir justifier de la bonne utilisation de l'argent public. Cette contrainte mobilise à nouveau une tierce personne facilitatrice – quand elle existe. À cette occasion, ou à toute autre quand la situation évolue, les agents départementaux peuvent aussi être sollicités pour des demandes parfois bien distinctes de l'APA.

Les récits proposés soulignent quelques points significatifs dans la mise en actes de cette politique sociale. Nous observons d'abord la diversité et la complexité des opérations nécessaires pour répondre à la demande d'aide d'une personne perdant des capacités du fait de son âge. Des locaux départementaux au domicile des personnes candidates, de l'étude de courriers à leur transformation en dossiers, de réunions pluridisciplinaires en entretiens individuels, les opérateurs institutionnels tendent à considérer chaque demande d'abord au travers du prisme de la procédure définie. Et ils cherchent à réguler ces consignes institutionnelles pour tenir simultanément les deux objectifs principaux de leur mission : répondre à une demande d'aide singulière et située, et participer à la production d'une décision administrative et politique. Nous constatons ensuite le rôle pivot des gestionnaires de dossiers, qui veillent au bon déroulement de l'ensemble des opérations, au respect des délais réglementaires, et qui, souvent, ne se limitent pas strictement à cette fonction bureaucratique. Soucieuses que la prestation apporte le service prévu aux personnes qui en sont destinataires, elles peuvent s'engager au-delà de leurs tâches administratives pour permettre justement que la procédure se déroule correctement. De même, les agents médico-sociaux sont souvent sollicités au-delà de l'évaluation à l'éligibilité et de la définition d'un plan d'aide APA. Ils peuvent être interpellés eux aussi pour des explications d'ordre administratif, pour des

questionnements liés à l'évolution de la situation, ou encore pour toute autre question, indépendante ou indirectement liée à l'APA. Enfin, nous soulignons l'intérêt de l'une de ces règles bureaucratiques, perçue très positivement par les opérateurs départementaux : la visite à domicile systématique est en effet l'occasion d'apporter toute sorte de conseils et d'informations à des personnes et à leurs proches, lesquelles ne sont souvent pas préparées à vivre ces difficultés. Aussi, nous reprenons la notion de *care bureaucratique* pour qualifier cette forme de relation d'aide liée à l'accompagnement des procédures bureaucratiques, et qui apparaît comme un mode de régulation indispensable pour de nombreuses personnes concernées par l'APA.

CONCLUSION GENERALE

Comme nous l'avons vu dans l'avant-propos, cette thèse est issue de questionnements apparus au cours d'une pratique professionnelle de travailleuse sociale, fonctionnaire territoriale. En participant à la mise en œuvre de politiques publiques, je constatais des effets parfois paradoxaux au vu des intentions exprimées dans ces décisions. Ces troubles venaient interroger les contradictions observées entre les moyens prévus au regard des objectifs annoncés, au point d'interroger le sens et les méthodes de l'action publique. C'est à partir de ces questions que j'ai proposé d'explorer la traduction en actes de la loi instaurant une prestation sociale destinée « à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ».

La réorientation de l'enquête et de l'analyse

Les premiers temps de la recherche doctorale ont d'abord consisté à faire des choix. J'avais recueilli au cours de ma pratique professionnelle une grande quantité de données et de questions, vécues et en partie écrites dans mes cahiers de praticienne, devenus carnets de terrain de praticienne observatrice. L'ensemble constituait la trace écrite d'un savoir expérientiel conséquent. J'ai donc envisagé l'enquête à partir de cette pratique et de ces savoirs, c'est-à-dire de ce que je connaissais relativement bien – l'organisation des services et les déclinaisons locales des textes officiels dans ce département -, pour aller explorer ce que je ne connaissais pas ou peu : les textes officiels nationaux (lois, décrets d'application, etc.) d'une part ; leurs déclinaisons et traductions organisationnelles dans d'autres départements d'autre part. Je savais fort probable que d'autres collectivités départementales aient choisi des organisations et des pratiques différentes, sans pour autant pouvoir anticiper lesquelles ni l'impact de cette diversité sur l'instruction des demandes ou sur la nature des réponses au public. Mes premières investigations ont confirmé la diversité des organisations départementales, mais je n'ai pas pu mener d'enquête ethnographique dans tous ces départements pour en mesurer les effets éventuels dans le traitement des demandes. J'ai pu aussi constater des règles de procédure diversement traduites selon les collectivités, mais de façon limitée : la précision rigoureuse des textes nationaux semble laisser peu de place aux initiatives locales. Ainsi, les variations départementales concernent souvent les mêmes points, adaptés de façon différente. Ce constat m'a alors incitée à questionner aussi les possibles variations dans un même département, selon les équipes et les professionnels. J'ai donc pris le parti d'examiner les modalités de mise en œuvre de cette décision politique en privilégiant les effets des règles de procédure sur les pratiques professionnelles des agents départementaux.

Ce choix impliquait d'observer aussi en amont le cadre de leur intervention, et donc les adaptations institutionnelles, et en aval les modalités et le déroulement des rencontres avec le public, les personnes candidates à l'APA.

Cette option donne évidemment moins de place aux personnes destinataires de l'action publique, contrairement à ce que j'avais envisagé au début de la recherche, mais elle me semblait plus réalisable au vu du temps et des moyens dont je disposais. Cette évolution dans l'orientation de l'enquête m'a aidée à redéfinir l'objet de la recherche, puis à identifier les outils théoriques avec lesquels construire l'analyse. Il ne s'agit donc pas de mesurer la pertinence de cette politique sociale en elle-même, mais plutôt de comprendre ce qu'elle fait faire aux opérateurs désignés, les « bureaucrates de contact » et, dans une moindre mesure, aux destinataires eux-mêmes.

Les différentes échelles de l'action publique

Nous avons donc examiné comment la *loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie* devient effective pour les personnes qui sont nommées destinataires de cette prestation d'action sociale, quand elles vivent à domicile. Dans une première partie, nous avons retracé les circonstances qui ont conduit aux choix effectués dans la conception de la loi instaurant l'APA. Nous avons constaté que celle-ci visait surtout à limiter les dépenses publiques tout en maintenant le principe d'une aide financière pour compenser les diminutions de capacités dues au vieillissement physiologique. Avec la création de l'APA, les « personnes âgées » ne peuvent plus bénéficier de l'ACTP, initialement prévue pour des personnes handicapées adultes sans limite d'âge, et aux conditions financières plus favorables pour la personne bénéficiaire. Le législateur a donc conçu une prestation sociale avec des conditions d'éligibilité et d'attribution spécifiques, donnant lieu à une procédure innovante, avec une bureaucratie importante, pour pouvoir être contrôlée. Ce faisant, et paradoxalement, cette prestation devient difficilement accessible à ceux qui en ont besoin. Nous avons observé que les critères définis par le législateur pour identifier les éventuels bénéficiaires de cette prestation concernent des personnes dans des situations très diverses. Nous avons alors proposé une caractérisation de ces personnes candidates à l'APA, à partir de leurs capacités à prendre une décision et à la mettre en œuvre – autrement dit, à pouvoir effectuer des démarches administratives, à respecter les engagements liés à l'APA. Nous avons souligné l'importance de l'environnement dans ces situations de perte de capacités. Dans un troisième chapitre, nous avons identifié comment le travail des agents départementaux peut être impacté par ces particularités.

La deuxième partie pose le cadre dans lequel interviennent ces bureaucrates. En repérant les différents niveaux de l'action départementale, nous pouvons comprendre à quel moment et par qui sont prises les différentes décisions au fil de la procédure, et quelles marges de manœuvre et de négociation peuvent être possibles pour les opérateurs. L'identification des principaux protagonistes de la mise en œuvre de la loi et des lieux à partir desquels ils interviennent, donne une vision de leurs actions et des relations entre eux, telles qu'elles peuvent s'établir au cours de l'instruction d'une demande d'APA. Et la présentation des instruments de l'action publique, adaptés ou créés spécifiquement, précise le cadre et les contraintes institutionnels auxquels les opérateurs sont soumis. Nous avons pu observer comment les départements conçoivent l'organisation et le fonctionnement de leurs services en adaptant les consignes définies dans le CASF. Dans le chapitre 6, nous avons examiné l'un des lieux essentiel et inhabituel de la mise en application de la loi, le domicile de la personne candidate. Nous y observons comment cette obligation de « visite à domicile » systématique impacte l'ensemble des personnes concernées, agents institutionnels ou personne âgée et ses proches. Nous avons souligné la présence fréquente d'autres acteurs périphériques et essentiels à la mise en place des aides définies et financées.

Dans la troisième partie, nous relatons l'activité déployée par les agents départementaux pour instruire une demande d'APA. Plusieurs récits déroulent la chronologie des opérations effectuées par les agents d'un service départemental d'aide sociale pour informer sur cette prestation et instruire les demandes. Ils permettent de repérer les différentes étapes de la procédure d'instruction et les configurations dans lesquelles elles se déroulent, des locaux institutionnels au domicile de la personne candidate, entre professionnels de l'action sociale départementale et citoyens destinataires de ces politiques sociales. Nous relevons les particularités de ces entretiens à domicile, pour lesquels l'agent départemental est reçu dans un lieu de vie auquel il doit s'adapter, tout en suivant sa logique professionnelle et institutionnelle pour évaluer la situation de la personne qui le reçoit. Nous soulignons le rôle souvent indispensable d'une tierce personne facilitatrice pour examiner au mieux la demande et le bénéfice de la prestation. De retour dans les locaux du département, nous observons la fabrication collective d'une décision, basée sur de nombreuses tâches administratives et sur la confrontation des logiques professionnelles. Dans la complexité de cette procédure, nous constatons le rôle important de la gestionnaire territoriale, garante du respect des actions à réaliser et des délais, et la façon dont elle s'autorise à déborder de cette fonction purement administrative pour en faciliter le déroulement.

Nous observons aussi les tensions qui peuvent apparaître aux différents moments de cette procédure – entre des personnes dont les logiques diffèrent, ou entre des tâches qui semblent

contradictaires. Ce cheminement nous conduit à souligner des effets secondaires produits par la conception et la traduction en actes de cette procédure bureaucratique.

Traductions départementales et réorganisation des services : les régulations de l'institution

Les caractéristiques de cette nouvelle prestation, et le nombre important de personnes susceptibles d'en être bénéficiaires, ont entraîné une réorganisation des services d'aide sociale dans l'ensemble des départements enquêtés. Ces collectivités territoriales ont procédé à des recrutements spécifiques, elles ont adapté ou créé des outils particuliers pour satisfaire les modalités d'instruction imposées, telles que : des règles administratives nombreuses et rigoureuses ; une interdisciplinarité imposée dans les équipes médico-sociales ; des déplacements fréquents pour les visiteurs évaluateurs. Cette réorganisation s'est effectuée autour de deux choix majeurs : la sectorisation et la spécialisation.

La sectorisation est une organisation effective de longue date dans les services départementaux sociaux et médico-sociaux, notamment pour les missions de polyvalence de secteur et de PMI. Elle peut être liée à une territorialisation, mais pas obligatoirement – comme c'est le cas pour la mise en œuvre de la loi relative à l'APA. Pour cette mission, elle présente l'avantage de rationaliser les nombreux déplacements : suivant la nature du territoire et le découpage effectué, ce critère n'est pas négligeable. Elle a aussi l'intérêt de faciliter la connaissance et la mise en réseau des services professionnels et des interlocuteurs intervenant auprès de cette population. Or, comme souvent en matière d'action sociale ou médico-sociale, cette connaissance partenariale est précieuse pour accompagner au mieux les personnes en difficultés. Et cette mise en commun des compétences est incontournable pour les personnes bénéficiaires de l'APA, puisque les aides finançables par cette allocation ne sont pas fournies par un service départemental.

La spécialisation des services et des équipes n'a pas été aussi évidente à organiser, elle s'est mise en place progressivement et a rencontré parfois quelques résistances parmi les professionnels. D'ailleurs, au moment de l'enquête, deux des six départements ne l'avaient pas finalisée. Pourtant, avec une expérience sans cesse renouvelée, les professionnelles « spécialisées » affinent leur connaissance du public, de l'environnement professionnel, de la procédure et de ses applications locales. De plus, elles développent de nouvelles compétences et pratiques, en s'adaptant aux spécificités de leur mission. L'observation de travailleuses sociales non spécialisées en entretien d'évaluation a permis de constater une moindre aisance, dans le déroulement de l'entretien comme dans les facilités à considérer les questions posées.

Car c'est aussi l'expérience pratique qui développe la conscience et la compétence des opératrices : certaines d'entre elles peuvent utiliser leur intuition, leurs ressentis, et leur subjectivité, pour affiner et ajuster l'entretien¹. Cette familiarité avec la mission est d'autant plus perceptible lorsque les professionnelles ont choisi cette spécialisation, comme j'ai pu l'observer – et le vivre – dans le département où j'ai mené l'enquête ethnographique.

Et puis, le mode de fonctionnement des équipes a aussi une incidence significative dans les pratiques professionnelles des agents, et donc dans leur ajustement professionnel : réunir les membres de l'équipe médico-sociale autour d'une table pour décider collectivement des possibilités de réponse à la demande ne produit pas le même effet qu'une proposition d'un visiteur vérifiée et validée par une gestionnaire et une responsable territoriale. Comme souvent dans le travail social, les partages d'expérience et de points de vue complètent les connaissances et permettent de travailler la subjectivité.

Développer des compétences de *care* bureaucratique

Alors c'est une procédure qui est quand même très rigide, très codifiée – y compris dans les délais... Mais ce qu'on n'évalue pas bien, c'est tout le temps passé dans les échanges. Ça, c'est pas quantifiable. Le temps passé, c'est pas une mesure quantifiée. Dans mes stats, on me demande combien de dossiers, point barre. On regarde le nombre de dossiers, mais c'est différent du temps passé dans le relationnel - On ne demande pas combien de téléphone, d'accompagnement des personnes, les explications données...

Et comment on peut faire pour que cette procédure, qu'est très rigide, très administrative, comment on peut la compléter pour qu'effectivement... Et ben, c'est ce côté relationnel, justement, qui fait qu'on peut être en osmose de part et d'autre, en faisant part des choses au service, en faisant part des choses aux personnes, pour qu'il y ait...

En tous les cas, moi, c'est, c'est un peu le but, qu'effectivement les gens comprennent ce que c'est que cette procédure qu'est pas facile, qu'on est là, quand même, pour aller jusqu'au bout, du mieux possible. Qui fait que... Voilà.

(Gestionnaire, Conseil général F, Équipe M, Jeudi 02 octobre 2014)

L'enquête a confirmé mes observations de praticienne : cette prestation sociale et ses conditions d'attribution représentent un paradoxe. Elle s'adresse à des personnes suffisamment handicapées par des pertes ou des diminutions de capacités dans leur vie quotidienne pour demander ou envisager une aide extérieure à leur univers habituel de vie, une aide publique. Et demander cette aide leur impose de respecter une procédure particulièrement bureaucratique, qui comporte de nombreuses règles, de nombreux instruments de l'action publique - utilisables par des agents spécifiquement nommés – tantôt

¹ Rappelons que les pratiques d'intervention sociales ou médico-sociales, comme celles de nombreux autres secteurs d'activité (notamment dans le domaine de la santé ou de l'éducation), impliquent de travailler autant avec sa professionnalité qu'avec sa personnalité.

un professionnel de l'action publique, tantôt le destinataire de l'action publique lui-même. Pour la personne potentiellement bénéficiaire, solliciter l'APA, c'est d'abord s'engager dans une démarche administrative bien souvent disproportionnée au regard de ses capacités. Et ce que montre cette recherche, c'est d'abord que ce paradoxe est accentué quand la personne candidate se montre en difficulté ou en désintérêt pour gérer ses affaires et toute question administrative : nous avons qualifié d'« impuissance administrative » cette forme d'incapacité, non discriminante dans le calcul du GIR, mais déterminante pour pouvoir demander de l'aide, et en particulier recourir à l'APA. Ce système d'aide pourrait donc exclure une partie des bénéficiaires potentiels.

Mais la recherche montre aussi que ce paradoxe peut être en partie résolu quand une tierce personne peut être présente et accompagner ces démarches : elle assure alors une fonction de facilitation. Nous avons pu voir au fil des étapes que cette facilitation peut s'exercer à différents moments, et surtout de différentes manières : faire avec ou faire pour ; remplir les formulaires et courriers ou faciliter la visite et l'évaluation ; apporter des explications à la personne aidée ou à l'agent institutionnel ; assurer la coordination ou la continuité du bénéfice de l'APA ; etc. Et nous avons pu constater que cette fonction peut être assurée par une ou plusieurs personnes. Le plus souvent, cette tierce personne fait partie de l'entourage familial de la personne candidate ou bénéficiaire de l'APA : elle peut alors être identifiée comme « personne référente », être enregistrée comme telle dans les dossiers administratifs individuels, et, habituellement, exercer toutes les tâches de facilitation nécessaires, de façon continue et pérenne. Depuis la loi de 2015, elle est d'ailleurs reconnue comme une « aidante », et doit aussi être l'objet d'attention de la part des opérateurs publics. Mais nous avons relevé aussi que cette personne de l'entourage proche n'existe pas toujours, ou n'est pas suffisamment disponible et compétente¹, pour effectuer l'ensemble des démarches administratives, en particulier celles liées à l'APA. Et nous avons observé qu'en l'absence d'un aidant dans l'entourage proche, cette fonction de facilitation est toujours effectuée par un ou plusieurs professionnels, le plus souvent issus du secteur médical ou social mais pas exclusivement², au moins pour la première étape consistant à formuler la demande ou à en signaler le besoin – et au risque de déborder de sa mission initiale.

1 Dans le double sens d'avoir la légitimité et la capacité pour le faire.

2 J'ai par exemple été contactée par un chauffeur de taxi, inquiet de la situation d'un monsieur isolé qu'il transportait régulièrement.

Soulignons également que les notions de « proche aidant » et « aidant professionnel » ne sont pas toujours catégoriquement antinomiques, il existe par exemple des associations que l'on peut qualifier à la fois de « proche » et de « professionnel », dans la mesure où le bénévole qui assure une relation de proximité avec la personne qu'il rencontre régulièrement peut référer à un responsable salarié pour toute situation qui lui paraît inquiétante. C'est alors ce dernier qui contacte le service départemental pour le signaler.

Nous constatons que l'intervention d'une ou plusieurs personnes assurant cette fonction de facilitation est toujours nécessaire pour permettre à une personne en situation d'impuissance administrative d'accéder au droit à l'APA. La nécessité de la présence et de l'engagement d'une tierce personne semble être un effet secondaire caractéristique de cette loi, du fait même de sa conception. Nous avons alors proposé la notion de *care bureaucratique* pour qualifier toutes les actions qui sont effectuées, souvent discrètement, pour permettre l'articulation entre la logique bureaucratique et la logique de relation d'aide.

Par ailleurs, nous remarquons que dans bon nombre de situations, cette posture d'attention incite l'opérateur professionnel à agir au-delà de l'instruction de la demande d'APA – en réponse à d'autres demandes, ou de sa propre initiative selon sa compréhension de la situation. Là aussi, le partage avec ses collègues d'équipe peut constituer un soutien efficace pour réguler ces débordements. À condition toutefois que l'organisation départementale permette de prendre en considération ces demandes supplémentaires. Dans ce cas, la procédure d'instruction des demandes d'APA devient aussi un espace pour aider les personnes concernées – candidate, bénéficiaires ou leurs proches – quelle que soit la nature de l'aide.

Les limites et les possibles d'une recherche

À l'issue de ce travail, revenons sur quelques précisions méthodologiques.

Quelles que soient les précautions prises, une enquête en sciences sociales comporte des biais. En ce qui concerne l'enquête sur laquelle se fonde l'analyse présentée ici, j'ai souhaité réaliser officiellement une enquête ethnographique au sein d'une collectivité départementale. Bien sûr, j'avais auparavant déjà recueilli des matériaux, mais ils concernaient essentiellement ma propre pratique. À partir du moment où j'ai décidé d'élargir ce regard en observant et en interviewant d'autres professionnels, je souhaitai que ce soit fait de façon reconnue et acceptée. Ce choix impliquait une autorisation institutionnelle par la direction générale, et un accord des équipes qui auraient à accepter, voire supporter ma présence. J'ai expliqué précédemment comment s'est opéré cet accord. Je rappelle ici les conséquences : les matériaux recueillis pendant cette phase de l'enquête n'ont pu l'être qu'auprès des professionnels qui étaient d'accord pour participer à cette recherche. Qui acceptaient donc d'être observés et questionnés. Ce n'est pas forcément une position confortable, c'est pourquoi j'ai respecté les refus et les silences de celles qui ne le souhaitaient pas. Il est donc probable que les professionnels qui ont accepté ma présence sont des personnes qui ne se sentent pas particulièrement en difficultés dans leur poste, et s'y engagent sincèrement comme j'ai pu le présenter ici. D'autres, que je n'ai pas pu accompagner, par exemple pour les entretiens à domicile, pourraient être moins impliqués,

moins bienveillants, ou simplement moins attentifs. Toutefois, les effets de ce biais peuvent être atténués, au moins en partie, par mes observations d'enquêtrice et par mes connaissances de praticienne : dans cette collectivité¹, les agents choisissent la mission sur laquelle ils sont affectés ; il est très rare d'y être affecté d'office, en tout cas pour les agents de ces filières (administrative, médicale et sociale) et de ces catégories (B et C) ; et dans l'hypothèse où ils ne s'y sentent pas bien, ils peuvent habituellement muter assez facilement, parce que ce sont des emplois où il y a beaucoup de postes et souvent des mouvements. De fait, j'ai rencontré essentiellement des professionnelles qui ont choisi leur poste, qui aiment ce qu'elles font, et qui le font avec engagement.

Par ailleurs, pour servir l'analyse, il est utile de s'appuyer sur des matériaux d'enquête suffisamment éloquents. Ainsi, la lecture des récits présentés dans la troisième partie peut laisser supposer que toutes les situations demandent beaucoup de temps et un accompagnement important. Il n'en est rien, et c'est heureux. D'ailleurs, beaucoup de situations n'apparaissent pas, ou très succinctement, dans mes cahiers de praticienne ou dans mes carnets d'enquête – sans doute parce qu'elles n'ont pas éveillé ma curiosité, ou bien je n'ai pas eu le temps de les transcrire. Inversement, les extraits d'enquête et les récits ne traduisent pas la totalité de ce qui se passe dans les maisons du département, dans les domiciles, ou dans les déplacements. Ce qui est donné à voir ici, ce sont essentiellement les moments significatifs de ces régulations nécessaires à la mise en application de la loi, par exemple les débordements ou contournements qui manifestent l'implication des agents départementaux et des proches aidants. Enfin, beaucoup de ces observations pourraient être analysées avec une autre approche, à partir d'autres questionnements, correspondant à d'autres choix.

Les choix retenus ici proposent une vision de la mise en application de la loi à l'échelle d'un département, avec un double focus sur les effets produits dans les organisations départementales et dans les pratiques des agents opérateurs de contact. Il me semblait nécessaire de présenter ce contexte institutionnel et réglementaire de façon suffisamment globale et précise pour mieux comprendre les conséquences produites par certaines décisions et leur régulation. Il reste beaucoup d'autres questionnements à explorer, éventuellement à l'aide d'autres connaissances disciplinaires. À titre d'exemple, nous pouvons évoquer la question du coût financier de cette bureaucratie au regard du service rendu ; une question qui pourrait être mise en perspective avec le coût financier des autres politiques sociales relevant de la compétence d'un département, et apparemment moins gourmandes en opérations

¹ Comme dans beaucoup d'autres, mais je n'ai pas pu le vérifier systématiquement pendant l'enquête.

administratives ; ou qui pourrait être questionnée en termes de temps consacré à ces tâches administratives au détriment de l'accompagnement social et humain. Et puis, bien sûr, autre point très présent en filigrane dans mon étude, les effets de la procédure pour les personnes visitées elles-mêmes, et pour leurs proches : les attitudes de refus ou de résistances ne pourraient-elles pas (aussi) venir d'un refus de s'entendre dire par une personne inconnue et institutionnelle « dans quel état je suis » et « ce que je dois faire » ? Comment est vécu le déroulement de la procédure et la mise en œuvre du plan d'aide du point de vue des personnes candidates ou bénéficiaires ? Comment cette instruction et les engagements liés au bénéfice de l'APA peuvent-elles impacter la dynamique familiale ? Un autre angle d'approche pourrait permettre d'éclairer l'une des questions que j'ai dû écarter : comment peut-on concevoir une telle complexité dans la réglementation pour mettre en œuvre une prestation sociale destinée à des personnes déjà fragilisées ? Nous pourrions par exemple examiner comment l'abondance de règles et d'opérateurs risque de multiplier les interprétations et les régulations, sources potentielles de tensions supplémentaires. Ou encore, dans la continuité de ce que nous avons mis en évidence ici, rechercher comment les particularités de cette loi et de ses modalités d'application peuvent produire des inégalités d'accès et du non-recours à la prestation.

Comme toute décision, le vote de cette loi produit des effets à la fois intentionnels – en l'occurrence, proposer un certain type d'aide publique aux personnes désignées en limitant les dépenses publiques –, et d'autres effets plus inattendus, imprévus ou négligés. Parmi ceux-ci, nous nous sommes intéressés dans cette recherche plus particulièrement aux incidences sur les pratiques professionnelles des agents départementaux, opérateurs de cette nouvelle mission, et sur le cadre institutionnel dans lequel ils l'exercent. Cette approche a permis de mettre en évidence les embarras provoqués par les règles de procédure prévues pour la mise en œuvre de cette loi, lesquels concernent non seulement les opérateurs institutionnels, mais aussi les personnes candidates ou bénéficiaires et leurs proches – et ce, depuis la formulation d'une demande jusqu'à l'attribution de la prestation. Pourtant, le nombre de bénéficiaires de l'APA n'a cessé de croître depuis sa mise en application en 2002¹, révélant ainsi un intérêt significatif pour cette prestation. L'analyse développée dans ces pages permet de souligner quelques éléments pour expliquer ce chiffre, qui pourrait paraître contradictoire avec les difficultés énoncées.

D'abord, la présence quasi systématique de personnes tierces auprès des personnes candidates ou bénéficiaires pour faciliter l'accès à la prestation et le suivi de son attribution : nous pouvons

¹ Au 31 décembre 2020, 782 000 personnes vivant à domicile percevaient l'APA (Leroux, 2022).

en déduire que pour pouvoir bénéficier de l'APA, il faut être aidé. Cette condition nécessaire, bien que rarement exprimée, résonne curieusement avec le nom de la prestation. D'autant plus que pour que l'aide apportée soit efficace, il faut que ladite personne tierce développe des compétences de *care* suffisante pour pouvoir conjuguer les besoins de la personne et les exigences de la procédure. Et nous avons vu combien les différents opérateurs institutionnels s'y emploient tout au long de l'instruction – parfois au-delà.

Et puis, les règles de la procédure entraînent divers mouvements qui semblent réguler ces embarras. D'une part, la visite à domicile systématique : elle présente l'intérêt de déplacer au moins un agent départemental auprès des personnes perdant des capacités – dont celle de se déplacer. Quelles que soient les particularités de cette pratique¹, ce déplacement représente une sorte de « mise à disposition » de l'agent départemental au chevet de la personne demandeuse d'aide et de ses proches. Comme nous l'avons décrit, cet entretien situé constitue souvent l'occasion d'échanges animés, au-delà de la stricte évaluation à l'APA, en permettant l'expression et l'écoute des difficultés et des inquiétudes, en proposant divers conseils et informations pour y répondre – autant que possible –, et ce, au-delà de l'aide financière éventuellement apportée par l'APA. D'autant plus que cette présence dans le lieu de vie de la personne permet d'évaluer sa situation dans son ensemble, en prenant en considération son environnement de vie dans tous ses aspects – matériels, familial, social, etc. En ce sens, la « visite APA » constitue une porte d'entrée pour repérer, et éventuellement proposer une aide, à des personnes en situation difficile et qui souvent ne demandent rien. D'autre part, nous avons vu comment les particularités de la procédure ont incité les collectivités départementales à constituer des équipes spécialisées pour optimiser le traitement des demandes. Ce faisant, les agents départementaux « spécialisés » deviennent plus compétents non seulement pour instruire les demandes d'APA, mais aussi pour mieux connaître les particularités des personnes auprès desquelles ils interviennent, leurs situations et les évolutions possibles, leurs besoins, et les réponses existantes. Ils deviennent donc plus compétents aussi pour évaluer les situations et pour renseigner de manière plus adaptée des personnes éprouvées par les changements à vivre au cours de cette période. De plus, connaissant mieux la procédure et ses règles, ils apprennent aussi à s'en servir comme support plutôt que comme contrainte, et à la mettre à distance pour ne pas parasiter la relation d'aide.

¹ Des particularités que nous avons examinées dans les *Chapitre 6* et *Chapitre 8*.

ANNEXES

Annexe 1.

Synthèse des observations d'enquête. Matériaux collectés.

Annexe 2.

Fondation Médéric Alzheimer, Bourses doctorales 2013. Cadre éthique de la recherche.

Annexe 3.

Dossier médico-social, Conseil général F, juin 2011.

Annexe 4.

Demande d'APA – Dossier administratif et dossier médical,
Conseil général F, mai 2013

ANNEXE 1.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS D'ENQUETE. MATERIAUX COLLECTES

Les différentes phases de la recherche (présentées dans l'introduction générale) ont permis de constituer un corpus constitué des matériaux présentés ci-après.

Première période, de novembre 2009 à janvier 2013

Recueil de matériaux à partir d'une place de travailleuse sociale dans un service d'aide sociale départemental. Je dois consacrer 80% de mon temps de travail à la mission « personnes âgées personne handicapées », et à ce poste, le public « personnes âgées » représente près de 70% des demandes. Je travaille au sein d'une équipe spécialisée, constituée : d'une responsable territoriale ; un médecin ; une infirmière ; deux travailleuses sociales ; cinq gestionnaires. Le territoire d'action correspond à un canton départemental urbain, équipé de cinq¹ maisons du département, dont l'une est dite « principale », parce qu'elle abrite tous les services territorialisés et les responsables territoriaux. Les MDD dites « secondaires » abritent les agents de la polyvalence de secteur, et ponctuellement ceux des autres services. Au cours de cette période, je remplis vingt-et-un cahier de notes diverses, des observations et des questionnements, soit environ deux mille pages. Près de la moitié (ceux de la période février 2012 à janvier 2013) contiennent des notes plus ethnographiques, recentrées sur les interventions auprès d'un public concerné par l'APA. L'ensemble de ces observations concernent environ trois cent cinquante personnes âgées de plus de 60 ans et leur entourage, privé et/ou professionnel. Elles représentent près de cinq cent visites à domicile, et environ cent trente réunions d'équipe médico-sociale spécialisée APA. Cette période est celle au cours de laquelle je me familiarise avec les procédures et leurs instrumentes (formulaires, guides et référentiels, organigrammes, communication institutionnelle, etc.), y compris ceux que je produis (dossiers « sociaux », correspondances, rapports, etc.).

Deuxième période, de février 2013 à mai 2014

Devenu doctorante, je construis progressivement la recherche, à partir de lectures scientifiques et des recherches documentaires, en participant à des séminaires, des formations doctorales,

¹ Suite à des réorganisations, ces cinq MDD existantes à mon arrivée n'étaient plus que trois quand je suis partie trois ans plus tard.

des journées d'études ou des colloques. J'étudie le contexte institutionnel concerné par cette loi (ADF, CNSA, caisses de retraite, services d'aide à domicile, etc.), l'actualité juridique, en préparant l'enquête ethnographique. Je réalise une première série d'entretiens auprès de responsables territoriaux de service d'aide sociale dans cinq autres départements que celui où j'ai exercé :

Département A

Nombre d'habitants (en 2014) : **130.074**
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **5.151**
Fonction de la personne interviewée : **Responsable adjointe Ressource Autonomie**
Date de l'entretien : **Mercredi 23 avril 2014**
Lieu de l'entretien : **Maison des solidarités territorialisée – Ville préfecture**
Visite des locaux : **MDD**, et échanges avec les agents présents

Département B

Nombre d'habitants (en 2014) : **177.449**
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **6.419**
Fonction de la personne interviewée : **Directeur départemental**, Conseil général
Date de l'entretien : **Mardi 06 mai 2014**
Lieu de l'entretien : **Hôtel du département – Ville préfecture**
Visite des locaux : **Non**

Département C

Nombre d'habitants (en 2014) : **269.311**
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **15.606**
Fonction de la personne interviewée : **Responsable territoriale**
Date des entretiens : **Vendredi 24 janvier 2014 – Vendredi 14 février 2014 – Mercredi 19 mars 2014 – Mercredi 14 mai 2014**
Lieu de l'entretien : **Echanges téléphoniques et Maison du département territorialisée – Ville sous-préfecture**
Visite des locaux : **Oui**, rapide

Département D

Nombre d'habitants (en 2014) : **70.701**
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **2.687**
Fonction des personnes interviewées : **Cheffe du service personnes âgées - Médecin territoriale - Intervenante de l'équipe médico-sociale APA**
Date de l'entretien : **Lundi 24 mars 2014**
Lieu de l'entretien : **Direction des Solidarités et de la Santé - Direction de l'autonomie – Ville préfecture**
Visite des locaux : **Oui**, rapide

Département E

Nombre d'habitants (en 2014) : **198.433**
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **9.891**
Fonction des personnes interviewées : **Responsable social autonomie - Pilote MAIA**
Date de l'entretien : **Mercredi 13 novembre 2013**
Lieu de l'entretien : **Maison de l'autonomie – Ville préfecture**
Visite des locaux : **Non – en travaux**

Département F

Nombre d'habitants (en 2014) : **365.439**

Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (en 2014) : **15.607**

Département d'exercice professionnel : **novembre 2009 à février 2013**

Département de l'enquête ethnographique : **mai à décembre 2014**

Troisième période : de mai à décembre 2014

Recueil de matériaux à partir d'une place de chercheuse. Je réalise une enquête ethnographique au sein du service départemental d'aide sociale dans lequel j'avais exercé dix-huit mois auparavant. L'enquête se déroule de façon discontinue de mai à août, de façon plus intense d'août à décembre. Je suis basée dans un immeuble de bureaux, à l'étage de la *Direction de l'autonomie à domicile*. J'observe le fonctionnement de ce service « central », et questionne les agents travaillant sur l'APA à domicile. J'organise mes déplacements d'enquêtrice dans les secteurs définis : deux territoires (délimités par l'administration départementale), situés l'un en zone urbaine, l'autre en zone semi-urbaine. Ces territoires regroupent chacun deux cantons, et donc deux équipes territorialisées et spécialisées « PA PH », intervenant chacune depuis la MDD principale du canton. Je rencontre les agents de ces quatre équipes dans leurs locaux institutionnels, en fonction de leurs disponibilités : pour les réunions d'équipe, en accompagnant les visiteuses dans leurs visites à domicile, ou dans leur travail administratif. Au cours de cette phase, j'ai pu ainsi rencontrer, observer, et interviewer : les deux responsables territoriales ; le médecin affecté sur l'un des territoires ; les deux infirmières en poste (deux postes étaient vacants sur ces deux territoires) ; quatre gestionnaires ; sept travailleuses sociales (six postes étaient vacants sur ces deux territoires). J'ai assisté à douze réunions d'équipes et accompagné quinze visites à domicile. Les interviews formalisées ont toutes été conduites en tête à tête dans un bureau, enregistrées avec l'accord de la personne interviewée. Elles ont été menées sous forme d'entretiens semi-directifs, à l'aide d'un guide et laissant la place aux diversions, voire à l'improvisation au vu des mouvements de l'échange. Elles ont été complétées par de nombreuses discussions informelles. J'ai aussi pu collecter de nombreux documents utilisés par les professionnels, imposés par l'administration ou autoproduits par les équipes locales.

ANNEXE 2.

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, BOURSES DOCTORALES 2013. CADRE ETHIQUE DE LA RECHERCHE

 <p>Fondation Mederic Alzheimer Bourses doctorales 2013</p>	<p>5. Cadre éthique de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none">La recherche fait-elle directement ou indirectement appel à des personnes malades ou à leurs aidants ? Si oui, veuillez indiquer en quoi leur participation consiste. Oui, la recherche demande la participation directe et indirecte des personnes âgées malades et de leurs aidants, et de plusieurs façons : 1/ En m'autorisant l'accès à leur dossier au cours de l'instruction de la demande d'APA ; 2/ En autorisant ma présence pendant les visites à domicile et au cours des rendez-vous avec les professionnels médico-sociaux ; 3/ En acceptant de m'accorder des entretiens spécifiques, orientés sur les questions de la recherche. Cette participation est soumise préalablement à l'autorisation institutionnelle et individuelle des professionnels concernés, puis à l'accord des participants après information. Participer à l'étude suppose-t-il pour les personnes malades ou leurs proches, des déplacements, des tests ou des examens supplémentaires ? Si oui, merci de préciser. Nom, cette recherche ne demande aucun déplacement, tests ou examens spécifiques supplémentaires. La recherche est-elle soumise à un comité d'éthique ou à un comité de protection des personnes ? Si oui, merci de préciser. Nom, il n'est pas prévu de comité d'éthique ou de comité de protection des personnes, mais il est prévu une procédure de régulation de la recherche avec les institutions et les équipes d'accueil (service d'aide sociale départemental, municipal, ...). La recherche implique-t-elle d'avoir recours à des données nominatives, personnelles ou médicales ? Si oui, veuillez indiquer si la recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, et comment l'anonymat des personnes et la confidentialité des données seront garanties. La connaissance de données personnelles ou médicales est effectivement utilisée à la recherche, mais les données nominatives n'ont nul besoin d'être utilisées, si ce n'est le temps du repérage des situations. Par conséquent, l'anonymat des personnes et la confidentialité des données recueillies sont garantis par la modification systématique de tous les noms propres et par la modification ou la suppression de toutes les données non indispensables à la compréhension ou à l'analyse, de manière à ce que toute personne participant à l'enquête ethnographique ne puisse être identifiée, qu'il s'agisse des personnes âgées, des aidants, ou des professionnels – dans le respect de la vie privée et des informations à caractère secret, tels que le prévoit le Code pénal. Aussi n'est-il pas prévu de faire une déclaration à la CNIL. Avez-vous identifié des bénéfices potentiels de la recherche pour les participants ? Si oui, merci de préciser lesquels.
 <p>Fondation Mederic Alzheimer Bourses doctorales 2013</p>	<p>Les bénéfices potentiels de la recherche pour les participants peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none">à court terme : par la possibilité d'exprimer leurs réalités, leurs remarques, leurs propositions, leurs points de vue construits à partir de leur propre expérience, ... et d'être écoutés sans être jugés ;à plus long terme : par l'utilisation potentielle des résultats de la recherche en vue d'améliorer les conditions de la vie quotidienne à domicile des personnes âgées malades et dépendantes, et de faciliter l'accompagnement de la perte d'autonomie par les aidants. <p>Existe-t-il des inconvénients, contraintes, désagréments ou préjugés potentiels pour les participants ?</p> <p>Si oui, veuillez préciser leur nature (physique, psychique, économique, sociale), leur ampleur (minime, légère, non négligeable, majeure) et leur probabilité d'occurrence (possible, probable, certain).</p> <p>A ce stade de la recherche, je peux identifier les inconvénients suivants pour les personnes âgées malades participantes :</p> <ul style="list-style-type: none">accepter la présence d'une personne supplémentaire lors des entretiens avec les professionnels médico-sociaux ;soutenir cette présence d'un regard observateur et interrogatif ;avoir à consacrer du temps pour d'éventuels entretiens spécifiques. <p>Ces désagréments sont essentiellement d'ordre social, voire psychique quand les entretiens peuvent réactiver des émotions ou des épisodes de vie douloureux. Ils ne devraient pas se transformer en contraintes, dans la mesure où la participation à la recherche reste facultative.</p> <p>Leur occurrence est probable, mais leur ampleur devrait être minime, puisque les personnes sollicitées auront à tout instant la possibilité de refuser ma présence, ou de répondre à mes questions.</p> <p>Comment le projet est-il présenté aux participants ? Le cas échéant, veuillez joindre les formulaires d'information.</p> <p>Sous réserve d'accord avec l'institution qui m'accueillera pour l'enquête ethnographique, le projet sera présenté aux participants en plusieurs temps :</p> <ul style="list-style-type: none">une information orale par le professionnel en contact avec la personne âgée pour la prise de rendez-vous, qui posera la question de la possibilité de ma présence ;un courrier émis conjointement par l'institution d'accueil et par l'université Lumière Lyon 2, pour informer de la recherche en cours (objectifs et modalités), et pour solliciter leur participation, non obligatoire ; ce courrier précisera les coordonnées des responsables de la recherche, la contribution attendue de leur part et les désagréments potentiels, l'usage qui pourra être fait des informations recueillies, la garantie de l'anonymat, et les modalités d'information des résultats de la recherche. Une proposition de courrier est jointe à ce dossier, à finaliser avec l'organisme d'accueil ;une information orale et plus détaillée lors du premier rendez-vous, précisant la possibilité de refuser à tout instant ma présence et de répondre à mes questions.

23/27

22/27



- un rappel de la possibilité de refuser à chaque nouvelle sollicitation de ma part.
Compte tenu de la participation limitée demandée aux personnes, leur consentement oral paraît suffisant, mais un accord écrit pourrait être demandé.

■ Est-il prévu d'évaluer la manière dont les participants comprennent les informations qui leur sont données et la manière dont ils vivent leur participation à la recherche ?
Oui, je prévois de vérifier, d'une part auprès de la personne âgée malade elle-même, et d'autre part auprès des aidants, bénévoles ou professionnels, la compréhension et la perception qu'elle a pu avoir de ma présence et de mes questions.
Compte tenu des circonstances particulières du déroulement de l'enquête : à domicile, dans l'intimité de la personne âgée, le plus souvent en présence de professionnels chargés d'évaluer une demande d'aide, au cours d'un entretien médico-social déjà dense et long, je chercherai à ne pas être trop intrusive, en particulier au cours du premier rendez-vous.

■ Par qui et comment le consentement ou l'assentiment des participants à la recherche est-il recherché ?
Sous réserve d'accord avec l'institution qui m'accueillera pour l'enquête ethnographique, un premier consentement, oral et de principe, sera d'abord sollicité par un membre de l'institution qui répond à une demande d'aide de la part de la personne âgée malade ou de son entourage. S'il est accordé, je pourrais, lors du premier rendez-vous, renouveler la demande de consentement pour participer à la recherche de façon plus formelle, et après avoir donné plus d'informations, tant auprès de la personne âgée malade que de son entourage.

■ La capacité des personnes à donner leur consentement est-elle évaluée ? Si oui, veuillez préciser.

Le consentement de la personne âgée malade sera systématiquement sollicité.
S'il apparaît un doute quant à sa capacité à décider de façon libre et éclairée sa participation à la recherche, je tenterais d'évaluer, avec elle et avec son entourage, ce qu'elle peut en comprendre et s'il paraît préférable de ne pas insister – quitte à devoir renoncer à sa participation.

■ Des précautions particulières sont-elles prises pour garantir le caractère volontaire du consentement ?
Pour faciliter la liberté de refuser la participation à la recherche, le consentement est sollicité d'abord par l'institution qui m'accueillera pour effectuer cette recherche, mais n'en est pas initiatrice ni responsable (service départemental ou municipal d'action sociale, CLIC, organisme de retraite, ...). Cette institution peut être celle qui étudiera la demande d'APA, aussi la personne âgée, ou une personne de son entourage, peut-elle se sentir « contrainte » de participer. C'est pourquoi il apparaît indispensable que je renouvelle à mon tour la demande de consentement, et ce à chaque sollicitation de ma part, pour distinguer à nouveau la demande d'APA d'une éventuelle participation à la recherche, ou refus de participation.



Compte tenu des situations parfois fragiles des personnes concernées par cette étude, je suis d'autant plus vigilante pour expliquer l'objet de ma recherche et solliciter l'adhésion de la personne âgée avant de démarquer un entretien de nature socio-anthropologique - ou savoir me retirer si nécessaire. Compte tenu de mon expérience professionnelle antérieure auprès de personnes âgées, malades ou non, je devrais être en capacité d'entendre ou de percevoir toute gêne liée à ma présence, ou à l'indisponibilité (morale, psychique, temporelle, ...) de la personne âgée.

■ Un renouvellement du consentement ou de l'assentiment est-il recherché ? Si oui, merci de préciser.

Oui, le consentement sera recherché à chaque nouvelle sollicitation, en rappelant le caractère facultatif de la participation. Si une hésitation ou un refus sont exprimés, je prendrais la précaution de demander si les informations déjà recueillies doivent être détruites.

Par ailleurs, je laisserai systématiquement mes coordonnées, de façon à ce que les personnes participant à la recherche – personnes âgées malades et dépendantes, aidants rencontrés ou professionnels, puissent me contacter à tout moment de la recherche pour avoir des informations ou pour m'exprimer leur souhait d'arrêter leur participation.

Faut-il obtenir l'autorisation de tiers pour avoir accès aux participants potentiels ? Si oui, veuillez préciser.

Ce travail d'investigation nécessite auparavant l'accord du Département responsable de la mise en œuvre de ce dispositif et du service d'aide sociale qui accepte de m'accueillir pour effectuer cette enquête ethnographique. C'est pourquoi il appartiendra d'abord aux membres de l'équipe médico-sociale de m'autoriser, ou non, à rencontrer les participants potentiels. Puis, selon les situations, les proches de la personne âgée malade pourront être sollicités pour donner leur autorisation : pour la participation de ladite personne âgée d'une part, pour leur propre participation d'autre part. Dans les situations où existent une mesure de protection juridique, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs sera systématiquement consulté : pour information dans le cas d'une mesure de curatelle, pour autorisation dans le cas d'une mesure de tutelle.

■ Des personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique sont-elles incluses ? Si oui, veuillez préciser les conditions de leur inclusion.

Les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique peuvent potentiellement participer à la recherche, avec les mêmes précautions que celles n'en bénéficiant pas, et à condition de solliciter les mandataires judiciaires concernés, pour information, pour avis, ou pour accord, voire pour demander leur participation.

■ Des mesures sont-elles prises pour adapter l'information, le recueil du consentement ou la collecte des données aux difficultés des personnes malades ? Si oui, veuillez préciser.



Fondation Médéric Alzheimer
Personnes âgées 2019

Dans les situations où la personne âgée et malade manifeste des difficultés de compréhension et des signes de désorientation, je solliciterai une ou des personnes de son entourage (famille, amis, mandataire judiciaire, aidants professionnels, ...) pour m'assurer de ses capacités, de ses limites, l'aider à comprendre le sens de ma présence, et vérifier que mon intervention ne soit pas trop perturbatrice, par ma présence ou mes questions.

Des mesures sont-elles prises pour favoriser la participation à la recherche de personnes qui risqueraient sinon d'être exclues de la recherche ?

Les critères déterminants pour participer à la recherche sont : d'être en situation de demander le bénéfice de l'APA à domicile, d'être atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ou de montrer des signes de désorientation laissant supposer la présence d'une pathologie de cette nature. Aussi, les services départementaux d'action sociale sont-ils *a priori* les mieux informés pour connaître l'ensemble des situations de personnes âgées remplissant ces conditions. Toutefois, pour éviter l'exclusion éventuelle de personnes potentiellement concernées, je ne manquerai pas de contacter également les autres services sociaux, CLIC, et autres partenaires potentiels du territoire étudié (Services de soins infirmiers à domicile, services d'aide à domicile, etc.).

Est-il prévu de faire un retour aux participants une fois la recherche terminée ? Si oui, veuillez préciser dans quels détails et selon quelles modalités.

A l'issue de la recherche, une information sera proposée à l'ensemble des personnes qui auront participé, sous forme :

- d'une synthèse écrite des résultats ;

- d'une proposition de revenir plus en détail sur ces résultats, par des entretiens individuels, ou collectifs pour les professionnels.

■ Avez-vous identifié des conflits d'intérêts (réels, apparents ou potentiels) susceptibles de porter atteinte à l'objectivité, à l'intégrité ou la crédibilité de la recherche ? Si oui, veuillez préciser.

A ce jour, je n'ai pas identifié de conflits d'intérêts pouvant porter atteinte à l'objectivité, à l'intégrité ou à la crédibilité de la recherche.

ANNEXE 3.

DOSSIER MEDICO-SOCIAL. CONSEIL GENERAL F, JUIN 2011

NOM ET FONCTION DE L'EVALUATEUR		
Date visite : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} dossier	N° dossier AMIS : _____	
Taux de participation : _____	Date d'AR : _____	
	Sortie d'hospitalisation / Date _____	
PERSONNE CONCERNÉE Personne présente le jour de la visite (si différente du référent) :		
Nom et prénom : _____		
Date de naissance : _____		
Adresse : _____		
Étage / code : _____		
Téléphone : _____		
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Coordonnées du mandataire judiciaire _____		
PERSONNE RÉFÉRENTE		
Nom et prénom : _____		
Liens de parenté : _____		
Coordonnées : _____		
VOLET FAMILIAL ET SOCIAL		
Situation familiale		
En couple <input type="checkbox"/>	Divorcé / séparé <input type="checkbox"/>	Concubin <input type="checkbox"/>
Veuf <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Vit seule <input type="checkbox"/>
Vit avec enfant / ami <input type="checkbox"/>		
Composition de la famille : (Nombre d'enfants /adresses)		
Évènements de l'histoire de vie : (hospitalisation récente – rupture familiale et/ou sociale)		

DOSSIER MEDICO-SOCIAL APA

PREMIERE DEMANDE

VOLET HABITAT ET CADRE DE VIE

Environnement posant des problèmes d'accessibilité à la personne :

SERVICES CONCERNES	Accessibilité pour la personne		OBSERVATIONS
	oui	non partielle	
Commerces			
Banque/Poste			
Équipement culturel ou de loisirs			
Transports en commun			
Autre (préciser)			

Véhicule personnel ou familial :

- Utilise un véhicule personnel : Oui *En qualité de :* passager CONDUCTEUR Non

- Nécessité d'un aménagement de véhicule oui non

LES AIDES HUMAINES DÉJÀ MISES EN ŒUVRE :

Aide de l'entourage

Conjoint Frère / sœur
 Enfant Parent
 Autre Ami / voisin

État des lieux du logement :

Observations et risques repérés
(Précisez notamment les éléments de domotique)

Abords	
Parking/stationnement	
Entrée du bâtiment	
Portes communes	
Ascenseur	
Autre élément repéré	
Séjour	
Cuisine	
Chambre	
WC	
salle de bain	
Circulation intérieure	
escalier (dégel)	
escalier (dégel) horizontale (même niveau)	
Autre pièce	
Chauffage	
Eau chaude	
GVZ	
Électricité	
Autre élément repéré	
Climatisation/ventilateur	

Aménagements à envisager : oui non

Déménagement à envisager : oui non

Aide de professionnels

1. Suivi médical et paramédical :

Médecin traitant Nom / coordonnées :
 Spécialistes (CMP/cardiologue...) Noms / coordonnées

Situation de l'aidant principal : actif retraité invalidité chômage
 Difficultés exprimées par l'aidant (fatigue, problème de santé) :

Dossier médico-social APA – Première demande – Juin 2011 3

Grille AGGER
 Nom et prénom : _____
 Né(e) le : _____
 Date de l'évaluation : _____

GIR MT : _____
GIR VAD : _____

Commentaires

Activités réalisées par la personne seule	Ne fait pas	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				Code final
		S	T	C	H	
1. Transferts						
2. Déplacements à l'intérieur						
3. Toilette						
4. Elimination Urinaire						
5. Habillage						
6. Cuisine						
7. Alimentation Se servir						
8. Sujai du traitement						
9. Ménage						
10. Alerter						
11. Déplacement à l'extérieur						
12. Transports						
13. Activités de temps libre						
14. Achats						
15. Gestion						
16. Orientation						
17. Coherence						
Comportement						

Dossier médico-social APA – Première demande – Juin 2011

2. Aide à domicile

	Nombre de passage	Préciser le jour et la nature de l'intervention	Coordonnées
	Par jour	Par semaine	
<input type="checkbox"/> SSIAD ou IDE libérale			
HAD			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Ergothérapeute			
Autre			

3. Accueil dans un établissement médico-social :

	Rythme	Préciser le jour ou la période	Coordonnées
Accueil de jour			
Hébergement temporaire			

LES AIDES TECHNIQUES EXISTANTES

Téléalarme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Siège de bain	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres (préciser) :
Barre d'appui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Déambulateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Chaise garde robe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Protections	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Dossier médico-social APA – Première demande – Juin 2011

EVALUATION DE LA VISITE

Plan d'aide proposé par l'EMSA le : GIR Validé :

Aides à domicile	Nombre d'heures par mois	Tâches attendues	Montant mensuel
Service prestataire			
Service mandataire			
Emploi direct			

Services	Fréquence	Montant mensuel
Portage de repas		
Coiffeur		
Pédicure		
Transport		

+

Aides techniques	Coût réel	Forfait	Montant mensuel
Protections			
Téléalarme			
Siège de bain pivotant			
Fauteuil releveur			
Rehausseur de WC			
Barre d'appui			
Autres			

PRÉCONISATIONS

Autres aides	Préciser	Montant
Accueil de jour		
Hébergement temporaire		
Aide au logement (aménagement spécifique/gros nettoyage...)		

CONTACTS PRIS AVEC LES PROFESSIONNELS

Montant du plan d'aide :
 > Les 4 premiers mois (avec aides ponctuelles forfaitaires) :

> Les mois suivants :

Je soussigné(e) autorise le partage des informations contenues dans ce dossier entre les professionnels de la MDR et des services extérieurs (hôpital/SAAD/SSIAD/médecin/IDE)
 Date :
 Signature :

ANNEXE 4.

DEMANDE D'APA – DOSSIER ADMINISTRATIF ET DOSSIER MEDICAL. CONSEIL GENERAL F, MAI 2013

LE DÉPARTEMENT

NOM :

Prénom :

Commune :

**DEMANDE
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
(ADPA)**

DOSSIER ADMINISTRATIF

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOS SOINS ET
À RETOURNER À VOTRE MAISON DU [REDACTED]**

VOTRE MAISON DU [REDACTED]

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ADRESSE ACTUELLE	ADRESSE PRÉCÉDENTE
Résidence : N° et nom de la voie : Bât : Étage : Code Interphone : Code postal : Commune : Adresse électronique : Téléphone obligatoire : Précisez s'il s'agit : <input type="checkbox"/> d'un domicile privé (personnel, familial...) <input type="checkbox"/> d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées section maison de retraite (EMRAD) Attention, vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement [REDACTED] par la majorité des établissements [REDACTED] de l'ADPA. Prenez contact avec votre Maison [REDACTED] afin de vérifier que votre établissement entre bien dans ce cadre : - unité de soins de longue durée - foyer logement ou domicile collectif - autre (établissement pénitentiaire...) <input type="checkbox"/> d'un hébergement de type accueil familial (accueil payant au domicile d'un particulier)	Ne remplir que si le demandeur est : <input type="checkbox"/> soit en établissement ; <input type="checkbox"/> soit résidant depuis moins de trois mois dans le Département [REDACTED] ; <input type="checkbox"/> soit résidant depuis moins de trois mois dans un autre Département. Adresse : Code postal : Commune :
DATE DU CHANGEMENT DE DÉPARTEMENT : DATE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT :	

Nom et adresse d'une personne référente à contacter pour le suivi du dossier :

N° tel : Autres n° tel :

Lien de parenté : Date de naissance :

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONJUNTE OU PARTENAIRE D'UN PACS
NOM d'usage		
NOM de famille		
Prénom(s)		
Date de naissance		
N° de sécurité sociale		
Caisse de retraite		
Nationalité		
Date de fin de validité de la carte de séjour		
Renseignements concernant la situation actuelle	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> marié(e) = concubain(e) = PACS <input type="checkbox"/> veuf(ve) / séparé(e) <input type="checkbox"/> autre : depuis le :	<input type="checkbox"/> retraité(e) / en activité <input type="checkbox"/> réside au domicile <input type="checkbox"/> réside en établissement <input type="checkbox"/> réside en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre :

➤ **Bénéficiez-vous actuellement de :**
 - la majoration tierce personne (MTP) Oui Non
 - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) Oui Non
 - la prestation de compensation du handicap (PCH) Oui Non
 - la prise en charge d'heures d'aide ménagère Oui Non
 Si oui : par votre caisse de retraite
 par l'aide sociale

➤ **Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :**
 sauvegarde de justice curatelle tutelle
 Nom et adresse du représentant légal ou de l'association chargée de la gestion des biens :

DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL, MSA - MAI 2013 2

RESSOURCES ANNUELLES		ENGAGEMENTS MUTUELS	
Joindre la photocopie intégrale (recto-verso) du dernier avis d'imposition			
MONTANTS PERÇUS PAR LE DEMANDEUR PAR LE CONJOINT/CONCUBIN/ PARTENAIRE D'UN PACS Montant des ressources soumises à prélèvement libératoire et non indiquées sur l'avis d'imposition Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie TOTAL		LE DÉPARTEMENT Si vous êtes éligible à l'ADPA, un membre de l'équipe médico-sociale effectuera une visite à domicile afin d'établir avec vous un plan d'aide adapté à votre situation. Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante : Montant = Versement du Département + Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources du plan d'aide Vous pourrez demander une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins. Si vous recourez à un service d'aide à domicile, votre ADPA sera directement versée au prestataire en fonction des heures effectivement réalisées à votre domicile.	
PATRIMOINE DU FOYER Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ? « Oui (joindre la photocopie intégrale de la taxe foncière) » ou Non		LE DEMANDEUR À DOMICILE Je m'engage à : ♦ utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide. ♦ transmettre régulièrement tous les justificatifs. ♦ rembourser les sommes allouées par le Département et non dépensées. ♦ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, entrée en établissement...) à la Maison du Rhône.	
NATURE DES BIENS/ADRESSE Exemples : maison, appartement, terres agricoles, bâtiments de fermes, etc.		EN ÉTABLISSEMENT Je m'engage à : ♦ utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement. ♦ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison	
USAGE ACTUEL Exemples : occupé par le demandeur, occupé à titre gratuit, en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc.		ÉTABLISSEMENT Le montant de l'ADPA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil. Votre allocation sera revalorisée une fois par an, en fonction de l'évolution du tarif dépendance de votre établissement d'accueil et de votre perte d'autonomie.	
MONTANT DES REVENUS Fonciers Montants annuels procurés par les biens		sousigné(e), M. ou Mme agissent : in non nom propre in ma qualité de tuteur de :	
DEMANDE D'ADPA À DOMICILE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES			
> Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis, bénévoles...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, de quel type :			
> Bénéficiez-vous actuellement : <input type="checkbox"/> d'une aide à domicile - Nom du service d'aide : <input type="checkbox"/> d'une auxiliaire de vie - Nom du service d'aide : <input type="checkbox"/> de services de soins infirmiers - Nom du service d'aide : <input type="checkbox"/> de portage de repas - Nom du service d'aide :			
> Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date du retour à domicile : Je suis actuellement hospitalisé(e) (joindre un bulletin d'hospitalisation)Commune :			
> Nom de votre médecin traitant :			
En cas de recours à un service prestataire ou mandataire, l'informe le Département (Cocher une des 2 cases) : <input type="checkbox"/> Je connais le service d'aide qui interviendra à mon domicile. Son nom est : <input type="checkbox"/> Je ne connais pas encore le service d'aide prestataire qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je devrai prévenir ma Maison du Rhône dès que j'en aurai connaissance, afin que l'ADPA lui soit versée.			
DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL - mai 2013		DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL - mai 2013	
3		4	

LE DÉPARTEMENT

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

o Le dossier de demande complété et signé.

o Pour les personnes de nationalité française :

Au choix

- o Une photocopie intégrale du livret de famille
- o Une photocopie de la carte nationale d'identité
- o Une photocopie du passeport de la Communauté européenne
- o Un extrait d'acte de naissance.

o Pour les personnes de nationalité européenne :

Au choix

- o Une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité
- o Une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité

o Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :

Au choix

- o Une photocopie de la carte de résidence en cours de validité
- o Une photocopie du titre de séjour en cours de validité

o Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.

o Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

o 2 relevés d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) **gratuits** aux nom et prénom officiels du demandeur.

o Une copie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle), le cas échéant.

POUR UNE DEMANDE D'ADPA À DOMICILE

o Le dossier médical ci-joint, composé du certificat médical et de la grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complété par le médecin traitant.

POUR UNE DEMANDE D'ADPA EN ÉTABLISSEMENT

Rappel : vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors [REDACTED]. En effet, la majorité des établissements du [REDACTED] perçoit directement l'ADPA. Vous êtes invité(e) à vous rapprocher de votre Maison du [REDACTED] afin de vérifier que votre établissement entre bien dans ce cadre.

o La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.

o Pour les établissements d'accueil se situant hors du département [REDACTED]

o Une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement.

Les établissements d'accueil hors [REDACTED] peuvent obtenir, par dérogation, le versement de l'ADPA directement sur leur compte si le demandeur n'est pas titulaire d'un compte bancaire ou s'il a autorisé la perception directe de ses ressources au titre de l'aide sociale.

Dans ce cas, joindre :

- o Une attestation sur l'honneur que le demandeur ne dispose de compte bancaire ;
- o L'arrêté d'autorisation de perception directe des ressources ;
- o Le RIB ou RIP de l'établissement d'accueil.

**DEMANDE
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
(ADPA)**

DOSSIER MÉDICAL

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN
ET À RETOURNER À VOTRE MAISON DU [REDACTED]**

5

DOSSIER ADMINISTRATIF ET MÉDICAL ADPA - mai 2013

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille nationale AGGIR)

ette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...). Cette grille, remplie par le médecin traitant à domicile, ou en équipe pluridisciplinaire en établissement, servira de support à la détermination de la perte d'autonomie du demandeur.

CAPACITES DE REALISATION DE LA PERSONNE SEULE

le fait pas du tout = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.
 1 la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les suivantes.

ait, mais pas Spontanément (S) **Fait, mais pas Correctement (C)**
ait, mais pas Totallement (T) **Fait, mais pas Habituellement (H)**

La personne fait difficilement, mais les conditions ne sont pas remplies pour un ou plusieurs verbes. Il s'agit alors d'identifier les 1, 2 ou 3 adjectifs, celui ou ceux qui posent problème et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

ait seule = en complète autonomie.

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...			FAIT SEULE
		S	T	C	
1. TRANSFERTS (se lever, se coucher, s'asseoir)					
2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR					
3. TOILETTE					
4. HYGIENE DE L'ELIMINATION					
5. HABILLAG, DESHABILLAG					
6. CUISINER (préparer les repas)					
7. ALIMENTATION					
8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL					
9. MENAGE (effectuer les travaux ménagers courants)					
10. ALERTER (avec téléphone, alarme, sonnette...)					
11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR					
12. TRANSPORTS (déplacements collectif ou individuel)					
13. ACTIVITES (pratique volontaire, seule ou en couple)					
14. ACHATS (acquisition volontaire de biens)					
15. GESTION (administrative et financière)					
16. ORIENTATION					
17. COHERENCE					

Grille remplie :
 A domicile
 Au cabinet
 En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation :
 Cachet et signature :

DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL - mai 2013

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLÈS Marc, 2000, *Un ethnologue à l'Assemblée*. Odile Jacob. Paris. 348 pages.
- AFFERGAN Francis, 1987, *Exotisme et altérité*. Presses universitaires de France.
- ALI ISMAËL Abdoukafi, 2016, « Soins psychiques de crise à domicile », *Pratiques en santé mentale*, 2016/4. Pages 29 à 32.
URL : <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2016-4-page-29.htm>
- ALI ISMAËL Abdoukafi, 2015, Formation à l'association *Santé Mentale et Communautés*, 69100 Villeurbanne.
- ALVAREZ Stéphane, 2016, « Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse », *La Revue de l'Ires*, 2016/1 n°88. Pages 33 à 61.
URL : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2016-1-page-33.htm>
- AMYOT Jean-Jacques, VILLEZ Alain, 2001, *Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Dunod / Fondation de France, Collection Action sociale.
- ARBORIO Anne-Marie., FOURNIER Pierre, 2015, *L'Observation directe*. Armand Colin, Collection 128.
- ARGOUD Dominique, 2013, « La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises », *Pratiques du champ social*, Érès. Pages 213 à 224.
URL : <https://www.cairn.info/habiter-et-vieillir---page-213.htm>
- ARGOUD Dominique, VILLEZ Marion, 2021, « L'État, les vieux, les professionnels : la crise sanitaire, un puissant révélateur du mode de gestion de la vieillesse », *Vie sociale*, 2021/1, n°33. Pages 127 à 140. URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2021-1-page-127.htm>
- ARNAULT Louis, 2020, « Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011 ». DREES, *Dossiers de la DREES*, n°59.
- ARNAULT Louis, ROY Delphine, 2020, « Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifiée ». DREES, *Études et Résultats*, n°1153.
- ATLANI-DUAULT, 2005, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*. Éditions société d'ethnologie.
-

- AUBRY Régis, 2020, « Fin de vie et vieillesse : double peine ou double chance ? Pour une véritable politique d'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie », *Gérontologie et société*, 2020/3 – vol. 42 / n° 163. Pages 33 à 45.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-3-page-33.htm>
- AUTANT-DORIER, 2020, « Toute-puissance et impuissance dans les mesures d'aide éducative : une mainlevée problématique », *Revue française des affaires sociales*, n°2020/2. Pages 201 à 225.
URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-2-page-201.htm>.
- AVRIL Christelle, CARTIER Marie, SERRE Delphine, 2010, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. La Découverte, Collection Grands Repères.
- BALTES Paul, 1997, « L'avenir du vieillissement d'un point de vue psychologique : optimisme et tristesse », *L'espérance de vie sans incapacités. Faits et tendances, premières tentatives d'explication*, Dupâquier Jacques (dir.). PUF, Collection *Sociologies*. Pages 243-264.
- BARÉ Jean-François, 2001, *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*. L'Harmattan, Collection Logiques politiques.
- BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre (direction), 1995 (3^{ème} édition), *Dictionnaire critique d'action sociale*. Bayard éditions.
- BARREYRE Jean-Yves, 2002, « L'évaluation des soins, un processus continu », *Cahiers du Cleirppa* n°8. Pages 13-15.
URL : http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/imprimer.php3?id_article=153
- BARREYRE Jean-Yves, PEINTRE Carole, 2004, *Évaluer les besoins des personnes en action sociale. Enjeux, méthodologie, outils*. Dunod.
- BARREYRE Jean-Yves, 2006, « Penser la citoyenneté ou référencer l'autonomie ? », *Vie sociale*, 2006/2 - n°2. Pages 79 à 91.
URL : <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2006-2-page-79.htm>.
- BARTHE Jean-François, CLÉMENT Serge, DRULHE Marcel, 1988, « Vieillesse ou vieillissement. Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n° 15. Pages 11-31.
- BAUDOT Pierre-Yves, OULD-FERHAT Laurence, 2012, « L'administration à l'épreuve du savoir », *Sociologies pratiques*, 2012/1 (n° 24). Pages 1-7.
- BEAUD Stéphane, WEBER Florence, 2003 (1997), *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.

- BECKER Howard, 2002 (1998), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.
- BELLANGER Martine, LE BIHAN Blanche, 2003, « La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans six départements », *Études et Résultats*, n°264. DREES. Octobre 2003.
- BÉRARD Alain, 2016, « L'évolution de la politique de santé face à l'enjeu du vieillissement de la population », *Vie sociale*, 2016/3, n°15. Pages 131 à 147.
URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2016-3-page-131.htm>
- BÉRARDIER Mélanie, DEBOUT Clotilde, 2011, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables ». DREES, *Étude et Résultats*, N°748, février 2011.
- BERTSCHY Sylvain, 2015, « Blessés et malades militaires : genèse d'une politique de réparation, 1905-1915 », *Séminaire Action publique*, Organisé par les laboratoires LARHA et Triangle. Lyon, 11 mai 2015.
- BESSIN Marc, 2012, « La présence sociale et les temps sexués du *care* pour repenser la solidarité », *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*, CASTEL (dir.). La Découverte. Pages 261-273.
- BEYNIER Dominique, TUDOUX Benoît, MOMIC Milan, 2005, « Les métiers du travail social hors aide à domicile ». DREES, *Études et résultats*, N°441, novembre 2005.
- BICKEL Jean-François, 2007, « Être actif dans le grand âge : un plus pour le bien-être ? », in *Retraite et société*, 2007/3, n°52. Pages 83 à 106.
- BLAU Peter Michael, 1963 (1955), *The Dynamics of Bureaucracy. A Study Of Interpersonal Relations in two Government Agencies*. University of Chicago Press.
- BOCQUET Hélène, GRAND Alain, ANDRIEU Sandrine, 2001, « L'évaluation à domicile de la "prise en charge" à domicile des personnes âgées : d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée », *Gérontologie et Société*, n° 99. Pages 207 à 218.
- BORREL Catherine, 1999, « La prestation spécifique dépendance. Premier bilan au 31 décembre 1998 ». DREES, *Études et Résultats*, N°13, avril 1999.
- BORREL Catherine, 2000, « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999 ». DREES, *Études et Résultats*, N°56, mars 2000.

- BOUISSON, 2007, « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation », *Retraite et société*, 2007/3, n°52. Pages 107 à 128.
- BOURDELAIS Patrice, 1993, *Le nouvel âge de la vieillesse*. Odile Jacob, 10-11.
- BROUSSARD Celia, 2020, Mobilités locales des retraités désignés comme fragiles bénéficiant d'une aide de l'action sociale de la Cnav. Thèse de doctorat en sociologie. Normandie Université. Français.
- BROUSSY Luc, 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! Mission* Interministérielle sur l'**adaptation** de la société française au **vieillesse** de sa population. Rapport à Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie.
- BRUGÈRE Fabienne, 2009, Pour une théorie générale du care. À propos de : J. Tronto, Un monde vulnérable, pour une politique du care. Recension La vie des idées.
URL : <https://laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care>
- BRUGÈRE Fabienne, 2010, Jusqu'où ira le care ? À propos de : F. Worms, Le moment du soin. À quoi tenons-nous ? ; M. Garrau et A. Le Goff, Care, justice et dépendance ; V. Nurock (dir.) Carol Gilligan et l'éthique du care. Recension La vie des idées.
URL : <https://laviedesidees.fr/Jusqu-ou-ira-le-care.html>
- BRUNEL Mathieu, LATOURELLE Julie, ROY Delphine, 2019, « Les disparités d'APA à domicile entre départements ». DREES, *Les dossiers de la DREES*, N°37, juillet 2019.
- CAILLE Alain, 1991a, « Nature du don archaïque », *La Revue du MAUSS* (trimestrielle), n°12. Pages 51-79.
- CAILLE Alain, 1991b, « Postface au manifeste du MAUSS », *La Revue du MAUSS* (trimestrielle), n°14. Pages 110-116.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), 2016, Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants. 66 pages.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), 2020, Expérimentation du formulaire national de demande d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile.
URL : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/experimentation-du-formulaire-national-de-demande-daide-a-lautonomie-pour-les-personnes-agees-a-domicile>
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS), 2008, *Le modèle « AGGIR »*. Guide d'utilisation. 32 pages.
-

- CAPUANO Christophe, 2020, « Histoire sociale de la vieillesse », *Le cours de l'histoire*, France culture, 07 mai 2020.
- CAPUANO Christophe, WEBER Florence, 2015, « La tierce personne : une figure introuvable ? L'incohérence des politiques françaises de l'invalidité et de la perte d'autonomie (1905-2015) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2015/1. N° 8. Centre d'histoire de la sécurité sociale. Pages 106-130.
URL : <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2015-1-page-106.htm>
- CARADEC Vincent, 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Nathan.
- CARADEC Vincent, 2003a, « Comportements culturels de la population âgée », *Empan*, 2003/4, n°52. Pages 54 à 61. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2003-4-page-54.htm>
- CARADEC Vincent, 2003b, « Être vieux ou ne pas l'être », *L'homme et la société*, 2003/1, n°147. Pages 151 à 167.
URL : <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-151.htm>
- CARADEC Vincent, 2007a, « Avant-propos », *Retraite et société*, 2007/3, n°52. Pages 4 à 10.
URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2007-3-page-4.htm>
- CARADEC Vincent, 2007b, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n°52. Pages 11 à 37. URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2007-3-page-11.htm>
- CARADEC Vincent, 2018, « Intérêts et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », *Gérontologie et société*, 2018/1 vol. 40, n° 155. Pages 139 à 147.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-1-page-139.htm>
- CARADEC Vincent, 2020, « La politique de la dépendance », *Manuel de soins palliatifs*. Pages 115 à 125.
- CASSOU Bernard, 1998, « Éthique et évaluation de la dépendance », *Gérontologie*, n°107, juillet-septembre 1998. Pages 48-51.
- CASTEL Robert, 1995, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Fayard.
- CEFAÏ Daniel, GARDELLA Edouard, 2011, *L'urgence sociale en action - Ethnologie du Samusocial de Paris*. La Découverte, Collection Bibliothèque du Mauss.
- Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), 2014, *Guide des métiers territoriaux*.

- CHAUVEAUD Catherine, VIAL Benjamin, WARIN Philippe, 2011, « L'APA : utilisation des plans d'aide, adhésion aux services rendus », *Document de travail*, Observatoire des non-recours aux droits et services.
- CLEMENT Serge, MANTOVANI Jean, MEMBRADO Monique, 1996, « Vivre la ville à la vieillesse : se ménager et se risquer », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, p. 90-98.
- CLÉMENT Serge, 1999, *Ni « personne âgée » ni « dépendant », simplement plus vieux. Du désengagement à la déprise*. Actes du colloque « Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse » (1997, Genève), Genève, Centre interfacultaire de gérontologie. Pages 97-104.
- CLÉMENT Serge, MANTOVANI Jean, 1999, « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et société*, n°90. Pages 95 à 108.
- CLÉMENT Serge, 2003, « Le vieillissement avec le temps, et malgré le monde », *EMPAN*, 2003/4, n°52. Pages 14 à 22.
- CLÉMENT Serge, 2007, « Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse », *Retraite et société* 2007/3, n°52. CNAV. Pages 63 à 81.
URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2007-3-page-63.htm>.
- CLÉMENT Serge, DUBREUIL Christine, 2016, « L'offre technique dans le travail de définition de la vieillesse », *Retraite et Société*, 2016/3, n°75. CNAV. Pages 17 à 29.
URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2016-3-page-17.htm>
- CLÉMENT Serge, DRULHE Marcel, MANTOVANI Jean, MEMBRADO Monique, 2018, « Genèse de la déprise », *Gérontologie et société*, 2018/1, vol. 40, n° 155. Pages 27 à 32.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-1-page-27.htm>
- COLIN Christel, COUTTON Vincent, 2000, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *Études et Résultats*, n° 94, Décembre 2000. DREES.
- COLIN Christel, 2001, « L'autonomie des personnes de 80 ans et plus », Fondation nationale de gérontologie, *Gérontologie et société*, n° 98, Paris, p. 37-48.
- COUTTON Vincent, 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, 24(99). Pages 111-129.
- COLVEZ Alain (Président), 2003, Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie.

- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 2005, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie, Enjeux et pistes de réflexion pour l'État. Quatre séminaires du groupe de projet GESTE », *Les cahiers du plan*, n°1.
- COPANS Jean, 1999, *L'enquête ethnologique de terrain*. Nathan Université, Collection 128.
- CORDEIRO, 1993, « Le monde délirant de la personne âgée », *Psychologie de la personne âgée*, Montangero J. (dir.). PUF, collection *Psychologie d'aujourd'hui*. Pages 219-234.
- COUTTON Vincent, 2000, « Les instruments médico-économiques fondés sur les groupes iso-ressources », *Rapport pour la DREES, Montpellier : Équipe Démographie & Santé*.
- COUTTON Vincent, 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : Une tentative en France avec la grille AGGIR ». *Gérontologie et Société*, 24 / n° 99(4). Pages 111-129.
- CREMIEUX Anne-Laure, 2020, *Les matins*, France culture, Émission du vendredi 08 mai 2020.
- CRUZET Thibault, LEBAUDY Marie, 2016, « 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014 », *Infostat justice*, Numéro 143, Juillet 2016.
- DAVID Albert, 2006, Rapport sur l'aide méthodologique à l'analyse et à l'amélioration de l'outil AGGIR, École des mines. ARMINES.
- DAVID Albert, ROUX Laetitia, SZPIRGLAS Mathias, CANET Émilie, DONGES Carine, 2008, *Quelles bonnes pratiques d'organisation des EMS autour de l'utilisation de la grille AGGIR ? Rapport final*. École des Mines de Paris. ARMINES.
- DE CERTEAU Michel, 1990, *L'invention du quotidien*, tome 1 Arts de faire. Gallimard, Collection Folio.
- DEGUILHAUME Yoann, 2017, « Derrières les portes... » Ou comment, à partir d'une visite à domicile, se construit et évolue un projet d'accompagnement dans un service d'accompagnement à la vie sociale ?, Mémoire professionnel. Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé.
- DEWEY John, 2010 (1ère édition 1915), *Le public et ses problèmes*. Gallimard, collection Folio. Traduit de l'anglais (Etats-Unis) et présenté par Joëlle Zask.
- DIALLO Cheikh Tidiane, LEROUX Isabelle (direction), 2020, « L'aide et l'action sociales en France – édition 2020. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion ». DREES, Collection *Panorama de la DREES- social*.

- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2013, Gestion de l'APA et de l'ASH. Organisation des conseils généraux. Premiers résultats de l'enquête DREES.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2020, « Fiche 15 - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) », *L'aide et l'action sociale en France*. Pages 92-101.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2020, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Données détaillées par GIR, âge et sexe en 2019 ». *Enquête Aide sociale*.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2022, *Les travailleurs sociaux : des professions féminisées, plus âgées, et exerçant souvent à temps partiel*. Communiqué de presse paru le 15 février 2022.
- DJAOUI Elia, 2008 (2004), *Intervenir au domicile*. Presses de l'EHESP, Collection *Politiques et interventions sociales*.
- DJAOUI Elia, 2011a, « Approches de la "culture du domicile" », *Gérontologie et société*, 2011/1 vol.34 / n°136. Pages 77 à 90.
- DJAOUI Elia, 2011b, « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue*, 2/2011, n° 192. Pages 7-18.
- DJAOUI Elia, 2012a , « Intervenir au domicile du malade psychique », *Santé Mentale*, n° 170, septembre 2012. Pages 35-39.
- DJAOUI Elia, 2012b, « Le paradoxe du métier d'assistante maternelle : quand l'intime devient espace et instrument professionnels », *Vie sociale et traitements*, 2012/4, n°116. Pages 31 à 39.
URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2012-4-page-31.htm>
- DJAOUI Elia, 2012c, « Se confronter à l'intime et à la culture de l'autre. L'intervention socio-éducative au domicile du migrant », *Les cahiers dynamiques*. 2012/4, n° 57. Pages 62 à 69.
URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2012-4-page-62.htm> -
- DJAOUI Elia, 2014 (3^{ème} édition), *Intervenir au domicile*. Presses de l'EHESP, Collection *Politiques et interventions sociales*.
- DODIER Nicolas, 1991, « Agir dans plusieurs mondes », *Critique*, tome XLVII, n° 529-530. Pages 427-458.

- DODIER Nicolas, BASZANGER Isabelle, 1997, « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *La revue Française de sociologie*, n° 1, vol. 38.
- DONNADIEU Gérard, LAYOLE Gérard, 1995, *Essai d'interprétation systémique de la régulation sociale dans une organisation*. Papier de recherche du GREGOR, IAE de Paris, Université Paris 1•Panthéon - Sorbonne.
- DONZELOT Jacques, 2005 (1977), *La Police des familles*. Les éditions de minuit.
- DOURLENS Christine, VIDAL-NAQUET Pierre, 2016, « Éviter l'inacceptable, douter de l'acceptable. Régulation des pratiques, épreuves de régulation », *Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité*. SociologieS. Association internationale des sociologues de langue française.
URL: <https://journals.openedition.org/sociologies/5574>
- DREYER Pascal et al., 2007a, « Entretien : un fils qui aide », *Quand nos parents vieillissent*. Autrement, Mutations. Pages 123 à 127.
URL : <https://www.cairn.info/quand-nos-parents-veillent---page-123.htm>
- DREYER Pascal et al., 2007b, « Témoignage : Une mère et sa fille. Germaine Benaud avec sa fille Scarlett Courvoisier-Wilson », *Quand nos parents vieillissent*. Autrement, Mutations. Pages 100 à 103. URL : <https://www.cairn.info/quand-nos-parents-veillent---page-100.htm>
- DREYER Pascal et al., 2007c, « L'outil officiel de mesure de la dépendance : AGGIR », *Quand nos parents vieillissent*. Autrement, Mutations. Pages 217 à 219.
URL : <https://www.cairn.info/quand-nos-parents-veillent---page-217.htm> -
- DREYER Pascal et al., 2007d, « Témoignage : la fin de l'accompagnement », *Quand nos parents vieillissent*. Autrement, Mutations. Pages 207 à 211.
URL : <https://www.cairn.info/quand-nos-parents-veillent---page-207.htm> -
- DREYER Pascal, ENNUYER Bernard, 2017, *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles*, Chroniques sociales.
- DRULHE Marcel, CLÉMENT Serge, MANTOVANI Jean, MEMBRADO Monique, 2007, « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*. 2(123), 325-339.
URL : <https://dx.doi.org/10.3917/cis.123.0325>
- DUBAR Claude, 1990, Recension de Reynaud Jean-Daniel, « Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale », *Revue française de sociologie*, 1990, 31-4.
- DUBOIS Vincent, 2009a, « Le paradoxe du contrôleur. Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178, p. 28-49.

- DUBOIS Vincent, 2009b, « Towards a Critical Policy Ethnography. Lessons from Fieldwork on Welfare Control in France », *Critical Policy Studies*, 3 (2), July 2009b, 219R237.
- DUBOIS Vincent, 2010a (1999), *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Economica, Collection Études politiques.
- DUBOIS Vincent, 2010b, *Politiques au guichet, politiques du guichet*, in Olivier Borraz et al., *Politiques publiques 2*. Presses de Sciences Po, « Académique ». Pages 265 à 286.
URL : <https://www.cairn.info/politiques-publiques-2---page-265.htm>
- DUBOIS Vincent, 2012, Le rôle des street-level bureaucrates dans la conduite de l'action publique en France.
URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673>
- DUPUY François, THOENIG Jean-Claude, 1985, *L'administration en miettes*. Fayard.
- DUSSUET Annie, LEDOUX Clémence, 2022, « Le rôle des proches dans les plans d'aide de l'APA à domicile », *Informations sociales* 2022/4. N° 208. Caisse nationale d'allocations familiales. Pages 100 à 108.
- ENNUYER Bernard, 1997, « La dépendance : de l'incapacité au lien social », *Soins à domicile et dépendance*. Ethica Clinica. Article issu du VI^{ème} Congrès Francophone des Droits de l'Homme Âgé, Bruxelles, octobre 1997.
- ENNUYER Bernard, 2001, « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et Société* n°99. Pages 219-232.
URL : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-4-page-219.htm>
- ENNUYER Bernard, 2002, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Dunod.
- ENNUYER Bernard, 2004, « La dépendance », *Colloque vieillissement et citoyenneté*, Intervention le 29 janvier 2004.
- ENNUYER Bernard, 2006, « Les personnes âgées en situation de dépendance. Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes. » *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°56. Pages 59-60.
- ENNUYER Bernard, 2007, « L'accompagnement par les familles : un rôle complexe mais irremplaçable. Entre travail matériel, relation d'aide et lien affectif », *Quand nos parents vieillissent*, Dreyer et al. Autrement, Mutations. Pages 197 à 205.
URL : <https://www.cairn.info/quand-nos-parents-vieillissent---page-197.htm> -

- ENNUYER Bernard, 2011, « A quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 2011/3, vol. 34 / n°138. Pages 127 à 142.
- ENNUYER Bernard, 2013, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, 2013/2, n° 145. Pages 25-35.
URL : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-25.htm>
- ENNUYER Bernard, 2014, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.
- ENNUYER Bernard, 2017a, « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », *Vie sociale*, 17(1). Pages 71-80.
- ENNUYER Bernard, 2017b, « La vulnérabilité en question ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, volume 3, Juillet-Septembre 2017. Pages 365-373.
URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552517300804> -
- FAYA Jean, 2013, *La vérité plurielle des médecins. Approche anthropologique de la vaccination contre l'hépatite B, sur les pentes de la Croix-Rousse à Lyon*. Thèse de doctorat en Anthropologie. Lyon.
- FELLER Élise, 2005, *Histoire de la vieillesse en France. 1900-1960. Du vieillard au retraité*. Édition Seli Arslan.
- FEYFANT Véronique, 2016, *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité*. Thèse de doctorat, Toulouse.
- FEYFANT Véronique, 2018, « Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise », *Gérontologie et société*, 2018/1, vol. 40, n°155. Pages 59 à 71.
URL : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-1-page-59.htm> -
- FOUQUET Annie, LAROQUE Michel, PUYDEBOIS Cédric, 2009, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements. Rapport définitif*. Inspection générale des affaires sociales.
URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000474/index.shtml>
- FOURASTIÉ Jean, 1979, *Les Trente Glorieuses ou la révolution invisible de 1946 à 1975*. Fayard.
- FRIARD Dominique, 2012, « L'esprit des visites à domicile », *Santé mentale*, n°170, Septembre 2012. Pages 28-33.

- FRINAULT Thomas, 2005a, « La Dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, 72. Pages 11-31.
- FRINAULT Thomas, 2005b, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue française des affaires sociales*, 2005/3 n° 3. Pages 33-54.
URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-33.htm>
- FRINAULT Thomas, 2005c, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, 2005/4, Vol. 55. Pages 607 à 632.
URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-4-page-607.htm>
- FRINAULT Thomas, 2009, *La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*. Presses universitaires de Rennes.
- FRINAULT Thomas, 2013, « Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale. Un jeu d'influences réciproques », *Gouvernement et action publique*, 2013/1 - n° 1. Pages 39 à 62.
URL : <http://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2013-1-page-39.htm>
- FRINAULT Thomas, 2014, « Handicap et dépendance : entre différenciation du droit social et unification des politiques locales », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'État social*, Chapitre 4. Pages 73 à 100.
- FUGIER Pascal, 2014, « L'intervention socio-éducative au domicile. Un espace de rencontre des désirs d'intimité et d'extimité des sujets », *VST - Vie sociale et traitements*, 2014/1, n° 121. Pages 101-108.
- FUSTIER Paul, 2000, *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*. Dunod, Collection Action sociale.
- FUSTIER Paul, 2008, « Du travail social : la part du don », *La société vue du don*, Philippe Chanial. La Découverte. « TAP/Bibliothèque du MAUSS ». Pages 321 à 331.
- FUSTIER Paul, 2012, « Le lien d'accompagnement : un métissage entre échange par le don et échange contractualisé », *Informations sociales*, 2012/1, n° 169. Pages 91 à 98.
- GALTIER Bénédicte, WIERINK Marie, 2012, « Regards sur la régulation de l'aide à domicile. Présentation du dossier », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2. La documentation française. Pages 1858 à 193.

- Gardent Henriette, 2001, "Évaluer : avec quoi ?", *Gérontologie et Société*, 2001/4, vol. 24 / n° 99. Pages 97-109.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-4-page-97.htm>
- GARRAU Marie, LE GOFF Alice, 2010, *Care, justice et dépendance*. Presses universitaires de France, Collection *Philosophies*.
- GILLIGAN Carol, 2019 (1982), *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe ? (In a different voice)*. Flammarion. Traduction Annick Kwiatek.
- GLASER Barney, STRAUSS Anselm A., 2010 (1967), *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin, Collection *Individu et société*.
- GODBOUT Jacques, CAILLÉ Alain, 1992, *L'Esprit du don*. La Découverte, Collection *Poche / Sciences humaines et sociales*.
- GRAMAIN Agnès, WEBER Florence (responsables scientifiques, avec Solène Billaud, Cécile Bourreau-Dubois, Hélène Lim, Jingyue Xing), 2012, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*. Note de synthèse.
URL : halshs-00705569, version 1 - 6 Oct 2012 -
- GRAMAIN Agnès, WEBER Florence (responsables scientifiques, avec Solène Billaud, Cécile Bourreau-Dubois, Hélène Lim, Jingyue Xing), 2013, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*. Rapport final. DREES – CNRS. Convention 52346.
- GRAND Alain, 2016, « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France », *Vie sociale*, 2016/3, n°15. Pages 13 à 25. URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2016-3-page-13.htm>
- GRAND David, 2020, « L'expérience de l'intervention à domicile. De l'intrusion à la protection des personnes », *Les territoires de l'intervention à domicile. Regards croisés France-Québec*, Christian Jetté et Catherine Lenzi (dir.), 2020. L'Harmattan, Collection *Logiques sociales*. Pages 163 à 176.
- GUCHER Catherine, ALVAREZ Stéphane, 2011, « Le renouvellement des postures d'usagers dans le cadre des plans d'aide APA : petits arrangements au quotidien », *Congrès de l'Association Française de Sociologie*. Grenoble, juillet 2011. Session 2.
URL : <https://shs.hal.science/halshs-00661615>
- GUCHER Catherine (dir.), ALVAREZ Stéphane, CHAUVEAUD Catherine, LAFORGUE Denis, WARIN Philippe, 2011, *Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et*
-

« *qualité de l'aide à domicile* ». Rapport remis à la DREES, recherche menée dans le cadre de l'appel à projet CNSA-DREES-MiRe.

URL : <https://shs.hal.science/halshs-00603984>

GUCHER Catherine, ALVAREZ Stéphane, Laforgue Denis, Vial Benjamin, Warin Philippe, 2017, « De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile. Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non adhésion », *Vie sociale*. Érès. 2017/1 (n°17). Pages 55 à 70.

GUILLEMARD Anne-Marie, 1980, *La vieillesse et l'État*. Presses universitaires de France, *Collection politiques*.

GUILLEMARD Anne-Marie, 1986, *Le déclin du social*. Presses universitaires de France. Paris.

GUIONNET Christine, 2000, « Dubois Vincent, La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère, Paris, Economica, Collection Études Politiques, 1999 ; Weller (J.-M.), L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics, Paris, Desclée de Brouwer, Collection Sociologie économique, 1999 ». *Politix*, vol. 13, n°49, Premier trimestre 2000. Pages 159-163.

URL : https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_2000_num_13_49_2143

HAWKE Amandine, 2013, « L'intervention à domicile : une clinique à penser et ressentir », *Le journal des psychologues*. 2013/4, n°307. Pages 69 à 72.

URL : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2013-4-page-69.htm> -

HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre (dir.), GUICHET Franck, HÉNAUT Léonie, 2012, Une ethnographie de la relation d'aide : de la rue à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes troubles psychiques ou cognitifs. Rapport de recherche pour la MiRe (DREES).

HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre, 2013, « "Enfermer Maman !" Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, 2015/3 (Vol. 33). Pages 65-90.

HENRARD Jean-Claude, 2002, *Les défis du vieillissement. La vieillesse n'est pas une maladie !* La Découverte, collection « Société et Santé ».

HENRARD Jean-Claude, 2012, *La perte d'autonomie. un nouvel enjeu de société*. L'Harmattan.

- HUMMEL Cornelia, MALLON Isabelle, CARADEC Vincent (sous la direction de), 2014, *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*. Presses universitaires de Rennes.
- INSEE, 2018, « 9.5 Personnes âgées dépendantes », *Tableaux de l'économie française* (TEF). Insee Références. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3353488> -
- ION Jacques, RAVON Bertrand, 2005, « Institutions et dispositifs », *Le Travail social en débat*[s], ION Jacques (Dir). La Découverte. Pages 71-84.
- RAVON Bertrand, ION Jacques, 2012 (8^{ème} édition - 1984), *Les travailleurs sociaux*. La Découverte, *Collection Repères*. Paris.
- JEANGUIOT Nicole, 2012, « Vieillesse », *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins infirmiers, Hors collection. Pages 299 à 301.
URL : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition---page-299.htm>
- JETTÉ Christian et LENZI Catherine, 2015, L'intervention sociale 'Hors les murs' et à domicile dans les champs de la vieillesse, du handicap et de la protection de l'enfance. Colloque Lyon, Mercredi 21 octobre 2015.
- JETTÉ Christian, LENZI Catherine (dir.), 2020, Les territoires de l'intervention à domicile. Regards croisés France-Québec. L'Harmattan, Collection Logiques sociales.
- JOËL Marie-Ève, 2014, « Arbitrages de politiques économiques ». Vidéo extraite de la journée *Allocation des ressources et équité dans l'accès aux soins*, organisée par l'Espace éthique/Ile-de-France le 20 mai 2014, sous la direction de Paul-Loup Weil-Dubuc.
URL : https://www.youtube.com/watch?v=YimtO3Kb250&feature=emb_title
- JOSEPH Isaac, FRITSCH Philippe, BATTEGAY Alain, 1977, *Disciplines à domicile. L'édification de la famille*. Éditions Recherches, n°28.
- JOURDAIN Alain, MARTIN Claude, MOHAER Françoise, SCHWEYER François-Xavier, 1996, *La prestation expérimentale dépendance en Ille-et-Vilaine. Leçons d'un apprentissage*. Éditions de l'ENSP.
- JOURDAIN Alain, MARTIN Claude, avec la collaboration de Françoise MOHAER, François-Xavier SCHWEYER, 1998, « La prestation spécifique dépendance à la lumière des leçons de l'expérimentation », *Gérontologie et société*, 1998/1. Vol.21. n° 84. Pages 85 à 99.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-1998-1-page-85.htm>
- JOURDAIN Alain, 2001, « L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance », *Gérontologie et Société* n°99, décembre 2001. Pages 255 à 270.

- KERJOSSE Roselyne, 2003a, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003 ». DREES, *Études et Résultats*, N° 245, juin 2003.
- KERJOSSE Roselyne, 2003b, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2003 ». DREES, *Études et résultats*, N°281, décembre 2003.
- KESSLER Francis, 1994 (Ed), La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection sociale, Presses universitaires de Strasbourg.
- KESSLER Francis, 1995a, « Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes ? Panorama des propositions de réforme », *Droit social*, n° 1. Pages 85-94.
- KESSLER Francis, 1995b, "Dépendance des personnes âgées : premier commentaire de "l'expérimentation", *Revue de droit sanitaire et social*, n° 31 (1). Pages 216-224.
- LAFORE Robert, 2003, « La Prestation spécifique dépendance et la construction de l'action publique », *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Claude Martin (dir.). Presses universitaires de Rennes. Pages 29-45.
URL : <http://books.openedition.org/pur/14905>
- LAPASSADE Georges, 2013 (2002), « Observation participante », *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* (Sous la direction de Barus-Michel Jacqueline, Enriquez Eugène, Lévy André). Érès. Pages 392 à 407.
- LAPLANTINE François, 2005, *La description ethnographique*. Armand Colin.
- LARDEUX André, 2003, Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de MM. Louis de Broissia, Philippe Adnot, Gérard Bailly, Claude Belot, Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Jean-Claude Gaudin, André Geoffroy, Charles Ginésy, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacques Oudin, Michel Pelchat, Charles Revet, Philippe Richert, Bruno Sido et Jean-Pierre Vial relative à la **prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées** et à **l'allocation personnalisée d'autonomie**, et la proposition de loi de M. Michel Moreigne portant modification de la *loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Sénat, Session ordinaire de 2002-2003. Annexe au procès-verbal de la séance du 25 février 2003. N°186.
- LASCOUMES Pierre, LE GALÈS Patrick, 2005, « Introduction : l'action publique saisie par ses instruments », *Gouverner par les instruments*, Pierre Lascoumes et al., Presses de Science Po. Pages 11 à 44. URL : <https://www.cairn.info/gouverner-par-les-instruments---page-11.htm>

- LASCOUMES Pierre, LE GALÈS Patrick, 2012 (2^{ème} édition), *Sociologie de l'action publique*. Armand Colin, La collection universitaire de poche 128.
- LATOUR Bruno, 2000, « Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement », *Ce qui nous relie*, Micoud et Peroni. Editions de l'Aube. Pages 189-208.
URL : <https://sciencespo.hal.science/hal-01027583>
- LATOUR Bruno, 2004, *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. La Découverte, Collection Poche / Sciences humaines et sociales.
URL : <https://www.cairn.info/politiques-de-la-nature--9782707142191.htm>
- LAVAL Christian, RAVON Bertrand, 2005, « Relation d'aide ou aide à la relation », *Le travail social en débats*, Ion Jacques. La Découverte. Pages 235 – 250.
- LE BIHAN Blanche, MARTIN Claude, SCHWEYER François-Xavier, 2000, « La prestation spécifique dépendance à domicile en pratique dans six départements ». DREES, *Etudes et résultats*, N°64, mai 2000.
- LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, 2013, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, 2013/2. Vol. 36 / n°145. Pages 13 à 24. URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2013-2-page-13.htm>
- LECHEVALIER HURARD Lucie, VIDAL-NAQUET Pierre, LE GOFF Alice, BÉLIARD Aude, EYRAUD Benoit, 2017, « Construire le consentement, quand les capacités des personnes âgées sont altérées », *Revue française des affaires sociales*, 2017/1. Pages 41 à 60.
URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-41.htm>
- LEROUX Isabelle (direction), 2022, « L'aide et l'action sociales en France – édition 2022. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion ». DREES, Collection *Panorama de la DREES- social*.
- LIPSKY Michael, 1969, *Toward a theory of street-level bureaucracy*, Institute for research on Poverty. University of Wisconsin - Madison.
- LIPSKY Michael, 1980, *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York (N. Y.), Russell Sage Foundation. Pages 140 à 156.
- LIPSKY Michael, 2002, « Les agents de bases », *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'utilisateur*, Joseph I. et Jeannot G. (dir.), CNRS.
- MANTOVANI Jean, MEMBRADO Monique, 2000 « Expériences de la vieillesse et formes du vieillir », *Vieillir : l'avancée en âge. Informations Sociales*, 88, 10-17.

- MANTOVANI Jean, GARNUNG Monique, CAYLA Françoise, FAHET Georges, DUCHIER Jenny, MEMBRADO Monique, & *alii*, 2011, Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : Positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité. Rapport de recherche financée par la DREES-MiRe-CNSA - Programme « Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, "prise de parole" des usagers » - Contrat d'étude CNV09-3293.
- MARTIN Claude, 1998, « L'expérimentation territoriale de la prestation dépendance : fenêtre d'opportunité ou rendez-vous manqué ? », *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, 1998. Numéro spécial "Politiques sociales et territoires" sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel. Pages 69-91.
URL : https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1998_num_16_3_2198
- MARTIN Claude (Direction), 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Presses Universitaires de Rennes. Éditions ENSP.
- MARTIN Philippe, POUCHADON Marie-Laure, 2019, « L'émergence de "politiques de l'autonomie" à l'échelle locale : entre innovations et prégnance des filières d'action sociale », *Revue française de affaires sociales*, 2019/HS Hors-Série 1, pages 63-86.
- MAURIZE, 2023, *Composer avec la mort à venir. Une ethnographie des épreuves en EHPAD (2016-2021)*. Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur en sociologie. Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber.
- MAUSS Marcel, [1925] 1968, « Essai sur le don », *Sociologie et anthropologie*, Presses universitaires de France.
- MEIDANI Anastasia, CAVALLI Stefano, 2018, « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise », *in* *Gérontologie et société*, 2018/1 vol. 40 / n° 155. Pages 9 à 23.
URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-1-page-9.htm>
- MÉTIS (Collectif), 2019, *Patience, prudence et petits pas. À la recherche du sens du travail social et médico-social. Le cas des Maisons de la Métropole du territoire de Vénissieux – Saint-Fons*. Édité par la Métropole de Lyon. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-02047680>.
- MINONZIO Jérôme, 2014, « L'expertise des sciences sociales et les politiques familiales au cours des années 1970 : ouvertures et continuité », *Séminaire Action publique*, Organisé par les laboratoires LARHA et Triangle. Lyon, 08 décembre 2014.

- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, 2009, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Petite bibliothèque Payot.
- NONY Isabelle, 2012, « Le kaléidoscope du domicile », *Vie sociale et traitements*, 2012/4, n°116. Pages 21 à 26.
URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2012-4-page-21.htm> -
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1993, « Le développement comme champ politique local », *Bulletin de l'APAD 6/1993, numéro 6*.
URL : <https://journals.openedition.org/apad/2473>
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Karthala.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2000, « Le “je” méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, 41-3. Pages 417-445.
URL : www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5289
- OLM Christine, SIMON Marie-Odile, 1997, « Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches d'une même réalité », *Cahier de recherche du CREDOC*, n°110.
- PANDOLFI Mariella, 2000, « Une souveraineté mouvante et supracoloniale », *Multitudes*, III, novembre. Pages 97-105. URL : <http://www.cairn.info/revue-multitudes-2000-3-page-97.htm>
- PANDOLFI Mariella, 2002, « 'Moral Entrepreneurs', souverainetés mouvantes et barbelés. Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et sociétés*, vol. 26, n° 1. Pages 29-51. URL : <http://id.erudit.org/iderudit/000701ar>
- PAVARD Bibia, 2015, « La première campagne d'information sur la contraception menée par le ministère des Droits des femmes », *Séminaire Action publique*, Organisé par les laboratoires LARHA et Triangle. Lyon, 02 février 2015.
- PENNEC Simone, 2006, « L'attachement au domicile : entre désir et contraintes », *Cahiers de l'Actif*, n° 364- 365, sept/oct., 11-32.
- PERBEN Margot, 2006, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2005 ». DREES, *Etudes et résultats*, n°477, mars 2006.
- PERCHERON Annick, 1991, « Police, gestion des âges », *Âge et politique*. Economica. Pages 143-150.
- PERRIN Valérie, 2015, *Les oubliés du dimanche*. Albin Michel.

- RACINE Guylaine, 2000, La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux. Le rapport entre l'expérience individuelle et collective. L'Harmattan, Collection Action & Savoir. Montréal.
- RAMOS-GORAND Méлина, 2015, *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine*. Thèse pour l'obtention du doctorat en géographie, réalisée sous la direction de Jeanne-Marie Amat-Roze. Soutenue à Créteil le 20 octobre 2015.
- RAMOS-GORAND Méлина, 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain. Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », *Dossiers de la DREES*, décembre 2016, n°10.
- RAVON Bertrand (Dir.), DECROP Geneviève, ION Jacques, LAVAL Christian, VIDAL-NAQUET Pierre, 2008a, Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'actions contradictoires. Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Ministère de la santé et des solidarités – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- RAVON Bertrand, 2008b, « Souci du social et action publique sur mesure », *SociologieS*, Théories et recherches. Mis en ligne le 30 octobre 2008,
URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/2713>
- RAVON Bertrand, 2009a, « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* n°152, mars-avril 2009. Pages 60-68.
- RAVON Bertrand, 2009b, « Le temps présent de l'accompagnement social : une temporalité bien à soi », *Le temps des politiques sociales*, Châtel V. et Soulet M.-H. (eds). Éditions de l'université de Fribourg.
- RAVON Bertrand, 2009, « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité », *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Actes du colloque international (Felix C., Tardif J., éd.), Nice 4-5 juin 2009, Conférence inaugurale. Mis en ligne le 01 octobre 2010, URL : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=600>.
- RAVON Bertrand, ION Jacques, 2012 (1984), *Les travailleurs sociaux*. La Découverte, Collection Repères.
- RAVON Bertrand, VIDAL-NAQUET Pierre, 2014, « Épreuve de professionnalité », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Le Seuil. Pages 268-272.

- RAVON Bertrand, 2016, « Risquer la trahison. Analyse dialogique de l'activité et régulation continue : l'exemple de la reprise collective d'une intervention à domicile », *SociologieS*, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité.
URL : <https://journals.openedition.org/sociologies/5560>
- Ravon Bertrand, Vidal-Naquet Pierre, 2016, « L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive », *SociologieS*, *Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité*, mis en ligne le 16 juin 2016.
URL : <https://journals.openedition.org/sociologies/5363>
- RAVON Bertrand, 2019, « Un dispositif qui ne dit pas son nom : l'engagement en présence, une politique du *care* ? », *SociologieS*, *Grands résumés, S'engager dans un atelier-théâtre. À la recherche du sens de l'expérience* - Mis en ligne le 13 octobre 2020, consulté le 13 février 2021.
URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/15482>
- RENOUX Axel, ROUSSEL Romain, ZAIDMAN Catherine, 2014, « Le compte de la dépendance, en 2011 et à l'horizon 2060 », DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n°50, février.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1979, « Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe ». *Revue française de sociologie*, 20-2. Pages 367-376.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1988, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue Française de Sociologie*, n° 29. Pages 5-18.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Éditions Armand Colin, Collection U-Sociologie.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1991, « Pour une sociologie de la régulation sociale », *Sociologie et sociétés*, 23(2). Pages 13–26.
- REYNAUD Jean-Daniel, 2003, « Réflexion II. La négociation, l'accord, le dispositif », in Gilbert de Terssac, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*. La Découverte, Collection Recherches. Pages 179-190.
- REYNAUD Jean-Daniel, 2007 (1995), *Le conflit, la négociation et la règle*. Octarès, Collection Travail et activité humaine.
- ROGERS Carl, 2005 (1967, *On Becoming a person*), *Le développement de la personne*. Dunod.
- ROSSO-DEBORD Valérie, 2010, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales*, en conclusion des travaux de la mission sur **la prise en charge des personnes âgées dépendantes**. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juin 2010. N°2647.

- SAVARY René-Paul, 2014, *Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi (procédure accélérée) portant nouvelle organisation territoriale de la République*. Sénat, Session ordinaire de 2014-2015. Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 décembre 2014. N°154.
- SERRE Delphine, 2009 *Les coulisses de l'État social*. Enquête sur les signalements d'enfant en danger. Raisons d'agir, Collection « Cours et travaux ».
- SIMON Marie-Odile, 1997, « Prestation dépendance : les bénéficiaires satisfaits des expérimentations réalisées en 1995 et 1996 », *Consommation et Modes de vie*. CRÉDOC, n°114.
- SOULLIER Noémie, WEBER Amandine, 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile ». DREES, Etudes et résultats, N°771, août 2011.
- TAÏEB Emmanuel, 2014, « La fabrique d'un intolérable. Exécutions publiques et police des sensibilités », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*. Presses de Sciences Po. 2014/3. N° 123. Pages 148 à 160.
- TALPIN Jean-Marc, 2011, « La vieille dame indigne. Idéaux et vieillissement », *Cahiers de psychologie clinique*, 2011/1, n° 36. Pages 129 à 150.
URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2011-1-page-129.htm>
- TERRASSE Pascal, 2001, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur **la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie**. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juillet 2001. N°3252.
- TENZA Margot, 2012, « Négociation », *Les concepts en sciences infirmières*, Formarier et al., Association de recherche en soins infirmiers, Hors collection. Pages 220 à 222.
URL : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition---page-220.htm>
- THÉVENOT Laurent (2011), « Grand résumé de *L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement* », La Découverte, 2006, SociologieS. URL : <http://sociologies.revues.org/3572>
- TRONTO Joan, 2008, « Du care », *Revue du Mauss*, 2008/2, n°32. La Découverte. Pages 243 à 265. URL : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm>
- TRONTO Joan, 2009a (1993, *Moral boundaries, A political argument for an Ethic of Care*), Un Monde vulnérable. Pour une politique du care. La Découverte, Collection Textes à l'appui.

- TRONTO Joan, 2009b, « *Care* démocratique et démocraties du care », in Molinier, Laugier, et Paperman, Qu'est-ce que le care ? Petit bibliothèque Payot.
- VASSELLE Alain, 2008, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*. Sénat, Session extraordinaire de 2007-2008. Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juillet 2008. N°447.
- VIDAL-NAQUET, 2018, « L'intervention à domicile au risque de l'intrusion », Séminaire collaboratif *Ethnographie du trouble dans la relation d'aide et de soin*. Lyon, 22 juin 2018.
- VINOT Didier, CHELLE Elisa, Riondet Jean, 2018, « La valeur de la coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes », *Gérer & Comprendre*, Décembre 2018. N° 134. Pages 37-47.
- WARIN Philippe, 1997, *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*. La Découverte.
- WARIN Philippe, 2010a, « Le non-recours : définition et typologies », *Document de travail*, Observatoire des non-recours aux droits et services.
- WARIN Philippe, 2010b, « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société*. 2010/1, n°132. Pages 187-198.
- WARIN Philippe, 2016, *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble, Collection Libres cours Politique.
- WEBER Florence, 2009, *Manuel de l'ethnologue*. Presses universitaires de France, Collection *Quadrige*.
- WEBER Florence, 2011, *Handicap et dépendance, drames humains, enjeux politiques*. CEPREMAP.
- WEBER Florence, TRABUT Loïc, BILLAUD Solène, 2014, *Le salaire de la confiance*. Éditions de la rue d'Ulm.
- WEILL Pierre-Edouard, 2015, « L'exercice collectif du pouvoir discrétionnaire. Les commissions Droit au logement opposable (DALO) », *Politix*, n°112. Pages 223-244.
- WELLER Jean-Marc, 1998, « La modernisation des services publics par l'utilisateur : une revue de la littérature (1896-1996) », *Sociologie du travail*, 3. Pages 365-92.
- WELLER Jean-Marc, 1999, *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. Desclée de Brouwer, Collection Sociologie économique.

WELLER Jean-Marc, 2018, *Fabriquer des actes d'État. Une ethnographie du travail bureaucratique*. Economica, Collection Études sociologiques.

XING Jingyue, BILLAUD Solène, 2019, « Different initial training, different professional practices ? », dans Loffeiert., Majerus et Moulaert (dir.), *Framing Age*. New York, Routledge. Pages 205-221.

ZACCAI-REYNERS Nathalie, 2008, « Quelques tonalités de la relation d'aide institutionnelle », *La voix des acteurs faibles, de l'indignité à la reconnaissance*, J.-P. Payet, F. Giuliani, D. Laforgue (dir.), Presses universitaires de Rennes. Pages 231-243.

ZIELINSKI Agata, 2010, « L'éthique du care. Une autre façon de prendre soin », *Études*, 2010/12. Tome 413. Pages 631-641. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>

ZIELINSKI Agata, 2018, « Vulnérabilité partagée : un point de rencontre ? », *Médecine palliative*, 17. Pages 300-304. URL : <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2018.03.014> -

<https://www.legifrance.gouv.fr> pour l'ensemble des références juridiques, contemporaines et historiques

TABLE DES ENCADRES

Encadré n°1.	page 89
Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie (Colvez, 2003 : 25)	
Encadré n°2.	page 91
CNAMTS, Le modèle « AGGIR ». Guide d'utilisation. Janvier 2008.	
Encadré n°3.	page 96
L'APA : des conditions d'attribution	
Encadré n°4.	page 170
Anticiper la mise en application d'une loi d'action sociale en projet	
Encadré n°5.	page 200
Conseil général F, 2013, Guide pratique des procédures APA	
Encadré n°6.	page 220
Étapes chronologiques de l'instruction d'une demande d'APA	
Encadré n°7.	page 233
Les Valorisation forfaitaire des aides retenues dans le cadre des plans d'aide APA, Conseil général F, janvier 2014	
Encadré n°8.	page 234
Les statuts de l'intervention humaine	
Encadré n°9.	page 235
Proposition de plan d'aide à madame Lucchesi, janvier 2010	
Encadré n°10.	page 270
Conseil général G, 2013, Extrait du Formulaire de demande APA	

Encadré n°11.	page 300
L'APA à domicile : étapes de la procédure de la demande à la décision	
Encadré n°12.	page 306
Fiche de préparation de la visite à domicile – Travailleur social, pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011	
Encadré n°13.	page 308
Fiche de liaison - Visite à domicile – Travailleur social, pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011	
Encadré n°14.	page 309
Modèle AGGIR - Fiche individuelle – Évaluation des activités réalisées par la personne seule pour madame Gilberte, Conseil général F, 2011	

TABLE DES TABLEAUX

Tableau n°1.	page 103
Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile, en décembre 2019 (DREES, 2020)	
Tableau n°2.	page 188
Mise en œuvre de la loi relative à l'APA : implantation des agents composant l'équipe médico-sociale en fonction des départements	
Tableau n°3.	page 231
Montant maximum de l'APA selon le GIR	
Tableau n°4.	page 316
Conseil général F, Équipe N, Ordre du jour de la Réunion EMS	

