

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE

CONNAISSANCE DES POLITIQUES SOCIALES – U5

SESSION 2013

Durée : 5 heures
Coefficient : 5

Matériel autorisé :

- Toutes les calculatrices de poche y compris les calculatrices programmables, alphanumériques ou à écran graphique à condition que leur fonctionnement soit autonome et qu'il ne soit pas fait usage d'imprimante (Circulaire n°99-186, 16/11/1999).
- **Tout autre matériel est interdit.**

Dès que le sujet vous est remis, assurez-vous qu'il est complet.
Le sujet se compose de 12 pages numérotées de 1 à 12.

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 1/12

La forte proportion de personnes âgées et l'arrivée de nouvelles populations accroissent la demande de services sur les territoires ruraux. Ces évolutions incitent plus que jamais à une prise en compte de la santé comme un élément d'attractivité et de développement. La loi sur le développement des territoires ruraux de 2005, la loi HPST de 2009... se sont saisies de ces transformations et prévoient plusieurs dispositions afin d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers.

Question n°1 : Expliquer comment les politiques sociales tentent de répondre aux difficultés des personnes âgées en milieu rural.

Question n°2 : Montrer en quoi le projet du Syndicat Mixte d'Action Sociale de L. participe à la dynamique institutionnelle du territoire en direction des personnes âgées.

BAREME :

<u>Question n°1</u>	9 points
<u>Question n°2</u>	9 points
Clarté et rigueur de l'expression écrite et de la composition	2 points

L'épreuve permettra d'évaluer les compétences suivantes :

C4.1 développer des actions en partenariat, en réseau et participer à la dynamique institutionnelle ;

C4.2 respecter les logiques institutionnelles et les stratégies organisationnelles.

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 2/12

ANNEXES

Annexe 1 : Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?

Contrat de recherche émanant du GIS Institut national de la longévité et du vieillissement. INSERM. Mallon I, Roussel V, Gucher C, 2004-2007.

Annexe 2 : Rapport à Monsieur le Premier ministre, juin 1999. Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

Paulette Guinchard-Kunstler Députée du Doubs.

Annexe 3 : La Territorialisation de l'Action sociale en milieu rural. De l'innovation sociale à l'émergence du Territoire projet ? Alexandre Pages - Université de Franche-Comté 5 juillet 2011.

Annexe 4 : Loi HPST : des dispositions importantes en lien avec les maisons de santé.

<http://maisonsdesanterurales.msa> Isabelle SAPORTA (chargée de la promotion des maisons de santé rurales à la MSA), 24 juillet 2009.

Annexe 5 : Lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural.

Circulaire NOR n° EATV1018866C, 27 juillet 2010.

Annexe 6 : La maison de santé pluridisciplinaire. www.senat.fr

Annexe 7 : Cahier des charges relatif à des expérimentations de maisons de santé pluridisciplinaires. Service santé - DRESTIC - 2007.

Annexe 8 : Rencontres nationales des CCAS/CIAS les 9 et 10 décembre 2008.

Compte rendu de l'atelier n°3 « Qu'apporte le niveau intercommunal aux politiques sociales ? ». Offre de santé sur les territoires ruraux. www.unccas.org Union nationale des centres communaux d'action sociale.

Annexe 9 : Association Pays du Grand B - contrat de pays 2009-2011 - Stratégies et programmes d'actions prioritaires. Axe 3 : anticiper et satisfaire les nouveaux besoins de la population. Orientation 5 : lutter pour le développement de l'offre en milieu rural.

Annexe 10 : La maison de santé sur les rails, 2 juin 2010. www.sudouest.fr.2011

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 3/12

Annexe 1 : Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?
Contrat de recherche émanant du GIS Institut national de la longévité et du vieillissement. INSERM. Mallon I, Roussel V, Gucher C, 2004-2007.

Le milieu rural isolé apparaît dans un dénuement relatif de services et de commerces : les villages et les campagnes à l'écart des villes ou des pôles d'emploi ruraux semblent en particulier moins bien dotés en services médicaux, en soins de première ligne comme en services d'aide, que les milieux urbains ou urbanisés. Les personnes vivant en milieu rural seraient alors défavorisées et plus exposées à des conclusions dramatiques (et mêmes fatales), à des aléas de santé. Elles seraient ainsi soumises à une vulnérabilité accrue par le milieu de vie et à un vieillissement plus difficile qu'en ville. Cette notion de vulnérabilité renvoie à des acceptions diverses, selon qu'elle est utilisée par le droit, la sociologie ou encore la médecine. L'usage commun de la notion de vulnérabilité, pour décrire l'exposition des personnes âgées à des risques spécifiques, de l'ordre des maladies ou des handicaps, renvoie probablement aux transformations récentes qui considèrent les personnes âgées comme des populations « à risque » du point de vue sanitaire, qui posent des problèmes de santé publique. (...)

Avec l'avancée en âge, le choix de la vie en milieu rural peut apparaître comme plus « risqué » socialement, en particulier en raison de l'enclavement des territoires, à distance des villes, de leur dénuement relatif et de leur faible densité sociale. L'avancée en âge renouvelle ainsi les interrogations, sociologiques, bien sûr, mais également des habitants eux-mêmes, sur l'isolement résidentiel et la solitude. (...)

Les personnes âgées sont souvent définies par leur étrangeté au monde moderne qui s'approfondirait au fur et à mesure de leur avancée en âge, de même que le milieu rural s'écarterait du monde urbain au fur et à mesure que les distances à la ville grandiraient. Vieillir en milieu rural apparaîtrait alors comme une relégation de plus en plus profonde hors du monde moderne.

L'avancée en âge marquerait, selon la théorie du désengagement social, un repli sur soi et sur la sphère privée. La conjonction entre un milieu rural isolé, enclavé, désertifié, aux rares commerces et services concentrés dans les bourgs, et des personnes âgées de moins en moins motorisées au fil de leur vieillissement, conduisent logiquement à l'idée que les mobilités, plus nécessaires en raison de la ruralité du territoire, seraient cependant moins nombreuses en raison de l'avancée en âge. L'isolement du milieu local produirait un isolement résidentiel, lui-même facteur d'isolement social.(...)

Les spécificités du vieillir en milieu rural isolé se déclinent en différents domaines. Elles se dévoilent dans un premier chef en ce qui concerne le passage à la retraite vécu tantôt pour les natifs comme continuité du parcours antérieur, tantôt comme rupture et expression de nouveaux choix de vie pour les personnes récemment installées. Mais dans les deux cas de figure, la responsabilité du territoire est engagée dans l'organisation des conceptions de vie à la retraite. (...)

Pour les personnes âgées, en milieu rural, les élus locaux sont les destinataires d'attentes concernant l'amélioration de leur vie quotidienne. (...)

Annexe 1 (suite):

L'action publique est envisagée essentiellement à travers les questions de l'aménagement et de l'entretien du réseau routier, de maintien des commerces ou des services de proximité, de transports et aussi de l'accès aux soins. (...)

Cette attente de revitalisation des territoires ruraux s'exprime aussi dans le regret de voir le pays se dépeupler et la plupart des personnes expriment des attentes fortes à l'égard d'un

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 4/12

repeuplement ou au moins du maintien d'une population suffisante pour permettre des échanges de services mais aussi lutter contre le sentiment d'isolement.

Annexe 2 : Rapport à Monsieur le Premier ministre. Juin 1999. Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Paulette Guinchard- Kunstler, Députée du Doubs.

A l'instar du Dr Pierre Guillet (*L'Aventure de l'âge*), un certain nombre de besoins fondamentaux doit être retenu concernant les personnes âgées.

(...) Il faut rappeler les risques les plus fréquents chez les personnes âgées qui devraient pouvoir bénéficier de mesures de prévention : les troubles de la mémoire, de l'humeur et du comportement, les états démentiels, les déficits sensoriels, les troubles de la marche et les maladies vasculaires. Le dépistage précoce de certaines maladies éviterait nombre de handicaps et de perte d'autonomie, en particulier l'ostéoporose, l'incontinence source d'isolement social, la dépression trop méconnue alors que présente. De même, la diminution de la vue et de l'ouïe augmente le risque d'accident et surtout entraîne un renfermement sur soi. D'autre part, en présence de risques d'affections nombreuses et pour des raisons culturelles, la demande de soins et de médicaments est souvent importante. (...) L'habitat n'est pas toujours adapté, rarement de plain-pied, avec des salles de bains peu adaptées, des aménagements à risque (tapis, meubles, sièges...). (...) Différentes études ont montré combien l'absence de moyens financiers peut être source de repli sur soi, de solitude et donc d'augmentation du risque dépendance... Les personnes âgées ont besoin comme tout un chacun d'échange, de vie sociale, de se sentir utiles. Ainsi, quels que soient leur niveau de handicap et leur lieu de vie, les personnes âgées doivent trouver leur place dans leur environnement, dans la société. De nombreuses initiatives émanant de CCAS, d'associations de maintien à domicile, de maisons de retraite, ont permis d'éviter que ce repli sur soi s'installe.

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 5/12

Annexe 3 : La Territorialisation de l'Action sociale en milieu rural. De l'innovation sociale à l'émergence du Territoire projet ? Alexandre Pages - Université de Franche-Comté - 5 juillet 2011.

La loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire de 1995 (complétée par un texte adopté en 1999) introduira un zonage du territoire pour délimiter les espaces ruraux en déshérence, dans le sillage des actions entreprises avec le concours des fonds structurels européens. Il existe à présent des Zones de Revitalisation Rurale, les ZRR, comme il existe des Zones Urbaines Sensibles et la démarche présente des similitudes avec la mise en œuvre des politiques de la ville : il s'agit finalement d'appliquer un principe de discrimination positive - avec toutes les réserves théoriques que cela implique - et d'avoir recours à des outils contractuels. Certes, les services des conseils généraux, de la CAF et les caisses de la Mutualité Sociale Agricole sont généralement les principaux chefs de file en matière d'action sociale mais la territorialisation des politiques publiques et des dispositifs doit s'adapter ici à des contextes particuliers : isolement accru, vieillissement de la population (ou au contraire fixation de jeunes sans qualification), manque de perspectives d'emploi, recul de l'activité agricole, importance des problèmes de mobilité et des distances à parcourir... Plus concrètement, cela suppose que les professionnels partagent une culture commune ou qu'ils utilisent les nouvelles méthodes de l'ingénierie sociale en s'intégrant dans une dynamique de projet.

Travailler en milieu rural suppose d'être polyvalent ; cela a d'ailleurs conduit des collectivités locales à créer des guichets uniques et des plateformes de service de façon à proposer une présence constante et à se rapprocher de leurs usagers.

En délocalisant des permanences sociales ou en investissant dans la création de maisons de santé, il est question de rompre l'isolement et de réduire les distances, c'est-à-dire offrir des services que les populations résidant en milieu rural ne pourraient trouver qu'en ville. Cependant, le problème épineux de la démographie médicale interroge les acteurs locaux et, des associations et des élus, sont engagés à résister, avec les moyens qui sont les leurs, aux tentatives « de fermeture des services publics de proximité »...

Malgré une série de contraintes (que les professionnels du champ médico-social soulignent volontiers), des études plus localisées font apparaître, sur certains territoires, une volonté de mettre des outils en commun et de constituer des réseaux de partenaires. (...)

Annexe 4 : Loi HPST : des dispositions importantes en lien avec les maisons de santé.
<http://maisonsdesanterurales.msa> Isabelle SAPORTA (chargée de la promotion des maisons de santé rurales à la MSA), 24 juillet 2009.

La loi du 21 juillet 2009 porte réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires. Des dispositions importantes contenues dans ce texte concernent les maisons de santé et modifient ainsi le Code de la Santé Publique.

Elles peuvent être chargées à l'avenir d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population, des missions de service public. (...)

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la définition des maisons de santé est la suivante : « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ». (...) Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé (ARS). (...)

Annexe 5 : Lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural.
Circulaire NOR n°EATV1018866C, 27 juillet 2010.

(...) Le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010 a décidé du lancement d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013.

Le contexte – les enjeux

Les maisons de santé, définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, contribuent à assurer l'accès aux soins de la population. Elles constituent une forme d'exercice renouvelée autour de la coordination des professionnels, dans le cadre d'un projet de santé, conforme au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Les maisons de santé s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé portée par le directeur général de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé.

Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles est en effet l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. (...)

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 7/12

Annexe 6 : La maison de santé pluridisciplinaire. www.senat.fr

Une maison de santé naît de l'aspiration de professionnels à rompre avec un exercice isolé et à regrouper dans un même lieu plusieurs professions médicales.

Le plus souvent, ces regroupements surviennent lorsqu'un médecin cesse son activité sans être remplacé et que les praticiens encore en place doivent pallier cette réduction de l'offre médicale. En effet, une telle structure permet de créer des synergies lorsque la couverture médicale de la zone se fragilise.

L'ambition est de développer une pratique médicale plus collective et mieux organisée. (...) Le noyau dur d'une maison de santé est généralement constitué d'un ou plusieurs médecins généralistes et infirmiers exerçant à temps plein. D'autres professionnels de santé interviennent à temps partiel : médecins spécialistes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens et, le cas échéant, des psychologues et des ergothérapeutes. Cette coopération permet de mettre à la disposition de la population une offre de soins complète.

Démarche innovante, ces structures accueillent en leur sein des acteurs sociaux. Cette collaboration est organisée dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales (communes et conseils généraux), suivant qu'il s'agit d'assistantes sociales, d'un service de portage des repas et d'aide à domicile ou d'un centre local d'information et de coordination (CLIC). (...)

La Maison de Santé Rurale représente une opportunité pour les communautés de communes et pays qui souhaitent :

- maintenir une offre de service de santé de proximité ;
- être des acteurs de l'innovation en santé ;
- faire un investissement économique d'avenir.

Pour que le projet voit le jour, il faut dans tous les cas que plusieurs professionnels portent le projet avec l'appui et la collaboration de la commune ou la communauté de communes.

Forte de son implication dans le tissu local, de sa légitimité et de son expertise en offre de services sanitaires et sociaux, la MSA se positionne en « fil rouge » pour les professionnels de santé dans des projets complexes et multi partenariaux associant d'autres acteurs privés comme publics, et aide à inscrire les projets dans une dynamique de territoire.

La MSA peut ainsi favoriser la synergie des professionnels de santé et des élus et veiller au maintien du lien entre ces différents acteurs tout au long de leur projet.

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 8/12

Annexe 7 : Cahier des charges relatif à des expérimentations de maisons de santé pluridisciplinaires. Service santé - DRESTIC - 2007.

(...) La maison de santé pluridisciplinaire combine différents types d'activités selon les projets :

- ***la promotion de la santé :***

activités d'éducation pour la santé, activités de dépistage, actions de prévention, permanence sociale et familiale, point rencontre avec l'assurance maladie, centre de documentation, accueil et orientation dans le traitement des dépendances, organisation du maintien au domicile, mise en synergie des acteurs locaux.

- ***l'offre de soins :***

soins médicaux généralistes, organisation des gardes médicales pour les généralistes, consultations avancées de spécialistes, soins paramédicaux, organisation des soins en réseau et notamment amélioration du lien Ville Hôpital, accueil de stagiaires médicaux et paramédicaux.

(...) Dans le cas où le projet de maison de santé prendrait corps dans un territoire ne disposant d'aucun réseau de santé, la maison de santé s'attachera à en constituer un avec ses partenaires.

Les habitants usagers ont vocation à participer aux projets de maison de santé de façon directe ou indirecte (via les associations de prévention par exemple). Si dans le cadre de la construction du projet, une étude de faisabilité est menée, elle prévoira a minima une consultation de la population. (...)

Les associations œuvrant dans le champ sanitaire et social, les CCAS ou CIAS, les services locaux du conseil général, les centres sociaux seront également des partenaires privilégiés comme le coordonnateur du Programme Territorial de Santé du secteur.

Annexe 8 : Rencontres nationales des CCAS/CIAS les 9 et 10 décembre 2008.
Compte-rendu de l'atelier n° 3 « Qu'apporte le niveau intercommunal aux politiques sociales? ». Offre de santé sur les territoires ruraux. www.unccas.org Union nationale des centres communaux d'action sociale.

Intervention du directeur général de la fédération MSA

Il évoque la nécessité de créer des maisons de santé pluridisciplinaires sur la base d'une étude partagée entre les professionnels de santé, les élus locaux. (...) Dans ce département rural, le nombre de personnes âgées est élevé. La question est de savoir comment les maintenir à domicile en proposant une offre de soins adaptée. La MSA a choisi de travailler avec les professionnels de santé et les élus locaux et a réalisé une étude « état des lieux ». L'objectif est de déterminer le maillage le plus efficace : en terme de distance professionnelle par patient (en moyenne 10 km), en terme de durée moyenne de trajet (moyenne de 10/15 minutes pour les urgences). (...) Des zones prioritaires ont été identifiées et les partenaires ont élaboré un cahier des charges pour des maisons de santé rurales pluridisciplinaires. (...) Rôle de la MSA : les collectivités locales restent libres d'engager un projet mais la MSA peut aider au développement de ces projets en termes de recherche de financements, d'accompagnement administratif. Elle peut organiser un service de transport de patients vers les maisons.

Intervention du président du CIAS de L.

Le CIAS rassemble 16 communes. Les compétences sont diverses, avec un accent mis sur le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Le CIAS dispose pour cela d'un service d'aide à domicile et de services annexes : portage de repas à domicile, service de petits travaux à domicile. Le risque est aujourd'hui que les personnes âgées quittent le territoire rural pour déménager en ville où l'offre de service et de médecins est plus importante. Le CIAS a été alerté récemment par le départ de 3 médecins sur les 6 présents. Ce départ risque d'atteindre en chaîne le fonctionnement des autres activités médico-sociales. Afin de retenir les médecins restants et d'en attirer de nouveaux, le SMAS (Syndicat Mixte d'Action Sociale)* a décidé de créer un bâtiment regroupant 2 entités distinctes : un Pôle de services à la personne et une Maison médicale. Sur la base d'une étude menée par le CIAS, il a été ainsi constaté que les locaux existants du CIAS étaient inadaptés et que les interventions in situ des professionnels étaient difficiles, en raison de leur isolement. Les critères de choix du lieu d'implantation ont été définis : la proximité du centre-ville et du chef lieu de canton, la position sur un axe de transport, la lisibilité auprès de la population. (...)

**Depuis le 1^{er} janvier 2007, la communauté de communes entre D et L assure la compétence « actions sociales ». Les actions sont ainsi exercées par le SMAS de L. Le SMAS finance des actions du CIAS.*

BTS ÉCONOMIE SOCIALE FAMILIALE		Session 2013
U5 - Connaissance des politiques sociales	Code :ESE5CPS	Page : 10/12

Annexe 9 : Association Pays du Grand B. - contrat de pays 2009-2011 - Stratégies et programme d'actions prioritaires. Axe 3 : Anticiper et satisfaire les nouveaux besoins de la population. Orientation 5 : Lutter pour le développement de l'offre en milieu rural.

Projets déposés et critères de priorité : Six projets de maison de santé pluridisciplinaire ont été identifiés par le Pays du Grand B. Conformément aux demandes des partenaires, le conseil d'administration a retenu un projet prioritaire pour 2009-2011, selon les critères suivants : la réponse à une fragilité de l'offre de soins, l'engagement des professionnels à intégrer la MSP, la proposition de nouveaux services permettant de faciliter la permanence des soins, l'échange entre professionnels, le rapprochement avec les services d'action sociale, etc.

Projet prioritaire : Maison de Santé Pluridisciplinaire de L. aux côtés d'un Pôle de services à la personne (maître d'œuvre : Syndicat Mixte d'Action Sociale de L.). Le projet du SMAS de L., couvrant 16 communes, est de créer un bâtiment abritant 2 entités distinctes :

- un Pôle de services à la personne : CIAD, SIAD, centre médico-social, locaux de permanence (MSA, Comité Départemental d'Education pour la Santé, assistance sociale de la CRAM, FNAT (fédération nationale des accidentés du travail)), accueillants familiaux, Info droit, autres partenaires possibles ...
- une Maison de Santé Pluridisciplinaire accueillant : 5 médecins, 2 infirmières, 1 pédicure, 1 psychologue, 1 kinésithérapeute, 1 studio de garde...

Le projet répond aux critères de priorité définis plus haut :

- L. constitue un bassin de vie important ;
- le projet s'appuie sur l'adhésion des professionnels en nombre associés à la réflexion dès 2007 ;
- le canton a subi une brutale déstabilisation de l'offre de soins en 2007 ;
- le bâtiment est prévu pour recevoir un studio de garde et permettre une transversalité entre les différents intervenants du domaine sanitaire et social.

Annexe 10 : La maison de santé sur les rails, 2 juin 2010.www.sudouest.fr.2011

Le président du Syndicat Mixte d'Action Sociale a convié jeudi 18 mai les maires du canton, les professions libérales (médecins, infirmières...) à une réunion d'information sur le futur Pôle de services à la personne et la Maison de Santé Rurale et Pluridisciplinaire. Un projet structurant pour le territoire répondant à deux objectifs : améliorer la qualité d'accueil et offrir une meilleure approche des services sociaux et médico-sociaux, et favoriser le maintien et l'accueil des professionnels de santé et libéraux.

Le Pôle de services regroupera :

- le Centre intercommunal d'action sociale ;
- le Centre médico-social ;
- le Service de soins à domicile ;
- le Centre hospitalier spécialisé de V. ;
- des associations et organismes pouvant assurer des permanences.

La Maison de Santé regroupera :

- 5 médecins ;
- 1 kinésithérapeute ;
- 1 podologue ;
- 1 cabinet d'infirmières et peut-être un laboratoire d'analyses médicales (le dossier est en cours).

Le choix du site est celui de l'ex-antenne Électricité de France... à proximité de la résidence des personnes âgées, l'établissement pour personnes âgées dépendantes et le centre d'incendie et de secours. Le bâtiment aura une forme en L, des accès dissociés et des espaces communs mutualisés (...). Plusieurs partenaires participent au financement, dont l'Europe (Fonds Leader), l'État (direction générale des entreprises, labellisation d'un Pôle d'excellence rurale en cours), le conseil régional, le Pays du grand B., le conseil général avec les contrats d'objectifs et le contrat de ville, et la participation des services propres du conseil général.