



Le vice-président

Le 16 juillet 2015

à

**Monsieur le Président
du conseil départemental de la Dordogne**

Dossier suivi par : Myriam LAGARDE
Greffière de la 2^{ème} section
Tél. 0556564729
Mel. mlagarde@aquitaine-pc.ccomptes.fr

2, rue Paul-Louis Courier
CS11200
24019 PERIGUEUX

Objet : notification du rapport d'observations définitives –
département de la Dordogne – Maintien à domicile des
personnes âgées en perte d'autonomie

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du département de la Dordogne, portant sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, pour les exercices 2009 et suivants, ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à votre assemblée délibérante. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport et les réponses seront joints à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, ce document deviendra communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

Conformément à l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous prie de bien vouloir informer la chambre de la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante, et de lui communiquer une copie de son ordre du jour.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, le rapport d'observations et les réponses jointes sont transmis au préfet ainsi qu'au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques.

Jean-Noël GOUT



DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE

MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Années 2009 et suivantes - Séance du 31 mars 2015

LA SYNTHESE GENERALE DU RAPPORT	3
LA RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS	5
LA PROCEDURE	6
TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	7
GLOSSAIRE.....	7
1. LES SPECIFICITES DU TERRITOIRE DEPARTEMENTAL ET L'EXERCICE D'UNE DE SES MISSIONS ESSENTIELLES.....	9
1.1. LES SPECIFICITES DU TERRITOIRE	9
1.2. LES SPECIFICITES ECONOMIQUES, SOCIALES ET LIEES A L'HABITAT	9
1.3. LES SPECIFICITES LIEES AU TAUX D'EQUIPEMENT EN GERONTOLOGIE	10
1.4. LES SPECIFICITES DEMOGRAPHIQUES.....	10
2. LES MISSIONS ET DOCUMENTS DE REFERENCE DU DEPARTEMENT	12
2.1. LES MISSIONS DU DEPARTEMENT, SES PARTENAIRES ET SES PRESTATIONS	12
2.2. LES ELEMENTS BUDGETAIRES RELATIFS A L'APA AU SEIN DES DEPENSES SOCIALES.....	14
2.3. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL GERONTOLOGIQUE DE LA DORDOGNE.....	16
2.4. LE REGLEMENT DEPARTEMENTAL D'AIDE SOCIALE.....	20
3. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE	21
3.1. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE RELEVANT EXPLICITEMENT DU DEPARTEMENT	21
3.2. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE NE RELEVANT PAS DIRECTEMENT DU DEPARTEMENT.....	38
4. LES PRESTATIONS FINANCIERES.....	49
4.1. L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)	50
4.2. LES PRESTATIONS LEGALES D'AIDE A DOMICILE	71
4.3. LES AIDES FACULTATIVES.....	73
5. LES AUTRES MODALITES DU MAINTIEN A DOMICILE OU DE SON SOUTIEN.....	74
5.1. L'ACCUEIL FAMILIAL.....	74
5.2. LE CARACTERE STRATEGIQUE DE L'AIDE AUX AIDANTS	77
5.3. UNE THEMATIQUE TRAITEE DE FAÇON ISOLEE : LE LOGEMENT	87

LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE DU RAPPORT

Selon l'INSEE, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060 et le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans devrait tripler en passant d'environ 4% à 12 % de la population. Cette évolution suscite des pouvoirs publics un effort important en faveur du maintien à domicile pour répondre à la fois à l'augmentation des coûts induits et au désir des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile.

1. LES SPECIFICITES DE LA DORDOGNE ET LE ROLE CENTRAL DU DEPARTEMENT

Les Conseils généraux se sont vus confier deux missions essentielles : la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées, qui représente un réel défi au vu de la multiplicité d'interlocuteurs clefs du maintien à domicile des personnes âgées ; l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui constitue aujourd'hui le vecteur principal du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, après l'élaboration, par les équipes de travailleurs médico-sociaux du département, d'un plan d'aide personnalisé visant à répondre à la perte d'autonomie. Les dépenses du Département, pour financer les coûts de l'APA, se sont élevées en 2013 à plus de 48 millions d'euros.

Les spécificités du département de la Dordogne rendent son action pour le maintien à domicile à la fois importante et difficile. Son territoire étendu, sa situation économique, le « sur-vieillessement » de sa population et paradoxalement son bon taux d'équipement en établissements de séjour sont autant de facteurs contraignants pour le maintien à domicile. Un progrès dans la consolidation de l'ensemble de ces données est souhaitable en liaison avec d'autres partenaires comme la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

2. LES MISSIONS ET DOCUMENTS DE REFERENCES DU DEPARTEMENT

Le département de la Dordogne a mis en œuvre l'ensemble de ses missions légales pour le maintien à domicile. Tous les acteurs sont mobilisés pour définir avec ses services un schéma gérontologique pluriannuel. Celui-ci pourrait être rendu encore plus opérationnel par une synchronisation avec les documents sanitaires, un meilleur chainage des schémas successifs et la définition d'objectifs chiffrés.

3. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Pour autant, le Département a eu une politique particulièrement active à l'égard des personnes âgées, notamment pour le maintien à domicile. En partenariat avec le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et avec les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC), il a contribué à mieux informer et coordonner les professionnels et à conduire une politique de prévention. Une action particulière de redéfinition des missions des CLIC, mieux encadrés et mieux animés, semble toutefois nécessaire.

De plus, le Département a une responsabilité pour soutenir les services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD). Le programme important de regroupement des services, la labellisation de services autorisés, et la cogestion des fonds de restructuration et de professionnalisation sont à porter à son actif. Deux évolutions sont souhaitables : le respect du décret de 2003 sur la tarification individuelle des SAAD ; le possible développement de structures, fusionnant les services de soins infirmiers (SSIAD) et les SAAD, nécessitant des formules d'intéressement à cette fin. Un autre défi à résoudre est celui de l'attractivité des métiers de l'aide à domicile avec la moindre place de la filière de formation de l'aide à domicile en Dordogne au sein du contrat d'objectif territorial de l'Aquitaine. Des actions en ce sens pourraient être programmées avec la Région, le service public de l'emploi et les fédérations des sociétés de service à domicile.

Le département subit aussi un certain nombre de facteurs exogènes compliquant la bonne exécution de sa mission. La difficulté à opérer une harmonisation des structures ou procédures entre la sphère médico-sociale et la sphère sanitaire génère divers obstacles tenant aux incertitudes sur l'impact de l'activité des SSIAD, au manque d'unité territoriale pour la prévention ou le suivi des publics et à l'insuffisante coordination de structures dont les missions interfèrent -CLIC et Méthode pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)-. Ces difficultés freinent certains projets innovants et entraînent des surcoûts et transferts de charges entre le sanitaire et le médico-social, en alourdissant parfois les plans d'aide financés par le Département. La première priorité aujourd'hui est de réduire, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), la fracture entre le sanitaire et le médico-social.

4. LES PRESTATIONS FINANCIERES

Les décisions d'attribution et de gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représentent une charge importante pour les services, mobilisant près de 50 agents.

Le département gère près de 8000 dossiers avec un nombre important de nouvelles demandes chaque année. Le contrôle d'un échantillon de dossier atteste d'un suivi rigoureux des procédures permettant de mettre en œuvre cette allocation d'aide sociale sur l'ensemble du territoire de la Dordogne, en respectant une équité entre l'ensemble des bénéficiaires. La gestion administrative des demandes d'APA s'appuie désormais sur un référentiel-qualité, essentiel pour l'autoformation et le respect des procédures ou des délais. De nombreux chantiers restent à finaliser comme l'informatisation du contrôle de l'effectivité, la dématérialisation des échanges avec le payeur départemental ou la dématérialisation des dossiers APA. Leur bonne mise en œuvre permettra de gagner en efficience notamment en diminuant les délais de contrôle des dossiers qui contribuent au niveau encore trop élevé de versements indus, soit plus d'un million d'euro par an.

Il peut être aussi constaté que le taux de maintien à domicile sur les GIR 1 et 2 (Groupe Iso - ressources - grille AGGIR est en retrait de 30 % par rapport à la moyenne nationale, situation pouvant s'expliquer tout autant par un retard de la politique d'accompagnement que par une offre importante et accessible économiquement de places en établissement. Le niveau des allocations versées par la Dordogne est, tout niveau de dépendance confondu, moindre de plus de 20 % par rapport aux chiffres nationaux. Enfin, la part de la collectivité dans le financement du maintien à domicile tend à diminuer laissant à l'usager un surcroît de reste à charge important, notamment pour les GIR 1.

5. LES AUTRES FACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE ET NOTAMMENT L'OFFRE DE REPIT

L'identification de tous les facteurs susceptibles de contribuer à l'aide à domicile reste à poursuivre, par exemple s'agissant de la pleine utilisation de l'offre de répit dans le cadre de l'aide aux aidants. De nombreuses zones d'ombre pourraient appeler des études ciblées :

- le recours plus systématique à des enquêtes auprès des personnes âgées elles-mêmes permettrait de mieux connaître leur attente, que ce soit de façon générale par rapport au maintien à domicile, ou de façon plus ciblée sur la prise en compte de leur goût alimentaire dans le portage de repas, par exemple ;
- l'hétérogénéité des taux d'occupation de l'accueil temporaire prive le département d'un outil essentiel au maintien à domicile au travers d'une véritable aide aux aidants ;
- l'impact des modalités de financement sur les taux d'occupations de l'hébergement temporaire ;
- la contribution de la téléassistance ;
- la prise en compte des goûts des personnes âgées pour le portage des repas.

LA RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS

Les juridictions financières examinent les suites réservées à leurs recommandations et les évaluent en fonction du niveau de mise en œuvre

Les cotations utilisées pour les recommandations juridiques ou de gestion sont les suivantes :

[Recommandation totalement mises en œuvre]

[Recommandation partiellement mise en œuvre]

(qui ont fait l'objet d'un commencement d'exécution ou d'un engagement à les mettre en œuvre)

[Recommandation à suivre]

(qui, pour diverses raisons, n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre totale ou partielle)

[Recommandation devenue sans objet]

Ce suivi intervient soit immédiatement au vu des réponses apportées entre la notification du rapport d'observations provisoires et celles du rapport d'observations définitives, soit lors du contrôle suivant.

LES MISSIONS ET DOCUMENTS DE REFERENCES DU DEPARTEMENT

1. définir pour chaque fiche-action du schéma gérontologique des indicateurs mesurables

[Recommandation à suivre]

LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

2. donner plus de cohérence aux actions de prévention par un pilotage adéquat au niveau du département associant tous les acteurs concernés : département, CLIC, centres hospitaliers, ASEPT

[Recommandation partiellement mise en œuvre]

3. respecter l'article R. 314-14 du CASF, issu du décret du 22 octobre 2003, en calculant une tarification individuelle adaptée à chaque service d'aide à domicile

[Recommandation juridique à suivre]

4. se rapprocher de la Région pour l'adaptation des filières de formation et formaliser un plan d'action avec le Service Public de l'Emploi et les Fédérations pour conduire des actions opérationnelles en matière d'emploi, d'attractivité des métiers et de santé au travail

[Recommandation partiellement mise en œuvre]

5. mutualiser par convention les évaluations de la dépendance réalisée par chaque organisme (APA, CLIC, MAIA, équipe gériatrique)

[Recommandation à suivre]

LES PRESTATIONS FINANCIERES

6. augmenter la fréquence des contrôles relatifs à l'APA en les adaptant après élaboration d'un plan de contrôle basé sur les risques

[Recommandation à suivre]

7. engager la dématérialisation des pièces justificatives des dossiers APA pour faciliter leur gestion

[Recommandation à suivre]

LES AUTRES FACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE ET NOTAMMENT L'OFFRE DE REPIT

8. réaliser une étude pour traiter l'hétérogénéité d'occupation des accueils de jour et de l'hébergement temporaire

[Recommandation à suivre]

LA PROCEDURE

Le contrôle a été effectué dans le cadre du programme 2014 de la chambre.

L'ouverture du contrôle a été notifiée par lettre du 14 février 2014 à M. Bernard CAZEAUX, président du conseil général du département de la Dordogne.

L'entretien préalable prévu aux articles L. 243-1 et R. 241-8 du code des juridictions financières s'est déroulé le 3 octobre 2014.

Lors de sa séance du 21 octobre 2014, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 25 novembre 2014 à l'ordonnateur en fonction. Une communication administrative sur la politique de maintien à domicile en Dordogne a été adressée à l'Agence régionale de santé, le même jour.

L'ordonnateur et l'Agence régionale de santé ont répondu à la chambre.

Lors de sa séance du 31 mars 2015, la chambre a arrêté les observations définitives qui figurent dans le présent rapport.

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau n° 1 : taux d'équipement de la Dordogne en gérontologie en 2009.....	10
Tableau n° 2 : situation de la Dordogne : indicateurs démographiques, économiques et sociaux.....	12
Tableau n° 3 : Les Missions des conseils généraux en faveur du maintien à domicile des Personnes Agées mises en œuvre en Dordogne.....	13
Tableau n° 4 : part des dépenses sociales sur les charges totales pour le département de la Dordogne.....	14
Tableau n° 5 : Département de la Dordogne : DEPENSES SOCIALES PAR GRANDE POLITIQUE.....	15
Tableau n° 6 : Compensation APA versée par la CNSA de 2009 à 2013 Département de la Dordogne.....	16
Tableau n° 7 : Montants des compensations définitives notifiés par la CNSA.....	16
Tableau n° 8 : Les 5 CLIC de Dordogne.....	24
Tableau n° 9 : Analyse des forces et faiblesses des CLIC.....	25
Tableau n° 10 : Financements au titre du fonds de restructuration.....	35
Tableau n° 11 : Proportion des filières d'emploi de l'aide à domicile de la Dordogne en Aquitaine.....	37
Tableau n° 12 : TAUX EQUIPEMENT SSIAD AU 31/12/2013 sur places financées.....	42
Tableau n° 13 : Evaluation de la liste d'attente des SSIAD.....	43
Tableau n° 14 : Nb de bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts).....	51
Tableau n° 15 : Evolution annuelle des bénéficiaires en Dordogne et en France.....	51
Tableau n° 16 : Evolution du nombre des demandes APA.....	51
Tableau n° 17 : Evolution des bénéficiaires des PAP de la CARSAT (GIR 5 et 6).....	52
Tableau n° 18 : Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts).....	52
Tableau n° 19 : Comparaison des montants moyens des plans d'aide en Dordogne.....	53
Tableau n° 20 : Restes à charge par GIR en Dordogne.....	55
Tableau n° 21 : Restes à charge par GIR en Dordogne.....	56
Tableau n° 22 : Comparaison du nombre d'évaluateurs entre la Gironde et la Dordogne.....	61
Tableau n° 23 : Taux de dossiers APA à domicile contrôlés par le Département.....	69
Tableau n° 24 : Titre émis pour reversements indus APA.....	69
Tableau n° 25 : Nombre de dossiers contrôlés et recettes correspondantes : Année 2013.....	70
Tableau n° 26 : Evolution du nombre de personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale à domicile depuis 2009 jusqu'à 2013, par forme d'aide (prestations, aides financières,...).....	72
Tableau n° 27 : Répartition des familles d'accueil et des places ouvertes par territoire de CLIC.....	75
Tableau n° 28 : Evolution des bénéficiaires et des dépenses des familles d'accueil.....	76
Tableau n° 29 : L'évolution de places, le taux d'occupation et l'activité de l'accueil de jour.....	79
Tableau n° 30 : La cartographie des accueils de jour autorisés en 2013.....	80
Tableau n° 31 : L'évolution des capacités entre 2009 et 2013 et l'activité de ces services en 2013.....	81
Tableau n° 32 : Nombre de logement adaptés à la perte d'autonomie (financés par l'ANAH).....	87

GLOSSAIRE

ADMR : Association d'aide à domicile en milieu rural
 AGGIR : Autonomie gérontologie, groupes iso-ressources (grille d'évaluation, voir glossaire)
 AGIRC : Association générale des institutions de retraites des cadres
 AIS : Acte infirmier de soins
 ALMA : Association Allô Matraitance personnes âgées
 AMD : Aide-ménagère à domicile
 AMI : Acte médical infirmier
 ANAH : Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
 APA : Allocation personnalisée d'autonomie
 ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
 AS : Aide-soignant(e)
 ASH : Aide sociale (départementale) à l'hébergement
 CASF : Code de l'action sociale et des familles
 CIAS : Centre intercommunal d'action sociale
 CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

CNAVTS : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
 CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
 CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 CODERPA : Comité départemental des retraités et personnes âgées
 CORERPA : Comité régional des retraités et personnes âgées
 CPER : Contrat de plan Etat-Région
 CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
 CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médicosociale
 CROSS : Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
 CSG : Contribution sociale généralisée
 CSP : Code de la santé publique
 CSS : Code de la sécurité sociale
 DEAVS : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
 DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
 DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consom., du travail et de l'emploi
 DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 DSI : Démarche de soins infirmiers
 DSS : Direction de la sécurité sociale
 EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
 EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EMS : Equipe médico-sociale
 ESMS : Etablissements sociaux et médico-sociaux
 ETP : Equivalent temps plein
 FMAD : Fonds de modernisation de l'aide à domicile
 FSC : Forfait de soins courants
 GIR : Groupe Iso - ressources (grille AGGIR)
 GMP : GIR moyen pondéré
 HAD : Hospitalisation à domicile
 IDE : Infirmier (ère) diplômé(e) d'Etat
 INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
 LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
 MAIA : Méthode (Maisons auparavant) pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
 MAPAD : Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
 MARPA : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
 MR : Maison de retraite
 MSA : Mutualité sociale agricole
 MTP : Majoration pour aide constante d'une tierce personne
 OMPHALE : Outil méthodologique de projections d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves (INSEE)
 ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
 PCH : Prestation de compensation du handicap
 PRS : Programme régional de santé
 PSD : Prestation spécifique dépendance
 SROSMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale
 SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
 SAAD : Service d'aide et d'accompagnement de soins à domicile
 SSAD : Service de soins à domicile
 SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
 UNADMR : Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
 UNASSAD : Union nationale des associations de soins et de services à domicile
 UNCCAS : Union nationale des centres communaux d'action sociale
 USLD : Unité de soins de longue durée
 VAE : Validation des acquis de l'expérience (professionnelle)

1. LES SPECIFICITES DU TERRITOIRE DEPARTEMENTAL ET L'EXERCICE D'UNE DE SES MISSIONS ESSENTIELLES

1.1. LES SPECIFICITES DU TERRITOIRE

Les spécificités géographiques de la Dordogne influent sur la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile, par exemple par les kilomètres parcourus par les assistantes de vie sociale. L'étendue du territoire départemental, 9 100 km², en fait le 3ème département de France par sa superficie après la Gironde et les Landes. L'information des usagers, l'accès aux droits ont été conçus ou aménagés en fonction des distances et de la multiplicité des bassins de vie. Les services sociaux territorialisés sont fortement sollicités pour l'information de 1er niveau : 50 % des demandes sont réorientées et accompagnées. L'étendue géographique entraîne un certain nombre de contraintes. Les missions de proximité du Département dont la gestion de l'allocation pour l'autonomie (APA) impliquent une organisation étoilée des services territorialisés (un Centre médico-social accessible à tout habitant dans un rayon de 30 kms maximum), des permanences sociales nombreuses et des visites à domicile multiples. A la mission vis-à-vis de la dépendance des aînés se rajoute la polyvalence de secteur, la protection maternelle et infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE), le revenu de solidarité active (RSA), la prestation de compensation du handicap (PCH). L'étendue géographique induit également un réseau routier départemental plus conséquent que dans les départements de même strate. Avec 5.000 kilomètres de routes à entretenir, la Dordogne supporte un kilométrage plus élevé que l'ensemble des départements d'Aquitaine (hors Gironde) et des départements limitrophes.

Une seconde contrainte spécifique pour la politique de maintien à domicile vient du caractère rural du département. La Dordogne est un territoire à dominante rurale. La densité est faible avec 46 habitants au km² (en Aquitaine 80, en France hors Ile de France 97). La population vit très majoritairement (à près de 60 %) dans les zones rurales ou semi-rurales. Les zones urbaines (Bergerac et Périgueux) ne concentrent donc que 40 % des habitants (contre 70% en Aquitaine). Les zones les plus rurales concentrent la population la plus âgée et celle disposant des plus faibles revenus. Elles connaissent un accès aux équipements et services de base, hors Mairies et Département de plus en plus restreint ou exigent des déplacements importants en raison de la fermeture de nombreux bureaux de postes, trésoreries et permanences CAF, CPAM, CARSAT etc.

Les 3/5ème de la Dordogne sont classés en zones sous dotées en professions médicales et paramédicales. Deux territoires (Nontron et Ribérac) sont dépourvus de SMUR. L'ensemble de ces caractéristiques implique en conséquence que les services départementaux développent une offre de service en santé publique plus importante que dans les départements à dominante urbaine. L'information spécialisée des publics vulnérables ou leur famille fait l'objet d'une organisation spatiale structurée autour de bassins gérontologiques et confiée aux CLIC. Des transports sociaux doivent être assurés par les agents du Département sur prescription notamment vers les structures de santé. Les opérateurs de l'aide à domicile auprès des personnes âgées et handicapées interviennent également au-delà de leurs missions pour pallier l'insuffisance des infirmiers libéraux, des SSIAD et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Le faible niveau de consommation de soins standardisés de la Dordogne (données ARS) souligne les effets directs du nombre insuffisant de médecins généralistes et d'infirmiers sur l'accès aux soins.

1.2. LES SPECIFICITES ECONOMIQUES, SOCIALES ET LIEES A L'HABITAT

L'emploi total est en baisse. La majorité des emplois est orientée vers les services. 72 % des effectifs salariés œuvrent dans les services aux activités essentiellement tournées vers les habitants et les touristes (69 % en Aquitaine). Les salaires y sont en moyenne moins élevés que dans la région en raison d'une sous-représentation des cadres (8,5 % des emplois contre 12,8 % au niveau régional). Le niveau de vie annuel médian des ménages par unité de consommation s'élève à 17 860 € contre 19 064 € en Aquitaine (Insee 2010). Le revenu moyen net déclaré par foyer fiscal est en 2010 de 19 757 € contre 22 316 € au niveau régional. Le nombre de foyers fiscaux imposables est de 45,9% contre 51,9% en Aquitaine (données Insee 2010). Un habitant sur six vit en dessous du seuil de pauvreté. La moyenne des retraites est inférieure aux taux aquitain et national. Le taux de chômage est supérieur à la moyenne régionale (11,6 % de la population active au 3ème trimestre 2013, 10,4 % en Aquitaine source Insee 2013). Le RSA socle ou socle-activité est

attribué à plus de 8 000 foyers fin 2013. Entre septembre 2009 et décembre 2013, les publics RSA suivis par le Département augmentent de 27 % alors que le nombre de bénéficiaires du RMI avait diminué sur la période précédente (2006-2009). Les emplois à domicile et dans les établissements sociaux ou médico-sociaux participent ainsi fortement à l'activité économique et l'offre locale d'emplois. L'APA, comme l'ensemble des prestations et allocations sociales, s'inscrit comme contribuant tout à la fois à la prévention individuelle de l'exclusion ou de la dépendance mais aussi à la politique de l'emploi et à l'aménagement du territoire.

Les habitants périgourdiens sont très majoritairement propriétaires de leur logement (67,9 % contre 60,4 % en zone Aquitaine - données de l'Insee 2009). 37,8 % des résidences principales ont été construites avant 1949 (données Insee 2008). L'habitat de type traditionnel est très dispersé. A l'isolement social et familial vient se rajouter un isolement géographique qui fragilise les personnes atteintes par le grand âge, la pathologie et le handicap. Cet élément, essentiel pour le maintien à domicile comme pour la vie des familles, est également corroboré par le niveau de confort : 23,4 % des logements ne disposent pas de chauffage central ou de chauffage individuel électrique. Les plans APA comportent donc souvent des heures d'intervention pour l'alimentation en bois des cheminées et poêles.

1.3. LES SPECIFICITES LIEES AU TAUX D'EQUIPEMENT EN GERONTOLOGIE

La Dordogne est historiquement un département d'accueil. En matière de gérontologie, le taux d'équipement est aussi le plus haut d'Aquitaine pour en assurer le plein remplissage. La répartition des EHPAD est homogène et correspond au schéma gérontologique départemental qui prévoyait un EHPAD par canton. Au 31 décembre 2013, le nombre de places est passé à 6 135, soit un taux d'équipement de 112,6%.

Tableau n° 1 : taux d'équipement de la Dordogne en gérontologie en 2009

En Nb. & %

	Nombre de places en hébergement permanent : EHPAD + unités de soins de longue durée (ULSD)	Taux d'équipement en EHPAD
Dordogne	5 986	111,75
Gironde	12 713	93,58
Landes	4 486	96,71
Lot et Garonne	3 872	92,63
Pyrénées Atlantiques	7 484	99,46
Aquitaine	34 544	97,89

Source : DRASS/DASS au 31.12.2009

1.4. LES SPECIFICITES DEMOGRAPHIQUES

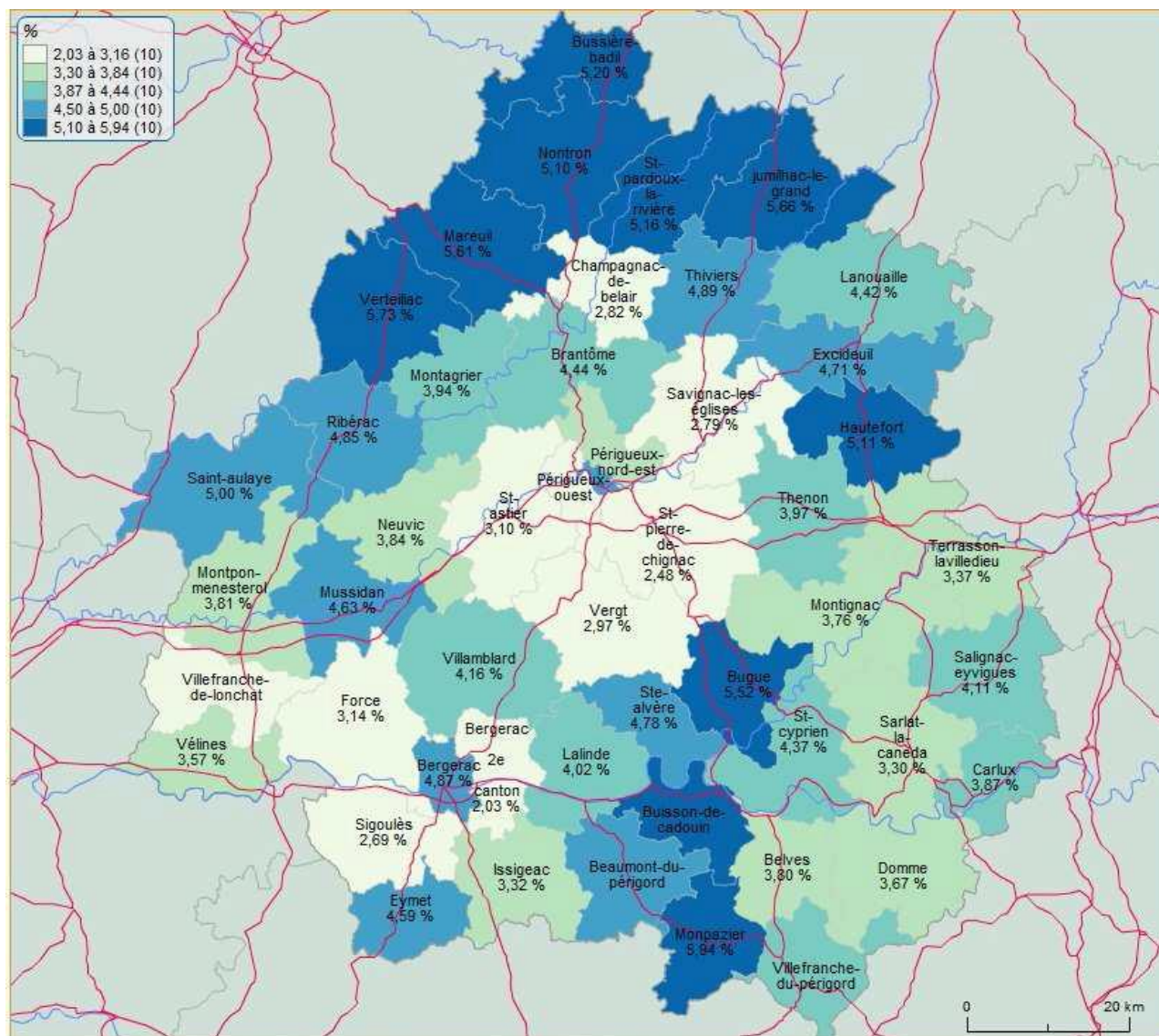
Selon les dernières estimations de l'INSEE, la Dordogne compte 421 000 habitants au 1er janvier 2012 dont 33 % ont 60 ans et plus. D'après les projections, la population périgourdine tous âges confondus, devrait progresser de 4,6 % d'ici 2020. La Dordogne est le cinquième département français (après notamment la Creuse et le Cantal) le plus marqué par le phénomène accéléré du vieillissement. Les données démographiques relatives au vieillissement de la population et reprises dans le dernier schéma gérontologique 2009-2013 sont assez anciennes mais présentent un intérêt quant à l'évolution de la population de la Dordogne entre 1996 et 2010, soit une quinzaine d'années. Sur cette période le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus augmente de 17 % ; celles âgées de 75 ans et plus évoluent de + 47 % ; celles âgées de plus de 85 ans augmentent de 39 %. La Dordogne connaît depuis plus de 20 ans un relatif « sur-
vieillessement ».

Plus récemment, selon l'Insee, au 1er janvier 2012, la Dordogne compte 421 100 habitants et représente 13 % de la population régionale. Sa densité de population est faible (46 habitants/km²), comparée à celle de l'Aquitaine (80 habitants/km²) et de la métropole hors Île-de-France (97 habitants/km²). L'âge moyen des habitants, estimé à 45,4 ans (43,4 ans en 1999, 40,1 ans en 1982) est le plus élevé de l'Aquitaine. Quasiment un tiers de la population est âgée de 60 ans ou plus, pour un cinquième âgée de moins de 20 ans. Ce vieillissement va encore s'accroître : selon la projection de l'INSEE (projections Omphale) sur la période 2010-2020, la population globale de la Dordogne augmentera de 5%, les 60-74 ans augmenteront de 30 %, les 74-84 ans resteront stables, les 85 ans et plus bondiront de 37 %. En 2040, l'âge moyen atteindrait

49,9 ans et les personnes de 75 ans ou plus deviendraient même plus nombreuses que celles de moins de 20 ans.

Le vieillissement de la population n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire départemental. Si le vieillissement est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain et périurbain, un plus grand nombre de personnes âgées résident dans les zones urbaines.

Figure n° 1 : Part de la population âgée de 85 ans ou plus / Niveau cantonal / 2010



Source : INSEE

Le tableau suivant issu d'une étude monographique réalisée par le cabinet ENEIS missionné par la CNSA pour l'évaluation des conventions départementales de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile, complète les données ci-dessus.

Ces données démographiques influent sur les financements mobilisés par le Département pour les personnes âgées.

Tableau n° 2 : situation de la Dordogne : indicateurs démographiques, économiques et sociaux

Département de la Dordogne		
Démographie (INSEE-RGP 2008)		France métropolitaine
Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus	126 288	13 974 449
Part des 60 ans et plus dans la population totale	30,8%	21,8%
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	53 274	5 468 110
Part des 75 ans et plus dans la population totale	13,0%	8,5%
Evolution de la population totale entre 1999 et 2008	5%	6%
Evolution des 75 ans et plus entre 1999 et 2008	26%	30%
Part des personnes de 80 ans et plus vivant seules à domicile	44%	50%
Revenus (DGI, au 1er janvier 2010)		France métropolitaine
Revenu médian toute population	16 663 €	17 918 €
Revenu médian des 75 ans et plus	15 168 €	16 789 €
Prestations et allocations personnes âgées (STATISS au 1er janvier 2011)		France métropolitaine
Nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse	5 224	479 459
Taux de pénétration du minimum vieillesse chez les 75 ans et plus (pour 1000)	98,06	87,68
Nombre de bénéficiaires de l'APA	11 803	1 147 760
Taux de pénétration de l'APA chez les 75 ans et plus (pour 1000)	221,55	209,90
Part de l'APA à domicile	61%	60%
Taux de pénétration de l'APA à domicile	136,20	125,72
Part de l'APA en établissement	39%	40%
Prestations et allocations personnes en situation de handicap (STATISS au 1er janvier 2011)		France métropolitaine
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	7 008	925 306
Taux de pénétration de l'AAH	17,12	14,47
Nombre de bénéficiaires de la PCH + ACTP	1 937	237 759
Taux de pénétration de la PCH + ACTP	4,73	3,72
Equipement (STATISS eu 1er janvier 2011)		France métropolitaine
Taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	108,33	98,80

Source : cabinet ENEI

2. LES MISSIONS ET DOCUMENTS DE REFERENCE DU DEPARTEMENT

2.1. LES MISSIONS DU DEPARTEMENT, SES PARTENAIRES ET SES PRESTATIONS

Dans le domaine plus particulier du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, le Département a principalement en charge plusieurs missions :

- l'attribution de l'aide sociale départementale ;
- la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- l'autorisation, la tarification, le contrôle et le suivi des services sociaux et médicosociaux ;
- le pilotage de la coordination gériatrique ;
- l'information auprès du public ;
- la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie ;
- le soutien aux aidants familiaux des personnes âgées.

Il convient de constater la mise en œuvre exhaustive des missions et obligations conférées au Département.

Tableau n° 3 : Les Missions des conseils généraux en faveur du maintien à domicile des Personnes Agées mises en œuvre en Dordogne

Missions Obligatoires	Mise en œuvre en Dordogne
Aide-ménagère L.113-1	Oui
Accueil chez les particuliers agréés L.231-1 L.113-1	cf. règlement départemental d'aide sociale
Schéma départemental des Personnes Agées L.113-2	Schéma 2009-2013
CLIC L.113-2	5 CLIC
Conventions relatives à la coordination des prestations de services avec les organismes de sécurité sociale L.113-2	Oui pour les CLIC et la MDPH
CODERPA	Aide au fonctionnement
APA L. 232 et suivants	Oui cf. règlement départemental d'aide sociale
Autorisation des services à domicile Missions facultatives	Oui
Téléassistance	Délégation de service public (DSP) pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH
Portage de repas	- Pour les structures : aide à l'investissement jusqu'à couverture totale du département. - Pour les personnes, coût pris en compte dans le plan d'aide APA
Soutien technique aux services d'aide à domicile	Pour les services autorisés et/ou demandeurs
Evaluation médico-sociale de l'ensemble des personnes âgées	Le rejet APA est généralement exigé par les Caisses
Subventionnement en investissement des locaux pour accueils de jour et hébergement temporaire	Pour le secteur public et le privé non lucratif
Soutien à la qualité auprès des prestataires	1€ de plus par heure APA
Promotion des métiers de l'aide à domicile	
Information des habitants	Site internet du Département
Information des bénéficiaires de l'APA sur leur plan d'aide	Portail internet du Département

Source : Département

Le président du Conseil général arrête, après adoption par l'assemblée, le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Le précédent schéma pris pour la période 2009-2013, est échu depuis décembre dernier et est en cours de renouvellement. Dans ce document directeur, sont déclinés les axes forts de la politique visant le soutien des aînés chez eux et les différentes actions nécessaires à l'atteinte de cet objectif.

Le Département organise sur son territoire les interventions nécessaires :

- celles des CLIC : 5 CLIC existent en Dordogne et couvrent l'ensemble du territoire. Ils sont conventionnés par le Département afin d'orienter leurs missions et travaux ;
- celles des services d'aide à domicile : le département est doté de 70 structures dont 54% sont autorisées par le Département en vertu de la loi 2002. Ces dernières sont conventionnées afin de définir les priorités d'action ;
- le service public de la téléassistance, confié, par voie de délégation (DSP) à l'issue d'un appel d'offre à une association départementale (CASSIOPEA) pour les bénéficiaires de l'APA et de la prestation pour compensation du handicap (PCH) ;
- celle des services de portage de repas à domicile soutenus par l'octroi des aides à l'équipement (plafonnées à 7.600€ par opération) du Département.

Par ailleurs, le Département, au terme d'une réflexion collective, a édité en 2006 un guide de soutien à domicile qui reste un document de référence à ce jour (plus de 8 000 exemplaires distribués). Ce guide précise les missions des différents intervenants du domaine social et médico-social et permet de mieux articuler les rôles de chacun. Dans le prolongement de cette réflexion, le département agit auprès de la DDASS puis de l'ARS afin de soutenir le développement des capacités des SSIAD, notamment sur les territoires sous dotés et/ou ceux concernés par la désertification médicale et paramédicale (notamment s'agissant des infirmiers libéraux).

Le département gère les allocations ou prestations individuelles d'aide sociale en faveur des personnes vulnérables nécessiteuses :

- l'aide-ménagère légale, 88 bénéficiaires au 31/12/2013 (augmentation de 13 % en un an) ;
 - l'APA, 7.994 bénéficiaires au 31/12/2013 en progression de 0,64 % en un an.
- La définition des plans d'aide peut intégrer outre les aides humaines, des aides spécifiques ou techniques voire l'aide aux petits aménagements du logement.
- Le levier constitué par l'APA, au titre de la solvabilisation des bénéficiaires, a permis d'imaginer sur certaines zones géographiques l'adaptation des services aux besoins et aux attentes, notamment au bénéfice de la continuité de service : gardes itinérantes de nuit, interventions les week-ends et jours fériés, interventions fractionnées.

2.2. LES ELEMENTS BUDGETAIRES RELATIFS A L'APA AU SEIN DES DEPENSES SOCIALES.

Le PIB en Dordogne s'élevait à 21 200 € en 2011 contre 30 700 € en moyenne en France. En 2013, le taux d'épargne brute du Département s'élevait à 12,6 %. Représentant 52 % des dépenses de fonctionnement (BP 2014), l'action sociale impacte la fiscalité et la capacité d'investissement du Département. Au total, l'ensemble des spécificités de la Dordogne, qui sont à considérer comme des déterminants pour l'action publique, influent sur la typologie et le poids des financements mobilisés par le Département pour sa politique obligatoire d'action sociale. Pour préserver autant que possible son taux d'investissement et ses effets sur l'emploi local sans pour autant accentuer la fiscalité, le Département indique avoir mis en place un pilotage financier et un contrôle strict de chaque dépense, notamment en matière d'action sociale mais n'avoir pris aucune mesure d'économie sur l'action sociale en général et sur la gérontologie en particulier.

La Dordogne se situe d'après les données de la DGFIP dans les 25 % de départements ayant le ratio dépenses sociales / charges de fonctionnement la plus faible. La situation financière du département de la Dordogne se révèle correcte malgré une dégradation légère mais constante depuis 2011.

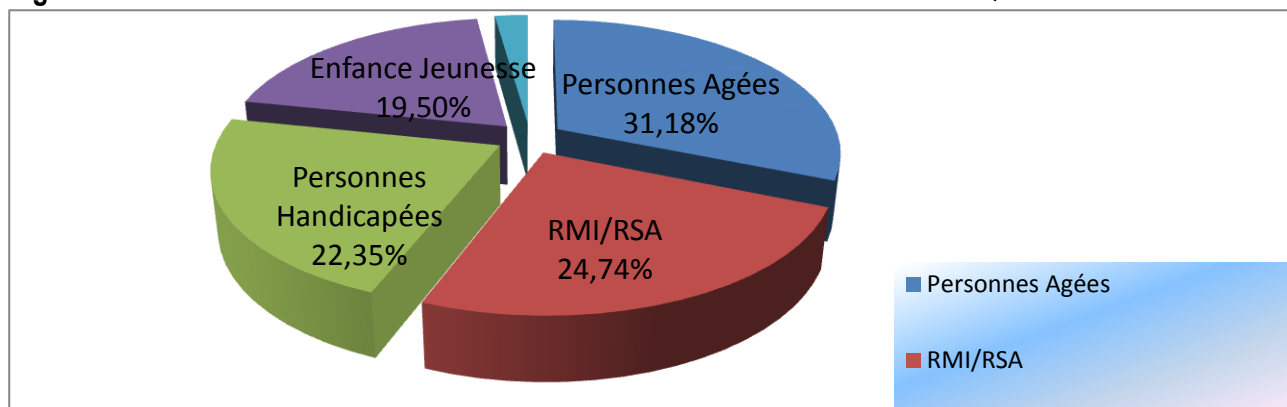
Tableau n° 4 : part des dépenses sociales sur les charges totales pour le département de la Dordogne

	2011	2012	2013 (prov)
Ratio	0,4391	0,4483	0,4493
dépenses sociales / charges de fonctionnement			

Source : DGFIP

Les dépenses afférentes aux personnes âgées représentent le second poste de dépenses sociales après le RSA¹.

Figure n° 2 : REPARTITION DES DEPENSES SOCIALES PAR GRANDE POLITIQUE EN DORDOGNE



Source : Département

Démographiquement, la pyramide des âges du département reflète bien les montants globaux versés en terme d'aide personnalisée à l'autonomie (APA) : 118 €/hab. en 2013 contre 105 €/hab pour la strate de

¹ Stable mais important (10,7 % au 4^e trimestre 2013), le taux de chômage en Dordogne peut être corrélé au niveau important (41,8 M€) du RSA distribué (+ 11 % entre 2011 et 2013) bien que ce dernier soit inférieur en montant par habitant à la strate de comparaison des départements du même groupe (101 €/hab. contre 125 €/hab. en 2013).

comparaison, soit un total de 48,8 M€ en augmentation de 4,3 % sur la période 2011-2013. Parmi les aides à la personne, seule la prestation pour compensation du handicap (PCH) s'affiche en retrait (- 5 %) sur cette période à 7,9 M€. Sans surprise pour un département rural dont la population est vieillissante, la politique « personnes âgées » est le premier poste du budget social en mobilisant plus de 31 %. L'APA en établissement représente 9,95 % des dépenses sociales et l'APA à domicile 15,4 %. L'aide-ménagère représente 135 040 € soit une part peu significative. Les autres politiques sont par ordre d'importance budgétaire : le RSA (35 %), la politique handicap (22,4 %) et l'Enfance Famille (19,5 %).

Le tableau suivant décrit par politique les grandes masses budgétaires et leur évolution 2011-2012.

Tableau n° 5 : Département de la Dordogne : DEPENSES SOCIALES PAR GRANDE POLITIQUE

Politiques	2011	2012	2013	Structure	Evol. 2013/2012
Personnes Agées	57 508 465 €	59 260 965 €	59 992 088 €	31,18%	1,23%
APA dont:	46 779 974 €	48 312 716 €	48 824 562 €	25,37%	1,06%
- à domicile	28 584 420 €	29 732 537 €	29 673 966 €	15,42%	-0,20%
- en établissement	18 195 554 €	18 580 179 €	19 150 596 €	9,95%	3,07%
Aide ménagère à domicile	116 797 €	109 369 €	135 040 €	0,07%	23,47%
Hébergement	10 383 468 €	10 593 695 €	10 761 406 €	5,59%	1,58%
Autres	228 226 €	245 185 €	271 080 €	0,14%	10,56%
RMI/RSA	43 610 997 €	45 248 401 €	47 608 626 €	24,74%	5,22%
Allocations	38 001 317 €	39 622 027 €	41 938 392 €	21,80%	5,85%
RMA/CIE	219 107 €	119 513 €	120 000 €	0,06%	0,41%
Contrats d'avenir/CAE	763 583 €	602 307 €	600 000 €	0,31%	-0,38%
FDI/FSE	4 626 990 €	4 904 554 €	4 950 234 €	2,57%	0,93%
Personnes Handicapées	41 371 725 €	42 161 190 €	42 997 742 €	22,35%	1,98%
Allocations dont:	11 558 982 €	11 072 288 €	10 943 900 €	5,69%	-1,16%
- ACTP	3 173 327 €	3 122 254 €	3 016 249 €	1,57%	-3,40%
- PCH	8 385 655 €	7 950 034 €	7 927 651 €	4,67%	-0,28%
+ de 20 ans	7 742 332 €	7 170 380 €	7 175 521 €	3,73%	-0,05%
- de 20 ans	643 323 €	770 648 €	752 130 €	0,39%	-2,40%
Hébergement	28 287 718 €	29 003 400 €	29 860 623 €	15,52%	2,96%
Autres	1 525 025 €	2 085 502 €	2 193 219 €	1,14%	5,17%
Enfance Jeunesse	35 253 712 €	36 459 779 €	37 525 767 €	19,50%	2,92%
Hébergement	10 500 012 €	17 185 208 €	17 973 589 €	9,34%	4,59%
Assistantes Familiaux	12 080 200 €	12 485 421 €	12 694 213 €	6,60%	1,67%
Autres	6 606 900 €	6 789 150 €	6 857 965 €	3,56%	
Autres Dépenses (PMI, FSL, SUBV, APRE, AG...)	4 549 387 €	4 423 493 €	4 291 405 €	2,23%	-2,99%
TOTAL	182 294 286 €	187 553 828 €	192 415 628 €	100,00%	2,59%

Source : Département

Les aides à la personne ne se situent qu'à 217 € par habitant pour une moyenne de la strate à 242 €, essentiellement du fait du niveau relatif significativement plus bas du RMI et du RSA par habitant (241 € et 276 € en 2011 – Source ministère des finances publiques).

L'allocation personnalisée d'autonomie repose sur un système de cofinancement assuré par les départements pour la plus grande part et par des crédits alloués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La compensation CNSA tend à s'amenuiser comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 6 : Compensation APA versée par la CNSA de 2009 à 2013 Département de la Dordogne

En E & %

Année	Compensation CNSA	Dépenses APA (CA)	
2009	17 996 113,77	45 979 966,00	39,14%
2010	17 451 408,31	47 514 961,00	36,73%
2011	18 428 403,48	46 779 974,00	39,39%
2012	17 497 051,32	48 312 716,00	36,22%
2013	18 966 956,72	48 824 562,00	38,85%

Source : compte administratif (nature 74811)

Il peut être relevé que le montant des compensations définitives peut différer légèrement à la hausse comme à la baisse.

Tableau n° 7 : Montants des compensations définitives notifiés par la CNSA

En E & %

Année	Compensation CNSA	Dépenses APA (CA)	
2009	17 512 408,31	45 979 966	38,09%
2010	17 527 403,48	47 514 961	36,89%
2011	18 161 051,32	46 779 974	38,82%
2012	18 674 956,72	48 312 716	38,65%
2013	non reçu	48 824 562	

Source : compte administratif (nature 74811)

2.3. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL GERONTOLOGIQUE DE LA DORDOGNE

Le Département indique avoir « continuellement privilégié depuis 1997 la politique de maintien et de soutien à domicile en lui accordant une place centrale. En effet tous les sondages le confirment, c'est le vœu le plus cher de l'ensemble de nos concitoyens de vivre le plus longtemps possible chez eux, auprès des leurs, dans leurs murs et leurs meubles. Outre, la mise en œuvre des plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie le schéma gérontologique vise à bâtir une stratégie notamment pour le maintien à domicile.

Les actions menées par le Département dans le cadre de ses missions sont retracées dans un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale gérontologique en application de l'article L. 312-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce schéma départemental gérontologique aborde l'ensemble des problématiques relatives aux personnes âgées en associant l'ensemble des acteurs concernés. Il revêt un caractère obligatoire. Il a pour objectifs :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population âgée ;
- de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ; notamment en matière de création, de transformation, d'extension et de suppression d'établissement ;
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents acteurs ;
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas.

Il est établi pour une période maximale de cinq ans, en cohérence avec les schémas nationaux et régionaux, notamment le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROSM) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), tous deux élaborés par l'agence régionale de santé (ARS). Les compétences sont en effet partagées entre le Département et l'Etat, ce dernier organisant notamment l'activité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Un schéma départemental gérontologique ne doit pas être un document théorique. Il doit aller au-delà de simples déclarations d'intentions et revêtir une véritable portée opérationnelle. C'est un outil de mise en cohérence des actions du Département en faveur du maintien à domicile qui doit comporter des objectifs précis, des actions concrètes, sur une période pluriannuelle. A la question de savoir si le schéma est exhaustif, le département a répondu que « la réponse apportée est vraisemblablement non si l'on considère l'ensemble des aspects du maintien à

domicile ». Dans une logique de parcours, comment séparer le sanitaire du médico-social, les GIR 5 et 6 d'entrée en dépendance, des GIR 1 à 4 ouvrant le bénéfice de l'APA.

La priorité affichée et les moyens investis pour donner corps à une politique concertée du maintien à domicile notamment au travers des schémas gérontologiques est notable, même si ces derniers restreignent l'approche globale de cette politique publique.

Mais un véritable schéma du maintien à domicile dans une logique de parcours, nécessiterait une élaboration conjointe par les trois acteurs que sont le Département, l'ARS et la CARSAT.

2.3.1. *L'analyse précise des besoins départementaux en matière de maintien à domicile des personnes âgées*

La mise en place du nouveau schéma suppose un état des lieux territorialisé précis des actions réalisées et des besoins existants. Les informations nécessaires ont été recueillies grâce au travail d'investigation et aux études actualisées par les équipes de l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine (ORSA). La partie « état des lieux » du schéma 2007/2013 décrit les dispositifs d'accompagnement à domicile à partir du diagnostic réalisé par l'équipe de l'ORSA : démographie, conditions de vie et état de santé, dispositif d'accompagnement à domicile et d'hébergement, bénéficiaires des aides. Durant la mise en œuvre du schéma, le Département a pris en compte un certain nombre d'indicateurs clés sur les évolutions sociodémographiques et sanitaires de l'ensemble des territoires notamment les études ORSA de mars 2011 et octobre 2012.

Si le recours à des professionnels de la veille sanitaire et sociale est indispensable, on peut relever qu'aucune enquête n'a été réalisée auprès des personnes âgées pour recueillir leurs attentes à l'occasion de l'élaboration du schéma à l'occasion de l'élaboration du schéma 2009/2013. La consultation de leur représentant au travers du CODERPA pourrait être complétée d'une collecte directe de leurs besoins et attentes auprès des intéressés. Les seules enquêtes diligentées par le Département sont celles effectuées par l'association qui a la délégation de service publique pour la téléassistance. Mais ces enquêtes ne sont que très partielles et ne recouvrent pas tous les facteurs du maintien à domicile. La CNAVTS fait réaliser par exemple chaque année par le CREDOC une enquête de satisfaction nationale auprès des bénéficiaires de prestations d'aides à domicile financées par le régime général (et donc GIR 5-6 essentiellement) afin de perfectionner le dispositif d'accompagnement. De même, les contrats locaux de santé permettent le recours à de telles enquêtes.

Il n'a pas été procédé lors de l'établissement des schémas gérontologiques à la réalisation d'une enquête auprès des personnes âgées pour recueillir leurs attentes, alors que cela s'est fait dans d'autres départements.

2.3.2. *Les conditions d'élaboration du schéma*

2.3.2.1. La concertation

Le schéma en cours, comme les précédents, a été l'objet d'une forte concertation et coopération entre l'ensemble des partenaires institutionnels ayant un rôle de décision, d'organisation, de planification et/ou de financement des différents dispositifs (services de l'Etat, ARS, organismes d'assurances maladie, Caisses de Retraite, etc.). De plus, il est à noter que lors du schéma précédent, les relations partenariales ont été poursuivies notamment à l'occasion d'un bilan réalisé à mi-parcours et associant l'ensemble des acteurs du champ professionnel de la gérontologie. Le schéma 2009/2013 a été rédigé à partir des réflexions et des propositions des acteurs de terrain (86 professionnels impliqués) rassemblés dans 4 ateliers thématiques (accompagnement à domicile, accompagnement en institution, accompagnement de la démence, coordination des accompagnements). Toutefois des acteurs importants du secteur manquent comme par exemple les OPCA intervenant dans la formation des métiers du maintien à domicile, ce qui plaide pour l'ouverture des chantiers thématiques à l'issue du schéma pour approfondir avec certains acteurs tel ou tel aspect.

2.3.2.2. L'articulation du schéma avec les documents de planification de l'Agence Régionale de Santé

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis conformément au code de la santé publique pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les autres schémas. Les schémas départementaux répondent aux besoins sociaux de la population visée (article L. 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles - CASF). Les schémas régionaux répondent aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge du médicosocial (article R. 1434-6 du Code de la Santé Publique-CSP). Les uns et les autres possèdent donc leurs périmètres propres mais ils comportent de nombreux points de complémentarité voire de partage. L'objectif du schéma gérontologique 2007/2013 a bien consisté à assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité, conformément à l'article L. 312-5 du CASF. Cependant le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROSM) et le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (plus simplement appelé PRIAC) d'Aquitaine, parties intégrantes du Projet Régional de Santé instauré par la loi HPST de 2009, n'ont été publiés qu'en mai 2012, bien après l'adoption du schéma départemental.

Il convient de rappeler que le législateur a prévu que le SROMS dans sa conception nouvelle n'est plus l'addition des schémas départementaux mais il est défini au regard de ces schémas. Le SROMS doit être réalisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (loi HPST, art. L. 1434-12 du code de la santé publique). Il prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, mais aussi les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PRS (décret du 18 mai 2010, art. R. 1434-6 du code de la santé publique). La question est de savoir comment concevoir, dans le nouveau cadre juridique, les cohérences et les complémentarités entre les deux instruments de planification. Aussi, la CNSA a élaboré en 2011 ainsi un guide méthodologique d'élaboration des SROMS pour tenter de faciliter cette articulation. L'articulation entre les différents documents directeurs pourrait être examinée avec l'ARS lors du renouvellement du prochain schéma gérontologique. La première étape semble devoir être de resynchroniser les cycles d'élaboration du SROMS et du schéma comme opéré dans d'autres Régions.

2.3.2.3. Le bilan du schéma précédent

La mise en place du nouveau schéma suppose l'établissement d'un bilan du schéma précédent et l'identification des points à améliorer. Le Département avait confié aux membres du comité départemental des personnes âgées (CODERPA) la réalisation d'un bilan critique du précédent schéma 2001/2006 avec l'aide méthodologique de l'ORSA. Ce bilan a été conduit en deux phases. Un questionnaire a été proposé d'abord afin de mettre en évidence les actions menées et les obstacles rencontrés. Puis l'ensemble des éléments a été transmis aux membres du CODERPA qui a formulé son point de vue et ses appréciations sur la mise en œuvre concrète du schéma. Celui-ci occupe 20 pages intégrées dans le schéma. Mais les commentaires analytiques sur les mesures mises ou non en œuvre ne sont pas suivis d'une partie synthétique regroupant les objectifs non atteints, les hiérarchisant et les associant éventuellement à de nouveaux moyens pour une réalisation dans le plan suivant. Par exemple, s'agissant de la mesure 5 pour l'accès à la culture, il est simplement indiqué que les efforts réalisés n'ont « *pas obtenu de résultats tangibles* » sans indiquer ni les raisons, ni la poursuite éventuelle de l'objectif, ni les nouveaux moyens qui permettraient de l'atteindre. De même, par exemple, la mesure 35 identifie le caractère disparate et éparpillé des actions de prévention mais ne va pas plus loin dans le diagnostic ou les solutions à apporter. Il semble que les constats critiques du bilan du schéma précédent doivent être systématiquement traités avant l'élaboration du schéma suivant.

Le bilan critique du schéma précédent 2009/2013 a été opéré par l'ORS mais remis à la fin des séquences de travail d'élaboration du prochain schéma. On peut regretter que la présentation de ce bilan n'ait pas eu lieu plus en amont de la mise en place des groupes de travail et du lancement de la concertation pour le nouveau schéma, même si ce bilan réalisé par l'ORSA en lien avec les membres du CODERPA sera intégré au document final qui fera l'objet d'une diffusion générale après son adoption en novembre par l'Assemblée départementale. La simple présentation très laconique par diaporama du bilan du schéma précédent paraît insuffisante pour la parfaite information en amont des participants à l'élaboration du nouveau schéma.

2.3.2.4. Le choix des thèmes : la thématique de la coordination

On trouve bien sûr au sein de chaque schéma des mesures liées à la coordination. Par exemple, les actions en faveur du maintien à domicile doivent s'ajuster localement avec les dispositifs prévus pour l'accueil en établissement, c'est l'une des missions dévolues aux réseaux gériatriques et aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La mesure n°18 du schéma 2009/2013 encourageait dans cet état d'esprit la mise en place locale de ressources regroupées pour la formation en commun des personnels des EHPAD et des SAAD. Cependant, l'axe thématique structurant de la coordination n'a pas été retenu dans le cadre du schéma élaboré en 2014 à côté du soutien aux métiers, de la prévention et de l'aide aux aidants, bien qu'il corresponde pourtant à une priorité pour tous les acteurs. Le Département ne souhaitait pas organiser à ce moment une « coordination des coordonnateurs ». Pour autant des pistes mériteraient d'être explorées dans ce domaine. Quelques questionnements non exhaustifs illustrent les sujets d'intérêt collectif.

Y a-t-il aujourd'hui besoin de 5 structures CLIC de coordination pour le volet de la prévention ? Un CLIC départemental avec éventuellement des antennes ne permettrait-il pas une plus grande homogénéité des pratiques et une plus grande équité pour les usagers ? Y a-t-il besoin aujourd'hui de doter chacune des 3 Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) d'un pilote de niveau 1 avec la multiplication des réunions dites « tables stratégiques » et « tactiques » qui ont un coût lourd en termes de coordination ? Un rassemblement des responsabilités, pour diminuer le nombre de pilote de niveau 1 et limiter les tables, ne permettrait-il pas à la fois une économie de moyens et une plus grande efficacité ?

Le schéma gériatrique de 2014 mériterait d'être suivi d'un travail spécifique sur la coordination des MAIA, des CLIC et de l'ARS.

2.3.3. Les mesures préconisées par le schéma

Le schéma précédent définit des axes précis pour améliorer la qualité de vie, accompagner le vieillissement et la perte d'autonomie des personnes âgées résidant à leur domicile. Six orientations du schéma gériatrique 2009-2013 sont autant d'axes structurants (déclinés en 30 actions) :

- Orientation 1 : promouvoir la citoyenneté des retraités et des personnes âgées et la solidarité envers les plus vulnérables
- Orientation 2 : accompagner la personne âgée dans son choix de vivre à domicile en renforçant la qualité des interventions et en soutenant les aidants
- Orientation 3 : faire évoluer l'accueil des personnes âgées en institution en fonction de la démographie
- Orientation 4 : consolider le travail en réseaux de proximité en favorisant l'action préventive et l'éducation à la santé
- Orientation 5 : agir pour la professionnalisation des intervenants et l'attractivité des métiers de la gériatrie
- Orientation 6 : suivre la mise en œuvre de la politique gériatrique

L'orientation n°2, par exemple, comporte 11 mesures pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant à leur domicile. Les domaines abordés sont très variés : aide aux aidants familiaux, aménagement du logement, repas à domicile, retour à domicile après hospitalisation, meilleure coordination entre les services d'aides à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le document comprend des fiches-actions qui fixent les modalités de réalisation et d'évaluation des initiatives à conduire pour consolider la qualité du maintien à domicile. Cette approche semble devoir être complétée d'une approche quantitative par la définition d'objectifs chiffrés. Ainsi, certaines mesures ou actions peuvent très simplement être évaluées car résultant d'une simple alternative : mise en œuvre/non mise en œuvre. Par exemple, comme envisagé par la mesure 6 du schéma, les services ont bien conduit une expérimentation sur

le territoire du Bergeracois pour tester la méthode québécoise du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). L'expérimentation a eu lieu et a fait l'objet en novembre 2010 d'une évaluation globale par l'ORSA. Pour d'autres mesures, il apparaît indispensable de définir en amont des indicateurs chiffrés pour pouvoir porter une appréciation précise de leur réalisation satisfaisante, voire de définir des objectifs quantifiés ex ante pour servir de support à celle-ci. Il n'y a pas véritablement d'objectifs stratégiques précis et mesurables pour l'ensemble des problématiques touchant au maintien à domicile.

L'ordonnateur, en raison du caractère opposable des schémas départementaux depuis la loi 2002-2, considère « *le caractère dangereux pour la Collectivité d'y planifier quantitativement des nouveaux équipements alors que dans le contexte budgétaire actuel très contraint, les collectivités locales sont appelées au resserrement de leurs dépenses.* ».

Mais ces objectifs, qui ne sont pas réduit à des taux d'équipement, peuvent permettre de suivre la qualité ou l'activité des différents services. Les objectifs quantitatifs sont par nature des ordres de grandeur pour donner un élan à l'action et fonder un bilan en fin de période, sans que la non-atteinte de ceux-ci rende moins crédible le document prospectif.

La chambre recommande au Département de définir pour chaque fiche-action du schéma gérontologique des indicateurs mesurables.

2.4. LE REGLEMENT DEPARTEMENTAL D'AIDE SOCIALE

Le Département doit adopter un règlement départemental d'aide sociale (RDAS) qui retrace les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale légale relevant de sa compétence dont celles relatives aux personnes âgées dépendantes. L'article L. 121-3 du CASF décrit de manière générale cette obligation : « *Dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociales, le département adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département* » (CASF, art. L. 121-3). Le département a la possibilité de retenir des conditions de ressources ou des montants plus favorables que ceux prévus par la législation (code de l'action sociale et des familles art. L. 121-4). Le règlement départemental d'aide sociale est susceptible, par ailleurs, de comprendre d'autres prestations créées à l'initiative du département. Dans les deux cas, le département assure la charge financière induite par ces décisions. Il importe également que le RDAS traduise la législation en vigueur et qu'il soit donc actualisé. Enfin, le RDAS doit revêtir un caractère exhaustif, c'est-à-dire que l'ensemble des procédures mises en place par la collectivité, notamment le cas échéant les dispositifs plus favorables aux personnes âgées figurent dans le document. A ces différentes conditions, le RDAS peut constituer un réel outil d'information sur les droits ouverts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

En Dordogne, il existe bien un Règlement Départemental d'Aide Sociale. Celui-ci est régulièrement mis à jour en fonction des évolutions textuelles et des actualisations tarifaires. La dernière mise à jour de ce document remonte ainsi au 31 janvier 2014 et concerne le RSA : délibération du Département n° 14-195 du 31 janvier 2014. Le RDAS décrit réellement l'ensemble des procédures concrètes mises en œuvre par le Département pour l'ouverture des droits des personnes âgées. Il ne comporte pas de dispositifs plus favorables ou facultatifs pour les personnes âgées dépendantes à domicile. Seules les dispositions légales y sont déclinées. Le RDAS de la Dordogne pourrait apparaître comme de simples compilations des textes de loi concernés.

En effet, des dispositifs plus favorables sont mis en place sans cependant figurer dans le règlement départemental d'aide sociale. C'est le cas de l'accès pour les bénéficiaires de l'APA aux prestations du service de téléassistance, pouvant être intégrées dans leurs plans d'aide selon les prescriptions de l'équipe médico-sociale. Même si le coût, fixé annuellement par le Département, de ce service, érigé en service public, avec une gestion déléguée à une association (CASSIOPEA), est modeste, il pourrait être intégré au RDAS.

Le règlement départemental d'aide sociale pourrait être complété, notamment par la prise en compte des prestations du service de téléassistance.

3. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

3.1. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE RELEVANT EXPLICITEMENT DU DEPARTEMENT

La coordination gérontologique, hors même de ses relations avec la sphère sanitaire (Cf. 3.2.) implique une relation de partenariat étroite entre :

- le département ;
- le CODERPA, instance représentative des personnes âgées ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les SAAD, mais aussi les fédérations, organismes et collectivité publique en charge de la structuration des métiers de l'aide à domicile.

3.1.1. *Le Département coordonnateur de l'action sociale en faveur des personnes âgées*

La loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD) a donné une place prépondérante aux départements dans la coordination de la prise en charge de la dépendance. Ce rôle a été conforté par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales qui fait du département, de manière générale, le chef de file de l'action sociale : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent.* » (article L. 121-1 code de l'action sociale et des familles). Le rôle de coordonnateur de l'action sociale en faveur des personnes âgées dévolu au département est retracé dans l'article art. L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Le Département « *coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale ... les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public* ». Les interlocuteurs clefs du maintien à domicile des Personnes Agées sont multiples. La Mairie (ou le CCAS) constitue l'échelon de proximité : la personne âgée est avant tout habitante d'une commune. Le département, la Sécurité Sociale et la Caisse de Retraite sont des acteurs plus « spécialisés » dans la prévention de la dépendance ou l'accompagnement.

D'autres instances avec des missions identifiées et ciblées, concourent également à l'information et à l'aide au maintien à domicile : les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologiques, la Maison Départementale des Personnes Handicapées, l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, les réseaux de Santé Gérontologiques, les Maisons d'Informations et d'Aide à l'Autonomie des Malades d'Alzheimer (MAIA). Le médecin généraliste, l'infirmier libéral, le SSIAD participent également au maintien à domicile.

La bonne efficacité globale du maintien à domicile passe par la complémentarité des actions du département avec celles réalisées par les communes et les centres communaux d'action sociale (CCAS), l'intercommunalité, les agences régionales de santé (ARS), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les autres acteurs du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour autant, il est apparu que cette complémentarité, reconnue nécessaire et souhaitée par tous les acteurs, n'est pas toujours orchestrée. L'indispensable coopération institutionnelle reste de l'avis de nombreux acteurs un axe majeur de progression, une partie dépend du Département, une autre lui est exogène, mais les textes lui confèrent bien une mission de coordination.

Au vu de la multiplication des structures qui lui sont extérieures, souvent assorties d'un rôle de coordination (CLIC, MAIA, PAERPA), la tentation pourrait être forte pour les départements de se désengager d'une régulation globale pour ne pas se transformer en coordonnateur des coordinations. Pourtant, il paraît essentiel que le Département, conformément à son rôle de coordonnateur défini par le code de l'action sociale et des familles, ne soit pas en retrait sur ce terrain et conserve un rôle moteur pour assurer cette coordination nécessaire. Les thèmes ne manquent pas : l'identification des synergies entre les différents acteurs, le meilleur suivi de la logique de parcours, la mise en place de système d'information partagé.

Un chantier pourrait être initié permettant de construire de façon plus formalisée une meilleure coordination en y intégrant non seulement l'ARS mais les deux acteurs majeurs que sont les CLIC et les MAIA.

Le Président du Conseil général insiste sur la nécessité de réordonner au niveau national un système de coordination bien trop complexe en ces termes : « A cet égard, l'apparition plus récente des dispositifs MAIA (*Méthode pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer*) et PAERPA (*Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie*) se traduit par une nouvelle complexification du paysage gérontologique sur fond de dualisme entre le sanitaire et le social. Des coordinations qui se multiplient conduisent inévitablement à devoir le moment venu «coordonner la coordination». A l'évidence, ce vaste chantier de l'action gérontologique requiert préalablement un plan d'ensemble initié au plan national et permettant de reconsidérer la place et le rôle de chacun des acteurs et de clarifier les modalités de la gouvernance de la coordination entre les ARS et les conseils généraux. Sans nul doute, sommes-nous encore en présence d'un système très désordonné dont on peut espérer que le législateur prenne toute la mesure lors de l'adoption définitive des lois sur la réforme territoriale et sur l'adaptation de notre société au vieillissement de la Population. »

3.1.2. Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA)

Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) est un organisme consultatif placé auprès du Département (article L. 149-1 CASF). C'est un lieu de dialogue, d'information et de réflexion au sein duquel des représentants des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'application des mesures de toute nature les concernant, en concertation avec les professionnels et les principaux organismes chargés de mettre en œuvre les actions en leur faveur au sein du département. Il peut débattre de sa propre initiative de toute question concernant les personnes âgées. Il peut, par ailleurs, se voir confier par le président du département, toute mission au bénéfice des personnes âgées. Il établit, chaque année, un rapport sur la mise en œuvre des programmes intéressant les personnes âgées.

Depuis sa création, le CODERPA de la Dordogne s'est réuni régulièrement en assemblée plénière (à cinq reprises de 2009 à 2013). Le bureau du CODERPA a été convoqué à plus de quarante reprises. Le Département a mis de nombreuses données à la disposition du CODERPA : Bilan APA, Etat des lieux par zones des contrats de santé, rapports et enquêtes. Toutes ces données, transmises aux membres du CODERPA, ont permis à cette instance une activité réelle. Les nombreuses prises de position et propositions du CODERPA ont fait l'objet de publications dans les lettres du CODERPA. Ainsi en 2010, il a pris position sur le projet de réforme relative à la perte d'autonomie. Le CODERPA a également produit un important travail d'évaluation du schéma précédent 2002-2006 et a participé aux travaux qui ont abouti au schéma 2009-2013. Le CODERPA a participé activement aux soirées d'information et de promotion de l'accueil familial des personnes âgées et adultes handicapés. Il a également été présent aux manifestations et réunions, organisées par les acteurs du territoire (CLIC, Services à domicile, collectivités locales, services départementaux, etc.). Ses membres représentent l'instance consultative dans les conseils d'administrations des CCAS et les CIAS. Il a enfin organisé des manifestations en partenariat avec le Département : en 2009 sur la réforme des tutelles ; en 2010 sur « le vieillissement, un coût ou une richesse » ; en 2013 avec le premier Forum « séniors ».

Le bilan de la mise en œuvre du précédent schéma 2009-2013 a été réalisé à partir d'une enquête adressée aux services engagés dans la politique gérontologique, soit au sein du Département, soit parmi les partenaires institutionnels. L'analyse de ce questionnaire, réalisée par l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine, a été ensuite partagée avec le Comité départemental des retraités et des personnes âgées. Malheureusement, le renouvellement des membres du CODERPA en cours de schéma a conduit le comité à modifier son programme de travail et à ne donner un avis que sur les actions de l'orientation 1, pour lesquelles il était pilote ou partenaire associé.

Le CODERPA a été particulièrement actif et a entretenu un partenariat fructueux avec les services du département au moins jusqu'en 2013. Pour l'avenir, il serait important qu'il puisse se prononcer sur chacun des volets du schéma gérontologique lors de l'examen du bilan du schéma en cours.

3.1.3. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

Pour mettre en œuvre ses compétences de coordination, le département peut s'appuyer notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) sont des instances de coordination de proximité destinées à répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage, sans considération de revenus, de critères de santé ou de dépendance. Cette coordination doit être articulée avec l'évaluation des besoins de la personne et le recensement de l'offre en termes de services, de places et de formation. La coordination des interventions sur le territoire national relève en effet, pour l'essentiel, de ces structures généralistes nombreuses et souvent créées par l'Etat avant qu'il ne transfère aux départements cette compétence. Les CLIC sont désormais placés sous la responsabilité des départements (CASF, art. L. 113-2). Ils sont considérés comme des institutions sociales et médico-sociales et relèvent à ce titre des procédures d'autorisation de création et de financement prévues par la loi n° 2002-02 rénovant l'action sociale. Les autorisations de création de nouveaux CLIC sont décidées par le seul président du Département. Les CLIC qui, au 1er janvier 2005, ont fait l'objet d'une décision conjointe de labellisation du préfet de département et du président du Département sont réputés être autorisés dans la limite de 15 ans.

Jusqu'à la fin 2004, la délivrance d'un label CLIC valait reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure considérée, de la réalité et de la qualité des services rendus. La labellisation des nouveaux CLIC se déclinait par rapport à trois niveaux, en fonction de l'étendue des missions et des services offerts. Bien que supprimés par la loi du 13 août 2004, ces niveaux de labellisation subsistent en pratique². Toutefois, il convient de souligner que le recours aux CLIC ³n'est pas une obligation pour les départements. Certains d'entre eux peuvent utiliser un autre réseau de coordination. Celui-ci peut par exemple être basé sur les unités territoriales d'action sociale du Département ou sur un dispositif territorial spécifique dédié. La coordination et l'information peuvent reposer également sur une organisation centralisée (permanence téléphonique, site internet, maison départementale). Certains départements engagent une réintégration des compétences des CLIC au sein de leur service.

Les CLIC ⁴ sont classés en trois catégories selon leur niveau d'intervention auprès des personnes âgées :

- les CLIC de niveau 1 informent la personne âgée et son entourage et les orientent vers les services et solutions localement disponibles ; les professionnels du CLIC facilitent les démarches à entreprendre (demande d'allocation personnalisée d'autonomie, etc.) ;
- les CLIC de niveau 2 complètent les missions du CLIC de niveau 1 par l'évaluation de la situation et des besoins de la personne et par l'élaboration d'un plan d'aide individuel ;
- les CLIC de niveau 3, en plus des missions exercées par les CLIC de niveau 1 et 2, assurent le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants extérieurs.

Le CLIC est donc toujours un lieu d'accueil et d'information de proximité⁵ ouvert à l'intention des personnes âgées et de leurs familles. Il constitue la porte d'entrée dans le réseau local d'intervenants et d'institutions à vocation gérontologique. Il diffuse une information détaillée sur l'ensemble de l'offre de services existant localement.

² L. n°2004-809, 13 août 2004 : JO, 17 août (Circ. DAS-RV 2 n° 2000-310, 6 juin 2000 : BO Aff. soc., n° 2000/25, 8 juill. Circ. DGAS/AVIE/2C no 2001/224, 18 mai 2001 : BO Aff. soc., n° 2001-23, 23 juin.

³ Un CLIC peut être organisé à partir : d'un ou plusieurs services à domicile existants, d'un établissement hospitalier ou d'une institution sociale ou médico-sociale, d'un centre communal d'action sociale (CCAS), d'une collectivité territoriale (ville, département) ou d'une association. Un CLIC s'organise normalement à partir de la définition d'un bassin de vie. En zone urbaine, le CLIC doit intéresser un territoire regroupant 15 000 personnes âgées de plus de 60 ans. En zone rurale, il regroupe un territoire de 7 000 à 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans (Circ. DAS-RV 2 no 2000-310, 6 juin 2000 : BO Aff. soc., no 2000-25, 8 juill.).

⁴ Le nom des CLIC peut être différent d'une région à l'autre : CLIC, centre Apa, centre autonomie, point Émeraude, etc. Il en existe aujourd'hui près de 600.

⁵ Les CLIC ont pour vocation d'apporter une information généraliste aux personnes âgées, à leur famille, ainsi qu'aux personnes handicapées. L'information généraliste c'est : « je cherche une maison de retraite, pouvez-vous m'en transmettre la liste ? ». « Qu'est-ce que l'APA ? ». « Où je fais mes démarches ? ». « Comment puis-je trouver une auxiliaire de vie sociale vers qui je pourrais m'orienter ? ».

Il peut, de plus, être selon leur niveau :

- un lieu d'évaluation des besoins des personnes et d'orientation vers les ressources locales les mieux à même de répondre aux besoins ; l'évaluation est alors réalisée par une équipe médico-sociale qui se rend au domicile de la personne et est complétée par un plan d'aide ;
- un lieu où est assurée la mise en œuvre des aides, la coordination des intervenants, la réalisation du suivi du plan d'aide et l'ajustement de la prise en charge à l'évolution des besoins.

Les intervenants au maintien à domicile, toutes institutions confondues, sont appelés à être partenaires de la promotion et du fonctionnement d'un CLIC, le département, les professionnels, quel que soit leur statut (libéraux, travailleurs sociaux, etc.), les services d'aide et de soins à domicile, les établissements de santé et d'hébergement, les associations tutélaires, les services d'aide à l'amélioration de l'habitat, etc.

3.1.3.1. Le niveau de chaque CLIC en Dordogne

Le niveau de labellisation des CLIC en Dordogne se présente comme suit :

Tableau n° 8 : Les 5 CLIC de Dordogne

CLIC	Bergeracois	Gd Périgueux	Périgord Noir	Ribéracois	Nord 24
Gestionnaire	Association gérontologique du Bergeracois	Association CASSIOPEA	Association RELIAGE	Association SOLIDAGE	Association Point-Virgule
Date création du CLIC	9 déc. 2002	9 oct. 2002	7 mars 2007	15 nov. 2002	28 nov. 2005
Labellisation	3	1 puis 2	2	2	2

Source : rapport d'activité des CLIC

Le Département a veillé au non-chevauchement entre le dispositif d'évaluation et de suivi des bénéficiaires de l'APA effectué par ses services et l'évaluation des GIR 5 et 6 réalisée par les CLIC. Il convient de clarifier entre le Département et les CLIC ce que recouvre la notion de niveau pour ceux-ci. Il n'y a en Dordogne pour le Département, en dépit de la labellisation initiale, stricto sensu que des CLIC de niveau 1 (le plus faible). Pour le Département, le territoire d'intervention et le nombre de publics concernés suffisent amplement à alimenter l'activité des CLIC sans envisager d'intervention de leur part auprès des personnes les plus dépendantes ou de mise en œuvre des niveaux 2 et 3. A ce titre, certains CLIC considèrent qu'ils sont insuffisamment reconnus par les acteurs de terrain. Le CLIC de Bergerac, CLIC labellisé de niveau 3, est quant à lui, plutôt visible, et notamment en tant que co-pilote de la MAIA du Bergeracois. Le département a souligné l'hétérogénéité de moyens et d'influence des CLIC.

La labellisation des 5 CLIC au niveau 1 par le Département, qui ne prend pas en compte la réalisation des évaluations et leur suivi pour la CARSAT, pose un problème à certains d'entre eux en termes de reconnaissance.

3.1.3.2. Le financement et la convention

Les CLIC sont financés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), les conseils généraux et d'autres collectivités. Les financements de la CNAV interviennent en fonction de deux critères : le premier vise la capacité du CLIC à s'intégrer dans le dispositif d'évaluation individualisée des besoins des retraités du régime général mis en place au niveau départemental, le second critère concerne l'aptitude du CLIC à favoriser la coopération et la coordination entre les différents acteurs locaux. Avec le soutien de la CARSAT Aquitaine, les CLIC sont invités à développer leurs missions sur les GIR 5 et 6. Les CLIC sont, à ce jour, financés par la CARSAT pour réaliser les plans d'aide personnalisée des ressortissants du Régime Général. A ce titre, les CLIC ont donc à rencontrer les personnes âgées à leur domicile pour faire l'évaluation et proposer un plan d'aide. Les modalités de financement des CLIC font l'objet d'une convention conclue avec la CARSAT. Cette convention doit présenter les orientations majeures du projet et prévoir les processus de suivi et d'évaluation.

Aujourd'hui, la CARSAT a annoncé qu'elle souhaitait un seul interlocuteur en lieu et place des 5 CLIC, de façon à avoir une plate-forme départementale pour ses évaluations. Deux propositions concurrentes des CLIC de Périgueux et de Sarlat ont été présentées. Mais c'est finalement en faveur d'une plate-forme portée par le Département que les arbitrages ont été faits, évitant de placer un CLIC en position de donneur d'ordre aux autres CLIC. Néanmoins les évaluations continueraient à être sous-traitées par le Département aux CLIC. Celui-ci prélevant désormais une somme à définir entre 10 à 20 € sur les 110 € payés par la CARSAT pour chaque évaluation. Le nouveau système a des avantages. Il offre une simplification pour la CARSAT. Il permet au Département d'assurer un rôle en termes d'harmonisation des pratiques d'évaluation. Mais il rajoute un acteur dans la réalisation des évaluations pour les GIR 5 et 6, sans pour autant ouvrir une voie de simplification et de rationalisation de l'ensemble des évaluations réalisées. Le Département dispose en effet déjà d'une équipe de 15 évaluateurs compétents sur chaque canton du territoire. Aussi, l'intérêt de sous-traiter les évaluations à 5 structures associatives, hors de leur intérêt propre et de la préservation de l'emploi n'est pas évident. La construction d'une logique de parcours plaiderait pour que les mêmes équipes aient en charge les évaluations des GIR 5 et 6 et les évaluations des GIR 1 à 4.

La CARSAT a changé d'orientation. Elle a décidé la mise en place d'une plate-forme d'évaluation unique appelée à sous-traiter les évaluations aux CLIC et a choisi de maintenir pour cette mission cinq structures associatives plutôt que de réaliser une mutualisation plus intégrée des évaluateurs au niveau départemental.

3.1.3.3. Les forces et les faiblesses des CLIC en Dordogne

Une analyse des forces et des faibles actuelles des CLIC est synthétisée dans le tableau suivant :

Tableau n° 9 : Analyse des forces et faiblesses des CLIC

	Forces	Faiblesses
Statut du gestionnaire	- Souplesse apportée par la gestion associative - Le statut associatif favorise la participation des acteurs et des partenaires locaux et le rapprochement entre le sanitaire et le social - Neutralité des structures à l'égard des prestataires	- Un bénévolat qui s'épuise
Financements	- Stabilité des financements du Département - Contrats d'objectifs annuels entre le CG et les CLIC, entre la CARSAT et les CLIC - Convention CARSAT et CLIC pour les évaluations des ressortissants de la caisse (GIR 5 et 6) - Réserves nécessaires pour couvrir les besoins des associations	- Recettes insuffisamment diversifiées : peu d'implication financière des autres collectivités locales (communes, intercommunalités) - Faiblesse des financements des caisses et mutuelles (CPAM, MSA, etc.) - Variation des modalités d'attribution des plans d'aide pour les personnes relevant des GIR5 et 6
Couverture du territoire du CLIC	- Définition des territoires gérontologiques en accord avec l'ARS (reconnus depuis le PRS comme territoires de santé)	- Des territoires ruraux vastes et peu denses - Eloignement des populations du siège du CLIC - Manque de relais locaux des CLIC
Les personnels	- Des animatrices de CLIC motivées - Un taux de qualification professionnelle en augmentation	- Equipes peu étoffées qui obligent à définir un projet de service « calibré » - Plan de formation insuffisant
Communication	- Amélioration des outils de communication (site Internet, créations de supports et reprographie par les services du Département)	- Les CLIC sont encore méconnus du public, voire de certains professionnels - Absence d'enquête de satisfaction
Animation du territoire Coordination avec réseaux, MAIA...	- Complémentarité entre CLIC et MAIA définie par le Département	- Multiplication des structures de coordination - Risque de chevauchement - Difficultés à mobiliser les partenaires - Difficultés rencontrées pour mobiliser certains professionnels notamment les médecins libéraux
Prévention du vieillissement	- Co-animation des actions de prévention avec l'ASEPT (structure inter-régime)	- Peu de financement des caisses de retraite pour développer la prévention auprès des personnes âgées encore autonomes et des aidants familiaux
Observatoire		- Embryonnaire - Sous-utilisation du logiciel « LogiCLIC »

Source : rapport d'activité, PV de réunion du Département

Il en ressort des besoins en matière de coordination des CLIC eux mais aussi entre les CLICS et le Département. Les missions et pratiques des CLIC ou des autres structures territoriales ne sont pas harmonisées. De plus, il n'y a pas de prise en compte, par le Département, des évaluations de la dépendance réalisées par les CLIC qui en ont la compétence. La même personne âgée passant d'un GIR 5 à un GIR 4 va être évaluée deux fois sans que les évaluateurs ne puissent communiquer leur évaluation. De même, une personne âgée ou ayant subi un refus d'un classement en GIR 4 va être de nouveau évaluée pour l'aide-ménagère sans transmission du premier travail d'évaluation.

L'hétérogénéité des outils informatiques ou leur utilisation partielle sont deux points importants de la réflexion à opérer sur le système d'information des CLIC. Un logiciel assez complet « MEDICIS » est utilisé par 1 des 5 CLIC de Dordogne. Ce logiciel dédié à la gestion des CLIC offre un éventail d'outils permettant le suivi des personnes âgées et la réalisation de statistiques sur l'activité du service. Bénéficiant de l'expérience de centaines d'utilisateurs, cette solution, dotée d'une interface très paramétrable, s'adapte à tous types d'organisation, dont les MAIA. Ses principales fonctions sont une gestion des appels téléphoniques et des visites, un dossier complet des personnes âgées et un fichier des professionnels. Les autres CLIC utilisent pour certains « LOGICLIC ». Les MAIA de la Dordogne ont également une utilisation disparate de plusieurs logiciels différents, notamment GLOBULE de l'ARS. D'autres départements ont homogénéisé leur outil.

Les CLIC ayant en charge l'identification et le suivi d'un public déterminé, un des points majeurs de leur efficacité et de leur coordination réside dans le système d'information et la base de données qu'ils utilisent, maillon important dans l'établissement d'une logique de parcours. Les CLIC devant travailler sur les mêmes publics que le Département ou les MAIA, se pose la question des transferts d'informations possibles⁶ avec la nécessité pour le transfert de données et la progression des logiques de parcours d'un identifiant informatique unique pour chaque personne âgée quelle que soit l'institution et le logiciel utilisé.

Enfin, l'instauration d'un CLIC départemental avec des antennes locales ou leur éventuelle intégration aux maisons territoriales sont des scénarios qui comportent des atouts à considérer : identité des procédures, économie d'échelle, amélioration du pilotage, mutualisation du système d'information, unité de la formation.

Cette véritable politique d'accompagnement des CLIC a fait l'objet d'une synthèse écrite en janvier 2014. Cependant, durant cette période et aujourd'hui encore, les CLIC peinent à assumer de façon satisfaisante leurs missions notamment du fait de l'apparition, au fil du temps au gré des réformes et des plans nationaux, de nouveaux et nombreux dispositifs : filière de soins gériatriques, réseaux de santé, MAIA, contrats locaux de santé, plateforme de répit.

Le programme d'accompagnement de la gestion des CLIC est un levier d'action central de la coordination par le Département.

3.1.3.4. La prévention

L'animateur territorial des actions de prévention, c'est le CLIC. Les CLIC ont pour mission d'accompagner et de prévenir l'augmentation de la dépendance. Ils sont donc en amont des équipes médico-sociales de l'APA. Les CLIC ont vocation à animer leur territoire, coordonner les acteurs et organiser les actions collectives pour, à titre d'exemples :

- prévenir les chutes dans les habitats anciens peu adaptés ;

⁶ Il convient de souligner les adaptations législatives récentes qui permettent une interopérabilité entre les systèmes d'information sur des politiques publiques similaires :

- à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, il est précisé que les MDPH utilisent le numéro d'inscription au répertoire (NIR) qui permet une meilleure exploitation statistique des informations transmises à la CNSA et participe du pilotage de la politique publique correspondante ;
- à l'article L. 232-21-3, il est prévu une liste d'informations relatives à l'APA, à l'aide sociale et à leurs bénéficiaires, que les départements collectent et conservent. A des fins statistiques, ils utilisent à cette occasion le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques de chaque bénéficiaire comme identifiant ;
- à l'article L. 247-2, il est prévu que les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec ceux des départements et de la CNSA, selon des conditions prévues par décret.

- favoriser l'éducation à la santé ;
- donner des conseils en matière d'hygiène et de nutrition ;
- aider les personnes à préparer l'aménagement de leur logement.

Les CLIC mettent en place des actions de prévention. Ils organisent des conférences, proposent des groupes de parole, des forums, etc. Or, si la coordination des acteurs pour l'information, l'orientation des usagers peut ou doit s'inscrire dans un territoire, rien ne semble justifier qu'il y ait quatre politiques de prévention disjointes, une par CLIC. Cet état de fait engendre une inégalité au sein du Département dans la conduite des actions de prévention et est probablement sous optimale en terme d'efficacité et d'économie. Pour autant, cette priorité à la prévention peut être mieux coordonnée. Ainsi, par exemple, la CARSAT a noté que dans les plans d'aide élaborés par les CLIC, la quasi-totalité des mesures proposées consiste en des heures de ménage. Peu de proposition concerne l'intervention d'agents de prévention, l'aménagement des logements ou la participation à des ateliers mémoire alors que ce sont des composantes essentielles d'une bonne prévention.

La grande hétérogénéité des moyens et des actions entreprises par les CLIC, certains en avance, d'autres en retard peut être aussi notée. Les initiatives par exemple de l'association CASSIOPEA, support du CLIC de Périgueux (enquête auprès des CCAS, catalogue des actions de prévention diffusé auprès des SAAD ou des clubs senior ...), ont vocation à s'inscrire ou à être dupliquées dans un cadre départemental. A côté des CLIC, des associations ont un rôle très important. Par exemple, l'Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires (ASEPT)⁷ du Périgord, créée en 2007, qui regroupe plusieurs organismes développant des initiatives pour améliorer la prévention santé des seniors et qui informe, sensibilise et accompagne les populations rurales et urbaines dans l'idée d'un vieillissement actif et réussi.

Les centres hospitaliers et les EPHAD ont également un rôle à jouer et leur implication est souhaitée par l'ARS. Il semble nécessaire de réfléchir à l'intérêt d'une instance au niveau départemental pour centraliser l'analyse des besoins et les réponses apportées en matière de prévention.

La chambre a recommandé une organisation permettant de donner plus de cohérence aux actions de prévention par un pilotage adéquat associant tous les acteurs concernés : département, CLIC, centres hospitaliers, ASEPT.

L'ordonnateur a indiqué qu'il reprenait à son compte la suggestion d'une instance départementale.

3.1.4. Le partenariat du Département avec les services d'aide à domicile

Il convient de souligner la particularité de la Dordogne au regard du nombre important de services d'aide à domicile qui s'élève à 70, toutes formes juridiques confondues dont près de la moitié (31) sont gérés par des structures publiques (CCAS, CIAS, syndicats intercommunaux d'action sociale et groupement de communes).

3.1.4.1. La délimitation incertaine entre l'activité des SSIAD et des SAAD et le développement des SPASAD

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Les articles D. 312-1 et suivants (SSIAD) et D. 312-6 (SAAD) du code de l'action sociale et des familles précisent les prestations délivrées par chacun de ces deux services. L'article D. 312-6 CASF indique que les SAAD « assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à

⁷ L'ASEPT, financé par la MSA, comporte 33 animateurs.

la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article D. 312-1 » (les SSIAD). Dans la réalité, il est difficile de distinguer totalement les prestations de soins relevant des SSIAD et des prestations d'accompagnement, relevant des SAAD, notamment à partir des GIR 2 et 3.

Les modalités d'articulation des deux services doivent donc être recherchées dans le cadre de cet article, qui positionne les interventions des SAAD « par défaut ». Or, bien souvent, les SAAD interviennent auprès des personnes âgées bien avant les SSIAD, lorsque la personne âgée connaît une perte d'autonomie rendant nécessaire une aide pour les actes de vie quotidienne (lever, habillage, transfert, repas...). Le glissement de la personne âgée vers la grande dépendance et l'apparition des troubles cognitifs associés mettent en difficultés les SAAD, qui peuvent se manifester dès le GIR 4 (si troubles cognitifs). Les situations de dépendance, requérant à la fois des prestations de soins et d'accompagnement, restent intriquées, de sorte que les champs d'intervention respectifs des SSIAD et des SAAD semblent incertains. Le maintien à domicile des personnes âgées impose donc selon plusieurs acteurs locaux rencontrés une réflexion sur les métiers de l'accompagnement et leur évolution (en ce sens : projet de refonte des diplômes de niveau V : DEAVS et DEAMP) et sur la mutualisation des services du domicile, de sorte que le projet personnalisé de la personne âgée identifie clairement les prestations nécessaires en termes de soins (et de compétences) et d'accompagnement.

La formule du Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), créée par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, reste peu développée en Aquitaine, mais existe néanmoins dans plusieurs départements (Gironde, Landes notamment). Le SPASAD assure à la fois les missions du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et du Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile (SAAD). La formule SPASAD, offre l'intérêt de permettre aux familles et usagers de bénéficier d'une prise en charge plus globale sans modification de prestataire, la coordination s'opérant en interne. Dans le contexte décrit ci-dessus, l'ARS d'Aquitaine (SROMS 2012-2016) encourage la création de SPASAD (article D. 312-7 du CASF), qui relèvent toutefois d'une autorisation et d'une tarification conjointe avec les Conseils Généraux, contrairement aux SSIAD et aux SAAD. La fusion entre SSIAD et SAAD est une orientation claire du SROMS 2012 – 2016 (action 1.3/2.2), dont la réalisation implique :

- l'accord des conseils généraux, qui autorisent et tarifient la plupart des SAAD ;
- la volonté des gestionnaires d'évoluer vers la fusion associative, lorsque les autorisations de SSIAD et de SAAD sont délivrées à des entités juridiques distinctes.

Hors formule SPASAD, existent aussi des situations dans lesquelles un même gestionnaire dispose des deux autorisations (SSIAD et SAAD). Il en existe une en Dordogne à Cubjac. C'est aujourd'hui la seule structure susceptible de passer à court ou moyen terme en SPASAD. Mais la fusion reste quelque peu artificielle avec un gestionnaire unique en amont. La formule offre beaucoup d'intérêt, non seulement pour les familles qui ont désormais un interlocuteur unique, mais aussi pour les services avec une meilleure coordination possible de l'aide et du soin. Il existe également un seul groupement de coopération de structure médico-sociale, mais là encore il s'agit plus d'une mutualisation de compétences que de moyens.

Les activités des SSIAD et des SAAD sont mal délimitées, ce qui impacte la gestion des SAAD et interpelle le Département quant à la solution de la fusion des SSIAD et des SAAD.

3.1.4.2. Les différents types de services d'aide à domicile (SAAD)

Les SAAD se répartissent en trois secteurs, public, associatif et commercial.

- Le secteur public représenté par les CCAS et CIAS, adossés à des communes ou des intercommunalités, ont la possibilité de mutualiser des moyens, notamment administratifs afin de réduire leurs coûts de fonctionnement. Leur faiblesse se porte plus particulièrement sur le manque de reconnaissance du métier d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie au regard du statut de la fonction publique territoriale. Un problème subsiste pour rendre la carrière plus attractive pour les employés des SAAD exerçant au sein d'un CIAS. La question concerne les SAAD gérés par les CCAS, CIAS ou

Communauté de Communes. Il s'agit d'un problème récurrent lié au statut des agents sociaux et principaux salariés de ces structures communales ou intercommunales.

- Le secteur associatif, quant à lui, reconnaît les métiers de l'aide à domicile au travers de la convention de branche, toutefois, les avantages sociaux dont bénéficient les personnels ont un impact non négligeable sur les coûts de fonctionnement qui se révèlent nettement supérieurs à ceux du secteur public. Le secteur associatif souffre aussi de l'affaiblissement du bénévolat, notamment pour les fédérations qui privilégient ce mode de fonctionnement de manière importante (ADMR).
- Quant au secteur commercial en Dordogne intervenant principalement au titre des services à la personne et très peu auprès de personnes en perte d'autonomie, il ne concerne que peu de bénéficiaires de l'APA.

De plus, les trois modalités contractuelles s'offrent aux SAAD pour l'emploi d'un intervenant à domicile (le service prestataire, le service mandataire et l'emploi direct) sont toutes mises en œuvre en Dordogne.

- Dans ce cadre d'intervention, l'utilisateur achète une prestation de service après avoir déposé sa demande auprès d'une association ou d'un service public prestataire agréé appelé à construire une réponse personnalisée. L'organisme agréé est l'employeur de l'intervenant qui effectue la prestation au domicile de l'utilisateur et assure la totalité des droits et devoirs d'un employeur. La structure est donc complètement responsable des services rendus à la personne. Le service prestataire permet un meilleur suivi de la qualité du service. Il est réalisé par des professionnels qualifiés qui sont formés par la structure. En Dordogne une majorité de services prestataires contribuent à la mise en œuvre d'une politique volontariste du Département qui vise à favoriser cette modalité d'intervention : en 2009, 75,7% des heures d'intervention à domicile ; en 2013, 76,9%.
- C'est l'utilisateur et non la structure mandataire qui est l'employeur de l'intervenant effectuant la prestation. Dans ce cadre d'intervention, le consommateur a recours à une association ou un service public agréé auquel il va confier un certain nombre de tâches par contrat de mandat. Ce contrat peut prévoir : la recherche de candidatures, le recrutement et l'embauche, la définition des missions, les activités et tâches, le calcul et l'établissement des bulletins de paie, etc. L'organisme mandataire perçoit une rémunération pour les tâches qui lui sont confiées par mandat. La convention collective de référence est celle du particulier employeur.
- Le travail à domicile peut être fait par un salarié en emploi direct. Recrutés, employés et payés directement par un particulier qui assure la totalité des fonctions d'un employeur, les salariés en emploi direct travaillent à temps plein ou partiel au domicile du particulier. Dans le cas de l'emploi direct, la Convention collective nationale des salariés du particulier employeur est applicable. Cette convention collective règle les rapports entre les particuliers employeurs et leurs salariés à domicile ; elle définit leurs droits et devoirs, en particulier en matière de conclusion et rupture du contrat de travail, de durée du travail, de congés, de jours fériés et de rémunération.

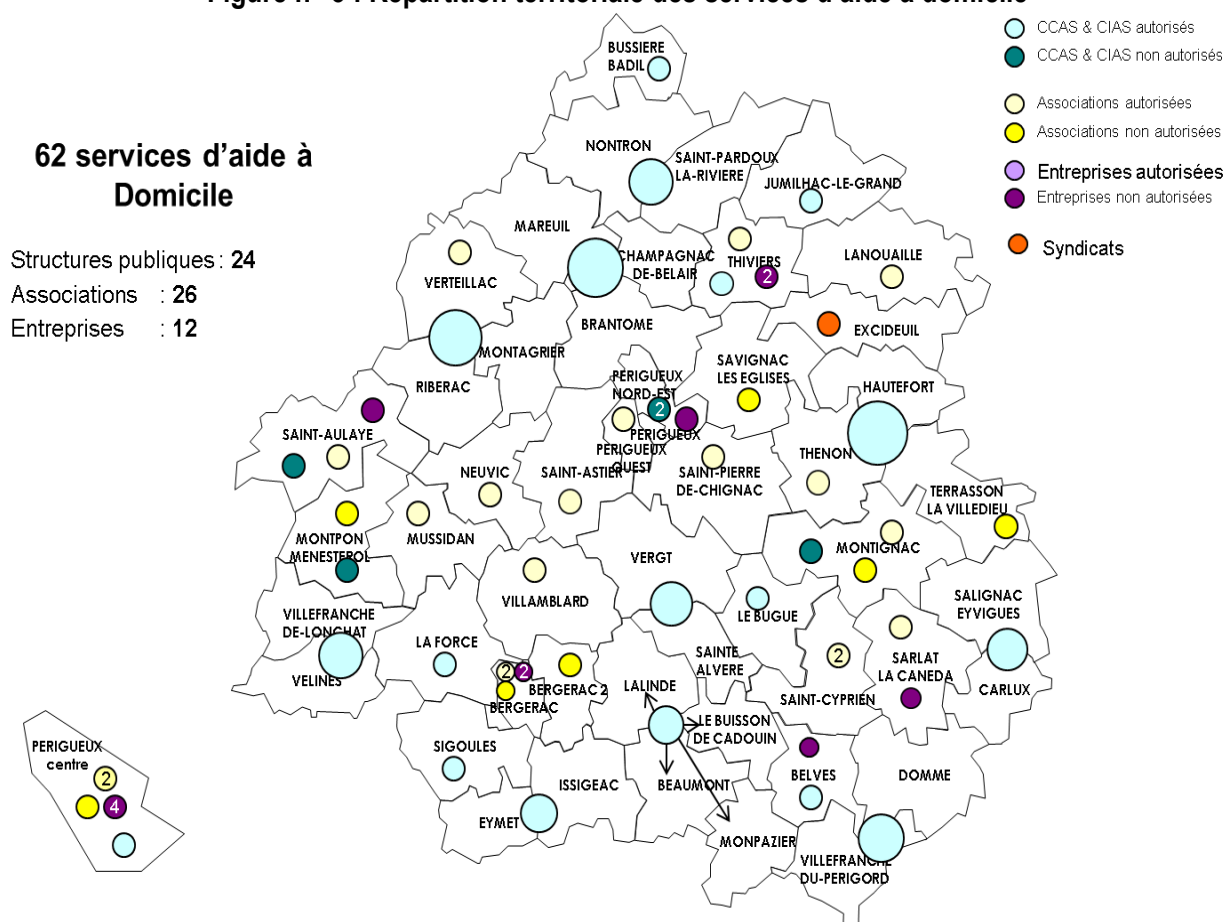
3.1.4.3. La répartition de l'offre de services à destination des personnes âgées dépendantes en Dordogne

L'aide à domicile regroupant des services prestataires et mandataires est partagée par le secteur public, associatif et privé lucratif. Le Département s'efforce de maintenir un équilibre entre les services gérés par les structures associatives privées et ceux gérés par les structures publiques communales ou intercommunales.

Le nombre de structures est resté quasi constant entre 2009 et 2013, avec une augmentation très pondérée en 2010, 2011, 2012 liée à l'installation d'entreprises de services à la personne agréées par la DIRECCTE. L'apparition dans le secteur de l'aide à domicile de services agréés à statut privé n'a pas bouleversé en Dordogne l'activité ni dégradé la situation financière des opérateurs traditionnels associatifs. Le secteur privé ne représente que 4 à 5 % de l'activité et la plupart des nouvelles entreprises agréées ont arrêté leur activité en 2014. Au-delà de ces services, l'offre s'élargit avec du gré à gré, du portage de repas, de l'aide aux aidants (hébergement temporaire) et de l'accueil de jour. La téléassistance constitue également un service proposé dans les plans d'aide APA. Le Département a fait le choix d'une délégation de service public et un seul prestataire intervient sur l'ensemble du Territoire.

L'offre de services à destination des personnes âgées dans le Département, sur le volet de l'aide à domicile, se présente comme sur la carte ci-dessous.

Figure n° 3 : Répartition territoriale des services d'aide à domicile



JANVIER
2014

Source : Département

L'offre de services favorisant le maintien et le soutien à domicile des personnes âgées couvre de manière homogène l'ensemble des territoires (services d'aide à domicile, portage de repas, téléassistance, etc...). Il n'existe pas ainsi un risque à terme que l'offre en matière d'aide à domicile sur certaines zones géographiques jugées peu attractives soit négligée et qu'apparaissent des inégalités de prise en charge entre les différents secteurs géographiques du territoire départemental.

La question se pose du regroupement des SAAD, existant en nombre important en Dordogne, pour viser à une plus grande efficacité et efficience. Ce souci entre en concurrence avec le principe de la proximité, qui s'impose d'autant plus sur un vaste territoire comme celui de la Dordogne présentant un habitat dispersé. Toutefois, la mise en œuvre du schéma de coopération intercommunale en 2013 et 2014 a de fait permis de regrouper certains services publics : 7 intercommunalités ont été fusionnées, 2 associations ont été intégrées dans 2 CIAS. Au 1^{er} janvier 2014, le nombre global de services d'aide à domicile a été ramené à 62, conséquence de la fusion obligatoire des structures publiques (CIAS). Le Département s'est investi auprès des services de l'Etat afin d'accompagner au plus près les regroupements induits par ce schéma. Ce travail de partenariat a duré 18 mois et a permis aux collectivités locales et surtout à leurs élus de bénéficier d'un accompagnement technique, in situ. Ce chantier était important pour la Dordogne qui compte 50 % de ses services d'aide à domicile portés par des CIAS. Il est fort probable que les intercommunalités évolueront encore et leurs territoires regroupés vont continuer à s'élargir. Une telle perspective souhaitable ne dépend pas du Département.

Sur le secteur associatif, la Dordogne n'a pas connu de fusion ces dernières années. Un projet est en cours de réflexion sur le Bergeracois et un groupement de coopération social et médico-social est mis en place sur le secteur de la Vallée de l'Isle prévoyant notamment la mutualisation de ressources humaines.

La mutualisation des moyens et le rapprochement des activités ont été fortement encouragés, donnant lieu à certain regroupements de services, essentiellement en raison de la mise en place du schéma de coopération intercommunale. Malgré le regroupement, voire la fusion de certaines structures préexistantes, la coordination des différents acteurs pour encourager le partage d'expériences, la mise en place de projets communs et d'actions innovantes, ainsi que la mutualisation de moyens reste perfectible devant le nombre encore très important de SAAD.

Le nombre des SAAD est encore important malgré les 9 regroupements opérés sur les 70 services existants.

3.1.4.4. La tarification de l'aide à domicile financée par l'APA en Dordogne

La politique des Départements à l'égard de la tarification des services constitue un enjeu majeur du maintien à domicile. Le Département doit concilier des objectifs variés et complexes qui à bien des égards peuvent apparaître contradictoires en termes d'enjeux :

- un enjeu financier, le versement de l'APA à domicile représente une charge financière importante pour le Département ;
- un enjeu économique, au regard du nombre élevé d'emplois générés relevant de l'économie locale ;
- un enjeu de gouvernance de l'économie sociale et solidaire, le Département devant concilier à la fois une professionnalisation du secteur un service de proximité au plus près des usagers ;
- un enjeu d'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes âgées.

La coexistence légale en droit de deux modes de tarification

La tarification des services d'aide à domicile ressort essentiellement de deux modes :

- les services autorisés par le président du Conseil général, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 de rénovation sociale ;
- les services agréés par le Préfet (DDTEFP), sous le régime de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

Dans le cas des services autorisés par le président du Conseil général, celui-ci est également appelé à tarifier les prestations délivrées par ces services et à exercer sur eux un contrôle budgétaire et comptable. Chaque service autorisé, qu'il soit associatif ou public, a signé avec le Département une convention qui pose les droits et obligations de chaque signataire. Cette convention définit les règles de travail, l'organisation des relations entre les agents du Département et le service d'aide à domicile (article 5), mais aussi les modalités de contrôle financier et administratif (article 10). Chaque année, les budgets, les comptes de résultats et les bilans font l'objet d'une analyse comptable. Dès lors, que le service présente des coûts de fonctionnement qui risquent de le mettre en difficulté, un travail de partenariat se met en place pour alerter la structure des difficultés qu'elle risque de rencontrer. Cette approche permet également au Département d'avoir une connaissance approfondie des dossiers présentés au fond de restructuration 2012 / 2013 géré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine et le fond de professionnalisation d'aide à domicile cogéré par la délégation territoriale de l'ARS.

S'agissant des services prestataires ou mandataires agréés par le Préfet, les départements ne disposent pas d'un pouvoir de tarification direct mais ont généralement pour pratique de fixer des tarifs dits « de référence » qui servent de base au chiffrage des plans d'aide.

Ces tarifs de référence⁸ ne sont pas opposables de plein droit aux services prestataires qui souvent les dépassent, en mettant le surplus à la charge directe de la personne âgée. De ce fait, de nombreuses personnes âgées n'utilisent pas l'intégralité du plan d'aide attribué par le Département et réduisent le volume

⁸ Ces tarifs de référence sont en général différenciés entre jours ouvrés, jours de fin de semaine, jours fériés et gardes de nuit, et distinguent prestation de service, prestation de mandataire et emploi de gré à gré. Le tarif de référence de l'heure d'aide à domicile de prestataire est souvent aligné sur le tarif national de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Le montant de participation horaire de l'aide-ménagère à domicile est fixé par la CNAV, pour toutes les heures réalisées à compter du 1er janvier 2013, à 19.40 euros (22.20 euros pour les dimanches et jours fériés) pour la métropole et les DOM. Les tarifs de référence concernent aussi d'autres activités : le portage de repas, la téléalarme, etc.

d'heures employées en l'ajustant à leur capacité budgétaire personnelle. Le Département s'est donc engagé activement dans une stratégie d'autorisation et de tarification directe des services d'aide à domicile particulièrement à partir de 2002 et a fait passer les structures autorisées de 27 en 2009 à 38 en 2013.

Les modalités de calcul

En Dordogne, l'article R. 314-14 du CASF issu du décret du 22 octobre 2003 n'est pas appliqué. Les services sont autorisés mais non tarifés, avec simplement la fixation d'un tarif unique « de référence », qui correspond au niveau que le Département accepte de prendre en charge, le différentiel entre ce tarif et le coût de revient réel étant facturé à l'utilisateur ; aucun dépassement n'est pris en charge par le département. Cette tarification unique est appliquée à tous les services autorisés.

Pour les associations, cette situation empêche la prise en compte entre les SAAD des différences dans la formation des coûts (investissement immobilier récent ou pyramide des âges entraînant des rémunérations liées à l'ancienneté). Ainsi sont favorisées les nouvelles structures ayant effectué peu d'investissement. Une simulation opérée à partir des budgets adressés au Département révèle des différences de tarif allant presque du simple au double. On peut donc considérer que la tarification unique en ne prenant pas en compte les spécificités propres à chacun des organismes entraîne une rupture d'équité entre eux.

Pour le Département de la Dordogne, *« ce choix a été fait dans un esprit d'égalité de traitement de l'utilisateur face au service public au regard de l'offre disparate des services publics par rapport aux services privés selon les territoires »*. Le Département fait valoir que le choix de tarification unique a été fait au regard de la particularité d'offre de service sur le territoire départemental. En effet, 50 % des services d'aide à domicile relèvent du secteur public, les autres 50 % sont portés par des structures associatives. Selon le Département, si, une tarification individuelle avait été choisie, elle aurait eu pour conséquence une rupture d'égalité de traitement de l'utilisateur. En effet, les tableaux de convergence des coûts de fonctionnements des services autorisés pour 2011 et 2012 attestent que le coût de fonctionnement moyen des CIAS s'élève à 18,16 € contre 19,67 € pour le secteur associatif soit + 8,30 %. Cette différence de coût qui modifie substantiellement le calcul du ticket modérateur sur la prestation APA et donc le reste à charge du bénéficiaire, s'explique par des masses salariales, plus de 90 % des budgets des services d'aide à domicile, règlementées de manière très disparate selon que les personnels relèvent de la fonction publique territoriale (CIAS) ou de la convention⁹ de branche de l'aide à domicile (association). De ce fait, la prise en compte d'un tarif plus élevé, notamment pour les services associatifs, aurait mécaniquement augmenté le ticket modérateur, calculé de façon proportionnelle à la charge de l'utilisateur et orienté vraisemblablement ces usagers à rejoindre un service de type intercommunal et non associatif.

De plus, sur certains secteurs, le choix du prestataire est quasi inexistant, car même si la couverture territoriale des services d'aide à domicile est homogène, certains secteurs, comme par exemple le nord du Département, ont une prédominance CIAS, alors que les secteurs de Mussidan, Neuvic et Villamblard proposent uniquement des services associatifs, la compétence action sociale n'étant pas une compétence obligatoire pour les CIAS. Le choix n'est donc présent que sur une partie du territoire. La particularité de la tarification en Dordogne a pour conséquence, selon le Département, de pouvoir proposer, dans le cadre de la tarification, des tarifs homogènes ou pour le moins à peu près équivalents.

L'ordonnateur a souligné les nombreux inconvénients qui, selon lui, s'attachent au respect de ces dispositions :

- *l'augmentation des charges de structure du Département dans une période d'extrême tension budgétaire ;*
- *la détermination de la base sur laquelle doit être définie la valorisation des prestations des services agréés par l'Etat, par rapport aux SAAD autorisés, pour lesquelles la tarification réglementée constitue une obligation ;*

⁹ Il est à noter que cette situation est due à une formation importante des personnels, l'objectif de 30 % de personnels formés a été dépassé par les SAAD associatif qui dépassent aujourd'hui les 50 % avec un effet direct sur la masse salariale.

- la difficulté d'appréhender en amont de la définition du plan d'aide, le SAAD qui sera employé par le bénéficiaire de l'APA et donc de valoriser le plan d'aide, le montant de l'APA et de la participation de l'usager, afin de présenter à la commission attributive le projet de décision d'APA chiffrée ;
- le déséquilibre de concurrence entre les services à domicile de gestion associative et ceux de gestion publique au détriment du secteur associatif, Le secteur public présentant des coûts naturellement moindres (statut du personnel, mutualisation des moyens...) et pouvant afficher des tarifs administrés plus bas et plus attractifs ;
- la rupture d'égalité des citoyens devant la loi : en effet à contenu équivalent de plan d'aide et à profil de ressources identiques, 2 personnes bénéficiaires de l'APA pourraient connaître des écarts importants de participation (le ticket modérateur est toujours calculé en % du plan d'aide) selon la tarification du SAAD à laquelle elles feront appel.

Quel que soit les conclusions de l'expérimentation en cours depuis 2011 dans 11 départements de nouveaux modèles de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile, le Conseil général de la Dordogne doit adopter au plus tôt un système de tarification accompagné d'une contractualisation budgétaire conforme à la loi.

La chambre rappelle au Département l'obligation de respecter l'article R. 314-14 du CASF, issu du décret du 22 octobre 2003, en calculant une tarification individuelle adaptée à chaque service d'aide à domicile.

Il est souligné également que le respect du décret de 2003 supposera la mise en place d'un service de la tarification, la formation de tarificateurs et la prise en compte des surcoûts induits.

Le niveau de la tarification

Le Département fixe chaque année les tarifs afférents à l'APA, un tarif prestataire auxiliaire de vie sociale (AVS) et un tarif employé d'aide à domicile (EAD). Ces derniers s'élevaient respectivement à 17,53 € et 16,07 € en 2010 et 18,20 € et 16,69 € en 2013 pour les services agréés, soit une augmentation de 3,8 % pour chacun d'entre eux. Les services autorisés ont bénéficié du même taux d'augmentation sachant que ces derniers relèvent d'une tarification unique avec un boni de 1 € de plus par heure, soit pour 2010, des tarifs de 18,53 € pour les AVS et 17,07 € pour les EAD et en 2013 : 19,20 € pour les AVS et 17,69 € pour les EAD. Il est à noter qu'avec le boni de 1 € le tarif des AVS est de 0,2 € inférieur au tarif de référence de la CNAV. Si l'on compare avec d'autres départements, on constate que leur augmentation entre 2009 et 2013 est jusqu'à deux fois moindre avec une différence de tarif horaire des services autorisés allant jusqu'à 2 €.

De plus, la tarification individuelle aux associations autorisées non mise en œuvre en Dordogne a été pensée aussi par le législateur comme un outil de pilotage des structures de services à domicile. La tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées dépendantes constitue donc aujourd'hui un outil de régulation particulièrement intéressant. Comme toute tarification, elle a des conséquences directes sur l'efficacité de l'allocation des deniers publics. Elle partage les risques liés à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées et détermine le niveau de rente abandonné à certains producteurs.

La tarification des services spécifiques¹⁰ est un outil incitatif intéressant permettant d'orienter la qualité et la nature des prestations délivrées par les producteurs tarifés. Pour apprécier l'utilisation effective de la tarification de certains services spécifiques, il conviendrait de modifier le logiciel dans sa fonction statistique (Cf. ci-après).

Il est noté de plus la contestation par certains SAAD de la répartition entre les heures « auxiliaire de vie sociale » (AVS) et « employé d'aide à domicile » (EAD). Les premières correspondent à des aides à la personne (toilettes), les secondes au maintien de l'environnement (courses, ménages). De même, un suivi statistique de l'évolution du recours à ces deux types de tarification permettrait d'objectiver un glissement

¹⁰ Par exemple, 2 gardes itinérantes de nuit, tarifées par ¼ d'heure vont permettre de retourner des malades pour éviter la formation d'escarres.

d'une catégorie à une autre à des fins budgétaires. Ceci n'est pas possible en l'état actuel du module statistique. Cette distinction qui permet de diminuer le coût des plans d'aide n'est pas appliquée dans la plupart des autres départements.

Il peut être constaté que le niveau de la tarification des services autorisés en Dordogne est à hauteur de 2 € de l'heure en deçà de celle d'autres départements. Mais la tarification de certains services spécifiques des SAAD en Dordogne permet d'orienter la qualité du service en prenant en compte les interventions la nuit ou les fins de semaine.

3.1.4.5. Les actions du Département de soutien à destination des services autorisés pour accompagner les SAAD

Le rôle du Département est de veiller à la couverture géographique totale du territoire départemental de manière à ce que chaque personne âgée, notamment en zone rurale, puisse bénéficier d'intervenants à la fois qualifiés et en continu. Le Département a été également amené à inciter les services à domicile, dont l'équilibre et la pérennité n'étaient pas assurés en raison de leur petite taille, à se regrouper pour maîtriser leurs coûts de structure et de fonctionnement. Les services d'aide à domicile sont ainsi soutenus par le Département :

- - sur le plan technique et financier, par la mobilisation de fonds nationaux (CNSA) déléguée au plan régional (ARS) pour conduire notamment des actions de modernisation (informatisation, outils de télégestion et de professionnalisation pour l'essentiel).
- - sur le plan technique, l'accompagnement proposé aux structures à domicile dans la préparation et l'analyse budgétaire, est de plus en plus sollicité. Cet accompagnement a été élargi en 2012 et 2013 aux services de la préfecture, de la trésorerie générale et du centre de gestion pour préparer les changements induits dans les structures publiques par la réforme de l'intercommunalité.
- - sur le plan financier, l'autorisation délivrée par le président du Conseil général repose sur des critères qualitatifs, notamment sur un projet de service et sur une démarche-qualité (conformes aux prescriptions de la loi 2002-2) qui donne lieu en Dordogne à une majoration de 1 € par heure des services prestataires (tarifs P1, aides à la personne, et P 2, aides à l'environnement).

3.1.4.5.1. Le bilan de la politique de qualité mise en œuvre ces dernières années au sein des SAAD

La Dordogne a été un département précurseur dans la conduite d'une politique publique visant la qualité dans le maintien et le soutien à domicile. Les services de la Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention (DDSP) ont anticipé très tôt les bouleversements engendrés par le passage de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002. Ainsi, le Département a été le premier en France à signer une convention avec les services ministériels pour moderniser les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) au moyen de l'obtention d'une aide de 1 000 000 € répartis initialement sur 3 ans, entre 2003 et 2006 au moyen du Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile (FMAD).

Les enseignements essentiels de cette action sur le long terme ressortent d'un rapport d'évaluation réalisé en 2013 par le cabinet ENEIS-Conseil de Paris pour le compte de la CNSA qui confirme que l'ensemble des actions engagées listées ci-après ont eu un effet structurant et durable en termes de qualité du service rendu aux personnes âgées et à leurs familles :

- la mise en place d'une véritable structuration du secteur de l'aide à domicile sur l'ensemble des territoires en relation avec les besoins et les attentes des citoyens ;
- l'instauration de relations partenariales permanentes avec les services de l'Etat, la région Aquitaine, les Caisses de retraite et d'assurance-maladie à partir de la gouvernance partagée du programme « Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile » (FMAD) ;
- l'implication forte des acteurs de terrain et la concertation régulière avec les fédérations d'aide à domicile ;

- une articulation claire entre les objectifs de la convention de 2003 et les mesures adoptées dans les schémas gérontologiques ;
- la prise en considération de la qualité de vie des salariés de la profession grâce au recours à l'expertise et à la méthodologie de l'Agence Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail d'Aquitaine (ARACT) ;
- l'amélioration importante du fonctionnement interne des services avec la réalisation d'un « saut qualitatif » pour respecter les exigences de la loi du 2 janvier 2002, en particulier sur la garantie de la continuité de service ;
- l'augmentation conséquente de l'effort de formation (diplômante et qualifiante) des personnels intervenants, administratifs et d'encadrement ;
- la participation des services dans le travail de proximité des réseaux de coordination gérontologique (Centres Locaux d'information et de Coordination-CLIC) ;
- l'acquisition et la rénovation des outils de gestion et de communication (informatique, télégestion, nouvelles technologies ...).

Toutefois, il convient d'observer que les résultats obtenus dans la qualification des agents grâce au succès du programme de formation ont conduit à un net accroissement des coûts et de la masse salariale des structures privées associatives mais aussi publiques, dans le contexte d'une production insuffisante d'emplois à la hauteur des enjeux.

3.1.4.5.2. Les fonds actuellement mobilisés

L'implication générale du Département dans cette politique d'accompagnement des opérateurs du secteur des services à domicile se poursuit par le canal du fonds de restructuration et du fonds de professionnalisation.

Le fonctionnement du Fonds de restructuration et aide complémentaire aux SAAD a été défini par la circulaire du 19 décembre 2011 relative aux modalités d'attribution du fonds de restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés et l'arrêté du 8 mars 2013 portant sur les modalités de répartition de la dotation prévue à l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale du 17 décembre 2012 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les lois de finances 2012 et 2013 ont prévu la création d'un fonds d'aide exceptionnelle et de restructuration des services d'aide à domicile. Ce fonds de 50 M€ au niveau national, pour chaque année, alimenté par des crédits CNSA, a été destiné à apporter une aide financière ponctuelle aux services d'aide à domicile les plus en difficulté. L'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine (ARS) a eu la responsabilité de la répartition d'une enveloppe régionale de 2 764 075 € en 2012 et 3 281 931 € en 2013. L'ARS a sollicité les services du Département pour l'instruction des dossiers de demande des services d'aide à domicile autorisés. Une expertise fine de chaque situation a été fournie et a permis de soutenir au total sur deux années, sept structures (5 associations et 2 CIAS) sur des critères de difficultés financières avérées à hauteur de 351 371 € sur les fonds 2012/2013.

Les aides suivantes ont été ainsi attribuées :

Tableau n° 10 : Financements au titre du fonds de restructuration

En €

Financements 2012		Financements 2013	
Services soutenus	montant	Services soutenus	montant
ADMR de Verteillac	100 000	Villefranche du Périgord	20 000
ADMR de Meyrals	30 000	Nontron	78 000
Association ASSAD du Buisson de Cadouin	30 371	Association AARD/AV 24	50 000
IMAP Sainte Marie de Chignac	43 000		

Source : Département

Une convention et un contrat d'objectifs cosignés par l'ARS, la DIRECCTE et le Département s'en sont suivis. L'attribution d'une aide de ce fond de restructuration est liée à des objectifs de retour à l'équilibre. Cette aide est ainsi versée en deux fois, le deuxième versement est conditionné par l'atteinte de ces objectifs. A ce jour, il

n'a pas été tiré un bilan sur le dernier fonds de restructuration 2013/2014. Les dossiers ont été étudiés par l'ARS dans le cadre du versement de la deuxième partie de la subvention au mois de juin. Pour ce qui concerne le fonds 2012/2013, l'ARS a demandé à chaque service de justifier la mise en œuvre des objectifs fixés et a accepté le versement de la deuxième partie de l'aide, au regard de l'analyse des documents fournis. Pour autant, il ne semble pas qu'un document de synthèse ait été établi pour apprécier globalement l'impact de l'utilisation de ce fonds.

Par ailleurs, le Département a conclu une convention avec l'ARS, sur les fonds dédiés de la CNSA, afin de soutenir la professionnalisation et la modernisation des SAAD. Cette convention court sur la période 2013-2015 et est dotée de 300.000 €. Elle permet de fixer chaque année des priorités à partir des 4 énoncées par la convention CNSA. Une convention est ensuite signée avec le service en bénéficiant. Le fond de professionnalisation d'aide à domicile qui a démarré en 2013 et doit se poursuivre sur 2014 et 2015, a concerné 14 services d'aide à domicile (10 CIAS et 6 associations). Les propositions prévues par la convention correspondent davantage à des objectifs qualitatifs généraux qu'à des actions ciblées. Déjà, dans le programme d'aide précédent (FMAD 2003) la monographie produite par le cabinet d'audit ENEIS pour les premières aides, il était noté que *« peu d'objectifs quantitatifs et d'indicateurs de réalisation ont été inscrits : il est donc aujourd'hui difficile d'évaluer avec précision le niveau d'aboutissement des actions menées »*. Cette situation n'a que peu évolué.

Le Département pourrait se rapprocher de l'ARS pour la réalisation d'un rapport de synthèse sur l'utilisation et l'impact du fonds de restructuration et, dans le cadre du fonds de professionnalisation, faire figurer plus d'objectifs chiffrés pour les actions poursuivies avec les sociétés de service.

3.1.4.6. Les partenaires du département pour pourvoir aux besoins de nouveaux recrutements des SAAD

Il a pu être observé que de nombreux défis restent à relever notamment à destination des métiers. La liste suivante non exhaustive a été approuvée par les services du département :

- la priorité à l'emploi et la valorisation et à l'attractivité des métiers du grand âge ;
- la relance d'une dynamique partenariale en associant la région Aquitaine et en l'élargissant aux composantes du service public de l'emploi ;
- l'assistance aux employeurs pour les aider à recruter sur la base d'une élucidation des besoins réels de main-d'œuvre ;
- la promotion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- la coordination avec les organismes de formation et les organismes privés collecteurs agréés (OPCA) ;
- la prise en compte des risques psychosociaux en s'appuyant sur les expériences en cours en France et sur les propositions de l'Agence Nationale pour l'amélioration des Conditions de travail (ANACT) ;
- la poursuite de la restructuration de la profession en s'adaptant à l'évolution de la coopération intercommunale ;
- l'élaboration de plans de formation pour chaque service tenant compte du changement progressif des attentes des personnes en perte d'autonomie ;
- l'équilibre à rechercher entre le coût (notamment le reste à charge pour la personne bénéficiaire et sa famille) et la qualité du service.

De plus, les prévisions de départ notamment à la retraite dans les SAAD d'ici 2020 créent un défi important pour assurer un renouvellement de qualité via la gestion prévisionnelle des emplois et compétences dans les prochaines années.

Ainsi, de nombreux objectifs restent à atteindre pour rendre attractifs les métiers de l'aide à domicile.

Le Département dispose de trois partenaires pour relever les défis à venir.

3.1.4.6.1. Le conseil Régional

Un contrat d'objectifs a été signé le 1^{er} juillet 2010 pour la période 2009-2013 pour un développement cohérent des filières et dispositifs de formation relevant des trois systèmes de formation professionnelle : voie scolaire, voie d'apprentissage ; formation continue. Les pouvoirs publics et les professionnels se sont ainsi engagés depuis plusieurs années dans l'élaboration et la mise en place de contrats d'objectifs visant à mieux orienter l'offre de formation régionale en réponse aux besoins économiques identifiés dépassant la seule logique du court terme, notamment en s'inscrivant comme un outil pertinent de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le Conseil régional d'Aquitaine finalise actuellement un bilan complet du contrat d'objectifs Territorial des métiers de l'aide à domicile et des emplois familiaux pour les années 2009/2013 (COT). Ce bilan contient les éléments de réponse à la question posée en rappelant les enjeux et les objectifs et en fournissant des données quantitatives et qualitatives sur les formations, à savoir :

- une répartition équilibrée entre les départements, bien que la part des effectifs passe en Dordogne de 22,65% en 2010 à 19,19% en 2013 ;
- un département particulièrement mal doté dans certaines filières particulièrement importantes pour la politique de maintien à domicile.

Ainsi, le bilan de l'offre de formation initiale en voie scolaire en Dordogne se présente comme suit :

Tableau n° 11 : Proportion des filières d'emploi de l'aide à domicile de la Dordogne en Aquitaine

En %

		2012		2013	
		Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine
Niveau IV	CAP mention complémentaire « aide à domicile »	11,7	100	11,76	100
Niveau V	Bac Pro « accueil soins services à la personne dont domicile »	9,44	100	2,9	100

Source : Département

Dans le cadre des études du renouvellement du schéma gérontologique, un atelier spécifique s'est consacré au volet de l'emploi et donc de la question essentielle du remplacement important des départs à la retraite importants d'ici 2020.

Utiliser le bilan du Contrat d'Objectifs Territorial des métiers de l'aide à domicile de l'Aquitaine finalisé en 2014 pour discuter avec la Région des insuffisances qui en ressortent pour la Dordogne, apparaît pertinent.

3.1.4.6.2. Le service public de l'emploi

La convention de modernisation a déclenché une réflexion sur les besoins en compétences dans le secteur de l'aide à domicile et a été à l'origine d'une démarche partenariale sur le sujet : le contrat d'objectifs signé en 2003 qui avait pour particularité d'associer pour la première fois les départements de la région. Les services d'emploi et de formation (ANPE, DDTEFP, AFPA, Espace Economie Emploi, service public de l'emploi Conseil Régional) « s'organisent » autour de 2 axes : orientation et sensibilisation des demandeurs d'emploi et formation des professionnels d'encadrement. Les réalisations sont certaines :

- 492 salariés sont partis en formation en 2004, 388 en 2005 et 417 en 2006 soit 1297 salariés formés sur 3 ans (rappel des effectifs de la profession au 31.12.2004 : 2942 ETP) ;
- le nombre des heures de formation dispensées annuellement a été multiplié par 2,4 entre 2002 et 2005 ;
- 66 personnes sont parties en VAE en 2003, 113 personnes en 2004 et 98 en 2005 ;
- le taux de diplômés a sensiblement augmenté : 9,21 % en 2001, 18,93 % en 2004 ; 37,90 % en 2008 ;

- la mise en place de plan pluriannuel de formation dans de nombreuses structures (appui de l'ARACT Aquitaine).

Dans les 3 premières années de mise en place de la convention, le nombre de demandeurs d'emplois formés a été multiplié par 5 ou 6 (dispositifs CG et ANPE confondus), selon l'estimation du Conseil régional lors de l'évaluation. La participation active du Département au Contrat d'Objectifs de la Région Aquitaine en faveur de la profession a permis le recrutement facilité de nouveaux salariés (y compris des demandeurs d'emploi) en lien avec la montée en charge des plans d'aide de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le remboursement du coût du personnel parti en formation a été déterminant : il a permis à des intervenants comme à des encadrants de suivre tous types de formations (diplômantes, qualifiantes, VAE etc.). Cela a largement participé à une meilleure reconnaissance du métier d'aide à domicile, sachant toutefois que cela a pu mener certains services à qualifier un nombre trop important de leurs intervenants avec les conséquences qui en ont résulté par la suite en termes de masse salariale.

Au-delà, la convention a permis de dessiner une stratégie globale de formation des demandeurs d'emploi sur le secteur et d'assurer une cohérence avec les besoins des SAAD en termes de qualification. Toutefois, le travail de complémentarité avec le service public de l'emploi, même s'il a été initié avec la convention FMAD, n'a pas abouti sur la durée de la convention, et s'est étiolé ensuite. L'une des raisons avancées pour expliquer cette difficulté est le changement d'interlocuteurs qui s'est opéré lors de la transformation de l'ANPE en Pôle Emploi. Par ailleurs, ni les SAAD ni les personnes âgées n'étaient prêts (obstacle « culturel ») à diversifier leurs canaux de recrutement et les profils d'intervenants à domicile (jeunes, hommes, ...). Le recrutement est resté longtemps local et traditionnel. La diversification des canaux de recrutement est un objectif important.

De plus, le travail engagé avec les partenaires institutionnels n'a selon l'ordonnateur « *pas abouti pleinement du fait qu'il n'a pas réussi à impliquer le service public de l'emploi. On peut le déplorer d'autant que la prise en compte du vieillissement de la population constituait et constitue toujours une véritable opportunité pour produire des emplois et favoriser l'économie sur les territoires.* »

3.1.4.6.3. Les Fédérations des SAAD

Des rencontres régulières associant les SAAD et les fédérations UNA, ADMR et UDCCAS ont permis d'associer l'ensemble des acteurs intervenant dans le maintien à domicile, autour d'objectifs partagés, ainsi que la conduite d'une politique coordonnée et de mobiliser l'ensemble des acteurs notamment sur la mise en œuvre des démarches de qualité découlant des dispositions de la loi du 2 janvier 2002. A titre d'exemple d'actions opérationnelles dans les services concernés, les services du Département ont engagé une réflexion avec lesdites Fédérations pour conduire des actions opérationnelles en matière d'emploi, d'attractivité des métiers et de santé au travail en lien avec les partenaires du Service Public de l'Emploi et la CARSAT d'Aquitaine.

La chambre a recommandé de se rapprocher de la Région pour l'adaptation des filières de formation et de formaliser un plan d'action avec le Service Public de l'Emploi et les Fédérations pour conduire des actions opérationnelles en matière d'emploi, d'attractivité des métiers et de santé au travail.

Elle prend acte de la programmation d'une première réunion de concertation en la matière avec les services de la Région., pour répondre pleinement aux besoins de renouvellement des emplois du secteur.

3.2. LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE NE RELEVANT PAS DIRECTEMENT DU DEPARTEMENT

Le « *secteur des personnes âgées a développé une structuration alambiquée* » pour reprendre l'expression de Jean-Jacques Amyot, psychosociologue spécialisé dans les personnes âgées. La décentralisation, la loi du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées, puis la loi de 2002, portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, donnent aux conseils généraux un rôle de chef de file de la gérontologie. La

loi Hôpital Santé Patients Territoire (HSPT) et la création des Agences Régionales de Santé (ARS) viennent rappeler la différence entre la gériatrie et la gérontologie tout en organisant des compétences partagées sur l'ensemble du champ de la prévention.

Ce labyrinthe de compétences croisées et d'intervenants sans véritable cadre d'ensemble stabilisé tend, selon la plupart des acteurs rencontrés, à générer pour des personnes âgées fragiles des réponses dispersées des acteurs de la prévention, du médico-social et du sanitaire. Les textes n'instituent le département coordonnateur que pour le social et le médico-social. La coordination entre le volet sanitaire et médico-social est donc devenue un défi majeur pour les acteurs du secteur dont la pratique en termes de modalités d'exercice de leur mission et de coordination globale tous champs confondus a pu générer des complexités inutiles et des surcoûts associés.

L'ordonnateur souligne que « *Plus que dans tous les autres domaines de l'action sociale et médicosociale, le secteur gérontologique a développé au fil du temps une structuration particulièrement complexe. Nous sommes aujourd'hui, il faut le reconnaître, face à un écheveau dont la lisibilité échappe même aux experts. Cette situation résulte, à mon avis, de la création successive par les instances nationales de nouveaux modes d'intervention qui ne fusionnent pas et ne font pas disparaître ce qui les a précédé. Depuis la mise en place des équipes médicosociales départementales dans le cadre de la prestation spécifique dépendance puis de l'allocation personnalisée d'autonomie, les services se sont superposés et en viennent désormais à se concurrencer.* »

3.2.1. Les facteurs relevant de la sphère sanitaire ou des établissements médico-sociaux

La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet, en vertu de l'article L. 1434-17 du Code de santé publique, de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils ont vocation à être un outil souple, modulable, qui établit le lien entre le programme régional de santé et les projets portés par les collectivités.

En Dordogne, deux contrats locaux de santé ont été signés à ce jour :

- celui de la communauté d'agglomération de Bergerac a inclus dans son axe de prévention, un objectif de prévention des pathologies du vieillissement, qui de fait, concerne le maintien à domicile ; l'axe 2 du contrat dédié à la médecine de ville, concourt au maintien à domicile par le biais d'actions destinées à attirer les médecins, et plus largement les professionnels de santé sur le territoire ;
- celui du Nord Dordogne a intégré dans chacun de ses axes le maintien à domicile, par le biais de la coordination et de la continuité des soins, de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et de la prévention.

Enfin un troisième contrat, sur le territoire du grand périgueux, est en cours de diagnostic. Les résultats de celui-ci orienteront les axes d'intervention, qui intégreront le maintien à domicile en tant que de besoin.

L'importance des documents sanitaires, notamment des contrats locaux de santé en tant qu'il conditionne le développement et l'activité d'acteurs majeurs au maintien à domicile : l'hôpital, les EPHAD, et surtout les SSIAD et les MAIA, peut être notée.

3.2.1.1. Le retard de la filière gériatrique

La filière gériatrique hospitalière de Dordogne est la moins développée de la région Aquitaine. A titre d'exemple, il n'y a qu'un service de court séjour gériatrique de 14 lits, implanté à Périgueux, pour tout le département. L'application du taux d'équipement cible fixé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), soit 2 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, nécessiterait 114 lits. De plus, il n'y a pas d'hôpital de jour gériatrique et on y compte une seule équipe mobile. Par contre le département est bien doté en lits de services de soins et de réadaptation gériatriques. De même, les 3 consultations mémoire (Périgueux, Bergerac et Sarlat) permettent d'atteindre le taux d'équipement cible, soit 1 pour 15 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Le retard important de la Dordogne quant à la filière gériatrique hospitalière peut être souligné.

3.2.1.2. L'effet des hospitalisations à domicile sur les demandes d'APA

Il existe également un retard de l'hospitalisation à domicile en Dordogne mais celle-ci a également une difficulté terminologique par une prise en compte différente de la notion de domicile entre le sanitaire et le médico-social. Les services de l'hospitalisations A domicile (HAD) travaillent de façon importante avec les personnes âgées mais il y a un problème de données car pour l'HAD, les EPHAD sont considérés comme un domicile. On peut donc relever une incertitude sur les chiffres, il n'est pas de ce fait possible de suivre le lien entre l'HAD et le maintien à domicile. Pourtant, une décision d'hospitalisation à domicile a, sur le plan de l'aide, un impact significatif : moins d'intervention d'AVS, une diminution des heures prises en charge par l'APA, une diminution ou une suppression des aides destinées au financement des protections à usage unique. En corollaire, à l'arrêt de l'HAD, on a des demandes de révisions APA avec plans d'aide majorés.

Au regard de la politique de maintien à domicile, des incohérences dans le dispositif statistique sanitaire qui considère les personnes âgées en EPHAD comme étant domiciliées dans ces derniers peuvent être constatées.

Le peu d'études visant à quantifier le transfert de charge entre le Département et l'assurance maladie que représentent les hospitalisations à domicile peut également être noté.

3.2.1.3. La participation des EHPAD au maintien à domicile

Les EHPAD, nombreux en Dordogne (28), peuvent participer au maintien à domicile des personnes âgées de différentes façons. Ils participent au maintien à domicile par leurs activités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui augmentent. Ces activités concernent quasi exclusivement les maisons de retraite, établissements non spécialisés qui assurent à titre principal l'hébergement permanent de personnes âgées. L'hébergement temporaire est un « outil » au service du maintien à domicile. Il répond à un besoin de répit pour l'aidant non professionnel et peut être également une réponse provisoire à une sortie d'hospitalisation avant un retour à domicile. Les accueils de jour permettent aux personnes âgées en perte d'autonomie, majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Ces personnes âgées vivant à domicile sont accueillies pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées par semaine.

L'offre de services des EHPAD connaît aussi une évolution en lien avec les autres acteurs de santé du territoire au travers d'actions à visée préventive et/ou thérapeutique en direction des personnes âgées en institution ou au domicile. En Dordogne, il a pu être constaté l'engagement important de certains EHPAD, notamment celui de la Madeleine (Bergerac) dans des actions innovantes, telles que :

- prévenir le risque de perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale par des activités physiques adaptées, atelier mémoire...par exemple ;
- ouvrir l'EHPAD à son environnement : s'adossant ou participant à un pôle d'activités de recherche technologique, domotique en direction des personnes âgées ;
- assurer des prestations intra et extra muros, notamment télé médecine et consultation avancée de spécialistes ;
- participer à une offre de soins de premier recours et mettre en place des services paramédicaux pour répondre aux besoins du territoire avec l'EHPAD comme interface tournée vers la population ;
- renforcer la politique d'aide aux aidants : baluchonnage, groupes de parole, accueil de jour itinérant.

Ces initiatives pourront s'inscrire dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé de l'Aquitaine (PRS), afin de mettre en valeur des actions d'EHPAD et/ou de favoriser l'émergence d'initiatives novatrices à partir d'EHPAD, un appel à candidature médico-social « Expérimentation EHPAD « centre ressources » a été lancé en 2013, pour le déploiement de 8 expérimentations financées sur crédits d'assurance maladie.

La co-construction d'une politique de maintien à domicile reste un axe de perfectionnement fort entre de la filière médico-sociale et sanitaire qui doit susciter de nouvelles initiatives, notamment entre le Département et les EHPAD.

3.2.1.4. Les facteurs liés aux SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale. Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que le concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Les SSIAD peuvent être de trois types : CCAS/CIAS, CH ou Associatif. L'ARS a indiqué qu'aucun exercice comparatif des avantages et inconvénients des trois types de SSIAD n'a été entrepris au niveau régional ou national. La taille critique des SSIAD est fixée par l'ARS à environ 60 places, seuil au-delà duquel la composition des équipes peut réellement s'avérer pluridisciplinaire, intégrant des compétences au-delà des aides-soignants et infirmiers coordonnateurs (ergothérapeute, psychologue...). Afin de favoriser les regroupements, l'ARS a opté, dans ses appels à projets, pour une condition d'éligibilité reposant sur une capacité minimale de 60 places, se fondant sur le plan Alzheimer (cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer). Il s'agit d'une politique incitative, afin de susciter des demandes formelles de plusieurs SSIAD, dans l'optique d'approches territoriales collaboratives.

Il subsiste en Dordogne un nombre significatif de SSIAD, 10 sur 22, se situant en dessous de la taille critique définie par l'ARS.

Le nombre de places en SSIAD et sa répartition en Dordogne

L'offre de places en SSIAD a fortement progressé depuis 2002. Il convient toutefois de noter le caractère plus restrictif des autorisations dans le cadre de la procédure de l'appel à projet de l'ARS¹¹. Mais le volume de places financées a diminué entre 2010 et 2012 et aucune enveloppe de création de places n'a été notifiée en 2013. En effet, de 2003 à 2009, le nombre moyen annuel de places s'élevait, selon une étude de l'INSEE, à 315 (avec des variations importantes de 156 en 2006 à 445 en 2005) alors que 422 places au total ont été financées sur la période 2010 à 2012 (avec des crédits de paiement jusqu'en 2014) et ventilées entre les 5 départements. Le taux d'équipement en places financées place le département de la Dordogne comme le 2ème département le mieux doté de la région (après le Lot-et-Garonne) avec un taux de 19,98 % supérieur à la moyenne régionale (18,57 %).

11 Pour exercer leurs activités, les établissements et services sociaux et médico-sociaux listés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ainsi que les lieux de vie et d'accueil bénéficiant de financements publics sont soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation administrative. Cette dernière est délivrée, seul ou conjointement selon la catégorie d'établissement ou de service, soit par le préfet de département, soit par le président du Département, soit par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renouvelé le dispositif de l'autorisation en introduisant une procédure d'appel à projets préalable à sa délivrance, précisée par le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 publié le 27 juillet 2010. Elle remplace la procédure de sélection des projets après avis des CROSMs conduisant à la mise en attente d'autorisations de projets ne disposant pas de financements. Cette nouvelle procédure vient remplacer la procédure de sélection des projets après avis des CROSMs et la mise en attente d'autorisations de projets ne disposant pas de financements. Elle introduit un lien plus étroit entre planification, programmation sociale et médico-sociale et autorisation. L'appel à projet constitue en effet la dernière étape d'un processus sur la base de besoins d'un échelon territorial préalablement définis dans un cadre concerté et subordonné à la disponibilité des financements.

Tableau n° 12 : TAUX EQUIPEMENT SSIAD AU 31/12/2013 sur places financées

En Nb & %.

département	Population 75 ans et + projection 2020 (source INSEE)*	SSIAD				
		31/12/2009	TAUX (places pour 1000 PA) au 31/12/2009	de 2010 à 2012	Total 31/12/2014	TAUX au 31/12/2014
24	57 608	1046	18,16	105	1151	19,98
33	139 633	2376	17,02	102	2478	17,75
40	47 319	870	18,39	16	886	18,72
47	43 459	792	18,22	129	921	21,19
64	80 207	1332	16,61	70	1402	17,48
Total	368 226	6416	17,42	422	6838	18,57

Source : ARS

* données INSEE service Stat 15/03/2011. modèle OMPHALE scénario bas

Le Département bénéficie d'un bon taux d'équipement, supérieur à la moyenne régionale et nationale. La quasi-totalité du territoire de la Dordogne est couverte par 22 SSIAD. La couverture des SSIAD est bonne, avec une zone blanche¹² à l'est du département, sur le canton de Salignac. L'ARS a indiqué que « la mesure de la couverture sur un territoire s'apprécie à partir de la densité des SSIAD et de celle des cabinets d'infirmiers libéraux (IDE). On peut estimer à partir de cette appréciation qu'il y a un accompagnement à domicile dès lors qu'un infirmier libéral peut intervenir. En Dordogne, aucun SSIAD ne dispose de temps d'infirmier pour les prises en charge à domicile. Dès lors que des soins techniques sont nécessaires, il est fait appel aux IDE libéraux, à même par ailleurs d'effectuer les toilettes complexes. Dans ce contexte, une opposition à l'ouverture d'un SSIAD, dans la mesure où des infirmiers libéraux interviennent, n'a pas d'impact sur l'accompagnement à domicile, d'autant plus quand l'intervention infirmière est doublée par un service d'aide à domicile (SAD). Selon l'INSEE, le canton de Salignac compte 532 personnes de plus de 75 ans. Le zonage infirmier sur le territoire est qualifié « d'intermédiaire » par l'assurance maladie. Salignac Eyvigues fait également partie du territoire d'intervention d'un CIAS. Compte tenu de ces éléments, l'incidence de l'absence d'un SSIAD sur le territoire reste limitée. Cependant, la couverture de la zone par un SSIAD reste un objectif. »

Cet argumentaire doit être complété. En effet, si les IDE doublés par un SAD peuvent pallier à l'absence de SSIAD, cela entraîne un transfert de charge de dépenses de l'assurance maladie (SSIAD) à des dépenses du département (financement des plans d'aide pour couvrir les dépenses du SAAD). De plus, la technicité mise en œuvre par un SSIAD et un SAD n'est pas identique et pose un problème d'égalité d'accès aux soins.

Enfin, une zone dans le sud du département est couverte par un SSIAD girondin.

Il peut être constaté que suivre les places financées et non installées et les rapporter à des projections de population en 2020 ne rend pas compte du niveau effectif des moyens en service.

L'activité des SSIAD : saturation des places en SSIAD et file d'attente

Les contrats locaux de santé interviennent pour la déclinaison locale de choix stratégiques au niveau de la région, en termes d'orientation dans le SROMS, et en termes d'allocation des moyens dans le PRIAC. Le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) est un outil récent de programmation de l'offre médico-sociale. Il détermine les priorités régionales, en termes de financement, des créations, extensions ou transformations relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ou personnes handicapées financés sur des crédits d'assurance maladie.

¹² Selon La DT-ARS interrogée à l'occasion, il y a toujours eu sur ce territoire une opposition du secteur libéral. Ce point reste cependant à travailler car l'objectif d'une couverture totale du département est toujours recherché. Le travail entrepris avec les professionnels libéraux, notamment à travers les Maisons de Santé Pluridisciplinaire, pourrait permettre d'engager une réflexion plus sereine. Si le projet devait voir le jour, il se ferait par extension d'une structure existante, a priori celle du SSIAD de Sarlat.

Le Département a souligné le décalage qui existe entre certaines orientations du SROMS et leur déclinaison dans le PRIAC. Dans ce cadre, peut se poser la question du caractère suffisant de l'offre en SSIAD. L'analyse des files d'attente à l'entrée des SSIAD en Dordogne témoigne de leur saturation :

Tableau n° 13 : Evaluation de la liste d'attente des SSIAD

En Nb.

SSIAD	CAPACITE totale	CAPACITE personnes âgées	Liste D'attente
BELVES	60	60	0
BERGERAC	66	60	9
BRANTOME	25	25	10
CUBJAC	45	45	4
DOMME	40	38	12
EXCIDEUIL	54	54	17
EYMET	70	60 + 10 ESA	5
LALINDE	64	60	2
LE BUGUE	50	50	9
LE BUISSON DE CADOUIN	33	32	11
MAREUIL	50	50	7
MENESPLET	51	50	9
MUSSIDAN	40	40	9
NONTRON	81	70 + 10 ESA	0
PERIGUEUX	118	108 + 10 ESA	94
RIBERAC	50	50	26
SAINT ASTIER	50	50	43
SAINT AULAYE	25	25	7
SARLAT	35	34	3
TERRASSON	62	57	12
THIVIERS	61	60	29
VERGT	85	70 + 10 ESA	15
TOTAL	1215	1180	333

Source : Département

La Direction départementale de la solidarité et de la prévention (DDSP) du Département a réalisé une étude sur les SSIAD auprès de ses 15 travailleurs médico-sociaux. Les constats sont présentés de façon synthétique par secteur en annexe 5. Ils peuvent être résumés de la façon suivante...

- En premier lieu, les SSIAD de Dordogne sont très souvent saturés. Peut être observé : un manque de places sur la plupart des SSIAD ; des territoires vastes mal desservis ; des communes éloignées non couvertes ; des zones rurales éloignées non desservies.
- En second lieu, peuvent être constatés des temps d'attente parfois très longs pour une inclusion dans un SSIAD malgré les prescriptions médicales. Beaucoup de personnes sont en liste d'attente des SSIAD. Tous les SSIAD ont été contactés par courriel ou téléphone, en novembre 2013, pour connaître leur liste d'attente : 333 personnes étaient inscrites en attente sur la totalité des SSIAD, certains secteurs étant plus représentés que d'autres.
- En troisième lieu, la charge des SSIAD a des conséquences nuisibles pour la continuité et la qualité du service public : pas d'intervention le weekend ; des SSIAD sont contraints à « saupoudrer » leurs prises en charge ; les IDE libérales débordées ne font plus de toilette ; des toilettes ne sont pas prises en compte par certains SSIAD surchargés ; les prises en charge des SSIAD sont très fluctuantes.

De ce fait l'APA compense dans les plans d'aide le manque de prise en charge par les SSIAD. L'appréciation du déficit réel des places tel que résultant du taux d'équipement et de la dépense par habitant n'est pas facilement identifiable pour l'ARS. L'ARS a indiqué n'avoir pas procédé à un calibrage du déficit réel de places puisqu'elle ne raisonne pas en termes d'offre cible. Il n'existe en effet pas de données objectivables sur les conséquences (hospitalisation, maintien à domicile) de la rupture de prise en charge de certains SSIAD. Les non prises en charge pour cause de saturation et les ruptures de prise en charge, qui interviennent dans le cadre de conflit, ou lorsque la prise en charge est trop lourde pour être assumée par le SSIAD, sont, selon l'ARS, accompagnées de la mise en place d'alternatives, dans le premier cas, par l'intervention d'un SAAD assorti ou non du passage d'un infirmier libéral, dans le second cas, par une institutionnalisation. Quand

l'alternative repose sur l'institutionnalisation, elle conduit au cas particulier à la fin, sinon à l'échec, de la poursuite du maintien à domicile. Quand l'alternative repose en tout ou partie sur l'intervention d'un SAAD, elle conduit pour les personnes bénéficiaires de l'APA à un transfert de charge entre l'assurance maladie et le Département, et pose un problème quant à la qualification de l'intervenant.

L'ARS a confirmé qu'il n'est pas « possible de quantifier la part sanitaire dans les plans d'aide médico-sociaux », c'est-à-dire la part qui correspond en fait à du sanitaire (toilettes médicalisées) et qui ne peut être pris en charge par l'assurance maladie pour différentes raisons, comme l'insuffisante capacité du SSIAD par exemple. Si l'ARS a bien eu connaissance de l'étude menée par le Département sur la couverture des SSIAD du département, basée sur l'avis des travailleurs médico-sociaux affectés à l'instruction de l'APA, elle semble considérer qu'elle « n'est pas objectivée et pas très éclairante sur le glissement de l'activité ». Elle a indiqué que « le nombre de personnes en liste d'attente fait actuellement l'objet d'un recensement. Il permettra d'apprécier les besoins non couverts sur les territoires de proximité et d'avoir l'image d'un possible glissement de la prise en charge vers les SAD. ». Il est vraisemblable que d'autres facteurs¹³ doivent être pris en compte et susciter, en amont même de la collecte des données, un dialogue entre le Département et l'ARS, notamment des données plus précises non seulement sur la taille de la file d'attente mais sur la durée moyenne de l'attente.

Comme le suggère l'ordonnateur, une étude commune sur la complémentarité des interventions des aides-soignants et des aides à domicile chez les bénéficiaires de l'APA pourrait être reconsidérée lors de l'expérimentation d'un (ou plusieurs) SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) prévue par la mesure N° 4 du schéma gériatrique 2014 – 2019 et promue également dans le SROMS.

Selon l'enquête réalisée par le Département malgré une couverture totale du département, la qualité du service rendu et les compétences avérées des personnels, les SSIAD ne peuvent répondre aux besoins croissants de la population âgée.

3.2.1.5. Les facteurs liés aux MAIA

Les MAIA, qui ne sont plus des maisons, mais des méthodes, sont des dispositifs de coordination de l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social, voire social destinées à simplifier le parcours des personnes âgées dépendantes. Elles ont également la responsabilité d'assurer la prise en charge des situations individuelles complexes. Le dispositif MAIA permet, à partir d'une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) de construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial.

« Loin de superposer un dispositif à un autre », selon les termes du texte, les MAIA décroisent le secteur médico-social et le secteur sanitaire et organisent leur coopération, selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes. Il s'agit de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne. Un processus « d'intégration » pour développer une réelle coopération par la co-responsabilisation des acteurs et des financeurs sanitaires et sociaux, avec la perspective d'obtenir un label qualité.

Par ailleurs, à côté de ce rôle d'intégration des coordinations, la MAIA doit permettre d'améliorer la prise en charge des personnes malades en situation complexe via le service de gestion de cas. Les bénéficiaires de la gestion de cas sont les personnes vivant à domicile et présentant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés, diagnostiqués ou suspectés et qui se trouvent en situation complexe. Il s'agira de situations pour lesquelles le maintien à domicile est compromis. Le gestionnaire de cas est un professionnel spécialisé dans les situations complexes. Sa mission, continue dans le temps, s'inscrit dans les champs sanitaires et médico-

¹³ On peut par exemple, penser que :

- une objectivation complète nécessiterait probablement une enquête en continu auprès des SSIAD quantifiant le nombre de refus de prise en charge par manque de capacité avec réorientation vers les SAD. En effet, certaines réorientations vers un SAD peuvent avoir pour origine une mauvaise orientation au départ ;
- les différences (ratio) de l'offre des infirmiers en libéral par département peuvent aussi avoir une incidence sur l'activité des SSIAD.

sociaux. La pertinence de son action s'appuie sur un travail interdisciplinaire indispensable dans la prise en charge de ces situations. Le gestionnaire de cas est l'interlocuteur privilégié du médecin traitant et est en contact avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne à domicile en situation complexe. Il est le référent de la personne, le garant pour la mise en œuvre de son projet de vie et reste le correspondant régulier de ses proches.

Deux MAIA ont été créées en Dordogne : 1 sur le Bergeracois en 2011 et la 2^{ème} sur le Grand Périgueux en 2012 :

- La MAIA la plus « ancienne » - celle du grand bergeracois- a mis en place ses instances, et travaille à la finalisation du guichet intégré. Ses travaux progressent très favorablement. La gestion des cas complexes est opérationnelle. La coordination entre gestionnaires de cas et les équipes APA se déroulent relativement bien mais sans délégation croisée des évaluations. On enregistre toutefois quelques différences d'appréciation : comme, par exemple, des modifications du plan d'aide sans l'accord du Département. Elles ont entraîné une intervention systématique du Département et ont été corrigées. Le CLIC contribue aux activités de la MAIA du Bergeracois dans le strict respect de la convention d'objectifs conclue entre le CG 24 et l'association gestionnaire de CLIC. Le dernier rapport d'étape fait état de plusieurs constats : la MAIA du grand bergeracois est désormais un acteur reconnu du territoire. La gestion de cas est bien identifiée et sollicitée à bon escient par les acteurs locaux. Cependant, la dynamique initiée reste fragile car elle repose sur les liens que les acteurs parviennent à tisser entre eux.
- La MAIA du Grand Périgueux, plus récemment créée, en est encore au stade de sa construction. Elle rencontre des difficultés notamment au niveau de l'implication des partenaires qu'il reste à mobiliser. La gestion de cas est opérationnelle, mais la notion de complexité devra vraisemblablement être précisée. Toutefois, il y a une bonne coordination entre les gestionnaires de cas et les équipes APA du Département. Il faut souligner également l'implication du CLIC du Grand Périgueux qui s'inscrit en complémentarité des actions de la MAIA.

A ce jour, les territoires des MAIA couvrent 50 % de la population des 60 ans et plus en Dordogne. En 2014, une troisième convention va être signée avec l'association « point-virgule », association gestionnaire du CLIC Nord Dordogne, pour la création d'une MAIA sur le territoire. C'est le seul CLIC du département qui se soit porté candidat pour servir de support à ce dispositif. La réussite des MAIA tient beaucoup au réseau partenarial préexistant. Ainsi les médecins libéraux sont difficiles à toucher. Cependant, la MAIA du Bergeracois a pu contourner la difficulté en réalisant une intervention à destination de l'association des médecins libéraux du territoire. Elle a pu en mesurer les effets immédiatement par l'augmentation du nombre de demandes en gestion de cas complexes. Un CLIC/MAIA sera encore plus en position de le faire.

Les champs de compétences d'une MAIA sont ceux des CLIC de niveau 3. En leur absence en Dordogne, la mise en place de nouvelles MAIA s'avère indispensable pour permettre le suivi des cas complexes sur tout le territoire, d'autant que le Département est très étendu et très rural. Une MAIA par territoire de proximité (cinq en Dordogne) est donc souhaitable, la coordination entre acteurs étant difficile sur un vaste territoire.

Le plan Alzheimer a développé ce nouveau dispositif des MAIA, sous pilotage ARS, aux objectifs et missions proches de ceux des CLIC. On peut observer dans d'autres départements que la moindre complexité des coordinations repose de façon importante sur l'intégration, des MAIA et des CLIC. A titre d'exemple, le CCAS de Bordeaux est le support du CLIC, lequel est le porteur de la MAIA. De plus, le Département a effectué à celui-ci une délégation pour les évaluations APA. Dans d'autres départements, la ré-internalisation au sein des services départementaux des CLIC a permis de progresser en termes d'intégration globale. De même, de très nombreuses MAIA en France sont portées par des CLIC.

3.2.1.5.1. L'intérêt d'une MAIA supportée par un CLIC

Sans même évoquer la départementalisation des CLIC qui résout de fait la question des délégations pour les évaluations APA, de nombreux arguments vont dans le sens d'une intégration des MAIA et des CLIC :

- les MAIA et les CLIC ont la même cible : essentiellement les personnes âgées dépendantes, en particulier celles qui sont atteintes de maladie d'Alzheimer ;
- leur rôle est très proche : informer, orienter et coordonner la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
- la population, mais aussi les professionnels, perçoivent souvent les MAIA comme une « couche supplémentaire dans un millefeuille ».

Si un CLIC de niveau 3 préexiste dans un territoire où se développe une MAIA, les activités sont, par nécessité, partagées.

La participation de l'Etat aux CLIC permettait une coordination territoriale de la politique en direction des personnes âgées. D'autres instances de concertation existent désormais. La question plus générale reste celle de la répartition des compétences entre l'ARS et les Conseils Généraux, et non strictement celle des CLIC.

L'ouverture d'une troisième MAIA confiée à un CLIC pourra permettre une réflexion sur l'intérêt d'avoir une pluralité de types de porteur pour une MAIA (EHPAD, SSIAD, CLIC) ou au contraire sur la nécessité d'homogénéiser le type de porteur de MAIA, en privilégiant le cas échéant la structure CLIC. Le CLIC choisi n'est probablement pas celui avec la plus forte activité mais le surcroît de moyens liés à la MAIA et son confortement en termes de visibilité devrait lui permettre de perfectionner l'impact des missions du CLIC concerné. Même si, le CLIC choisi pour porter la MAIA n'est peut-être pas celui dont la reconnaissance institutionnelle et l'activité permettra rapidement de montrer l'intérêt du rapprochement des deux structures. Le Département avait souhaité initialement que les CLIC soient candidats aux deux premières MAIA, proposition déclinée par l'ARS. Même si les CLIC du Bergeracois et de Périgueux restent co-pilotes des 2 MAIA, ce co-pilotage avec un EHPAD et un SSIAD n'est probablement pas un élément de simplification des coordinations comme aurait pu l'être un pilotage direct.

Pour autant, le pilotage d'une MAIA est assuré par un « pilote hautement qualifié » (coût annuel plus de 80 K€, 40 K€ pour un gestionnaire de cas). Il n'est pas avéré qu'il soit nécessaire de disposer de 5 pilotes sur le territoire de la Dordogne. Une mutualisation des fonctions d'encadrement et de direction permettrait une meilleure utilisation des moyens. De plus, la coordination assurée par le pilote de niveau 1 n'est pas clairement distinguée des compétences de coordination du CLIC.

Les CLIC du Département ne se sont pas « intégrés » au dispositif MAIA. Lorsque le CLIC est également une MAIA cela suppose un co-financement ARS-Département et rapproche ces deux institutions pour réduire le fossé entre le sanitaire et le médico-social. A ce titre, la nouvelle structure MAIA/ CLIC Nord Dordogne sera une expérimentation intéressante. De plus, la chambre souligne que la multiplication des MAIA entraîne la multiplication du nombre de « pilotes » hautement qualifiés (niveau 1) et représente un coût significatif, surtout s'il s'ajoute aux coûts des CLIC.

3.2.1.5.2. Le guichet intégré

La circulaire DGCS/DGOS 2012/06 du 10 janvier 2012 a fixé un objectif de travail autour de la notion de guichet intégré qui est un mode d'organisation partagée, en réseau, entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés, les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En partageant référentiels, pratiques et données, le guichet intégré est une organisation essentielle à l'accessibilité des services et à la définition des besoins d'un territoire.

La MAIA du grand bergeracois travaille à la finalisation du guichet intégré. Selon le Département « *pour les deux MAIA, le guichet intégré sera sans doute le dispositif le plus difficile à mettre en œuvre car ce concept apparaît trop abstrait et peu compréhensible pour beaucoup de partenaires* ». Ce constat exprime bien l'exigence de clarifier cet objectif et sa réalisation.

Le concept de guichet intégré pourrait être formalisé plus précisément pour que les partenaires puissent s'accorder sur une procédure de fonctionnement et si nécessaire un calendrier pour les étapes restant à mettre en œuvre.

3.2.2. Les cloisonnements entre le médico-social, le social et le sanitaire

3.2.2.1. Le cloisonnement des décisions des financeurs de la dépendance : Département pour les GIR 1 à 4 et caisses de retraite pour les GIR 5 à 6

Le partage du financement de la dépendance entre les caisses de retraite pour le GIR 5 et 6, et les Conseils généraux pour les GIR 1 à 4 produit un cloisonnement pas toujours cohérent par rapport à l'évolution « normale » de la dépendance. On observe une restriction forte de l'accompagnement financier par les caisses, celle-ci influe sur le meilleur suivi de l'entrée en dépendance des personnes âgées avant que l'accroissement de celui-ci entraîne une attribution d'APA et un suivi par le Département. Celui-ci ne peut que subir les modifications de l'accompagnement décidées par les caisses. Les caisses de retraite principales et complémentaires modifient librement leurs règles d'intervention auprès des Personnes Agées. La CARSAT recentre ses plans d'aide aux zones et aux personnes isolées. La SNCF et l'EDF ont supprimé leurs aides humaines ouvertes jusqu'en 2012 aux GIR 5 et 6, la MSA a réduit les volumes d'heures attribuées. Ces décisions nationales internes aux Caisses s'imposent au Département mais aussi aux délégations territoriales des caisses. Une convention locale de partenariat n'aurait pu les traiter ni prévenir les effets directs sur les demandes ou révisions induites d'APA.

Les politiques du Département et des caisses de retraite sont cloisonnées, ce qui peut avoir des conséquences quant à la décision de maintien à domicile notamment lors de l'entrée en dépendance.

3.2.2.2. La pluralité des évaluations

On doit constater aujourd'hui qu'un grand nombre d'évaluateurs peuvent intervenir parallèlement pour la même personne âgée sans aucune communication des évaluations opérées. Ainsi, on peut avoir une personne âgée évaluée successivement par la filière gériatrique hospitalière, puis par un CLIC, un SSIAD, les TMS de l'APA, une MAIA s'il y a une pathologie Alzheimer et dans certains cas par un SAAD (grille d'évaluation diffusée par l'UNA par exemple). C'est ainsi 6 évaluations qui vont être opérées.

Aujourd'hui, on peut constater qu'une évaluation de la dépendance sanitaire ou médico-sociale reste au sein de la structure évaluatrice et ne peut bénéficier à l'ensemble du réseau. Selon l'ARS d'Aquitaine « *Il n'existe pas d'obstacle juridique au partage d'information liée à la dépendance. S'il y a obstacle, il se situe dans l'absence de volonté des acteurs, le manque d'outils partagés, le manque de formation et de culture commune* ». Par exemple, tous les dispositifs de la filière gériatrique hospitalière (CSG, HDJ, consultations, EMOG) ont vocation, lors d'un premier contact avec une PA de 75 ans et + et ayant un profil gériatrique (poly-pathologie avec perte d'autonomie), à procéder à une évaluation gériatrique standardisée dans le but de repérer les situations de fragilité sources de perte d'autonomie. Pour ce faire, elles vont procéder à une évaluation somatique, cognitive, psychologique et sociale. Sur cette base, elles doivent proposer des actions de prévention et de rééducation, mais aussi élaborer un plan d'aide. Or les CLIC, MAIA et équipes médico-sociales (APA) des conseils généraux ont aussi pour mission de procéder à l'évaluation de la dépendance et du besoin en aides à domicile. Chacune de ces 4 structures est susceptible de procéder séquentiellement à une évaluation sans transmission aux autres partenaires de la dépendance. Or, une meilleure articulation (validée par le département) entre ces acteurs, permettrait une répartition des rôles et une harmonisation des outils (grilles, formule de calcul du volume des aides..) afin d'éviter les redondances et de réduire le temps entre l'évaluation et la mise en place des aides.

La pluralité des évaluations peut entraîner des divergences entre les plans d'aide réalisés en parallèle par différentes structures (APA, CLIC, MAIA). La question ne se pose pas en ce qui concerne les CLIC de la Dordogne, car depuis leur création, ils n'ont jamais été missionnés pour intervenir auprès des personnes dépendantes d'un GIR inférieur à 4 et des bénéficiaires de l'APA à domicile. Ces derniers relèvent du ressort exclusif des services sociaux du Département. Les conventions régissant les relations entre le Département et

les CLIC sont explicites sur ce point. D'autres départements d'Aquitaine, comme la Gironde, ont fait le choix de permettre des délégations croisées d'évaluations entre ces structures.

En principe, le plan de services individualisé élaboré par les MAIA n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants (extrait du cahier des charges des dispositifs intégrés MAIA). Pour autant, en pratique, l'intervention de la MAIA peut générer une demande de modification du plan d'aide APA et un désaccord sur l'évaluation n'est pas exclu dans ce cas. Si l'on a bien en Dordogne des échanges entre les MAIA et les équipes APA, l'intégration par des évaluations déléguées est moins développée que dans d'autres départements d'Aquitaine. Cependant, des temps de coordination sont organisés, en cas de besoin, entre les gestionnaires de cas des MAIA, les services locaux de maintien à domicile et les équipes APA. Ils permettent le plus souvent d'adapter les plans d'aide. A l'issue de ces temps d'échange, l'équipe APA départementale propose le cas échéant au président du Conseil général un nouveau plan d'aide. Au final, ce dernier prend la décision. Enfin, on peut noter que la coordination entre les services de l'APA relevant du Département et les gestionnaires de cas complexes est moins efficiente ou tout au moins différente de ce qui se fait dans d'autres départements, le Département n'acceptant pas de revoir les plans d'aide en fonction de la seule évaluation réalisée par la MAIA. Des outils communs sont en cours de construction, mais l'absence de partage des informations reste un frein.

L'ordonnateur a souligné que cette question relève en premier lieu du niveau national en ces termes : « *Pour pallier cette abondance et cette diversité d'évaluations, le besoin de simplification se révèle nécessaire et urgent. Ce premier point de clarification, strictement nécessaire à une organisation optimisée de la coordination gérontologique, relève du niveau national. L'objectif en est l'amélioration de l'orientation des personnes âgées et la continuité de leurs prises en charge et accompagnement. Il pourrait être ainsi décidé au niveau départemental la mise en place d'un système de mutualisation des dispositifs d'évaluation et de leurs résultats. La loi et les règlements doivent en effet acter et préciser l'opposabilité de cette mutualisation, en réglant au passage la question de la communicabilité des données personnelles en préservant leur confidentialité. Le législateur pourrait aussi considérer que les primo-évaluations, réalisées le plus souvent par les équipes affectées à l'instruction des demandes d'APA, s'imposent aux autres intervenants d'aval.* »

La chambre recommande au Département de mutualiser des évaluations de la dépendance réalisée par chaque organisme : APA, CLIC, MAIA, équipe Gériatrique.

Cela peut se faire par la voie de conventions locales (exemple de la Gironde) et donc sans attendre une intervention au niveau national.

3.2.2.2.1. Une pluralité de grille de mesure pour évaluer la dépendance

Il existe de nombreux outils de mesure de la dépendance. Les conséquences du choix d'un type d'évaluation de la dépendance est déterminant sur la nature de l'accompagnement et la répartition dans le temps du volume de l'accompagnement financier : court ou moyen terme. Les professionnels rencontrés, travailleurs médico-sociaux notamment, ont souligné les imperfections des deux systèmes retenus au plan ministériel : tant pour la grille AGGIR que le GEVA. De plus, il faut noter que différentes structures (MAIA, EPHAD) utilisent la cotation SMAF non homologuée par le ministère, voire les 3 en parallèle :

- La grille AGGIR est un outil qui permet de définir le niveau de dépendance de la personne. Elle est utilisée à ce jour par les Conseils Généraux pour déterminer le niveau d'aide que le demandeur va se voir attribuer. La grille nationale AGGIR est utilisée depuis 1997 pour établir l'admissibilité de la personne à une prestation financière. Après dix-sept années d'utilisation, il n'en reste pas moins que cet outil apparaît toujours insuffisant aux travailleurs médico-sociaux du fait qu'il résulte d'une approche résolument sanitaire et qu'il est plus un instrument (efficace) d'éligibilité à une prestation qu'un moyen pertinent d'évaluation des besoins et des attentes de la personne en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement d'hébergement collectif.

- Le SMAF est un outil plus complet et plus fin que la grille AGGIR. Il permet d'obtenir une photographie beaucoup plus précise de l'autonomie de la personne et ainsi facilite l'action du professionnel qui doit proposer une réponse individualisée. Le SMAF est un outil d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne. Il permet de définir les domaines où l'individu est victime d'une perte de son autonomie, de définir pour ces domaines un plan d'aide en fonction des besoins ciblés et de voir si les ressources allouées permettent de compenser la perte d'autonomie. Il s'agit non plus de faire manger la personne mais de lui apprendre à faire son repas. L'investissement opéré à court terme est censé être complètement rentabilisé dans le moyen terme. Le SMAF va ainsi être utilisé aussi bien en institution ou à domicile pour permettre au technicien d'adapter la prise en soin à l'autonomie réelle de la personne et de travailler à la préservation de cette autonomie. Il fait partie des outils retenus par la CNSA comme outil d'évaluation multidimensionnelle. Dans sa dernière version, il possède l'avantage de calculer le GIR de la personne.
- La grille d'Évaluation multidimensionnelle (GEVA) est la référence pour le secteur du handicap. La grille GEVA A, adaptation pour le secteur personnes âgées n'est pas connue. On peut noter que la CNSA a longuement hésité entre son outil et d'autres outils validés scientifiquement et reconnus internationalement, comme le RAI ou le SMAF. Le Guide GEVA, qui n'est pas un outil permettant d'obtenir un score ou d'établir un classement, accompagne une démarche en 8 volets ayant pour finalité d'élaborer un projet de vie pour la personne bénéficiaire. Beaucoup de professionnels s'accordent à dire qu'il apparaît complexe et long à compléter pour les utilisateurs et inadapté à différentes situations spécifiques comme les enfants ou certains adultes atteints par des déficiences d'origine psychique et cérébrale. En tout état de cause, le GEVA n'est pas un outil d'évaluation multidimensionnelle mais un outil de recueil de données, qui n'est pas informatisé. Sous cette forme, il ne peut s'imposer entre la grille AGGIR ou le SMAF.

Le département de la Dordogne avait décidé d'innover en expérimentant le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) comme méthode commune pour toutes les personnes en perte d'autonomie vivant à domicile ou en institutions. Ce projet de dimension nationale, conçu avec l'université de Sherbrooke au Québec et soutenu par les services ministériels, a duré 3 années et s'est achevé en septembre 2010. Les financeurs et les acteurs ont convenu que le choix de ce type d'évaluation avait permis une meilleure prise en compte de la potentialité des personnes, la construction de plans d'aide beaucoup plus efficaces et, dans le prolongement, une distinction plus nette entre les interventions de nature sociale et les soins infirmiers et médicaux. De plus, les intervenants ont appris à faire évoluer leurs pratiques professionnelles en encourageant plus encore l'autonomie de la personne accompagnée. À partir de ces constats, il avait été envisagé de généraliser la démarche SMAF sur l'ensemble des services et des établissements de la Dordogne après avoir conduit au préalable une étude d'impact pour en apprécier les conséquences financières et économiques. Le projet chiffré déposé le 26 août 2011 sollicitant une subvention de 200.000 € pour un coût total de 325.000 € a reçu une réponse négative du Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.

L'évaluation officielle AGGIR suscite des interrogations par rapport à une évaluation plébiscitée par de nombreux évaluateurs, le SMAF.

L'évaluation GEVA reste incomplète avec une version informatisée attendue depuis 4 ans.

L'expérimentation par la Dordogne du SMAF, même en l'absence de soutien du ministère, a entraîné une grande adhésion des professionnels et explique que de nombreux organismes (MAIA, EHPAD...), en Dordogne comme en Gironde, continuent de l'utiliser.

4. LES PRESTATIONS FINANCIERES

Les aides en faveur du maintien à domicile sont l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide légale à domicile.

4.1. L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

4.1.1. Présentation générale de l'APA

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue aujourd'hui le vecteur principal du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Elle a été mise en place par la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD) au 1er janvier 2002. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 juillet 2001 déclarant la loi instituant l'APA conforme à la Constitution, a souligné le caractère hybride de cette prestation en la qualifiant « *d'allocation d'aide sociale répondant à une exigence de solidarité nationale* ». Prévue par le CASF, gérée et en partie financée par les conseils généraux, l'APA est en effet une allocation d'aide sociale. Elle relève d'ailleurs, en matière de recours contentieux, des juridictions spécialisées de l'aide sociale. Elle est cependant inscrite dans une logique de protection sociale, dans la mesure où elle a une vocation universelle.

De manière schématique, l'APA s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus disposant d'une résidence régulière et stable en France. L'attribution de l'APA n'est soumise à aucune condition de ressources. Toutefois, au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation financière proportionnelle à ces derniers est demandée au bénéficiaire. L'APA est une prestation légale et personnalisée en nature. Elle permet de financer, totalement ou le plus souvent partiellement, la prise en charge adaptée aux besoins spécifiques d'une personne âgée vivant à domicile qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental. L'APA est déterminée à partir de barèmes nationaux, distincts selon que la personne âgée vit à domicile ou en établissement.

Lorsqu'elle est accordée aux personnes vivant à domicile, elle a vocation à être affectée à la couverture des dépenses figurant sur un plan d'aide élaboré, en fonction des besoins de la personne, par une équipe médico-sociale. L'éventail de services ainsi pris en charge est vaste et comprend la rémunération de l'intervenant à domicile, le règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire (CASF, art. L. 232-3 et R. 232-8). Le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a signé un pacte civil de solidarité. (CASF, art. L. 232-7). Au 31 décembre 2012, 1 220 830 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie en France. On constate qu'environ 67 % des bénéficiaires vivent à domicile et le reste en établissement. A domicile, la proportion des bénéficiaires modérément dépendants, c'est-à-dire relevant d'un GIR 4, est de manière logique plus forte (59 %) qu'en établissement (23 %).

L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil. L'APA est incessible et insaisissable (CASF, art. L. 232-25, al. 4). L'APA est exonérée d'impôt sur le revenu (CGI, art. 81, 2°), de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Les sommes versées au titre de l'APA ne font l'objet d'aucune récupération sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire (CASF, art. L. 232-19).

4.1.2. Les éléments relatifs à la gestion de l'A.P.A. allouée par la Dordogne en matière de maintien à domicile : nombre de bénéficiaires, évolution et comparaison avec les données nationales

Sur la période 2009-2013, les dépenses ont augmenté de 0,79 % pour l'APA à domicile. Cette légère hausse globale sur 5 ans traduit selon le département une maîtrise tant dans l'élaboration des plans d'aide initiaux mais aussi lors des révisions (plans d'aide personnalisés), un suivi et un contrôle systématiques des situations à domicile pour ajuster au mieux les plans d'aide. Il peut être noté que le montant moyen de l'APA en Dordogne est inférieur au montant moyen au niveau national et que ce montant moyen diminuant, l'écart à la moyenne nationale tend à grandir.

4.1.2.1. L'évolution du nombre de personnes âgées en situation de dépendance et de l'APA en Dordogne

L'évolution du nombre de personnes âgées bénéficiant de l'APA à domicile par GIR depuis 2009 jusqu'à 2013 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 14 : Nb de bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts)

	2009	2010	2011	2012	2013
Dordogne	7675	7858	8018	7943	7994
France	699 019	712 676	722 047	735 000	nc

Source : Département

L'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile évolue de manière différenciée en Dordogne comparativement au niveau national. La principale raison tient au vieillissement de la population du Département comparé à celui mesuré au niveau national. Notamment, le taux des personnes âgées de 75 ans et plus est supérieur au taux national, 13.7 % contre 12.1 %.

Tableau n° 15 : Evolution annuelle des bénéficiaires en Dordogne et en France

En %

	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012
En Dordogne	2,38	2,04	-1	0.6
En France	1,95	1,31	1,80	nc

Source : Département

Après une progression constante du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis sa création, il est à noter à partir de 2010 une progression plus faible, voire une stabilisation du nombre de personnes âgées ayant un droit ouvert à l'APA. Cette évolution peut s'expliquer par la structure démographique du Département et ses projections sur les années 2010 à 2020. Un autre indicateur peut justifier cette période de stabilité : c'est le nombre de dossiers de demande d'APA à domicile reçus annuellement. Après l'année 2009 où l'on a pu constater le nombre le plus important de dépôts de demande (3 217), les dépôts n'ont depuis jamais dépassés ce pic :

Tableau n° 16 : Evolution du nombre des demandes APA

En Nb

Années	Demandes
2010	2 910
2011	2 601
2012	2 893
2013	2 812

Source : Département

Il peut être noté qu'il n'existe au sein du Département ou à l'extérieur de vision consolidée et intégrée de la dépendance dès sa première phase. Ainsi, on a des populations suivies de façon cloisonnée : la population APA pour les 4 premier GIR d'une part, et les GIR 5 et 6 de la CARSAT d'autre part. Le suivi de données globales est pourtant d'autant plus nécessaire dans une logique de parcours.

La répartition synthétique des bénéficiaires d'une aide au maintien à domicile dans le cadre d'un Plan d'Actions Personnalisé (PAP) concernant les GIR 5 et 6 pour les années 2010 à 2013 se présente comme suit :

Tableau n° 17 : Evolution des bénéficiaires des PAP de la CARSAT (GIR 5 et 6)

En Nb.

Exercice	Nombre de Bénéficiaires	Hommes				Femmes			
		55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans ou plus	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans ou plus
2010	3449	5	115	113	471	14	308	431	1992
2011	3627	19	137	130	471	30	370	493	1977
2012	3788	26	148	134	500	41	415	541	1983
2013	3462	26	147	125	442	45	397	530	1750

Source : Carsat

4.1.2.2. L'évolution par GIR en nombre de bénéficiaires de 2009 à 2013

Le département de la Dordogne se distingue de l'ensemble du territoire national pour chacun des GIR et notamment sur le GIR 4. En 2011, année la plus récente permettant la comparaison entre les données départementales et nationales, les GIR 1 et 2 ciblant les publics les plus dépendants concernent 14 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en Dordogne et 20 % au niveau national. Il est un fait que les personnes les plus dépendantes, compte tenu de leurs conditions de vie (maison non aménagée, isolement géographique, social et familial, problématiques liées aux diverses pathologies...) peuvent difficilement rester chez elles et intègrent le plus souvent les EHPAD, dont l'offre est importante en Dordogne et dont l'accessibilité financière est préservée au travers de la tarification. Les GIR 3 représentent le même taux de bénéficiaires, que ce soit en Dordogne (21 %) ou au niveau national (21,8 %).

Tableau n° 18 : Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts)

En %

En Dordogne	2009	2010	2011	2012	2013
GIR 1	1%	1%	1%	1%	1%
GIR2	15%	13%	13%	13%	12%
GIR 3	21%	21%	21%	21%	21%
GIR 4	63%	65%	64%	65%	65%
En France					
GIR 1	2.6%	2.6%	2.4%		nc
GIR2	17.8%	17.8%	17.5%	nc	nc
GIR 3	21.5%	21.7%	21.8%	nc	nc
GIR 4	57.9%	57.9%	58.3%	nc	nc

Source DREES-mai 2013

nc : non connu

C'est sur les GIR 4 que la différence est notable : 64 % en Dordogne contre 58 % en France. Plusieurs explications à cette situation peuvent être données :

- une population plus vieillissante qu'ailleurs avec un taux de personnes âgées de 60 ans et plus supérieur à ceux de la Région Aquitaine et de la France ;
- une population vieillissante vivant en majorité (60 %) en milieu rural, isolée et souvent seule (1 personne sur trois est veuve ou célibataire) ;
- une solidarité familiale (aidants familiaux) qui ne peut jouer son rôle en raison de l'éloignement des enfants ;
- une personnalisation des plans d'aide, des évaluations et des accompagnements ;
- un processus d'évaluation distinct de la stricte mesure « sanitaire » de l'autonomie ;
- une approche préventive dans l'évaluation de la situation des personnes ;
- le caractère peu discriminant de l'accès au GIR 4 en raison des cotations des activités évaluées pour le « girage » au regard du guide d'utilisation de la grille nationale AGGIR.

S'agissant du constat de la moindre proportion des personnes relevant des GIR 1 et 2 maintenues à leur domicile en Dordogne par rapport au niveau national, l'ordonnateur « *confirme l'explication déjà exprimée sur le développement soutenu par le Conseil général de l'offre d'hébergement collectif (au moins un EHPAD par canton – 6.030 lits à ce jour et un taux de couverture 107,4 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) et l'accessibilité financière préservée pour le plus grand nombre. Ainsi, même si l'image négative des EHPAD reste par endroit persistante, la prise en compte de la vie sociale des résidents a évolué favorablement ces dernières années grâce notamment aux conventions tripartites qui posent des objectifs de démarche qualité. La rénovation-modernisation (voire la reconstruction) des établissements et une meilleure considération des résidents, de leurs besoins et leurs attentes, ont grandement atténué la mauvaise réputation tirée du passé (mouroirs, hospices...) au profit d'établissements reconnus comme lieux de vie, d'animation et de soins. Les tarifs de ces structures rénovées restent très accessibles (reste à charge moyen public de moins de 55 € par jour). En conséquence, les personnes les plus fragiles et handicapées sont spontanément orientées vers ces lieux d'accueil et les listes et les durées d'attente pour une admission sont réduites. Par ailleurs, en raison de l'éclatement familial, particulièrement marqué en Dordogne, territoire rural affecté par l'exode relatif de ses populations les plus jeunes, les aidants naturels sont moins présents et pour des raisons sociodémographiques, de moins en moins nombreux. Dans certaines situations de lourde dépendance notamment psychique, le maintien à domicile ne peut perdurer en toute sécurité et la solution de l'hébergement en EHPAD s'impose alors aux familles. »*

Au final, en Dordogne, la prise en charge de la grande dépendance des personnes âgées semble être assurée par les EHPAD et USLD de manière plus forte qu'ailleurs.

Les GIR 1 et 2 maintenus à domicile sont proportionnellement moins nombreux (presque -30 %) qu'au niveau national).

4.1.2.3. La répartition et l'évolution par GIR en valeur

Le montant moyen des plans d'aide et la différence avec le plafond légal attribués pour chaque GIR depuis 2009 est significativement en dessous du niveau national. Même si ces montants peuvent être corrigés du fait d'un coût moindre des services d'aide à la personne en Dordogne par rapport à un département de la région Ile-de-France par exemple, ce différentiel ne suffit pas à expliquer un tel écart.

Tableau n° 19 : Comparaison des montants moyens des plans d'aide en Dordogne

Montant moyen des plans d'aide en Dordogne
comparaison avec les données nationales en 2009 (base de données : droits ouverts APA 2009)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Moyenne
Plafond légal des GIR (niveau national)	1 224,63 €	1 049,68 €	787,26 €	524,84 €	
Montant moyen des plans d'aide au niveau national	1 013,00 €	790,00 €	585,00 €	356,00 €	500,00 €
Montant moyen des plans d'aide en Dordogne	808,85 €	662,98 €	506,97 €	316,48 €	413,13 €
Différence avec le plafond légal (en € et %)	415,78 € (-33,95%)	386,70 € (-36,84%)	280,29 € (-35,60%)	208,36 € (-39,70%)	

Montant moyen des plans d'aide en Dordogne
comparaison avec les données nationales en 2010 (base de données : droits ouverts APA 2010)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Moyenne
Plafond légal des GIR (niveau national)	1 235,65 €	1 059,13 €	794,35 €	529,56 €	
Montant moyen des plans d'aide au niveau national	1 004,00 €	786,00 €	579,00 €	348,00 €	493,00 €
Montant moyen des plans d'aide en Dordogne	793,52 €	636,34 €	498,93 €	314,60 €	402,66 €
Différence avec le plafond légal (en € et %)	442,13 € (-35,78%)	422,79 € (-39,92%)	295,42 € (-37,19%)	214,96 € (-40,59%)	

Montant moyen des plans d'aide en Dordogne
comparaison avec les données nationales en 2011 (base de données : droits ouverts APA 2011)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Moyenne
Plafond légal des GIR (niveau national)	1 261,54 €	1 081,36 €	811,02 €	540,68 €	
Montant moyen des plans d'aide au niveau national	997,00 €	783,00 €	578,00 €	346,00 €	489,00 €
Montant moyen des plans d'aide en Dordogne	768,06 €	622,24 €	486,42 €	306,09 €	390,88 €
Différence avec le plafond légal (en € et %)	493,48 € (-39,12%)	459,12 € (-42,46%)	324,60 € (-40,02%)	234,59 € (-43,39%)	

Montant moyen des plans d'aide en Dordogne
comparaison avec les données nationales en 2012 (base de données : droits ouverts APA 2012)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Moyenne
Plafond légal des GIR (niveau national)	1 288,09 €	1 104,08 €	828,06 €	552,04 €	
Montant moyen des plans d'aide au niveau national	997,00 €	783,00 €	578,00 €	346,00 €	489,00 €
Montant moyen des plans d'aide en Dordogne	797,93 €	627,02 €	479,12 €	306,32 €	390,37 €
Différence avec le plafond légal (en € et %)	490,16 € (-38,05%)	477,06 € (-43,21%)	348,94 € (-42,14%)	245,72 € (-44,51%)	

Montant moyen des plans d'aide en Dordogne
comparaison avec les données nationales en 2013 (base de données : droits ouverts APA 2013)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Moyenne
Plafond légal des GIR (niveau national)	1 304,84 €	1 118,43 €	838,82 €	559,22 €	
Montant moyen des plans d'aide au niveau national	997,00 €	783,00 €	578,00 €	346,00 €	489,00 €
Montant moyen des plans d'aide en Dordogne	803,62 €	637,79 €	480,60 €	303,78 €	389,48 €
Différence avec le plafond légal (en € et %)	501,22 € (-38,41%)	480,64 € (-42,97%)	358,22 € (-42,71%)	255,44 € (-45,68%)	

Source : Département

Des économies à trois niveaux peuvent être constatées :

- dans l'écart entre le montant des plans d'aide et le montant national ;

- dans les règles même d'élaboration des plans d'aide (par exemple la limite à 2 h par semaine¹⁴ des heures de ménage) ;
- dans les 20 % de dossiers au plafond du GIR où des arbitrages sont faits, car le plan d'aide est « saturé ».

Le montant moyen de l'APA en Dordogne, tout GIR confondu, est supérieur de 20 % à celui de la moyenne nationale.

4.1.2.4. L'évolution du reste à charge

Une somme, appelée aussi ticket modérateur, est laissée à la charge du bénéficiaire, sauf si ses ressources mensuelles sont inférieures à 0,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne¹⁵. L'APA est ainsi égale au montant de la partie du plan d'aide que le bénéficiaire utilise réellement, diminuée de cette participation à sa charge. En tout état de cause, le plan d'aide arrêté par le département ne peut excéder un montant maximum fixé en fonction du degré de perte d'autonomie par un tarif national. Depuis le 1er avril 2013, les plans d'aide sont plafonnés à : pour le GIR 1 : 1 304,84 €/mois ; pour le GIR 2 : 1 118,43 €/mois ; pour le GIR 3 : 838,82 €/mois ; pour le GIR 4 : 559,22 €/mois.

Tableau n° 20 : Restes à charge par GIR en Dordogne

En €

	GIR	Mt Participation	Mt Plan
2009	1	10486,68	63034,99
2010	1	8909,66	52283,55
2011	1	7987,81	43689,86
2012	1	10384,82	51706,34
2013	1	13414,66	59439,1
2009	2	107139,6	532085,07
2010	2	95497,14	446129,49
2011	2	96383,41	407855,1
2012	2	88498,79	419931,12
2013	2	93887,56	454321,01
2009	3	115857,69	599668,42
2010	3	112432,46	536358,32
2011	3	106498,33	505709,67
2012	3	114275,32	562544,62
2013	3	128344,17	612933,61
2009	4	195521,11	1121728,72
2010	4	200955,47	1082782,24
2011	4	187691,35	972018,88
2012	4	203019,04	1066132,37
2013	4	230801,21	1178198,89

Source : Département

Un élément important dans la décision des personnes âgées de rester à domicile est la répartition de l'effort financier entre la collectivité et eux-mêmes. Or, cette répartition évolue dans le sens d'un alourdissement du reste à charge pour les personnes âgées bénéficiant de l'APA à domicile.

¹⁴ Les interviews des TMS ont révélé qu'effectivement dans un certain nombre de cas la propreté des lieux de vie est en deçà de ce qu'on pourrait attendre, le ménage ne peut être regardé comme une prestation de confort dans une politique de maintien à domicile.

¹⁵ Montant mensuel de la majoration pour tierce personne : 1 096 € en 2013 ; 67 % = 735 €.

Le Département a indiqué ne pas pouvoir identifier précisément les causes de cette augmentation.

4.1.2.5. L'absence de données sur la situation économique des bénéficiaires

Il paraît important de pouvoir croiser l'évolution des restes à charges et la situation économique des bénéficiaires. Il n'est pas aujourd'hui possible d'établir au niveau territorial (cantons, ressort des unités territoriales d'action sociale du Département) une corrélation entre le nombre de bénéficiaires de l'APA, leur niveau de dépendance et leur situation sociale. Depuis 2009, des données cantonales concernant l'APA à domicile sont élaborées et diffusées à la demande des structures d'aide à domicile, des caisses de retraite, des CLIC. Le Département a indiqué que dans l'avenir ces données seront améliorées : un projet devrait être travaillé en ce sens avec la CARSAT en vue de créer un observatoire des fragilités. Il viserait à repérer les publics qui ont le plus besoin de prévention à partir des « plans d'aide personnalisés » ou des fichiers des retraités.

Tableau n° 21 : Restes à charge par GIR en Dordogne

Exercice	Niveau de GIR		Situation Familiale		Tranche de revenu					
	GIR 5	GIR 6	Seule	En Couple	Tranche 1 à 3	Tranche 4	Tranche 5	Tranche 6	Tranche 7	Tranche 8
2010	1319	2471	2476	973	1813	900	263	436	382	345
2011	1319	2455	2526	1101	1895	764	206	353	297	331
2012	1570	2667	2607	1181	1901	839	269	468	395	432
2013	1392	2309	2373	1089	1669	570	215	416	348	509

Source : Carsat

En l'absence d'un observatoire commun, le croisement des données sur le niveau de dépendance et la situation sociale des bénéficiaires APA, non seulement pour les GIR 5 et 6, mais aussi pour les GIR 1 à 4, en lien avec l'observatoire des fragilités de la CARSAT, fournirait des informations fort utiles.

4.1.3. L'instruction des demandes APA

4.1.3.1. Des moyens humains importants

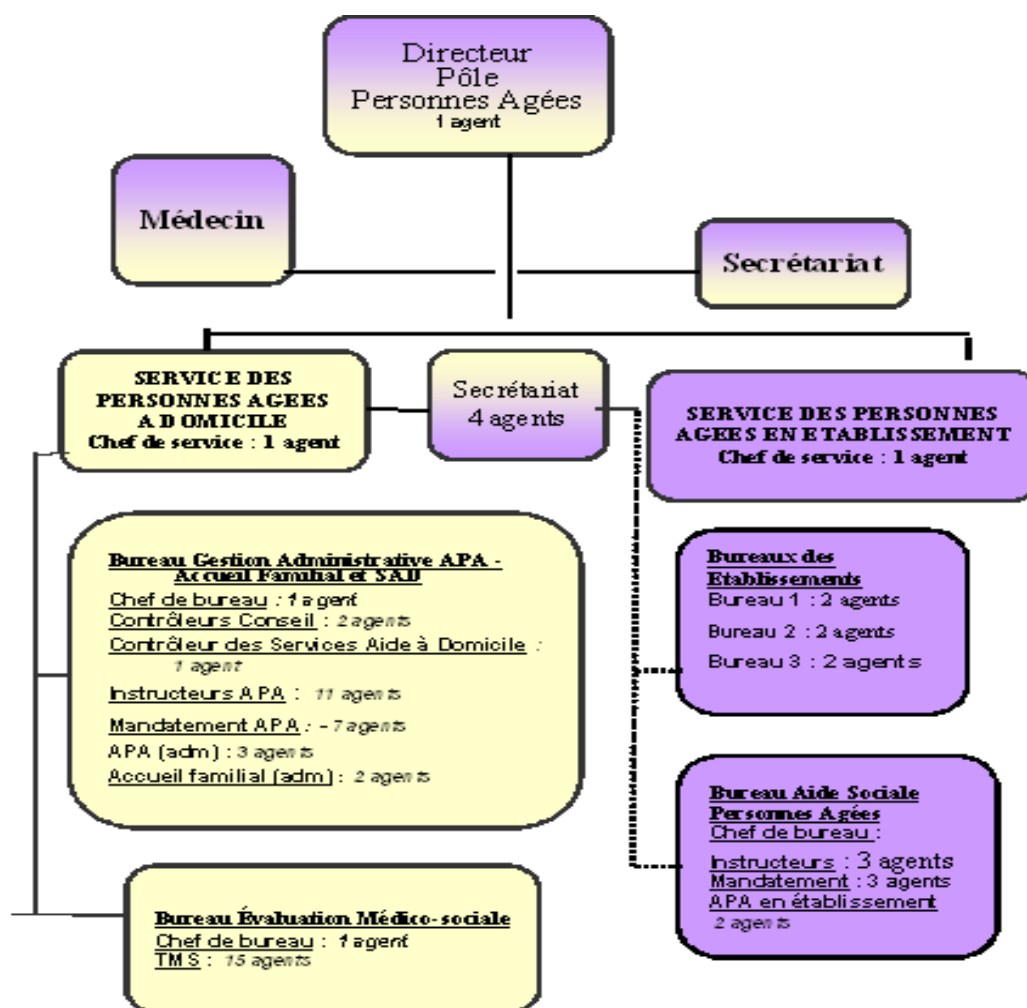
Les effectifs dédiés à l'évaluation de la dépendance, à la liquidation des aides et au contrôle de l'effectivité des prestations dispositif de maintien à domicile (APA) concernent 47 agents (42,64 ETP). La répartition par métier se présente comme suit :

- Encadrement : 2,10 ETP (3 cadres)
- Secrétariat : 3,00 ETP
- Instruction administrative : 11,70 ETP
- Instruction médico-sociale : 3,00 ETP
- Mandatement : 7,80 ETP
- Contrôleur : 2,80 ETP
- Travailleurs médico-sociaux : 12,24 ETP (15 agents)

Les missions relatives aux autorisations, conventions tripartites, plans pluriannuels d'investissement, tarifications, contrôles et participation aux instances consomment des moyens non négligeables.

L'organigramme du pôle personnes âgées se présente comme suit :

Figure n° 4 : Organigramme des services en charge des personnes âgées



Source : Département

4.1.3.2. Le dépôt de la demande et la communication avec les bénéficiaires de l'APA

Les personnes qui souhaitent bénéficier de l'APA ou leur représentant légal doivent adresser une demande au président du Conseil général de leur département de résidence. Le dossier peut être retiré auprès des services du département ou, le cas échéant, auprès des organismes de Sécurité sociale, des institutions sociales et médico-sociales, des CCAS ou communautés de communes et des mutuelles avec lesquelles le Département a passé une convention de collaboration (CASF, art. L. 232-13). Depuis décembre 2013, le site internet du Département offre la possibilité pour les demandeurs APA (1ères demandes ou nouvelles demandes) de suivre l'instruction de leur dossier en accédant au portail "Usager APA" avec un identifiant et un mot de passe. Dans un 2ème temps, il est prévu la généralisation de l'accès à ce portail aux demandeurs de révisions ou de renouvellement de l'aide. Le Département participe aussi au projet en cours porté par la CNSA et l'ADF, visant la mise en place d'un portail national d'information et d'orientation des usagers en lien avec les sites internet des départements.

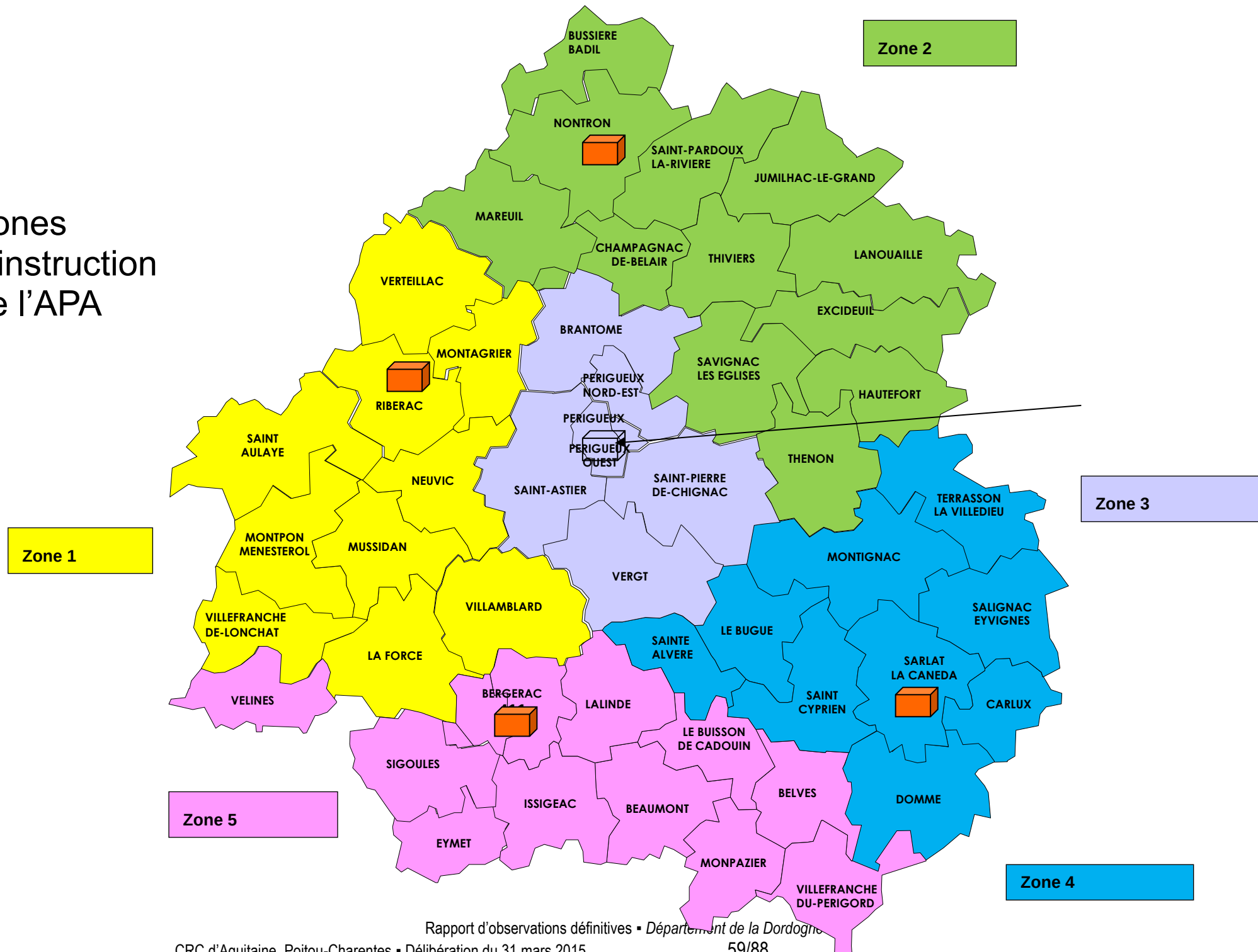
Une autre amélioration est prévue avec la mise en ligne du dossier APA et la possibilité de téléchargement avec envoi papier dans un premier temps et à terme un envoi du dossier par mail avec les pièces justificatives.

Il apparaît par ailleurs nécessaire de palier à une carence actuelle avec la mise en place d'un suivi statistique des consultations.

4.1.3.3. L'attribution du dossier à une zone d'instruction et de suivi

Le dossier est ensuite attribué à l'une des 5 zones d'instruction. Les instructeurs ont en charge toutes les étapes depuis le dépôt d'une demande jusqu'à la notification de la décision du président du Conseil général, puis ensuite la gestion des demandes de révision et de renouvellement. Ce dossier, une fois complété, vérifié par les instructeurs, et accompagné des pièces justificatives, est adressé au président du Conseil général. Ce dernier dispose d'un délai de 10 jours pour en accuser réception et en informer le maire de la commune de résidence du demandeur. (CASF, art. R. 232-23). Conformément aux dispositions de l'article R. 232-7 du Code de l'action sociale et des familles, le délai de deux mois entre la date d'enregistrement du dossier complet et la date d'effet de l'APA est à peu près systématiquement respecté, comme en témoignent les contrôles de dossiers APA dont la synthèse figure ci-après. La procédure d'instruction des dossiers permettant le respect de ces délais devrait être confortée par les logigrammes issus du projet en cours d'amélioration de la qualité du service rendu visant à bien enchaîner de façon rapide chaque étape.

Zones d'instruction de l'APA



4.1.3.4. L'évaluation médico-sociale

4.1.3.4.1. L'évaluation de la perte d'autonomie

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes demandant l'APA est réalisée à partir d'une grille nationale appelée AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe Iso-Ressources) (CASF, art. R. 232-3). Cette grille permet d'apprécier les activités effectuées ou non par la personne seule. Elle sert à définir les groupes dits iso-ressources (GIR) rassemblant les personnes ayant des niveaux proches en termes de besoins d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Il existe six groupes dits « iso-ressources » (GIR), censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacité différents mais ont besoin d'une même quantité d'heures de prise en charge. Le GIR 1 constitue le niveau de dépendance le plus grave. Les groupes iso-ressources peuvent se définir de la façon suivante :

- le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit et au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. D'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du domicile est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement ;
- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne ;
- le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne (CASF, art. R. 232-3).

Seules les personnes classées dans les GIR 1, 2, 3 et 4 de la grille nationale peuvent prétendre à l'APA (CASF, art. L. 232-2, R. 232-3 et R. 232-4). Les personnes classées dans les GIR 5 et 6 sont susceptibles néanmoins de bénéficier de certaines aides au maintien à domicile de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). L'évaluation de la perte d'autonomie des demandeurs à l'APA s'effectue dans le cadre de l'instruction de la demande.

4.1.3.4.2. La mission des travailleurs médico-sociaux

Les travailleurs médico-sociaux de l'APA doivent avoir une très bonne connaissance des ressources disponibles sur chaque territoire, ainsi que de leur valorisation. En effet, ils sont spécifiquement affectés à la mission d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes, cette mission ne pouvait être déléguée aux services à domicile dont le rôle d'opérateurs du plan d'aide semble difficilement conciliable avec celui d'évaluateur des besoins. Les travailleurs médico-sociaux assurent leur mission sur un secteur géographiquement défini de manière à privilégier la coordination et le partenariat de proximité autour de la personne âgée et de son parcours de vie et de soins. La bonne connaissance des spécificités locales en termes d'offres de service permet de les valoriser dans le plan d'aide. C'est notamment le cas des accueils de

jour, des interventions au quart d'heure, des gardes de nuit et des ateliers mémoire. En plus des vérifications administratives (âge, résidence), l'instruction de la demande d'APA comporte l'évaluation par une équipe médico-sociale du degré de perte d'autonomie et des besoins du demandeur. Cette équipe médico-sociale comprend au moins un médecin et un travailleur social. L'un des deux, en général le travailleur social, se rend au domicile afin d'évaluer le degré d'autonomie à l'aide de la grille AGGIR et délivrer toutes informations et conseils au demandeur.

Si l'évaluation aboutit à reconnaître le classement dans un GIR 1 à 4, un projet de plan d'aide personnalisé est établi. L'équipe médico-sociale y recommande les services et les modalités d'interventions qui lui paraissent appropriées, au regard du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie. Lorsque le degré de perte d'autonomie de la personne âgée ne justifie pas la rédaction d'un tel document, un compte rendu de la visite comportant des conseils est remis au demandeur. Ce sera en pratique le cas pour les personnes classées dans les GIR 5 et 6, exclues du bénéfice de l'APA. Si le demandeur le souhaite, son médecin traitant peut assister à la visite effectuée par l'équipe médico-sociale. A défaut de participer à la visite, il est à minima consulté par l'équipe médico-sociale. La même procédure est suivie en cas de révision de l'APA.

Les missions des travailleurs médico-sociaux en charge des évaluations APA se caractérisent entre autres par la mobilité. Ils sont sur leur secteur géographique tous les jours de la semaine excepté une ½ journée où ils tiennent une permanence au siège de la DDSP. Lors de cette permanence, ils finalisent leurs évaluations et les plans d'aide. Les données élaborées sont saisies manuellement par les instructeurs APA. Un nombre important de départements a mis en place une saisie à distance des plans d'aide. La Dordogne avait mis en place un tel dispositif, chaque TMS était doté d'un « PDA » (*Personal Digital Assistant* : assistant numérique personnel) pour réaliser ceux-ci directement. En 2010, il ne restait plus que 2 ou 3 PDA opérationnels sur les 15 attribués. Depuis, un cahier des charges a été relancé en 2012. Le projet de doter les équipes APA du logiciel EVAPA devrait faciliter et accélérer ces tâches. Mais ce projet qui a eu du mal à être finalisé est actuellement en phase de test auprès de 4 TMS.

La mise en œuvre effective de la télégestion des plans d'aides, qui permet la saisie directe de ceux-ci lors de la visite au domicile de la personne âgée, apparaît comme une bonne pratique.

4.1.3.4.3. L'adéquation du nombre des travailleurs médico-sociaux

Les travailleurs médico-sociaux en nombre important (15) se sont fait écho de la lourde charge qui leur incombe et exprimé le sentiment de ne pouvoir être suffisamment présents en accompagnement des personnes une fois réalisés les primo-évaluations et les renouvellements/révisions.

Plusieurs solutions ont été mises en œuvre dans d'autres départements :

- soit en opérant des délégations, ce qui peut poser une difficulté pour le Département ne souhaitant pas déléguer une responsabilité centrale parmi ses missions et aux enjeux financiers si importants ;
- soit en absorbant ces évaluateurs et en les intégrant au sein des services départementaux. Plusieurs départements ont départementalisé leur CLIC.

Il convient de nuancer la valeur de comparaisons entre deux départements différents, toutefois le rapport activité/effectif entre la Gironde et la Dordogne s'établit comme suit :

Tableau n° 22 : Comparaison du nombre d'évaluateurs entre la Gironde et la Dordogne

	Gironde	Dordogne
Nombre de demandes APA (en 2013)	5048	2812
Nombre de médecins intégrés aux équipes médico-sociales	6 postes pourvus sur les 9 prévus	1 poste
Nombre d'évaluateurs	42	15

Source : Département de la Gironde et de la Dordogne

Il convient de noter que malgré un ratio activité/moyens beaucoup plus favorable en Gironde, celle-ci a engagé des délégations pour ses évaluations auprès d'autres structures. Ceci lui permet de maintenir un ratio significatif de visite de suivi pour accompagner les personnes et non simplement statuer sur la délivrance d'une allocation. De plus, il faut souligner que la plupart des SSIAD réalise des évaluations APA complètes. Elles sont faites par l'infirmière coordinatrice en suivant les étapes du logiciel APOSEM. Ces évaluations ne sont pas transmises au Département qui de même ne communique pas les siennes

Les moyens d'évaluation de la dépendance du Département pourraient être utilement complétés, soit par délégation, soit par réintégration de certains évaluateurs externes (CLIC). D'autres synergies pourraient alléger la tâche des TMS du Département notamment avec les SSIAD, un dossier unique ou partagé de ces évaluations permettant d'assurer un meilleur suivi en termes d'efficience.

4.1.3.5. L'élaboration des plans d'aides : contractuel et personnalisé

En matière d'aide à domicile pour les personnes âgées, le Département décline, depuis la création de l'APA, un plan d'aide contractuel et personnalisé avec une série de caractéristiques dont le respect a été constaté lors de l'examen de l'échantillon de dossiers APA contrôlés lors de l'instruction. Le plan d'aide est proposé sous la forme d'un " contrat à l'autonomie". L'évaluation médico-sociale à domicile donne lieu à une proposition de plan d'aide transmise au demandeur pour accord, observations ou rejet. La commission APA est saisie pour avis sur la proposition acceptée, avant que la décision d'attribution soit prise par le président du Conseil général. Dans un délai de 30 jours après le dépôt du dossier considéré comme complet, l'équipe médico-sociale adresse une proposition de plan d'aide à la personne, assortie du montant de son éventuelle participation financière. Cette dernière dispose de 10 jours à partir de la date de réception de la proposition pour réagir et demander des aménagements. Dans ce cas, une proposition définitive du plan d'aide lui est adressée sous 8 jours. En cas de refus écrit ou d'absence de réponse de l'intéressé à cette proposition dans le délai de 10 jours, la demande d'APA est considérée comme rejetée. (CASF, art. L. 232-3, L. 232-6, L. 232-14, al. 1er et 2, R. 232-7 et R. 232-8).

Les cas de refus des plans d'aide sont très rares : le service n'a pas de statistiques sur ces refus, ni donc de données sur ses principales motivations. Il ne peut donc être opéré de suivi des cas de refus des plans d'aide par les personnes âgées. Chaque demande fait l'objet d'une évaluation sociale et médico-sociale préalable portant sur la situation globale de la personne. Pour les demandes d'aide-ménagère au titre de l'aide sociale et d'APA à domicile, l'évaluation est assurée au domicile de manière à appréhender et considérer l'environnement familial et social du demandeur ainsi que ses conditions de vie. Au niveau de dépendance équivalente, le plan d'aide d'une personne âgée isolée, dans un appartement situé en étage et sans ascenseur sera différent de celui d'une personne âgée entourée vivant dans un logement adapté. Les besoins sont évalués de manière fine et les propositions d'aide strictement corrélées. Le travailleur médico-social tient également compte des aides disponibles sur le territoire de vie de la personne. L'accompagnement de la personne est privilégié. Les tâches domestiques et ménagères participent au maintien à domicile sans constituer une réponse suffisante. Enfin, les interventions relevant du champ sanitaire sont prises en compte et le plan APA s'articule avec celles-ci.

Chaque prestation, notamment l'aide à domicile, fait l'objet d'une répartition selon la nature (auxiliaire de vie sociale, aide à domicile), la périodicité et le détail des prestations. Ce détail est indiqué systématiquement pour chaque plan d'aide, que ce soit, une première demande ou une révision. Il est formalisé sur un « feuillet bleu » qui est envoyé à l'intéressé et qui doit être remis par celui-ci au service d'aide à domicile choisi. Les différents postes d'un plan d'aide APA se présentent comme suit :

Figure n° 5 : Tableau de tarification du Département pour les prestations d'aides à domicile

> Aide à domicile	Tarifs
◆ PRESTATAIRE 1 (auxiliaire de vie sociale).....	18,38
nombre d'heures par mois.....	
+ Dimanches et Jours fériés nbr d'heures/mois.....	22,98
□ versement direct à l'association	
◆ PRESTATAIRE 2 (niveau employé à domicile).....	16,86
nombre d'heures par mois.....	
+ Dimanches et Jours fériés nbr d'heures/mois.....	21,08
□ versement direct à l'association	
◆ MANDATAIRE nombre d'heures par mois.....	11,73
+ Dimanches et Jours fériés nbr d'heures/mois.....	14,66
◆ GRE A GRE nombre d'heures par mois.....	9,59
+ Dimanches et Jours fériés nbr d'heures/mois	11,99
↳ Téléalarme	25,00
Abonnement	15,00
↳ Garde itinérante (15 minutes)	5,66
(15 minutes) : structure autorisée.....	5,91
↳ Protections à usage unique	
> Famille d'accueil	
◆ NOMBRE DE MINIMUM GARANTI	
> Frais autres que de personnel	
↳ GARDES A DOMICILE	
Demi-journée (dimanche et JF 38,83).....	31,06
Forfait journée (8h – 20 h) (dimanche et JF (111,70).....	89,36
Forfait 24 h (dimanche et JF 165,11).....	132,09
Forfait nuit (dimanche et JF 67,94).....	54,35
↳ PORTAGE DE REPAS	5,00
↳ HEBERGEMENT TEMPORAIRE	37,46
↳ ACCUEIL DE JOUR	26,22
↳ ACCUEIL DE JOUR NON MEDICALISE	12,40
> Amélioration de l'habitat	
Nature de l'amélioration :	

Source : Département

4.1.3.6. La décision d'attribution et les révisions

La décision d'attribution est prise par le président du Département, sur proposition d'une commission présidée par lui-même ou son représentant. Son montant est notifié à l'intéressé (CASF, art. L. 232-12). Les droits sont ouverts à compter de la date de notification de la décision d'attribution par le président du Conseil général. Les services du Département disposent d'un délai de deux mois, à compter de la date de dépôt d'un dossier de demande complet, pour instruire la demande. A défaut de notification dans ce délai, et dans l'attente d'une décision expresse, l'APA est réputée accordée pour un montant forfaitaire à compter de la date d'ouverture des droits tels que précisée ci-dessus (CASF, art. L. 232-14). La décision d'attribution de l'APA notifiée au demandeur précise :

- le montant mensuel de l'allocation ;
- le montant de la participation financière éventuelle du bénéficiaire ;
- le montant du premier versement correspondant à la somme due au titre de la rétroactivité du droit acquis à compter de la date d'ouverture des droits ;
- la périodicité de sa révision (CASF, art. R. 232-27).

La réglementation ne prévoit pas de durée d'attribution de l'APA. C'est la décision du président du Conseil général qui doit préciser la périodicité de révision du droit, en fonction de l'évolution de l'état de santé et de la situation du bénéficiaire. L'APA peut également être révisée à la demande de l'intéressé, de son représentant légal ou à l'initiative du Département si des éléments nouveaux modifient la situation personnelle du

bénéficiaire (CASF, art. R. 232-28). Les modalités de révision constituent un enjeu financier important pour la collectivité dans la mesure où dans la plupart des cas, la révision de la situation débouche sur une nouvelle décision d'attribution d'APA d'un montant supérieur, en raison de l'aggravation de la perte d'autonomie de la personne âgée. Les décisions d'attribution de l'APA sont prises sur deux ans. Il n'y a pas de nouvelle évaluation au moment du renouvellement. Les dossiers sont révisés à la demande du bénéficiaire, de son représentant légal ou de son référent familial et de manière systématique dès lors qu'intervient un changement de situation (décès du conjoint, changement d'adresse, etc.). La procédure de révision démarre par un contrôle administratif du dossier, par la vérification des justificatifs des ressources et de l'utilisation effective de plan d'aide. Dès lors que les ressources sont à jour et qu'il a pu être vérifié que le plan d'aide initialement prescrit est respecté, le dossier est transmis au contrôleur conseil pour avis, puis à l'équipe médico-sociale pour évaluation. Une visite à domicile est réalisée par le travailleur médico-social qui évalue à nouveau le niveau de dépendance (GIR) et le cas échéant propose un nouveau plan d'aide. La proposition médico-sociale est présentée au Directeur Général Adjoint qui émet un avis sur la proposition médico-sociale, le dossier est au final soumis à la Commission APA pour décision.

4.1.3.7. Les recours contre les décisions du Département

On peut constater très peu de recours contre les décisions du Département : ils concernent essentiellement l'évaluation du niveau de perte d'autonomie selon la grille AGGIR, en particulier pour les GIR 5 et 6. Ainsi en 2013, 6 commissions de litiges se sont réunies pour 28 recours portant sur le degré de dépendance (GIR 5 et 6) soit un taux de recours de 1,13 % sur l'ensemble des dossiers traités. 14 décisions ont été confirmées (1 recours sur 2). En commission départementale d'aide sociale (CDAS), 5 recours ont été examinés en 2013 portant également sur le degré de dépendance (GIR 5 et 6). 3 confirmations (60%) et 2 infirmations ont été prononcées par la CDAS.

4.1.3.8. Conclusion sur la gestion administrative et synthèse du résultat des contrôles des dossiers APA

Globalement, les dossiers attestent d'un suivi très satisfaisant des dossiers. Quelques anomalies souvent formelles ou mineures, et en tout cas ponctuelles ont pu être constatées mais la mise en place du contrôle qualité devrait contribuer à les réduire :

- copies des courriers de notification ne sont pas jointes au dossier, juste visé dans la décision ;
- plan d'aide non daté et non signé (dossier médico-social) ;
- Cette révision suivant de très près une précédente ;
- pas de date de la visite TMS ;
- petite discordance entre l'APA évalué par la TMS et la décision : 282 € accordés au lieu de 279,2 € ;
- pas de compte rendu de visite ;
- retard important de la décision de rejet ;
- feuillet d'objectifs d'accompagnement et de soutien ne mentionnant pas la date de visite du TMS ;
- 35 jours de délai avant que le dossier soit considérée comme complet.

Toutefois, le service n'a pas mis en place de procédure (chrono) d'enregistrement des lettres d'insatisfaction sur le dispositif APA. Les quelques insatisfactions exprimées concernent généralement le ticket modérateur, le calcul des indus ou le choix du service intervenant à domicile.

La mise en place d'un dispositif d'enregistrement des lettres d'insatisfaction permettrait un examen plus systématique des suites apportées et améliorerait encore le bon suivi global de la gestion des dossiers APA.

4.1.4. Le versement de l'APA

4.1.4.1. Les montants versés

L'APA versée étant établie en fonction d'une part des besoins propres au bénéficiaire évalués dans le plan d'aide et d'autre part de la fraction utilisée, elle n'atteint pas nécessairement le montant maximal du plan d'aide attribuable. La participation restant à la charge du bénéficiaire de l'APA est calculée au prorata de la fraction du plan d'aide qu'il utilise. Fin juin 2011, le montant mensuel moyen du plan d'aide pour les personnes qui résident à domicile était de 492 €, ce montant étant variable selon le degré d'autonomie de la personne. Il représente en moyenne : 999 € pour les personnes en GIR 1 ; 785 € pour les personnes en GIR 2 ; 579 € pour les personnes en GIR 3 ; 347 € pour les personnes en GIR 4. Les montants moyens des plans d'aide sont inférieurs de 32 % aux plafonds nationaux. L'écart entre ces montants moyens et les plafonds nationaux est cependant nettement plus faible pour les personnes âgées très dépendantes.

On estime par ailleurs que 26 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide « saturé », c'est-à-dire égal au plafond et que leur besoin d'aide évalué par le Département pourrait excéder le montant maximal de prise en charge. Ces dépassements de plafonds sont à la charge exclusive des bénéficiaires quelles que soient leurs ressources. A titre d'exemple, pour un GIR 2 le plafond de 1 118,43 € représente un volume d'heures finançables, en mode prestataire sur la base d'une facturation de 20 €/heure, d'environ 54 heures par mois, soit 2 heures/jour, loin du nombre d'heures de service nécessaire pour la prise en charge de certaines situations relevant de ce niveau de dépendance. Ainsi, en GIR 1 et 2 le plafond maximum peut souvent entraîner l'impossibilité de financer des plans d'aide appropriés au maintien à domicile et obliger les personnes âgées à entrer en établissement.

Les montants moyens versés inférieurs de 32 % à la moyenne nationale et le plafond légal du GIR font que le quart des plans d'aide ne peut couvrir les dépenses liées à la dépendance.

4.1.4.2. Les outils de pilotage (indicateurs, tableaux de bord de suivi) utilisés par le Département pour suivre les versements de l'APA.

Un certain nombre d'indicateurs et de tableaux de bord est mis en œuvre pour assurer le suivi de l'APA :

- nombre de dossiers de demandes d'APA reçus en 2013 ;
- nombre de demandes de révision reçues en 2013 ;
- nombre d'accueils téléphoniques et physiques en 2013 ;
- pilotage mensuel des équipes d'instructeurs APA ;
- tableau de bord des dépenses APA en 2013 ;
- tableau de bord des consommations des crédits en 2013 ;
- bénéficiaires entrant et sortant du dispositif en 2013 ;
- bénéficiaires payés sur droits ouverts en 2013 ;
- fiches repères de la Commission APA ;
- tableau de bord mensuel du Pôle PA (dénommé « 4 pages »).

Le suivi performant de la gestion de l'APA au travers d'indicateurs adaptés peut être noté.

4.1.4.3. Les modalités du versement

Lorsque le bénéficiaire connaît un degré de perte d'autonomie important et que le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'APA est affectée, sauf refus exprès du bénéficiaire, à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé. Sont concernées par cette obligation les personnes âgées classées dans les GIR 1 et 2, ou nécessitant une surveillance régulière, du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social. L'APA est versée mensuellement à son bénéficiaire (CASF, art. L. 232-14) et mandatée au plus tard le

10 du mois pour lequel elle est servie. Le premier versement intervient le mois qui suit la notification de la décision d'attribution du président du Conseil général (CASF, art. R. 232-30). L'APA peut être également versée directement par le Département au service prestataire d'aide à domicile auquel le bénéficiaire a recours (CASF, art. L. 232-15), mais la mise en œuvre de ce dispositif n'est pas un facteur d'autonomie. Si l'allocataire choisit de recourir à un salarié ou un service d'aide à domicile bénéficiaire d'un agrément au titre des articles L. 7232-1 et suivants du code du travail, ce versement peut prendre la forme d'un chèque-emploi service universel (CESU). Le Département de la Dordogne utilise le règlement direct au service prestataire mais le Chèque Emploi Service Universel ¹n'a pas été mis en œuvre.

Le paiement direct aux services prestataires est accordé par le Département sous certaines conditions. Ce mode de paiement doit rester l'exception car la règle générale applicable en la matière est le versement de l'allocation au bénéficiaire, dans le but notamment d'essayer de maintenir et de respecter ce qui peut rester d'autonomie chez la personne âgée dépendante et ne pas ôter toute implication des familles et des éventuels représentants légaux. De plus, le bénéficiaire prend conscience en voyant verser tous les mois cette allocation sur son compte, de la place du Département en qualité de financeur de ce dispositif. Toutefois, au regard de difficultés plus particulières qui pourraient être évaluées par le travailleur médico-social (situation de surendettement, maltraitance financière, isolement social, troubles cognitifs,...) le versement direct peut être envisagé. Pour ce faire, une fiche d'évaluation comportant un avis du contrôleur et un avis médico-social a été mise en place afin de recueillir au final la validation ou pas de ce mode de paiement. Cette fiche comporte plusieurs items d'évaluation, c'est la conjonction de plusieurs d'entre eux qui peut justifier ce mode de liquidation en versement direct de l'APA.

4.1.4.4. La dématérialisation des échanges avec le Trésor public.

La dématérialisation des pièces justificatives vise à les rendre plus accessibles et surtout de diminuer les contraintes liées au stockage des dossiers. Le Département a souligné la lourdeur de l'envoi des pièces justificatives (5 cartons de photocopies tous les mois) au payeur.

Depuis plusieurs mois, la démarche relative à la dématérialisation de la chaîne comptable a été entreprise par la Direction des Systèmes d'Information et Télécommunication (DSIT) laquelle a commencé à inventorier les pièces jointes strictement obligatoires pour ne plus fournir les pièces facultatives dont la transmission est coûteuse. Cette étape pourrait permettre de fournir des documents en format PDF. Depuis 2011, un projet global, nommé OPADE, a été lancé. Il porte sur la mise en place d'une Gestion électronique des Documents (GED) transversale à la collectivité qui déversera ensuite les documents à archiver dans un Système d'Archivage Electronique (SAE). Le logiciel s'appelle GECCO. Des connecteurs permettront également de traiter tous les dossiers gérés dans IODAS pour le domaine de l'action sociale (le 1er secteur concerné sera le RSA) puis la généralisation à l'APA est planifiée dans un deuxième temps.

Par rapport au stockage des dossiers, l'aspect réglementaire reste encore extrêmement flou selon le comptable et ralentit la mise en œuvre sur le sujet, qu'il considère « très lourd à mettre en place ». Le comptable a reçu de la part du Département les propositions de pièces justificatives. Il reste aujourd'hui à lancer le développement du logiciel de dématérialisation.

La poursuite de la dématérialisation des échanges avec la paie semble s'imposer.
--

¹ Créé avec pour objectif de favoriser les services à la personne (dans le cadre du plan Borloo de 2005), le Chèque Emploi Service Universel - CESU – est entré en vigueur le 1er janvier 2006. Il est destiné à faciliter l'accès aux services à la personne en simplifiant les formalités administratives et déclaratives du particulier employeur. Le CESU bancaire est diffusé par les établissements bancaires ayant passé une convention avec l'Etat. Il se présente sous la forme d'un chéquier comprenant des formules de chèques à remplir, comme un chèque bancaire et des volets sociaux. Il permet à un particulier de rémunérer une aide à domicile. L'aide à domicile est alors employé par l'employeur en gré à gré ou par l'intermédiaire d'un service mandataire.

4.1.5. Le contrôle de l'APA.

4.1.5.1. Le principe du contrôle d'effectivité

Le respect de la finalité de l'APA nécessite un contrôle de l'effectivité de l'aide et de son adéquation avec les besoins identifiés de son bénéficiaire. Ce suivi permet aussi de faire évoluer l'allocation en fonction de la situation de ce dernier. L'APA a pour vocation d'aider les personnes âgées à surmonter une perte d'autonomie en leur permettant de faire appel à des aides adaptées. Aussi, pour veiller à la bonne utilisation de cette prestation, la loi instaure un contrôle de la mise en œuvre du plan d'aide, chaque département devant en organiser les modalités.

Un mois après la notification de l'attribution, le bénéficiaire doit en effet déclarer au président du Département le ou les salariés qu'il embauche, ainsi que les services qu'il utilise dans le cadre de l'APA. Tout changement de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions. Pour attester de l'emploi d'un salarié, l'allocataire doit conserver les bulletins de salaire justifiant de l'effectivité de l'aide. S'il emploie un ou plusieurs membres de sa famille, le lien de parenté doit être mentionné dans la déclaration. Il doit également conserver tous les justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide qu'il est tenu de produire si le Département en fait la demande. De leur côté, les équipes médico-sociales s'assurent du suivi et de la qualité de l'aide apportée à la personne. En outre, pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'APA et du contrôle de son utilisation peuvent demander 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.

Le contrôle d'effectivité est à la fois une modalité de suivi financier mais aussi un outil du suivi médico-social. Un plan d'aide non consommé ou faiblement consommé est un indicateur sérieux d'éventuelles difficultés rencontrées par la personne âgée. Le constat d'une sous consommation déclenche systématiquement a minima un contact avec le service à domicile concerné et/ou une visite à domicile conjointe du contrôleur et du travailleur social. Le taux de consommation des plans d'aide ou l'effectivité de l'exécution des plans sont des données tout aussi importantes voire plus que le montant moyen des plans. Ainsi en 2013, 27 % des 6 546 dossiers contrôlés sur pièces en Dordogne ont donné lieu une à évaluation plus approfondie.

4.1.5.2. Les modalités du contrôle

Si le bénéficiaire APA n'utilise pas une fraction du plan d'aide, il ne pourra pas fournir de justificatifs de dépenses. Aussi, au titre du contrôle d'effectivité de l'aide, cette fraction devra être reversée au Département. Tout versement APA à domicile doit être justifié, en retour, par des factures. La vérification des justificatifs de dépenses est également systématique pour tous les bénéficiaires qui sortent du dispositif (décès, entrée en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, changement de département, etc.). A ce stade d'enregistrement des justificatifs, l'instructeur doit déterminer si l'utilisation de l'APA est conforme ; si oui, le dossier est reclassé jusqu'au prochain enregistrement, dans la négative, le dossier est transmis au contrôleur. Tout dossier pour lequel le contrôle d'effectivité fait ressortir un non-respect du plan d'aide doit être transmis pour contrôle. Il y a non-respect du plan lorsque l'on constate : des dépenses inférieures au montant du plan d'aide, des dépenses égales ou supérieures mais le contenu du plan non respecté, une absence de justificatifs de dépenses malgré plusieurs demandes au bénéficiaire. A ce titre, le contrôleur évalue la situation soit en effectuant une visite à domicile du bénéficiaire, soit en contactant le service prestataire et le travailleur médico-social du secteur.

L'APA peut également être suspendue dans plusieurs cas :

- à défaut de déclaration au Département, dans un délai d'un mois, des salariés ou du service d'aide à domicile à la rémunération desquels est destinée l'APA ;
- pour non-paiement par le bénéficiaire de sa participation financière ;
- à défaut de production des justificatifs de dépenses ;

- sur rapport de l'équipe médico-sociale, soit en cas de non-respect du plan d'aide et des préconisations de l'équipe médico-sociale visant à garantir la qualité des interventions, soit lorsque l'insuffisance des services rendus met en péril la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral du bénéficiaire. (CASF, art. L. 232-7, al. 5 et R. 232-16) ;
- suite à une hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours.

Les indus, que les services récupèrent, correspondent à des sommes versées après décès qui ne peuvent être justifiées, lorsqu'il y a hospitalisation et non utilisation de l'APA, à des changements sans signalement ou avec signalement tardif (entrée en EHPAD, changement de département).

Les informations liées au suivi par un SSIAD sont collectées oralement auprès des familles. En cas de découverte d'un suivi par un SSIAD non pris en compte lors d'une révision, il n'y a pas de calcul d'un indu en vue de remboursement si le plan a été utilisé mais il y a une réévaluation à la baisse. Or, si le rattachement d'un bénéficiaire APA à un SSIAD était immédiatement notifié, les plans d'aide pourraient être immédiatement actualisés. Ce gain serait toutefois marginal car même non organisé formellement la présence des TMS sur le terrain permet, en règle générale, de collecter l'entrée en SSIAD dans des délais raisonnables. Pour autant, il conviendrait de formaliser la collecte des listes des bénéficiaires de l'APA suivis par les SSIAD directement auprès des SSIAD plutôt que de se reposer sur les informations transmis par les familles lors des révisions.

Ne pas s'en tenir à l'information informelle des familles, implique que soient collectées auprès des SSIAD les listes de patients pour identifier systématiquement les bénéficiaires de l'APA.

4.1.5.3. Les personnels de contrôle du Département

Sous l'autorité du chef de bureau de la gestion administrative de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, les contrôleurs-conseils, en tant que référents techniques auprès des instructeurs de l'APA :

- traitent les dossiers nécessitant un complément d'instruction et/ou un contrôle ;
- assurent la relation avec les usagers, les Services d'aide à domicile et organismes extérieurs ;
- élaborent et envoient des courriers relatifs au traitement des dossiers ;
- gèrent des tableaux de bord de l'activité ;
- réalisent le contrôle de l'effectivité de l'APA et de la facturation des services d'aide à domicile ;
- contrôlent sur pièces et/ou sur place des situations des bénéficiaires APA au regard de la législation (contrôle d'effectivité et contrôle financier) ;
- contrôlent sur pièces et sur site la facturation de l'APA (versements directs aux prestataires) ;
- enquêtent sur les demandes de secours.

Il convient de noter le passage de 6 à 2 contrôleurs. Il n'y a pas de compte rendu établi sur les temps de coordination destinés à échanger sur les situations complexes qui nécessitent un avis partagé mais chaque décision prise ou procédure de traitement arrêtée est consignée dans le dossier lui-même. Il pourrait être utile d'établir à minima des listes des dossiers traités lors des temps de coordination.

4.1.5.4. La périodicité des contrôles de l'APA.

Conformément aux dispositions de l'article R. 232.15 du Code de l'action sociale et des familles, le département de la Dordogne a mis en place un contrôle d'effectivité sur les plans d'aide APA. Ce contrôle est suivi en premier lieu par les instructeurs APA qui enregistrent les justificatifs de dépenses APA, à ce jour manuellement, dans une chemise intégrée au dossier intitulé « Suivi des justificatifs ». Aussi, le contrôle est systématisé sur l'ensemble des dossiers soit au moment d'une révision, soit sur la base d'une simple liste informatique éditée par la Direction des Systèmes d'Information et de Télécommunication (DSIT) qui cible les dossiers non contrôlés (exemple : il a été défini de vérifier les dossiers des bénéficiaires ayant des droits ouverts au 31 décembre 2013 et n'ayant pas eu de contrôle en 2012 et 2013).

Un sondage à partir d'un échantillon de dossiers pris au hasard permet de considérer qu'il y a un contrôle apparemment important mais pas exhaustif puisque seuls 4 dossiers sur 5 ont été entièrement contrôlés.

Tableau n° 23 : Taux de dossiers APA à domicile contrôlés par le Département

En %

Dossiers examinés	Contrôle toujours en cours - pièces jointes manquantes	Contrôle 2012 et 2013 achevés	Dossiers clôturés (départ en EHPAD)	non contrôlés
28	2	20	3	3
Ratios à partir des dossiers actifs	8,00	80,00	NS	12,00

Source : Département

L'émission de titres pour reversement des indus aboutit à des montants significativement élevés :

Tableau n° 24 : Titre émis pour reversements indus APA

En €

Exercices	Montants émis
2010	1.191.108,25
2011	1.192.472,46
2012	1.173.364,14
2013	1.233.355,16
2014	476.804,26
Restes à Recouvrer au 02/06/2014	
Recouvrement amiable	537.081,01
Recouvrement contentieux	168.012,10

Source : payeur départemental, au 02/06/2014

Il est vraisemblable que si la périodicité de contrôle était réduite en passant de 1 à 2 par an, les dossiers avec des indus serait traités plus tôt limitant par-là les volumes concernés et donc le risque de reste à recouvrer.

La chambre recommande au Département d'augmenter la fréquence des contrôles relatifs à l'APA en les adaptant après élaboration d'un plan de contrôle basé sur les risques.

4.1.5.5. Les résultats du contrôle

Même si les raisons du non-respect d'un nombre non négligeables de plans sont en grande partie connues (amélioration de l'état des personnes ; diminution de la mise en œuvre du plan d'aide pour réduire le montant du reste à charge), il peut sembler important de quantifier ces différentes raisons, d'analyser les postes où vont s'opérer les économies, voire de distinguer les raisons qui dépendent des usagers et celles qui dépendent de l'offre des SAAD.

Tableau n° 25 : Nombre de dossiers contrôlés et recettes correspondantes : Année 2013

En Nb., % & €

	Instructeurs	Contrôleurs	Plan respecté	Plan non respecté	% non-respect de plan	Montant récupéré
Janvier	456	534	332	124	27	48 245,98
Février	551	538	400	151	27	56 521,27
Mars	443	399	324	120	27	11 799,67
Avril	355	396	257	98	28	68 757,26
Mai	396	604	298	98	25	42 546,94
Juin	624	582	455	167	27	58 253,17
Juillet	1123	731	851	273	24	82 071,75
Août	488	434	346	142	29	47 842,71
Septembre	579	280	407	172	30	76 894,70
Octobre	632	422	492	140	22	61 695,68
Novembre	539	677	363	176	33	42 820,89
Décembre	360	515	262	98	27	61 892,71
Total	6546	6112	4787	1759	27	659 342,73

Source : Département

Réaliser une étude qualitative pour tirer les enseignements de l'augmentation du ratio des plans d'aide non respectés et y apporter éventuellement une solution serait judicieux.

Le versement direct est privilégié pour favoriser l'autonomie des bénéficiaires. Aussi, la mise en place d'un contrôle spécifique pour les interventions de « gré à gré », pourrait s'avérer fort utile avec :

- le contrôle sur pièces sur la base du listing transmis trimestriellement par l'URSSAF ;
- le contrôle des avis de prélèvement des chèques « emploi-service », de fiches de salaire transmis obligatoirement par les bénéficiaires ;
- le contrôle à domicile lorsque le plan d'aide n'est pas respecté (non effectivité du plan et non déclaration auprès des organismes).

Le contrôle sur les interventions à risques comme celles de « gré à gré » avec la formalisation d'un cadre de contrôle spécifique pourrait être amplifié.

4.1.5.6. L'informatisation du contrôle de l'effectivité

La gestion informatique des dossiers APA est réalisée depuis la mise en place de l'APA en 2002, au moyen du logiciel IODAS (éditeur GFI). Ce logiciel a bien intégré dès le départ un module pour la saisie des justificatifs de dépenses en vue du contrôle d'effectivité. Mais ce module ne correspond pas aux besoins fonctionnels du service car il ne permet que de comparer de façon consolidée le programmé et le versé alors que le département de la Dordogne voudrait comparer le détail de chaque prestation, soit 10 ou 15 lignes.

Il faudrait donc développer une application informatique spécifique sous IODAS. Mais la Dordogne étant le seul département demandeur, ce développement peine à aboutir. Compte tenu du grand nombre de dossiers à vérifier, le Département a donc demandé à GFI un module de contrôle spécifique, sur la base d'un cahier des charges fonctionnelles, conciliant un contrôle qualitatif (respect de la nature des aides prescrites) et un contrôle quantitatif. L'établissement d'un devis correspondant au cahier des charges est en attente.

L'informatisation du contrôle de l'effectivité par le développement d'une application adaptée au contrôle détaillé que souhaite à juste titre le Département est en cours de finalisation.

4.1.5.7. La démarche qualité 2013

Durant la période contrôlée, il n'existait pas de liste formelle établie pour les instructeurs listant les cas de transferts de dossiers à vérifier chez les contrôleurs. Même si les instructeurs connaissent les critères de transmission des dossiers aux contrôleurs, en référence à la procédure arrêtée, l'établissement d'un plan de contrôle formalisé est une garantie pour une meilleure gestion.

Ce volet « contrôle » a été étudié en 2013 et 2014 dans le cadre de la démarche qualité qui vient d'aboutir en juin dernier. Il a été communiqué lors de l'instruction le déroulement et le contenu de cette démarche engagée depuis le 9 janvier 2013 au sein du service « Personnes âgées à domicile » en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la gestion administrative de l'APA à domicile. Les comptes rendus des 7 comités de pilotage attestent de la rigueur de la démarche. De plus, la finalisation de la démarche par la rédaction d'un « référentiel partagé » a été réalisée et il a été procédé à la collecte de l'assentiment des agents concernés avant validation de la Direction générale des services.

Un travail important a été opéré pour la formalisation des procédures dans le cadre de la démarche qualité mais aussi les contraintes liées à l'archivage de plus de 7 000 dossiers actifs, la plupart assez volumineux et le temps non négligeable consacré à la recherche des pièces et au classement au détriment de la gestion et le contrôle. D'autres départements, par exemple, ont vu leurs contraintes liées à la manipulation des dossiers nombreux et volumineux disparaître totalement avec la mise en œuvre de la dématérialisation totale de ses dossiers APA. Après la mise en œuvre effective du projet qualité de 2014, la dématérialisation des pièces justificatives des dossiers APA, avec un suivi de ce chantier par une procédure similaire à celle du contrôle qualité permettrait sans doute de retrouver des marges de manœuvre notamment en termes de contrôle.

La chambre recommande au Département d'engager la dématérialisation des pièces justificatives des dossiers APA pour faciliter leur gestion.

4.2. LES PRESTATIONS LEGALES D'AIDE A DOMICILE

La grande différence des prestations légales réside dans le fait qu'il n'est nul besoin d'être en GIR 4 pour en bénéficier, sous réserve de conditions de ressources. Ces prestations, en regard de l'APA, occupent une place réduite dans le dispositif de maintien à domicile du fait qu'elles sont soumises à conditions de ressources et qu'elles peuvent faire l'objet de récupération sur succession. L'aide légale à domicile est en principe accordée en nature sous la forme de services ménagers. Elle peut prendre la forme d'une aide financière lorsqu'il n'existe aucun service d'aide-ménagère organisé dans la commune du domicile, lorsque celui-ci est insuffisant ou lorsque les intéressés préfèrent le versement d'une allocation en espèces à l'allocation des services en nature. (CASF, art. L. 231-1). Peuvent bénéficier de l'aide à domicile les personnes âgées de 65 ans, ou de plus de 60 ans si elles sont reconnues inaptes au travail (CASF, art. L. 113-1). Les ressources des personnes sollicitant le bénéfice de l'aide à domicile ne doivent pas dépasser le plafond d'octroi de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (CASF, art. R. 231-1 et R. 231-2).

Cette prestation tend à devenir marginale dans les aides accordées par le département, du fait du déploiement de l'APA mais également, de la crainte de la récupération des sommes consenties à ce titre sur leur succession.

Le nombre de bénéficiaires reste relativement stable sur les 5 dernières années. Au sein du pôle personnes âgées, les agents ayant à traiter des dossiers d'aide à domicile (aide-ménagère et portage de repas) s'élèvent à environ 0,5 ETP au total :

- un chef de service : temps passé non significatif ;
- un chef de bureau : temps passé non significatif ;
- des instructeurs aide sociale (4 agents) : 0,3 ETP ;
- des contrôleurs-conseil (2 agents) : 0,1 ETP ;
- des agents comptables (3 agents) : 0,1 ETP.

Tableau n° 26 : Evolution du nombre de personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale à domicile depuis 2009 jusqu'à 2013, par forme d'aide (prestations, aides financières,...)

En Nb. & en €

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de personnes âgées bénéficiaires des aides ci-dessous au 31 décembre de chacune des années du tableau :					
Aide-ménagère	79	69	65	79	89
Frais de repas	1	1	1	1	1
Nombre de personnes âgées ayant bénéficié des aides ci-dessous dans le courant de chacune des années du tableau :					
Aide-ménagère	96	90	83	86	100
Frais de repas PA	2	1	1	1	1
Montants payés au cours de chacune des années du tableau pour les mêmes aides					
Aide-ménagère	155 250,11	140 401,39	116 797,26	109 368,82	135 040,21
Frais de repas	2 668,15	1 937,95	1 341,66	576,24	5 063,44
TOTAL	157 918,26	142 339,34	118 138,92	109 945,06	140 103,65

Source : Département

Les prestations d'aide sociale à domicile ne font pas l'objet d'un plan d'aide contractualisé avec les bénéficiaires. Par contre, à chaque événement (première demande, nouvelle demande, demande de renouvellement ou de révision), le demandeur reçoit la visite d'un contrôleur-conseil qui évalue ses besoins en fonction de sa situation (nature du besoin – ménage, courses, isolement... -, état du logement, aide apportée par la famille ou le voisinage...). A l'issue de la visite, le contrôleur-conseil établit un rapport tenant compte des observations effectuées sur place afin d'éclairer la décision du Département. Ceci étant, lorsque l'état de dépendance de la personne âgée semble le justifier, le contrôleur-conseil l'oriente vers une demande d'APA.

Toutes les prestations d'aide-ménagère et de portage de repas sont réglées directement aux prestataires. Ceux-ci sont essentiellement gérés par des associations ou des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale. Le contrôle de l'effectivité de l'aide est réalisé par les agents comptables du pôle lors du paiement des factures adressées par les prestataires. Par ailleurs, les contrôleurs-conseil, lors de leurs visites dans le cadre des demandes de renouvellement des aides, peuvent prendre contact avec les services prestataires dans les cas, rares, où l'aide apportée ne semble pas en corrélation avec les besoins de la personne. Tous les services autorisés par le Département ont passé convention avec lui. Les sommes perçues correspondent au paiement sur factures des prestations effectuées, après vérification.

Les recours peu nombreux concernent exclusivement des contestations du plafond de ressources :

- 2009 : un contentieux concernant, pour le même dossier d'aide-ménagère, un recours contre donataire d'un montant de 6 122,05 € et un rejet motivé par un dépassement du plafond de ressources. Ces appels ont été rejetés et les décisions confirmées ;
- 2010 : un recours contre un accord portant sur 8 heures d'aide-ménagère par mois. Le demandeur souhaitait 10 heures par mois ; la décision du Département a été infirmée ; la commission a prononcé une admission à raison de 9 heures par mois ;
- 2011 : 0 recours ;
- 2012 : 0 recours ;
- 2013 : un recours à l'encontre d'un rejet pour un dépassement du plafond de ressources, les ressources, y compris les revenus de capitaux, étaient de 9 829,44 € pour un plafond à 9 825,98 € ; la décision du Département a été confirmée.

La faible utilisation de ces aides dans le dispositif de maintien à domicile, au regard notamment du coût de leur gestion et du faible nombre de dossiers, peut être soulignée.

4.3. LES AIDES FACULTATIVES

Le président d'un Conseil général peut attribuer l'allocation personnalisée d'autonomie en cas d'urgence attestée d'ordre médical ou social, et à titre provisoire. Les interventions prévues au plan d'aide sont alors effectuées exclusivement par un service prestataire autorisé ou agréé qualité. La décision du Département, prise sur avis médical ou social, retournée à l'assistante sociale dans un délai de 24 à 48 heures, fait mention de la nature et du montant des prestations accordées. Cette décision prend effet à la date d'enregistrement de la demande et court jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu pour l'instruction de la demande. À l'issue de ce délai de deux mois, deux cas de figure sont envisageables : soit le dossier a été réglé selon la procédure d'instruction ordinaire ; soit il ne l'est pas encore et, dans ce cas, la prestation forfaitaire est maintenue jusqu'à la prise de décision. Cette avance s'imputera sur les montants de l'APA versées ultérieurement.

Les critères médico-sociaux suivants sont retenus pour bénéficier de la procédure d'urgence :

- le besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie: lever, coucher, habillage, toilette, prise de repas ;
- la nécessité de faire face à des situations extrêmes : absence d'aidant, précarité sociale, retour à domicile en fin de vie ;
- le constat que la mise en place de ces aides conditionne le retour ou le maintien à domicile ;
- l'accord préalable de la personne âgée.

Ce dispositif d'APA d'urgence a été massivement utilisé en 2002 pour faire face au nombre très important de primo demandes. Il est aujourd'hui très faiblement mobilisé selon la DREES.

Il n'a pas été prévu en Dordogne si la situation du demandeur présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social, que le Département attribue l'APA à titre provisoire. En l'occurrence, l'urgence médicale correspond, par exemple, à une situation où l'absence d'une aide immédiate est de nature à compromettre le maintien à domicile du demandeur.

Il n'est pas proposé de recommander la mise en œuvre d'une réflexion sur l'APA d'urgence qui a d'une part des effets pervers dans la gestion subséquente des remboursements de trop versé. De plus, il s'agit souvent de faire face à une sortie d'hospitalisation pour laquelle le dispositif de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), rendue possible grâce à la coopération entre les services sociaux des établissements de santé et des caisses de retraite peut être utilisé laissant le temps d'instruire une demande APA de droit commun.

En application de l'article L. 121-4 alinéa 1 dudit code, « les conseils généraux peuvent 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 » et, dans ce cas, « assurent la charge financière de ces décisions ». C'est l'aide sociale « extralégale ». Par ailleurs, les départements mettent en place des dispositifs, souvent ponctuels et qui n'ont pas le caractère obligatoire des prestations légales et « extralégales » (article L. 121-5 du CFAS). Ils relèvent de l'aide sociale facultative qui peut être définie comme l'ensemble des actions non obligatoires menées par les départements.

L'action sociale non obligatoire des départements recouvre une grande diversité d'interventions. Ces aides prennent le plus souvent la forme d'aides financières aux personnes ou de soutiens à des actions ou des services mis en place par les départements, les communes ou les associations. Ces actions ont parfois un caractère ponctuel mais s'inscrivent généralement dans la durée après une phase d'expérimentation. Elles veulent répondre à des besoins non satisfaits ou non couverts par l'aide sociale légale. Elles correspondent aussi à la volonté des conseils généraux de développer des actions spécifiques à leur département. Ces orientations impliquent le développement de partenariats avec diverses institutions, des efforts de formation et de professionnalisation des intervenants, et une organisation territoriale qui vise une couverture de l'ensemble du département. Le Département n'a pas adopté d'aides facultatives.

L'absence en Dordogne d'aide facultative ou d'APA attribuée selon la procédure de l'urgence peut être notée.

5. LES AUTRES MODALITES DU MAINTIEN A DOMICILE OU DE SON SOUTIEN

5.1. L'ACCUEIL FAMILIAL

5.1.1. Présentation de la formule de l'accueil familial et de son contrôle par le département

L'accueil familial des adultes a été institué par la loi du 10 juillet 1989². Il s'agit d'une activité spécifique : un particulier accueille à son domicile une (ou des) personne(s) dépendante(s) dont il devient l'employé et il doit garantir la protection de sa santé, sa sécurité et son bien-être physique et moral (article L. 441-1 du Code de l'action sociale et des familles). Pour les personnes accueillies, l'accueil familial est souvent perçu comme une alternative à l'hébergement en établissement. L'accueil familial est un dispositif qui, sous réserve d'un agrément délivré par le Département, permet à des personnes âgées et ou handicapées d'être accueillies et d'être hébergées dans un milieu familial apte à fournir une prestation professionnelle de qualité en terme de confort et d'accessibilité du logement, de chaleur humaine et d'accompagnement personnalisé. Il s'agit d'une solution d'hébergement à caractère temporaire ou durable qui apporte une alternative au maintien et au soutien à domicile.

5.1.2. Modalités de l'accueil familial : l'agrément et la contractualisation

Une procédure précise d'agrément est à suivre après l'envoi d'une demande écrite au Département pour solliciter l'agrément. La participation à une réunion de sensibilisation animée par les services de la Direction Départementale de la solidarité et de la prévention permet la constitution d'un dossier d'agrément. Après une visite à domicile des travailleurs médico-sociaux du département en charge des enquêtes administratives et sociales, le dossier est soumis à l'avis de la Commission d'agrément présidée par un Conseiller général. La décision d'agrément (ou de refus d'agrément) est prise par le Président du Conseil général et notifiée à l'intéressé. L'agrément est valable 5 ans et est renouvelable sous réserve de justifier du suivi de la formation et d'un bilan médico-social. Toute personne accueillie au domicile d'un accueillant familial établit, obligatoirement avec ledit accueillant, un contrat écrit conforme au modèle type national. Le contrat d'accueil est un contrat de gré à gré, ce qui signifie que les conditions financières sont fixées d'un commun accord dans la limite des minimums et maximums prévus par la loi. La personne agréée doit s'engager à assurer l'accueil de façon continue et proposer une ou plusieurs solutions de remplacement satisfaisantes durant les périodes où l'accueil viendrait à être interrompu. Elle doit également suivre obligatoirement une formation initiale et poursuivre sa formation de manière continue. Des contrôles effectués par les agents du département sur les conditions matérielles, morales et sanitaires de l'accueil permettent le suivi médico-social des personnes accueillies par les travailleurs sociaux du Département.

Au terme de l'année 2013, 223 particuliers ont, en Dordogne, un agrément d'accueillant-familial leur permettant d'héberger à titre onéreux des personnes âgées ou des adultes handicapés. Ces familles offrent une capacité d'accueil de 512 places.

Les chiffres placent le Département parmi ceux où le nombre d'accueillants familiaux et le taux de familles d'accueil dans la population, sont les plus importants.

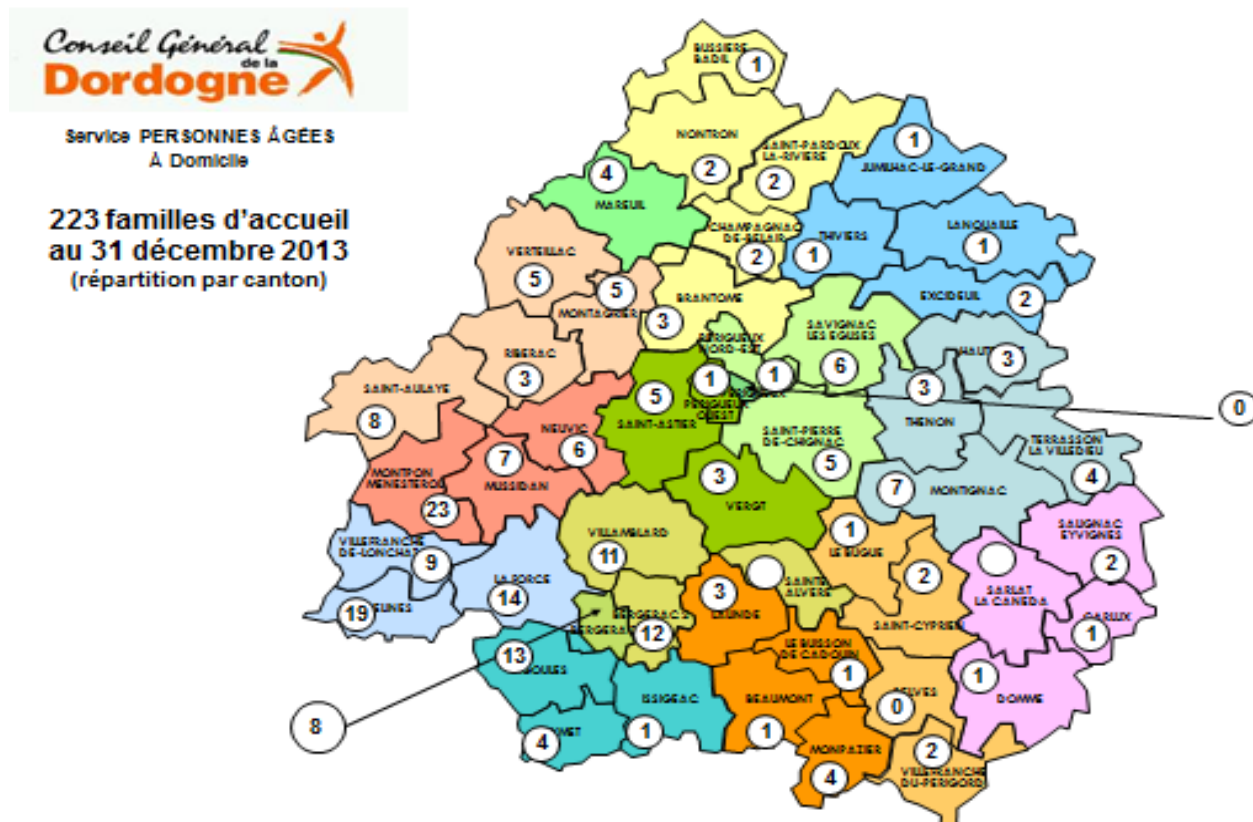
² La Loi du 2 janvier 2002 a supprimé la distinction entre l'accueil familial des personnes âgées et l'accueil des personnes handicapées et instauré une seule procédure d'agrément. Les accueillants familiaux sont agréés pour 5 ans et peuvent recevoir 3 personnes au maximum.

Tableau n° 27 : Répartition des familles d'accueil et des places ouvertes par territoire de CLIC

Territoires des CLIC	FA 2012	Places 2012	FA 2013	Places 2013
Bergeracois	100	244	100	246
Ribéraçais-Vallée de L'Isle	52	116	57	126
Pays du Périgord Noir	29	53	26	50
Grand Périgueux	21	46	21	52
Nord Dordogne	21	41	19	38
DEP 24	223	500	223	512

Source : Département

Figure n° 6 : Répartition territoriale des familles d'accueil



Source : Département

5.1.3. Accompagnement et formation des accueillants par le Département de la Dordogne

Le Département doit assurer outre l'agrément, le suivi, le contrôle et la formation des accueillants. Il définit les modalités de solvabilisation du coût de l'accueil via le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). L'accueil familial nécessite ainsi la mise en place d'une politique rigoureuse et exigeante, afin de garantir aux personnes accueillies un accompagnement de qualité adapté à leur état de dépendance. Cet accompagnement sans compter l'encadrement et le personnel administratif, est confié à une équipe de 15 travailleurs médico-sociaux, également engagés dans le champ de l'allocation personnalisée d'autonomie. Un travail sur les procédures a été engagé afin d'harmoniser les pratiques professionnelles inhérentes à l'agrément. Les outils sont régulièrement affinés par le Département, et complétés comme la mise en œuvre d'une procédure spécifique qui permet à un candidat ou à un accueillant-familial d'exprimer ses observations avant une décision de rejet de sa demande. Un travail méthodologique réalisé par le département a également porté sur la refonte du dossier de candidature à l'agrément.

5.1.4. Moyens investis par le Département de la Dordogne

Sur les 5 dernières années, l'impact financier de cette forme d'accueil des personnes âgées dépendantes, se mesure au regard des modalités spécifiques délibérées par le CG24 pour l'APA attribuée à ces personnes. Ainsi, il est observé une progression régulière des dépenses globales des bénéficiaires, ainsi que du montant moyen annuel de l'APA versé (à l'exception de la dernière année où le montant moyen annuel de l'allocation baisse légèrement).

Tableau n° 28 : Evolution des bénéficiaires et des dépenses des familles d'accueil

En Nb. & €

Année	Dépense APA (accueil familial)	Nb bénéficiaires	moyenne annuelle
2009	1 547 446	289	5 354,48
2010	1 574 955	284	5 545,62
2011	1 647 030	292	5 640,51
2012	1 819 204	317	5 738,81
2013	1 827 436	321	5 692,95

Source : Département

Dans le schéma gérontologique qui vient de s'achever, l'accueil familial détenait une place importante dans la politique gérontologique départementale. La mesure n°15 du schéma met ainsi en avant l'importance de « L'accueil familial pour adultes qui doit être encouragé sur l'ensemble des territoires dans le sens des efforts de professionnalisation accomplis depuis 2007. Le Département souhaite, au minimum, maintenir dans son volume actuel, cette formule en resserrant les liens entre les accueillants familiaux et les acteurs locaux de la gérontologie ». La fiche action n° 15 insiste sur la nécessité d'informer et de communiquer sur le métier d'accueillant familial et, a fortiori, sur ce mode d'accueil alternatif. La traduction opérationnelle de cet objectif s'est manifestée par :

- l'organisation et l'animation de 15 soirées d'information ;
- une campagne promotionnelle via affiches et dépliants ;
- trois rencontres avec les élus dans le cadre d'un partenariat avec le Pays du Périgord Vert ;
- la réalisation d'un film documentaire (en cours) sur les familles d'accueil exerçant leur activité dans le nord du département

Le Département a fait un effort important pour développer l'accueil familial.

La formation des accueillants familiaux est organisée en interne par la cellule formation de la DDSP. Cette formation est dispensée dans les premières années de l'agrément. Elle est animée par une psychologue. Peuvent-être notées les synergies potentielles entre le dispositif de formation interne du Département et celle mise en œuvre par les EHPAD. En effet, un problème obère le fonctionnement totalement optimal des formations : l'absentéisme dû aux trajets parfois longs des accueillants et à la non prise en charge par le département des coûts liés à leur remplacement auprès des personnes âgées pendant la formation. De ce fait, la formation a déjà été réduite de 60 h uniquement en demi-journée à 48 h regroupée pour une petite partie. Pour autant, on peut estimer que seuls 50 % des accueillants ont un absentéisme à la formation inférieur à 10 %. La délocalisation des formations par le Département était viable au vu des « promotions » importantes d'accueillants. Le volume d'accueillant à former s'étant réduit, il pourrait être intéressant d'envisager des délocalisations au sein d'EHPAD. Une telle perspective de travailler à des formations mixtes, pour les professionnels et les accueillants familiaux, pourrait être utilement explorée.

Les perspectives de la mise en œuvre du projet de loi en discussion au parlement rendront plus nécessaires encore ces mutualisations des formations sur le département.

La politique de maintien à domicile pourrait être facilitée, notamment pour l'accueil familial, par l'organisation de formations délocalisées à l'accueil des personnes âgées.

5.2. LE CARACTERE STRATEGIQUE DE L'AIDE AUX AIDANTS

5.2.1. La chute démographique prévisible des aidants et son incidence sur le maintien à domicile

Aujourd'hui, la prise en charge des personnes en perte d'autonomie combine à la fois solidarité professionnelle, par le biais des prestations finançables via l'allocation personnalisée d'autonomie, et solidarité familiale, à travers l'aide apportée par les proches. Les projections démographiques de la DREES et de l'INSEE ainsi que l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998/2001 ont mis en évidence une baisse sensible des aidants familiaux (ou familiers). Plusieurs facteurs peuvent accentuer cette tendance, notamment l'augmentation de l'âge moyen des personnes en perte d'autonomie, l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité et la baisse de la fécondité qui continuera à réduire la présence effective d'enfants aidants. Les observateurs et experts prévoient donc un recours accru aux professionnels aidants et soignants. Toutefois, pour certaines personnes dépendantes, il n'y aura pas forcément remplacement des aidants familiaux par d'autres interventions.

5.2.2. Le soutien aux aidants : une priorité pour la Dordogne

La santé de l'aidant peut parfois être impactée par la charge que représente l'accompagnement d'une personne en perte d'autonomie. 20% des aidants sont considérés en situation de charge importante, fatigue morale ou physique. Pour prévenir l'épuisement ou d'éventuelles situations à risques, des actions de prévention santé pour les aidants sont nécessaires. Un des défis pour la politique de maintien à domicile sera donc de palier à cette chute démographique prévisible des aidants familiaux. A l'évidence, dans les départements ruraux comme la Dordogne, l'enjeu sera d'amplifier les efforts pour limiter l'isolement familial, social et géographique. Il convient dès à présent de développer et de pérenniser les initiatives prises en matière de soutien aux aidants. A cette fin a été prévue la mise en place d'un atelier spécifique dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma gérontologique 2014/2019. Le Département a indiqué qu'il suivra avec intérêt la concrétisation de nouvelles dispositions contenues dans le premier volet du projet de loi d'orientation et de programmation d'adaptation de la société au vieillissement, à savoir :

- la reconnaissance d'un droit au répit ;
- l'élargissement de la prise en charge des dispositifs de répit dans le cadre des plans d'aide de l'APA ;
- l'augmentation du montant du plan d'aide, au-delà du plafond réglementaire, pour faire face à une hospitalisation de l'aidant ;
- une consolidation des mesures d'information et de formation des aidants ;
- la multiplication des lieux de parole, d'écoute et d'échange ;
- l'adoption de mesures favorisant la consolidation d'un équilibre entre la vie professionnelle et la vie d'aidant.

Le Département a fait de l'aide aux aidants une priorité.

5.2.3. Les deux modalités de l'offre de répit ou accueil temporaire

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a donné une base légale à l'accueil temporaire. Ce mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent s'adresse à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées et fait partie des solutions visant à diversifier les options offertes aux publics en perte d'autonomie. Le décret du 17 mars 2004, (articles D. 312-8 à D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles) constitue ensuite la première définition des contours de l'accueil temporaire et de ses modalités de fonctionnement. Pour les personnes handicapées comme pour les personnes âgées, l'accueil temporaire répond à trois objectifs : prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ; permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ; et répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

L'offre de répit ou accueil temporaire³ se décline en accueil de jour ou en hébergement temporaire (Cf. ci-après).

Dans un contexte d'élaboration de documents directeurs structurants (PRS, SROMS) et de mise en conformité des accueils de jour (circulaire du 25 février 2010 et décret du 29 septembre 2011), la stratégie adoptée par l'ARS est de laisser la place à une politique visant à développer des accueils de jour et des hébergements temporaires bénéficiant d'un vrai projet de service autour de la personne accueillie et de l'aidant. Pour l'ARS, l'offre de répit dans la Région Aquitaine pour les personnes âgées figure dans le SROMS 2012 – 2016 comme suit : pour l'accueil de jour (AJ), un niveau d'équipement relativement homogène ; pour l'hébergement temporaire (HT), une offre qui continue de progresser dans l'ensemble des territoires, mais les écarts se creusent. Il convient de noter qu'à ces places d'AJ et HT, s'ajoutent celles destinées à créer des structures autonomes, Maisons d'Accueil Temporaire en principe dans l'ensemble des territoires aquitains à l'exception de la Dordogne, suite au refus du Département pour ce type de structure.

Pour le Département, la viabilité financière de telles structures reste à démontrer. On peut penser qu'un des freins au recours à l'accueil de jour est la pré-institutionnalisation, c'est-à-dire quand celui-ci est couplé à un accueil en EHPAD. Les familles hésiteraient alors à recourir à l'offre de répit perçue non comme ce qui prolonge l'aide à domicile mais comme une première étape vers la mise en établissement. Ceci reste à démontrer, à Sarlat par exemple, l'offre de répit n'est pas couplée à un accueil en EHPAD mais à un accompagnement par SSIAD sans pour autant avoir un effet d'attractivité avec un taux de fréquentation qui stagne depuis 3 ans, et ce malgré le fait que le transport est assuré par le service. Il semble que le simple fait de devoir payer les repas soit un frein important du recours à l'offre de répit. Ceci pourra être objectivé dans l'étude proposée ci-après.

Le Département a refusé la création de maisons d'accueil temporaire sur son territoire.

5.2.3.1. L'accueil de jour en Dordogne

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire une demi-journée, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés. Lorsque l'accueil de jour s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, il a comme objectifs principaux de préserver, voire restaurer l'autonomie des patients et de permettre la poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants. Il permet aux malades de renouer une vie sociale et de participer à des activités diverses, dans un but thérapeutique (entretien des facultés cognitives et de la motricité) ou simplement pour le plaisir et une bonne qualité de vie. Les aidants naturels y trouvent une plage de repos ou de recentrement sur eux-mêmes et leurs activités, mais aussi une aide de la part des intervenants de l'accueil de jour (conseils, soutien psychologique). Au niveau national, 70 % des accueils de jour ont été créés à la suite de la circulaire de 2005 dans le cadre de la mise en œuvre du second plan Alzheimer. Les accueils de jour sont soit des structures autonomes, soit des structures adossées à un EHPAD. Ces dernières sont aujourd'hui très largement majoritaires au sein de l'offre globale (86 %). Les accueils de jour reçoivent très majoritairement des malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

17 services d'accueil de jour sont autorisés en Dordogne. Ils ne relèvent pas de l'aide sociale mais s'inscrivent dans la continuité d'une prise en charge à domicile et relève d'une inscription dans le plan d'aide APA à domicile. Les principaux accueils de jour sont situés dans les agglomérations les plus importantes du département (Périgueux, Bergerac et Sarlat). Tous sont rattachés à un EHPAD sauf ceux gérés par « La Croix

³ La CNSA a mis en place, depuis 2009, une enquête annuelle, tant quantitative que qualitative, sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Les données issues de cette enquête peuvent être exploitées au niveau régional pour établir un diagnostic et élaborer des pistes d'évolution de l'offre. Les résultats de cette enquête peuvent être consultés sur le site de la CNSA. Au cours des années 2010 et 2011, la CNSA a conduit un atelier pratique sur l'hébergement temporaire réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs du secteur. Le rapport final issu de cet atelier a été publié en octobre 2011. Cet atelier a permis de dresser un état des lieux de l'existant et de préconiser des solutions permettant de soutenir le développement de ce mode d'accompagnement.

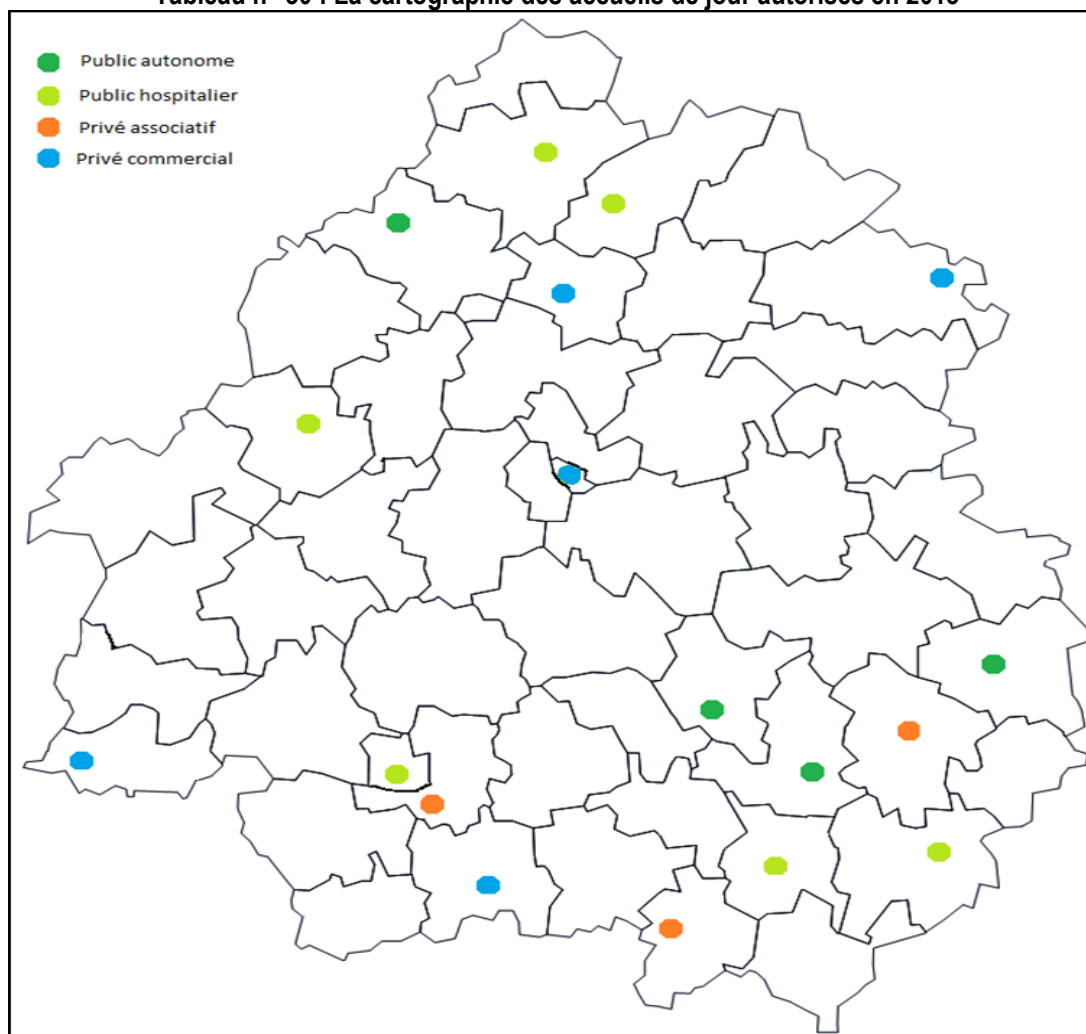
Rouge » à Sarlat et « Le Verger des Balans » à Périgueux. Cette thématique a été abordée dans le cadre du schéma en faveur des personnes âgées.

Tableau n° 29 : L'évolution de places, le taux d'occupation et l'activité de l'accueil de jour

ACCUEIL DE JOUR			2013				
Structures	Capacité autorisée	Capacité Installée	Nombre de personnes accueillies	Nombre de journées d'ouverture	Journées facturées	Nombre de journées théorique	Taux d'occupation
EHPAD de Le Bugue	2	2	5	250	296	500	59,20%
EHPAD de Saint cyprien	4	-	-	-	-	-	-
EHPAD de Salignac	4	-	-	-	-	-	-
EHPAD de Mareuil sur Belle	10	10	17	229	539	2 290	23,54%
Publics Autonome	20	12	22		835	2 790	29,93%
Centre Hospitalier de Nontron	15	15	5	250	132	3 750	3,52%
Centre Hospitalier de Bergerac	15	15	249	251	1 136	3 765	30,17%
Centre Hospitalier de Domme	6	6	16	240	696	1 440	48,33%
Centre Hospitalier de Ribérac	6	6	23	216	970	1 296	74,85%
Centre Hospitalier de Belvès	6	6	8	235	670	1 410	47,52%
Publics Hospitaliers	48	48	301		3 604	11 661	30,91%
Accueil de Jour d'Adrienne - Sarlat	12	12	25	178	1 012	2 136	47,38%
EHPAD de Lolme	5	5	1	260	11	1 300	0,85%
EHPAD de La Madeleine	10	10	42	229	2 109	2 290	92,10%
EHPAD du Verger des Balans	12	12	80	237	2391	2 844	84,07%
EHPAD de Champagnac de Belair	3	-	-	-	-	-	-
EHPAD de La Juvenie	2	2	9	250	309	500	61,80%
EHPAD de Jardins d'iroise	1	1	-	-	-	-	-
EHPAD de Yvan Roques	2	-	-	-	-	-	-
Privés	47	42	157		5 832	9 070	64,30%
TOTAL	115	102	480		10 271	23 521	43,67%

On peut noter une réelle évolution des capacités de l'accueil de jour puisque l'on passe, pour les places autorisées par l'ARS, de 88 places en 2009 à 115 places en 2013, dont seulement 102 sont réellement installées, avec les taux d'occupation relativement réduits détaillés ci-dessus.

Tableau n° 30 : La cartographie des accueils de jour autorisés en 2013



Source : Département

Certains services autorisés ne sont pas installés. La plupart du temps, cela tient au fait que la structure est ouverte depuis peu de temps. Enfin, le taux d'occupation varie fortement d'une structure à l'autre. Cela dépend notamment du degré d'insertion de l'établissement dans les réseaux gérontologiques locaux. L'étendue du département et la dispersion de l'habitat sont aussi un frein au bon fonctionnement de l'accueil de jour.

Le faible niveau et le caractère hétérogène des taux d'occupation de l'accueil de jour peut être relevé.

5.2.3.2. L'hébergement temporaire en Dordogne

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite.

23 hébergements temporaires sont autorisés en Dordogne. Comme pour l'accueil de jour, ils ne sont pas habilités à l'aide sociale et les séjours sont solvabilisés par leur inscription aux plans d'aide de l'APA à domicile. Les hébergements temporaires sont plus disséminés que les accueils de jour. Leur capacité unitaire est aussi, en général, plus faible. Le Département est donc relativement bien doté.

Tableau n° 31 : L'évolution des capacités entre 2009 et 2013 et l'activité de ces services en 2013

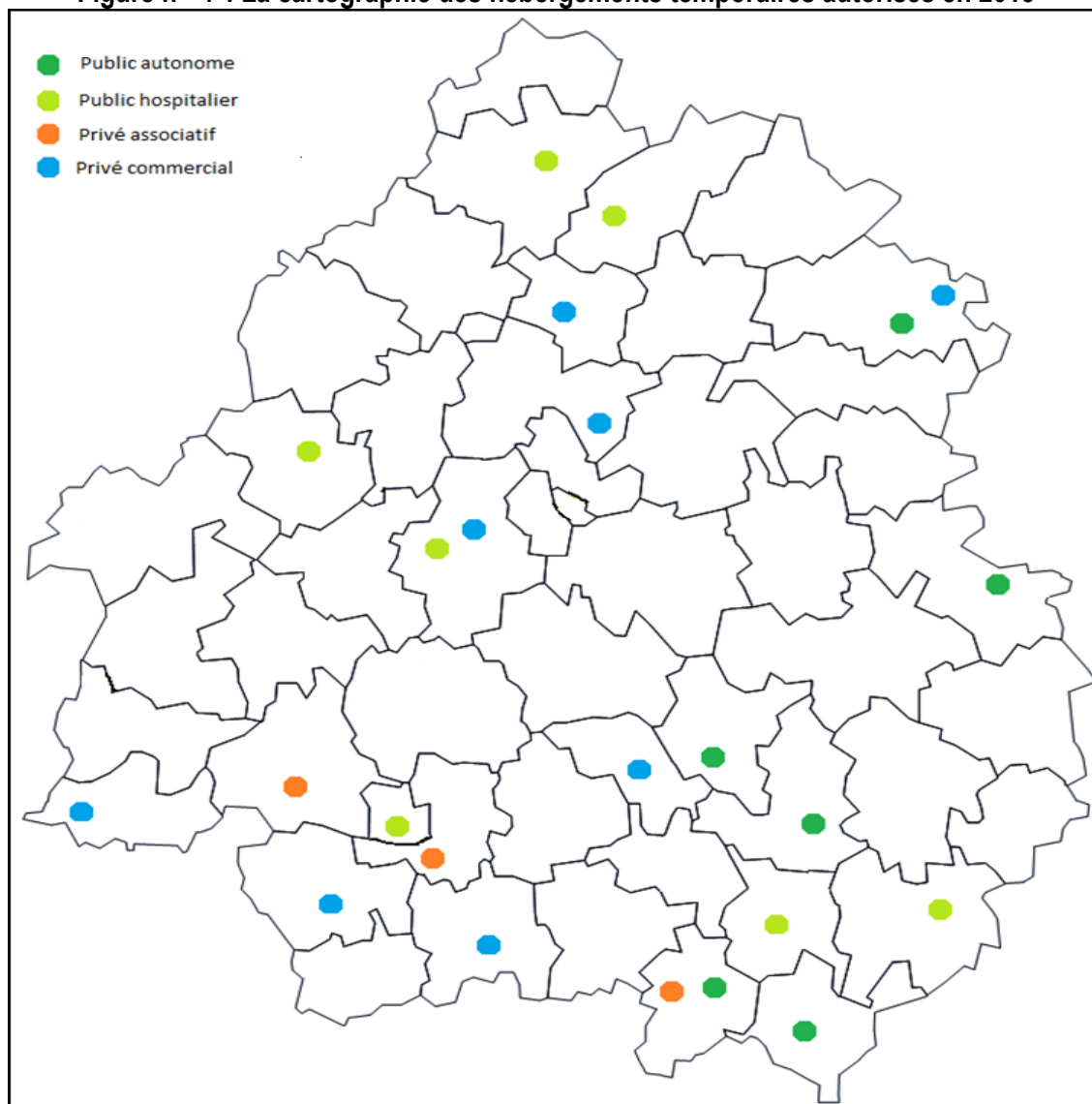
HEBERGEMENT TEMPORAIRE			2013				
Etablissements	Capacité	Installé	personnes accueillies sur l'année	Nombre de journées d'ouverture	Journées facturées	Nombre de journées théorique	taux d'occupation
Lanouaille	2	2	5	159	212	318	66,67%
Le Bugue	3	3	8	365	222	1 095	20,27%
Monpazier	5	0		365	0	0	
Saint Cyprien	8	0	0	0	0	0	
Terrasson	2	2	37	365	494	730	67,67%
Villefranche	5	0	0	0	0	0	
<i>Publics Autonomes</i>	25	7	50		928	2 143	43,30%
Belvès	4	4	76	365	990	1 460	67,81%
Bergerac	5	5	56	365	1 037	1 825	56,82%
Domme	5	5	64	365	1 691	1 825	92,66%
Nontron	15	15	20	300	168	4 500	3,73%
Ribérac	6	5	36	365	1 084	2 190	49,50%
Saint Astier	5	5	46	365	1 347	1 825	73,81%
<i>Publics Hospitaliers</i>	40	39	298		6 317	13 625	46,36%
La Madeleine	6	6	5	365	1 610	2 190	73,52%
Le Verger des Balans	2	0	0	0	0	0	
Tibériade	2	2	14	365	531	730	72,74%
Lolme	5	5	63	365	1 400	1 825	76,71%
Champagnac de Bélair	4	4	0	0	0	0	
La Juvénie	1	1	4	365	148	365	40,55%
Les jardins de Ste Alvère	8	8	51	365	981	2 920	33,60%
Les Jardins d'Iroise	3	3	20	365	1 052	1 095	96,07%
Les Chênes verts	3	3	12	365	448	1 095	40,91%
Yvan Roque	2	2	27	365	730	730	100,00%
Les Pergolas de Sigoules	6	6	2	365	473	2 190	21,60%
<i>Privés</i>	42	40	198		7 373	13 140	56,11%
Total	107	86	546		14 618	28 908	50,57%

Source : Département

De même que pour l'accueil de jour, tous les services autorisés ne sont pas installés, soit parce que l'établissement a ouvert récemment, soit parce que les lits ont été transformés, au fil du temps, en hébergement permanent (Monpazier, St Cyprien, Villefranche du Périgord, Le Verger des Balans). A cet égard, des arrêtés de régularisation sont en cours. L'hébergement temporaire a été aussi à l'ordre du jour des débats du schéma en faveur des personnes âgées.

Comme pour l'accueil de jour, l'activité est très diverse d'une structure à l'autre. Elle s'établit, en moyenne, à 50%. L'activité des hébergements temporaires est plus régulière que celle de l'accueil de jour. Les formules de répit fonctionnent mieux en zone urbaine qu'en zone rurale.

Figure n° 7 : La cartographie des hébergements temporaires autorisés en 2013



Source : Département

Une enquête régionale sur la qualité de l'hébergement temporaire est prévue, intégrant notamment un état des lieux sur la prise en charge des sorties d'hospitalisation par les hébergements temporaires inscrite dans le SROMS (fiche action 1.3/3.2). La première étape est une étude sur la base des items de l'enquête nationale annuelle CNSA – DGCS des données d'activité des établissements, informations saisies par les structures sur une période donnée, par exploitation des données des établissements de la région les plus récentes. Elle apportera de multiples informations sur l'HT : le profil des établissements et leur activité, les bénéficiaires, les motifs d'entrée et de sortie, le financement et coûts. Cette étude reste à réaliser.

Une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs des formules de répits (l'accueil temporaire, accueil de jour) ou de leur famille pourrait utilement éclairer la communication pour développer cette formule.

La chambre recommande au Département, en lien notamment avec les questions de tarification, de réaliser une étude pour traiter l'hétérogénéité d'occupation des accueils de jour et de l'hébergement temporaire.

5.2.3.3. Problématiques de l'incidence de la tarification de l'hébergement temporaire sur les taux d'occupation et de la tarification de l'accueil de jour

5.2.3.3.1. Le lien entre l'évaluation de l'activité prévisionnelle de l'hébergement temporaire et la tarification

L'ARS finance l'hébergement temporaire forfaitairement (10 600 € à la place), quelle que soit l'activité réalisée. Le Département quant à lui, tarifie en fonction d'une activité prévisionnelle qu'il prédétermine. La fixation de cette activité prévisionnelle va avoir une incidence forte en termes de gestion, elle revient à faire un arbitrage entre le déficit et l'attractivité :

- si l'activité prévisionnelle est surévaluée, fixée à 100 % par exemple, le tarif de la journée sera sensiblement moins élevé que les coûts réels, l'établissement connaîtra un déficit important ;
- si celle-ci est sous-évaluée, les coûts répartis en un nombre faible de journées, rendront le tarif unitaire de la journée beaucoup plus élevé, l'établissement verra son attractivité se réduire notablement.

Pour l'ARS, l'activité prévisionnelle choisie par le département est trop forte car les établissements, pour éviter un déficit, transforment l'accueil temporaire en accueil permanent, ce qui conduit, à l'obstruction du dispositif. Réaliser une activité à 100 % sur ce type d'hébergement est aujourd'hui quasiment impossible, sauf à élucider les facteurs d'attractivité et à les mettre en œuvre de façon volontaire. Le Département a choisi de réaliser un arbitrage entre les deux écueils ci-dessus : il prend la moyenne de l'activité des trois dernières années, mais comme celle-ci est basse, il opère une pondération en choisissant avec l'établissement une activité prévisionnelle à mi-chemin entre le réalisé et la pleine occupation.

Un désaccord entre le Département et l'ARS peut être relevé...

- Le Département considère qu'il est préférable de n'avoir que quelques places par établissement, sans donc de projet institutionnel lourd, pour assurer le meilleur taux d'occupation possible et l'équilibre financier.
- L'ARS estime que pour que l'hébergement temporaire fonctionne, « *il doit être cadré par un projet institutionnel et inscrit dans un partenariat territorial* ». Si ces conditions ne sont pas remplies, il devient, selon elle, la variable d'ajustement financier. Un établissement a ainsi vu ses places d'hébergement temporaire transformées en places d'hébergement permanent. Il n'est en conséquence pas financé par l'ARS pour ces places qui ne sont pas conformes à l'autorisation. Parfois, c'est dès l'ouverture de l'établissement que les places d'hébergement temporaires sont réorientées sur de l'hébergement permanent. C'est ainsi que l'EHPAD de Castels, autorisé pour 72 places d'HP et 8 places d'HT, a, sur demande du Département, ouvert avec 80 places d'hébergement permanent. Cette situation résulte, toujours selon l'ARS, de la position du Département qui intègre dans les programmes pluriannuels d'investissement des EHPAD (non validés par elle) des places d'hébergement temporaire afin de lisser les surcoûts d'exploitation et contenir les prix de journées, alors même qu'en l'absence de financement, elles ne sont pas inscrites au PRIAC. C'est le cas pour l'EHPAD de Port Sainte Foy.

Le Département pourrait se rapprocher de l'ARS pour clarifier les modalités de financement de l'hébergement temporaire afin d'éviter des transformations de places en hébergement permanent et par suite des déficits non soutenables par les établissements.

5.2.3.3.2. La non individualisation comptable de l'activité d'accueil de jour

Les services d'accueil de jour ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et par la même, leur tarification n'est pas administrée mais relève d'une décision du conseil d'administration de l'établissement. Ainsi, sauf rare exception ou service autonome, les services d'accueil de jour ne font pas l'objet de budget distinct dans la comptabilité des EHPAD auxquels ils sont rattachés. Il est ainsi le plus souvent facturé aux usagers du service, une proportion (par exemple 75%) du tarif hébergement continu majoré du tarif dépendance (arrêté par le PCG) correspondant à leur niveau de perte d'autonomie. Les recettes tirées de cette activité sont donc des recettes tarifaires non budgétées et peuvent permettre au gestionnaire de gager une décision modificative sur la section tarifaire hébergement en cours d'exercice pour compenser les charges inhérentes à cette activité.

A contrario, la sous activité d'un service, dont la comptabilité est suivie distinctement, pourrait générer des déficits qui, par le jeu de reports, majoreraient les tarifs suivants et accentueraient sa faible attractivité financière.

La non distinction budgétaire de l'activité d'accueil de jour permet une meilleure gestion des tarifs et donc de l'activité.

5.2.3.4. Les autres formules de répit

5.2.3.4.1. L'accueil de jour itinérant dans le département

Le répit à domicile consiste à remplacer à domicile, de façon continue et sur plusieurs jours, l'aidant « principal » qui partage en général le domicile de la personne malade, et plus rarement un aidant non cohabitant. L'aidant peut ainsi s'absenter pour prendre du répit ou s'acquitter d'obligations d'ordre personnel ou professionnel. L'intervenant professionnel va donc apporter à la personne malade une présence et une aide telle que celle assurée au quotidien par son aidant, tout en associant éventuellement d'autres modalités d'accompagnement (animation, activités de stimulation...).

Dans un accueil de jour itinérant, c'est le personnel qui se déplace et non les personnes âgées. L'équipe de l'AJ itinérant dispose de moyens de déplacement qui lui permettent de transporter le matériel nécessaire aux activités à destination des personnes âgées dans des locaux mis à la disposition par une mairie, un EHPAD, une association...L'intérêt est de pouvoir maintenir un accueil de jour dans des zones isolées dans lesquelles les accueils de jour permanents ne répondent plus aux normes actuelles et devraient donc être fermés. Dans ces territoires, la file active est insuffisante pour développer un accueil de qualité avec des locaux et du personnel adéquat. Les durées de transport des malades vers les AJ sont incompatibles avec leurs troubles du comportement. Et c'est pourtant dans ces mêmes territoires que les aidants sont particulièrement isolés et auraient besoin d'un appui pour pouvoir garder leurs malades à domicile.

Depuis 2009, une prestation de garde itinérante est proposée, elle se réalise par des interventions à domicile d'un quart d'heure et s'est développée sur les secteurs urbains. Sa mise en place est difficilement envisageable en milieu rural au regard des temps de trajet des intervenants.

5.2.3.4.2. L'accompagnement à domicile 24 h/24 ou « baluchonnage » dans le département

Dans la mesure où la Dordogne bénéficie d'un bon taux d'équipement, et où la politique du Département est fortement orientée vers le maintien à domicile, il pourrait y avoir une place pour du baluchonnage en Dordogne. En s'inspirant de ce dispositif mis en place au Québec, quelques structures tentent d'expérimenter en France un accompagnement à domicile 24 h/24 des personnes atteintes de démence Alzheimer ou de maladies apparentées. Afin de prendre quelques jours de repos et de « recul », l'aidant familial est remplacé par un professionnel formé à cet usage : le baluchonneur ou la baluchonneuse. L'avantage de cette formule

repose sur le fait de ne pas perturber davantage la personne en la maintenant dans son environnement habituel, ce qui est primordial dans ce type de situation. Toutefois, la principale difficulté pour mettre en œuvre en France cette offre réside dans notre législation du travail qui ne permet pas de faire travailler une personne 24 h/24 pendant plusieurs jours de suite.

Cependant, il existe des obstacles qui peuvent freiner encore le développement du baluchonnage, notamment :

- le sentiment de culpabilité et d'abandon ressenti par l'aidant et l'entourage familial ;
- le coût de la prestation et le reste à charge pour les familles ;
- les frais de déplacement et de restauration pour le professionnel ;
- la qualification et les compétences requises de l'intervenant.

En Dordogne, aucune expérience de baluchonnage n'a été développée même si celui-ci a été envisagé⁴.

5.2.4. La DSP confié à une association pour le service de téléassistance

Le Schéma Départemental des personnes âgées (2009-2013) fixe comme objectif de renforcer le soutien à domicile et de donner, à chaque périgourdin les moyens de demeurer chez lui aussi longtemps qu'il le souhaite. A ce titre, la téléassistance départementale constitue un élément des plans d'aide APA visant à permettre aux personnes en perte d'autonomie de demeurer chez elles, tout en leur assurant de bonnes conditions de sécurité et en maintenant le lien social. La téléassistance fait l'objet d'une délégation de service public. Le cahier des charges, support de l'appel d'offres, définit les modalités attendues dans le cadre du maintien à domicile des personnes vulnérables. Le choix de la téléassistance qui offre un accompagnement social et une écoute psychologique aux personnes vulnérables est clairement affirmé par le Département financeur des allocations APA et PCH. Le prix de la prestation est annuellement fixé entre l'opérateur et le département. Une nouvelle délégation de service public (DSP) a été confiée à l'Association CASSIOPEA Au terme de la précédente (2008-2012). Si la précédente DSP a fait l'objet d'un suivi et d'un contrôle assidus comme le traduit l'étude portant sur l'exercice 2012, la nouvelle prévoit une amélioration des contrôles du délégant.

En 2013, le nombre d'abonnés est de 5067 pour un chiffre d'affaire de 1 531 710 €. Les axes de perfectionnement de la téléassistance résident dans la dimension sociale du service à assurer, l'écoute, et à développer, notamment dans l'approche préventive du vieillissement, Cassiopéa prévention. Ce rôle d'établissement d'une relation psychosociale, voire affective, n'est plus tout à fait la mission centrale de la téléalarme mais elle a probablement un rôle important dans le confort des personnes et donc dans la décision de rester au domicile, par les personnes âgées et leurs proches.

Il est à souligner un prolongement possible de la téléassistance au travers de la garde itinérante de nuit. Elle consiste en des passages de courte durée (généralement entre 15 et 30 minutes) à domicile pour assurer une aide, un soin ou une présence sécurisante auprès d'une personne nécessitant, pour rester à son domicile, la réalisation de ces prestations en dehors des horaires d'interventions des services de jour. Les interventions peuvent être soit programmées (suivant un planning récurrent sur une durée déterminée ou indéterminée), soit non-programmées, dans le cadre d'un abonnement, sur demande en cas d'urgence notamment, et qui sont organisés par un appel direct sur un téléphone d'astreinte ou par le biais d'un système de téléassistance. Dans ce 2ème cas, le service de garde itinérante est alors le « référent » de la personne pour le prestataire de téléassistance, et ce, de façon permanente ou temporaire, 24 heures sur 24 ou uniquement la nuit.

⁴ Une expérimentation du baluchonnage a été conduite par la MSA dans le lot avec de bons résultats mais serait abandonnée suite à la non-reconduction des crédits ministériels.

5.2.5. Le suivi du Département sur la mise en œuvre du portage des repas

Le portage de repas à domicile participe à la politique de maintien et de soutien à domicile. Le portage des repas a été largement subventionné par le Département s'agissant des équipements dans sa phase de développement pour inciter les opérateurs à offrir ce service dans les zones peu denses et mal desservies. Les aides départementales concernaient les acquisitions de véhicules frigorifiques et des plateaux repas isothermes. Cette aide à l'investissement a permis de limiter l'impact financier des investissements sur la facturation à l'usager. Il est désormais une prestation à caractère social qui couvre l'intégralité du territoire départemental.

Figure n° 8 : Couverture de la Dordogne s'agissant du portage des repas



Source : Département

Le service proposé et financé dans les plans d'aide de l'APA pallie les difficultés grandissantes liées à la préparation des repas par la personne âgée en perte d'autonomie. Depuis 1997, le Département a agi auprès des préparateurs et des livreurs pour encourager l'équilibre des apports alimentaires de repas préparés autant que possible au jour le jour et respectant les recommandations des médecins en matière de régime alimentaire. Par ailleurs, les équipes médicosociales insistent sur le rôle primordial de prévention de l'isolement social de cette prestation. Ainsi, pendant la distribution, les agents doivent prendre le temps de discuter avec les bénéficiaires pour entretenir la relation humaine et conserver le lien social.

Durant l'été 2012, une enquête téléphonique a été réalisée pour mettre à jour le fichier des services et surtout pour faire le point sur la nature de l'activité (liaison froide ou chaude), la continuité de service durant les week-ends, les tarifs pratiqués et sur l'évolution de la qualité des repas. En 2013, les services de la DDSP ont

adressé un courrier aux services de livraison des repas pour recenser leurs enquêtes de satisfaction et recueillir les avis et suggestions des usagers. Au total 19 structures sur 40 ont répondu après avoir diffusé des questionnaires pour mesurer le degré de satisfaction des personnes bénéficiaires du service. Une analyse rapide des réponses obtenues met en évidence, pour le département, des appréciations globales positives de ces utilisateurs, en ce qui concerne : la qualité et le coût des repas, la variété des menus, l'écoute et la disponibilité des livreurs, la continuité du service (les samedis et dimanches + les jours fériés). Si les réponses ont fait l'objet d'une lecture attentive et de plusieurs échanges téléphoniques avec les structures de fabrication et de livraison des repas, l'étude n'a pas donné lieu à un rapport écrit et diffusé.

De plus, le département a reconnu qu'il reste à la vue des réponses des progrès importants à accomplir dans le domaine du respect strict des régimes alimentaires et de la prise en considération des goûts et des préférences des personnes âgées.

Le Département pourrait poursuivre les études en les orientant vers la prise en considération des goûts et des préférences des personnes âgées dépendantes dans les portages de repas.

5.3. UNE THEMATIQUE TRAITEE DE FAÇON ISOLEE : LE LOGEMENT

5.3.1. Les aides pour les logements adaptables ou adaptés à la perte d'autonomie en Dordogne

Les foyers logements ne sont pas habilités à l'aide sociale. Ils ne sont donc pas tarifés. Aussi, ne fournissent-ils pas au Département d'indications relatives à leur activité aux services du département. S'agissant de l'évolution du parc, celui-ci n'a pratiquement pas changé depuis 2009. Le constat est qu'il est désormais ancien. Les places créées sur les 5 dernières années ne compensent pas la transformation d'un foyer logement en logement social classique (RPA de Piégut Pluviers). Les créations récentes sont gérées par des EHPAD en complémentarité de leur offre à destination des personnes les plus dépendantes. Des logements ont été financés en « Handicap et Autonomie » par le Département dans le cadre de la Délégation de compétence des aides à la pierre depuis 2006. Les aides de l'ANAH aux propriétaires occupants pour l'adaptation de leur logement se présentent comme suit :

Tableau n° 32 : Nombre de logement adaptés à la perte d'autonomie (financés par l'ANAH)

En Nb

Année de financement	Logements financés
2006	64
2007	279
2008	78
2009	94
2010	89
2011	58
2012	53
2013	86
TOTAL	801

Source : Département

D'autres aides ont été accordées depuis 2006 pour la création de logements adaptables ou adaptés à la perte d'autonomie :

- 354 places d'EHPAD ont été financées dans le cadre de la délégation des aides à la pierre (reconstruction de structures existantes mais aussi extension de la capacité dans certains cas) ;
- 970 PLUS (Prêt locatif à usage social) HLM et 587 PLAI (prêt locatif aidé d'intégration) HLM, soit 1557 logements ont été créés par les bailleurs sociaux HLM (hors communes et communautés de communes) ; ils sont tous adaptables.

Dordogne Habitat, est très impliqué dans la démarche. Le bailleur social départemental, dont le Département est organisme de tutelle, a d'ailleurs affiché dans sa Convention d'Utilité Sociale, le principe d'accessibilité et

d'adaptabilité sur toutes les opérations de logements qu'il réalise. En ce qui concerne "l'habitat sénior", il développe le concept de "Logement Autonome pour Personnes Agées" (LAPA) en collaboration étroite avec les collectivités et en centre-bourgs.

Le Département n'a pas d'information sur les réalisations des autres bailleurs sociaux HLM, mais le Service de l'Habitat de la Direction des Infrastructures et des Transports (DIT) a indiqué que Périgueux Habitat réalise tous les ans des adaptations de salles de bains (création de douches à l'italienne à la place de la baignoire), tout comme « Périgord Habitat » et même Dordogne Habitat. Ces réalisations sont faites sur fonds propres des organismes qui obtiennent toutefois un dégrèvement de taxe foncière dès lors que le logement a plus de 10 ans.

Il n'y a pas d'intégration et de suivi de toutes les données concernant le logement, notamment celles des bailleurs sociaux, pour le maintien des personnes âgées à domicile.

5.3.2. Les risques liés au développement des résidences « seniors »

Les résidences services seniors s'adressent à des personnes âgées autonomes, valides et semi-valides de plus de 60 ans, qui désirent vivre en appartement ou en maison, tout en profitant de la convivialité et de la sécurité assurées par les équipes en place. Les résidences services pour seniors en copropriétés bénéficient d'un statut spécifique depuis la loi n°2006-872 du 13 juillet 2006, dite loi ENL (Engagement National pour le Logement), destiné à faciliter la gestion de ces dernières et pérenniser ce type de résidences. Plusieurs projets de ce type sont à l'étude en Dordogne. Les acteurs locaux sont particulièrement sensibles aux risques de ce nouveau type de logement.

Le premier risque est inhérent à l'incertitude actuelle de l'assise juridique de leur création qui est en marge de deux régimes d'autorisation. Pour l'heure, ces résidences relèvent d'une autorisation des maires au titre de la délivrance du permis de construire, au regard du code de l'habitat et de la construction. Or, les maires peuvent être séduits par l'implantation de ces structures sur leur commune en raison des impacts économiques et peuvent encourager ainsi leur multiplication. Les porteurs de projet sont bien souvent des sociétés commerciales faisant appel à des investisseurs de fonds privés selon des montages juridico-fiscaux du type « location en meublé non professionnelle (LMNP) » qui constitue un dispositif fiscal séduisant permettant de se constituer un patrimoine immobilier dans des conditions avantageuses. Mais ces structures, si l'on n'y prête pas garde, peuvent très vite s'apparenter à des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, tant le niveau de dépendance des personnes accueillies et leur vulnérabilité, que la nature des prestations offertes, pourraient déterminer ce dernier statut qui relève pourtant d'un autre régime d'autorisation issu du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Le second risque découle du premier et affecte directement le Département. En effet, sans le statut d'établissement médico-social, ces résidences sont des domiciles de secours. Les personnes venant de l'extérieur du département qui y résident depuis au moins 3 mois, relèvent d'une prise en charge de la Dordogne pour l'APA par exemple et par la suite d'une admission à l'aide sociale en EHPAD, si elles n'ont plus de ressources suffisantes. Parmi les structures de ce type récemment installées en Dordogne, un nombre significatif de locataires avait précédemment un logement à l'extérieur du département.

Le troisième risque concerne les droits des usagers. Ce risque tient au fonctionnement actuel des résidences senior qui peut mettre en difficulté nombre d'usagers et de leurs héritiers. En effet, ceux-ci se voient contraints d'acquitter l'ensemble des charges, même lorsqu'ils ne souhaitent pas bénéficier des services ou que le logement est vide.