



**Chambre régionale des comptes
du Centre**

Le président

Orléans, le 25 novembre 2008

à

Monsieur Eric DOLIGÉ
Président du conseil général du Loiret
Hôtel du département
15 rue Eugène Vignat

45010 ORLEANS Cedex 1

Objet : Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes sur la gestion du département du Loiret dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (article L. 241-11, alinéa 5 du code des juridictions financières).

Monsieur le président,

En application de l'article L. 211-8 modifié du code des juridictions financières, la chambre régionale des comptes du Centre a examiné la gestion du département du Loiret dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'entretien préalable avec le magistrat rapporteur a eu lieu le 7 décembre 2007.

Dans sa séance du 20 décembre 2007, la chambre a retenu des observations provisoires auxquelles vous avez apporté réponse le 30 juin 2008.

La chambre, dans sa séance du 30 septembre 2008, a arrêté des observations définitives qui vous ont été adressées le 17 octobre 2008, que vous avez reçues le 20 octobre 2008 et auxquelles vous avez apporté réponse le 19 novembre 2008.

En conséquence, conformément aux dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport d'observations définitives auquel a été jointe votre réponse.

Ce rapport devra être communiqué à l'assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il devra faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Par ailleurs, en application de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, les observations définitives de la chambre régionale des comptes sont communicables aux tiers dès qu'a eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant leur réception par le département.

Afin de permettre à la chambre de répondre aux demandes éventuelles de communication des observations définitives, je vous prie de bien vouloir informer le greffe de la chambre de la date de la prochaine réunion de l'assemblée délibérante.

Enfin, je vous informe qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, les observations définitives arrêtées par la chambre sont communiquées au représentant de l'Etat et au trésorier-payeur général.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de ma considération distinguée.

Pierre ROCCA

P. J. : Rapport d'observations définitives
Lettre de réponse en date du 19 novembre 2008

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

(art. L.241-11, alinéa 5 du code des juridictions financières)

arrêtées par la chambre régionale des comptes du Centre

dans sa séance du 30 septembre 2008

sur la gestion du

département du Loiret dans le cadre de la prise en charge des

personnes âgées dépendantes

Le Loiret comptait, à la fin de l'année 2006, 10 324 allocataires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), soit 11 % de plus qu'en 2005 et 55 % de plus qu'en 2002. Conformément à l'objectif du département, la répartition des bénéficiaires se caractérise désormais par une forte prédominance de l'aide à domicile par rapport à l'aide versée aux résidents en établissement.

Le Loiret dispose d'un schéma gérontologique cohérent et ambitieux, des objectifs précis ont été fixés, sauf en matière d'hébergement et des indicateurs permettant de mesurer leur degré d'achèvement ont été prévus. A mi parcours, les retards liés aux difficultés d'organisation, dont la responsabilité n'incombe pas entièrement au département, laissent à penser que tous les objectifs ne seront pas atteints dans les délais prévus.

Le maillage complet du territoire est assuré par les unités territoriales d'action médico-sociale, dont chacune devrait disposer prochainement d'une équipe médico-sociale complète, ce qui permettra d'atteindre un ratio allocataire/travailleur social satisfaisant.

Le réseau des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) n'est pas pleinement opérationnel et les CLIC existants, disparates dans leur organisation, ne remplissent pas tous les mêmes missions et souffrent de manière générale d'une notoriété insuffisante.

En ce qui concerne la prise en charge à domicile, une commission centralise toutes les demandes, ce qui permet de garantir une certaine homogénéité de traitement. Le dispositif de soutien aux aidants constitue désormais un enjeu important de la politique départementale.

S'agissant de la prise en charge en établissement, le processus de conventionnement est en voie d'achèvement, mais les procédures de suivi demeurent à ce stade insuffisantes.

Compte tenu de l'augmentation prévisible du nombre des personnes âgées à l'horizon 2018 et de la programmation des équipements nouveaux, le département ne semble pas en mesure d'offrir à terme un nombre suffisant de places adaptées. Les premières actions réalisées dans le cadre du schéma directeur départemental ont par ailleurs exclusivement permis la création de places supplémentaires dans les maisons de retraite privées non habilitées à l'aide sociale.

L'examen de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le département du Loiret a été réalisé dans le cadre d'une enquête nationale de suivi des recommandations émises par la Cour des comptes dans le rapport public consacré à ce thème en novembre 2005.

L'enquête initiale, qui s'était attachée à mesurer le coût global pour les finances publiques de l'action menée en faveur des personnes âgées dépendantes et à évaluer l'efficacité et l'efficience de la politique menée, avait notamment conduit à mettre en exergue les faiblesses du pilotage, la complexité des circuits de décision et de financement, ainsi que le cloisonnement entre prises en charge sanitaire et médico-sociale.

L'objectif de l'enquête de suivi est d'évaluer les suites données aux recommandations formulées sur l'efficience du pilotage, sur l'efficacité et la qualité de la prise en charge à domicile et en établissement, et sur les perspectives de financement.

Compte tenu de la complémentarité de l'action des services déconcentrés de l'Etat et des services de la collectivité départementale, en particulier pour ce qui concerne la programmation de l'offre de services, les relations avec les établissements d'hébergement et la coordination de l'action locale, certaines investigations ont par ailleurs été réalisées conjointement par les rapporteurs de la chambre régionale des comptes et de la Cour des comptes.

Ces démarches communes ont été conduites auprès des organisations suivantes :

- la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Loiret ;
- la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) du Centre ;
- l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Centre.

Le présent rapport ne porte que sur les observations relatives au département du Loiret, alors que les observations ayant trait aux services déconcentrés de l'Etat font l'objet d'un document distinct, soumis à l'appréciation de la Cour des comptes.

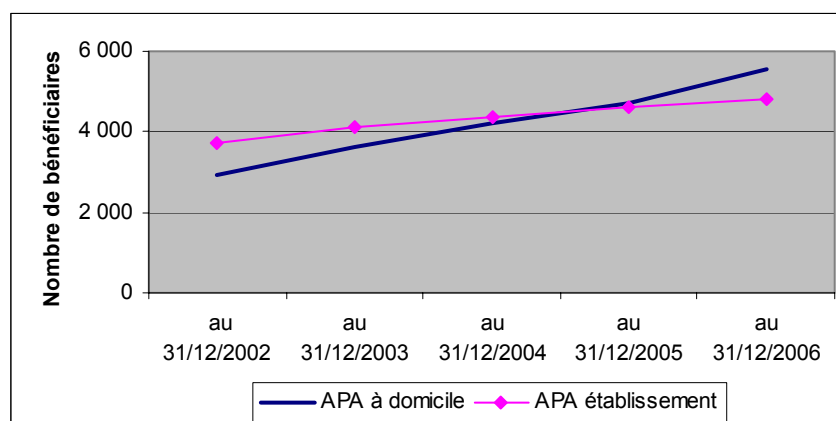
1 - LA STRATEGIE ET LES MOYENS DE LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE

1.1 L'EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE (APA)

Statistiquement, en termes d'évolution, la population des personnes âgées du Loiret suit les tendances nationales. Ainsi, la tranche d'âge des personnes âgées de 60 ans et plus devrait s'accroître de près de 20 % entre 1999 et 2009 et d'environ 30 % entre 1999 et 2019. La répartition entre les tranches d'âge 60-74 ans et 75-84 ans se distingue toutefois dans le Loiret, puisque la part des 85 ans et plus y est plus élevée qu'au niveau national.

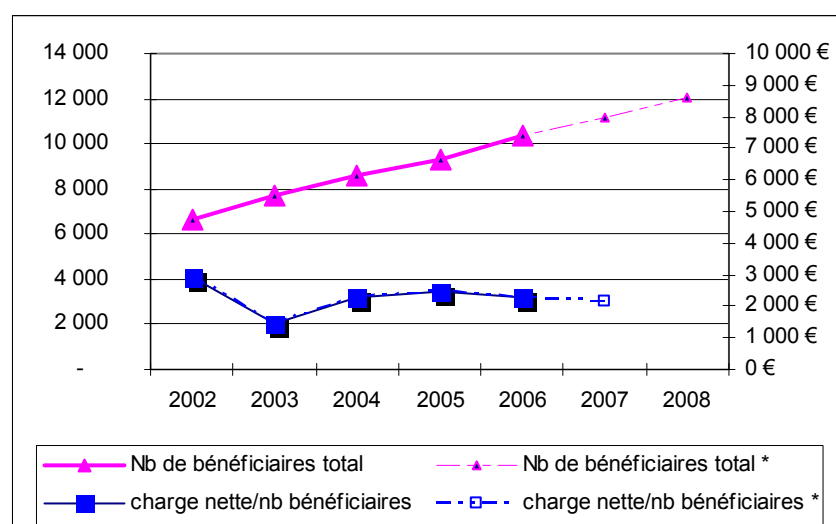
S'agissant des bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), leur nombre a augmenté au cours de la période 2002-2006 (cf. ANNEXE I), avec une prédominance à partir de 2004 des bénéficiaires de l'APA à domicile. A la fin de l'année 2006, 5 530 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile et 4 794 personnes de l'APA versée à un établissement.

Les personnes bénéficiaires de l'APA considérées comme faiblement dépendantes (GIR 4)¹ représentent 45 %² de l'ensemble des bénéficiaires du Loiret. Sur ces personnes, près de 63 % ont opté pour le versement de l'APA dans le cadre du maintien à domicile. A titre de comparaison, au niveau national, selon une étude de la DRESS³, au 30 juin 2007, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 40 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées.



Evolution du nombre d'allocataires de l'APA

Sur la période 2002-2006, si le nombre total de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 55 %, les dépenses effectives du département ont progressé de 29 % et les concours du fonds de financement de l'APA (FFAPA)/de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 48 %.



Evolution et prévision du nombre total d'allocataires et de la charge nette par bénéficiaire

¹ Bénéficiaires de l'APA classés en GIR4 et en GIR3, soit 4692 sur un total de 10 324 bénéficiaires.

² L'évaluation du degré de dépendance d'une personne âgée s'effectue à l'aide d'une grille de mesure de l'autonomie AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources), à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne. Il existe six niveaux de GIR, le GIR 1 correspondant à la personne ayant perdu son autonomie et le GIR 6 reflétant l'état d'une personne âgée valide.

³ Etudes et résultats n° 615, décembre 2007, direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques (DRESS).

La charge nette⁴ de l'APA pour le département semble se stabiliser autour de 23 M€, soit 7 % des dépenses de fonctionnement, après avoir connu une forte progression en 2005 et 2006 ; la charge nette par bénéficiaire a baissé en 2006 pour s'établir à 2 282 euros. Le taux d'effort fiscal moyen, c'est-à-dire le rapport entre la charge nette de l'APA et le potentiel fiscal du département, après prise en compte de la dotation FFAPA, est passé de 11,5 % en 2002 à 9 % en 2006, soit une diminution de près de 22 % sur la période et de 5,5 % par an en moyenne (cf.annexe 1). L'ordonnateur indique par ailleurs que cet indicateur ne prend pas en compte la dimension qualitative de la réponse au besoin et attribue la baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire, après les deux premières années de mise en œuvre du dispositif, à la mise en place du contrôle de l'effectivité.

1.2 LE SCHEMA DEPARTEMENTAL

L'actuel schéma départemental en faveur des personnes âgées, qui couvre la période 2004-2009, est issu d'une démarche conjointe Etat/département à laquelle ont été associés tous les acteurs concourant à la mise en œuvre de cette politique ; faisant suite au précédent schéma de juin 1997, il a été approuvé par l'assemblée départementale en décembre 2003 et a fait l'objet d'un arrêté conjoint du préfet du Loiret et du président du conseil général.

Les actions et les programmes retenus visent à satisfaire trois catégories d'objectifs, la couverture complète du territoire, le libre choix du mode de vie et le pilotage du dispositif à travers une démarche qualité, et vingt huit fiches action viennent décliner ces orientations : chaque fiche précise le public cible, les modalités de pilotage, le référent, les partenaires, ainsi que le niveau de priorité et le calendrier de mise en œuvre, enfin les données quantitatives et qualitatives devant faire l'objet d'une évaluation. Le pilotage des actions incombe soit au conseil général, soit aux services de l'Etat, voire à d'autres partenaires, et le pilote désigné est le garant de la réalisation des objectifs dans le cadre du calendrier fixé.

Le département du Loiret pilote 19 actions et partage le pilotage de 3 actions avec la DDASS. Au vu des informations actuellement disponibles, les taux de réalisation se présentent comme suit :

Pilote	Nombre de fiches	priorité		Taux réalisation	Objectif
CG	19	immédiate	1	80 %	- Mise en place des CLIC (A1)
		élevée	7	90 %	- Adapter taux d'équipement (A7)
				90 %	- Etablissements Alzheimer (A14)
				70 %	- Charte accueil familial (A19)
				70 %	- Adapter les structures existantes (A12)
				60 %	- Promouvoir l'accueil de jour (A9)
				50 %	- Promouvoir l'hébergement temporaire (A10)
				10 %	- Charte des CLIC (A2)
		assez forte	11	100 %	- Charte partenaire habitat PA (A16)
				100 %	- Accueil PA non dépendantes (A11)
				70 %	- Charte qualité établissements et services (A20)
				60 %	- Communication sur les CLIC (A3)
				50 %	- Fiche de liaison par PA (A21)
				40 %	- Numéro d'appel spécialisé PA (A4)
				40 %	- Télétransmission des données (A24)
				30 %	- Intégrer l'information PA dans internet (A5)
CG/DDASS	3	incontournable	1	100 %	- Suivi du schéma directeur (A27)
		élevée	1	30 %	- Professionnalisation des intervenants à dom (A17)
		assez forte	1	0 %	- Démarche qualité association à domicile (A18)

⁴ La charge nette correspond à la dépense effective en matière d'APA, déduction faite du concours du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Les taux de réalisation apparaissent très contrastés et d'assez nombreux objectifs sont encore loin d'être atteints. Si pour la plus grande partie des opérations à priorité immédiate ou élevée, pilotées par le département, les taux de réalisation se situent en général au-delà de 50 %, deux actions relevant du domaine de la communication accusent un taux de réalisation bas : la promotion de l'hébergement temporaire et la réalisation d'une charte des CLIC. La réorientation des priorités en cours de schéma, la réorganisation de la direction de la solidarité, achevée en mars 2007, des difficultés de recrutement, des changements de pilote en raison des mouvements de personnel au sein de l'administration, mais aussi des modifications dans la réglementation et dans les circuits financiers, sont les raisons mises en avant pour expliquer les retards observés dans la mise en œuvre du schéma départemental. Le département précise par ailleurs que la réalisation des objectifs du schéma va faire l'objet d'une évaluation en fin d'année 2008.

1.3 L'ORGANISATION DEPARTEMENTALE

Rattachée à la direction de la solidarité et de la culture, la direction des personnes âgées et des personnes handicapées (PA-PH), animée par un médecin, est composée en 2006 de 27,5 agents.

S'agissant de l'organisation territoriale, sept unités territoriales de solidarité (UTS) ont une mission d'accueil et d'orientation de l'utilisateur. Chaque unité dispose d'une équipe pluridisciplinaire constituée d'éducateurs spécialisés, de conseillers en éducation sociale, de médecins et d'assistantes sociales.

L'organisation souffrait en 2007 de certaines difficultés de recrutement, trois postes étant vacants pour les équipes médico-sociales (EMS), à Montargis, Meung sur Loire et Pithiviers, mais les recrutements ont abouti en 2008.

1.4 LE SYSTEME D'INFORMATION

Le logiciel de gestion dont s'est doté le département en matière d'action sociale permet le traitement automatisé des données concernant les personnes âgées. La saisie du dossier de demande d'APA est effectuée par une équipe spécialisée, au siège de la direction, et l'organisation en vigueur permet un suivi automatique des échéances. Si toutes les informations liées à l'APA et au plan d'aide à domicile sont enregistrées dans la base de données, l'exploitation statistique, à fin de pilotage ou de prévision, reste perfectible, et les tableaux de bord dont dispose la direction demeurent sommaires. Le département indique toutefois avoir mis en place depuis janvier 2008 un tableau de bord de direction.

2 - LE DISPOSITIF DE COOPERATION ET DE COORDINATION

2.1 LA COOPERATION DES ACTEURS AU NIVEAU DEPARTEMENTAL ET REGIONAL

Si la préparation du schéma départemental a fait l'objet d'une étroite collaboration entre les partenaires appelés à participer aux groupes de travail (établissements, CRAM, mutualité sociale agricole (MSA), DRASS, associations, centre communal d'action sociale (CCAS), les services départementaux font état de difficultés de coopération avec la DRASS pour l'élaboration du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

2.2 LA COORDINATION AU NIVEAU LOCAL

La coordination de la prise en charge des personnes âgées au niveau local repose sur l'action des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), dont la circulaire du 6 juin 2000 rappelle qu'ils ont une vocation pluridisciplinaire prenant en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées : soins, accompagnement de la personne, qualité et confort d'usage du cadre bâti, mais aussi vie sociale, culturelle et citoyenne.

a) Le maillage du territoire départemental

Le maillage du territoire départemental constitue l'une des premières actions du schéma précité. Le département, qui a reçu en 2004 la responsabilité du financement des CLIC, a maintenu les montants de subventions, et une délibération de la commission permanente, en date du 8 juillet 2005, détaille les modalités de financement des CLIC en fonction du niveau de labellisation, de la superficie du territoire couvert et du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans concernées.

Le département a choisi de s'appuyer autant que possible sur des structures existantes et les territoires et populations couvertes ne constituent pas toujours des ensembles homogènes. Sur les six CLIC en ordre de marche, quatre ont la forme associative, un est rattaché à un hôpital local et le dernier est un service du CCAS de la ville d'Orléans, et les effectifs, les actions menées et les moyens financiers alloués sont très variables. Un projet de centre labellisé de niveau 2, porté par l'hôpital de Pithiviers, devait être opérationnel en novembre 2007 et achever le maillage territorial.

Si les centres ont d'abord un rôle d'information générale (CLIC de niveau 1) auprès des populations cibles, ils peuvent être amenés à développer des actions en termes de coordination, par exemple des réunions d'information avec les professionnels du secteur ; dans le but de faire connaître l'un des centres, un partenariat avec une mutuelle a ainsi permis d'organiser des conférences-débats et de proposer certaines activités aux personnes âgées, dépendantes ou non (cours de cuisine, sorties ludiques).

Le centre peut participer directement à l'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées et le cas échéant présenter des dossiers d'aides en commission locale. Enfin, dans de rares cas, il peut organiser des actions de prévention, telles que la surveillance et la détection des personnes en situation de fragilité. Dans le Loiret, les services départementaux et les CLIC, en dépit des efforts entrepris avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, n'ont toutefois pas réussi à faire que la médecine de ville devienne un relais efficace de l'action départementale en faveur de la prévention et de la prise en charge de la dépendance.

En 2006 une mission ayant pour objet de mesurer la notoriété des centres a pointé les faiblesses du dispositif : absence de référencement dans l'annuaire téléphonique ou sur les sites internet, méconnaissance de ce dispositif, tant par la population que par les agents d'accueil des mairies.

Pour surmonter ces difficultés, une cellule de ressources et de gestion des CLIC a été créée par délibération du 25 juillet 2005. Cette cellule doit fixer chaque année, avec chaque centre, les missions et les objectifs à atteindre, en fonction des résultats de l'auto-évaluation réalisée au moyen du "guide institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)" et des priorités définies par l'assemblée départementale. Dans les faits cependant, beaucoup reste à faire, puisqu'aucune analyse écrite de l'activité des CLIC n'a été produite et qu'une seule réunion entre la cellule et les CLIC a eu lieu en 2007.

Le plus ou moins grand dynamisme des CLIC repose donc principalement sur les initiatives locales, le département limitant son action au rôle de financeur et de contrôleur sur la base des comptes rendus d'activités. Des actions pour mieux faire connaître l'existence et l'activité des centres devraient cependant être réalisées en exécution de l'action 3 du schéma départemental des personnes âgées : une campagne de communication sera lancée à l'occasion de la création du CLIC de Pithiviers, à compter de janvier 2008, et la mise en place avec les professionnels de santé d'un intranet et d'un extranet est également envisagée.

b) Le conventionnement EMS/CLIC

Une convention de partenariat EMS/CLIC définit les missions des équipes médico-sociales dans la procédure d'attribution et de suivi de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et laisse à chaque CLIC le soin de définir les missions qu'il entend conduire. Des conventions de ce type sont en instance de signature en 2007 avec les CLIC de Montargis et de Gien.

Sur le plan opérationnel, la coopération entre les acteurs, et ses limites, peut être illustrée par la mise en place de la gestion automatisée des listes d'attente en établissement : par délibération du 16 décembre 2005, la commission permanente a adopté le principe de la mise en place d'une gestion informatisée des listes d'attente en maison de retraite et en a confié le pilotage à l'hôpital de Briare ; ce projet, inscrit à l'action 26 du schéma départemental, concerne dans un premier temps 2 400 places de maisons de retraite sur les 6 157 recensées dans le département, soit près de 40 %.

Cette gestion permet au demandeur d'effectuer une seule demande, pour tous les établissements souhaités, et de bénéficier d'un seul interlocuteur, l'assistante sociale de l'établissement où est déposée la demande ; il a la garantie que sa demande est prise en compte simultanément dans tous les établissements demandés et l'intérêt pour l'établissement repose sur le fait de pouvoir consulter la liste d'attente actualisée. Le financement de ce projet est assuré par une participation des établissements participants, sur la base d'un coût de fonctionnement évalué à 0,052 € par jour et par lit, la charge pour le département se limitant aux seuls bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, soit environ 19 000 €/an.

Fin 2007, cinq établissements seulement, représentant environ 700 lits, sont adhérents au projet dénommé « GILADE », les établissements majeurs n'ayant pas marqué d'intérêt particulier pour le projet. Le département a souhaité déployer cet outil sur la base du volontariat, de crainte que les responsables d'établissement n'interprètent une telle demande comme une ingérence dans leur gestion des lits. Dans ces conditions, le demandeur doit déposer un dossier électronique pour les établissements participants à GILADE, mais aussi des dossiers auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui n'y participent pas. Le département indique à cet égard que, durant cette période transitoire, le secrétariat de GILADE doit assurer le lien avec les établissements non raccordés au dispositif afin de ne pas alourdir la tâche de l'usager. Il annonce par ailleurs que quinze établissements sont désormais rattachés au dispositif à la fin de juillet 2008.

En matière de coordination avec le secteur sanitaire, les équipes de terrain regrettent par ailleurs l'absence d'informations relatives aux sorties d'hôpital et ce défaut de coordination entre secteur sanitaire et secteur médico-social fait redouter le risque d'une rupture de la prise en charge. Seul le CLIC de Beaugency semble avoir mis en place une procédure d'alerte avec l'hôpital local pour traiter les situations d'urgence.

3 - LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE

3.1 L'ELABORATION DU PLAN D'AIDE

Le département du Loiret s'est fixé comme objectif d'apporter une réponse à toute demande d'APA dans un délai de deux mois. Chaque demande suit une procédure d'instruction formalisée et est ensuite soumise à la commission consultative de l'APA (CCAPA), qui se réunit tous les quinze jours. L'existence de cette commission, présidée par un membre du comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA), et composée en outre d'un conseiller général et d'un représentant d'association, de la CRAM et de la MSA, permet de garantir sur l'ensemble du territoire une certaine homogénéité dans le traitement des demandes.

3.2 LE CONTENU DU PLAN D'AIDE

Outre la rémunération de personnel, aide ménagère, garde à domicile, l'APA peut prendre en charge des dépenses de services, portage de repas, accueil temporaire ou de jour, ou des dépenses d'équipement, téléalarme, travaux d'adaptation du logement, lit médicalisé, déambulateur.

Dans le Loiret, la part des différentes aides, définie sur la base des plans d'aide au 31 décembre 2006, se présente ainsi :

Plan d'aide		part
Nombre d'heures de gré à gré	25 479	8,70 %
Nombre d'heures service mandataire	13 828	4,72 %
Nombre d'heures service prestataire	134 876	46,06 %
Sous total aide humaine		59,48 %
Portage de repas	30 140	10,29 %
Matériel à usage unique	65 733	22,45 %
Téléalarme	22 800	7,79 %
Total	292 856	100 %

Ces éléments ne prennent pas en compte certains frais annexes tels que les aides techniques et les dépenses d'amélioration de l'habitat, qui sont remboursées sur présentation des factures.

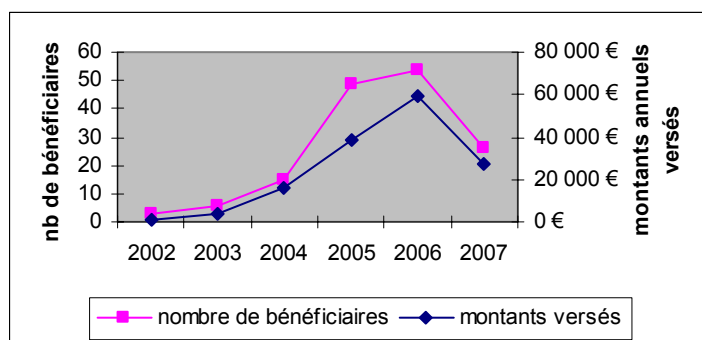
3.2.1 L'adaptation du logement

En matière d'adaptation du logement, la commission permanente du 19 décembre 2003 a arrêté une liste des travaux autorisés et a approuvé la convention avec l'union départementale d'aménagement et d'habitat (UDAH-PACT) portant sur l'adaptation du logement des personnes âgées d'au moins 60 ans et classées en GIR 1 à 4.

L'UDAH-PACT s'est ainsi vu confier l'adaptation des logements, prise en charge par le conseil général du Loiret : évaluation des besoins, diagnostic technique, réalisation et suivi de l'opération, réception des travaux. Le dossier, élaboré par le travailleur social et validé par le département, est transmis à l'UDAH-PACT qui se rend au domicile du bénéficiaire pour établir la liste des travaux à réaliser et le plan de financement. Le programme est alors transmis au conseil général pour validation et autorisation des travaux, et l'UDAH-PACT s'assure de la bonne exécution et établit le certificat de fin de travaux qui déclenche la mise en paiement par le conseil général.

Le département fait état de difficultés rencontrées pour l'exécution de la convention avec l'UDAH-PACT, notamment de longs délais de traitement des demandes. Le département déplore par ailleurs l'absence d'un ergothérapeute au sein de l'union, alors que l'article 4 de la convention prévoit explicitement l'intervention de ce professionnel lors de la phase d'évaluation des besoins.

Pour l'année 2006, sur 125 dossiers confiés à l'UDAH-PACT, 50 dossiers ont abouti à la réalisation de travaux et les autres dossiers sont en instance d'instruction ; le département a versé 50 358 € au titre des adaptations du logement, soit un montant moyen de travaux de 3 923 € (1 027 € payés par le département, 1 084 € payés par l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitant (ANAH), 1 670 € restant à la charge de la personne âgée).



Travaux d'adaptation de l'habitat sur la période 2002-25 juin 2007

Entre 2005 et 2006, le désengagement des caisses de retraite et de l'ANAH a été supporté par le bénéficiaire de l'APA qui a vu sa contribution doubler. Malgré une augmentation en valeur absolue, la part relative du département dans le financement des travaux a baissé.

Année de paiement	Nombre de dossiers payés	Montant en €						
		apport personnel	conseil général	ANAH	caisses de retraite	autre	total des travaux	Frais de dossier hors budget APA
2005	49	29 215,66	38 400,65	61 642,13	8 331,42	1 050,54	138 640,40	3 731,37
Montant moyen par personne		596,24	783,69	1 258	170,03	21,44	2 829,40	76,15
%		21	27,7	44,5	6	0,8	100	
2006	48	81 721,20	50 358,04	53 134,00	4 983,40	2 032,00	192 228,64	3 615,61
Montant moyen par personne		1 667,78	1 027,72	1 084,37	101,70	41,47	3 923,03	73,79
%		42,50	26,20	27,60	2,60	1,10	100,00	

3.2.2 Le soutien aux aidants

Le soutien aux aidants familiaux à domicile, inscrit à l'action 8 du schéma départemental, est désormais considéré comme prioritaire par les services départementaux. Ce chantier n'est pas encore pleinement opérationnel même si des actions de formation des groupes de paroles ont été organisées par d'autres partenaires, en concertation avec le département. De nouveaux appels à projets ont été lancés en 2008.

Dans le cadre du suivi du plan d'aide, les équipes médico-sociales proposent actuellement aux aidants familiaux un suivi social, notamment lorsqu'il s'agit d'accompagner une prise de décision, placement temporaire ou définitif par exemple. La valorisation d'heures de soutien, de 4 h par mois à 4 h par semaine suivant les situations, peut être décidée, afin de soulager les aidants. La prise en charge au titre de l'APA de séjours de vacances, proposés par le centre intergénérationnel de Montevray, est également possible.

Au niveau des EMS, des formations ont été organisées afin de mettre en place des personnes ressources auprès des aidants. Un outil d'évaluation du degré d'épuisement de l'aidant est également utilisé.

3.2.3 L'hébergement temporaire et l'accueil de jour

Dans le cadre du schéma départemental, des appels à projets ont été prévus pour répondre aux besoins de places en hébergement temporaire et en accueil de jour. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour des personnes âgées dépendantes sont inscrits aux actions 9 et 10 du schéma et le niveau de réalisation est actuellement évalué à environ 50 %. Un courrier adressé à l'ensemble des directeurs d'EHPAD attire leur attention sur l'importance de ce mode de prise en charge. Les services du département indiquent que trois appels à projets ont été lancés pour la création de 50 places d'accueil de jour, 160 places d'hébergement permanent et 8 places d'hébergement temporaire.

Dans sa mise à jour au 29 juin 2007, la fiche action n° 2.2.2, dont l'objectif est de promouvoir l'accueil de jour sur l'ensemble du territoire, fait état de la nécessité de créer à l'horizon 2010 1 966 places d'accueil de jour réparties sur le territoire départemental : la fiche précise notamment les délais de réalisation, les modalités d'information des professionnels et des familles sur l'existence de ce type d'accueil et prévoit une évaluation annuelle du dispositif à la fin de chaque année. Le département indique que ces projections apparaissent très élevées au regard des moyens mobilisables et fait état de projets nettement plus limités : 60 places autorisées mais non installées à ce jour, 50 places objet de l'appel à projets précité, 84 places supplémentaires devant être financées au titre du PRIAC pour les années 2008, 2009 et 2010.

Le département précise par ailleurs que les réflexions sur les aides au transport vers les accueils de jour se poursuivent et devraient se concrétiser par une première expérimentation de transport sur le territoire de l'accueil de jour de SULLY-SUR-LOIRE.

La fiche action 2.2.3, actualisée à la même date, qui a pour objectif de promouvoir l'hébergement temporaire, évalue le nombre des personnes présentant une perte d'autonomie importante et susceptibles d'y avoir recours à 4 100 personnes en 2009 et à 5 300 personnes en 2019 (+ 29 %), et prévoit le lancement d'un appel à projets dans les trois mois. Le département qui fait part des mêmes réserves sur les chiffres avancés, indique qu'au-delà des 41 places autorisées mais non installées, un accord s'est fait avec l'Etat sur le lancement d'un appel à projets au cours de l'année 2008 sur 76 places réparties dans l'ensemble du département, et que 28 places supplémentaires sont prévues au PRIAC au titre de l'année 2009.

Les offres sont par ailleurs inégalement réparties sur le territoire départemental, et les cantons du centre ouest et de l'est du département sont sous-dotés. Actuellement, dix établissements pratiquent l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Le département fait état d'obstacles à un recours plus large à l'accueil de jour : difficultés liées au coût de déplacement vers le centre d'accueil, qui devraient toutefois être levées par le décret du 30 avril 2007, tarifs à la charge des personnes accueillies variant de 17 € à 45 € par jour, places d'accueil temporaire parfois utilisées pour des situations d'urgence, à défaut de trouver une place vacante en hébergement permanent.

Pour faciliter le recours à ce type d'accueil, la commission permanente du 17 septembre 2004 a décidé la prise en charge de l'accueil de jour, à hauteur de 18,71 € par jour, et de celle de l'hébergement temporaire, à hauteur de 29,64 € par jour, dans la limite de 90 jours par an et de la durée du plan d'aide.

Les forfaits de prise en charge aux personnes maintenues à domicile en cas d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire ont été revalorisés en septembre 2007. Le montant pour l'accueil de jour s'élève à 20 € par jour. Concernant le forfait de prise en charge de l'hébergement temporaire, si le bénéficiaire de l'APA est accueilli au sein d'un établissement ne bénéficiant pas d'une dotation globale APA, le tarif de remboursement journalier est forfaitaire et fixé pour l'heure à 33 € ; si le bénéficiaire de l'APA est accueilli au titre d'un hébergement temporaire au sein d'un établissement sous dotation globale APA et que cet établissement ne dispose pas d'une capacité d'accueil en temporaire, le tarif de remboursement journalier est forfaitaire et fixé pour l'heure à 13 €.

3.3 L'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION

3.3.1 L'ouverture des droits

Les droits à l'APA à domicile sont ouverts, conformément à la loi, à compter de la date de notification de la décision du président du conseil général, qui correspond à la date à laquelle la commission APA a examiné la demande. Dans de rares cas d'urgence de demande d'APA à domicile, sortie d'hospitalisation ou situation du demandeur présentant un caractère d'urgence d'ordre médical ou social, le président peut être amené à prendre sa décision avec un effet rétroactif, jusqu'à deux mois avant la date d'enregistrement du dossier complet.

La rétroactivité, acceptée en cas de situation d'urgence, est calculée en fonction de la date de sortie de l'hôpital, comparée à la date d'effectivité de l'aide apportée. Ce cas est relativement fréquent dans la mesure où le mode d'entrée dans le dispositif APA à domicile est fréquemment lié à une décompensation de l'état de santé. La plupart du temps cette rétroactivité porte sur la période écoulée entre la date de dossier complet et la date de la commission d'attribution. Il est arrivé à titre exceptionnel que l'ouverture des droits soit antérieure à la fourniture du dossier complet en cas d'isolement social, lorsque l'état de la personne ne lui permettait pas de compléter son dossier.

La mise en œuvre de ce principe a été préférée à la mise en œuvre de la procédure d'urgence, qui autorise l'attribution de montants forfaitaires, sur lesquels il est nécessaire de revenir au terme de l'évaluation.

3.3.2 Le niveau du plan d'aide

En matière d'APA à domicile, la part du département dans le plan d'aide, pour l'ensemble des GIR, s'établit à 76,58 % ; elle est inférieure à la moyenne nationale qui ressort à 83,67 %.

S'agissant de l'APA en établissement, la part du département du Loiret dans le plan d'aide est supérieure à la moyenne nationale pour les GIR 1 et 2 (73 % contre 72 %). Elle diminue avec l'augmentation du niveau de GIR (73 % en GIR 1, 58,1 % en GIR 4), comme la moyenne nationale (72 % en GIR 1 et 63,2 % en GIR 4).

Pour l'ensemble des GIR, la part du département du Loiret (65,83 %) est inférieure à la moyenne nationale (67,61 %)

Le département indique que le taux de participation de l'utilisateur à son plan d'aide découle des règles de calcul fixées par décret.

3.3.3 Le respect des plafonds réglementaires

Le nombre de bénéficiaires de plans plafonnés s'établit en 2006 à 81 et représente 1,46 % du total des bénéficiaires de l'APA à domicile. La part de plans plafonnés est passée de 3 % en 2003 et 2004 à 1 % en 2005, puis 1,5 % en 2006.

Le département n'est pas en mesure de dénombrer les plans dépassant le seuil légal ; néanmoins, les prestations versées hors plafond sont retenues dans les dépenses d'APA déclarées à la CNSA afin de servir de base de calcul à la péréquation.

La commission permanente du 3 décembre 2003 a par ailleurs décidé la création de «*l'aide exceptionnelle à l'autonomie*». Cette prestation, non prévue par la loi, est destinée aux bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et GIR 2 qui nécessitent une prise en charge plus importante que celle que permet le plan d'aide. Son attribution est soumise à conditions, et son montant plafonné à 20 heures par mois.

Depuis 2004, la part des bénéficiaires de l'aide exceptionnelle est stable, autour de 1,3 %, 54 en 2004, 64 en 2005, 70 en 2006, et la collectivité précise que cette aide n'est plus attribuée à de nouveaux usagers depuis la fin de l'année 2006.

3.3.4 Le niveau des tarifs horaires des intervenants à domicile

Pour les services autorisés, qui ont fait l'objet d'une tarification individuelle en application de l'article R. 314-30 du code de l'action sociale et des familles (CASF), le tarif horaire pour 2006 varie dans une fourchette comprise entre 15,95 € et 17,27 €. Pour les services autorisés qui ont fait l'objet d'un tarif d'indemnisation, en cas de propositions budgétaires absentes ou déficientes, en application de l'article R. 314-38 du CASF, les tarifs fixés à compter du 1er mars 2006 sont les suivants :

Jours ouvrables	Tarif horaire hors accord RTT	15,81 €
	Tarif horaire avec accord RTT	17,10 €
Dimanches et jours fériés	Tarif horaire hors accord RTT	18,69 €
	Tarif horaire avec accord RTT	20,06 €

S'agissant des services disposant de l'agrément qualité délivré par la direction départementale du travail et de la formation professionnelle, après avis du président du conseil général, le tarif horaire appliqué depuis 2006 est fixé à 17,10 €/l'heure prestée, y compris dimanches et jours fériés, alors que le tarif de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs (CNAVt) est fixé à 16,95 € l'heure en semaine (- 0,9 %) et à 19,62 € l'heure le dimanche et les jours fériés (+ 12,8 %).

Si le département établit une distinction tarifaire selon le prestataire, autorisé ou agréé qualité, il n'apparaît pas que cette différenciation, somme toute relativement marginale, constitue une incitation pour les prestataires à la mise en oeuvre d'une démarche qualité. Au demeurant, le département ne s'est pas donné les moyens d'exercer un contrôle qualité de la prestation des différents intervenants.

3.3.5 La participation du bénéficiaire

La loi du 31 mars 2003 et son décret du 28 mars 2003 ont accru la participation des bénéficiaires dans le plan d'aide.

Le département a appliqué le nouveau taux de participation aux demandes nouvelles. Pour les plans d'aide en cours, le nouveau taux a été appliqué seulement sur demande du bénéficiaire et le département fait état de 139 bénéficiaires d'un plan d'aide accordé avant avril 2003 et non révisé ; il n'existe pas de cas d'exonération de participation.

3.3.6 Le maintien a domicile des personnes en GIR 1 ou 2

L'article 18 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 encourage le recours à un service agréé pour les personnes classées en GIR 1 ou 2 ou nécessitant une surveillance régulière ; leur participation financière est majorée de 10 % lorsqu'elles font appel à un service prestataire d'aide à domicile non agréé ou à une tierce personne employée directement et ne justifiant pas d'une expérience ou d'une qualification.

D'une manière générale, le maintien à domicile en GIR 1 reste exceptionnel (2,7 % en 2006, 2,5 % en 2007). Sur le plan individuel, dans le cadre du suivi de l'évolution des modes de prise en charge à domicile des personnes les plus fragiles, la pénalisation financière évoquée ci-dessus est exceptionnellement effectuée, sur proposition de la CCAPA ; à ce jour, deux bénéficiaires de l'APA ont ainsi subi une majoration de leur participation.

Les personnes fragiles sont repérées par les EMS, font l'objet d'un suivi attentif de leur situation et sont incitées à s'inscrire auprès de leur commune afin d'être recensées comme personnes isolées, conformément aux dispositions du plan canicule. Dans le cadre de ce plan, les EMS ont accès aux listes des communes afin de les croiser avec celles des bénéficiaires de l'APA et optimiser le suivi de ces personnes.

3.4 LE SUIVI DU PLAN D'AIDE ET LE CONTROLE DE SON EFFECTIVITE

Depuis la mise en place de l'APA, le département du Loiret a choisi deux modes de règlement.

S'agissant des prestataires, aucun bénéficiaire de l'APA n'ayant demandé à bénéficier du versement direct de l'aide, le règlement est effectué directement aux associations, sous forme d'une avance mensuelle versée en début de mois ; celle-ci est calculée sur la base des heures figurant au plan d'aide et du taux de participation du bénéficiaire, et une régularisation trimestrielle est réalisée sur la base des factures adressées par les associations.

Pour le gré à gré et le recours au mandataire, le versement est effectué directement aux bénéficiaires de l'APA en début de mois, et le contrôle d'effectivité est réalisé chaque trimestre pour l'ensemble des bénéficiaires.

Le département du Loiret organise des visites de suivi, soit à l'occasion du passage du dossier en réunion EMS, en fonction de la gravité de la situation, soit en fonction du temps disponible du travailleur social, en privilégiant les dossiers pour lesquels l'intervention se fait de gré à gré ou les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une révision depuis plusieurs années. Des visites peuvent aussi être réalisées par les EMS en cas de signalement.

En 2004, le département a mis en place des visites systématiques, ce qui a permis aux travailleurs sociaux de revoir leurs critères d'évaluation, de comparer le plan d'aide prescrit et sa réalisation effective.

Pour les bénéficiaires des interventions de prestataires, le département compte sur la mise en place de la télégestion pour s'assurer du bon démarrage de l'intervention et sur les échanges entre responsables des associations et travailleurs sociaux pour identifier les situations méritant une révision.

Les statistiques communiquées par les services départementaux font état d'un taux de suivi variable selon les EMS :

	visites de suivi	nombre total de visites	taux de suivi
Gien	143	877	16,31%
Meung sur Loire	55	870	6,32%
Montargis	155	1 092	14,19%
Orléans	21	745	2,82%
Jargeau	192	1 032	18,60%
Pithiviers	85	672	12,65%
Total : 6 EMS	651	5 288	12,31%

Le taux de suivi du plan d'aide varie d'une EMS à une autre dans une proportion de 1 à 6, Meung-sur-Loire et Orléans accusant un retard certain.

Le contrôle de la mise en œuvre effective du plan, à partir de novembre 2005, a porté prioritairement sur les frais de personnel. Dans ce cadre, le département précise avoir obtenu de l'URSSAF du Loiret la communication tous les trois mois d'un fichier récapitulatif des déclarations trimestrielles réalisées par les bénéficiaires de l'APA, à l'exception de l'activité mandataire.

Le point sur l'organisation du contrôle, qui a été présenté au séminaire des élus en 2006, fait état au 1er octobre 2006 de 5 162 bénéficiaires de l'APA à domicile, dont 1 287 perçoivent directement des frais de personnel pour l'emploi en tant que mandataire ou de gré à gré, soit 25 %. Sur 1 166 contrôles réalisés sur la période 2004-2005, 26 % des plans d'aide n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre complète, des demandes de justification de l'utilisation des sommes ont été adressées à 102 bénéficiaires et des avis de sommes à payer ont été émis à l'encontre de 200 bénéficiaires pour un montant global de 379 878 €.

Enfin, si le département poursuit sa réflexion sur la mise en place du dispositif chèque emploi service universel (CESU), s'agissant de la télégestion, cinq structures intervenant en mode prestataire y ont déjà recours avec pour objectif l'amélioration du paiement des prestations et une meilleure connaissance de la réalisation des plans d'aide. Le département conduit une réflexion en vue de doter d'un système de télégestion l'ensemble des structures intervenant comme prestataires auprès des bénéficiaires d'aide sociale.

3.5 LE CONTROLE DE LA QUALITÉ

3.5.1 Le recensement des services d'aide à domicile

Sur les 33 organismes intervenant dans le cadre des services d'aide à domicile auprès des bénéficiaires de l'APA, 30 sont des associations, une est une entreprise privée et deux sont des CCAS. En avril 2007, 5 entreprises ont obtenu l'agrément qualité et 44 l'agrément simple, tous secteurs d'activité confondus : informatique, jardinage, garde d'enfants.

Concernant le maillage territorial, le département a choisi au moment de la rédaction du schéma départemental de sectoriser les interventions des services d'aide à domicile. Les intervenants ont considéré qu'il s'agissait d'une entrave à la libre concurrence et ont affirmé que le coût budgétaire serait moindre avec le libre exercice de l'activité et une certaine concurrence semble de fait se manifester entre les associations qui effectuent 98 % des heures prestées autorisées.

Quant à la polyvalence en matière d'aide à domicile, de soins infirmiers et d'accueil de jour, si certains organismes offrent parfois plusieurs activités entrant dans le champ des services à la personne (portage de repas, accompagnement de la personne hors de son domicile, personne à tout faire), il convient d'observer que seul un nombre limité d'antennes de l'association du service à domicile (ADMR) comporte à la fois un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et un service d'aide à domicile.

3.5.2 Le contrat d'objectif et de moyens

Les structures autorisées font l'objet d'un passage devant le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), puis d'un arrêté d'autorisation de fonctionnement pris par le président du conseil général. Par délibération du 15 juin 2007, la commission permanente a autorisé l'intervention des services d'aides à domicile autorisés à l'ensemble du département : 93 organismes offrant des services aux personnes sont concernés, 45 associations et 48 entreprises.

Le département n'exige pas de contrepartie à l'arrêté d'autorisation, mais la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM) est à l'étude avec une association et cette démarche pourrait être progressivement étendue à l'ensemble des structures autorisées.

Une réflexion est également en cours sur la labellisation des services agréés. Celle-ci découle des modifications apportées par la loi sur les services à la personne, qui retire au conseil général une grande partie du pouvoir de décision et de contrôle sur la gestion des services d'aide à domicile.

3.5.3 Le niveau de qualification et le contrôle des plans de formation

Les tarifs appliqués par le département pour le recours à des prestataires prennent en compte le coût relatif aux actions de formation. Il apparaît toutefois aux services départementaux que les engagements pris en matière d'amélioration de la qualité d'intervention ne sont pas toujours tenus, notamment par les petites associations. Ce constat confirme les orientations du département qui privilégie l'intervention auprès des GIR 1 et 2 de prestataires qui disposent a priori de l'encadrement suffisant et assurent l'accès à la formation de leur personnel.

La professionnalisation des intervenants à domicile fait l'objet d'une fiche action du schéma départemental. Le département a connaissance des plans de formation des services prestataires à travers les dossiers de demande d'autorisation et les rapports d'activités de ces services. Quant aux organismes agréés, si l'arrêté du 25 novembre 2005 les oblige à disposer d'un plan de formation, les services départementaux sont dans l'incapacité d'apprécier le pourcentage de la masse salariale afférente. Le département n'a pas non plus connaissance au sein des effectifs des prestataires de la proportion de titulaires d'un diplôme professionnel, à l'exception des services faisant l'objet d'une tarification individuelle du conseil général.

Depuis deux ans le département soutient une action de formation à destination du personnel employé de gré à gré ou en mode mandataire. En ce qui concerne les intervenants ayant des difficultés à suivre les programmes de formation, en raison de leur isolement, un programme d'autoformation peut leur être proposé. Le CLIC de Gien a souhaité à cet égard s'investir dans le projet intitulé form@dom et a organisé en septembre 2006 la première session de formation à destination des intervenants des cantons de Sully-sur-Loire et Ouzouer-sur-Loire qui a réuni neuf personnes. L'objectif affiché est d'étendre ce programme de formation à l'ensemble du territoire et la collectivité a attribué pour ce faire au CLIC de Gien une subvention de 5 196 € pour l'année 2006, soit 30 % du coût de l'action.

Le département indique également qu'il verse depuis 2004 une enveloppe annuelle de 35 000 € à la société Office Services pour gérer la formation du personnel des organismes d'aide à domicile (54 stagiaires en 2006 pour un total de 243 journées de stage) et qu'une démarche qualité est entreprise par l'ADMR, pour laquelle ont été sollicités des fonds de la CNSA (355 heures de formation pour 195 stagiaires au plan de formation 2004).

Il peut enfin être indiqué qu'une réflexion entre les différents acteurs institutionnels est également en cours au niveau national, relative à la professionnalisation des services d'aide à domicile, et que la DDASS du Loiret s'est portée volontaire pour inscrire le département comme territoire expérimental.

3.5.4 La démarche d'évaluation des services prestataires

L'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale précise que « *Les[...] services [...] procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent [...]. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les [...] services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. [...]. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.* »

Le département ne s'est apparemment pas préoccupé d'obtenir communication des résultats de l'évaluation de la qualité des prestations rendues par les services, en application des dispositions ci-dessus. Pour l'instant, il semble limiter son contrôle qualité au traitement des plaintes portées à sa connaissance par les usagers qui, la plupart du temps, portent sur le non respect du plan d'aide et/ou le non remplacement des intervenants.

La promotion de la démarche qualité pour les associations d'aide à domicile, inscrite à l'action 18 du schéma directeur et pilotée conjointement par les services départementaux et par ceux de la DDASS, paraît mise en attente du fait des évolutions législatives récentes qui ont réévalué les prérogatives des différents partenaires.

4 - LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT

4.1 LA PROGRAMMATION DES EQUIPEMENTS

4.1.1 L'évolution de l'offre d'hébergement

Après avoir fait état des difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la première version du programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) en 2006, du fait notamment de délais très courts, le département du Loiret considère avoir pu émettre en 2007 un avis en toute connaissance de cause en vue de l'actualisation du programme.

Le département recense annuellement le nombre de lits et places en distinguant capacité autorisée et capacité installée.

	2004				2005					2006			Total	Var 2006/2004	Var 2006/2004 (Nbre)
	HP	HT	AJ	Total	HP	HT	AJ	Total		HP	HT	AJ			
maisons de retraites publiques	3 997	15	5	4 017	3 991	21	17	4 029	3 989	25	22	4 036	0,47 %	19	
maisons de retraites privées AS	533	49	0	582	533	50	0	583	533	50	0	583	0,17 %	1	
maisons de retraites privées NAS	1 094	2	10	1 106	1 165	8	12	1 185	1 269	11	30	1 310	18,44 %	204	
foyers logements	616	0	0	616	616	0	0	616	616	0	0	616	0,00 %	0	
Total par type d'accueil	6 240	66	15	6 321	6 305	79	29	6 413	6 407	86	52	6 545	3,54 %	224	

Entre 2004 et 2006, 224 places ont été créées, dont 90 % dans des maisons de retraite privées non habilitées à l'aide sociale. Dans le même temps, le nombre des places d'hébergement permanent a diminué dans le secteur public (- 8 places), au profit de l'hébergement temporaire (+ 9) et de l'accueil de jour (+ 17).

En matière de création de places et de répartition géographique dans le Loiret, aucun objectif chiffré n'est affiché, et il n'est pas possible sur ce point de se reporter au schéma départemental. Pour les créations de places en EHPAD, en 2004, le département a choisi, après avoir identifié des zones prioritaires, de procéder au cas par cas, par appel à projets. Cette méthode a notamment pour conséquence que la capacité en lits autorisés et en lits installés diffère.

Le département estime que le nombre de places créés en attente d'ouverture apparaît suffisant pour couvrir les besoins de la population si les places étaient destinées aux seuls résidents du Loiret, mais que la proximité de l'Ile de France engendre une forte attraction de la population âgée en recherche de places en EPHAD.

Le constat, qui ne repose sur aucune donnée prospective chiffrée, paraît toutefois fragile, au regard de la très faible augmentation de l'offre de places, particulièrement en établissement public, et des projections relatives à l'hébergement des personnes âgées dépendantes (cf. DRESS, n° 485, avril 2006).

4.1.2 Les retards pris en matière de rénovation des établissements vétustes

La modernisation des établissements est inscrite à l'action 12 du schéma et le département a commandé en 2002 un audit pour évaluer la sécurité des résidents. Les conclusions, préoccupantes pour les établissements, ont été portées à leur connaissance afin qu'ils prévoient des actions de réhabilitation et notamment de mise aux normes. Si la réalisation se heurte au problème du montant financier de l'opération, souvent supérieur à 10 millions d'euros par établissement, la non réhabilitation pourrait, sous réserve de la décision de l'autorité compétente, conduire à la fermeture des établissements vétustes et dangereux.

Concernant la contribution de l'Etat à la rénovation des EHPAD, 8 établissements du département ont bénéficié dans le cadre du contrat de projet Etat-Région (CPER) 2000-2006 d'un financement global de près de 3,5 millions d'euros pour la rénovation de 532 lits.

S'agissant du nouveau contrat de projet, la priorité pour le Loiret a été dirigée vers le secteur des personnes âgées compte tenu du besoin particulièrement important de rénovation du parc immobilier, notamment public. Le périmètre du contrat est plus restreint qu'en 2000-2006 puisqu'il concerne de façon prioritaire la transformation de structures hospitalières en structures médico-sociales, alors que le précédent plan pouvait également financer l'humanisation de certaines maisons de retraite.

En 2006, le plan de modernisation financé par la CNSA a permis à deux établissements du Loiret, représentant 234 lits, de bénéficier de subventions pour un montant total de près de 3,3 millions d'euros. En 2007, la reconduction du plan exceptionnel de la CNSA laisse espérer la possibilité de subventionner à hauteur de 20 %, soit 1 500 000 €, une opération de reconstruction pour 84 lits.

Le département précise sur ce point qu'il a parfaitement conscience de voir la capacité d'accueil réduite par la non réalisation des restructurations attendues.

4.2 LA TARIFICATION ET LE CONVENTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS

4.2.1 L'évolution des tarifs des EHPAD et ses conséquences financières pour le département

Entre 2003 et 2006, les tarifs d'hébergement en établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, en moyenne journalière, sont passés de 36,17 euros à 44,19 euros ; fin 2006, pour l'hébergement, le coût moyen annuel à la charge du résident s'établissait à 16 129 euros.

	2003	2004	2005	2006	Variation 2003-2006
Tarif moyen départemental	36,17 €	38,76 €	39,80 €	44,19 €	+ 22,17 %
Coût moyen mensuel à la charge du résident	1 100 €	1 182 €	1 210 €	1 344 €	
Coût moyen annuel pour le résident	13 202 €	14 186 €	14 527 €	16 129 €	

Le département explique l'augmentation de 22 % des tarifs des établissements habilités à l'aide sociale entre 2003 et 2006 par la hausse générale des prix, la revalorisation des salaires et la modernisation des équipements. Le suivi de l'évolution des tarifs hébergement est opéré, mais aucune publicité n'en est faite, alors que cette information concerne directement les résidents actuels ou potentiels ; une information des usagers par l'intermédiaire du site internet du conseil général est toutefois envisagée, et le département souhaite élargir l'information en englobant les établissements non habilités à l'aide sociale.

La charge de la dépendance, financée par le biais de l'APA, a constitué une dépense pour le département de près de 16,1 millions d'euros en 2006 contre 11,9 millions en 2003.

	2003	2004	2005	2006	Variation 2002-2006
Total	11 904 181 €	13 489 042 €	15 071 653 €	16 120 753 €	43 %

Quant à l'aide sociale à l'hébergement, les montants versés par le département sont passés de 14,4 millions d'euros en 2003 à 16,5 millions en 2006, soit une augmentation de 16 % alors que dans le même temps le nombre de bénéficiaires passait de 1 091 à 930.

	2003	2004	2005	2006
Montant versé au titre de l'aide sociale	14 470 763 €	14 600 000 €	17 021 025 €	16 512 756 €
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	1 091	1 003	990	930
Coût annuel par bénéficiaire de l'aide sociale	13 264 €	14 556 €	17 192 €	17 755 €

Cette évolution, en termes de besoin de financement à venir, comme en termes de restes à charge pour les résidents, est préoccupante, et le département considère ainsi que beaucoup d'usagers renonceront à solliciter l'aide sociale à l'hébergement en raison du recours sur succession.

S'agissant des tarifs d'hébergement, le département indique que l'encadrement des tarifs des établissements habilités à l'aide sociale ouvre l'opportunité d'offrir aux résidents non bénéficiaires de l'aide sociale un tarif encadré et compatible avec leur capacité contributive ; le département privilégie l'habilitation à l'aide sociale chaque fois que possible. La prédominance des promoteurs privés dans les appels à projets est ainsi associée à une habilitation partielle à l'aide sociale, le département faisant figurer a minima dans les réponses aux appels à projets une capacité habilitée de l'ordre de 15 % de la capacité totale, sur laquelle le tarif moyen départemental est appliqué. Le critère du coût de fonctionnement est en outre pris en compte dans l'analyse des réponses à l'appel à projet.

S'agissant du tarif dépendance, le département a également le souci de maîtriser l'évolution des tarifs, dont une partie est à la charge de l'utilisateur. Cette préoccupation a conduit à proposer des montées en charge progressives de mesures nouvelles, voire à les refuser.

4.2.2 Le conventionnement

Soixante cinq établissements, représentant 6 066 lits et se répartissant entre 51 maisons de retraite (4 825 places), 4 foyers logements (296 places) et 10 unités de soins de longue durée (USLD) (945 places) sont conventionnables. Depuis 2002 et jusqu'à la fin de 2007, 45 conventions tripartites sur 51, soit 85 % des dossiers, ont été signées et 28 avenants aux conventions ont en outre été signés depuis 2002.

Les difficultés dans la mise en œuvre des conventions tripartites proviennent notamment de la mise aux normes du bâti et de l'implication plus ou moins grande des équipes dans la gestion. Les difficultés de recrutement de personnels qualifiés, l'absence de décision sur le projet architectural, les relations de travail et aussi l'absence d'anticipation, peuvent retarder la demande de conventionnement. Par ailleurs, alors que l'élaboration des conventions tripartites pluriannuelles implique la présentation d'une gestion prévisionnelle, les établissements éprouvent des difficultés à prendre du recul vis à vis de la gestion à court terme.

Le suivi de l'exécution de ces conventions est matérialisé par trois tableaux : mesures allouées dans le cadre du conventionnement, avenants, et prix de revient moyen départemental par point GIR. Néanmoins, aucune évaluation des objectifs fixés dans les conventions initiales n'a été réalisée et les vérifications de la mise en œuvre de la démarche qualité n'ont lieu qu'à l'occasion de rares visites d'inspection. Le département annonce avoir élaboré une procédure visant à systématiser les visites de contrôle.

Le conventionnement tripartite a été souvent considéré par les directeurs d'établissement comme une opportunité afin d'obtenir des moyens supplémentaires ; les premières réunions portant sur le renouvellement des conventions, organisées en 2007, ont montré qu'aucun indicateur de suivi des actions menées dans le cadre de la convention n'avait été mis en place. L'une des nouvelles missions confiées au pôle ingénierie sociale du service PA-PH concerne à cet égard le suivi qualitatif des établissements.

4.3 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT

La réforme de la tarification et la signature de conventions tripartites ont notamment permis d'augmenter les taux d'encadrement des personnes âgées dépendantes.

S'agissant des taux d'encadrement moyens, ils se présentent comme suit :

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre d'E.T.P. moyen par structure	Ratio moyen (effectif/capacité)
Direction/administration	2,82 E.T.P.	0,03
Services généraux	5,25 E.T.P.	0,05
Animation	0,99 E.T.P.	0,01
ASH	18,6 E.T.P.	0,18
AS	18 E.T.P.	0,18
Psychologue	0,24 E.T.P.	0,002

Ces données sont calculées sur un GIR moyen pondéré (GMP)⁵ de 657 et une capacité moyenne de 105 places.

⁵ En 2007, le GIR moyen pondéré (GMP) dans les établissements conventionnés s'établit à 661 pour le département du Loiret (644 hors hôpitaux et foyers logements) avec une moyenne de 630 dans les maisons de retraite publiques, de 563 dans les maisons de retraite publiques habilitées à l'aide sociale et de 698 dans les maisons de retraite privées non habilitées.

	GMP 2005	GMP 2006	év. 05-06	GMP 2007	év. 06-07
maisons de retraites publiques	576	630	9,50 %	630	-0,04 %
maisons de retraite publiques habilitées	553	561	1,53 %	563	0,42 %
maisons de retraite privées non habilitées	673	668	-0,79 %	698	4,51 %

Le GMP est plus élevé dans les maisons de retraite privées que dans les maisons de retraite publiques du fait de la propension des maisons de retraite privées à optimiser leur taux de remplissage sans faire de discrimination sur le niveau de dépendance de leurs résidents, alors que les maisons de retraite publiques limiterait le nombre de personnes fortement dépendantes quand elles sont confrontées à des pénuries de personnel.

Par ailleurs, plusieurs actions ont pu être mises en oeuvre pour améliorer la qualité de la prise en charge dans les établissements : projets d'animation, soutien psychologique, individualisation du projet de soins (mise en place de fiches de suivi et de transmission pour chaque résident), prise en charge individualisée de la pathologie de chaque résident (kinésithérapie, ergothérapie), définition de normes de qualité (surveillance de nuit, qualité des repas, procédure d'accueil des familles, gestion de la maltraitance et de l'accompagnement en fin de vie) et installation d'une pièce climatisée dans chaque établissement.

En complément des visites de sécurité triennale, des inspections conjointes DDASS – département peuvent être diligentées de façon inopinée, sur proposition de la commission des plaintes ; en 2006 et au cours du premier semestre 2007, trois inspections ont été effectuées à ce titre. S'agissant du département, ces inspections sont réalisées par des personnels qui ne prennent pas part aux négociations conventionnelles et ces missions s'exercent sur la base des stipulations de la convention tripartite, d'une lettre de mission conjointe DASS – département et d'un protocole d'intervention. Comme suite à l'instruction de la chambre, une réflexion sur la programmation des visites des établissements a été enclenchée et une nouvelle procédure mise en œuvre début 2008.

L'instruction a permis de découvrir la vétusté de certains équipements, s'agissant en particulier d'un établissement dont le taux d'occupation avoisine les 99,99 % sur l'année et où plusieurs dysfonctionnements graves ont été relevés :

- pensionnaires sans surveillance dans une salle commune où l'un deux appelait au secours ;
- absence de livret d'accueil, pourtant obligatoire ;
- consignes collées sur les murs ou/et les portes d'ascenseur avec du sparadrap ;
- logement de fonction inoccupé situé au dernier étage du bâtiment et envahi par les mouches.

Le poste de directeur était vacant depuis 6 mois et le directeur de l'établissement voisin assurait l'intérim depuis plusieurs mois. Cet établissement, dont le personnel est apparu démotivé, devrait être restructuré, voire détruit, et faire l'objet d'une reconstruction.

D'une manière générale et nonobstant les objectifs affichés, le suivi qualitatif des établissements au niveau du département ne paraît pas être pleinement opérationnel. Le département précise à cet égard que des procédures de suivi plus opérantes ont été mises en œuvre depuis le début de l'année 2008.

5 - LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES RISQUES DE MALTRAITANCE

La surveillance des risques de maltraitance est confiée à une mission d'inspection conjointe du département et de la DDASS, prévue à l'action 20 du schéma départemental.

Depuis le 1er janvier 2006, le département du Loiret ne dispose plus de centre d'écoute et de recueil des faits de maltraitance, du fait de la dissolution de l'association ALMA Loiret. Au cours de l'année 2006 et du premier semestre 2007, les faits de maltraitance ont été recueillis par courrier adressé aux services du conseil général et de la DDASS, par appel téléphonique à l'une des deux institutions, enfin par signalement auprès des maisons du département.

Ces signalements sont examinés par une commission des plaintes constituée par des techniciens des services de l'Etat et du conseil général et un médecin du conseil général

participe à cette commission. Cette dernière, mise en place au début de 2006, examine aussi bien les plaintes liées à l'aide à domicile que celles liées à un établissement.

Pour l'année 2006, elle a eu à connaître 33 dossiers : 23 concernant des établissements et 10 des associations d'aide et de soins à domicile, dont une plainte à l'encontre d'un SSIAD, et 26 dossiers étaient clos fin 2006. Les dysfonctionnements portaient sur les problèmes suivants : manque de personnel, relations avec les résidents, manque d'animation, distribution des médicaments, organisation des repas et problèmes de température des locaux lors des périodes caniculaires ; deux dossiers avaient trait à des problèmes médicaux et la transmission vers le médecin inspecteur de la santé publique a entraîné une inspection de l'établissement.

Les suites données sont généralement des demandes d'explication aux établissements et services cités.

Le dispositif actuel étant apparu insuffisant, le conseil général, en accord avec les services de l'Etat, a décidé de se doter d'un dispositif d'écoute et de recueil des faits de maltraitance ; un cahier des charges a été rédigé et un appel à projets publié dans la presse locale en novembre 2006 s'est révélé infructueux. Des consultations ont été entamées auprès de collectivités et d'associations ayant mené des projets en la matière, et une attention particulière a été portée au projet de l'association francilienne de bientraitance des aînés et des handicapés (AFBAH), ainsi qu'à la démarche de l'association Touraine Repér'âge.

Le dispositif retenu a été soumis à l'approbation de l'assemblée départementale le 12 juillet 2007 et s'articule autour de deux axes : le recueil des faits de maltraitance et la mise en place d'une commission ad hoc.

a) le recueil des faits de maltraitance :

Le recueil des faits de maltraitance s'effectuera soit par le biais de signalements et courriers arrivant auprès des services du conseil général (mission personne âgée, personne handicapée, maison du département) ou de la DDASS, soit par l'intermédiaire d'un centre d'écoute de la maltraitance. A cet égard, l'appel à projets pour créer un centre d'écoute de la maltraitance sur le département s'étant révélé infructueux, il est proposé de signer une convention avec l'AFBAH.

Les appels concernant le département du Loiret aboutiront à la centrale d'appel située à l'hôpital Brousse à Villejuif (94), avec un accueil personnalisé pour le département. L'AFBAH propose une écoute par des écoutants professionnels psychologues sur des plages horaires allant du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures. L'AFBAH fonde son action sur une écoute professionnelle et tient le rôle de première écoute, de qualification et de transmission au coordinateur départemental des signalements recueillis.

L'échange de données sera réalisé par la mise à disposition d'un logiciel de saisie et de gestion des appels créé par l'AFBAH, via un réseau Internet sécurisé.

L'AFBAH mettra à disposition du département des outils de communication afin de faire connaître le numéro d'appel, une campagne d'information devant avoir lieu au minimum deux fois par an.

b) Une commission départementale de traitement des faits recueillis :

Le coordinateur départemental sera l'interlocuteur privilégié de l'AFBAH. Il centralisera les plaintes d'après leurs provenances, aura pour mission de veiller à la bonne exécution de la convention, de réunir les instances opérationnelles et d'en assurer le secrétariat (comité de pilotage et commission des plaintes), de s'assurer du traitement de la plainte.

La composition de la commission des plaintes devrait être modifiée et s'ouvrir à d'autres acteurs tels que la CRAM, la MSA, l'AVEM (association d'aide aux victimes).

Le coût financier de l'intervention de l'AFBAH est fonction du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans résidant dans le département, multiplié par 0,15 euros, soit en année pleine pour le département 19 420 euros.

ANNEXES

ANNEXE 1 – LE NOMBRE DES BENEFICIAIRES DE L’APA DANS LE LOIRET

	GIR	nombre de bénéficiaires						
		au 31/12/2002	au 31/12/2003	au 31/12/2004	au 31/12/2005	au 31/12/2006	au 05/07/2007	év.2002/ 2006
APA à domicile								
	1	124	119	125	142	150	149	21 %
	2	613	740	859	987	1 088	1 112	77 %
	3	728	908	1 120	1 226	1 341	1 465	84 %
	4	1 477	1829	2 100	2 370	2 951	3 235	100 %
total évol.		2 942	3 596 22,23 %	4 204 16,91 %	4 725 12,39 %	5 530 17,04 %	5 961	88 %
APA établissement								
établissement hors dotation globale	1	105	100	93	87	85	90	-19 %
	2	264	342	386	408	424	410	61 %
	3	123	153	150	168	174	167	41 %
	4	147	200	224	225	239	225	63 %
total évol.		639	795 24,41 %	853 7,30 %	888 4,10 %	922 3,83 %	892	44 %
établissement sous dotation globale évol.		3 096	3335 7,72 %	3 512 5,31 %	3 720 5,92 %	3 872 4,09 %	-	25 %
Total APA établissement évol.		3 735	4 130 10,58 %	4 365 5,69 %	4 608 5,57 %	4 794 4,04 %	-	28 %
Total Loiret évol.		6 677	7726 15,71 %	8 569 10,91 %	9 333 8,92 %	10 324 10,62 %	-	55 %

ANNEXE 2 – LE FINANCEMENT DE L'APA DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET

les montants sont exprimés en €	2002	2003	2004	2005	2006	au 05/07/2007	év. 2002- 2006	év.m. ann.
Nombre de bénéficiaires au 31/12	6 677	7 726	8 569	9 333	10 324	-	54,62 %	13,66 %
dépense effective d'APA (1)	24 371 798	20 715 980	31 989 968	35 458 970	36 617 279	22 910 364	28,96 %	7,24 %
dépense résiduelle de PSD (2)	4 021 878	1 051 052	34 275	0	0	0		
concours du FFAPA/CNSA (3)	8 809 898	10 357 990	12 309 486	12 269 950	13 050 000	13 171 000	48,13 %	12,03 %
charge nette (4) = (1) + (2) - (3)	19 583 778	11 409 042	19 714 757	23 189 020	23 567 279	9 739 364	20,34 %	5,09 %
potentiel fiscal du département	169 707 366	179 336 470	194 616 349	342 154 431	261 168 064	283 408 152	53,89 %	13,47 %
taux d'effort fiscal moyen <i>après prise en compte de la dotation FFAPA</i>	11,54 %	6,36 %	10,13 %	9,58 %	9,02 %	3,44 %	-21,84 %	-5,46 %
part FFAPA/CNSA dans le financement de l'APA + PSD (5) = (3) / (1+2)	0,31	0,48	0,38	0,35	0,36	0,57	14,86 %	3,72 %
Dépenses réelles de fonctionnement (en k€)	228 080	224 202	292 627	312 634	328 792		44,16 %	11,04 %
Charge nette/DRF	8,59 %	5,09 %	6,74 %	7,42 %	7,17 %			
charge nette/nb bénéficiaires	2 933,02	1 476,71	2 300,71	2 484,63	2 282,77		-22,17 %	